APSalut'16

El butlletí de la Unitat Docent UDACEBA

Us presentem el recull dels articles publicats al butlletí APSalut durant l'any 2016.

L'APSalut és una publicació trimestral de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària ACEBA (UDACEBA) que s'envia en format de butlletí electrònic a tota la comunitat docent. Es va iniciar el gener del 2013, amb l'objectiu de generar coneixement i continguts d'interès dirigits principalment als residents de Medicina i d'Infermeria, als tutors i als col·laboradors de la Unitat Docent.

L'APSalut tracta temes d'interès i actualitat de salut vinculats a l'Atenció Primària, l'autogestió, la pràctica clínica, la salut comunitària, les noves tecnologies, la formació de professionals sanitaris i la recerca en salut. L'elabora un Comitè Editorial i compta amb un Comitè Assessor.

Enguany l'APSalut ha incorporat l'edició especial 'Combatre l'exclusió social: Atenció als nouvinguts', que es va publicar el mes de juny.

Celebrem poder compartir la feina feta durant l'any 2016 i esperem seguir essent una font d'informació útil i d'interès per a la pràctica diària dels professionals de la salut.

Exemplars publicats l'any 2016

Volum 4 Número 1 – Gener 2016
Volum 4 Número 2 – Abril 2016
APSalut Especial 2016
Volum 4 Número 4 – Juliol 2016
Volum 5 Número 5 – Octubre 2016

Normes de publicació
http://www.udaceba.cat/ca/apsalut/normes-de-publicacio.htm

Atenció al lector:
udaceba@aceba.cat

Seccions temàtiques del butlletí APSalut

Editorials
Temes Clínics
Casos Clínics
Salut Comunitària
Autogestió
Docència
Recerca i Coneixement
Noves Tecnologies
Humanitats

Comitè Editorial i Col·laboradors 2016

Comitè Editorial

Albert Casasa
Metge de família EAP
Sardenya i cap d'estudis UDACEBA

Àngels Ballarín
Metgessa de família EAP Vic i tutora UDACEBA

Araceli Bergillos
Antropòloga i secretària UDACEBA

Gemma Férriz
Metgessa de família i coordinadora docent EAP
Sagrada Família

Laura Aranalde
Comunicació UDACEBA

Marta Coderch
Metgessa de família EAP Sardenya i tutora UDACEBA

Sílvia Zamora
Metgessa de família i coordinadora docent EAP Dreta de l'Eixample

Violeta Jodar
Metgessa resident de MFiC de l'EAP Sardenya

Violeta Uriach
Metgessa resident de MFiC de l'EAP Roger de Flor

Comitè Assessor

Carles Brotons
Cap de la Unitat de Recerca EAP Sardenya

Mariano de la Figuera
Metge de família i coordinador docent EAP Sardenya

Roger Codinachs
Metge de família i coordinador docent EAP Vic

ISSN 2385-4901

Reservats tots els drets. Aquesta publicació no pot ser reproduïda sense el consentiment de la UDACEBA.

Volem agrair molt especialment la col·laboració de:

Adrián Peña
Albert Ledesma
Ana Frutos
Anna Bartés
Anna de Pedro
Anna Franquesa
Anna Nerin
Antoni Sisó
A. Fernández Ortiz
A. Martí Brasó
Clara Madueño
Diana Fernández
Francesc Mateu
Jordi Tolrà
Jordina Codinachs
Ibrahim Mahfoud
Laura Pardo
Lorena Cabricano
Marta Coderch
Meritxell Juanós
Marta Puigdesens
Pilar Santamaria
Sergio Duaigües
Victòria Tarin
Xavier Planàs

Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB)

Editorials
— L'ecografia a l'Atenció Primària catalana ja és una realitat
— Motivacions per escollir Medicina de Família i Comunitària
— Èxit de participació al 36è Congrés semFYC
Les EBA's 20 anys després

Temes Clínics
— RS3PE (sinovitis simètrica seronegativa remitent amb edema amb fòvea o síndrome de McCarty)
— Factors de creixement. Ús en el tractament de ferides
— Eficàcia dels suplements de col·lagen hidrolitzat oral en el tractament de les malalties osteoarticulars
— La revolució de les femtes. El trasplantament fecal obre un món de possibilitats en el tractament de malalties com l'obesitat o la depressió
— LA MIGRANYA. Jornada de Migranya, CAMFiC

Casos Clínics
— Malaltia de Paget òssia
— Que el meu món no pari de girar!

Salut Comunitària
— "Fem salut al barri"
— La Comunitària existeix. Experiència a l'ASPB
— El dia que em vaig enamorar de tu... Salut Comunitària!

Docència
— Sorpresa a Montevideo: 1r premi a la millor Experiència
— Medical Stage: nova plataforma de formació en salut a Barcelona
— V Jornada del grup d'Ètica de la CAMFiC i la Xarxa d'Unitats Docents MFiC

Noves tecnologies
— 6es Jornades TIC Salut i Social 2016/Vic El repte de la salut i el benestar en la societat digital

Especial 2016

Combatre l'exclusió social:

Atenció als nouvinguts

EDITORIAL:
Els refugiats

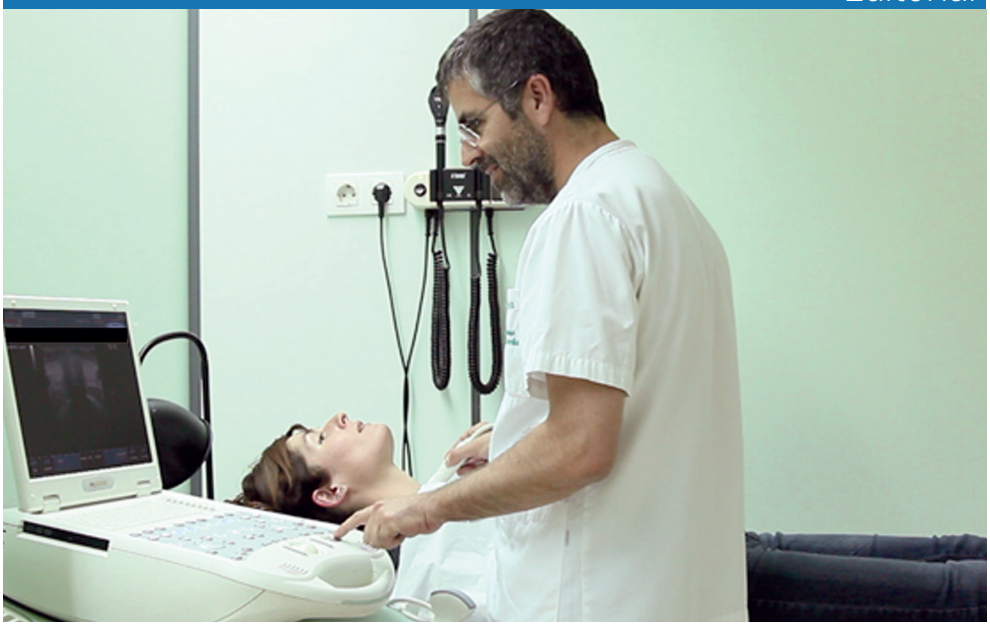
CAS CLÍNIC:
Virus HTLV-1, a propòsit d'un cas clínic

SALUT COMUNITÀRIA:
L'educació a l'Escola La Sínia: una responsabilitat compartida

ENTREVISTA:
Síria en primera persona: L'experiència d'un sirià molt català

DECÀLEG: Document de posició de la Junta de Govern del CoMB sobre la crisi de refugiats a Europa

OPINIÓ: Ser refugiat, morir en vida?



L'ecografia a l'Atenció Primària catalana ja és una realitat

Dr. Antoni Sisó Almirall. Metge de família al CAP Les Corts, Barcelona. Tutor a la Unitat Docent Clínic-CAPSBE. Doctor en Medicina, professor associat de Medicina, Universitat de Barcelona

L'ecografia o ultrasonografia és, en molts casos, la primera prova de diagnòstic per la imatge utilitzada en medicina. Va iniciar el seu desenvolupament a partir de la Primera Guerra Mundial, utilitzant la mateixa tecnologia que usaven els submarins: el sonar. Les primeres imatges sonogràfiques publicades d'ús mèdic daten de la dècada dels 50. Anys després els radiòlegs, cardiòlegs i obstetres foren els professionals que utilitzaren de forma generalitzada la tècnica.

Però és a finals del segle XX quan s'inicia el desenvolupament tecnològic que permet, d'una banda, reduir la mida dels ecògrafs afavorint la irrupció de maquinaris portables, i de l'altra, reduir els costos d'aquests maquinaris. Ambdós fets provoquen la generalització de l'ús diagnòstic i terapèutic de l'ecografia per part d'especialistes no radiòlegs fora dels clàssics serveis de diagnòstic per la imatge, i permeten un major grau d'accessibilitat a la prova per part del pacient, eviten llargs desplaçaments innecessaris a altres centres, redueixen els temps d'espera per la prova, i fins i tot, arriben a la capçalera del pacient domiciliari.

En són exemples quotidians l'ecografia tiroïdal practicada per endocrinòlegs, l'anestèsia locoregional guiada o els blocatges

neurològics per anestesiòlegs, les biòpsies renals per part dels nefròlegs, la valoració de còrnia i retina pels oftalmòlegs, la valoració prostàtica per part dels uròlegs, el diagnòstic de patologia musculoesquelètica per part de reumatòlegs, o la valoració del líquid lliure del pacient politraumatitzat en els serveis d'urgències, per no esmentar molts altres exemples. Aquesta generalització ha donat entrada al concepte de Point-of-Care Ultrasonography, recentment descrit i promogut per investigadors de la Universitat de Yale.

El llistat de processos pels quals l'ús de l'ecografia per part del metge de família ajuda el diagnòstic és extens i abasta des de l'activitat mèdica preventiva fins una multitud de situacions clíniques diverses, entre les quals podríem citar:

- Massa palpable abdominal
- Hepatomegàlia
- Esplenomegàlia
- Tumor de paret abdominal
- Sospita de líquid lliure: ascites, embassament pleural
- Còlic biliar
- Dolor i distensió abdominal
- Alteració significativa de les proves hepàtiques
- Còlic nefrític i despistatge d'hidronefrosis
- Retenció aguda d'orina
- Valoració de l'hematúria macroscòpica
- Valoració de masses de parts toves
- Estudi i seguiment de la hiperplàsia benigna de pròstata
- Estudi musculoesquelètic: valoració d'espatlla dolorosa; dolor epicondili; dolor trocanteri; gonàlgia; valoració de líquid intraarticular; punció ecoguiada
- Estudi tiroïdal: confirmació i valoració de nòduls palpables

Aquesta generalització de l'ús de l'ecografia implica una qüestió crítica: la formació i les competències dels professionals que en fan ús. Existeixen diversos models de formació. Un d'ells és el de l'European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB), recolzat pel Royal College of Radiologists (RCR) de Londres i la British Medical Ultrasond Society (document publicat el 2005 per The Royal College of Radiologists: ultrasound training recommendations for medical and surgical specialties). Aquestes societats reconeixen que és inevitable i apropiat que altres metges, a banda dels radiòlegs, vulguin desenvolupar la capacitat per fer ecografies. Afirma que els radiòlegs estan capacitats i tenen l'experiència suficient per formar no-radiòlegs i que aquesta cooperació serveix els interessos del pacient. Proposen uns requeriments mínims d'entrenament per realitzar ultrasonografia mèdica a Europa. La formació està estructurada en tres nivells de complexitat i responsabilitat creixents, amb uns requisits determinats per assolir cadascun d'aquests nivells i recomana fer una "avaluació de la competència" al final de la formació per determinar les àrees en què es podrà practicar de forma independent.

Si abordem el Programa Formatiu de l'Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, publicat al BOE núm. 105 (3 de maig del 2005), trobem en les competències que cal adquirir de diferents àrees clíniques la de conèixer les principals indicacions de l'ecografia i d'interpretar imatges ecogràfiques, catalogades com a prioritat I (indispensable) i prioritat II (important), respectivament. En algun apartat, com a prioritat III (criteri d'excellència), es fa referència al fet de saber realitzar l'ecografia (hepatobiliar, renal, urgències, ginecològica bàsica i obstètrica del primer trimestre). Les mateixes competències ja es reflectien en el mateix programa del 2002.

Diferents Unitats Docents contemplen en els seus programes la formació en valoració

d'indicacions i d'interpretació d'ecografies, com per exemple al Llibre d'acollida per l'especialista en formació del Consorci Hospitalari de Vic. En algunes Unitats Docents es contempla la rotació pel Servei de Radiologia com a optativa, com a la Catalunya Central, a Barcelona Ciutat i a l'ACEBA. En d'altres s'inclou al Cronograma de rotacions obligatòries, com al Camp de Tarragona. Tot i que ja fa més de 10 anys que està al Programa Formatiu, les diferents Unitats Docents no han començat a oferir cursos per a la formació en ecografia dels seus residents fins fa poc, com per exemple a Girona, on s'ofereixen cursos als residents de 3er any. Cal destacar la Unitat Docent de Lleida, pionera a introduir la formació en ecografia clínica en el programa formatiu dels metges residents, que ofereix als residents de 4t any un curs formatiu de 10 hores en ecografia abdominal i tiroïdal, amb una segona fase més pràctica d'unes 6 setmanes al costat de metges de família que són referents d'ecografia als centres docents. La formació en realització (i interpretació) d'ecografies durant el període MIR s'hauria de començar a contemplar com a prioritària, i fins i tot com a obligatòria (no només optativa) si volem fer un pas endavant en docència i qualitat assistencial.

Al nostre país diverses societats científiques, entre elles la CAMFiC, ofereixen paquets formatius de diferent suport i durada per a la utilització de l'ecografia; però és ben cert que tard o d'hora l'Administració Sanitària, de comú acord amb les societats científiques, haurà de regular una situació en què la tecnologia continuarà estant anys per endavant. En aquest sentit, actualment la CAMFiC i el Departament de Salut han creat un grup de treball conjunt amb la Societat Catalana de Radiologia que té aquest objectiu. En l'àmbit de l'Atenció Primària existeixen diverses experiències nacionals consolidades i altres d'internacionals que fins i tot consideren la inclusió de l'ecografia en l'ensenyament reglat del pregrau.

Els metges que comencem a tenir cabells blancs recordem de la nostra infantesa com a algun familiar nostre el metge l'havia "passat per la pantalla", és a dir, se li havia fet una radiografia o una radioscòpia, que fins i tot alguns metges tenien a casa l'aparell. De ben segur que experiències com la introducció de l'ecografia en l'Atenció Primària canviaran sense cap dubte la forma en què practiquem la medicina. Qui sap... potser tornarem a aquella dita que dèiem: "m'han passat per la pantalla".

Agraïments

A tots els membres del Grup de Treball EcoAP de la CAMFiC. Aquesta editorial recull gran part de les seves reflexions.

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

— **Alpert JS, Mladenovic J, Hellmann DB.** Should a Hand-carried ultrasound machine become standard equipment for every internist? Am J Med 2009; 122 (1): 1-3

— **Blog de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Tarragona.** Cronograma de rotacions general, Institut Català de la Salut, Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona. Disponible a: https://unitatdocenttarragona.files.wordpress.com/2014/12/cronograma_general_4115.pdf

— **Blog de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària de Lleida.** Formació en ecografia per als residents, 12 febrer 2015. Disponible a: https://unitatdocentmficlleidaics.wordpress.com/page/2/

— **Bonnafy T, Lacroix P, Desormais I, Labrunie A, Marin B, Leclerc A et al.** Reliability of the measurement of the abdominal aortic diameter by novice operators using a pocket-sized ultrasound system. Arch Cardiovasc Dis. 2013; 106: 644-650

— **Durham B.** Emergency medicine physicians saving time with ultrasound. Am J Emerg Med 1996; 14(3):309-313

— **Esquerrà M, Roura Poch P, Masat Ticó T, Canal V, Maideu Mir J, Cruxent R.** Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. Aten Primaria. 2012 Oct;44(10):576-83

— **European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB).** Minimum training requirements for the practice of medical ultrasound in Europe. Disponible a: www.efsumb.org/guidelines/2009-04-14apx1.pdf

— **Evangelista L, Juncadella E, Copetti S, Pareja A, Torrabadella J, Evangelista A.** Diagnostic usefulness of pocket echography performed in hypertensive patients by a general practitioner. Med Clin (Barc) 2013; 141 (1):1-7

— **García Burriel L et al.** ¿Puede llegar a ser el ecógrafo una herramienta del médico de familia? Experiencia en un centro de salud rural. Aten Primaria. 2009;41:651-2. - vol.41 núm 11

— **Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad.** Osteba. Untrasonidos Diagnósticos en Régimen Ambulatorio en la CAPV: Estado actual, Recomendaciones de Uso y Pràctica. Diciembre 1998

— **Gogalniceanu P, Sheena Y, Kashef E, Purkayastha S, Darzi A, Paraskeva P.** Is basic emergency ultrasound training feasible as part of Standard Undergraduate Medical Education? J Surg Educ 2010; 67(3):152-156

— **Llibre d'acollida per l'especialista en formació.** Maig 2014. Consorci Hospitalari de Vic. Disponible a: https://www.chv.cat/media/upload/arxius/residents/8_Medicina_familiar_i_comunitaria.pdf

— **Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).** Ecografía en Atención Primaria. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Diciembre de 1998

— **Moore CL, Copel JA.** Point-of-Care Ultrasonography. N Engl J Med 2011; 364: 749-757

— **Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.** Comisión Nacional Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid 17 enero 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Disponible a:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf

— **Programa de la Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria.** Comisión Nacional Medicina Familiar y Comunitaria, 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Disponible a: http://manager.camfic.cat//uploads/items/ITEM_1247_EBLOG_2325.pdf

— **Sisó-Almirall A, Gilabert Solé R, Bru Saumell C, Kostov B, Mas Heredia M, González de Paz L, et al.** Utilidad de la ecografía portátil en el cribado del aneurisma de aorta abdominal y de la ateromatosis de aorta abdominal. Med Clin (Barc.) 2013; 141 (10): 417-422

— **Ultrasound training recommendations for Medical and Surgical Specialities.** The royal college of radiologists-London-2005

— **Ultrasound training recommendations for medical and surgical specialties.** Second edition The Royal College of Radiologists-London BFCR(12)17 Any 2012

— **Unitat Docent d'ACEBA, Especialitat en Medicina de Família i Comunitària.** Rotacions opcionals. Disponible a: http://www.udaceba.cat/ca/medicina/medicina-rotacions-externes.htm

— **Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària de Barcelona Ciutat - ICS.** Rotacions optatives de R3 i R4, Servei de Diagnòstic per la Imatge. Disponible a: http://docencia-bcn.ics.gencat.cat/centres/51

— **Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària de Girona.** Programa Formatiu 2015-2016, MFIC R3-R4, Institut Català de la Salut, Gerència Territorial Girona. Disponible a: https://udmaficgirona.files.wordpress.com/2015/08/mfic_r3r4_progformatiu.pdf

— **Valentín López B, Blasco Amaro JA.** Plan de uso adecuado de tecnologías de diagnóstico por imagen en patología abdominal en atención primaria y especializada. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS 2007/7-1

Citació

Autor: **Sisó Almirall, Antoni**

Títol article: *L'ecografia a l'Atenció Primària catalana ja és una realitat*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 1. Article 59

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id64/l-ecografia-a-l-atencio-primaria-catalana-ja-es-una-realitat.htm

Data: **4 de gener del 2016**

Motivacions per escollir Medicina de Família i Comunitària

Violeta Uriach i Victoria Jódar. Residents de Medicina Familiar i Comunitària a l'EAP Sardenya

La Medicina de Família i Comunitària és una especialitat que ofereix aproximadament un 40% de les places del MIR. Per tant, són molts els MIR que acabaran escollint-la. En la mateixa residència d'aquesta especialitat podem trobar molts perfils diferents, però hem volgut recalcar dues tipologies de persones ben diferenciades: els que nosaltres anomenem "Família convençuts" i els "Família conformistes".

Tots dos som residents de primer curs de Medicina de Família i Comunitària, però el dia que vam escollir aquesta especialitat ho vam fer per diferents motius que us volem explicar a continuació.

Violeta Uriach

"Sóc una persona que em classifico dins del grup 'Família convençuda'. Tal com la paraula ens indica, m'apassiona l'atenció primària i des del primer moment va ser la meva primera opció, ja que a més a més vaig poder escollir el lloc on volia formar-me (a la Unitat Docent UDACEBA).

M'agrada l'atenció familiar i comunitària perquè crec que és l'especialitat amb més varietat, en la qual es poden tractar ICC descompensades, conjuntivitis, ansietat, alteracions dermatològiques, malalties infeccioses diverses... Cal tenir coneixements amplis

i tota la formació que pugui arribar a ser útil en la nostra feina.

Tractem el pacient com a un tot, no només com a un malalt amb una patologia, ja que tenim en compte el seu entorn social i familiar. De fet, no és estrany que un sol metge acabi sent el metge de tota la família. Mantenim un tracte proper amb el pacient, fet que facilita fer-ne el seguiment. El nostre treball és àgil i requereix formació continuada en tots els aspectes patològics i de salut. També, si fem activitats dirigides a prevenir malalties i a vetllar per la salut dels pacients, tant a nivell individual com comunitari. En general, malgrat que el ritme dels Centres d'Atenció Primària és accelerat, hi ha un molt bon ambient de treball i es funciona fent pinya en un equip pluridisciplinari, fet molt enriquidor.

Puc dir-vos que realment jo ja volia fer aquesta especialitat i que cada dia que passa, estic més convençuda que, sens dubte, ha estat la millor elecció."

Victoria Jódar

"Encara recordo el meu primer dia de pràctiques en Atenció Primària a la universitat. No podia esquivar-les. I sense més remei vaig haver de conformar-me i presentar-me al CAP. Després d'un mes de pràctiques em va quedar una sensació estranya, una mica amarga. Vaig marxar amb la imatge que els metges d'Atenció Primària es dediquen més a fer tràmits i papers que a exercir la medicina com a tal. En aquell moment, vaig descartar aquesta especialitat.

El dia que em va tocar escollir plaça, no vaig sentir la mateixa alegria que la resta de companys. Suposo que em pensava que em passaria la resta de la vida fent de secretària, sense tractar pacients i derivant contínuament als especialistes. Sent conformista en aquell moment, vaig escollir Medicina de Família i Comunitària.

Avui puc dir que estava equivocada. Els metges de família, anomenats habitualment metges de capçalera, certament són gestors, però també són metges. Atenen des de pacients en fase aguda d'una malaltia fins a famílies senceres al domicili. En general són els metges en qui els pacients depositen més confiança. I us asseguro que creixen contínuament, tant en l'àmbit de la ciència com en el personal.

La Medicina de Família i Comunitària és l'especialitat del futur, ja que té una àmplia gamma de sortides laborals que les altres especialitats no tenen: urgències, recerca, pediatria, dermatologia, ecografia i fins i tot cirurgia.

Sóc resident de Medicina Familiar i Comunitària i avui sóc feliç amb el que faig. Estic envoltada de metges de família que són grans persones i que m'ajuden a voler donar el millor de mi cada dia. I això és el més important per mi".

Citació

Autor: **Uriach, Violeta. Jódar, Victoria**

Títol article: *Motivacions per escollir Medicina de Família i Comunitària*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 2. Article 63

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id71/motivacions-per-escollir-medicina-de-familia-i-comunitaria.htm

Data: **21 de març del 2016**

Premi a la millor fotografia del 36è Congrés semFYC.

Èxit de participació al 36è Congrés semFYC

Albert Casasa Plana. Cap d'estudis de la UDACEBA i metge de família a l'EAP Sardenya

La Unitat Docent UDACEBA va creixent i això es nota en tots els àmbits. Aquest any al Congrés de la semFYC de la Corunya hem aconseguit una fita: hem presentat 37 treballs entre residents i tutors de tots els nostres centres!

Cal destacar la iniciativa de la Comissió de Docència de destinar una part del pressupost al finançament de la participació dels residents als congressos més importants de la nostra especialitat. Això incentiva la reflexió i l'enviament de treballs.

Com a Unitat Docent hem de vetllar per la qualitat dels treballs, no només per la quantitat. El mèrit de tenir tres premis al Congrés ens indica que anem pel bon camí.

I això sense oblidar que, paral·lelament, els nostres residents d'Infermeria feien les seves presentacions al Congrés de l'AIFICC i que hem assistit al Congrés europeu de la WONCA.

Felicitats i endavant!

Premis amb participació de tutors i residents

— **Premi al millor projecte d'investigació**
Estudio AEQUALIS. Promoviendo el autocuidado, la alfabetización en salud y el capital social en personas mayores de áreas urbanas socioeconómicamente desfavorecidas: un ensayo clínico para reducir las desigualdades.

Autors: Coll Planas, Laura; Monteserín Nadal, Rosa; Rojano Luque, Xavier; Morell Torra, Ernest; Cob Peña, Ester; Blancafort Alias, Sergi.

— **Menció especial al millor pòster en defensa en la categoria de Casos Clínics**
"Que mi mundo pare de girar"
Autors: Fernández A; Martí A; Uriach V.

— **Premi a la millor comunicació en dolor**
Dolor Crónico musculoesquelético asociado a malestar emocional: Abordaje multidisciplinar
Autors: Mazo V; Jiménez MJ; Mogeda N; Tapias E.

— Premi a la millor fotografia del Congrés

Resum dels treballs presentats

37 presentacions al Congrés semFYC 2016, La Corunya

Comunicacions: 5
- Treballs d'investigació: 3
- Projecte de recerca: 1
- Experiència: 1

Pòsters: 32
- Casos clínics: 21
- Estudis: 9
- Experiències: 2

Temàtica dels estudis i experiències: 16
- Atenció a la gent gran: 5
- Comunitària: 3
- Investigació (cardiovascular): 3
- Docència: 2
- TICs: 1
- Premi Josep Manuel da Pena: 1
- Medical Stage: 1

Citació

Autor: **Casasa Plana, Albert**

Títol article: *Èxit de participació al congrés semFYC*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 4. Article 73

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id78/exit-de-participacio-al-congres-semfyc.htm

Data: **1 de juliol del 2016**

Les EBA 20 anys després

Albert Ledesma Castelltort. Metge de família i soci fundador de l'EAP Vic

Han passat 20 anys i la missió per la qual vàrem crear les EBA s'ha assolit parcialment; tan sols alguns dels objectius plantejats, però no l'essència del model. Volíem crear i implementar un model d'autogestió en el si del sistema sanitari públic, especialment en Atenció Primària, que desencadenés i impulsés un canvi profund tant en les seves pròpies bases conceptuals com en les de les estructures de provisió públiques d'Atenció Primària. També volíem promoure el debat al voltant de les organitzacions hospitalàries, dels metges gestors i, en definitiva, del paper que els metges i també d'altres professionals sanitaris havien de desenvolupar en el sistema sanitari públic més enllà de l'atenció directa a les persones. Des d'aquell moment, l'octubre del 1996, el debat sobre la necessària segona reforma del model sanitari ha quedat congelada: cap més aportació en aquest sentit, seguim fent com si res no hagués canviat i com si el sistema estigués donant la resposta que hom espera i la sostenibilitat fos garantida. Res més lluny de la realitat que ens mostra com el sistema es va deteriorant sense cap resposta institucional, professional o social.

La resposta de l'entorn, i especialment del públic, ha estat i està sent intentar desacreditar el model d'autogestió i les aportacions que va incorporar per millorar l'eficiència, els resultats i la satisfacció de professionals i ciutadans. De fet, aquesta actitud visceral mancada de qualsevol prova científica, basada en l'avaluació de resultats, és un dels principals obstacles o barreres per fer la reforma que el sistema necessita. Com més

tardem a fer-la, pitjors seran les conseqüències per als ciutadans i les seves necessitats d'atenció.

No crec que ara sigui útil seguir intentant convèncer els diferents agents d'aquest sistema en què, més enllà d'alguns errors o àmbits de millora, les EBA són el millor lloc per fer de metge, pediatre, infermera o administratiu i el millor lloc per ser atès com a persona. Ara és el moment d'anar més enllà de les EBA i, tot recuperant els aspectes positius que té el model, treballar per impulsar i fer la gran reforma pendent en l'estat del benestar i especialment en el sistema de salut i social. Ens cal promoure un nou model, únic, social i sanitari, en el marc de l'Estat actual o del que tinguem en el futur. Per tant, ens cal una nova llei de bases, social i sanitària, que repensi el model d'atenció a les persones amb una sola visió, fet i desenvolupat amb elles i per a elles.

En aquest nou model, capaç de respondre a totes les necessitats d'atenció a les persones, s'ha d'atorgar un rol protagonista a professionals i ciutadans, la resta han d'estar al seu servei per facilitar les coses. L'autogestió ha demostrat la seva eficiència en el marc d'un sistema de salut, implicant professionals en la provisió, traspassant-los risc econòmic i jurídic i deixant-los desenvolupar organitzacions més properes i senzilles; per tant, l'essència d'aquestes entitats professionals es pot traslladar a les noves organitzacions que sorgeixin d'aquest model integrat sense oblidar la seva gran capacitat per adaptar-se als nous reptes d'atenció que es plantegen.

Per fer-ho realitat cal que tots els agents dels dos sectors, social i sanitari, pensin, planifiquin i implementin un nou model capaç de donar resposta a la societat actual i a les persones que la conformen, més envellides, més longeves, més apoderades i capaces de participar i d'implicar-se a l'hora de tenir cura de la seva salut conjuntament amb els professionals.

Per fer aquesta gran reforma hi ha dos aspectes especialment rellevants que cal posar a debat en el si de la societat: el primer, com garantim la sostenibilitat d'aquest nou sistema integrat d'atenció i, per tant, com el financem considerant el cost global de tots els pilars de l'estat del benestar; i l'altre punt clau és qui i com garanteix l'equitat del model tot exercint la governabilitat necessària. És a dir, qui diu qui ha d'estar, o no, en el si del sistema, com a proveïdor, més enllà d'altres consideracions, només valorant quin cost tenen, què aporten, quins resultats obtenen i quin nivell de satisfacció assoleixen entre els ciutadans que atenen.

> "Cap sistema de salut modern de països desenvolupats té un bon futur sense professionals implicats i compromesos; per molt que vulguem defugir el debat, el tindrem sempre actiu."

Cap sistema de salut modern de països desenvolupats té un bon futur sense professionals implicats i compromesos; per molt que vulguem defugir el debat, el tindrem sempre actiu. Un sistema de gestió pública en els termes actuals no garanteix, ni és capaç de garantir, aquest compromís del professional amb el sistema. Els resultats són evidents: professionals decebuts, descontents i sense ànim d'afrontar la situació per crear un model que els permeti gaudir d'un marc professional estimulant i capaç

de projectar-los expectatives de futur. Si sou capaços de reflexionar-hi sense prejudicis podreu veure que l'autogestió sí que és una bona resposta a aquests problemes.

És molt important que, com a unitat docent, tingueu en compte com han de ser els professionals del futur per fer front al fenomen poblacional de la cronicitat i que incorporeu a la seva formació aquells aspectes claus que un professional de la salut ha de dominar: excel·lents capacitats de comunicació, lideratge, treball en equip, treball compartit amb altres professionals i amb les persones que atenem, capacitat per obrir espais de participació en la presa de decisions amb la persona atesa i la família, si s'escau. En definitiva, incorporar el concepte de cuidar les persones, més enllà de curar tant com sigui possible i amb la proporció de prevenció, curació i pal·liació adequada en cada moment vital.

Fent-me una concessió en l'àmbit personal, us voldria dir que les EBA m'han permès fer de metge de família en el més ampli sentit de la paraula, sentir que servia els ciutadans de la nostra comunitat i crear un equip de professionals, fins i tot amics, extraordinaris i compromesos al llarg de vint anys, pensant sempre de créixer com a equip i com a persones per millorar l'atenció als nostres pacients. No ho hagués imaginat mai, que a les acaballes del meu cicle professional el meu somni de fer de metge es faria realitat i que també seria útil per a aquells que se senten professionals de la salut i volen exercir-la com a tal.

Citació

Autor: **Ledesma Castelltort, Albert**

Títol article: *Les EBA 20 anys després*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 77

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id84/les-eba-s-20-anys-despres.htm

Data: **10 d'octubre del 2016**

RS3PE (sinovitis simètrica seronegativa remitent amb edema amb fòvea o síndrome de McCarty)

Victòria Tarin Picó. Metgessa resident

Cas clínic:

Consulta d'un pacient home de 83 anys.

Es queixa de dolor, edema i impotència funcional a nivell del canell esquerre. El quadre d'inflamació va començar al dit gros del peu, després al turmell, després als genolls i l'esquena i finalment al canell.

Com a antecedents patològics destaquen gonartrosi, gota, hipertensió arterial, insuficiència renal amb proteïnúria, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, claudicació intermitent i adenoma de pròstata.

A l'exploració física criden l'atenció els signes inflamatoris a l'articulació del canell i sobretot l'aspecte edematós de la mà i l'avantbraç.

A l'anàlisi de sang destaca àcid úric de 8,7 i PCR de 17.

S'orienta en un primer moment com a probable artritis gotosa pels antecedents coneguts i la hiperuricèmia.

Tot i que per la forma de presentació es planteja com a diagnòstic diferencial la síndrome RS3PE.

RS3PE

És una entitat reumatològica d'etiologia desconeguda, que es caracteritza per una poliartritis simètrica associada a sinovitis dels tendons extensors i flexors dels dits amb edema sever amb fòvea del dors de les mans (McCarty DJ, 1985).

És un procés d'inici abrupte i d'escassa freqüència (es desconeixen la incidència i prevalença exactes), que afecta predominantment homes majors de 50 anys (proporció home-dona de 2:1) de raça blanca, factor reumatoide negatiu, bon pronòstic i absència de lesions erosives òssies radiològiques i que presenta una excel·lent resposta al tractament amb dosis baixes de corticoides.

El RS3PE es pot presentar com una síndrome paraneoplàstica concomitant o precedint en mesos, o fins i tot anys, el diagnòstic de la neoplàsia, associat sobretot a carcinomes gàstrics, pancreàtics, d'endometri o de pròstata, i neoplàsies hematològiques com limfoma no hodgkinià. Igualment pot associar-se a malalties sistèmiques i infeccions.

La síndrome ha rebut altres noms: polisinovitis edematosa benigna de l'ancià i poliartritis aguda edematosa de l'ancià d'evolució benigna. Encara en l'actualitat hi ha controvèrsia sobre si el RS3PE és una síndrome amb una entitat pròpia, al contrari, és la forma inicial d'altres processos reumàtics, fonamentalment la polimiàlgia reumàtica o l'artritis reumatoide seronegativa de l'ancià o la poliartritis seronegativa.

L'etiopatogènia del RS3PE és desconeguda i s'ha suggerit la influència de factors sèrics (interleucina 6 i factor de necrosi tumoral alfa, entre d'altres, als casos associats a neoplàsies), genètics (antígens d'histocompatibilitat tals com els haplotips HLAB7 i HLA A2) i agents infecciosos. Recentment s'ha implicat el factor de creixement endotelial vascular (VEGF), potent molècula angiogènica vasoactiva, com a responsable de la sinovitis i i l'edema subcutani (per augment de la permeabilitat vascular).

La principal lesió anatomopatològica del RS3PE és la sinovitis i la tenosinovitis, aquesta molt marcada a nivell dels tendons extensors, amb pocs signes d'artritis i pertanyent el líquid articular inflamatori al grup II. Tenint en compte el tipus de lesió anatomopatològica, hi ha autors que proposen una nova classificació de les artritis en aquelles amb afectació estrictament sinovial, amb afectació de l'entesi i amb afectació als components sinovials extraarticulars o burses (síndrome RS3PE i polimiàlgia reumàtica).

Clínica. L'edema amb fòvea es presenta en el 100% dels casos i és condició indispensable d'aquesta síndrome. Com ja s'ha mencionat, aquest edema és degut a una gran tenosinovitis: sinovitis distal simètrica i tenosinovitis de les beines dels tendons flexors i extensors de les mans i/o dels peus, que està present en un 100% dels casos.

Els pocs signes d'artritis concomitants predominen a articulacions metacarpofalàngiques i interfalàngiques proximals de les mans i amb menor freqüència a nivell de canells, espatlles, turmells i peus.

La presència d'altres signes sistèmics com pèrdua de pes, anorèxia i mala resposta als esteroides podria indicar una manifestació paraneoplàstica..

En cas d'edema a les extremitats inferiors cal pensar primer en altres possibilitats com insuficiència cardíaca congestiva, síndrome nefrítica o hipotiroïdisme.

L'anàlisi de sang sol ser normal. El factor reumatoide és negatiu per definició. En ocasions trobarem elevació dels reactants de fase aguda i de la VSG, anèmia inflamatòria discreta o ANA dèbilment positius. El HLA-B7 està present en el 59% dels pacients.

Radiologia. La Rx de mans i canells pot mostrar inflamació del teixit tou però a diferència de l'artritis reumatoide, no hi ha erosions.

Ressonància magnètica. Mostra tenosinovitis tant dels tendons flexors com extensors dels canells i igualment dels tendons extensors dels peus. Tots aquests signes són el segell del RS3PE.

Ecografia. És igualment eficaç i fiable. Mostra la tenosinovitis dels tendons flexors i extensors.

La gammagrafia (GA-67) mostra hipercaptació de les articulacions afectades i és molt útil si hi ha sospita de malignitat.

El diagnòstic és clínic bàsicament.

El diagnòstic diferencial s'ha de fer amb altres processos reumatològics de l'ancià.

Artritis reumatoide i la polimiàlgia reumàtica, i més rarament amb espondiloartropaties, artritis microcristal·lines, condrocalcinosi, artritis psoriàsiques, sarcoïdosis agudes, malaltia de Wipple, conectivopaties i artropatia amiloide.

Pronòstic. Hi ha poques dades a causa de l'heterogeneïtat d'aquesta síndrome. La idiopàtica té una excel·lent resposta a baixes dosis de corticosteroides en comparació amb la mala resposta al RS3PE en associació a neoplàsia.

El tractament amb corticosteroides a dosis baixes (10 a 15mg de prednisolona) condueix a la remissió completa i persistent en 6-18 mesos, també després de retirar-los. Alguns pacients responen a la cloroquina o sals d'or.

Resum

Els metges han de pensar en aquesta entitat (RS3PE) en la gent gran i han d'iniciar investigacions apropiades per excloure qualsevol neoplàstia oculta. Aquesta cerca és especialment important en pacients en els quals els símptomes sistèmics són prominents o que no responen bé als esteroides.

El nostre cas:

S'orienta en un primer moment com a probable artritis gotosa pels antecedents coneguts.

No obstant això, per la forma de presentació es planteja com a diagnòstic diferencial la síndrome RS3PE.

Es prescriu Tramadol (atesa la contraindicació d'antiinflamatoris no esteroïdals per la insuficiència renal). Disminueix el dolor però no la inflamació, i apareixen problemes de restrenyiment.

Es canvia el tractament a Prednisona, inicialment amb 30mg. La millora és ràpida i clínicament evident (24 hores) i posteriorment, vista la millora, es pauta una dosi decreixent.

El nostre pacient complia parcialment la clínica descrita de RS3PE. Va millorar amb corticoides i l'evolució cronològica ens permetrà confirmar o no el diagnòstic i la detecció de patologia neoplàsica oculta.

BIBLIOGRAFIA

— **Serrano Ostoa B, Alvarez Hernandez E.** Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fóvea (RS3PE) Reumatol Clin.2012;8:156-7

— **Bruscas Izu C, Ramón Puertas J, Cabrerizo-García JL.** Síndrome RS3PE como primera manifestación de un carcinoma de vejiga. Reumatol Clin.2013;9:74

— **Tanaka T, Hagihara K, Shima Y, Narazaki M, Ogata A, Kawase I, KishimotoT.** Treatment of a patient with remitting seronegative, symmetrical synovitis with pitting oedema with a humanized anti-interleukin-6 receptor antibody, tocilizumab. Rheumatology 2010;49:824–826

Citació

Autor: **Tarín Picó, Victòria**

Títol article: *RS3PE (sinovitis simètrica seronegativa remitent amb edema amb fòvea o síndrome de McCarty)*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 1. Article 60

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id65/rs3pe-sinovitis-simetrica-seronegativa-remitent-amb-edema-amb-fovea-o-sindrome-de-mccarty.htm

Data: **7 de gener del 2016**

Factors de creixement. Ús en el tractament de ferides

Lorena Cabricano Canga. Resident d'Infermeria Familiar i Comunitària a l'EAP Vic

Resum

La present revisió pretén donar a conèixer l'ús del plasma autòleg ric en factors de creixement en el tractament de ferides cròniques, una tècnica que es du a terme en diverses unitats i centres amb bons resultats a nivell clínic i pel que fa a la satisfacció dels pacients.

Es tracta d'un preparat obtingut a partir d'una mostra sanguínia del propi pacient, que és centrifugada per poder obtenir una porció del plasma amb una concentració plaquetària elevada i, per tant, amb una alta concentració d'uns fragments que indueixen una reparació dels teixits més ràpida.

Aquesta revisió és una adaptació de la sessió clínica presentada a l'Equip d'Atenció Primària de Vic el passat 18 de febrer del 2016.

Introducció

El tractament de les anomenades ferides de difícil cicatrització (o ferides cròniques) (1) és una de les problemàtiques que més temps ocupa a les consultes d'infermeria d'Atenció Primària, ja que són lesions en

què, en alguns casos, el procés de curació es veu àmpliament allargat, sense arribar a una cura completa, o, en cas que s'hi aconsegueixi arribar, no de forma definitiva i per tant al cap de poc temps la lesió torna a aparèixer. Això suposa un gran impacte, no només a nivell econòmic, sinó a nivell de càrrega assistencial per al professional, sense oblidar-nos de la importància que suposa per al pacient el fet de patir una ferida de llarga durada tant a nivell psicològic com per la incapacitat que pot generar. (2)

Al mercat existeixen multitud de productes per a l'abordatge d'aquestes ferides, com ara apòsits, preparats amb àcids grassos hiperoxigenats, hidrogels, cremes, sistemes d'embenat multicapa, etc. Però en algunes unitats i centres, es du a terme l'aplicació de l'anomenat plasma autòleg ric en factors de creixement, un preparat obtingut a partir d'una mostra del propi pacient que està demostrant obtenir resultats bons i sobretot duradors en el tractament d'aquestes ferides. A aquesta millora clínica també cal afegir-hi uns alts nivells de satisfacció dels pacients, que veuen com lesions que suposaven un llarg període de visites al Centre d'Atenció Primària, es resolen amb un tractament que s'obté de la seva pròpia sang.

Si bé no es tracta d'una tècnica nova, ja que les propietats dels factors de creixement de tipus nerviós i de tipus epidèrmic amb fins reparatius ja van ser descrites els anys 50 i 60, respectivament (3); resulta interessant donar a conèixer aquesta tècnica, ja que s'obtenen bons resultats no només en el tractament de ferides cròniques, sinó també amb lesions d'origen traumàtic, cirurgia plàstica i fins i tot amb cremades. (4)

Què són els factors de creixement?

El plasma ric en plaquetes (PRP) es defineix com una porció del plasma amb una concentració plaquetària superior a la basal. La importància d'aquest plasma radica que les plaquetes contenen fragments proteics biològicament actius, els anomenats factors de creixement, que influeixen en els fenòmens reparatius de les ferides. Quan s'aplica un plasma d'aquestes característiques sobre una ferida, el procés de curació es pot assolir de forma més ràpida.

Entre aquestes proteïnes que esmentàvem anteriorment hi ha els factors de creixement derivats de plaquetes, que són els que indueixen aquesta resposta reparativa sobre les lesions, però també n'hi ha molts d'altres que actuen a nivell vascular, ossi, nerviós, etc. A aquests factors de creixement se'ls atribueixen diferents propietats, com ara: (3)

- Acció quimiotàctica: indueix les cèl·lules a migrar cap a un òrgan diana
- Acció mitogènica
- Efecte angiogènic: indueix la formació de matriu òssia i la síntesi de col·lagen
- Coadjuvant en la mineralització òssia

Pel que fa a la present revisió, ens centrarem en els factors de creixement derivats de plaquetes, que són els que interfereixen en el tractament de les ferides que tan sovint ens trobem en Atenció Primària.

Com s'extreuen?

En primer lloc, es procedeix a extreure una mostra sanguínia del pacient. Aquesta mostra serà recollida en un tub apte per a realitzar proves de coagulació (citrat). El nombre de mostres recollides vindrà determinat per l'extensió de la lesió, ja que si aquesta té unes dimensions majors, caldrà extreure una major quantitat de sang.

A continuació, la mostra serà sotmesa a centrifugació, per poder extreure'n la por-

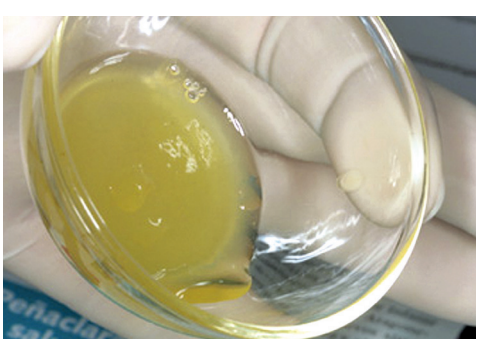
ció plasmàtica que ens interessa. És llavors quan es poden aplicar mètodes manuals o sistemes automàtics; els mètodes manuals obtenen la porció plasmàtica mitjançant l'ús d'una pipeta, extraient la porció del plasma més pròxima a la zona on precipiten les hematies, que és la que compta amb una major concentració de factors de creixement. Aquest sistema, a pesar de ser menys costós, té l'inconvenient que és tècnic-dependent, de manera que la concentració de plasma ric en plaquetes pot variar d'una mostra a una altra.

D'altra banda, hi ha sistemes automàtics que s'encarreguen de realitzar l'extracció de la porció plasmàtica rica en plaquetes sense cap manipulació de la mostra per part del professional. Aquests dispositius aconsegueixen obtenir mostres de plasma amb concentracions més estables de factors de creixement que les extretes mitjançant sistemes manuals, però tenen l'inconvenient que són molt costosos. (5)

Un cop obtinguda la mostra, per qualsevol dels mètodes definits anteriorment, se la sotmetrà a un procés de coagulació. (6)

Aplicació del PRP

El producte final obtingut és un gel com el que apareix a la foto:



Il·lustració 1: ®www.alldent.es

Aquest gel s'aplica sobre el llit de la ferida neta. A la bibliografia revisada apareixen diferents opcions per al procediment de neteja de la ferida, des de l'aplicació de sèrum salí fisiològic al 0,9% amb clorhexidina fins a preparats a base d'aigua purificada o aigua ozonitzada. (4)

Un cop aplicat el PRP, es procedeix a fer una cura oclusiva amb un apòsit i un embenat adequats en funció de les característiques de la ferida. Depenent de l'origen de l'úlcera, es podria realitzar un embenat multicapa basat en la teràpia de pressió negativa (úlceres venoses) o un embenat oclusiu, en el cas d'altres tipus d'úlceres, com les isquèmiques o les de peu diabètic.

Ús del plasma ric en plaquetes

Si bé els articles revisats se centren en l'abordatge de les úlceres cròniques de membres inferiors, els factors de creixement poden ser utilitzats en el tractament de lesions d'etiologia molt diferent, relacionada amb la cirurgia plàstica, ja que han estat utilitzats com a tractament coadjuvant de reconstruccions mamàries, cremades, implants dentals i lesions posttraumàtiques, entre d'altres.

Resultats

Tornant a l'ús del PRP en el tractament de les ferides cròniques de membres inferiors, per a la realització d'aquesta revisió s'han consultat diferents articles que mostren els resultats tan favorables de l'aplicació d'aquesta tècnica.

Pel que fa a les característiques de les lesions, tal com hem comentat prèviament, aquestes presenten etiologies molt variades, però moltes d'elles es troben en un estadi en què el teixit de granulació està present, sense presència de massa teixit esfacelat, situació òptima perquè els factors de creixement

puguin fer la seva funció. Dit això, també cal destacar que l'ús del PRP en ferides infectades és possible, encara que els resultats no són aclaridors, per la qual cosa no es podria confirmar la seva acció bactericida. (5)

Quant als beneficis percebuts pels pacients, destaquen la millora en el control del dolor (7), un dels aspectes més incapacitants d'aquest tipus de ferides i la conseqüent millora de qualitat de vida.

Per poder il·lustrar de forma més clara els efectes de l'aplicació del PRP en ferides, a continuació s'inclou una fotografia de l'evolució d'una úlcera crònica. En aquest cas no estava infectada i no presentava teixit esfacelat ni necròtic. Es realitzaven cures oclusives amb apòsit d'hidrofibra i es deixava tapat fins a la següent cura.

Després de l'aplicació de la tècnica, el teixit de granulació va progressar de manera més ràpida que amb la cura que es realitzava fins al moment, i el diàmetre inicial es va reduir fins a gairebé la meitat en els primers 14 dies a partir de la primera aplicació. A la dotzena setmana, es presentava una única lesió d'1 cm de diàmetre.

Conclusions

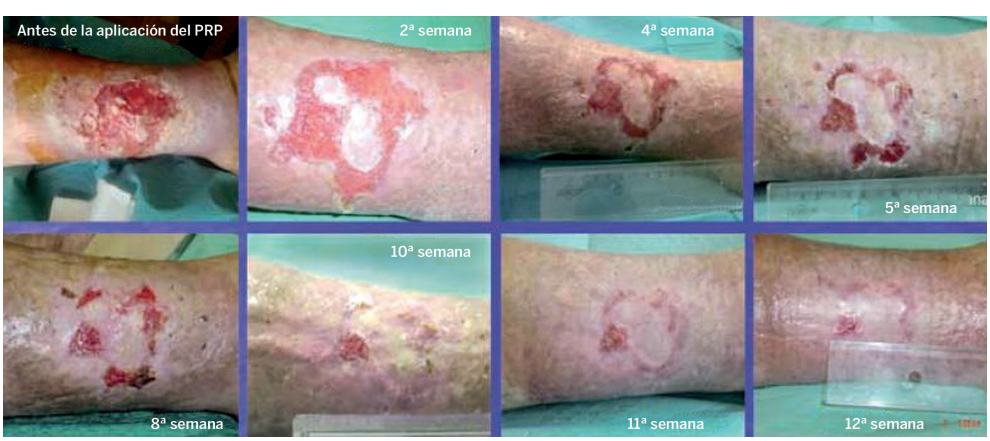
Tots els articles revisats sobre l'ús dels factors de creixement en el tractament de ferides cròniques coincideixen a destacar l'ús del PRP com un mètode segur i que ofereix molt bons resultats.

Així mateix, resulta de gran importància que amb aquest procediment s'aconsegueix que, amb un nombre d'aplicacions setmanals menor, s'obtinguin resultats de forma més ràpida. Això contribueix a reduir el nombre de visites per realitzar les cures d'aquests pacients, que ocupen llargs espais de temps a les consultes d'Atenció Primària.

A més, els pacients aprecien una millora molt notable, ja que en la majoria dels casos es tracta de lesions de llarga evolució, de manera que els nivells de satisfacció són alts i els pacients veuen superades les seves expectatives pel que fa a l'efectivitat del tractament.

Alguns estudis conclouen que seria convenient ampliar les mostres i avaluar i comparar els resultats en el temps, així com la constatació histopatològica dels resultats (3), aspecte molt difícil, ja que no tots aquests pacients estarien disposats a sotmetre's a una biòpsia del teixit sa quan es tracta d'una ferida que ha costat tant de fer cicatritzar.

I·lustració 2: ®Nuberos Científica



BIBLIOGRAFIA

— **Consorci Sanitari de Terrassa.** Unidad Funcional Interdisciplinar Hospitalaria de Heridas Crónicas del CST "UFIH-12": Intervención en Heridas de Difícil Cicatrización. 2012

— **European Wound Management Association (EWMA).** Position Document: Hard-to-heal wounds: a holistic approach. London MEP Ltd. 2008

— **Montón Echeverría J, Pérez Redondo S, Gómez Bajo GJ.** Experiencia clínica en el empleo de factores de crecimiento autólogos obtenidos de plasma rico en plaquetas. Cir.plást. iberolatinoam. 2007; 33 (3): 155-162

— **Faus Victoria J.** El Ozono y los factores de crecimiento en la curación de las úlceras. Rivista Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia. 2006; 5: 41-46

— **Monclús Fuertes E, Velasco Velasco R, Gómez-Escolar Larrañaga L., González Peirona E.** Nuestra experiencia en el tratamiento de úlceras crónicas mediante PRF-Vivostat®. Serie de 10 casos. Cir.plást. iberolatinoam. 2009; 35 (2): 141-148

— **Peña Revuelta MC, et al.** Uso de plasma autólogo rica en plaquetas para la cicatrización de úlceras crónicas. Nuberos Científica. 2012; 2 (8)

— **Salazar-Álvarez AE, Riera-del-Moral LF, García-Arranz M, Álvarez-García J, Concepción-Rodríguez NA, Riera-de-Cubas L.** Uso de plasma rico en plaquetas para cicatrización de úlceras crónicas de miembros inferiores. Actas Dermosifiliogr. 2014; 105 (6): 597-604

Citació

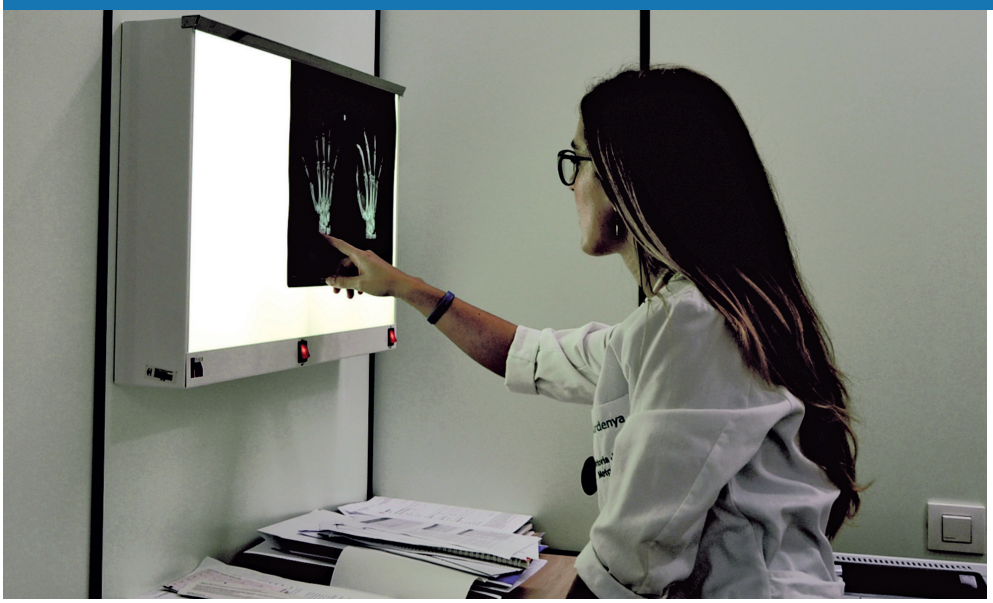
Autor: **Cabricano Canga, Lorena**

Títol article: *Factors de creixement. Ús en el tractament de ferides*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 2. Article 64

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id70/factors-de-creixement-us-en-el-tractament-de-ferides.htm

Data: **22 de març del 2016**



Eficàcia dels suplements de col·lagen hidrolitzat oral en el tractament de les malalties osteoarticulars

Ana Frutos Martín. R1 Infermeria Familiar
i Comunitària a l'EAP Vic

Introducció

Les malalties osteoarticulars són una de les principals causes d'incapacitat en l'edat adulta. Afecten un 50% dels homes i un 60% de les dones majors de 70 anys. L'artritis de genoll és la que es manifesta més sovint: un 10% dels homes i un 13% de les dones de més de 60 anys la pateixen. Aquest grup de malalties provoquen rigidesa, dolor, pèrdua de rang de moviment de les articulacions i, conseqüentment, una disminució de la qualitat de vida dels afectats.

La principal causa de les malalties osteoarticulars és la progressiva pèrdua de col·lagen, la proteïna més abundant en el nostre organisme. És una molècula formada per una triple cadena d'aminoàcids enrotllada de forma helicoïdal. És un component essencial per als nostres òrgans, articulacions, lligaments i ossos.

La causa més freqüent de la pèrdua progressiva de col·lagen és l'edat (per això les malalties osteoarticulars es presenten principalment en la gent gran), si bé n'existeixen altres causes, com ara la pràctica

d'activitat física intensa, el sedentarisme, accidents traumàtics, els canvis hormonals que pateixen les dones durant el climateri i dietes pobres en vitamina C.

En les últimes dècades, les malalties osteoarticulars s'han tractat amb exercici moderat combinat amb analgèsics o antiinflamatoris. Si bé aquests tractaments són simptomàtics, actuen alleugerint el dolor però no modifiquen la malaltia. Aquesta situació ha fet créixer l'interès en el desenvolupament de substàncies que puguin tractar i prevenir el deteriorament de l'articulació, i ja hi ha moltes companyies que actualment comercialitzen els suplements de col·lagen amb la idea de prevenir lesions articulars, així com de tractar el dolor de les lesions ja existents.

Objectiu

- **Principal:** Determinar l'eficàcia dels preparats de col·lagen hidrolitzat com a tractament de prevenció de les lesions articulars

- **Secundari:** Establir si el col·lagen hidrolitzat mostra una millora dels símptomes articulars respecte al tractament conservador

Metodologia

S'ha realitzat una revisió sistemàtica a través dels cercadors Pubmed i Medline i de bibliografia editada.

La recerca bibliogràfica ha inclòs revisions d'assajos clínics en llengua anglesa i espanyola publicats els darrers 10 anys. S'han utilitzat les paraules clau: col·lagen hidrolitzat, artritis i malalties osteoarticulars.

Resultats

No hi ha evidència radiològica de cap millora de l'estat de les articulacions després de la intervenció.

Les persones tractades amb col·lagen hidrolitzat oral mostren una millora del dolor respecte a les que no van rebre tractament.

Les discapacitats secundàries (com la rigidesa i la qualitat de vida) no presenten millores significatives en les persones tractades amb col·lagen hidrolitzat en comparació amb les que van rebre tractament conservador.

El tractament amb 10 gr de col·lagen hidrolitzat diari (dosi recomanada) no ha demostrat cap tipus de risc ni efecte advers en les persones que el consumeixen.

Conclusions

Els estudis que s'han trobat per a l'avaluació del col·lagen hidrolitzat com a tractament de les malalties osteoarticulars no són suficients per poder determinar la seva eficàcia. A més, la major part dels assajos clínics realitzats avaluen l'eficàcia del col·lagen juntament amb un altre tipus de substància i no de forma aïllada.

Si bé els assajos clínics no mostren millores radiològiques en l'estat de les articulacions, la disminució del dolor és present en les persones que en consumeixen. D'altra banda, no existeixen efectes adversos amb les dosis recomanades, per la qual cosa es podria utilitzar el col·lagen per a la millora i el control del dolor dels pacients, però no per a la millora de la malaltia.

BIBLIOGRAFIA

— **Xie Q, Shi R, Xu G, Cheng L, Shao L, Rao J.** Effects of AR7 Joint Complex on arthralgia for patients with osteoarthritis: Results of a three-month study in Shanghai, China. Nutrition Journal 2008; 7 (31):1-6

— **Van Vijven JPJ, Luijsterburg PAJ, Verhagen AP , Van Osch GJVM., Kloppenburg M, Bierma-Zeinstra SMA.** Symptomatic and chondroprotective treatment with collagen derivatives in osteoarthritis: a systematic review. Osteoarthritis and Cartilage 2012; 20: 809-821

— **Espinosa Morales R et al.** Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartritis. Actualización basada en evidencias. Med int Mex 2013; 29 (1):67-92

— **Bello AE, Oesser S.** Collagen hydrolysate for the treatment of osteoarthritis and other joint disorders: a review of the literature. Curr Med Resp Opin 2006; 22(11):2221-32

— **Park KS et al.** Type II collagen oral tolerance; mechanism and role in collagen-induced arthritis and rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol 2009;19(6):581-589

— **Ribera Casado JM.** Epidemiología de la enfermedad osteoarticular en la persona mayor. Jano 21-27 2003; 64:866-868

Citació

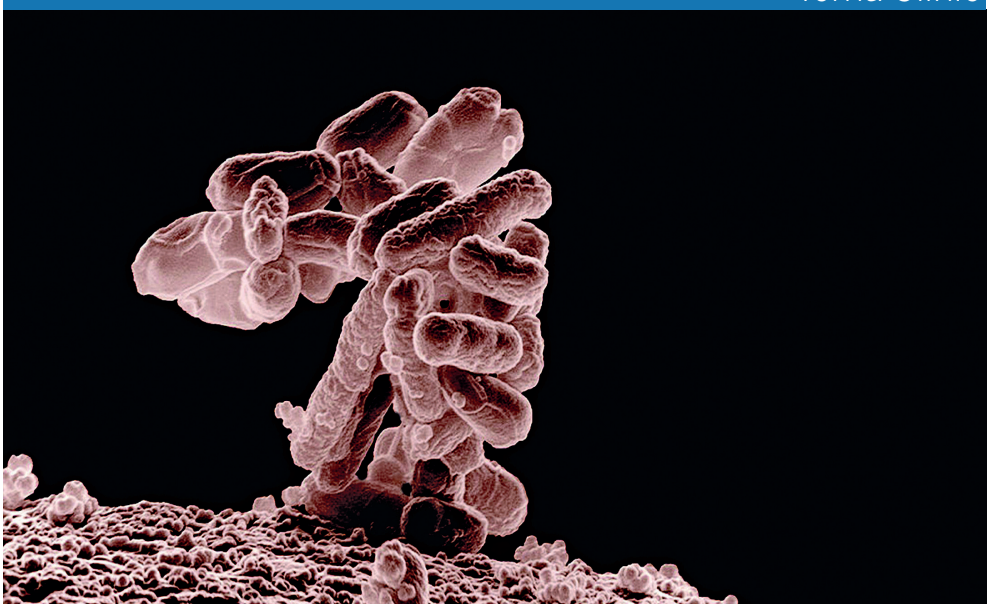
Autor: **Frutos Martín, Ana**

Títol article: *Eficàcia dels suplements de col·lagen hidrolitzat oral en el tractament de las malalties osteoarticulars*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 4. Article 74

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id80/eficacia-dels-suplements-de-collagen-hidrolitzat-oral-en-el-tractament-de-les-malalties-osteoarticulars.htm

Data: **3 de juliol del 2016**



La revolució de les femtes. El trasplantament fecal obre un món de possibilitats en el tractament de malalties com l'obesitat o la depressió

Clara Madueño Garro. Resident de Medicina Familiar i Comunitària a l'EAP Dreta Eixample

Si bé és cert que durant molts anys la medicina s'ha encarregat d'eliminar bacteris i virus per guarir les persones, ara hem de canviar de mentalitat i atribuir-los el mèrit que sembla que tenen.

En els últims anys s'ha investigat el paper que juguen els bacteris que conviuen amb nosaltres, la microbiota.

La microbiota del nostre cos podria pesar en total fins a uns 2 kg. Està composta per unes 1.000 espècies diferents de bacteris, repartits per la pell, el tub digestiu, l'aparell respiratori, la vagina... Per cada cèl·lula del nostre cos existeixen 10 microorganismes que ens doten de propietats importants per al manteniment de la salut. Amb tot, hi ha qui parla de "l'òrgan oblidat", perquè a més exerceixen funcions específiques.

Des del moment del naixement, en passar pel canal del part de les nostres mares, la pell entra en contacte amb microbis que desperten i maduren el nostre sistema immunitari acabat d'estrenar. Això passa en el part vaginal, perquè en el cas de les cesàries s'ha demostrat que la colonització per bacteris de la mare i la con-

següent activació de les defenses és diferent. Això podria explicar per què els nens nascuts per cesària presenten major incidència de certes afeccions relacionades amb el sistema immunitari: dermatitis atòpica, asma, rinitis al·lèrgica i celiaquia. Al llarg de la vida, per la interacció amb l'entorn, la dieta i multitud d'altres factors, la microbiota va modificant-se, adoptant noves espècies i eliminant-ne d'altres.

Científics de tot el món s'han proposat desxifrar les propietats de la microbiota analitzant els gens que posseeix. Alguns avenços (Estudi MetaHit) han permès classificar les persones en enterotips (característiques comunes de la microbiota en humans). S'han descrit tres tipus de composicions de bacteris que permetrien a algunes persones tenir una tolerància més elevada a certs aliments, una major facilitat per acumular greixos o una millor predisposició a patir algunes malalties.

És interessant el paper que exerceix la microbiota en el nostre intestí, digerint aliments que no podríem processar sense la seva col·laboració, activant les defenses que envien senyals a través de la sang a tots els òrgans del cos, transmetent ordres que provoquen canvis en algunes funcions, disfuncions, malalties. És aquí on s'obre un mar de possibilitats a partir de les nostres pròpies femtes, que contenen la microbiota que habita en el nostre còlon i que pot ser trasplantada fàcilment. Podríem curar malalties modificant la microbiota?

Doncs sembla que sí

I, pel que sembla, també la medicina xinesa practica aquest tipus de teràpia des de fa més de 1.600 anys.

Un grup de metges holandesos va dissenyar un estudi que avaluava l'eficàcia del canvi de microbiota en la curació d'una diarrea infecciosa produïda per Clostridium Difficile, un bacteri present als hospitals que majoritàriament afecta pacients ingressats. Segons la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 228 de cada 100.000 espanyols s'infecten cada any amb aquest bacteri, una xifra que ha anat augmentant els últims temps i que presenta una mortalitat del 6,9%.

El que els holandesos van fer va ser trasplantar microbiota (material fecal) de persones sanes a pacients infectats i avaluar-ne l'eficàcia en comparació amb el tractament antibiòtic convencional. La tècnica és molt senzilla i barata. Les femtes de donants sans es barregen amb sèrum o amb qualsevol altre medi estèril, s'homogeneïtza la mescla amb una liquadora i es filtra per destriar la fibra i les restes de menjar no digerit. El resultat s'introdueix dins del còlon dels pacients mitjançant una sonda per colonoscòpia (enemes, sondes nasogàstriques o pastilles). El que van descobrir aquests metges és que aproximadament el 90% dels pacients tractats mitjançant trasplantament fecal es van curar, per només el 30% dels que havien rebut antibiòtic.

Un altre estudi realitzat l'any 2004 per metges americans i del Canadà ha relacionat el tipus de flora intestinal amb la predisposició a l'obesitat. Amb un experiment amb ratolins, van demostrar que trasplantar material fecal de persones obeses a ratolins estèrils (és a dir, sense microbis al còlon) els tornava obesos en pocs dies encara que se'ls restringís la dieta i se'ls fes realitzar una activitat física constant. Van fer el mateix, però enlloc de trasplantar femtes de persones obeses, van trasplantar femtes de persones primes. Què va passar? Doncs que els ratolins no es van engreixar a pesar de menjar el mateix que els ratolins obesos de l'altre grup i fer el mateix volum d'activitat física. Es creu que la flora intestinal de les persones obeses és diferent de la de les persones no obeses i que podria exercir un paper important no només en l'ab-

sorció de greixos, sinó també en l'activació de les hormones i dels neurotransmissors que activen, per exemple, el centre de la sacietat al cervell. Podria el trasplantament de femtes fer disminuir l'obesitat i amb ella totes les malalties que en deriven (diabetis, infarts, artrosi...)?

Altres tesis més atrevides demostren la relació entre la flora intestinal i el cervell, tal com exposen uns metges italians a la revista *World Journal of Gastroenterology* el gener del 2016. S'han trobat similituds entre la microbiota de diferents pacients amb autisme: s'ha detectat que molts autistes han rebut antibiòtics de petits, la qual cosa podria ser un factor de risc per a la malaltia. La idea sembla versemblant si tenim en compte que l'administració d'antibiòtics destrueix la flora protectora de l'intestí i obre la porta a altres bacteris amb capacitat de sintetitzar neurotoxines que poden tenir, per exemple, efectes directes sobre el cervell. Sabent que els trastorns de desenvolupament com l'autisme no tenen un tractament curatiu, podria el trasplantament de femtes ser eficaç per prevenir l'autisme o per mitigar-ne símptomes?

També és molt curiosa la relació que s'estableix entre la flora i les alteracions de l'estat d'ànim, que són controlades pel sistema límbic del cervell (les àrees que s'encarreguen de gestionar les emocions), que sembla estar sotmès a importants influències dels fluxos inflamatoris procedents del colon. En estudis experimentals amb ratolins s'han observat canvis de conducta després de trasplantaments fecals. En aquest estudi italià també s'analitza la flora dels pacients diagnosticats amb depressió i s'identifiquen diferències notables respecte a la flora de persones sanes (hi predomina el gènere Alistipes). En base a aquests canvis s'han plantejat hipòtesis tan sorprenents com, per exemple, tractar la depressió amb antibiòtics per distorsionar l'equilibri de la flora "malalta" i així disminuir substàncies en sang que afavoreixin l'aparició de símptomes depressius. Considerant que, segons la Sociedad Española de Psiquiatría únicament a l'Estat espanyol el percentatge de depressions és del 4%, el que es planteja en aquesta hipòtesi és molt important. Podria tractar-se la depressió amb trasplantament fecal?

Tots aquests estudis plantegen idees encara en fase experimental, però dibuixen un prometedor paisatge ple de possibilitats, com bé sabia el jove Mark Smith, microbiòleg americà i fundador del primer banc mundial de femtes (Openbiome), amb seu a Boston. Compra femtes de donants voluntaris que superen unes exigents proves de selecció a preu de 40 dòlars. El que es proposa és poder oferir mostres fecals de qualitat als hospitals i laboratoris per portar a terme trasplantaments i més investigacions en aquesta línia. Per a tots els interessats, disposen d'una web amb tota la informació necessària: www.openbiome.org.

I és que no podia ser que milions de mosques estiguessin tan equivocades... Menjar merda és saludable!

Citació

Autor: **Madueño Garro, Clara**

Títol article: *El trasplantament fecal obre un món de possibilitats en el tractament de malalties com l'obesitat o la depressió*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 78

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id82/el-trasplantament-fecal-obre-un-mon-de-possibilitats-en-el-tractament-de-malalties-com-l-obesitat-o-la-depressio.htm

Data: **12 d'octubre del 2016**

LA MIGRANYA. Jornada de migranya, CAMFiC

Anna Franquesa Novellasdemunt. Resident de Medicina de Família a l'EAP Vic

Violeta Uriach Timoneda. Resident de Medicina de Família a l'EAP Dreta de l'Eixample

Aquest mes d'octubre s'ha realitzat la sisena jornada de migranya organitzada per la CAMFIC. Així doncs, aprofitant aquest acte, hem decidit fer un petit article sobre aquesta patologia tan freqüent.

Se sap que un 18% de dones i un 6% d'homes estan diagnosticats de migranya. Segons diversos estudis, fins a un 60% de la població afectada podria no estar diagnosticada, per la qual cosa és una entitat infradiagnosticada, molt més freqüent del que pensem.

L'any 2000 l'OMS la va considerar la 19a malaltia més discapacitant, considerant els anys de vida que sostreu, però l'any 2013 es va revalorar i afirmar que és la 6a. D'altra banda, la cefalea per abús de fàrmacs (aquella en què durant 10-15 dies el pacient està sota l'ús de medicació) es troba en la 18a posició. Una persona que pateixi les dues entitats se situa en el 3r lloc de discapacitat.

La migranya representa el 25% de les consultes de neurologia. Els estudis assenyalen

que el 50% de persones s'automediquen i únicament el 50% dels pacients estan satisfets amb el seguiment, el tractament i els resultats obtinguts.

Aquesta malaltia té un cost molt elevat, tant a nivell laboral, acadèmic, físic, personal, social, emocional i familiar com, òbviament, també econòmic (ús de fàrmacs i baixes laborals). A més, suposa una despesa d'uns 27 bilions d'euros anuals a Europa.

Recentment s'han modificat els criteris internacionals. Un dels punts més rellevants a destacar, és que la migranya crònica (la que afecta més de 15 dies/mes o 8 dies/mes de migranya amb o sense aura), que fins ara era una complicació de la migranya esporàdica, ja és considerada una entitat pròpia. Aproximadament cada any un 3% dels pacients amb migranya esporàdica desenvolupa migranya crònica.

Però què és la migranya? Què fa que unes persones estiguin predisposades a patir-les?

En primer lloc, volem recordar que el cervell, com a òrgan, no pateix dolor. El que sí que produeix dolor són les meninges o duramàters, que traslladen l'estímul nociceptiu als nervis perifèrics, especialment al nervi Trigemin.

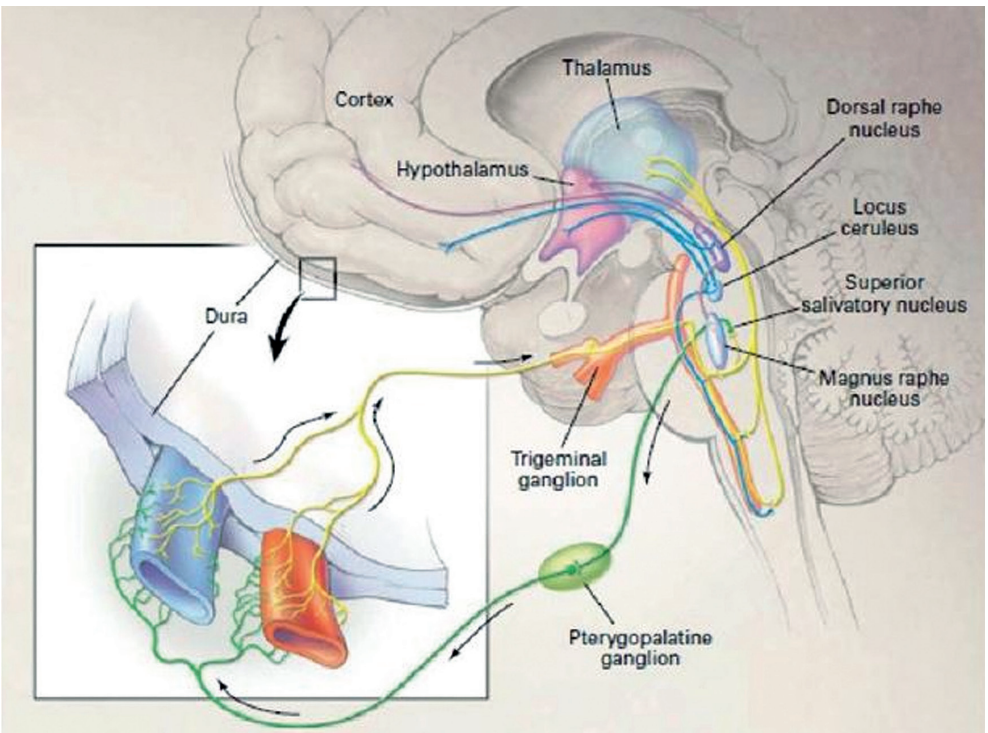
Dins la complexa fisiopatologia de la migranya cal anomenar el **sistema trigeminovascular**. Quan s'inicia l'aura de la migranya la inflamació a nivell neuronal es propaga fins a afectar el nervi trigemin i posteriorment es desplaça al seu gangli, nucli caudat, tàlem i finalment al còrtex. Això seria el que s'anomena *circuit central de la migranya*. Cal anomenar també el **complex trigemino-cervical**, que esdevé a causa de l'existència de connexions entre les aferents cervicals C1-C2 i el complex trigeminal. Simplificant aquest concepte podríem concloure que contractures cervicals poden generar migranyes en pacients predisposats a patir-les.

Les persones amb migranya tenen ja des del seu naixement ***un cervell predisposat, amb mala adaptació al medi.*** Sabem que al cervell hi arriben molts estímuls dolorosos, molts dels quals són inhibits per circuits interns. Els pacients amb migranya però, no inhibeixen igual de bé els impulsos nociceptors. Són hipersensibles als estímuls i presenten majors dificultats per habituar-se als canvis.

Un exemple podria ser aquell soroll ambiental, constant i molest però de baixa intensitat que tots hem sentit alguna vegada en una sala. La majoria de persones, passada una estona, deixaran de sentir-lo (els seus cervells s'hi adaptaran per tal d'obviar-lo), però en canvi, una persona amb tendència migranyosa tindrà menys capacitat d'adaptar-se a aquest soroll molest i continuarà percebent-lo amb una major intensitat.

A més, alguns estudis afirmen que aquests pacients tenen un nivell d'estrès basal més elevat i que davant d'una circumstància estressant pateixen un neguit major.

És evident, doncs, que realitzar un tractament adient és primordial, però també ho és el seu moment d'instauració. Se sap que existeix un fenomen de **sensibilització**, primer central i posteriorment perifèric, que pot arribar a impedir que el tractament sigui efectiu si se'n retarda l'inici. La sensibilització central apareix 45 minuts després de l'inici del dolor, provocant alodínia cefàlica i posteriorment, si no s'inhibeix farmacològicament l'estímul dolorós, arriba al tàlem i provoca una alodínia extracefàlica.



Maneig i circuit assistencial en Atenció Primària

Davant d'una probable migranya, primer s'ha de realitzar un diagnòstic acurat mitjançant una anamnesi completa i valorant la discapacitat que aquesta migranya pot ocasionar. Amb aquest objectiu existeixen dues escales molt usades: la **MIDAS** i la **HIT**.

Un cop realitzat el diagnòstic, caldrà tenir en compte diversos aspectes:

- Implicar i involucrar el pacient en la malaltia i en la presa de decisions
- Avaluar si hi ha desencadenants o agreujants de les crisis per tal d'aprendre a evitar-los
- Realitzar un "diari de migranyes" per conèixer la freqüència, durada, característiques i possibles desencadenants (actualment existeixen múltiples aplicacions per a telèfons mòbils que permeten fer-ho fàcilment)
- Valorar quin és el tractament agut més apropiat, així com també plantejar si requereix o no tractament preventiu
- Tractar la discapacitat que implica
- Fer un seguiment estret del pacient per saber com tolera el tractament, si han aparegut efectes secundaris o si hi ha perill d'abandonament del tractament
- Evitar l'automedicació per tal de prevenir la cefalea per abús de fàrmacs
- Controlar les complicacions tant de la pròpia migranya com també del tractament
- La majoria de vegades no cal derivar a urgències ni al neuròleg. Només es farà en aquells casos

en què sigui realment necessari (aures atípiques perllongades i/o complicades; migranyes inicialment còniques; cefalees secundàries amb mala resposta al tractament habitual, malalties concomitants importants, abús de fàrmacs...)

• Valoració psicològica: Per l'impacte personal i professional que pot implicar es tripliquen les alteracions psicològiques i psiquiàtriques, factor que s'haurà de tenir en compte per actuar-hi precoçment

Tractament agut i preventiu

Tractament agut

• Cal que sigui ràpid. En el cas de crisis lleus-moderades els AINE seran la primera opció, mentre que en crisis greus ens plantejarem els triptans

• Sobre els triptans cal recordar que tenen una resposta individual molt diferent i que si els utilitzem juntament amb els AINE tenen una major eficàcia

• Individualitzarem el tractament segons les característiques del pacient i de les seves crisis migranyoses, evitant sempre les combinacions d'analgèsics, opioids i barbitúrics

Tractament preventiu en migranya episòdica d'alta freqüència

• Menys d'un 10% dels pacients amb aquest tipus de migranya reben tractament preventiu, un percentatge que hauria d'oscil·lar entre un 10 i un 25%

• Objectius: reduir la freqüència, intensitat i durada de les crisis, millorar la resposta del tractament agut i de la qualitat de vida i tractar els símptomes no tractables de forma aguda, com per exemple l'aura

Consideracions generals

• Iniciarem amb un sol fàrmac en dosis baixes i anirem augmentant lentament segons la tolerància. Tots tenen una eficàcia semblant

• Caldrà esperar 4-6 setmanes per valorar la seva eficàcia, cosa que s'ha d'explicar bé als pacients per prevenir una mala adherència al tractament

• Es mantindrà el tractament entre 3 i 6 mesos mínim, màxim 9-12 mesos

GRUP FARMACOLÒGIC	FÀRMAC, INDICACIONS I EFECTES ADVERSOS
Betabloquejants	Propranolol, atenolol, metoprolol Considerar si: HTA, tremolor, migranya amb aura o sense
Calciantagonistes	Flunarizina Considerar si: Migranya amb aura o sense EA: gana, augment de pes, somnolència, apatia
Antidepressius	Amitriptilina, venlafaxina Considerar si: associa cefalea tensional, insomni, ansietat, depressió
Neuromoduladors	Topiramat (especialment important introduir lentament!) Zonisamida: alternativa al topiramat Valproat: només en casos refractaris. Cal evitar-lo en dones Considerar si: Migranya amb o sense aura, obesitat, epilèpsia migranya crònica EA: parestèsies, alteracions cognitives
Altres	IECA/ARA II, triptans

Tractaments complementaris i alternatius estudiats

A la xarxa hi ha una infinitat de webs que parlen sobre la migranya, aplicacions de diaris de cefalees, fòrums on pacients comparteixen experiències, opcions terapèutiques complementàries i alternatives, consells i recomanacions... Cal tenir sempre cautela amb la informació que s'obté de les xarxes, ja que la gran majoria no ha estat revisada per personal sanitari. Alguns tractaments podrien tenir un cost econòmic no justificat o fins i tot ser perillosos. Cal recordar que la idea que "tot el que és natural no pot fer mal" pot ser completament errònia.

Abans de continuar amb aquestes altres opcions terapèutiques, cal repassar les taules de grau d'evidència i de recomanació:

Significat dels graus de recomanació segons l'USPSTF

GRAU DE RECOMANACIÓ	SIGNIFICAT
A	Extremadament recomanat (bona evidència que la mesura és eficaç i que els beneficis superen àmpliament els perjudicis)
B	Recomanable (almenys moderada evidència que la mesura és eficaç i que els beneficis superen els perjudicis)
C	Ni recomanable ni desaconsellable (almenys moderada evidència que la mesura és eficaç, però els beneficis i els perjudicis estan molt equilibrats i no pot justificar-se una recomanació general)
D	Desaconsellable (almenys moderada evidència que la mesura és ineficaç o que els perjudicis superen els beneficis)
E	Evidència insuficient, de mala qualitat o contradictòria; el balanç entre beneficis i perjudicis no pot ser determinat

A la jornada es van analitzar algunes de les teràpies complementàries o alternatives proposades. Les hem resumit i complementat:

- **La *Matricaria chamomilla*** (camamilla): es recomana com a tractament preventiu de les migranyes, amb un nivell d'evidència C segons els estudis realitzats

- **La *Petasites hybridus***: planta amb efectes antiinflamatoris i antihistamínics. A les webs es recomana per a l'asma, la migranya o la rinitis al·lèrgica. S'hi aconsellen posologies diferents i no consten estudis realitzats que puguin justificar-ne el tractament ni la posologia prescrita. Cal destacar que aquesta planta està prohibida en molts països per efectes hepatotòxics greus (fet que no s'esmenta a la majora de webs)

- **Riboflavina** (Vitamina B2): amb un preu a la xarxa d'entre 6 i 20 euros. Segons algunes webs és molt eficaç per a la prevenció de la migranya, altres ja la classifiquen com a "possiblement ineficaç". Segons els estudis realitzats, seria poc o gens efectiva

- **Magnesi**: amb un preu a la xarxa d'entre 5 i 15 euros i amb alguns titulars a les xarxes com ara "elimina tus migrañas con magnesio" o "recetado

por mi neurólogo y sin efectors secundarios". Els estudis conclouen que el tractament amb magnesi pot ser efectiu únicament en persones que presenten hipomagnesèmia

• **Coenzima Q10**: a les webs la podem comprar per un preu d'entre 12 i 45 euros. Els estudis conclouen que la presa pot anar bé amb una evidència CII en aquells pacients que tenen la coenzima Q10 baixa. Sense efectes rellevants en pacients amb valors normals

• **Homeopatia**: es va realitzar un estudi amb molts pacients i no es va demostrar superioritat respecte al placebo

• **Acupuntura**: s'han realitzat estudis i sembla que podria tenir una eficàcia moderada respecte al placebo, però cal apuntar que els estudis han estat realitzats per acupuntors; en general no s'aconsella que un estudi d'aquestes característiques sigui realitzat pels propis interessats. L'acupuntura no supera en cap cas els fàrmacs. Repassant guies de migranya europees, l'acupuntura es recomana al 2n o 3r esglaó del tractament, per tant després del fracàs del fàrmac o bé per complementar-lo en veure que tot sol no és prou efectiu

• **Quiropràctica**: a l´Estat espanyol no hi ha homologació d'aquesta pràctica, però en altres països sí. Revisant les webs, a la de l'Associació Espanyola de Quiropràctics, s'hi comenta que no provoca efectes adversos, cosa que és totalment incerta; com en qualsevol pràctica, apareixen efectes adversos, la majoria lleus, però alguns greus o molt greus. S'ha afirmat que sofrir un ictus abans dels 45 anys és cinc vegades més freqüent en pacients exposats a una manipulació quiropràctica recent; a més, també augmenta el risc de dissecció vertebrobacilar. No s'ha pogut provar en estudis que tingui un efecte positiu en la migranya

• **Exercici físic**: malgrat que els estudis realitzats són de poca qualitat, sembla que podria tenir un cert benefici. Aparentment té efecte en la reducció del dolor durant les crisis, però no ajuda gaire a reduir-ne la freqüència

• **Fisioteràpia i rehabilitació**: no presenta uns beneficis clars ni en la freqüència ni en la intensitat de les crisis, però sí que sembla que en pot disminuir la durada i reduir els dies de dolor o de necessitat de presa de fàrmacs. Un altre estudi assenyala que també pot reduir la intensitat de les crisis, però amb un nivell d'evidència baix

• **Teràpia psicològica (relaxació, biofeedback i teràpia cognitivoconductual)**: en general les guies europees la recomanen, sobretot si s'afegeix un component d'estrès i angoixa a la crisi Nivell d'evidència baix

Altres tractaments estudiats:

• **Punció seca (dry needling)**: consisteix a punxar amb una agulla fins una determinada profunditat allà on hi ha un punt gatell. Segons alguns estudis té un nivell d'evidència CIII en la migranya esporàdica

• **Bloquejos anestèsics**: es realitzen amb bupivacaina a l'occipital major, al supraorbitari a l'infraorbitari. Té un grau d'evidència i recomanació BII en la migranya crònica però un grau IV en la migranya episòdica. Únicament indicat quan els tractaments farmacològics optimitzats han fracassat

• **Neuroestimulació en migranya refractària (invasiva i no invasiva)**: l'evidència científica és molt baixa i els efectes secundaris poden ser importants, sobretot en els procediments invasius

• **Estimulació magnètica transcranial**: pocs estudis realitzats i poca evidència

- **Anticossos monoclonals**: actualment sota estudi. Opció només tributària en pacients amb migranya refractària o amb intolerància als tractaments. Són anticossos contra un neuropèptid que té un paper important en la fisiopatologia de la migranya, el CGRP (els nivells del qual s'eleven durant les crisis). Sembla que aquest tractament tindria acció sobre el múscul llis amb vasodilatació i a nivell de motoneurona de l'encèfal, modulant el dolor. Els fàrmacs que bloquegen aquest pèptid es van retirar del mercat per efectes hepatotòxics. Actualment els assajos es troben en fase II, amb resultats prometedors, però encara és massa aviat per poder-los comercialitzar en cas que resultin efectius. El CGRP sembla que podria tenir un efecte cardioprotector, motiu pel qual caldrà estudiar curosament si el tractament migranyós pot tenir efectes secundaris en aquesta esfera

- **Cirurgia de la migranya**: s'ha parlat de la cirurgia per "curar" la migranya mitjançant processos percutanis o invasius, que són, segons els estudis, perillosos i no efectius, per la qual cosa no es recomanen en absolut

- **Daith piercing o acupuntura auricular**: punt d'acupuntura. En tractar-se d'una perforació, és un tipus de tractament mantingut. No hi ha estudis al respecte. A les webs s'assegura que no té efectes secundaris, però som conscients dels riscos que pot comportar la perforació en general si no es prenen les mesures higièniques i d'esterilització adequades, a més dels riscos intrínsecs de la perforació de cartílag

Com hem pogut veure, sembla que de moment la gran majoria dels tractaments complementaris o alternatius aporten poca o cap evidència científica.

Conclusions

Malgrat la complexitat de la fisiopatologia de la migranya i el cervell migranyós, es tracta d'una patologia que ens trobarem sovint a les nostres consultes d'Atenció Primària. Per això creiem que és important dur a terme un bon diagnòstic, tipificant correctament el tipus de migranya que pateix cada pacient. D'aquesta manera podrem oferir-li el tractament més adient, individualitzat a les seves característiques, educar-lo en el reconeixement de les crisis, en la prevenció dels factors desencadenants i en la comprensió de la importància d'un tractament precoç. Tot plegat per tal d'evitar un abús de fàrmacs que només farà entrar el pacient en un cercle viciós que li impedirà fer-ne un bon ús per resoldre les seves crisis.

Com sempre, hem d'escoltar els pacients, només així podrem entendre el seu dolor i tractar-los com es mereixen. Avui que ens trobem a la era 2.0, també hem de ser capaços de ser crítics amb la informació que trobem a les xarxes i conèixer aquells enllaços amb evidència científica sobre el tema, que ens seran útils per orientar els pacients que ens consulten.

Citació

Autor: **Franquesa Novellasdemunt, Anna; Uriach Timoneda, Violeta**

Títol article: *Migranyes*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 79

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id83/migranyes.htm

Data: **13 d'octubre del 2016**

Malaltia de Paget òssia

Anna Franquesa Novellasdemunt. Adrián Peña Fernández.
Residents a l'EAP Vic

Cas presentat a la 15a Jornada de Residents d'Atenció Familiar i Comunitària de la UDACEBA. 30 d'octubre del 2015

Presentació del cas

Pacient dona de 89 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes que va ingressar al servei de Medicina Interna per un episodi d'hemoptisi. A destacar: els antecedents d'hipertensió arterial, insuficiència renal crònica, anèmia normocítica normocròmica crònica i malaltia de Paget òssia. Referia un quadre d'astènia de mesos d'evolució, amb una alteració en el ritme deposicional i un augment de la dispnea basal que l'obligaven a parar-se en pujar escales. La nit anterior havia iniciat esputs hemoptoics amb augment de la dispnea. No referia sensació distèrmica ni clínica d'infecció intercurrent els dies previs.

La pacient vivia sola i tenia bon suport i supervisió de la família, era independent en gairebé totes les activitats bàsiques de la vida diària i conservava les capacitats instrumentals. Tampoc presentava deteriorament cognitiu.

A l'exploració física realitzada en arribar al servei d'urgències hi destacaven malestar general, pal·lidesa mucocutània i tendència a la hipertensió, saturant al 86% a aire am-

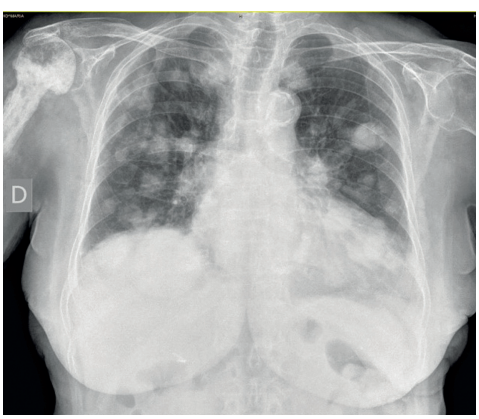
bient (TA: 193/93mmHg, FC: 96x', Tª: 36'2ºC, SatO2 (FiO2 21%): 86%). A nivell respiratori, s'auscultaven crepitants dispersos en ambdós camps pulmonars. En finalitzar l'exploració física, es va trobar una pàpula eritematosa perlada i dura a nivell de deltoides dret.

Es van sol·licitar les següents proves complementàries:

- Analítica de sang: destacava l'anèmia normocítica normocròmica ja coneguda, hipocalcèmia i insuficiència renal crònica aguditzada sense elevació dels reactants de fase aguda

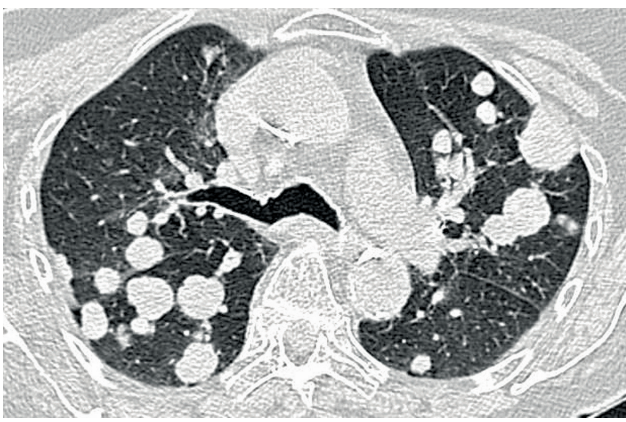
- Gasometria arterial (FiO2: 21%): pH: 7.39, pCO2: 30mmHg, pO2: 53, HCO3: 18.2, SatO2: 87%

- Radiografia de tòrax: múltiples nòduls i masses pulmonars bilaterals en forma de "suelta de globos" suggestives de metàstasis pulmonars



Així doncs, es va sol·licitar un TAC toracoabdominal que no va mostrar el possible origen de la neoplàsia, excepte una rarefacció de l'estructura òssia de l'húmer. En el context de les metàstasis pulmonars múltiples, i reavaluant la primera radiografia de tòrax on destacava una important desestructuració humeral dreta, es va plantejar un tumor ossi primari en pacient afectada per la malaltia de Paget òssia (que es va confirmar mitjançant TAC musculoesquelètic) amb probable metàstasi cutània.

Durant l'ingrés, a més, la pacient va presentar debut de fibril·lació auricular amb angor i inestabilitat hemodinàmica, essent la corva de troponines positiva (TUS: 0.18). Es va iniciar tractament farmacològic amb amiodarona, revertint posteriorment a ritme sinusal.



Finalment, es va diagnosticar la pacient de transformació sarcomatosa de la seva malaltia de Paget amb metàstasis pulmonars, causants de l'hemoptisi. Més endavant va ser donada d'alta a un centre sociosanitari per a la posterior rehabilitació i atenció pal·liativa.

Discussió

La malaltia de Paget òssia és un desordre localitzat del remodelat ossi. És la malaltia metabòlica òssia més freqüent després de la osteoporosi, amb una prevalença a Espanya del 2% en pacients majors de 40 anys i del 5% en majors de 80. Està caracteritzada per 3 fases:

- **Lítica:** en la qual predomina un component osteolític o de destrucció òssia

- **Mixta:** en què hi ha tant destrucció com formació d'os nou
- **Escleròtica:** on predomina el component osteoblàstic o de formació òssia

Tots aquests canvis suposen una "reconstrucció òssia" precipitada i desordenada que forma un os nou feble i poc resistent que facilita la deformació òssia, principalment d'ossos llargs, i que sovint ve acompanyada de dolor, un dels símptomes principals en cas de ser simptomàtica.

Clínica

La majoria de pacients són asimptomàtics. Malgrat tot, poden presentar dolor ossi, osteoartritis secundària, deformitats òssies, augment de la temperatura òssia i complicacions neurològiques per compressió nerviosa.

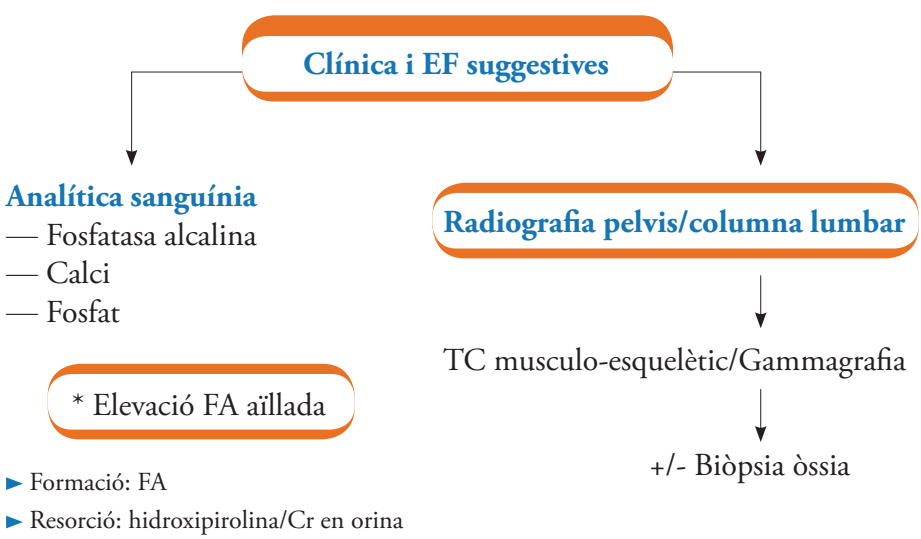
Diagnòstic

Davant de sospita clínica d'aquesta malaltia cal sol·licitar analítica de sang amb els paràmetres destacats a l'esquema, així com també un estudi radiològic simple per observar una possible afectació òssia visible. En cas de no observar-s'hi alteracions, caldrà realitzar TAC o gammagrafia òssia.

Tractament

El tractament d'aquesta malaltia té com a principal objectiu evitar el desenvolupament de complicacions, però només s'ha de realitzar si el pacient presenta dolor o malaltia metabòlica activa amb risc de complicacions, si ha de ser sotmès a cirurgia ortopèdia o si presenta hipercalcèmia o hipercalciúria.

La base del tractament són els bifosfonats, dins dels quals els més utilitzats són el pamidronat, l'alendronat i el zoledronat (que és l'antirresortiu més potent del qual disposem en l'actualitat). Com a tractament simptomàtic s'utilitzen principalment els AINE i altres analgèsics; en alguns casos són útils els antidepressius tricíclics. Per últim, es poden utilitzar el calci i la vitamina D com a tractament complementari.



Complicacions

Malgrat que no és un procés maligne, poden aparèixer un conjunt de complicacions: dolor ossi, deformitats òssies, fractures patològiques, osteoartritis secundària, sordesa, síndromes neurològics compressius, càlculs urinaris per hipercalciúria o fins i tot insuficiència cardíaca congestiva per alt desgast o transformació maligna (en un 1% dels casos). Aquesta última doncs, és la complicació que presenta la pacient del nostre cas. La forma histològica més freqüent és l'osteosarcoma.

Així doncs aquesta complicació, malgrat és poc freqüent, s'haurà de tenir sempre en compte a Atenció Primària en pacients que pateixin malaltia de Paget i presentin un empitjorament clínic o canvis analítics. També cal recordar que sempre hem de ser sistemàtics en l'exploració física i la valoració de les proves complementàries.

BIBLIOGRAFIA

— **Paget's disease: a clinical review.** British Journal of Hospital Medicine, 2015; 76 (1), 25-30

— **Vall-llossera Moll de Alba A, Bordas Julve JM.** Enfermedad ósea de Paget. AMF, 2010; 6 (11), 627-632

— **González Jiménez E, Aguilar Corderoa MJ, García López PA, Guisado Barrilao R, Álvarez Ferrea J, Padilla López CA.** Enfermedad de Paget ósea: utilidad de los bifosfonatos como terapia. Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas, 2009; 18 (2), 34-38

— **Longhi A, Errani C, Gonzales-Arabio D, Ferrari C, Mercuri M.** Osteosarcoma in Patients Older Than 65 Years. Journal of Cinical Oncology, 2008; 26 (33), 5368-5373

— **Horvai A, Krishnan Unni K.** Premalignant conditions of bone. Journal of Orthopaedic Science. 2006; 11, 412–423

— **Cerdà D, Guañabens P, Peris P, Combalia A, Álvarez L, Pomés J, Tomás X, Monegal A, Ros I, Muñoz-Gómez J.** Osteosarcoma en la enfermedad de Paget. Descripción de 6 casos. Revista Española de Reumatología, 2002; 29 (7), 356-358

Citació

Autor: **Franquesa Novellasdemunt, Anna; Peña Fernández, Adrián**

Títol article: *Malaltia de Paget òssia*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 1. Article 61

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id67/malaltia-de-paget-ossia.htm

Data: **8 de gener del 2016**

Que el meu món no pari de girar!

A. Fernández Ortiz, V. Uriach Timoneda, A. Martí Brasó.
EAP Dreta Eixample

Menció especial al Millor Pòster en defensa en la categoria de Casos Clínics. 36è Cos semFYC, 2016

Història clínica

La Sra. P és una dona de 55 anys amb antecedents de migranya (en tractament amb zolmitriptan 2,5 mg), vitiligen (en tractament amb tacrolimús tòpic 0,1%, que s'administra de manera molt abundant), trastorn d'ansietat i histerectomia per úter bipartit (2005).

La pacient consulta perquè des de fa dues setmanes, presenta episodis de vertigen d'uns segons de durada i sensació d'inestabilitat amb els moviments corporals.

A l'exploració física, destaca una lleu contractura de la musculatura cervical, sense dolor a la palpació de les apòfisis espinoses ni alteració de la mobilització.

No s'observen signes de focalitat neurològica, símptomes vestibulars, auditius ni vegetatisme, i les maniobres de provocació (Dix-Hallpike) són negatives.

S'orienta com a vertigen perifèric. Es recomanen rehabilitació i mesures posturals i s'inicia tractament amb betahistina.

Al cap d'uns dies, la pacient torna a la consulta. En entrar, sorprèn la impossibilitat de deambular que presenta (es recolza a les parets per por de caure). Ens explica que continua amb episodis de vertigen rotatori, ara acompanyats de vegetatisme (nàusees, vòmits, sudoració i pal·lidesa) i amb molta repercussió sobre la seva qualitat de vida (ressentiment de l'activitat familiar i laboral).

Donada la manca de resposta al tractament, es decideix derivar a l'hospital de referència. Allà es realitza analítica sanguínia (glicèmia 150, sense altres troballes), ECG, TC de crani i RMN que no mostren alteracions.

Un cop descartat el vertigen d'origen central, la pacient (que és metgessa) es planteja altres etiologies. Entre elles, que el vertigen sigui secundari a fàrmacs.

Serà el tacrolimús tòpic?

En primer lloc, cal tenir en compte que, segons la fitxa tècnica de l'Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el tacrolimús tòpic és indicat per a pacients a partir dels 2 anys d'edat per tractar brots de dermatitis atòpica moderada/greu que no han respost al tractament convencional, així com en el tractament de manteniment en pacients que pateixen més de 4 exacerbacions per any. El tacrolimús és un fàrmac que molts dermatòlegs també recomanen en el tractament del vitiligen.

I podria causar vertigen? Depèn de la font consultada:

- AEMPS-EMA, FDA, Drug & Health Products Canada, Medscape: el vertigen no apareix com a efecte advers
- UptoDate, DrugBank, AstellasPharma (laboratori que comercialitza el tacrolimús tòpic): el vertigen sí

que apareix entre els efectes adversos (amb una probabilitat inferior a 1%)

Evolució

Ja que la clínica actual podria ser secundària al tractament amb tacrolimús tòpic, es decideix suspendre'l. La pacient s'ha mantingut asimptomàtica des de llavors.

I, d'altra banda, es decideix notificar la reacció adversa mitjançant la "Targeta Groga" (Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, mitjançant l'enllaç www.notificaRAM.es). A dia d'avui, la notificació segueix el seu curs, amb l'esperança que arribi a bon port.

Aplicabilitat a la Medicina de Família

La notificació de reaccions adverses medicamentoses permet la supervisió contínua dels fàrmacs un cop comercialitzats. És important que els metges coneguem les vies que existeixen per notificar aquestes reaccions adverses i que les utilitzem, perquè la suma de casos similars és un senyal que un nou risc ha de ser avaluat i és una manera de conèixer els fàrmacs per fer-ne el millor ús.

BIBLIOGRAFIA. Fitxa tècnica tacrolimús tòpic

— **AEMPS-EMA:**
http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000374/WC500046824.pdf

— **AstellasPharma:**
http://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/UCM153197.pdf

— **DrugBank:**
http://www.drugbank.ca/system/fda_labels/DB00864.pdf?1265922814

— **Drug & Health Canada:**
http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/info.do?code=68109&lang=eng

— **FDA:**
http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM107848.pdf; http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/ucm088996.pdf

— **Medscape:**
http://reference.medscape.com/drug/protopic-tacrolimus-ointment-topical-343551#4

— **UptoDate:**
Colm C Magee. Pharmacology and side effects of cyclosporine and tacrolimus. UpToDate, 2014.

— **Pedro M. Cabrero Sobrino, Montse Canton Bascuas.** Mareig, inestabilitat i vertigen. Guia d'actuació en urgències per a l'Atenció Primària. CAMFiC, 2009.

Citació

Autor: **Fernández Ortiz A., Uriach Timoneda V., Martí Brasó A.**

Títol article: *Que el meu món no pari de girar!*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 4. Article 75

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id79/que-el-meu-mon-no-pari-de-girar.htm

Data: **4 de juliol del 2016**

“Fem salut al barri”

Marta Coderch. Tutora i metge de família a l’EAP Sardenya

Constitució del Grup de Salut Comunitària de la UDACEBA “Fem salut al barri”
https://femsalutalbarri.wordpress.com

Història clínica

En el context de la millora dels coneixements, habilitats i competències dels residents d’Infermeria i Medicina Familiar i Comunitària de la UDACEBA i també de la formació contínua dels professionals, sorgeix la necessitat de treballar en major profunditat l’Atenció Comunitària. Sabem que és un aspecte sovint poc conegut i compartit de la nostra especialitat i de la transmissió generacional als residents.

Per aquest motiu, el passat 19 de novembre del 2015, va ser constituït formalment el grup Fem salut al barri de la UDACEBA. És un grup obert a qualsevol tutor, resident i membres de la nostra comunitat educativa.

Situant-nos. Què fem i què podríem fer?

Volem trobar una definició comuna del concepte d’Atenció Comunitària. El programa de l’especialitat diu: “L’orientació comunitària comença a través de l’atenció a l’individu, ja que tota l’activitat en aquesta àrea s’ha de realitzar contextualitzada en l’entorn de la persona, aprofitant els seus recursos i minimitzant-ne els dèficits”.

I a més, el professional d'Atenció Familiar i Comunitària "ha d'aprendre, d'una banda, a utilitzar sistemes de vigilància epidemiològica que li permetin conèixer i controlar els aspectes del medi ambient i les seves repercussions en la salut i, de l'altra, a cooperar activament amb les organitzacions comunitàries i altres institucions que persegueixen millorar la salut de la població".

Acció comunitària són les relacions socials, i "fer comunitària" significa abordar les relacions entre les persones dinamitzant-les amb l'objectiu de millorar el seu benestar i la seva salut. Creiem que l'activitat comunitària, així com la coordinació entre entitats, que incrementa la cohesió social, és eficaç quan es tracta d'un element de dinamització i enfortiment social i quan està arrelat a la comunitat.

Però quin és el nostre paper com a professionals de la salut?

Per anar situant-nos, volem fer la tasca de presa de consciència de totes les activitats de caràcter comunitari i d'educació per a la salut que ja s'estan fent actualment en els diferents centres que formen part de la Unitat Docent. Només revisant la memòria de l'ACEBA del 2014 ja podem trobar més de 100 activitats!

Hem de millorar el coneixement sobre aquestes activitats que ja existeixen a les nostres comunitats.

Volem elaborar:

- Índex de recursos de què disposa cada centre a la seva comunitat
- Calendari d'activitats comunitàries del conjunt de centres docents, que donarà l'oportunitat als residents de poder participar-hi
- Banc de dades de Comunitària que també inclourà les activitats d'altres institucions
- Tot recollit al blog https://femsalutalbarri.wordpress.com

Treballarem basant-nos en la millor evidència científica disponible i amb l'objectiu de poder compartir-ho tot amb tothom qui vulgui.

I tot això sense oblidar que ens cal aprofundir en el procés de diagnòstic comunitari i en les diferents tècniques de diagnòstics participatius que existeixen; hi ha un clar consens al grup sobre quins aspectes ha de contenir.

Ha de tenir presents les necessitats de les persones i el context local, ha de detectar, reconèixer i treballar amb els actius comunitaris i ha d'estimular la participació ciutadana. Hem de treballar com una xarxa, de forma coordinada i intersectorialment, i hem de fer ús dels recursos de forma equitativa i racional.

Objectius de Fem salut al barri:

Docència

- Promoure la formació en Salut Comunitària
- Promoure la recerca en Salut Comunitària

Recerca

- Cerca bibliogràfica sobre estudis d'eficàcia i efectivitat que recolzin les nostres activitats futures
- Estudis descriptius de les activitats comunitàries i d'educació en salut que es realitzen i es realitzaran
- Coordinació d'estudis de recerca en Salut Comunitària dels residents formats a la UDACEBA

Projectes en comú

- Creació de la nostra pròpia identitat digital i promoció del coneixement i la participació del grup en les xarxes socials
- Creació d'un programa de formació en Salut Comunitària: cursos taller, sessions per videoconferència, etc.
- Publicació d'articles al butlletí APSalut

Continuïtat

- Realització de reunions periòdiques, presencials i a través de Hangout
- Avaluació sistematitzada de totes les activitats que realitzem
- Afavoriment de la "cultura" i de la participació en Salut Comunitària de tots els membres dels nostres equips, cosa que considerem imprescindible per garantir la continuïtat i riquesa del projecte

BIBLIOGRAFIA

— **Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R.** Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35(9):478-83

— **Lopez Santiago A.** Presentación. Comunidad 2015Ð17(2):1

El grup "Fem Salut al Barri" de la UDACEBA està integrat actualment per:

Araceli Bergillos, EAP Sardenya
Anna blasi, EAP Sagrada Família
Alba Cabellos, EAP Sagrada Família
Albert Casasa, EAP Sardenya
Marta Coderch, EAP Sardenya
Marta Dachs, EAP El Remei
Sara Esteve, Hostalets de Balenyà, EAP El Remei
David Ginesta, EAP Dreta de l'Eixample
Oriol Huguet, CAPI Baix-a-Mar
Beatriz Jimenez, EAP Sardenya
Judith Vila, EAP Sardenya

Citació

Autor: **Coderch, Marta**

Títol article: *Fem salut al barri*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 1. Article 62

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id66/fem-salut-al-barri.htm

Data: **11 de gener del 2016**

La Comunitària existeix. Experiència a l'ASPB

Laura Pardo Frasquet. Resident d'Infermeria Familiar i Comunitària a l'EAP Sardenya

"Què és l'Agència de Salut Pública? Què s'hi fa?" Aquestes són preguntes que freqüentment m'han fet quan he explicat que estava realitzant una rotació a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). A continuació, m'agradaria explicar què és l'ASPB i quins són els seus àmbits d'actuació i donar a conèixer la meva experiència al seu Servei de Salut Comunitària.

Qui són?

L'Agència de Salut Pública de Barcelona s'encarrega de les funcions de salut pública de la ciutat de Barcelona i treballa conjuntament amb l'ajuntament i els òrgans de govern dels districtes; a més, s'hi han definit contractes-programa en salut. Està present quan l'ajuntament necessita l'opinió o el dictamen dels seus serveis de salut pública.

S'encarrega de realitzar informes (l'informe de salut de la ciutat o els de drogues, entre altres informes monogràfics) que es presenten a la Comissió de Benestar Social i al Consell Plenari.

Què fan?

• Coneixement de la salut de la ciutat i sistematització d'informació sanitària: l'ASPB recull i analitza sistemàticament dades sobre diferents problemes relacionats amb la salut per oferir una visió de conjunt de l'estat de salut dels barcelonins i ajudar a determinar les actuacions prioritàries.

• Control de malalties, vigilància epidemiològica i intervenció: l'ASPB és responsable del control de malalties transmissibles de rellevància sanitària a la ciutat. A més del pla de vacunacions, gestiona programes de control de la tuberculosi, de la meningitis, de l'hepatitis, de la sida i d'altres malalties transmissibles, així com de brots epidèmics, a més de la vigilància de la grip durant la temporada de fred. D'altra banda, des de la Unitat de Salut Laboral es gestiona el sistema de vigilància de malalties relacionades amb el treball.

• Vigilància i intervenció ambiental: l'ASPB du a terme programes de millora de la qualitat de l'aire i de vigilància i control de les aigües de consum humà, del medi hídric, d'instal·lacions de risc de legionel·la, d'establiments i serveis plaguicides i d'altres riscos. També d'informació de la qualitat de l'aire i altres vectors ambientals

• Prevenció i promoció de la salut: el Servei de Salut Laboral és el proveïdor de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Conjuntament amb els districtes i les escoles, es porta a terme la implantació de programes educatius i de prevenció. Es realitza el Pla de Salut Comunitària i promoció de la salut de Barcelona.

L'experiència

Vaig realitzar la meva estada a l'ASPB durant 2 mesos al Servei de Salut Comunitària. Durant aquest temps vaig poder conèixer el funcionament del servei que s'encarrega de vetllar per la salut de la comunitat, el personal implicat, la tasca que realitza cadascú...

Quan vaig anar descobrint tota la xarxa que hi ha establerta vaig tenir la sensació que la Salut Comunitària existia. Havia estat molts anys escoltant parlar de la importància de la comunitat en la salut, sentint professors "persuadint-nos" de la necessitat de fer un bon diagnòstic comunitari, de tenir en compte els interessos de la nostra comunitat, de fomentar la seva participació, però no vaig ser realment conscient de què era "fer comunitària" fins aquell moment.

Un altre punt clau de la meva estança van ser dues paraules que es repetien diàriament: evidència i avaluació. Em va agradar saber que els programes que es realitzen es basen en una evidència i en uns resultats que demostren la seva efectivitat i que, a més, cada programa o intervenció és avaluada per verificar la seva utilitat que els resultats obtinguts es retornen a tots els implicats, des dels òrgans de gestió fins la gent que és a peu de carrer.

I parlant de carrer, al carrer és on es fa gran part de la feina que realitzen les infermeres del SESAC: reunions amb associacions, contactes amb membres importants o de referència de la comunitat, divulgació de programes, captació de gent que se'n pot beneficiar... Al carrer és on s'aconsegueix crear una xarxa que uneix la comunitat, que la fa més forta.

Aquesta estada m'ha servit per ser més crítica i per parar-me a pensar abans de decidir-me a fer qualsevol intervenció a la

comunitat, per evitar escampar aquí i allà bolets que quan arribi l'hivern moriran i intentar plantar un arbre amb arrels fermes que pugui créixer i fer-se gran gràcies a la implicació de la comunitat que el rega, l'adoba i el cuida per aconseguir una bona ombra a l'estiu, un refugi de la pluja a l'hivern i bons fruits per compartir a la primavera.

I, per últim, m'agradaria agrair a totes les professionals amb qui vaig poder compartir aquesta experiència i amb qui he tingut el plaer de fer Comunitària al servei central del SESAC, a un despatx, a la consulta d'un CAP, a les associacions del barri, a un casal i fins i tot amb un cafè a un bar, que així també es fa Comunitària.

Citació

Autor: **Pardo Frasquet, Laura**

Títol article: *La Comunitària existeix. Experiència a l'ASPB*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 2. Article 65

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id68/existeix-la-comunitaria-una-experiencia.htm

Data: **24 de març del 2016**

El dia que em vaig enamorar de tu... Salut Comunitària!

Pilar Santamaria Vilaró. Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitaria a l'EAP Vic

Avui us volia parlar d'una història d'amor d'aquelles que apassionen i omplen de vida malgrat els seus moments de desencís i frustració, que sovint la fan més forta i ferma.

És una història que alguns de vosaltres ja haureu viscut i que d'altres de ben segur viureu en el futur. No deixeu passar l'oportunitat d'enamorar-vos-en: LA SALUT COMUNITÀRIA.

Hi ha múltiples motius pels quals, d'entrada, podria mirar-me-la amb bons ulls; alguns parteixen de les experiències prèvies que he viscut.

L'enfocament biomèdic que durant molt temps ha imperat en el desenvolupament de la nostra tasca com a infermers/es i metges/ses de Medicina Familiar i Comunitària, sovint oblidant aquesta segona part que dóna nom

a la nostra especialitat, hauria de caminar cada vegada més (tal com ja comença a fer) cap a un enfocament biopsicosocial en què els aspectes biològics, psicològics i socials de les persones es tinguin en compte a l'hora de valorar tant els seus problemes de salut com les possibles respostes a aquests problemes, que moltes vegades es troben fora de la consulta, a la comunitat.

Es fa impossible entendre el treball en Salut Comunitària sense un pas previ: el coneixement de la comunitat en què treballem i de la qual formem part, així com els seus determinants de salut i les possibles desigualtats sanitàries existents. Aquest hauria de ser el punt de partida ineludible en l'inici d'aquesta relació.

Sols amb el coneixement mutu dels diferents actors es podrà interactuar per desenvolupar un treball participatiu i en xarxa amb tots els agents implicats, on el protagonisme ha de ser sempre de la comunitat.

Conèixer la comunitat i treballar en Salut Comunitària no és senzill, i més si tenim en compte que durant molt de temps això no s'ha tractat en la nostra formació com a professionals. Aquest és un dels aspectes que caldria prioritzar i reforçar: la formació amb la finalitat d'assolir una base conceptual i metodològica sòlida que ens permeti desenvolupar aquesta tasca de forma òptima i eficient.

En aquest sentit, ara més que mai, és indispensable incloure la Salut Comunitària dintre de la formació de les especialitats d'Infermeria i Medicina de Família i Salut Comunitària, així com promoure la implicació dels residents en l'activitat comunitària, ja que ells són un motor d'idees i energia necessari que pot generar corrents molt positius i motivadors en aquesta direcció.

La implicació, però, ha de ser de tot l'equip, que hauria de considerar el treball en Salut Comunitària com a part integrant del nostre perfil com a professionals i un camí a seguir per millorar, conjuntament amb la resta d'agents del territori, la salut de la comunitat.

> "Es fa impossible entendre el treball en Salut Comunitària sense un pas previ: el coneixement de la comunitat en què treballem i de la qual formem part."

En aquesta relació la responsabilitat, la implicació i el treball haurien de ser indefectiblement compartits amb la resta d'actors, amb un protagonista clar, la comunitat, treballant amb i per a ella, i partint de les seves demandes i necessitats tot defugint les accions unilaterals no consensuades ni compartides, i nodrint-nos de les experiències prèvies implementades en altres comunitats, que, encara que siguin particulars d'aquesta comunitat en concret, poden ésser instructives i un punt de referència a l'hora de documentar-nos per iniciar aquesta relació, així com ho hauria de ser l'evidència existent.

No obstant això, la base d'aquesta relació no hauria de ser el voluntarisme. Cal una reorganització dels equips que permeti treballar-hi eficientment, amb la dedicació i implicació que requereixen tot adaptant agendes i reponsabilitats per garantir-ne un òptim desenvolupament que quedi reflectit a nivell contractual.

Cal sortir de la consulta i reorientar la nostra tasca habitual a la comunitat, però això necessita eines, temps i dedicació, coses que no haurien de sortir exclusivament de l'altruïsme i la motivació individuals. Així mateix, també caldria que des de l'administració es fes una aposta ferma en aquest sentit que quedés reflectida en les seves polítiques.

I, si arribats a aquest punt us pregunteu per què caldria reorientar els nostres equips per treballar en Salut Comunitària, només cal valorar quin és l'objectiu que perseguim, certament ambiciós però alhora comú, que justifica tot l'esforç que requereix: promoure la salut, millorar la qualitat de vida i el benestar social de la comunitat potenciant la capacitat de les persones i dels grups per l'abordatge dels seus problemes.

Així doncs, és possible i necessari concebre una altra manera d'entendre l'exercici de la nostra professió, treballant conjuntament amb la comunitat per assolir un objectiu comú, entenent la salut en el seu concepte més ampli i intentant donar resposta als problemes des de totes les vessants possibles.

Per tot això i per molt més, aquesta història d'amor és real, recíproca, apassionada i per sempre. I així és com un dia em vaig enamorar de tu, Salut Comunitària!

Citació

Autor: **Santamaria Vilaró, Pilar**

Títol article: *El dia que em vaig enamorar de tu... Salut Comunitària!*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 80

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id87/el-dia-que-em-vaig-enamorar-de-tu-salut-comunitaria.htm

Data: **22 d'octubre del 2016**

Sorpresa a Montevideo: 1r premi a la millor Experiència

Anna de Pedro. Metgessa de Família a l'ABS Gaudí

Avui us volia parlar d'una història d'amor d'aquelles que apassionen i omplen de vida malgrat els seus moments de desencís i frustració, que sovint la fan més forta i ferma.

El mes de març del 2015 es va celebrar el **4º Congrés d'Iberoamèrica de Medicina Familiar i Comunitària a Montevideo**.

En aquella zona del món hi ha un moviment amb molta motivació perquè l'especialitat de Medicina de Família surti endavant, sobretot per part dels metges més joves (Moviment Waynakay). Cada país és un món diferent amb dificultats diverses, però hi ha molt bon ambient i predisposició a ajudar-se els uns als altres.

Essent membre de joves **metges d'Europa (VdGm: Vasco Da Gama Movement)** em vaig assabentar que hi havia aquest congrés i vaig veure-hi una oportunitat de poder traslladar la petita experiència que vàrem organitzar a Catalunya, amb el Conference Exchange del 1r Fòrum de VdGm a Barcelona 2014.

La 1a edició de Fòrum de VdGm, duta a terme a Barcelona, després d'haver guanyat

la candidatura que es va presentar l'estiu del 2013 a Wonca World Prague, ens ha deixat empremta a alguns de nosaltres.

El Fòrum consisteix en dues jornades intenses de sessions i reunions de residents i joves metges de família d'arreu d'Europa amb motivació per aprendre i compartir sensacions i experiències de la nostra especialitat. També ofereix l'oportunitat de poder veure en primera persona com és el dia a dia d'un metge de família a Catalunya a l'anomenada "Conference Exchange".

Amb el grup organitzador de Conference Exchange es va redactar l'extracte per al congrés de Montevideo, que va ser molt ben acollit. Ho prova el fet que ho van passar de pòster a comunicació oral.

Vaig participar en aquesta petita ponència en una de les taules organitzades en diferents experiències de moviments de joves metges com Polaris (Nord-amèrica), Waynakay (Sud-amèrica) i la meva, seleccionada com a representant de VdGm (Europa).

Així vaig explicar com va anar l'organització de la 1a Edició del Fòrum VdGm: vam acceptar 31 candidats entre residents i joves metges d'arreu d'Europa (fins i tot de Turquia i Israel) per venir a realitzar una rotació externa al nostre territori. Vam demanar ajuda a través de les Unitats Docents de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya, per si els seus tutors volien participar acollint aquests candidats per passar dos dies amb ells per veure la seva feina.

Els candidats es van distribuir segons preferències, segons què volien veure del gran ventall d'activitats que realitzem a casa nostra: Medicina de Família rural, o Medicina de Família amb perfil investigador, Medicina de Família més intervencionista (realitzar cirurgia ambulatòria), urgències o només assistencial amb pacients crònics. En la nostra professió podem dedicar-nos al que més ens agradi dins de les nostres limitacions de pressió assistencial.

A més, també vàrem organitzar un *tour* turístic per ensenyar la nostra Barcelona modernista i gaudir de la nostra gastronomia. Tant els tutors d'acollida com els participants ens varen fer arribar al comitè organitzador la seva complaença i satisfacció. Vam tenir un gran equip al darrere i vam fer molta feina, però sens dubte va valdre la pena.

I per si encara fos poc, no sabíem que també tindríem una sorpresa al Congrés d'Iberoamèrica: ens van donar el 1r premi a la millor Experiència.

Participar en aquest congrés a estat molt fructífer. A més d'haver fet nous amics i d'haver conegut el president i l'expresident de la WONCA World, puc dir-vos de primera mà que ha estat un bon aprenentatge en tots els sentits.

Citació

Autor: **de Pedro, Anna**

Títol article: *Sorpresa a Montevideo: 1r premi a la millor Experiència*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 2. Article 66

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id69/sorpresa-a-montevideo.htm

Data: **25 de març del 2016**

Medical Stage: nova plataforma de formació en salut a Barcelona

Diana Fernández Valverde. Directora mèdica de Medical Stage
i metgessa de família a l'EAP Sardenya

Medical Stage neix l'any 2015 fruit de la iniciativa d'un equip multidisciplinari de professionals de la salut amb una llarga trajectòria en l'àmbit assistencial, formatiu d'innovació i de recerca. El projecte sorgeix d'una idea inicial del Dr. Josep Manuel da Pena que un grup de professionals vinculats a la Unitat Docent UDACEBA hem volgut fer realitat.

Oferta formativa presencial a Barcelona per a professionals sanitaris

El nostre coneixement en l'àmbit de la formació i la docència en salut ens ha permès oferir-vos aquest espai amb l'objectiu de ser una eina d'ajuda per a tots els professionals de la salut que vulguin formar-se a Barcelona.

Medical Stage: nova plataforma de formació en salut a Barcelona

Aquest portal que hem creat, Medical Stage, ofereix tota la informació necessària sobre una àmplia oferta formativa, que va des de tallers, cursos i jornades fins a màsters i postgraus, passant per rotacions per diferents unitats en l'àmbit d'Atenció Primària i hospitalària i a universitats.

A Medical Stage l'oferta formativa es pot escollir principalment per especialitats i per centres de formació, per tal de facilitar la cerca als usuaris i permetre'ls triar la millor opció. Volem apropar l'excel·lència a tots els professionals de la salut.

Amb l'objectiu de poder treure el màxim profit de la seva estada a Barcelona, també s'ofereix als usuaris informació sobre allotjament, mobilitat, tràmits i assegurances. Així mateix, a Medical Stage es poden cercar llocs d'interès i visites turístiques a Barcelona per conèixer la màgia d'aquesta ciutat. Amb una mirada atenta a la formació i la salut, Medical Satge vol mostrar al món la riquesa i la gran diversitat de Barcelona.

Paral·lelament a la posada en marxa de la pàgina web, Medical Stage ha presentat el projecte en diferents certàmens del sector, un d'ells d'àmbit estatal, concretament el 36è Congrés SEMFyC, i un altre d'àmbit europeu, el congrés WONCA 2016, amb l'objectiu d'incentivar i promoure la plataforma i donar valor afegit a la formació sanitària de la nostra ciutat.

medical stage

Tota la informació sobre Medical Stage a:

www.medicalstage.org
@medical_stage

Citació

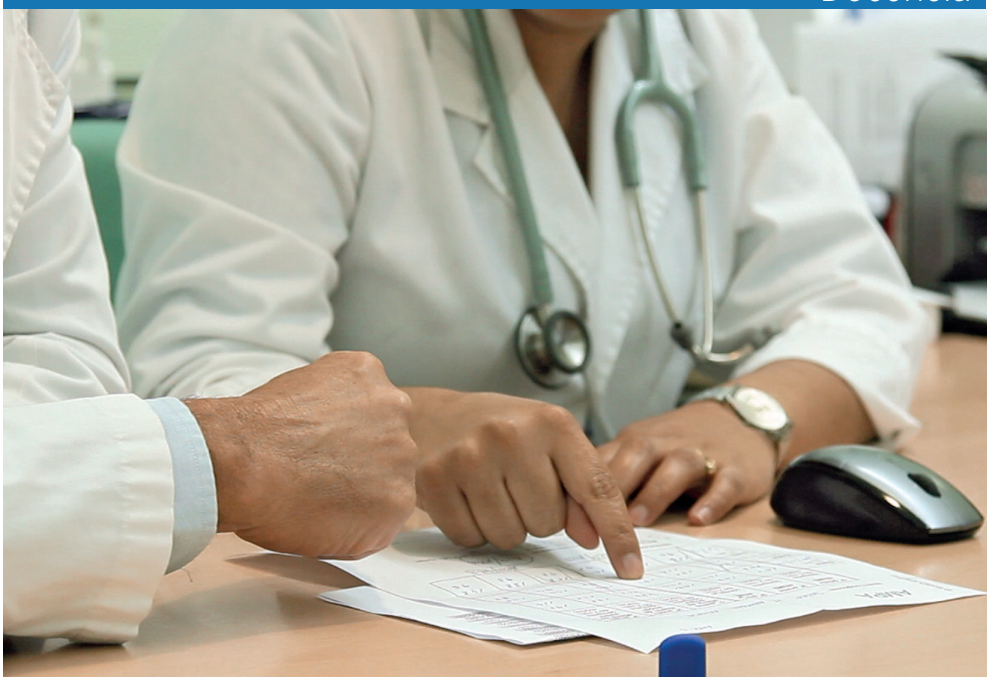
Autor: **Fernández Valverde, Diana**

Títol article: *Medical Stage: nova plataforma de formació en salut a Barcelona*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 4. Article 76

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id81/medical-stage-nova-plataforma-de-formacio-en-salut-a-barcelona.htm

Data: **6 de juliol del 2016**



V Jornada del grup d'Ètica de la CAMFiC i la Xarxa d'Unitats Docents MFiC

Sílvia Zamora Mestre. Metgessa de família i coordinadora docent a l'EAP Dreta de l'Eixample

El passat 1 de juny es va celebrar la V Jornada del grup d'Ètica de la CAMFiC. Aquest any la jornada es va centrar en l'ètica en la docència i per això es va organitzar conjuntament amb la Xarxa d'Unitats Docents de MFiC. La UDACEBA va col·laborar activament en l'organització d'aquesta jornada.

Es van tractar diferents aspectes com el respecte a la intimitat i a l'autonomia dels pacients en entorns docents, la responsabilitat social lligada a l'avaluació dels residents i el seu paper en la cobertura de les necessitats assistencials.

El propòsit d'aquest article és fer-vos arribar un breu resum de la jornada i recordar-vos que totes les ponències estan a la pàgina web de la CAMFiC, a l'apartat del grup d'Ètica.

La jornada va ser inaugurada amb unes reflexions sobre l'ètica i la docència a càrrec d'Eduard Peñascal, cap d'estudis de la UD MAFIC Lleida. Inicialment va parlar del qui ensenya, partint de la idea bàsica que per ser un bon docent cal voler-ho ser, i del seu paper com a exemple. El docent ha de ser conscient que és un mirall per a qui aprèn,

no només a la consulta o a les sessions, sinó també a l'office, a l'ascensor... arreu. La seva conducta en qualsevol situació ha de ser coherent amb el que ensenya; tal com diu la Roser Marquet, "la consciència moral no s'ensenya, s'encomana!".

D'altra banda, qui aprèn té el seu bagatge personal i els seus propis valors. No tots aprenem igual. Cal que el tutor descobreixi el model d'aprenentatge del resident per poder escollir el model d'ensenyament més adient. S'ha d'ensenyar i aprendre ètica en el dia a dia, a partir de la reflexió i la discussió dels dilemes morals, deontològics... que sorgeixen en l'entorn assistencial.

Un altre tema que es va tractar és el respecte de l'autonomia del pacient en centres on es fa docència. Entenem com autonomia la capacitat de l'ésser humà de desenvolupar una representació dels objectius de la seva vida i dels mitjans per aconseguir-los i d'obrar sense constricció exterior, d'acord amb la seva representació. El pacient té la llibertat de decidir en totes les situacions relacionades amb la seva salut, i això inclou consentir ser atès per un metge/infermer en formació. Cal ser conscient i preveure situacions en què pel fi de la docència l'autonomia del pacient podria no ser respectada.

És molt important el paper del tutor com a facilitador de l'acceptació, per part dels pacients, del seu resident: presentant el resident, explicant als pacients la seva condició i la supervisió que rep del tutor.

Poques vegades no obtindrem el seu consentiment; cal reconèixer que l'altruisme és el valor predominant entre els pacients a l'hora de col·laborar en situacions docents.

Per tant, la primera lleialtat, tant del tutor com del resident, ha de ser envers la bona atenció al pacient. El tutor ha d'assegurar tant el respecte a l'autonomia del pacient com la justa formació del resident en benefici de la comunitat.

Molt relacionat amb l'autonomia es troba el respecte a la intimitat del pacient. En pro de la docència, poden donar-se situacions de risc que poden fer-nos saltar el nostre deure de confidencialitat. Cal ensenyar als residents el respecte per les creences, la dignitat i la intimitat, la confidencialitat i el deure de secret. La millor manera d'ensenyar-los és amb l'exemple. Com salvaguardem la intimitat dels nostres pacients quan els atenem per telèfon, quan els explorem sense cortines, quan deixem una història clínica oberta a l'ordinador, quan es comenten assumptes sobre pacients a sessions clíniques o a consultories amb especialistes, a les tertúlies de l'office.... són circumstàncies en què transmetem al nostre resident el valor que donem a la intimitat del pacient.

Més endavant es va tractar el paper dels residents en la cobertura de les necessitats assistencials. Els residents tenen dret a desenvolupar les activitats pròpies de l'especialitat amb un nivell de responsabilitat progressiu a mida que avancen en la residència i a conèixer els professionals de la unitat, que poden ajudar-lo i/o supervisar-lo. També tenen el deure de formar-se, conèixer i complir els reglaments i normes de funcionament de la institució on treballen i a realitzar les tasques assistencials que estableixi el programa de formació i organització del centre. Però els residents mai no poden ser comptabilitzats com un recurs assistencial. És a dir, els centres han d'estar organitzats per funcionar per als residents i han de poder funcionar sense ells. S'ha de garantir una bona supervisió en tot moment. El tutor i el resident han de consensuar com s'organitzen tenint sempre clars els seus objectius: el bé del pacient i el de la docència.

Per acabar es va parlar de l'avaluació dels residents. Cal ser conscients de la seva rellevància per a la societat: estem decidint com seran els metges dels propers quaranta anys. El tutor ha de ser honest, rigorós i objectiu en la valoració de la pràctica del seu resident i ha de prendre mesures quan detecti que la pràctica no és adequada. És molt important que sigui així des de l'inici per evitar traspassar les decisions difícils al final de la residència. Cal ser conscients que en l'avaluació es poden donar conflictes d'interessos: la relació personal entre el metge i el tutor, les conseqüències que una avaluació negativa pot tenir en el propi tutor, l'equip o la unitat docent.

Atenent el principi de la justícia, cal tenir present que és la societat qui destina recursos per a la formació postgraduada i posa a les nostres mans la responsabilitat de prestar-la. Des del punt de vista de la no maleficència, el nostre deure és tornar a la societat professionals que no posin en risc els futurs pacients. Per tant, l'avaluació dels residents és un responsabilitat que exercim de cara a la societat, que ha delegat en nosaltres la formació dels metges dels futurs pacients.

Citació

Autor: **Zamora Mestre, Sílvia**

Títol article: *V Jornada del grup d'Ètica de la CAMFiC i la Xarxa d'Unitats Docents MFiC*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 81

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id85/v-jornada-del-grup-d-etica-de-la-camfic-i-la-xarxa-d-unitats-docents-mfic.htm

Data: **23 d'octubre del 2016**

6es Jornades TIC Salut i Social 2016/Vic. El repte de la salut i el benestar en la societat digital

Anna Bartes. Infermera i directora assistencial a l'EAP Vic
Anna Nerin. Infermera del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
Sergio Duaigües, Metge de família a l'ABS La Seu d'Urgell
Meritxell Juanós. Metgessa de família a l'ABS Eixample, Lleida

El passat 1 de juny es va celebrar la V Jornada del grup d'Ètica de la CAMFiC. Aquest any la jornada es va centrar en l'ètica en la docència i per això es va organitzar conjuntament amb la Xarxa d'Unitats Docents de MFiC. La UDACEBA va col·laborar activament en l'organització d'aquesta jornada.

El camí que ha començat la Generalitat de Catalunya, amb el qual volen interrelacionar el Departament de Salut i el de Benestar Social amb la creació del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), és el que ens mostra cap a on va el futur.

Entre altres característiques de la societat futura, trobarem un creixement de la població de més de 65 anys amb problemes de salut crònics i amb necessitats d'ajuda o recolzament a casa per a les activitats bàsiques de la vida diària. Actualment les malalties cròniques ja són la causa del 60% dels ingressos hospitalaris i consumeixen el 70% de la despesa sanitària. També es pot veure la tendència cap a una disminució dels recursos públics destinats a la sanitat i al benestar social.

Si a totes aquestes característiques els sumem la digitalització, ens dóna un nou projecte que expliquem a continuació.

Un nou projecte

El projecte CUIDEM 2.0 és basa en el treball en equip per evitar ingressos mitjançant la creació d'una app que conté uns ítems sanitaris i socials personalitzats per a cada usuari que el metge, la infermera i la treballadora social defineixen prèviament. Actualment es poden escollir signes i símptomes de descompensació de la insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, diabetis i detecció de necessitats socials, per exemple: pes, tos, glicèmia, estat de l'habitatge, etc.

La treballadora familiar del servei d'atenció a domicili és la persona escollida per introduir les dades a l'app amb la periodicitat marcada pels professionals sanitaris i socials. Les dades emmagatzemades a l'app s'envien via online a l'aplicatiu del Centre d'Atenció Primària i al de benestar social de l'ens local. Així, els professionals sanitaris i socials poden actuar proactivament en valorar les dades.

Els objectius que es persegueixen amb aquest projecte són:

- Disminuir els ingressos evitables per insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica i diabetis en usuaris d'alta complexitat atesos pel servei d'atenció al domicili
- Millorar el control de patologies cròniques
- Detectar noves necessitats socials
- Millorar la comunicació entre els agents socials i sanitaris
- Millorar la percepció de la qualitat de vida per part dels usuaris
- Racionalitzar els recursos públics

Citació

Autor: **Bartés, Anna; Duaigües, Sergio; Juanós, Meritxell; Nerín, Anna**

Títol article: *6es Jornades TIC Salut i Social 2016/Vic. El repte de la salut i el benestar en la societat digital*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 5. Article 82

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl197/apsalut/articles-tic/id86/6es-jornades-tic-salut-i-social-2016vic-el-repte-de-la-salut-i-el-benestar-en-la-societat-digital.htm

Data: **25 d'octubre del 2016**

ESPECIAL APSalut'16

'Combatre l'exclusió social: Atenció als nouvinguts'

Els refugiats

Francesc Mateu i Hosta. Director d'Oxfam Intermón a Catalunya
i metge de família

El tema ens té una mica superats. Els veiem dia sí, dia també als diaris i a la televisió. Amb imatges que trenquen el cor. Amb històries personals que commouen. Amb accions en contra seva que no entenem.

Faríem el que fos per ells. Veiem que podríem ser nosaltres i això ens toca l'essència més humana que tenim i ens surt el millor de nosaltres mateixos. I és que en aquella part més humana, l'essencialment humana, no hi ha distincions de sexe, religió, color de la pell o cultura. La part més humana ens connecta i ens permet entendre la humanitat de qualsevol altre.

Després, la part racional, alimentada per missatges i informacions dirigides intencionalment, ens farà pensar "racionalment" i dir que no els podem acollir, que no ens toca, que es carregaran Europa... en definitiva, que primer nosaltres! Això actua directament en contra de la nostra essència humana i cal identificar-ho com a perillós.

Un cop apartat el perill, i amb l'essència humana a flor de pell, volem resoldre el tema. Perquè en el fons nosaltres som de resoldre els temes. De solucionar els problemes, i de fer-ho ràpid. I el tema no es resol. I no sabem què hem de fer. Volíem recollir mantes, i... ara

ens diuen que no. Volem acollir-los a casa si cal i ens diuen que és una mala idea. Volem que vinguin ja i malgrat que la Generalitat ho vol... el govern espanyol no ens deixa.

I sento repetidament les mateixes preguntes: què hem de fer, doncs? Algú ens ho pot explicar i deixar-nos de turmentar amb el tema? De veritat que el volem resoldre!

I hi ha dues coses que són importants de tenir en compte.

- No és un problema senzill. I per tant la resposta tampoc no ho serà. D'entrada el tema només es resol de veritat acabant la guerra. La resta són "tirites". Per complicar la solució, els refugiats que més necessiten acollida són una part dels que queden a Síria, al Líban o a Jordània. Aquests són els més vulnerables i no els que han arribat a Europa. I per tancar el sudoku, els governants creuen que no volem els refugiats i que si els porten no els tornarem a votar. Són tres problemes que no resoldrem fàcilment

- Fa molts anys que al món es donen aquestes situacions, malauradament. Fa molts anys que veiem injustícies semblants i reaccions humanes incomprensibles. I l'única diferència que hi ha entre la pressa que tenim per resoldre el tema actualment i el fet d'ignorar-lo fins l'any passat és que ara els veiem a les nostres platges i a les nostres notícies. És tan injust si és sirià com si és de la República Centreafricana, de Burundi, del Kurdistan, sahrauí, palestí, somali o d'Afganistan. Tots són persones i la nostra essència humana hi pot connectar exactament igual

Amb aquestes dues variables sempre a l'horitzó, exigim als governs que treballin per acabar les guerres. I acceptem sense dubtes els que ja tenim a casa (encara que no sigui el més just), però demanem que també vingui des de Síria un percentatge d'aquells que més ho necessiten.

I fem-ho sabent que serà el primer pas per fer-nos tots plegats una mica més humans. Les presses assistencials són males conselleres. Demanem més justícia i més anar a les causes dels problemes. Cal començar una carrera de fons per entendre que qui ha de madurar i actuar en conseqüència és la nostra pròpia humanitat. Quan hagi madurat, ho sabrem, perquè la distància entre el patiment i la necessitat d'actuar no serà l'únic determinant de la nostra acció. Si anem corrents a Idomeni, de feina en tindrem, perquè el camp el porten voluntaris. Però ja coneixem prou hospitals de camps de refugiats que van ser creats provisionalment fa dècades per funcionar durant uns dies. I no són la solució, per molt que ens reconforti personalment anar allí a fer assistència.

Malgrat tot això, que no ens enredin, els volem aquí ja! No votarem qui no els vulgui portar i no pararem d'exigir justícia a qui calgui. Pels que han vingut i pels que no. Pels sirians i pels que no ho són. Serà el nostre entrenament per ser millors. Ells són la millor excusa per ajudar a madurar la nostra solidaritat.

Citació

Autor: **Mateu Hosta, Francesc**

Títol article: *Els refugiats*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 67

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id72/els-refugiats.htm

Data: **19 de maig del 2016**

Virus HTLV-1, a propòsit d'un cas clínic

Marta Coderch Arís. Especialista i tutora en Medicina Familiar i Comunitària a l'EAP Sardenya

Resum

El retrovirus limfotròpic de cèl.lules T humanes (HTLV), conegut des dels anys 80, endèmic a vàries parts del món i amb una prevalença que va en augment en alguns països desenvolupats, pot ser responsable de malalties com la leucèmia de cèl·lules T de l'adult, de diversos trastorns neurològics de desmielinització, com ara la Paraparèsia Espàstica Tropical (PET), de quadres de polimiositis, d'artritis i de dermatitis infecciosa, entre d'altres.

Als Centres de l'Atenció Primària, com a primera porta d'entrada de moltes persones que han nascut o bé viatjat a altres països, convé mantenir actualitzat el coneixement sobre malalties emergents, sobre com es transmeten i sobre quines mesures preventives cal aplicar en cada cas.

Paraules clau: *HTLV 1, malalties emergents, Atenció Primària*

Cas Clínic

Fa uns 3 anys, la família va acompanyar el José Antonio a la consulta de la seva nova metgessa de família, ja que recentment havien canviat de domicili. El pacient presentava un quadre de confusió i desorientació amb tendència a la somnolència amb 24 hores d'evolució, coincidint amb el dia que es complia un mes de l'alta del darrer ingrés.

El JA s'estava assegut a una cadira de rodes elèctrica. Tenia tendència a la somnolència, alternada amb moments de major connexió amb el medi però amb una parla de difícil comprensió, i estava hemodinàmicament estable, afebril i eupneic. Presentava com a única focalitat neurològica motora una paraparèsia, que segons la família ja era coneguda.

Els principals antecedents patològics aportats eren:

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, no fumador, enolisme important de 160-200 gr/dia fins fa uns 6 anys
- Psoriasi, en tractament tòpic
- Fibril·lació auricular
- Trasplantament ortotòpic hepàtic per cirrosi hepàtica associada al virus de la hepatitis C (VHC) i a l'enolisme de donant portador de VHC. Amb vàries complicacions que han necessitat vàries reintervencions, la darrera fa un mes
- Infecció del tracte urinari nosocomial en darrer ingrés per pseudomona multiresistent. Portador de sonda urinària permanent
- Polimiàlgia i poliartràlgia des de fa 7 anys, amb pèrdua de força progressiva sobretot a les EEII, orientat des de neurologia com a possible síndrome de Sjögren
- Mielitis transversa per HTLV1 diagnosticada fa 4 anys per criteris clínics, electromiograma (EMG) i serologies positives en sang i LCR per HTLV1 i HTLV2. Va fer tractament amb corticoides sense millora clínica. Posteriorment va realitzar tractament amb peg-IFN i després amb lamivudina i zidovudina, que van haver de ser retirades per toxicitat hematològica i, finalment i fins a l'actualitat, fa tractament de rescat amb raltegravir i valproat. Des de fa uns anys la seva vida es veu molt afectada per la gran impotència funcional progressiva

Donada la inestabilitat clínica, la comorbiditat i la polimedicació del pacient, se'l va traslladar a urgències hospitalàries, des d'on va ingressar a la UCI-hepàtica amb necessitat d'IOT per fallida respiratòria (secundària a broncoaspiració) i agitació. L'EEG i la RMN cerebral realitzades van ser compatibles amb una encefalopatia difusa de probable origen tòxic, per la qual cosa es va decidir finalment retirar el tractament antiviral, cosa que va derivar en la millora progressiva del quadre encefalopàtic fins a la resolució completa i retorn a l'estat basal.

Virus HTLV-1

Des del 1911, quan Rous descobreix la transmissibilitat del sarcoma del pollastre a partir d'un agent filtrant (un virus), s'han identificat altres virus que produeixen tumors sòlids i leucèmia en animals. La majoria d'aquests virus oncogènics van ser classificats en una sola família, els Retroviridae. Tot i així, el primer descobriment d'un retrovirus humà no va ser fins al 1980, quan Poiesz i altres investigadors van reportar l'aïllament d'un retrovirus tipus C en un pacient que patia una malignització de cèl·lules T considerada una variant agressiva de la micosi fungoide i de la síndrome de Sézary. Actualment aquest virus és conegut com el virus limfotròpic de cèl·lules T humanes (HTLV-1).

L'any 1982 va ser aïllat un segon tipus de HTLV en un pacient amb tricoleucèmia. Els estudis in vitro i la caracterització biològica i

molecular d'aquests agents van evidenciar que es tractava de dos agents relacionats però diferents, que van ser denominats HTLV-1 i HTLV-2. Posteriorment es va definir el seu tropisme pels limfòcits T, Cd4+ i CD8+ respectivament.

Epidemiologia

L'HTLV-1 pot trobar-se en tots els continents, però l'estudi de la seva distribució defineix regions més endèmiques, com l'Àfrica Equatorial, el Carib, el sud-oest de Japó, Nova Guinea, Sibèria, algunes parts de l'Amèrica Central i vàries regions d'Amèrica del Sud, on s'estima que la prevalença a la població és entre l'1,7 i el 25% segons els grups de població estudiats.

Malgrat això, està àmpliament distribuït arreu del món, i en els darrers 10 anys la taxa de pacients seropositius detectats a Occident presenta un creixement progressiu. Per exemple, segons les dades del Registre Nacional de Casos d'Infecció per VIH-2 i HTLV del Servei de Malalties Infeccioses de l'Hospital Carlos III, creat el 1989, Espanya tenia el 2010 un registre acumulat de 175 casos nous d'HTLV 1 i 725 d'HTLV 2. La majoria eren espanyols i molts tenien l'antecedent d'ús de drogues per via parenteral (UDVP), fet que probablement justifica la freqüent coinfecció d'aquests casos amb el VIH-1 i VHC.

Es dissemina per tres vies principals: vertical, sexual i per contacte sanguini. La vertical és el mecanisme més freqüent de transmissió en països on és endèmic, ja sigui per via perinatal o a través de la lactància materna. La transmissió sexual no és la més habitual, però quan succeeix és més freqüent de l'home a la dona. En països occidentals industrialitzats, la més freqüent és la sanguínia, sobretot entre població ADVP.

Malalties associades a l'HTLV-1

En la majoria de casos, l'HTLV-1 produeix una infecció retroviral crònica asimptomàtica, cosa que perpetua la infecció en poblacions endèmiques. S'estima que una minoria inferior al 20% desenvoluparà algunes de les seves complicacions més greus després d'un període d'incubació que oscil·la entre els 10 i els 40 anys.

- **Leucèmia/limfoma de cèl·lules T de l'adult (ATL):** les manifestacions clíniques més freqüents són les lesions òssies, hepatosplenomegàlia, la hipercalcèmia i les adenopaties, i ocasionalment s'objectiven infiltrats de cèl·lules leucèmiques a la pell. Els pacients que la pateixen sovint presenten immunosupressió i agafen infeccions oportunistes. L'esperança de vida en aquests casos és d'un any, tot i que hi ha casos que poden cursar d'una forma crònica similar al limfoma no Hodgkin

- **Paraparèsia espàstica tropical (PET):** El terme PET va ser proposat el 1969 per descriure un quadre neurològic d'etiologia aleshores desconeguda, observat inicialment en àrees tropicals i caracteritzat per paraparèsia crònica progressiva. El 1985 es va reconèixer l'associació entre aquesta entitat clínica i la infecció per HTLV-1 i es va proposar una nova denominació: mielopatia associada a HTLV-1/paraparèsia espàstica tropical. És més freqüent en dones, al voltant dels 45 anys. Una de les hipòtesis etiopatogèniques més acceptades està basada en mecanismes inflamatoris a la porció mitja posterior de la medul·la espinal que donen lloc a la aparició gradual i progressiva del quadre de paraparèsia simètrica amb signes de compromís piramidal. És freqüent la presència d'espasticitat, així com l'alteració del sistema genitourinari

Altres malalties associades a la infecció per HTLV:

- **Malalties amb probables mecanismes autoimmunitaris:** síndrome de Sjögren, uveïtis, artritis, malaltia de Behçet i tiroïditis

- **Infecció per Strongyloides stercoralis:** patogen oportunista en pacients immunocompromesos per tumors malignes, malnutrició greu, síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA) o teràpia amb corticoides o altres immunosupressors

- **Sarna noruega:** infecció dermatològica greu causada per la disseminació de Sarcoptes scabiei, també descrita en condicions d'immunosupressió

- **Dermatitis crònica infectiva:** associada a l'HTLV-1 el 1990. Poc freqüent en adults i caracteritzada per lesions eczematoses a cuir pilós, cara, engonals i EESS causades per Staphylococcus aureus o Streptococs B-hemolítics

- **Coinfecció amb el virus de la immunodeficiència humana (HIV):** més freqüent en determinats grups poblacionals, ja que ambdós retrovirus comparteixen vies de transmissió i factors de risc. Aquest fet pot estar associat a una disminució de la supervivència, respecte a la monoinfecció per VIH

Diagnòstic

Història clínica i exploració física general i neurològica. Cal tenir present algunes manifestacions precoces de la malaltia com ara adenopaties, hepatosplenomegàlia, lesions cutànies, síndrome de l'ull sec o alteracions de la força muscular, dels reflexes, de la sensibilitat i dels esfínters.

- **Anàlisi de sang:** es recomana realitzar un hemograma (leucocitosi, limfocitosi, eosinofília o atípies limfocitàries), LDH, calci

- **Diagnòstic serològic:** quan es té la sospita d'infecció per HTLV es realitza un assaig immunoenzimàtic (ELISA). Els resultats positius es confirmaran amb la detecció d'anticossos específics contra el virus que estan presents als fluids orgànics (sang, LCR), mitjançant la tècnica de Western blot. L'àcid nucleïc viral i els limfòcits es detecten amb una combinació de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) i Southern blot

- Radiografia simple de tòrax per descartar masses mediastíniques

- Electromiograma

- RMN

- Paràsits en femta. Hi ha estudis que estableixen la infecció per Strongyloides sp com a factor de risc per al desenvolupament de complicacions hematològiques

Tractament i pronòstic

No existeix un tractament específic contra la infecció del virus HTLV-1.

A causa que el risc de desenvolupar malalties associades és molt baix, fins ara no existeix una indicació de tractament en els casos asimptomàtics. Per a aquells que presentin símptomes, el tractament dependrà de la clínica que presentin i de l'opció terapèutica més indicada en cada situació (grau de compromís vital, temps d'evolució, presència d'altres infeccions, etc.). En tots els casos el pacient haurà de ser aconsellat sobre les mesures preventives.

La leucèmia de cèl.lules T adultes és una malaltia que pot ser mortal. El seu tractament és el mateix independentment de la presència o absència d'infecció per HTLV-1.

Malgrat que el tractament principal actual consisteix en el control de les infeccions oportunistes, ja hi ha diversos tractaments l'eficàcia dels quals està en fase d'estudi, però encara no hi ha consens sobre quin és el millor. S'ha informat que l'ús prolongat d'esteroides sistèmics ofereix un benefici marginal. També ha estat utilitzada, amb èxit relatiu, la combi-

nació d'antivirals com l'interferó alfa, la lamivudina i la zidovudina. Algun estudi ha demostrat eficàcia amb anticossos monoclonals.

D'altra banda, la paraparèsia espàstica tropical, que pot estar associada a una limitació funcional important, encara té opcions terapèutiques més limitades, i el seu tractament principal és simptomàtic. Alguns dels tractaments estudiats, que inclouen corticosteroides, ciclofosfamida, plasmafèresi i interferó, han demostrat una millora temporal dels signes i símptomes però no han aturat la progressió de la malaltia. El tractament immunomodulador és el que ofereix una millor expectativa, sobretot en el maneig de la condició inflamatòria crònica. L'àcid valproic ha demostrat una disminució de la càrrega proviral, però sense cap benefici clínic associat.

Així doncs, atesa la manca d'un tractament òptim per aquesta malaltia neurològica degenerativa, el tractament simptomàtic és de gran importància, amb fisioteràpia, rehabilitació, fàrmacs contra la espasticitat i maneig de problemes urinaris i de restrenyiment, així com una adequada prevenció d'infeccions urinàries i d'úlceres per decúbit.

Prevenció

Actualment no es disposa d'una vacuna preventiva de la infecció per HTLV-1, així que les principals eines de prevenció són algunes mesures aparentment simples d'implementar com:

Recomanar als donants:

- Abstenir-se de donar sang, òrgans, llet o esperma
- Abstenir-se de l'ús compartit d'agulles, xeringues o altres objectes perforants o tallants
- Adoptar mesures preventives amb les seves parelles sexuals, com l'ús de preservatiu
- Evitar la lactància materna o limitar-la en el temps (com a màxim 6 mesos) i garantir la nutrició del lactant a través de la lactància artificial. En determinats entorns, on les limitacions socioeconòmiques moltes vegades impedeixen una lactància artificial de forma segura, aquesta recomanació haurà de ser curosament individualitzada
- Les recomanacions per a parelles discordants amb desig gestacional encara no estan consolidades
- Cribratge serològic d'altres virus que comparteixen la via de transmissió, com els virus de les hepatitis B i C i el VIH
- També es recomana la detecció de l'HTLV en les parelles sexuals d'individus portadors
- També en els fills de les mares portadores i en les mares o donants de llet dels nens amb infecció documentada
- Cribratge en els bancs de sang, com a mínim en els donants provinents de regions endèmiques

Conclusions

Tot i que no es tracta d'una infecció endèmica en el nostre àmbit, la infecció per HTLV-1 pot arribar a ser mortal i la seva incidència en països com el nostre va en augment. Per això, cal que els professionals de l'Atenció Primària, com a porta d'entrada principal al sistema sanitari per a una majoria significativa de la població immigrant, tinguem una adequada alerta diagnòstica per les malalties emergents i un coneixement òptim de les seves principals complicacions, tractaments i mesures preventives.

BIBLIOGRAFIA

— **Rous P.** A sarcoma of the fowl transmissible by an agent separable from the tumor cells. J Exp med 1911; 13: 397-411)

— **Stoeckle M.** Introduction-Type C oncoviruses including Human T-Cell Leukemia Virus Types I an II. In: Mandell G, Douglas G, Bennett J, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases 3rd. ed. New York: Churchill Livingstone, 1990

— **Poeisz BJ, Ruscett FW, Gazdar AF, et al.** Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultures lymphocytes of a patients with cutaneous T-cell lymphoma. Proc Natl Acad Sci USA 1980; 77: 7415-7419

— **Guía de manejo clínico del HTLV / Ministerio de Salud, Secretaría de Vigilancia de Salud.** Programa Nacional de ITS y Sida. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia de Salud, Brasil. 2003. Serie Normas y Manuales Técnicos nº 3 – CN-ITS y Sida ISBN 85-334

— **Situación actual de la infección por el VIH-2 y el HTLV-1/2 en España: luces y sombras.** Carlos Toro, Vicente Soriano y Grupo Español de Estudio del VIH-2 y HTLV-1/2. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. España. Med Clin (Barc). 2005;124(16):616-7

— **Kaplan JE, Osame M, Kubota H, Igata A, Nishitani H, Maeda Y, et al.** The risk of development of HTLV-I-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis among persons infected with HTLV-1. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(11): 1096-01

— **Barmak K, Harhaj E, Grant C, Alefantis T, Wigdahl B.** Human T cell leukemia virus type I-induced disease: pathways to cancer and neurodegeneration. Virology 2003; 308 (1): 1-12

— **Mani KS, Mani AJ, Montgomery RD.** A spastic paraplegic syndrome in South India. J Neurol Sci 1969; 9(1): 179-99///59. World Health Organization. Scientific Group on HTLV-I Infections and Associated Diseases: Report. Manila, Philippines, The Office; 1989, pp 17-18

— **Mizokami T, Okamura K, Ikenoue H, Sato K, Kuroda T, Maeda Y, et al.** A high prevalence of human T-lymphotropic virus type 1 carriers in patients with antithyroid antibodies. Thyroid 1994; 4(4): 415-19

— **Kitajima I, Maruyama I, Maruyama Y, Ijichi S, Eiraku N, Minamura Y, et al.** Polyarthritis in human T lymphotropic virus type I-associated myelopathy [letter]. Arthritis Rheum 1989; 32(10): 1342-44

— **Kanazawa H, Ijichi S, Eiraku N, Igakura T, Higuchi I, Nakagawa M, et al.** Behçet's disease and Sjögren syndrome in a patient with HTLV-1-associated myelopathy [letter]. J Neurol Sci 1993; 119(1): 121-22/// 5. Nakamura H, Eguchi K, Nakamura T, Mizokami A, Shirabe S, Kawakami A, et al. High prevalence of Sjögren´s syndrome in patients with HTLV-I associated myelopathy. Ann Rheum Dis 1997; 56 (3): 167-72

— **Maayan S, Wormser GP, Widerhorn J, Sy ER, Kim YH, Ernst JA.** Strongyloides stercoralis hyperinfection in a patient with the acquired immune deficiency syndrome. Am J Med 1987; 83(5): 945-48

— **Brites C, Weyll M, Pedroso C, Badaro R.** Severe and Norwegian scabies are strongly associated with retroviral (HIV-1/HTLV-1) infection in Bahia, Brazil [letter]. AIDS 2002; 16(9): 1292-93

— **Sweet RD.** A pattern of eczema in Jamaica. Br J Dermatol 1966; 78 (2): 93-100

— **Gotuzzo E, Escamilla J, Phillips IA, Sanchez J, Wignall FS, Antigoni J.** The impact of human T-lymphotropic virus type I/II infection on the prognosis of sexually acquired cases of acquired immunodeficiency syndrome. Arch Intern Med 1992; 152(7): 1429-32

— **Katamine S. Milk-Borne.** Transmission of Human T-Cell Lymphotropic Virus Type 1 (HTLV-1) and Its Intervention in Nagasaki. Acta Med Nagasaki 1999; 44: 1-6

— **Gotuzzo E, Arango C, de Queiros-Campos A, Isturiz R.** Human T-cell lymphotropic virus-1 in Latin America. Infect Dis Clin North Am 2000; 14(1): 211-39

Citació

Autor: **Coderch, Marta**

Títol article: *Virus HTLV-1, a propòsit d'un cas clínic*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 68

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id75/virus-htlv-1-a-proposit-d-un-cas-clinic.htm

Data: **20 de maig del 2016**

Font: Escola La Sínia

L'educació a l'Escola La Sínia: una responsabilitat compartida

Jordina Codinachs, Xavier Planàs, Marta Puigdesens.
Equip directiu de l'Escola La Sínia de Vic

Al llarg dels últims 15 anys, la societat mundial ha experimentat un seguit de canvis i moviments migratoris que s'han anat desenvolupant i gestionant de diferent manera segons les polítiques migratòries de cada país i de cada territori. Entenem que un dels principals objectius d'aquesta gestió ha estat treballar per a la creació d'una societat plural, intercultural i més diversa.

El barri vigatà del Remei, entorn en què està ubicada l'Escola La Sínia des de la dècada dels 90, ha estat una de les zones de la ciutat que ha acollit població obrera procedent de migracions majoritàriament de països extracomunitaris.

Així doncs, el projecte socioeducatiu de l'Escola La Sínia atén i dóna resposta educativa a la realitat multicultural i multilingüe que caracteritza el barri, amb més de 400 alumnes i 270 famílies de 19 nacionalitats associades a 15 idiomes diferents, com a element normalitzador de la dife-

rència i potenciador de la convivència i la inclusió.

Davant d'aquests nous contextos socials que porta implícits la diversitat, en el sentit més ampli de la paraula (cultural, social, acadèmica i econòmica), considerem que calen noves respostes educatives de les desenvolupades fins fa alguns anys. Així doncs, estem parlant d'una nova manera d'entendre i concebre l'educació, més enllà de l'ensenyament purament acadèmic, des d'una visió comunitària on creiem que l'escola és i ha de ser el motor de tota actuació i atenció directa a l'alumnat i a la seva família. Tal i com diu Subirats (2002) (1) "la comunitat escolar no pot reduir-se a una institució reproductora de coneixements i capacitats; ha de ser entesa com un lloc en què es treballen models culturals, valors, normes i formes de conviure i relacionar-se". Una escola oberta i flexible que acull el que ocorre al món i que necessàriament ha d'adaptar-se als nous reptes que aquesta societat canviant i complexa planteja. Entenem doncs, que l'escola com a institució ha d'educar i capacitar al màxim els infants d'avui per fer-los el més competents i feliços possibles, oferint-los les eines i les estratègies necessàries per fer front al seu futur a curt i a llarg termini.

L'escola i tot l'equip que en formem part, seguint la idea d'Abraham Maslow(2) en la seva teoria de la jerarquia de necessitats, concebem l'infant com un ésser global que cal entendre com un tot i en el qual figuren i convergeixen sentiments, pensaments, conductes i accions.

Per tal d'ajudar-lo en el seu creixement integral, hem de contemplar un seguit de premisses que conformen aquest tot: que l'infant forma part d'un entorn familiar, que forma part d'un entorn social proper (territorial local) i sovint d'un entorn social més llunyà (país d'origen de la família), que té unes necessitats físiques, afectivoemocionals, socials, acadèmiques, etc., que té unes vivències i experiències pròpies, i, per descomptat , que té unes potencialitats i capacitats.

Som conscients que aquest nou enfocament pedagògic necessita un abordatge transversal coordinat amb les diferents entitats i institucions de la ciutat per a la promoció de l'alumnat i de les seves famílies. Així doncs, el desenvolupament de l'acció socioeducativa és possible mitjançant el treball d'un equip interdisciplinar des dels tres àmbits d'Atenció Primària del territori local: **educació, salut i serveis socials.** La definició d'objectius comuns són els facilitadors del desenvolupament d'actuacions conjuntes, que promouen la coresponsabilització de les famílies en el procés educatiu dels seus fills/es i amb la complicitat de l'entorn que les acull.

La Ramatoulaye Diao jugant al racó del metge (CAP de la Sínia) amb els infants de P5.

La deslocalització de l'atenció dels professionals de pediatria de salut de l'EAP Vic i dels serveis socials de l'administració local dels seus centres habituals per tal de confluir a l'escola de forma sistemàtica i regular és i ha estat l'estratègia bàsica per tal d'oferir una millor atenció a l'infant. Entenem que les actuacions normalitzadores en base al

treball integrat amb els diferents agents educatius haurien de permetre controlar les interaccions específiques que es produeixen a l'entorn familiar i social d'alguns alumnes per poder canviar l'estímul pels aprenentatges.

Així doncs, l'èxit acadèmic i personal de tots els alumnes i les seves famílies és l'objectiu principal de l'equip de mestres, però l'experiència ens ha demostrat que per aconseguir aquest objectiu necessitem la transformació dels equips de claustres, passant d'equips unidisciplinars a equips interdisciplinars amb nous professionals de diferents àmbits. Aquest nou plantejament, que té implícits la coordinació permanent i el treball conjunt regular amb l'educador social i l'equip de pediatria, ens ha de permetre controlar les necessitats específiques de cada alumne que poden influir en el seu procés educatiu. D'aquesta manera, partint de les necessitats detectades pels propis docents, l'equip interdisciplinar defineix de forma conjunta el pla d'actuació més adequat i cadascun dels professionals hi dóna resposta des de la seva especialitat i àmbit (educació-social-salut) dins del context escolar.

Actualment la comunitat educativa de l'escola té definides dues línies estratègiques d'actuació: una basada en el tractament individual de casos i l'altra, en el desenvolupament d'un treball de prevenció familiar. Amb això volen donar resposta a un dels tres objectius generals del projecte educatiu del centre: actuar davant les interferències i/o negatives sociofamiliars davant d'aquells alumnes que presenten situacions d'exclusió social.

Partint de la idea que el context escolar és l'espai més normalitzador per a tot infant, en què ni la condició sociocultural ni la socioeconòmica han d'afavorir o desafavorir la consecució d'oportunitats, entenem que no hi ha cap lloc millor per al desenvolupament de les actuacions coordinades i conjuntes amb l'objectiu d'aconseguir una bona atenció integral.

Famílies i infants compartim l'hora del conte.

És amb l'equip interdisciplinar i amb el treball en xarxa amb les diferents entitats i institucions del barri que cal assegurar situacions d'equitat per aconseguir la igualtat d'oportunitats en defensa d'una educació de qualitat per a tothom.

La Sínia és el resultat del treball d'un equip compromès i implicat en l'educació del nostre país i de la ciutat de Vic que lluita, dia sí i dia també...

- Perquè l'educació i la formació de qualitat siguin accessibles per a tothom, al marge de les condicions socioeconòmiques i socioculturals
- Perquè les necessitats bàsiques de tots els infants estiguin cobertes
- Per assegurar unes condicions de vida saludables i unes atencions que els permetin mantenir la seva salut
- Perquè tinguin oportunitats de joc, de lleure i d'activitats culturals i esportives

- Perquè aquesta societat desigual sigui cada vegada més equitativa

- Perquè tots i cadascun dels infants siguin FELIÇOS!

En definitiva, tal com diu Jaume Funes (3), "ocupar-nos de la infància en condicions de pobresa és construir i garantir oportunitats educatives perquè tinguin present i perquè puguin imaginar un futur"

BIBLIOGRAFIA

— **Subirats, J.** (2002). Educació i Comunitat. Temps d'Educació,26, 181-200

— **Maslow, A.** (1943). The Theory of Human Motivations

— **Funes, J.** (2013). Decàleg per a una preocupació sensata. Crèdits, núm.202

Citació

Autor: **Codinachs Jordina, Planàs Xavier, Puigdesens Marta**

Títol article: *L'educació a l'Escola La Sínia: una responsabilitat compartida*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 69

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id73/l-educacio-a-l-escola-la-sinia-una-responsabilitat-compartida.htm

Data: **22 de maig del 2016**

Síria en primera persona: L'experiència d'un sirià molt català

Ibrahim Mahfoud. Metge de família a l'ACUT Osona
Àngels Ballarín. Metgessa de família a l'EAP Vic

Ibrahim Mahfoud

- Nascut a Tartus, ciutat de la costa siriana fronterera amb el Líban cristià
- Metge de família format a Catalunya. Treballa a Osona des de fa molts anys
- Empresari de restaurant sirià al barri de Gràcia
- El seu somni: tornar a Síria per quedar-s'hi a viure

La Dra. Àngels Ballarín, metgessa de família a l'EAP Vic, entrevista Ibrahim Mahfoud, metge de família a l'ACUT Osona.

El doctor Ibrahim Mahfoud ens rep al seu restaurant de Gràcia. Vessant orgull ens obsequia amb un tastet de plats típics sirians. Tots boníssims. I mentrestant ens submergim a Síria, per dintre i per fora.

Ibrahim, com vas arribar a Barcelona?

Jo vaig arribar l'any 1975 a Madrid i dos anys

després, el 1977, vaig venir a Barcelona. En aquells moments la nota de tall per entrar a la Facultat de Medicina a Síria era molt alta i a més hi havia el servei militar obligatori de dos anys i mig, que a vegades s'allargava fins a 4. Això em va impulsar a buscar alternatives. La primera idea era anar als Estats Units, on tenia família, però un amic em va convèncer de quedar-me a Europa, més a prop de casa.... I aquí estic!

Per què vas triar Espanya?

En aquells moments el cost de la vida i la matrícula a Espanya eren més accessibles que a la resta d'Europa. Amb 50 dòlars es podia pagar. El govern sirià ens subvencionava part de la despesa perquè ens venia les divises a meitat de preu, sempre que presentéssim un certificat d'estudis a l'ambaixada. Ens permetia repetir una sola vegada cada curs, però no dues vegades el mateix. Amb això qualsevol funcionari sirià podia costejar els estudis d'un fill a l'estranger.

Uns motius ben diferents dels que mouen els sirians a deixar Síria ara...

Doncs sí. En l'últim segle Síria ha patit diverses onades migratòries:

— Durant la Primera Guerra Mundial hi ha la primera. Llavors la majoria de gent va anar a Nord-amèrica (EUA i Canadà). Entre ells el meu avi

— Durant la Segona Guerra Mundial va emigrar la generació nascuda al voltant dels anys 20. Aquests van anar sobretot a la zona del Carib (Haití, Venezuela...)

— Durant el govern del Baaz hi va haver algunes coses positives (reforma agrària amb socialització de les terres o sanitat i educació gratuïtes, per exemple) i l'emigració va ser selectiva, bàsicament per anar a estudiar fora i per reagrupació familiar o per ocupar-se de negocis que els progenitors havien iniciat a l'estranger

— I ara, per la guerra. Aquesta situació que s'allarga i que sembla que no tingui final

De totes maneres ara també hi ha dos tipus de persones que abandonen el país: els que ho fan fugint de la guerra amb avió i visat i els milers de refugiats que ho són per estratègia.

Refugiats d'estratègia?

La majoria dels refugiats són les famílies dels soldats rebels. Quan va començar l'escalada violenta, just al mateix temps, van aparèixer els campaments de refugiats. Que els familiars dels rebels sirians deixessin el país era una manera d'evitar possibles pressions del govern als soldats opositors.

I s'han quedat al costat de la frontera preparats per tornar...

Sí, com tots. Tots volem tornar a Síria!

Però és molt trist que un poble acollidor com el nostre ara s'hagi de veure en tendes de campanya i no se l'aculli amb un mínim de dignitat. Nosaltres, durant molts anys, hem acollit a les nostre vivendes famílies senceres i les hem alimentat amb els nostres diners, d'una manera organitzada i humana.

Com s'ha arribat a aquesta situació?

És molt complex. Síria està en un lloc estratègic per a la ruta del petroli i el gas natural, i fixa't que sempre ha estat desitjada. Ha format part de grans imperis: perses, grecs, romans, otomans. Apareix com a país al mapa després de la Primera Guerra Mundial i no és fins després de la Segona Guerra Mundial que se'n van els francesos i es pot autogovernar. La ideologia Baaz combina el somni

d'una única regió àrab laica amb el socialisme. Durant la Guerra Freda els germans musulmans inicien l'oposició islamista contra el règim Baaz.

Amb la successió d'Al-Assad fill arriba la liberalització de mercat i l'obertura a relacions exteriors. Més tard, la Primavera Àrab s'estén pels països de la Mediterrània i a Síria desencadena una resposta militar molt contundent. Hi ha una escalada de violència progressiva que desemboca en una guerra civil.

A un cantó hi ha el govern de Síria i a l'altre hi ha la oposició nacional no armada, que exigeix més llibertat d'expressió, reformes polítiques i lluita contra la corrupció, formada per partits laics. I llavors hi ha l'oposició militar formada per faccions islamistes lligades a Al Qaeda i l'Estat Islàmic. I ara el govern sirià segueix tenint el suport de Rússia, l'Iran i la Xina, mentre que l'oposició té Estats Units, Turquia, França, Gran Bretanya i Aràbia Saudita.

Molts participants... Molts interessos.

Síria és un estat molt jove, no ha tingut temps de madurar per autogovernar-se. La població ha viscut en una llibertat restringida i la desesperació ha estat aprofitada per grups extremistes que utilitzen el nom de la religió per als seus interessos.

A Síria hi calien canvis, però d'aquí a aquesta destrucció...

Tornant a casa, a Catalunya arriben molt pocs Sirians

Ara poquíssims. La majoria es queden als països veïns per tornar a casa tan aviat com puguin. I els que volen anar a Europa tenen per objectiu sobretot el nord i el centre d'Europa.

La majoria de la comunitat siriana a Catalunya està formada per metges i grans empresaris, i les segones generacions han desenvolupat carreres i negocis importants.

Com era la sanitat a Síria?

A Síria els millors hospitals són públics i tots són docents. També es pot fer Medicina privada. No hi ha Atenció Primària com a tal, però tant els metges com els farmacèutics han de fer de manera obligatòria dos anys de medicina rural durant la seva especialització. Passats aquests dos anys la gran majoria de professionals tornen a treballar als hospitals de zones urbanes.

Durant el sopar l'Ibrahim no deixa d'explicar-nos mil detalls de cada plat dels que ens ofereix, de cadascuna de les fotos que decoren el restaurant i d'algunes de les que té al mòbil. Transmet orgull i emoció. Alegria i esperança. Humanitat.

Al cap del migrant sempre hi ha la idea del retorn...

Al cap i sobretot al cor. Jo fa molts anys que visc aquí però vaig a Síria cada any. I hi tinc una casa on espero poder viure algun dia (i m'ensenya la foto d'una casa, tot orgullós). Abans, qualsevol emigrant sirià, encara que visqués a l'altra punta de món, encarregava la construcció d'una casa i la compra de terreny per fer oliveres i cereals. És tot el que es necessita per viure.

I ens deixa amb una frase per pensar: "Els sirians són cristians des de fa 2.000 anys i musulmans des de fa 1.600, però sirians des de fa més de 5.000 anys".

Citació

Autor: **Mahfoud Ibrahim, Ballarín Àngels**

Títol article: *Síria en primera persona: L'experiència d'un sirià molt català*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 70

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id74/siria-en-primera-persona.htm

Data: **24 de maig del 2016**

Document de posició de la Junta de Govern del COMB sobre la crisi de refugiats a Europa

Junta de Govern del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB)

Arran de la greu crisi ocasionada per l'èxode protagonitzat per milers de ciutadans que, fugint de països amb règims violents o en situació de guerra, s'estan dirigint a Europa buscant asil, la Junta de Govern del COMB vol manifestar el següent:

1 La nostra consternació en constatar com milers de persones fugen desesperadament dels seus països d'origen, arriscant-ho tot –fins i tot les seves vides– amb l'objectiu d'arribar a un país que els pugui oferir unes mínimes garanties de supervivència i esperança per a ells i els seus fills. Estem davant d'un dels moviments de refugiats polítics més gran a Europa dels darrers 100 anys.

2 Volem recordar que Catalunya ha estat, al llarg de la seva història, una terra d'acollida per a moltes persones que han buscat una vida millor per a elles i les seves famílies. El nostre país ha estat, de sempre, un país d'acollida i els seus ciutadans han excel·lit en la capacitat d'integrar aquest èxodes, sense importar si les raons eren econòmiques o polítiques. Igualment cal recordar que molts ciutadans de Catalunya van trobar asil exterior en episodis de conflictes bèl·lics interns.

3 L'Europa dels drets, de les llibertats i el benestar encara no ha sabut reaccionar i ara contemplem avergonyits la seva inacció i les grans dificultats perquè els Estats de la UE actuïn de manera conjunta, coordinada i generosa per donar una resposta efectiva a aquesta gran crisi. Aquesta situació pot qüestionar la mateixa essència de la UE.

4 Creiem fermament que els refugiats tenen el dret de ser assistits quan fugen de països en guerra o estan sotmesos a règims violents.

5 El dret d'asil de les persones en perill o que demanen auxili forma part dels pilars d'un Estat de dret i dels principis humanitaris. No sols es tracta de bondat o solidaritat ciutadana, sinó de respecte i aplicació de les normes establertes pels tractats internacionals (especialment fem referència a la Directiva 2004/83 CE del Consell d'Europa).

6 Apel·lem als responsables polítics europeus perquè apliquin les directives aprovades per la Comissió i el mateix Parlament Europeu i estableixin un seguit de mesures: corredors humanitaris que garanteixin l'exercici del dret d'asil i la seguretat de les persones que ho necessiten, tenint en compte que la gran majoria vénen de països com Síria, Líbia, el Iemen, etc.; quotes de reassentament, establint una quota anual de persones refugiades que cada Estat pot/vol acollir; visats humanitaris perquè les persones que ho necessitin puguin arribar a Europa d'una manera segura i, finalment, el control de fluxos migratoris vinculat als conflictes que els originen.

7 Demanem als responsables polítics del nostre país, però sobretot al Parlament espanyol i al govern de l'Estat –que és qui ostenta les competències–, que donin resposta amb celeritat, generositat i d'acord amb la gravetat de la crisis actual i que acceptin les quotes establertes en el si de la UE i –arribat el cas– ampliïn el nombre de refugiats que s'acull, comptant en tot moment amb la participació dels governs de les comunitats autònomes i de les organitzacions no governamentals que treballen en aquest àmbit.

8 Davant els molts ciutadans del nostre país que han manifestat la seva voluntat d'acollir refugiats, demanem als responsables polítics de les administracions competents que facilitin i promoguin els procediments perquè aquest procés es faci amb garanties. Instem el Govern de la Generalitat a concretar, d'acord amb les seves competències, les accions a dur a terme coordinant tots els recursos existents, especialment els oferts pels ajuntaments.

9 El COMB es compromet a estar al costat d'aquests refugiats, fent-nos receptius de les seves necessitats per garantir-los el dret a la protecció de la salut. Demanem al Govern de Catalunya que instrumenti, igualment, la fórmula que garanteixi la cobertura assistencial d'aquesta població.

10 El COMB impulsarà propostes concretes de voluntariat entre els nostres col·legiats per afavorir l'acolliment i l'assistència d'aquests refugiats.

Barcelona, 3 de setembre de 2015

Font: http://www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posici%C3%B329.pdf

Citació

Autor: **Col·legi de Metges de Barcelona (COMB)**

Títol article: *Document de posició de la Junta de Govern del COMB sobre la crisi de refugiats a Europa*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 71

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id77/document-de-posicio-de-la-junta-de-govern-del-comb-sobre-la-crisi-de-refugiats-a-europa.htm

Data: **2 de juny del 2016**

Ser refugiat, morir en vida?

Jordi Tolrà i Mabilon. Consultor a Invenies,
CEO a mSocial.cat, director del Pla d'inclusió social
de Barcelona 2012-2015, director entre 1992 i 2004
de la Fundació Autònoma Solidària de la UAB

Europa viu novament una crisi de refugiats. Novament, perquè els anys 90 del passat segle XX les guerres balcàniques van provocar un èxode de persones similar, tot i que de magnitud i escala inferior al fenomen que ara obliga milions de ciutadans sirians (i del conjunt del Proper i Mitjà Orient) a fugir de casa per escapar de la mort i la destrucció. Aquell fenomen va sacsejar consciències (més de la ciutadania que dels governs, dit sigui de passada) i va propiciar la generació d'un corrent de solidaritat extraordinari. Al nostre país aquest corrent es concretà en múltiples accions de base i locals que van dur benestar a les víctimes de les guerres. Cal dir, però, que el conflicte es va resoldre finalment *manu militari* per la intervenció dels Estats Units.

I en el conflicte actual, una vegada més, com també va passar amb els Balcans, la denominada "comunitat internacional", i especialment la Unió Europea, no ha estat capaç –almenys fins ara– d'oferir una resposta que vagi a l'arrel del problema. El problema no és altre que l'existència d'un conflicte bèl·lic que fa insuportable la vida sota les bombes, els segrestos, les violacions i altres privacions de tota mena.

És probable que un intent seriós per part d'Occident de generar un procés dialogat de

pau hagués aturat de fa molt temps el flux incessant de refugiats. Bàsicament perquè **ningú no fuig cercant refugi** (una altra cosa és quan es busca feina) si pot quedar-se a casa seva. Però no sembla aquesta l'orientació de la diplomàcia internacional i encara menys de l'europea.

Mentrestant, les poblacions víctimes del conflicte intenten començar de nou en països d'Europa on tenen algun familiar o amic. I això planteja un repte sense precedents a les polítiques de benestar social i de salut pública per al qual ni la Unió Europea ni els seus Estats membre no estaven preparats. Perquè una cosa era enviar mantes, medicaments, llaunes de menjar i altres productes a centres de refugiats situats fora de la Unió, i una altra és haver d'afrontar que de sobte han crescut campaments improvisats al centre de ciutats com Paris, Göteborg o la Normandia sense les mínimes condicions.

Tradicionalment, molts governs intenten ventilar les polítiques de suport als refugiats amb l'assignació i enviament de combois de l'anomenada "ajuda humanitària", sobretot per intentar que almenys les poblacions refugiades no morin "en directe" als centres d'acollida i davant les càmeres de les televisions. Però en el conflicte actual, aquestes campanyes ni són suficients ni ajuden a solucionar el repte de fons plantejat pels refugiats, que no és altre que la necessitat de poder-se instal·lar en una nova terra el temps que duri el conflicte o potser fins i tot durant un període més llarg en les millors condicions per poder encarar el futur. Perquè el problema real de molts dels refugiats de guerra, els del conflicte sirià o els de qualsevol altre, és que sovint han perdut les ganes de viure i no tenen esma ni motivació per redreçar-se i iniciar camí de nou.

Paradoxalment, la pèrdua de la motivació vital no acostuma a ser objecte de cap projecte o programa de suport a la població refugiada. I en canvi, la recuperació de les ganes de viure hauria de ser abordada com una estratègia bàsica de salut, ja que sense ella sabem que és molt més laboriós i llarg que la resta d'estratègies (adequació al nou mitjà, immersió lingüística, inserció sociolaboral, readquisició d'usos i costums pro-socials) pugin funcionar.

La recuperació emocional dels refugiats

Perdre la família, la casa, la feina o la ciutat i de sobte trobar-se en un lloc nou, sovint molt diferent, a vegades hostil i amb referents culturals molt diferents dels propis, du a moltes persones refugiades a un trencament interior que es tradueix en símptomes que abasten totes les patologies possibles de la psicologia; també de la psiquiatria en els casos més greus.

Un cas que vaig conèixer personalment: En un centre de refugiats a Eslovènia, el director, antic combatent posteriorment reconvertit a caçador, despertava els interns a toc de diana a les set del matí "perquè espavilessin". I als que els resultava impossible llevar-se a aquella hora a causa de l'estrés post-traumàtic (que sabem que cursa sovint amb apatia i somnolència) simplement els qualificava de "ganduls i aprofitats".

> "Paradoxalment, la pèrdua de la motivació vital no acostuma a ser objecte de cap projecte o programa de suport a la població refugiada."

A Catalunya, i també a parts d'Itàlia, el món

de l'educació en el lleure, liderat per les entitats socials o la comunitat educativa, disposa d'eines i instruments que han resultat ser molt útils en la intervenció en centres de refugiats, precisament en la prevenció o el tractament d'aquestes situacions derivades de l'estrés posttraumàtic o la pèrdua de les ganes de viure. Es tracta de metodologies de les quals molts països de l'Europa rica i benestant no disposen perquè el seu món associatiu té un abast molt més petit o està menys desenvolupat.

Durant els anys 90, i més concretament entre el 1992 i el 1998, des de la Fundació Autònoma Solidària de la UAB i des de Voluntaris per Bòsnia més de 700 voluntaris i també objectors de consciència van desenvolupar accions basades en aquest mètode. Els resultats van ser importants i van permetre que molts dels refugiats es plantegessin una nova vida en un lloc nou. I també que molts, en acabar el conflicte armat el 1996, poguessin retornar als seus llocs d'origen. Als que els pugui interessar, per l'experiència que va suposar per a uns i altres i pels seus efectes terapèutics, en poden trobar més informació al llibre *Refugiats als Balcans, Una experiència de solidaritat universitària*, disponible a través de Google Books.

Citació

Autor: **Tolrà Mabilon, Jordi**

Títol article: *Ser refugiat, morir en vida?*
Revista: APSalut. Volum 4. Número 3. Article 72

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id76/ser-refugiat-morir-en-vida.htm

Data: **3 de juny del 2016**

udaceba
UNITAT DOCENT

UNITAT DOCENT MULTIPROFESSIONAL D'ATENCIÓ FAMILIAR I COMUNITÀRIA ACEBA

EAP VIC
eap sardenya
eap dreta de l'eixample
ABS Sagrada Familia Consorci Sanitari Integral

Seu central
UDACEBA, S.L. — Sardenya, 466 — 08025 Barcelona

www.udaceba.cat
Twitter: @udaceba
YouTube: www.youtube.com/user/udaceba