



APSalut 2018

El butlletí de la Unitat Docent UDACEBA

Us presentem el recull anual de tots els articles publicats al butlletí APSalut durant l'any 2018. Un plaer! Per sisè any consecutiu us oferim un compendi d'informació i coneixement, elaborat per tutors, residents i professionals experts en l'àmbit de la salut.

L'APSalut és una publicació trimestral de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària ACEBA (UDACEBA) que es va iniciar el gener de 2013 amb l'objectiu de donar a conèixer i potenciar àmbits d'interès vinculats a la nostra Unitat Docent.

Seguim avançant per oferir-vos continguts de qualitat, propers i a l'abast de tothom. Enguany hem incorporat una secció d'entrevistes a les nostres temàtiques habituals i us presentem la nova web de l'APSalut, un espai on trobareu tots els nostres continguts publicats des del primer número: www.apsalut.cat

Exemplars publicats l'any 2018:

[Volum 6 Número 1 – Febrer 2018](#)

[Volum 6 Número 2 – Abril 2018](#)

[APSalut Especial 2018: "UDACEBA al 38è Congrés de la SEMFyC: La força de l'Atenció Primària. Juliol 2018](#)

[Volum 6 Número 4 – Novembre 2018](#)

COMITÈ EDITORIAL

Normes de publicació

<https://apsalut.cat/normes-de-publicacio/>

Atenció al lector:

apsalut@udaceba.cat

*Seccions temàtiques
del butlletí APSalut*

Editorials

Entrevistes

Casos Clínics

Temes Clínics

Salut Comunitària

Gestió i Qualitat

Docència

Recerca i Coneixement

TICs

Ètics i Humanitats

Comitè Editorial i Col·laboradors 2018

COMITÈ EDITORIAL

Albert Casasa

Metge de família de l'EAP Sardenya i Cap d'Estudis de la Unitat Docent UDACEBA.

Àngels Ballarín

Metgessa de família de l'EAP Vic (CAP El Remei).

Araceli Bergillos

Antropòloga i secretària de la Unitat Docent UDACEBA

Daniel Planchuelo

Metge de família de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Gemma Férriz

Metgessa de família i coordinadora docent del CAP Sagrada Família

Laura Aranalde

Comunicació en Salut

Marta Coderch

Metgessa de Família i referent de Salut Comunitària de l'EAP Sardenya

Violeta Jodar

Metgessa resident de MFIC de l'EAP Sardenya

Violeta Uriach

Metgessa resident de MFIC de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

ASSESSORS

Dr. Carles Brotons

Cap de la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya

Dr. Mariano de la Figuera

Metge de família i coordinador docent de l'EAP Sardenya

Dr. Roger Codinachs

Metge de família i Coordinador Docent de l'EAP Vic (CAP El Remei)

Dra. Sílvia Zamora

Metgessa de família. Coordinadora Docent EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

ISSN 2385-4901

Reservats tots els drets. Aquesta publicació no pot ser reproduïda sense el consentiment d'UDACEBA.

Agraim la col·laboració de tots els residents i tutors/es dels nostres centres docents, i molt especialment a totes les persones i entitats que enguany han col·laborat en l'APSalut:

Elisabeth Florensa Roquet-Jalmar. Metgessa de Família i Comunitària EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Al Dr. Àlex Muñoz i a tot l'equip investigador de l'Estudi AUDAAP, per cedir-nos la publicació del treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2017.

A les desCOBERTES 2018, els nostres entrevistats d'enguany: Encarna Martínez, Esther Mansilla, Anna Fernández i Julián Sanz.

Al Grup Fem Salut al Barri
femsalutalbarri.cat

I a totes les persones que amb les seves idees i aportacions fan créixer el nostre projecte.

Moltes gràcies!

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Sumari

Editorials

[La motivació a la docència](#)

[Sortides professionals dels residents d'UDACEBA](#)

[Què és la Responsabilitat Social?](#)

Temes Clínics

[Atenció sanitària dels adolescents a l'atenció primària](#)

Casos Clínics

[Què em passa? Per què no deixo de menjar gel?](#)

[Ostomies, cures i maneig](#)

[Cefalees urgents, que no se'ns escapin!](#)

[Magnesi: de la moda a la patologia](#)

Docència

[Les Comissions de Docència. Què són i què han de ser](#)

[Comunicant-nos a Córdoba](#)

Recerca i Coneixement

[Avaluació d'aplicació mòbil en el diagnòstic de la hipoacúsia en el pacient ancià, a la atenció primària \(Estudi AUDAAP\)](#)

Entrevistes

[La desCOBERTA. Entrevista a Encarna Martínez](#)

[La desCOBERTA. Entrevista a Esther Mansilla](#)

[LA desCOBERTA. Entrevista a Julián Sanz](#)

Especial APSalut 2018

‘UDACEBA al 38è Congrés de la SEMFyC: La força de l’Atenció Primària’.

Editorial: [Congrés, participació, formació. Confiem en la nostra força](#)

Casos Clínics:

- [Dorsàlgia aguda amb clínica neurològica](#)

- [No, no era la fregona](#)

Docència:

- [L’assistència i participació a congressos: font de coneixement i motivació professional](#)

- [UDACEBA presenta més d’un centenar de treballs al @BCNsemfyc](#)

Recerca i Coneixement: [Adequació en la sol·licitud d’ecografia en l’estudi de la malaltia renal crònica a l’atenció primària](#)

TICs: [‘Prescripción de webs médicas desde la consulta de atención primaria’](#)

Entrevista: [La desCOBERTA. Entrevista a Anna Fernández](#)



La motivació a la docència

Autor: Roger Codinachs. Coordinador docent i tutor MFiC EAP Vic (CAP El Remei)

Tots hem tingut professors que ens han motivat a l'hora d'aprendre i altres que no. Un docent motivat és una peça fonamental en les regles de l'ensenyament i és clarament generador d'emocions i dinàmiques positives entre els seus alumnes. Un docent feliç té més possibilitats de “crear” alumnes feliços. Igualment, un docent apassionat té més possibilitats de “crear” alumnes apassionats. Per altra banda, un docent a qui no li agradi el que fa, dubto molt que desperti passions entre els seus alumnes.

Primer de tot i abans que res, caldria preguntar-nos sobre què és la motivació. La resposta no és gens fàcil. Segons Roussel (1), la motivació pot definir-se com un *procés que, a l'activar-se, dirigeix la conducta dels individus a aconseguir els objectius que s'han proposat*. Segons el diccionari de la llengua catalana, es tracta d'un *conjunt de condicions extrínseques i intrínseques a la persona, que determinen la variació, la intensitat, la qualitat i la direcció del seu comportament*.

Però, què fa que estiguem motivats? Müller et al (2) varen realitzar un estudi en el qual varen identificar quines són les principals motivacions per ser docents i quines les principals per deixar de ser-ho.

Les motivacions per ser docents:

- Poca rutina a la feina.
- Disposar de contactes humans diversos.
- Ser una feina exigent i en evolució.
- La transmissió del coneixement als joves.
- L'autonomia en les decisions pedagògiques i activitats.
- L'autonomia a la realització d'activitats docents.
- La identificació amb la professió docent.

Les motivacions per deixar de ser docents:

- L'argument de la càrrega de feina (per exemple, augmentar la diversitat de tasques, la feina més administrativa, augment de les reunions...).
- La insatisfacció en el contingut i com s'implementen les reformes institucionals.
- Massa esforç per disciplinar els estudiants en lloc d'ensenyar-los.
- La falta d'autonomia i flexibilitat.
- La falta de recolzament i flexibilitat jeràrquica.
- La degradació de la imatge de la professió docent.

Segui quina sigui la motivació del docent, el que està clar és que la motivació pot influir directament en els resultats individuals de les persones i, de retruc, amb els resultats d'una organització. Un alumnat motivat respon amb una més gran dedicació, la qual cosa acaba comportant una millor integració, uns millors resultats i una millor motivació dels docents. Aquest cicle es va realimentant i produint efectes molt positius tant en el professorat com en l'alumnat.

El docent ha de plantejar-se un triple objectiu en la seva acció motivadora:

- Suscitar l'interès: Fent una tria adequada dels continguts docents i fomentant la comunicació i el diàleg amb l'alumnat.
- Dirigir i mantenir l'esforç: duent a terme una avaluació continuada amb un esglaonament progressiu en la dificultat de les activitats.
- Aconseguir l'objectiu de l'aprenentatge prefixat. Sempre tenir clar on volem arribar.

Existeixen tot un conjunt d'estratègies per tal d'aconseguir un ensenyament motivador. En primera instància, cal crear unes condicions bàsiques motivadores mitjançant una conducta apropiada del docent, una bona atmosfera a l'aula/consulta i una bona cohesió de grup. Un cop tinguem això, cal generar la motivació inicial a l'alumne/a augmentant valors i actituds, incrementant les expectatives d'èxit, incrementant l'orientació de metes, fent servir material rellevant i creant creences realistes del seu aprenentatge. Assolida la primera motivació, cal mantenir-la i

protegir-la a través d'un aprenentatge estimulants i divertit, presentant les tasques de forma motivadora (explicant la finalitat), establint metes a curt termini, protegint l'autoestima i la confiança dels alumnes i fent que els alumnes tinguin una imatge social positiva. També promovent la cooperació, fomentant l'autonomia (donar-los opcions, delegant el paper del professor sempre que sigui possible, paper de professor-facilitador) i proporcionant estratègies automotivadores. Finalment, a l'acabar l'experiència de l'aprenentatge, s'ha de fer una avaluació positiva amb una retroalimentació motivadora mitjançant comentaris positius que ajudin a l'alumne/a amb el seu aprenentatge.

Així doncs, a motivar-nos tots plegats!

Referències

(1) Roussel P (2000) La Motivation au Travail—Concept et Theories. Notes du Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi (LIRHE), Note No. 326. Toulouse: LIRHE.

(2) Müller K, Alliaat R & Benninghoff F (2009). Attracting and Retaining Teachers. A Question of Motivation. Educational Management Administration & Leadership 37 (5): 574-599.

Citació

Autor: Codinach Alsina, Roger

Títol article: La motivació a la docència

Revista: APSalut. Volum 6. Número 1. Article 101

<https://apsalut.cat/2018/01/04/la-motivacio-a-la-docencia/>

Data: 4 de gener de 2018



Sortides professionals dels residents d'UDACEBA

Autor: Albert Casasa. Cap d'Estudis de la Unitat Docent UDACEBA

El mes de maig marca tradicionalment el relleu de promocions de residents. Els R4 se'n van i arriben els nous R1.

Els residents que entren voldran saber si hi ha perspectives laborals més enllà dels 4 anys (MIR) o 2 (EIR).

Els R4 que marxen ja fa mesos que tenen un neguit intern per saber a on aniran a parar.

El que podem explicar és què ha passat amb les promocions que han passat per UDACEBA des que vam començar ja fa més de 10 anys.

Les dades són les següents:

- **4 EIR:** els 4 treballen d'infermeria familiar i comunitària.
- **24 MIR,** desglossats en la següent taula:

Medicina de Família	13
Urgències	3
Recerca	3
Hospitalització a domicili	1
Consulta de pediatria d'atenció primària	1
Consulta privada	1
Retorn al seu país d'origen	1
Es torna a presentar al MIR	1

Molts d'ells han estat treballant en algun centre de la Unitat Docent o en alguna Entitat de Base Associativa (EBA), actualment en són 10.

Les sortides professionals són diverses. La majoria han pogut optar a desenvolupar-se professionalment en l'àmbit de l'Atenció Familiar i Comunitària. A destacar que la recerca també és una oportunitat laboral.

Hi ha per tant, futur! Cal aprofitar al màxim la formació, per poder optar a totes les opcions que el sistema de salut ofereix als resident d'atenció familiar i comunitària, que són moltes i variades.

Citació

Autor: Casasa Plana, Albert

Títol article: Sortides professionals dels residents d'UDACEBA

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 105

<https://apsalut.cat/2018/03/08/sortides-professionals-dels-residents-dudaceba/>

Data: 8 de març de 2018



Què és la Responsabilitat Social?

Autora: Sílvia Zamora. Metgessa de família de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Orígens

L'RSE sorgeix als Estats Units a finals dels anys 50 i principis dels 60, arran de la Guerra del Vietnam i altres conflictes mundials, com l'apartheid. Desperta l'interès en els ciutadans que comencen a creure que, a través del seu treball en determinades empreses o comprant alguns productes, estan col·laborant amb el manteniment de determinats règims polítics o amb certes pràctiques polítiques o econòmiques èticament censurables. La societat comença a adonar-se de l'impacte de les empreses o organitzacions en el seu entorn i demanen una major revisió d'aquest efecte.

El concepte Responsabilitat Social Corporativa (RSC) és encunyat per primera vegada el 1953 pel nord-americà Howard R. Bowen, anomenat pare de l'RSE, en la seva obra "Social Responsibilities of the Businessmen" en la qual l'autor apel·lava a la responsabilitat social de les corporacions per produir no només béns i serveis, sinó tornar a la societat part del que aquesta els havia facilitat.

Definició de RSC segons els principals organismes i experts

No existeix un concepte universal consensuat de RSC. Hi ha moltes definicions de responsabilitat social empresarial, les més rellevants i acceptades, de mà de les institucions especialistes en RSC són:

Segons la **Comissió Europea**, es tracta literalment de “la responsabilitat de les empreses pels seus impactes en la societat”.

La **Guía ISO 26000** publicada per la ISO -International Organization for Standardization- que és l'organisme encarregat d'establir les línies en matèria de Responsabilitat Social, defineix la RS com: “la responsabilitat d'una organització pels impactes de les seves decisions i activitats a la societat i al medi ambient, mitjançant un comportament ètic i transparent que:

- Contribueix al desenvolupament sostenible, inclosa la salut i el benestar social.
- Té en compte les expectatives dels grups d'interès.
- Actua d'acord les lleis aplicables i les normes internacionals de comportament.
- Es troba integrada en tota l'organització, i es posa en pràctica en les seves relacions.”

La **Generalitat de Catalunya** defineix la responsabilitat social de les empreses com: “la integració voluntària de preocupacions socials i ambientals en les seves operacions comercials, en els processos productius i en les relacions amb els grups d'interès: clients, proveïdors, treballadors, accionistes, etc... Ser socialment responsable no només significa complir plenament amb les obligacions jurídiques, sinó també anar més enllà, invertint en el capital humà i en les relacions que operen amb l'entorn i amb la societat”.

The Center for Corporate Citizenship at Boston College identifica RSC amb “ciutadania corporativa”, definint-la com la manera en què l'empresa integra valors socials bàsics en les seves pràctiques comercials, operacions i polítiques quotidianes. Segons el Banc Mundial, la ciutadania corporativa es basa en el reconeixement que les empreses tenen drets i responsabilitats que van més enllà de la maximització dels guanys en el curt termini. El terme és el preferit per referir-se a la RSE a Estats Units.

Segons el Foro d'experts en RSC del **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales** “la Responsabilidad Social de l'Empresa és, a més del compliment estricte de les obligacions legals vigents, la integració voluntària en el seu govern i gestió, en la seva estratègia, polítiques i procediments, de les preocupacions socials, laborals,

mediambientals i de respecte dels drets humans que sorgeixen de la relació i el diàleg transparent amb els seus grups d'interès, així de les conseqüències i els impactes que deriven de les seves accions”.

Forética defineix l'RSE com el fenomen voluntari que busca conciliar el creixement i la competitivitat, integrant al mateix temps el compromís amb el desenvolupament social i la millora del medi ambient.

L'organització sense ànim de lucre **BSR, Business for Social Responsibility** defineix l'RSE com “l'administració d'un negoci de manera que compleixi o sobrepassi les expectatives ètiques, legals, comercials i públiques que té la societat enfront d'una empresa”.

Respon.cat defineix la RSC com la “manera de pensar i actuar” de les organitzacions per contribuir a un model de desenvolupament sostenible.

Els principis de la RSC

L'ISO 26000 brinda directrius sobre els principis, matèries fonamentals i assumptes relacionats amb la RSC, basats en el consens internacional d'experts de les diferents parts interessades i organitzacions a nivell mundial:

1. Rendició de comptes: Retre comptes pels impactes econòmics, socials i ambientals de l'actuació de l'empresa, assumint la responsabilitat pels impactes negatius i el compromís de prendre les mesures pertinents per a reparar-los i evitar repetir-los.
2. Transparència: respecte a les activitats desenvolupades que afecten la societat i el medi ambient, subministrant tota la informació que requereixen les parts interessades, en un llenguatge accessible i intel·ligible.
3. Comportament ètic: l'organització s'hauria de regir per criteris d'honestat, equitat i integritat. Equilibri entre els valors d'eficiència i justícia
4. Respecte als interessos de les parts interessades: Les organitzacions hauran de considerar, respectar i respondre als interessos i expectatives dels seus grups d'interès.
5. Respecte al principi de legalitat: Les organitzacions hauran de respectar i complir les lleis i regulacions aplicables i complir la legislació vigent en matèria d'RSE en totes les jurisdiccions on opera.
6. Respecte a la normativa internacional de comportament: Anant més enllà del compliment de la llei dels països on opera, l'ISO 26000 convida a respectar la normativa internacional de comportament tot i que la normativa nacional no contempli les salvaguardes socials i ambientals.

7. Respecte als drets humans: Cal respectar els drets humans, així com reconèixer la seva importància i universalitat, és a dir, que aquests drets són aplicables a tots els individus de tots els països i cultures.

Les matèries de la RSC: People, Planet & Profit

Sovint es resumeix el contingut de l'RSE en les tres P: People, Planet & Profit.

De manera més desglossada, l'RSE es focalitza en cinc grans àrees, que agrupen els aspectes que centren el nostre interès:

1. Impactes Econòmics
2. Impactes Ambientals
3. Impactes Laborals
4. Impactes Socials
5. Bon Govern

Per tant la RSC consisteix en **analitzar els impactes** –econòmics, ambientals, laborals, socials i ètics- que l'activitat de l'organització té en els diferents grups d'interès: els treballadors, l'administració, els proveïdors, la societat i els clients (o pacients).

És imprescindible el diàleg amb els diferents grups d'interès per conèixer les seves necessitats i expectatives. Un cop avaluades, cal **establir compromisos** per a donar-los satisfacció d'una manera equilibrada, més enllà de les obligacions legals.

Rendir comptes de manera transparent donant informació sobre les decisions i activitats de l'organització que impacten en la societat i en el medi ambient.

La informació ha de ser accessible i intel·ligible per aquells que s'han vist o podrien veure's afectats de manera significativa per l'organització. Cal presentar-la de manera clara i objectiva, per permetre que les parts interessades avaluïn els impactes sobre els seus respectius interessos.

L'objectiu d'aquesta rendició de comptes és avançar cap a un model de desenvolupament i una societat més sostenible:

- Equitativa en la distribució de riquesa.
- Integradora i cohesionada socialment.
- Eficient i racional en l'ús dels recursos.
- Ètica i transparent en la manera de governar-se i actuar.

La RSC en l'àmbit sanitari

L'atenció sanitària és un dels principals serveis a la ciutadania, i per tant porta molt implícit la responsabilitat social. L'autogestió és una eina facilitadora per la implementació de la RSC.

Des de la governança dels centres sanitaris es pot treballar per impulsar estratègies i objectius de RSC, per un compromís i rendició de comptes a la societat, fer un ús eficient dels recursos, treballar per millorar les oportunitats de les dones per assolir llocs del lideratge, fomentar una cultura ètica que impregni tota l'organització, fomentar la participació dels professionals en la RS i atendre les necessitats dels diferents grups d'interès (professionals, pacients, administració).

Un altre aspecte molt important són les pràctiques laborals: treballar per l'estabilitat laboral i el major nivell possible de benestar mental, físic i social dels treballadors, la remuneració digne i la conciliació de la vida familiar i laboral.

Respecte al medi ambient: treballar per la prevenció de la contaminació gestionant de manera correcta els residus i fer un ús sostenible dels recursos.

Per últim és important gestionar els centres sanitaris amb pràctiques justes d'operació. Implantar mesures anticorrupció: identificar riscos, implementar polítiques i pràctiques que evitin que es produeixi l'abús de poder per obtenir un benefici privat (exemplaritat del lideratge, formació, motivació, etc.).

Promoure la responsabilitat social en la cadena de valor: estendre la RS a la cadena de valor, política de compres ètica i socialment responsable.

Pàgines web d'interès

1. www.respon.cat
2. <https://mansunides.org/es/rsc/responsabilidad-social-corporativa>
3. www.foretica.org/
4. www.iso.org/home.html

Citació

Autora: Zamora Mestre, Sílvia

Títol article: Què és la Responsabilitat Social?

Revista: APSalut. Volum 6. Número 4. Article 117

<https://apsalut.cat/2018/11/06/que-es-la-responsabilitat-social/>

Data: 6 de novembre de 2018



Atenció sanitària dels adolescents a l'Atenció Primària

Autora: Elisabeth Florensa Roquet-Jalmar. Metgessa de Família i Comunitària EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

INTRODUCCIÓ

L'adolescència és el període de transició entre la vida infantil i l'adult, durant aquest període es produeixen canvis biològics-socials-psicològics que cal detectar. L'adolescència té tres etapes: primera adolescència (dels 10 als 14 anys), l'adolescència mitjana (dels 15 als 17 anys) i l'adolescència tardana (dels 18 als 21 anys). En l'adolescència les principals patologies es deuen sobretot a comportaments de risc, per tant cal realitzar activitats preventives per promoure i prevenir la salut juntament amb l'examen de salut.

EXAMEN DE SALUT

Un examen de salut consisteix en una activitat assistencial destinada a fer control del pacient aparentment sa, detectar problemes de salut evidents o potencials i promoure activitats preventives. En els adolescents cal que englobi l'esfera bio-psico-social.

Els adolescents en general consulten poc al metge de família i no tenen una atenció mèdica integral programada com a l'etapa infantil, és per això que cal buscar un espai aprofitant el context d'una consulta per patologia aguda, protocol·litzant una visita de seguiment a certa edat o buscant vies de contacte del propi adolescent amb el centre (p.e. xarxes socials del CAP) per fer l'examen de salut.

La freqüència d'aquesta visita segons nombrosos especialistes (Neisten, García-Tornel...) hauria de ser anual. L'associació mèdica americana recomana fer 3 vistes entre els 11 anys i els 21 anys. El comitè de pràctiques i medicina ambulatoria de l'acadèmia americana de pediatria recomana fer una visita bianual dels 10 als 20 anys. A Espanya cada comunitat autònoma té un calendari de visites programades de salut fins als 14-15 anys i es recomana realitzar un total de 2-3 visites durant l'etapa de l'adolescència.

L'examen de salut de l'adolescent s'estructura en: entrevista clínica, exploració física i activitats preventives.

ENTREVISTA CLÍNICA A L'ADOLESCENT

És important durant l'entrevista tenir una actitud propera, utilitzar un llenguatge accessible, garantir la privacitat i confidencialitat de l'entrevista, escoltar, observar i apuntar poc. La base d'una bona relació metge-pacient adolescent és aconseguir un vincle de confiança.

“el que realment importa és la manera en què el professional sanitari parla amb ell i el tracta” (J. Roswell Gallagher).

L'entrevista es pot fer conjuntament amb els pares o amb l'adolescent sol, segons la maduresa. En el moment de fer l'anamnesi de la història clínica és convenient la presència dels pares per conèixer els antecedents personals i familiars del pacient.

En aquest context cal tenir en compte el concepte de “menor madur”. Un menor (entre 12-16 anys) es considera madur quan el professional que el visita creu que aquest és capaç d'entendre allò que se li explica i de prendre les seves decisions de

manera responsable. Es tracta d'un concepte legal que queda recollit en l'article 13 del Codi Deontològic: el metge no podrà tractar cap pacient amb la capacitat mental conservada sense el seu consentiment. En el cas d'un menor, el metge ha de respectar la seva voluntat si aquest té la capacitat per comprendre allò que decideix, tot i que el pare, la mare o el representant legal en dissenteixin. A partir dels 16 anys el menor és considera madur respecte temes sanitaris tot i que no és major d'edat.

L'objectiu de l'entrevista clínica és obtenir informació bio-psico-social de l'adolescent i l'entorn, per realitzar-la ens poden ser d'utilitat qüestionaris predeterminats (1*) i utilitzar facilitadors de qüestionaris com: preguntes obertes, preguntes mirall, exemples en tercera persona, clarificar i fer resums, i empatitzar.

El Dr. Garcia-Tornel proposa un acrònim **FACTORES** per ajudar a estructurar l'interrogatori.

F = Família: relació amb els pares i germans, graus de satisfacció.

A = Amistats: activitats, esports, tipus de relacions.

C = Col·legi/feina: rendiment, grau de satisfacció.

T = Tòxics: experimentació-abús, tabac, alcohol, drogues.

O = Objectius: estudi, feina, família, ideals, il·lusions.

R = Riscos: esports, moto, cotxe, medicaments, dietes, abús sexual, ambients violents.

E = Estima: acceptació personal, autoestima, valoració de la pròpia imatge.

S = Informació, precaucions, activitat, identitat.

Sempre cal avaluar la conducta social, la conducta alimentària, l'activitat sexual, els hàbits de consum de tòxics; cada professional ho adaptarà a la seva estructura d'entrevista i pràctica clínica.

HISTÒRIA CLÍNICA

Anamnesi d'antecedents personals:

- malalties prèvies, hospitalitzacions, cirurgies, accidents.
- al·lèrgies.
- medicació habitual, al·lèrgies medicamentoses.
- revisió calendari vacunes.
- història ginecològica: edat menarquia, freqüència i duració del període, dolor

Anamnesi d'antecedents familiars.

Anamnesi d'hàbits i factors de risc:

- conducta alimentària i característiques alimentació.

- conducta social amb la família i entorn.
- activitat sexual.
- consum de tòxics: alcohol, drogues i tabac.
- rendiment escolar.
- activitat física.
- ritme de la son.
- àrees d'interès.
- hàbits d'higiene.

Exploració física:

- pes, talla, IMC.
- pressió arterial.
- audició.
- agudeses visual.
- exploració general: pell, cap i coll, cardiopulmonar, abdomen i zona inguinal, aparell genitourinari, aparell locomotor (escoliosis).
- salut bucodental (càries, mala oclusió, gingivitis).
- desenvolupament puberal.

2* 3*

DIAGNÒSTIC

Un cop finalitzada l'entrevista clínica cal fer una avaluació que inclogui diagnòstic de salut, i llista de problemes detectats. Cal comentar amb l'adolescent la conclusió de l'examen mèdic, el pla terapèutic i fer educació sanitària.

Les proves complementàries només estan indicades en determinats grups.

- PPD en població de risc.
- Anàlisi de sang si presenta indicació clínica que ho justifica.
- Cribatge de colesterol si antecedents familiars de dislipèmia congènita o malaltia cardiovascular precoç.
- En pacients sexualment actius valorar proves específiques de cribatge.
- Si es fa prescripció d'anticonceptius.

EDUCACIÓ SANITÀRIA

Cal donar al pacient consells de salut generals i específics als problemes detectats, l'educació sanitària és la base de la medicina preventiva en els adolescents, aquesta

informació es pot donar verbal, per escrit o orientar a l'adolescent de webs acreditades on pot trobar informació:

<http://jovecat.gencat.cat/ca/temes/salut/>

http://www.infermeravirtual.com/cat/situacions_de_vida/adolescencia

Els adolescents necessiten informació i formació sobre els factors de risc de l'adolescència. Cal donar consells de salut respecte:

- alimentació: dieta variada i equilibrada, estimular l'esmorzar.
- activitat física: evitar vida sedentària, de 30 a 60 minuts al dia d'exercici moderat.
- salut bucodental.
- prevenció d'accidents.
- hàbits tòxics (alcohol, tabac, drogues).
- prevenció MTS i anticoncepció.
- protecció solar.
- noves tecnologies: tele i ciberadicció, xarxes socials.
- descans nocturn, son.

Els pares també necessiten informació i orientació sobre aquesta etapa, les recomanacions es basen en: escoltar, establir missatges i límits clars, mostrar interès per les seves activitats i idees, crear un vincle de confiança. Podem reforçar aquest missatge per escrit (p.e. full de pacients de la CAMFiC) <http://www.camfic.org/Fullspacients.aspx?id=2643>.

CONCLUSIÓ

La morbimortalitat dels adolescents millora al realitzar activitats preventives per evitar factors de risc i promoure factors protectors, per tant cada professional haurà de buscar un espai on realitzar aquest examen de salut bio-psico-social, iniciar un vincle metge –pacient i fomentar la consciència de salut i malaltia.

LECTURES D'INTERÈS

1* Exemples de qüestionaris per realitzar l'entrevista clínica:

- qüestionari de salut (annex 1- pàg. 28), qüestionari-guia per una entrevista semiestructurada (annex 2- pàg. 29) i model d'entrevista, esquema d'intervenció (annex3-pag30).
- http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/etapes_de_la_vida/infants/enllacos/actuadoles.pdf

- <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/A2.pdf>

2* Al llibre “Medicina de la adolescencia, atención integral” del Dr. Hidalgo, Dr. Redondo, Dr. Castellano es proposa un model d’història clínica

- <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/A1.pdf>

3* A la revista AMF hi ha un article que fa referència al calendari de controls dels 3 als 18 anys on es menciona els continguts bàsics de les activitats preventives.

- http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=61

BIBLIOGRAFIA

- Actuacions preventives a l’adolescència, guia per a l’atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya, Departament de salut.
- SEMA (Sociedad Española Medicina de la Adolescencia), revista adolecere, volum IV, gener-febrer 2016.
- Revista AMF, article controles de salud, nº abril 2010.
- Medicina de la adolescencia, atención integral, Dr. Hidalgo, Dr. Redondo, Dr. Castellanos. Segunda edición. Editorial Ergón. 2012.

Citació

Autora: Florensa Roquet-Jalmar, Elisabeth

Títol article: Atenció sanitària dels adolescents a l’atenció primària

Revista: APSalut. Volum 6. Número 1. Article 102

<https://apsalut.cat/2018/01/16/atencio-sanitaria-dels-adolescents-a-latencio-primaria/>

Data: 16 de gener de 2018



Què em passa? Per què no deixo de menjar gel?

Autors: V. Uriach Timoneda, C. Gascón, M. Gonzalez-Moreno. Metgesses de Família i Comunitària EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

MOTIU DE CONSULTA

Menjar uns 2kg de gel al dia des de fa 6 mesos

HISTÒRIA CLÍNICA

Antecedents personals: No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Antecedents d'ansietat i estrès laboral. Dos embarassos normals. Portadora de DIU des de fa uns 8 mesos. No antecedents quirúrgics. No medicació habitual.

MALALTIA ACTUAL

Dona de 46 anys que rossega gel, fins a 2kg, durant el dia. El gel és de mojito i explica que es relaxa al tenir gel a la boca i la fredor que notal al coll. Treballa a casa a l'ordinador pel que li és molt fàcil menjar gel durant la jornada. El llepa i el mossega, explica que inicialment no li va donar importància, però que ja fa mesos que ho fa i no ho troba normal.

Explica que va tenir un quadre similar fa anys, durant l'embaràs del seu segon fill que es va resoldre, no recorda com, no en tenim informes ni cursos clínics atès que el control de l'embaràs va realitzar-se en clínica privada. La pacient explica que es troba bé, no astènia, no hiporèxia, no pèrdua de pes, no alteracions de l'hàbit intestinal, nega vòmits, no reflux gastroesofàgic, nega dolors ni molèsties. Explica que actualment té una situació personal i laboral molt tranquil·la i nega ansietat ni estrès.

Exploració física: completament anodina, constants correctes.

Ens plantejem com a diagnòstic, quadre de pagofagia.

PAGOFÀGIA ve del grec. Pagos que vol dir gel i Fagia que vol dir acte de menjar. Consisteix en un desig irrefrenable de menjar gel o begudes gelades. Pot ser degut a diverses causes que cal estudiar, com per exemple, la manifestació d'anèmia ferropènica, síndrome de PICA, que és un trastorn d'ingestió i de la conducta alimentària, consistent en el desig irresistible de menjar o llepar substàncies no nutritives i poc usals com terra, pintura, grans de cafè, midó, pedretes,... és una manifestació molt característica, en el cas dels adults pot estar relacionat amb les ganes de notar una certa textura a la boca. La pagofagia també pot ser deguda a alteracions neurològiques, causes psiquiàtriques, alteracions a nivell d'aparell digestiu alt com erosió esofàgica, reflux gastroesofàgic vòmits de repetició pel que ingerir quelcom fred els redueixi el dolor local i la irritació.

Donat que el quadre de pagofagia, freqüentment s'associa a anèmia o a alteracions psicològiques/psiquiàtriques, es decideix sol·licitar analítica de sang i es deriva la pacient a la psicòloga. Donat que ella fa molta autocrítica i està preocupada pel comportament, ho accepta i ho troba bé.

Proves complementàries: es sol·licita analítica general per estudi d'anèmia, on presenta Hemoglobina 117G/L, VCM 84,3fL i HCM 27,8pg descartant anèmia, una de les causes que pot ocasionar clínica de pagofàgia. Resta de l'hemograma normal. Funció hepàtica, pancreàtica i renal normals. Ionograma sense alteració. Coagulació normal.

Es realitza una segona visita, per valorar resultats de l'analítica, evolució clínica i per complementar l'anamnesi. En aquest cas, un cop realitzada una revisió bibliogràfica del tema.

La pacient persisteix amb la clínica, sense presentar cap altre simptomatologia. Exploració física anodina i constants correctes. En la bibliografia, relacionen la majoria dels casos a alteracions psicològiques/psiquiàtriques o bé a anèmia ferropènica, però es descriu algun cas, de pagofagia en relació amb ferropènia sense anèmia i alguns casos es resolen al corregir la ferropènia encara que persisteixi l'anèmia, i aquest valor no s'havia sol·licitat en l'analítica. Pel que se sol·licita una segona analítica de sang, pendent de la visita amb psicologia.

En la segona analítica, Ferritina de <6ng/ml essent els valors de normalitat entre 10-120 pel que evidenciem quadre de Ferropènia sense anèmia. Iniciem tractament amb ferro oral.

Passades dues setmanes realitzem una visita de control evolutiu, la pacient refereix estar totalment asimptomàtica. Ja no menja gens de gel ni hi pensa.

La pacient havia presentat un quadre similar durant l'embaràs, on probablement va tenir una ferropènia amb o sense anèmia, que es va resoldre al iniciar ferro oral. Fa uns 8 mesos que la pacient és portadora de DIU presentant un lleu augment del sagnat menstrual que ha pogut causar-li la ferropènia i amb això la pagofagia.

En la consulta del metge/essa de família les visites poden ser per un miler de motius. En el cas de la nostra pacient, des d'un inici es va sospitar quadre de pagofagia probablement secundari a anèmia per hipermenorrea per la col·locació de DIU. Però va ser l'estudi posterior de la bibliografia el que va permetre conèixer la íntima relació entre aquests quadres i la ferropènia que inicialment no s'havia sol·licitat. La investigació a nivell d'atenció primària i la formació continuada garanteix una millor assistència.

XXXVII CONGRESO DE LA semFYC



Medicina Familiar y Comunitaria

DEL 4 AL 6 DE MAYO DE 2017
MADRID

PRÓXIMA ESTACIÓN
Medicina Familiar y Comunitaria

¿QUÉ ME PASA? ¿POR QUÉ COMO HIELO?
Dra. V.Uriach, Dra. C. Gascon, Dra. M. Gonzalez-Moreno

ID: 827

MOTIVOS DE CONSULTA:

Comer 2 kg de hielo al día desde hace 6 meses

HISTORIA CLÍNICA (Enfoque individual):

Antecedentes personales: No AMC. Dos embarazos. Actualmente portadora de DIU (8 meses).

Anamnesis: Mujer de 46 años que consulta, en nuestro CAP, preocupada, por comer hasta 2 kg de hielo al día. La paciente compra hielo triturado y lo mastica durante todo el día. Sabe que no es una práctica normal, por lo que consulta. Al preguntarle, explica que presentó un cuadro similar durante el embarazo de su segundo hijo y no recuerda como se autolimitó

Exploración física: totalmente normal

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: ionograma, función hepática, pancreática y renal normales. Leve anemia normocítica (Hemoglobina:117g/L, VCM:84,30 fL y hematocrito:36%)

Enfoque Familiar y Comunitario: Estudio de la familia y de la comunidad. Trabaja en casa por lo que podía consumir el hielo durante la jornada laboral.

Juicio Clínico, Diagnóstico Diferencial, Identificación de problemas

Nos planteamos como diagnóstico un cuadro de **pagofagia**

Diagnóstico diferencial:

PICA, erosión esofágica dolorosa, vómitos de repetición, causas psiquiátricas como estrés, esquizofrenia, autismo o bien conducta relacionada con el placer.

Identificación problemas:

Patología poco frecuente en la que es difícil pensar inicialmente, además la mayoría de estudios lo relacionan con anemia, que en el caso de nuestra paciente era mínima. Realizando un estudio bibliográfico, encontramos publicaciones que relacionan la pagofagia con ferropenia con o sin anemia, de hecho, en algunos casos el cuadro se resuelve al corregir los valores de ferritina, aunque persista la anemia. Por lo que en la analítica realizada, se añadió estudio de ferritina, evidenciando una deficiencia, con valores de 6 ng/ml.

Tratamiento, Planes de actuación:

Hierro oral y retirada del DIU

Evolución:

Una vez iniciado el tratamiento, la paciente refiere resolución del cuadro



CONCLUSIONES

En la consulta de un médico de familia, las visitas pueden ser por un sinnúmero de motivos.

En el caso de nuestra paciente, desde un inicio se sospechó cuadro de pagofagia probablemente secundario a anemia.

Pero fue el estudio posterior de la bibliografía, que permitió conocer la íntima relación de estos cuadros con la ferropenia que inicialmente no se había solicitado en la analítica.

La investigación en atención primaria y la formación continuada garantiza una mejor asistencia.





Citació

Autores: Uriach Timoneda, V.; Gascón C.; Gonzalez-Moreno M.

Títol article: Què em passa? Per què no deixo de menjar gel?

Revista: APSalut. Volum 6. Número 1. Article 103

<https://apsalut.cat/2018/01/18/que-em-passa-per-que-no-deixo-de-menjar-gel/>

Data: 18 de gener de 2018



Ostomies, cures i maneig

Autora: Yolanda Julia Llompart Llácer. Resident Infermeria Familiar i Comunitària

Una ostomia és la creació d'una sortida artificial mitjançant una intervenció quirúrgica.

Des del punt de vista fisiològic pot tenir la finalitat d'eliminació, alimentació i drenatge. Segons la seva definició podem trobar:

- **Ostomies d'alimentació:** Es creen com a via d'alimentació mitjançant una sonda que arriba a l'estomac o jejú i que s'exterioritza a nivell abdominal.
- **Ostomia d'eliminació:** Es crea com per derivar la femta i/o orina de la seva sortida habitual.
- **Ostomia de drenatge:** Es crea amb la finalitat d'extreure els fluids o gasos generats a l'interior del cos amb la finalitat d'evacuar-los a l'exterior.

CLASSIFICACIÓ

Per el temps de permanència:

Temporals
Definitives

Per localització anatòmica

Ileostomies
Colostomies
Urostomies

Per construcció de l'estoma:

Terminal o única tipus Hartmann
Doble, o en canó d'escopeta, tipus Devine o Mikulicz
En nansa o lateral, tipus Wagensteen

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

L'any 2017, segons dades de la Federació Espanyola d'Associacions d'ostomitzats, aproximadament unes 70.000 persones eren portadores d'una ostomia a Espanya. Les causes més freqüents per a la realització d'una ostomia són el càncer colo-rectal i vesical, seguit de les malalties inflamatòries intestinals.

CARACTERÍSTIQUES DE LES OSTOMIES

Intestí prim

La femta serà líquida, molt irritant i el dèbit serà continu. Això ens indica que existeix un risc més elevat de lesions a la pell, així com risc de deshidratació degut a la gran pèrdua d'aigua i sals minerals en aquest tipus de pacients.

Vàlvula ileocecal i colon ascendent

Per la proximitat amb l'íleon, les femtes seran pràcticament idèntiques a les que s'observen en una ileostomia.

Colon transvers

Les femtes es tornaran semilíquides, més formades, el dèbit ja no serà continu, sinó freqüent, i es reduirà el risc d'irritació de la pell degut a que les femtes són menys irritants.

Colon descendent i sigmoide

Les femtes ja estan formades, i el dèbit segueix el patró individual d'eliminació de la persona, les femtes ja no seran corrosives.

CURES DE LES OSTOMIES

Valoració de l'estoma

Les cures varien en funció de l'òrgan o part del cos que s'exterioritza, alhora que depenent de l'òrgan exterioritzat s'observen unes característiques diferents en l'estoma:

Ilesotomia:

Color vermell

Sobresurt 2-3cm

Femtes líquides 2-6 diàries

Colostomia:

Femtes formades, en número segons l'hàbit de la persona

Estoma a nivell de pell

Urostomia:

Lleugerament enfonsat

Degoteig continu d'orina que pot contenir mucositat

Objectius dels dispositius

Per triar el dispositiu correcte hem de tenir en compte quins són els objectius d'un bon dispositiu pel pacient ostomitizat. Aquests són: una bona sortida de gasos, que no es desprengui mala olor, no existència de fugues, i una bona adherència a la pell alhora que es desprèn fàcilment quan s'hagi de canviar.

Elecció del dispositiu

Bossa oberta/ tancada

Dispositiu d'una o dues peces (dos peces preferiblement quan el pacient presenti irritació a la pell peristomal, d'aquesta manera pot canviar la bossa sense necessitat de retirar també el disc).

Disc pla (estoma prolapsat) o convex (per estomes retrets o anivellats, ja que exerceix una pressió suau a les vores de l'estoma, augmentant el grau de protusió del mateix).

Retallable (estoma irregular) o pretallat (estoma regular).

També escollirem una bossa transparent en un ambient hospitalari, per controlar les característiques de l'efluent. La bossa opaca serà per l'ús domèstic.

Retirada del sistema e higiene de l'estoma

Per tant, primer es realitza un rentat de mans, després es retira el disc de dalt a baix, es neteja amb aigua tèbia, esponja i sabó neutre i s'eixuga amb paper absorbent.

Col·locació del dispositiu

1. Medir l'estoma.
2. Dibuixar amb la plantilla la línia per on retallar.
3. Retallar.
4. Retirar el protector transparent.
5. Ajustar l'orifici central de la làmina a la part inferior de l'estoma, adherint-la de baix a dalt, en sentit contrari a la retirada. D'aquesta manera aconseguim una correcta col·locació del disc.

Si el pacient està normalment en decúbit supí, la bossa s'ha de col·locar horitzontalment al cos, amb la finalitat de facilitar el buidatge de la bossa. En cas que sigui un pacient autònom, que deambula sense dificultat, la col·locació de la bossa serà en vertical, per facilitar el buidatge de la femta.

Després de la col·locació, es dóna calor a la làmina per acabar de fixar-la i es retira per comprovar la col·locació.

Aspectes a considerar:

Els dispositius s'han de canviar quan han arribat a 2/3 de la seva capacitat.

Els discs s'han de canviar cada dos o tres dies.

Sempre que existeixin signes de filtrat entre l'adhesiu i la pell ha de canviar-se el dispositiu.

Educar en l'auto cura. Informar sobre els recursos existents.

Educar sobre aspectes nutricionals a tenir en compte.

APÒSITS I PRODUCTES BARRERA

Anell modelable

Els anells modelables estan formats per una resina altament protectora per la pell que pel seu poder adhesiu s'adapta i segella la zona peristoma protegint-la d'agents agressors externs. Està dissenyat per omplir cavitats o irregularitats, garantint així el segellat entre l'estoma i el dispositiu evitant fugues d'efluents.

Crema barrera cutània

Es tracta d'una crema altament hidratant que aporta una cura extra a la pell irritada. Indicada en la protecció de la pell exposada a l'efluent intestinal en ostomies o incontinència.

Pols per ostomia

Protecció per la pell peristoma lleugerament irritada. Té una excel·lent capacitat d'absorció, reduint la humitat que pogués interferir amb l'adhesiu de la placa base. Redueix la irritació de la pell.

Spray i tovalloletes de barrera cutània

Indicada per la protecció de la pell dels efluents i els adhesius. S'asseca en segons, conté silicona i no pica.

Spray i tovalloletes per eliminar adhesius.

Indicat per la retirada fàcil de les restes d'adhesius. Seca en segons, sense deixar restes, conté silicona i no pica.

Barilles

Indicades en estomes sobre barilles. Dissenyades per subjectar l'intestí abocat fora de l'organisme, té un disseny especial per evitar la retracció de l'intestí i repartir la pressió sobre l'abdomen (evitant que es produeixin úlceres sobre el mateix). Permet ser suturada. S'utilitzen en el postoperatori immediat.

Coloplast dispensador d'autoadhesius

Protecció efectiva de la pell periostomal, proporciona una superfície llisa per una millor adherència del dispositiu. Absorbeixen la humitat de la pell i prevenen les irritacions i la maceració de la mateixa.

Arcs de subjecció elàstics i cinturons

Ajuden a fixar el disc, proporcionant seguretat extra.

Stomahesive Placa Lisa

Placa llisa per la protecció de la pell en fístules, ideal per tècnica de doble barrera en estomes complicats o escalaments.

Conveen protact

Crema barrera indicada en el tractament de les irritacions cutànies lleus.

Conveen Critic Barrier

Crema barrera indicada en el tractament de les irritacions cutànies greus.

Conveen Prep

Pel·lícula protectora. Potenciadora de l'adhesiu.

ALIMENTACIÓ

Els pacients ostomitzats no han de seguir cap tipus de dieta especial. És important educar sobre els principis d'una dieta equilibrada i saber com prevenir la diarrea, l'estrenyiment o l'expulsió de gasos, ja que aquestes situacions sovint impliquen malestar al pacient. No obstant, inicialment és recomanable introduir de manera progressiva nous aliments per comprovar la seva tolerància.

Diarrea

Ingerir aliments rics en midó o astringents (plàtan o poma), patata, iogurt natural, arròs cuit, pastanagues cuites, peix a la planxa, segó de blat, suc de llimona. Es recomana evitar verdures, fruites, llegums, cereals integrals i fer servir sistema de 2 peces.

Restrenyiment

Augmentar la ingesta d'aliments que actuïn com a laxants naturals, verdures, fruites, llegums, cereals integrals, segó de blat, pa integral, figues, prunes, dàtils, augmentar la ingesta hídrica i activitat física pot estimular el funcionament de l'intestí.

Gasos i mala olor

Evitar llegums, cebes i alls, col i coliflor, cols de brussel·les, bròquil, fruits secs, espàrrecs i carxofes, ous, llet, cervesa i begudes amb gas, espècies i carn de porc. Aquests aliments incrementen els gasos després de les tres primeres hores i la situació torna a la normalitat després de set hores.

Els aliments que inhibeixen la mala olor són la mantega, el iogurt, el formatge fresc i els cítrics.

Per norma general es recomanen aliments com fruita verdura, peixos i aus, pasta, arròs, llet i derivats. S'haurien d'evitar carns vermelles, greixos, picants, alcohol i begudes amb gas.

SEXUALITAT

Aquest és un temà tabú per a molts pacients i molts de nosaltres. No podem oblidar que molts pacients ostomitats són sexualment actius, però rebutjen practicar sexe en moltes ocasions per por o desconeixement. Aquesta és una esfera més de la vida dels pacients i com a tal mereix l'abordatge desde la consulta amb la major naturalitat. Per això facilitem els següents consells pràctics:

- Planificar l'activitat sexual quan l'ostomia està menys activa.
- Evitar aliments que poden generar gasos o mala olor.
- Aplicar gotes de desodorant a la bossa.
- Seleccionar bossa amb filtres per als gasos.
- Utilitzar bosses opaques o revestides amb funda.
- Canviar la mida de la bossa, d'una de mida estàndard a una de mida mitjana o fer servir obturador.
- Buidar la bossa abans de l'activitat sexual.
- Es pot fer servir cinturó per ostomia.
- Assegurar-se de que la bossa està ben subjecta.
- Utilitzar colònia o perfum.
- Vestir-se amb llenceria per sentir-se més sensual i camuflar l'estoma.
- Provar posicions diferents però còmodes.
- Posar música per evitar escoltar sorolls que poden fer sentir vergonya.
- Si es produeix algun accident, parlar dels sentiments i emocions.

PÀGINES WEB D'INTERÈS

www.weircomfees.com

www.meetanostomate.org

www.mtsinai.on.ca

www.ideas-na.com/

<http://www.ostomy.org>

COMPLICACIONS

De manera global es pot considerar que almenys la meitat dels pacients portadors d'un estoma intestinal tindran complicacions, tot i que hi ha estudis que descriuen fins un 70-80% dels pacients. El risc de complicacions de l'estoma pot estar relacionat amb una sèrie de factors com l'edat, la malaltia inflamatòria intestinal, l'índex de massa corporal, la comorbiditat musculoesquelètica, la diabetis, el risc anestèsic o ASA, la falta de cures preoperatòries o la cirurgia d'urgències.

Immediates (inferior a un mes)

Infecció/abscess: Es manifesten per dolor a la zona peristoma, inflamació, supuració i febre. Són infreqüents. Poden ser conseqüència de la infecció d'un hematoma o un granuloma de la sutura, o de la contaminació quirúrgica.

Isquèmia o necrosi: La necrosi és la complicació més greu de l'estoma durant el postoperatori. Les causes més freqüents són la tensió mesentèrica i la falta de reg sanguini a la nansa.

Perforació o fistulització: És l'apertura d'una ferida al voltant de l'estoma a causa d'una infecció a l'interior de l'abdomen.

Dehiscència mucocutània: Es produeix quan hi ha una fallida de la sutura que uneix l'estoma amb la pell del voltant. Les causes poden ser múltiples: des de infeccions de la ferida fins a tensions excessives.

Perforació o fistulització: És l'apertura d'una ferida al voltant de l'estoma a causa d'una infecció a l'interior de l'abdomen.

Obstrucció intestinal: Clínicament es caracteritza per dolor i distensió abdominal, nàusees, vòmits i absència de contingut fecal a la bossa de la ileostomia. És més freqüent en pacients amb ileostomia i pot ser ocasionada per adherències, o una hèrnia interna, o bé la torsió d'una nansa exterioritzada entre d'altres.

Hemorràgies: L'hemorràgia es manifesta per la sortida de sang vermella a l'interior de la bossa. Si el sagnat s'exterioritza el diagnòstic d'aquesta complicació es pot fer per observació directa; si es produeix a la paret abdominal peristoma, pot sospitar-se per l'abultament de la zona. Es diagnostica per palpació.

Alteració cutània: Les alteracions cutànies constitueixen les complicacions immediates més freqüents. Es poden produir per: una lesió mecànica, una infecció per Càndida o per una fol·liculitis i produir una dermatitis al·lèrgica. La incidència és més gran en les ileostomies que en les colostomies, degut a que en les ileostomies les femtes són més líquides i l'emissió més freqüent.

Enfonsament: Es tracta de l'ensorrament de l'estoma dins l'interior de l'abdomen, a conseqüència perd la seva funcionalitat al quedar retret.

Desequilibri electrolític: Fins a un 20% dels pacients portadors d'una ileostomia patiran diarrea i deshidratació. Els pacients amb una ileostomia perden grans

quantitats de sodi al líquid fecal i això provoca una deplecció crònica del sodi i una deshidratació.

Complicacions tardanes

Mala ubicació preoperatòria: Es defineix per la ubicació de l'estoma en una zona que condiona negativament la correcta col·locació del dispositiu d'ostomia. No s'hauria de col·locar en plecs cutanis.

Hèrnia o eventració: Es produeix per la distensió de la musculatura abdominal al voltant de l'estoma i dóna lloc a una prominència a causa del desplaçament de part de la massa intestinal. Mesures preventives: utilitzar dispositius que s'adaptin a la forma de l'hèrnia. No fer esforços abdominals, evitar el restrenyiment i l'obesitat.

Estenosis: Es tracta del tancament o d'una disminució important del diàmetre de l'estoma. Observat per femtes en forma de fils. Mesures preventives: evitar el restrenyiment i mesurar l'estoma periòdicament.

Prolapse: Es tracta de la sortida d'una trama d'intestí per l'estoma. Mesures preventives: evitar esforços abdominals i restrenyiment.

Retracció: Es defineix per l'enfonsament de l'estoma cap a l'abdomen, pel que perdem part de la funció d'aquest al quedar retret. Com a mesures preventives es pot fer servir protectors convexos i cinturons.

Ulceració: Es coneix per ulceració, la lesió de la mucosa de l'estoma.

Dermatitis: El contacte amb les femtes o l'acció mecànica dels dispositius d'ostomia poden provocar en ocasions irritacions de la pell del voltant de l'estoma, provocant una dermatitis. Mesures preventives: fer servir adhesiu adaptable a l'estoma, higiene apropiada i evitar arrencar sense cura el disc.

Granulomes: Es tracta de formacions de teixit que apareixen a la mucosa de l'estoma. Poden produir dolor, coïssor i dificulten la perfecta adaptació provocant fugues. Mesures preventives: Adaptar el dispositiu a la mesura de l'estoma per evitar freds.

DIAGNÒSTICS INFERMERS

Risc de deteriorament de l'integritat cutània periostomal, relacionat amb les secrecions de l'estoma i amb l'utilització dels dispositius col·lectors.

Ansietat relacionada amb la falta de coneixements de la cura de l'ostomia, manifestada per expressions verbals de la pacient i de la família. Baixa autoestima situacional, relacionada amb els efectes de l'ostomia a l'imatge corporal i l'estil de vida manifestat per la falta de participació i de col·laboració en les cures de l'estoma.

BIBLIOGRAFIA

- Indicacions i cura de l'estómac h. Ortiz, J Martí Rague, B Foulkes 1989
- PACE GUIDES (programa d'ajuda a l'estoma) 2003
- SISTEMES GUIES DE CARA (Associació Espanyola d'Infermeria Stoma) la teràpia)
- Viure amb ostomia hollister – guia per a un cuidador La persona ostomitxada convata
- Instruccions de cura de la persona que porta un estoma. Directori de la biblioteca de la casa de la fundació
- Assistent mèdic quirúrgic Brunner i Shudart McGrau Hill (Inter Americana)
- Actualització dels fonaments de la coloproctologia. Programa continu de formació mèdica. àbac
- Atenció i gestió de l'ostomia. Directrius per a una bona pràctica clínica. 2009. Rnao.
- Guia educativa del pacient ostomitxat. Hospital Triassic i Pujol a Alemanya. ICS.
- Guia de planificació i registre de l'atenció dental al pacient. Cof.
- Dia mundial del pacient ostomitxat 2017 <https://www.Mytherapyapp.Com/en/blog/diagnostic-diabetes-2017>
- Guia educativa per a persones ostomitzades. M^a Felisa Fernández Gutiérrez. Osakidetza. 2016
- Cuidados d'infermeria en el pacient ostomizado. Juan Molina Ribera. Programa per al desenvolupament professional d'infermeria. Campus Hollister.
- Complicacions tardanes i immediates de l'ostomia. Ostomia profesional.com <http://ostomiaprofesional.com/area-pacientes/soy-colostomizado/complicaciones-tardias/>
- Coloplast. Ostomies. <https://www.coloplast.es/products-end-user/ostomy-care/#->
- ConvaTec. Ostomies. <https://www.convatec.mx/productos/pc-stoma-colostomy>

Citació

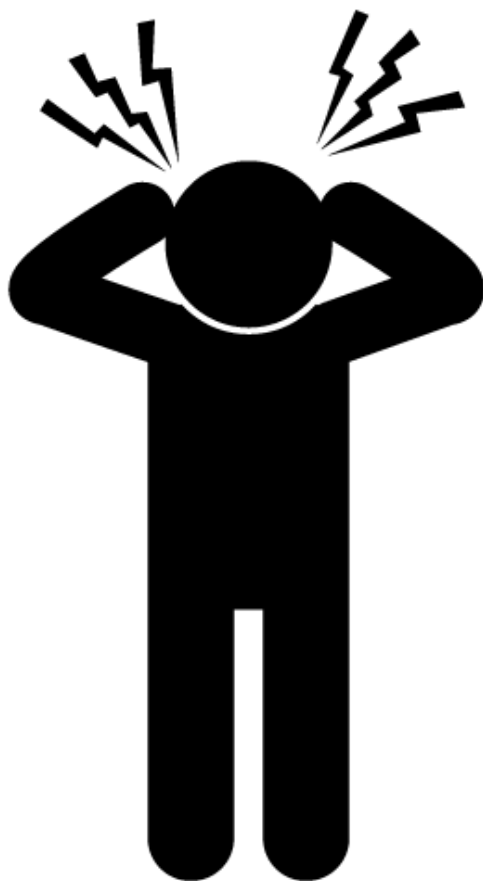
Autora: Llompart Llácer, Yolanda Julia

Títol article: Ostomies, cures i maneig

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 106

<https://apsalut.cat/2018/03/13/ostomies-cures-i-maneig/>

Data: 13 de març de 2018



Cefalees urgents, que no se'ns escapin!

Autores: Anna Franquesa Novellasedumunt i Anna Pérez Garcia residents MIR a l'EAP Vic i ABS Sant Julià de Vilatorra, respectivament. Àngels Ballarín Castany, MFIC i tutora de l'EAP Vic

Cas Clínic presentat al XXXVIII Congrés de la SEMFyC, 2018.

Història clínica i maneig inicial

T'arriba a la consulta una noia de 22 anys, amb antecedents de cefalea tensional amb bona resposta a AINEs i presa d'anticonceptius orals en l'últim mes. Avui acut de urgències al teu CAP per presentar cefalea de major intensitat de l'habitual. Diu és molt intensa i s'acompanya de visió doble i visió borrosa a l'ull esquerre des de fa ja una setmana.

A l'exploració neurològica et destaca una diplòpia binocular a la mirada horitzontal i molt discreta claudicació de l'extremitat superior esquerra, essent la resta d'exploració neurològica i per aparells normal. Davant la focalitat neurològica que presenta decideixes derivar la pacient al servei de Urgències del teu hospital comarcal. Allà se li realitza TAC cranial sense contrast que resulta normal i s'alta a domicili amb el diagnòstic de migranya amb aura, tractament analgèsic i corticoteràpia via oral.

Evolució

Dos dies després la pacient et reconsulta al CAP per persistència de símptomes, sense canvis en l'exploració neurològica però al fons d'ull detectes papil·ledema bilateral. Remets la pacient de nou a l'hospital de tercer nivell on es fa TAC cranial amb contrast que és normal, així com també una punció lumbar, destacant pressió d'obertura de 34 mmH₂O. Líquid sense leucòcits ni hematies, glucosa 90mg/dl i proteïnes 24mg/dl.

Es va mantenir la pacient en observació i posteriorment es va iniciar tractament amb Acetazolamida, desapareixent la diplopia i quedant una discreta cefalea residual amb visió borrosa a ull esquerre i papil·ledema amb resolució progressiva.

Aplicabilitat per la medicina de família

- Una correcta exploració física del pacient amb cefalea és primordial per detectar signes d'alarma.
- Cal aprendre a explorar el fons d'ull a la nostra consulta per descartar papil·ledema.
- Una prova de imatge normal no et descarta patologia que requereixi tractament urgent. El TAC cranial normal va aportar una falça tranquil·litat demorant l'estudi complet i allargant innecessàriament el malestar de la pacient.
- Cal tenir en compte la hipertensió intracranial benigna com una entitat rara que ocasiona cefalea amb símptomes oculars associats i que té potencial risc de pèrdua de visió severa i permanent.

Hipertensió intracranial benigna (*pseudotumor cerebri*)

- Es tracta d'una entitat definida mitjançant criteris clínics que inclouen signes i símptomes produïts per una elevada pressió intracranial (cefalea, papil·ledema i pèrdua de visió).
- Incidència: 1-2/100000 habitants.
- Grup de major risc: Dones en edat fèrtil amb obesitat. La patogènia encara és desconeguda.
- Símptomes freqüents: Cefalea diària de severitat no habitual, papil·ledema bilateral, diplopia, *tinnitus* pulsàtil, alteracions visuals intermitents.

- Punció lumbar: Pressió d'obertura >250 mmH₂O. Líquid de característiques normals.
- Seguiment estret a calen visites per Oftalmologia (seguiment de l'agudesa visual, campimetria i exploració intraocular).
- La recurrència de símptomes és freqüent.

El seu diagnòstic requereix tots els següents criteris:

1. Papil·ledema o paràlisi del VI parell cranial
2. Exploració física neurològica normal excepte papil·ledema
3. RM cranial normal
4. Líquid cefaloraquídi normal
5. Pressió d'obertura elevada a la punció lumbar

Tractament:

- *Acetazolamida +/- diürètic en pacients que no responen al tractament inicial.
- *Analgèsia. Evitar desencadenar la cefalea per analgèsics, la qual és una complicació freqüent.
- *Pèrdua de pes si hi ha obesitat i tractament de les comorbiditats.

Citació

Autores: Franquesa Novellasdemunt, Anna; Pérez Garcia, Anna; Ballarín Castany, Àngels

Títol article: Cefalees urgents, que no se'ns escapin!

Revista: APSalut. Volum 6. Número 4. Article 118

<https://apsalut.cat/2018/11/08/cefalees-urgents-que-no-sens-escapin/>

Data: 8 de novembre de 2018



Magnesi, de la moda a la patologia

Autores: Anna Franquesa Novellasedemunt i Anna Pérez Garcia residents MIR a l'EAP Vic i ABS Sant Julià de Vilatorrada, respectivament. Àngels Ballarín Castany, MFIC i tutora de l'EAP Vic

Cas Clínic presentat al XXXVIII Congrés de la SEMFyC, 2018.

Història clínica

Dona de 43 anys amb antecedents de hipotiroïdisme subclínic, que acut a la consulta perquè des de fa tres anys presenta episodis d'astènia limitants acompanyats de nerviosisme, rampes a les extremitats inferiors, parestèsies i miàlgies, sobretot al final del dia. La pacient explica que fa dos anys se li va detectar hipomagnesèmia lleu en una analítica de control i que pel seu compte havia suplementat amb aports extrems de magnesi. Inicialment presentava milloria clínica, però actualment cada vegada necessita majors quantitats de suplement per notar el seu efecte. Segueix una dieta equilibrada i nega símptomes digestius.

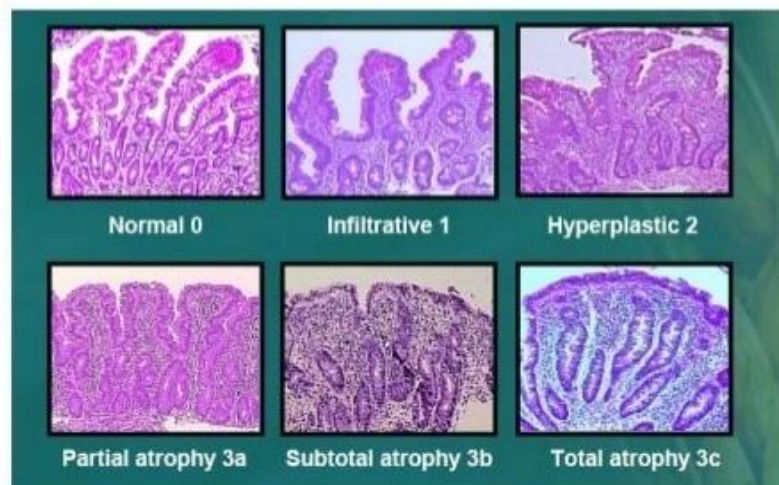
A l'exploració física no hi ha troballes destacables, però degut a que la pacient presenta un quadre d'astènia important amb hipomagnesèmia sospites un procés

malabsortiu, pel que sol·licites una analítica de sang amb ionograma complet (havent prèviament suspès els suplementes de magnesi), anticossos anti-transglutaminasa, estudi de ferropènia i nivells de vitamina B12, àcid fòlic, TSH i CPKs.

Evolució

Analíticament destacava una hipomagnesèmia lleu (1.8 mg/dl) i anticossos antitransglutaminasa positius (282 UI/ml). Així doncs, posteriorment es va sol·licitar la fibrogastrosccòpia amb biòpsies duodenals que van ser concloents de celiaquia MARSH 1.

HISTOLOGY OF INTESTINAL BIOPSY IN CD MODIFIED MARSH SCORE



Posteriorment, la pacient va iniciar dieta sense gluten amb milloria simptomàtica completa, actualment amb nivells normals de magnesi sense la presa de suplementes.

Aplicabilitat per la medicina de família

- La continuïtat en l'atenció dels nostres pacients ens permet replantejar-nos nous diagnòstics davant la falta de bona evolució clínica.
- Actualment hi ha una tendència a la presa de productes naturals i l'automedicació, pel que és important preguntar sobre aquests ja que ens podria emascarar patologia amb possibilitat de tractament.
- En aquest cas només l'anamnesis i el discurs de la pacient centrada en el magnesi va permetre la sospita diagnòstica de procés malabsortiu.

- Cal recordar la celiàquia com un procés que presenta manifestacions clíniques molt variables, a vegades sense simptomatologia digestiva o amb símptomes atípics.

Citació

Autores: Franquesa Novellademunt, Anna; Pérez Garcia, Anna; Ballarín Castany, Àngels

Títol article: Magnesi: de la moda a la patologia

Revista: APSalut. Volum 6. Número 4. Article 119

<https://apsalut.cat/2018/11/10/magnesi-de-la-moda-a-la-patologia/>

Data: 10 de novembre de 2018



Les Comissions de docència. Què són i què han de ser

Autora: Gemma Ferriz. Tutora CAP Sagrada Família

“Les comissions de docència són els òrgans col·legiats als quals correspon planificar i organitzar la formació, supervisar-ne l’aplicació pràctica i controlar el compliment dels objectius previstos en els programes formatius de les diferents especialitats en ciències de la salut. Així mateix, correspon a les comissions de docència facilitar la integració de les activitats formatives i dels residents en l’activitat assistencial i ordinària del centre, planificant la seva activitat professional en el centre conjuntament amb els òrgans de direcció assistencial.” Article 10. Capítol IV. DECRET 165/2015, de 21 de juliol, de formació sanitària especialitzada a Catalunya.

La Comissió de Docència està constituïda pel president, el Cap d’Estudis, el secretari i un màxim de 20 vocals els quals es distribueixen de manera que queden representats tots els actors implicats en la comunitat docent. El president de la Subcomissió d’infermeria, els tutors, els residents, amb els seus representats escollits pels mateixos residents de cada promoció, els tutors hospitalaris, la direcció assistencial, el representant de la comunitat autònoma i el tècnic de salut.

Així mateix, dins de la mateixa Comissió de Docència s’ha de constituir subcomissions de docència específiques, per exemple, per la coexistència de diferents titulacions o

la dispersió geogràfica. En tot cas, és d'obligat compliment la constitució de la Subcomissió d'infermeria i el nomenament de la presidència de la mateixa, les funcions de la qual són entre d'altres, assegurar i garantir que els acords de la subcomissió siguin traslladats a la CD i millorar, promoure i col.laborar en els objectius docents de la Unitat Docent.

Aquesta composició intenta ésser garant de la major representativitat de la comunitat docent de cada Unitat Docent, de manera que la Comissió de Docència pugui vetllar per la correcta implementació dels programes formatius i garantir la millor planificació docent i formativa.

Correspon, doncs, a la Comissió de Docència, entre d'altres, elaborar i aprovar el pla de gestió de la qualitat docent, facilitar l'adequada coordinació entre nivells assistencials i vetllar per tal que als dispositius docents concorrin les condicions necessàries per impartir una formació adequada als residents, així com per dur a terme l'avaluació formativa de les seves activitats, elaborar i aprovar els protocols per graduar la supervisió de les activitats que duguin a terme els residents i les normes d'avaluació d'aquests, organitzar les activitats formatives, valorar i autoritzar les estades formatives, aprovar i fomentar la participació dels residents en cursos, congressos i reunions científiques relacionades amb el programa formatiu així com facilitar la formació continuada dels tutors i participar en la seva acreditació.

Efectivament, això és el que diu la llei. I la composició, règim de funcionament i funcions de la Comissió de Docència estan clarament definides i establertes.

Però les Comissions de Docència són molt més. Què són i què volem que siguin?

- Són el punt de trobada de la comunitat docent i han de ser-ho de manera eficient.
- Han de ser-ho per construir, per complir la norma però també per avaluar-nos constantment.
- Han de ser aquell punt de trobada que serveix per identificar el què funciona i el què no. Per detectar, ja que som docents, punts forts i punts de millora, enmirallant-nos i revisant-nos per tal de corregir el que no funciona i identificar el millorable.
- També són el “laboratori de la Unitat Docent”. Sí, el laboratori on sorgeixen les noves idees. On la Unitat Docent creix. Ens trobem i pensem què podem fer de nou. On podem innovar i créixer.

Perquè una comunitat educativa sana és aquella que és rigorosa, transparent, s'avalua i es redissenya, però també aquella que no té por de la crítica, que no és estàtica, que té capacitat de generar, de créixer i d'innovar.

Citació

Autora: Férriz, Gemma

Títol article: Les Comissions de Docència. Què són i què han de ser

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 107

<https://apsalut.cat/2018/01/16/les-comissions-de-docencia-que-son-i-que-han-de-ser/>

Data: 16 de gener de 2018



Comunicant-nos a Córdoba

Autores: Anna Fuentes Lloveras, Neus Pérez Manyà i Violeta Uriach Timoneda.
Residents EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

El mes d'octubre les i els residents d'UDACEBA hem assistit al **XXXVIII Congrés de Comunicació i Salut de semFYC** que s'ha dut a terme a Córdoba.

Durant aquests dies ens hem pogut endinsar en una medicina enfocada a les emocions i valors, aquella on els nostres pacients també poden aportar la seva visió. En aquest congrés, pacients i professionals de la salut i del periodisme hem pogut compartir experiències, necessitats i idees. Han estat uns dies de creació mitjançant diàleg, activitats i pràctica d'habilitats i aptituds molt útils per a la nostra professió. Abans d'aprofundir en tot el que ens agradaria destacar del congrés ja us avancem que ens ha encantat tenir la oportunitat de poder-hi participar.



El grup de treball de comunicació de la semFYC descriu la comunicació com aquella eina fonamental pel desenvolupament de la nostra feina, que pot ajudar a que les persones desitgin i adquireixin millors nivells de salut. Nosaltres, després d'haver assistit al congrés, considerem que també és aquella eina que ens pot ajudar a conèixer-nos més a nosaltres mateixes, repercutint molt positivament a l'hora de viure de forma més saludable la nostra activitat professional. Per últim, també ens ajuda a saber expressar-nos de forma assertiva, cosa que millora l'entorn laboral.

Ens centrarem en aquests tres punts de la descripció de la comunicació ja que tenen rellevància en el nostre dia a dia, fent-nos més capaços per a exercir la nostra professió i aconseguir la motivació dels nostres pacients. Una bona comunicació ens serveix per un munt de coses en els diferents àmbits, i així ho volem deixar palès enumerant uns quants exemples que presentem a continuació:

RELACIÓ METGE PACIENT

- Una bona comunicació és la millor **eina motivacional**. Molt útil a l'hora d'intentar millorar els hàbits de vida dels nostres pacients o bé l'optimització del compliment terapèutic, tant en la correcta adherència al tractament com en el seguiment per part del professional.
- Eines per a enfortir el **vincle metge-pacient**. Aquest vincle és clau a l'hora de realitzar un bon acompanyament en diferents moments de la vida d'un pacient. És important pel professional trobar un equilibri entre la proximitat que pot

requerir certs moments o situacions i un certa distància professional i saber desconnectar i implicar-se en la mesura correcta. El vincle té una especial rellevància quan es parla de situacions tenses o difícils, així com a l'hora de donar males notícies. En la nostra professió, en alguns casos haurem de donar males notícies a pacients amb els que no tenim vincle, i caldrà tenir recursos comunicatius per poder-ho fer també de la millor manera possible.

- Una comunicació fluida també pot **millorar l'anamnesi** així com la satisfacció del propi professional i del pacient.
- **Reconduir situacions tenses.**

CONFORT DEL METGE A LA CONSULTA

- Trobar eines per a **gestionar els estressos** que trobem en el nostre dia a dia a la consulta. Elevada pressió assistencial, pacients molt informats i a vegades molt exigents, molta feina virtual, elevada responsabilitat... tota ajuda és poca!
- Disminuir estressos, al menys aquells que puguem.
- Gestionar les emocions i contratransferències que ens genera la nostra feina.
- Ser capaços d'adaptar-nos i crear a la consulta l'ambient que necessita cada pacient... I si, un canvi cada 5 minuts és possible! Difícil, però possible!

MILLORA EN L'ENTORN LABORAL

- Solucionar situacions tenses.
- **Motivar a l'equip.** Un equip motivat a treballar, treballa més i millor.
- Poder estar presents i realitzar un bon acompanyament pels nostres companys/es quan aquests ho necessitin.
- En situacions d'emergència vital per un pacient ens ajuda a organitzar-nos.
- Realitzar sessions interessants, encara que el tema del que ens ha tocat parlar sigui capaç de fer adormir una manada de lleopards famèlics.

Per si no us hem convençut de la importància de la comunicació us direm una petita però important veritat: independentment de les habilitats innates de cadascú en les relacions socials i la comunicació, es poden aprendre eines i tècniques per optimitzar la comunicació i aquestes, es poden entrenar! Nosaltres ja hem començat a utilitzar-les i esperem que a vosaltres també us haguem encès la curiositat per aquest món de la comunicació tant infinit i tant útil.

Us deixem amb el lema del congrés: “COMUNICANDO COMPASIÓN, ATENDIENDO CON PASIÓN”.



Citació

Autores: Fuentes Lloveras, Anna; Pérez Manyà, Neus; Uriach Timoneda, Violeta

Títol article: Comunicant-nos a Córdoba

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 108

<https://apsalut.cat/2018/03/20/comunicant-nos-a-cordoba/>

Data: 20 de març de 2018



Avaluació d'aplicació mòbil en el diagnòstic de la hipoacúsia en el pacient ancià a l'atenció primària (Estudi AUDAAP)

Autor: Alex Muñoz Quintela (investigador principal), Lluís Cuixart Costa, Carles Brotons Cuixart, Jacinto Garcia Lorenzo, Jorge Rey Martínez, Salud Garcia Millan, Irene Moral Peláez, UDACEBA

Treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2017

Resum

La hipoacúsia o disminució de la sensibilitat auditiva es defineix com un llindar auditiu de 25 dB o més i suposa l'alteració sensorial corregible que més cops passa desapercebuda, amb una prevalença que augmenta amb l'edat, superant al 80% dels majors de 80 anys en el nostre medi. La hipoacúsia, s'associa a síndrome depressiva, aïllament social i major dependència.

La pèrdua auditiva es mesura a través de la l'audiometria tonal pura, que es considera el patró or. Per tant, cal derivar a l'especialista d'ORL per fer el diagnòstic.

Existeix un augment de les aplicacions mòbils destinades a donar suport mèdic, ja que són fàcils de fer servir, barates i donen la oportunitat d'integrar-les a la pràctica clínica habitual. L'App AudCal, dissenyada per un especialista en ORL i validada en un estudi multicèntric espanyol podria ser una alternativa per poder identificar pacients amb hipoacúsia sense necessitat de derivació a l'atenció especialitzada, a més de plantejar la realització d'uncribratge reglat de la hipoacúsia a majors de 60 anys, a nivell d'atenció primària.

Cal destacar, que no existeix cap estudi que hagi valorat de detectar pacients amb hipoacúsia en l'àmbit de l'atenció primària.

Objectiu

Determinar la validesa de l'aplicació mòbil AudCal respecte a l'audiometria tons purs (ATP), que es considera el patró or, a l'àmbit de l'atenció primària.

Material i mètodes

Estudi transversal de validesa d'una prova diagnòstica, a un centre d'atenció primària, 144 participants en mostreig de casos consecutius, es van sotmetre a una audiometria de tons purs a cabina d'audiometria i a una audiometria amb l'aplicació AUDCAL a una sala habitual.

Resultats

L'aplicació AUDCAL presenta en la oïda dreta, una sensibilitat del 92% i una especificitat 88%; en l'oïda esquerra presenta una sensibilitat del 87% i especificitat del 76%. La corba ROC de l'aplicació AUDCAL ha estat de l'oïda dreta del 0.8990 i de l'oïda esquerra del 0,8123.

Conclusió

L'aplicació mòbil AUDCAL és una aplicació vàlida per detectar pacients amb hipoacúsia en atenció primària, ja que ha mostrat bons resultats en sensibilitat, especificitat i corba ROC en relació al'audiometria de tons purs considerada el patró or.

[Llegeix aquí l'estudi complet: ESTUDI AUDAAP](#)



Citació

Autors: Muñoz Quintela, Alez (investigador principal); Cuixart Costa, Lluís; Brotons Cuixart, Carles; Garcia Lorenzo, Jacinto; Rey Martínez, Jorge; Garcia Millan, Salud; Moral Peláez, Irene.

Títol article: Avaluació d'aplicació mòbil en el diagnòstic de la hipoacúsia en el pacient ancià, a la atenció primària (Estudi AUDAAP)

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 109

<https://apsalut.cat/2018/07/03/avaluacio-daplicacio-mobil-en-el-diagnostic-de-la-hipoacusia-en-el-pacient-ancia-a-latencio-primaria-estudi-audaap/>

Data: 23 de març de 2018

La desCOBERTA...



Entrevista a Encarna Martínez

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

“Als 13 anys vaig decidir que volia ser metgessa de poble”

La Dra. Encarna (coneguda així a Sant Martí de Centelles i Aiguafreda) és metgessa de família al CAP de Sant Martí de Centelles. Nascuda a Barcelona, l'any 1991 va anar a treballar casualment al poble d'Aiguafreda a fer guàrdies els caps de setmana. Després de compaginar durant anys la ciutat i el món rural, va optar per quedar-se al poble. No porta mai bata, m'ha n'ha portat.

Social i artista en colors. L'omple la música, el piano, el teatre, estudiar i participar en activitats socials. Defensa un món sense fronteres ni banderes.

Persona entusiasta, dinàmica i inquieta, de jove també volies ser professora de matemàtiques i periodista.

M'agraden moltes coses, sóc inquietíssima. Volia ser periodista influenciada pel còmic *Mary Noticias*, i curiosament molts anys després vaig conèixer l'autora a través d'una amiga. Els tinc tots eh!!!



Metgessa per vocació?

Absolutament! Sempre m'han agradat les ciències i em va encantar quan vaig estudiar el cos humà. A més, el tema rural crec que està influenciat per la meva vessant més social, ja que des de petita he estat implicada en esplais, grups de muntanya, ajudant a persones més desfavorides. Això ha influenciat molt en poder seguir desenvolupant aquest aspecte sent metgessa rural.

Què és allò que més et fascina de la teva feina?

El tracte amb els meus pacients. És molt especial, per la proximitat. Els conec molt, cosa que facilita la meva tasca professional i la seva vivència com a pacient. Conec perfectament les persones, el seu entorn, les seves famílies... i això genera un vincle que em satisfà moltíssim i que crec que no és possible a les grans ciutats. També la diversitat de coses que em permet fer la meva feina, fora de l'àmbit assistencial.

Quin fet o quina persona t'ha marcat més en la teva trajectòria professional?

El Dr. Ramon Vilatimó. Ha estat una persona clau. Em va oferir un món professional a l'EBA Centelles que s'adapta molt a la meua manera de ser. Ell m'ha brindat l'oportunitat d'obrir-me a altres possibilitats, com per exemple poder participar en grups de recerca. Sempre he estat i li estaré molt agraïda.

Fora de la feina... a qui ens trobem?

No sóc la Dra. Encarna. Sóc l'Encarna i prou. Sóc una gran aficionada a la música, m'encanta tocar el piano (tot i que ho faig fatal) i cantar. He estat en una coral clàssica, en una coral de gospel i he fet classes de cant. Ara no perquè no tinc temps... I m'agrada molt la pintura contemporània, per la meravella de la imatge i els colors... I ballar ritmes llatins i rock... i... i... i....

Ets una relacions públiques.

M'encanta. He participat en tot tipus d'activitats "festives, carnavaleres..." del poble (m'hauries de veure cantar al Karaoke de la festa major de Sant Martí de Centelles).

També dirigeixo la part de comunicació del grup de recerca SaMIS de la UVic. M'ho passo molt bé fent aquestes activitats.

Un color...

M'encanta la gamma fúcsia-lila. També m'agrada el taronja. De fet porto els cabells de color taronja...de vegades amb un metxó lila.

El bo i millor de l'Encarna

**“La il·lusió. Faig les coses perquè m'il·lusionen.
Si perdo la il·lusió ja ho he perdut tot”**

Un defecte.

Parlo massa. Tal qual em surt, i de vegades m'he de disculpar per algunes coses que he dit...

El que més valors de les persones.

M'agraden les persones senzilles, transparents. La simplicitat. Persones humils que reconeixen les seves mancances i també les seves virtuts. Persones en qui puc confiar.

Què canviaries del món?

Eliminaria moltes línies dels mapes. Estic “tipa” de fronteres, de banderes, de discriminacions. Sóc ciutadana del món.

Un somni...

Tenir temps per dedicar-me de ple a les meves activitats artístiques i socials. Crec que només serà possible quan em jubili.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol article: La desCOBERTA. Entrevista a Encarna Martínez

Revista: APSalut. Volum 6. Número 1. Article 104

<https://apsalut.cat/2018/02/01/la-descoberta-entrevista-a-encarna-martinez/>

Data: 1 de febrer de 2018

La desCOBERTA...



Entrevista a Esther Mansilla

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

“Estic acostumada a competir amb 8 rodes i amb 23 noies al meu costat. Però me n’he adonat que en ocasions a la vida estàs sol. I encara que algunes persones et facin costat moltes vegades seràs tu contra 23 persones.”

Amb només 24 anys acabats de fer, la infermera Esther Mansilla té ja una llarga trajectòria personal a diferents nivells. Gironina graduada en infermeria, el 2017 va cursar un màster en pediatria. Aquest mateix any es va començar a endinsar en el món professional: va tenir l’oportunitat de conèixer el món de la Comunitària a Olot i des de març de 2017 que treballa a l’EAP Sardunya, Barcelona.

Vital, entusiasta i plena d’activitat, l’Esther ha compaginat la seva vida d’estudiant amb la seva gran afició: el patinatge. Campiona del món en modalitat grupal, ha après que sovint la competició va més enllà de les 8 rodes. I amb elles ha après a superar els reptes de la vida...

Què comporta ser infermera?

Realment fins que no ets dins aquest món no t'adones de la complicitat que comporta ser infermera. No és fer una simple cura, sinó veure'n l'evolució. Al final, el que més satisfà és veure que la teva feina ha servit per alguna cosa, fins i tot en el tracte amb les persones. És l'acompanyament al pacient. De vegades trobes gent que realment el que necessita és que l'escoltin. És la recompensa dels pacients quan et diuen que se senten ben atesos i que estan a gust amb tu.

Darrerament has descobert la comunitària... a quin nivell?

Formo part de l'associació Biot, una ONG que treballa per la inclusió dels nens i nenes amb risc d'exclusió social. I des de l'any passat, amb 11 companys hem creat l'Associació SOMARA i treballem l'àmbit del lleure, l'àmbit de la salut i alguns projectes internacionals. Fem gimcanes de salut en adolescents, nens petits, jornades a instituts... i tenim la idea de poder anar endegant nous projectes.

SOMARA està a tot Catalunya?

Tenim algun projecte d'esport a Girona, a Reus i aquest any volem iniciar-ho a Barcelona. Els projectes de salut de moment els tenim focalitzats a la província de Girona, amb la intenció de poder estendre'ls més endavant. A nivell internacional comencem el projecte de voluntariat a Gambia per anar allí el mes d'agost i poder dur a terme allí accions d'educació per la salut.

Com valories el treball que es fa actualment de comunitària al nostre país?

Abans d'estudiar la carrera a mi personalment no m'arribava gaire informació de promoció de la salut, almenys no m'ho semblava. Ara en canvi, a l'estar dins els sector sanitari veig que n'hi ha molta: informació sobre vacunes, sobre com abordar la sexualitat,... ara bé, també cal avaluar si els resultats són bons. Fins a quin punt ho estem fent bé? Per exemple, una companya de medicina l'altre dia em comentava que segueixen havent-hi motes malalties de transmissió sexual, amb un percentatge elevat... és un problema real.

Com vas descobrir què volies ser de gran?

Jeje... és una mica complicat. Realment a 2n de batxillerat no sabia què volia estudiar. La meva mare és infermera i el que sí tenia clar és que volia alguna cosa de tracte humà. I al final el que em va fer decidir van ser les assignatures. I al començar la carrera vaig dir, ostres m'encanta. I amb les pràctiques ja ho vaig veure molt clar. Paral·lelament sempre m'han agradat molt els nens. Vaig fer de monitora de casals... I tenia clar que volia fer el màster de pediatria. Però encarat a la comunitària. Primer m'agrada la comunitària, i després la pediatria. A Sardenya alguns dies puntuals em traslladen a pediatria. Així vaig combinant les dues vessants.



L'esport ha estat sempre part de la teva vida, la teva passió.

Si, vaig començar amb 4 anys a patinar i en total han estat uns 19 anys sobre rodes. Vaig començar competint agafant-ho com un "hobby" després de l'escola. I amb 12 anys vaig pujar al primer equip, competint a nivell mundial. El club és per mi com una família. Conviu amb ells... i els reconeixements que reps fa que acabi sent la teva passió. Som un grup de 24, i cada any intentem representar una història que ensenyi una filosofia de vida, com la supervivència, la innocència,... Un missatge en positiu que fa que el pavelló es quedi en silenci. És la nostra màgia.

Quins valors tenen en comú la infermeria i el patinatge.

Primer de tot la constància. Per fer un campionat bé, has de treballar molt. En infermeria passa el mateix. Si vols veure com evoluciona una cura, que una persona perdi pes fent una dieta,... has de ser constant, i també amb la formació personal. També el treball en equip. Quan rema una, remem totes i quan una cau, caiem totes. A nivell d'equip assistencial també hem d'anar tots a la una.

Què has après de la competició més enllà de la pista?

Et puc assegurar que estic acostumada a competir però a competir amb 8 rodes i amb 23 noies al meu costat. Llavors m'he adonat que moltes vegades a la vida estaràs tu sol. I encara que algunes persones et donin costat moltes vegades seràs tu contra 23 persones. A nivell professional també et toca competir. I fins i tot s'ha d'aprendre a competir amb tu mateix, per voler ser millor persona i millor professional. A nivell esportiu el saber ser competiu i el saber estar penso que em serviran per aplicar-ho a l'àmbit laboral.

De tu a tu...

“Si de vegades no podem aconseguir fer coses grans hem de procurar fer coses petites però de manera gran”

Què és l'empatia per tu?

El contacte visual, el somriure i després el parlar amb un to càlid fa que empatitzis molt. I sobretot l'escolta, saber escoltar a la persona.

Has fet realitat el teu somni?

El somni de petita d'arribar lluny amb l'esport l'he complert. El somni de l'adolescent seria trobar una feina que t'ompli i penso que l'he trobat. De moment si. Potser sortiran altres somnis nous...

Com definiries la vida en una o dues paraules?

Jo tinc un lema... Si de vegades no podem aconseguir fer coses grans hem de procurar fer coses petites però de manera gran.

Què canviaries del món?

Uf... saps què passa? Sóc una persona que m'adapto a tot. Però si que en l'àmbit professional, en el tema de la infermeria penso que hauria d'estar més ben valorada...perquè sovint tot el que fem les infermeres és poc conegut i poc reconegut.

El teu color.

El groc, de tota la vida. Aquest últim any també m'agrada el blau turquesa perquè representa 4 ítems: la felicitat, l'amistat, el món infantil i la salut.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol article: La desCOBERTA. Entrevista a Esther Mansilla

Revista: APSalut. Volum 6. Número 2. Article 110

<https://apsalut.cat/2018/03/24/la-descoberta-entrevista-a-esther-mansilla/>

Data: 24 de març de 2018

La desCOBERTA...



Entrevista a Julián Sanz

Autor: Albert Casasa. Cap d'Estudis de la Unitat Docent UDACEBA

“S’ha d’estar obert a provar noves eines que ajudin als pacients a tenir un major grau d’educació sanitària”

Infermer, estudiant de Medicina, ha treballat a l'EAP Sardenya.

Innovador i emprenedor.

Impulsor i creador de Villi Adventures, una app per educar en nutrició de manera innovadora, a través del joc i la motivació.

Com et definiries professionalment?

Sóc un professional inquiet amb ganes d'aprendre. M'agrada escoltar la gent de diferents sectors, crec que és enriquidor i ajuda a entendre el funcionament de les coses. Tant mateix, m'agrada pensar el perquè de les coses i entendre perquè es fan d'una manera determinada. Crec que és la clau per poder donar millors resultats i millorar en aquella que sigui la teva ocupació.

Durant la teva estada assistencial a l'EAP Sardenya hem descobert que estàs preparant una APP per millorar la salut de la població. Ens en podries fer cinc cèntims?

L'aplicació Villi Adventures neix amb l'objectiu d'educar a la població en referència a la nutrició d'una manera innovadora. És una prova de com un joc per a dispositius mòbils pot divertir i a l'hora tenir un valor que va més enllà de l'entreteniment. En aquest cas s'utilitzen personatges vistosos i trencaclosques *match 3* per donar informació sobre la nutrició. La població objectiu és el gran públic, els jugadors casuais.



La gamificació consisteix en tornar atractiva una tasca que, per se, té una manca de motivació o és avorrida. Per això s'utilitzen els diversos recursos dels jocs per aconseguir la motivació de l'usuari. Per exemple, en l'aplicació podem trobar aquestes eines de motivació en el desbloqueig de totes les

cartes, el repte de passar totes les pantalles, elements socials que motiven a compartir el coneixement i l'avanç o la puntuació que reben els aliments envers la seva qualitat.

Per crear un producte d'aquests tipus (APP de salut) quanta gent hi treballeu? Quins perfils professionals calen?

Com a mínim es necessita un artista o dissenyador gràfic, un programador i un dissenyador de jocs. No obstant, són interessants el perfils de màrqueting, un gestor que s'encarregui de les responsabilitats legals i de l'empresa,... Normalment l'equip està consolidat per més d'un artista i programador, es necessita posar música i sorolls al joc, gestionar les xarxes socials, etcètera. Els estudis petits poden estar consolidats per 5-10 persones i els grans per equips amb més de 80 persones. No obstant, ja hi ha estudis que ofereixen el servei externs, ja sigui per la creació de l'aplicació, a nivell de publicació o per introduir la música.

Quina ha estat la teva tasca en el procés de creació de Villi Adventures?

Durant la creació de l'app he tingut varies tasques, des de portar tot el màrqueting de l'aplicació, l'estudi del mercat, el disseny del prototip, encarregar-me de la comunicació, realitzar proves de les versions amb mostres de la població i extreure conclusions per millorar el disseny del joc, crear el contingut relacionat amb la salut dintre del joc, crear l'algoritme per obtenir una puntuació objectiva dels aliments, portar les responsabilitats de l'empresa a nivell legal i estratègic, entre altres.

Com es dóna a conèixer al gran públic?

Hi ha dues maneres d'atraure gent a l'aplicació; el tràfic orgànic i el de pagament. Entenem com a tràfic orgànic aquells usuaris que arriben a la nostra aplicació per casualitat, perquè estan buscant alguna cosa relacionada amb la teva app. Per això es té en compte les paraules clau posades com a títol o descripció, el boca a boca de la gent que hi juga, la rellevància de l'aplicació a la botiga o el tràfic que ve derivat de les xarxes socials. Dins de l'aplicació també hi ha opcions per compartir els successos del joc amb la teva gent. Per altra banda tenim la publicitat de pagament, consisteix en

utilitzar diferents plataformes per promocionar la teva app, Facebook Ads, Youtube, Admod, etcètera. Seleccions una població diana i aquestes persones veuran l'anunci en les aplicacions que utilitzen.



Teniu pensat algun tipus d'estudi per validar la seva utilitat?

És una opció que no descarto, no obstant encara no he tingut l'oportunitat de mirar-ho seriosament. Tot i així, estic obert a propostes d'universitats o centres de salut que estiguin interessats en realitzar algun tipus d'estudi.

L'atenció primària (metges i infermers) hauríem de proposar més eines com la vostra als pacients? Quines recomanaries?

Crec que s'ha d'estar obert a provar noves eines que ajudin als pacients a tindre un major grau d'educació sanitària. Personalment en el tema de control de pes trobo molt útil els rellotges que contenen les calories consumides. En l'aplicació d'aquestes et mostra de manera clara quantes calories consumeixes diàriament i et dóna l'opció de registrar l'alimentació, fent més fàcil el recompte de calories. No crec que sigui

una solució per a tothom però depèn del perfil de la persona pot ser de gran ajuda. Per altra banda, hi ha canals de Youtube que promouen hàbits de vida saludable, crec que són eines molt interessants i que mostren com la comunicació amb la gent està canviant i es pot fer de manera massiva. Un exemple d'un metge del Estats Units que utilitza Youtube per promoure bons hàbits és el canal d'en Doctor Mike, crec que és un bon exemple per veure el poder que tenen avui en dia les xarxes socials.

Et veus treballant com a professional assistencial (infermer o metge) o dedicant-te a les TIC i la salut?

L'escenari ideal seria poder compaginar les dues, per una banda m'encanta poder ajudar a la gent a través de l'assistència. Però crec, que es necessari que els professionals sanitaris impulsin iniciatives utilitzant les eines tecnològiques disponibles per millorar l'atenció assistencial.

Citació

Autor: Casasa Plana, Albert

Títol article: LA desCOBERTA. Entrevista a Julián Sanz

Revista: APSalut. Volum 6. Número 4. Article 120

<https://apsalut.cat/2018/11/20/la-descoberta-entrevista-a-julian-sanz/>

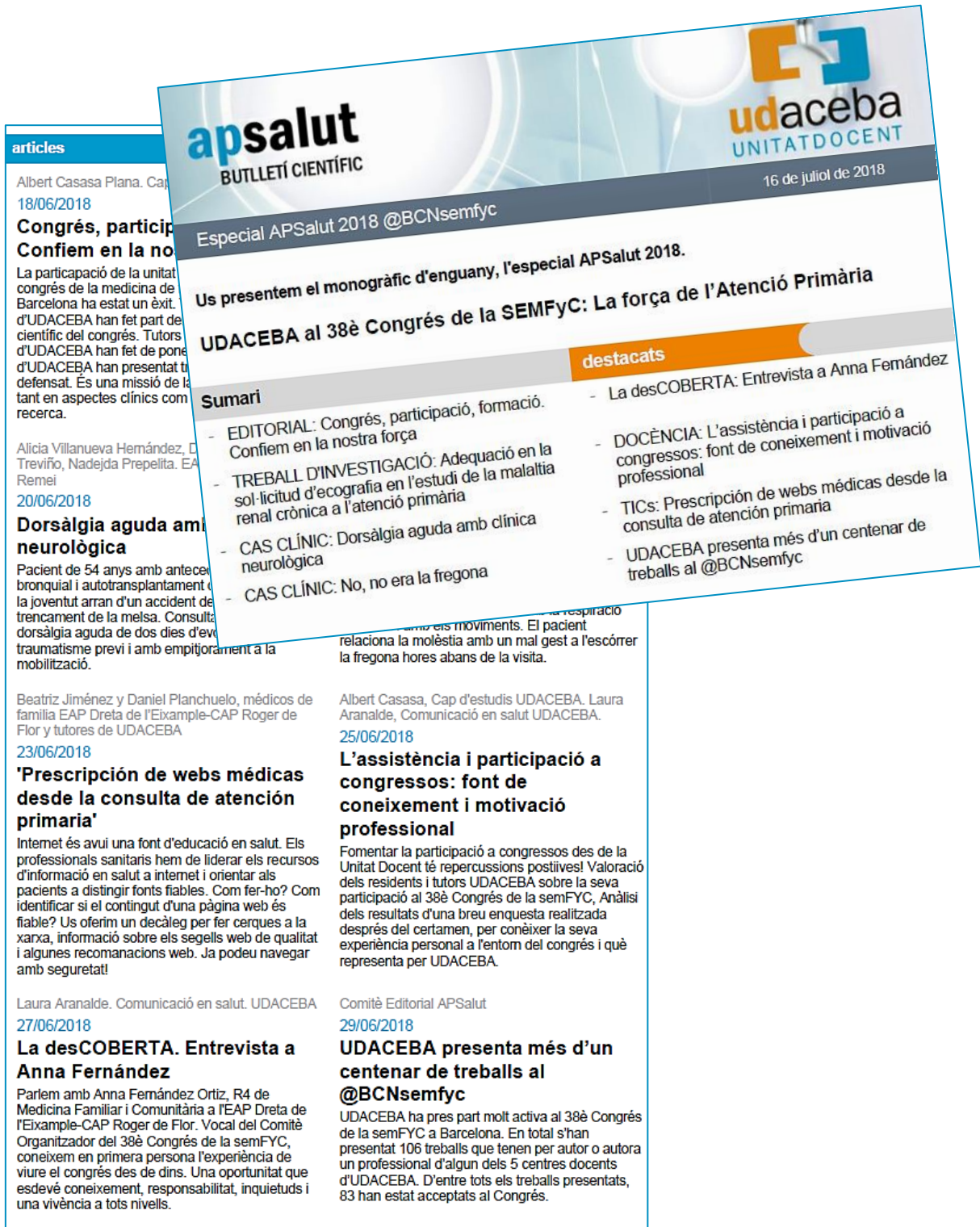
Data: 12 de novembre de 2018



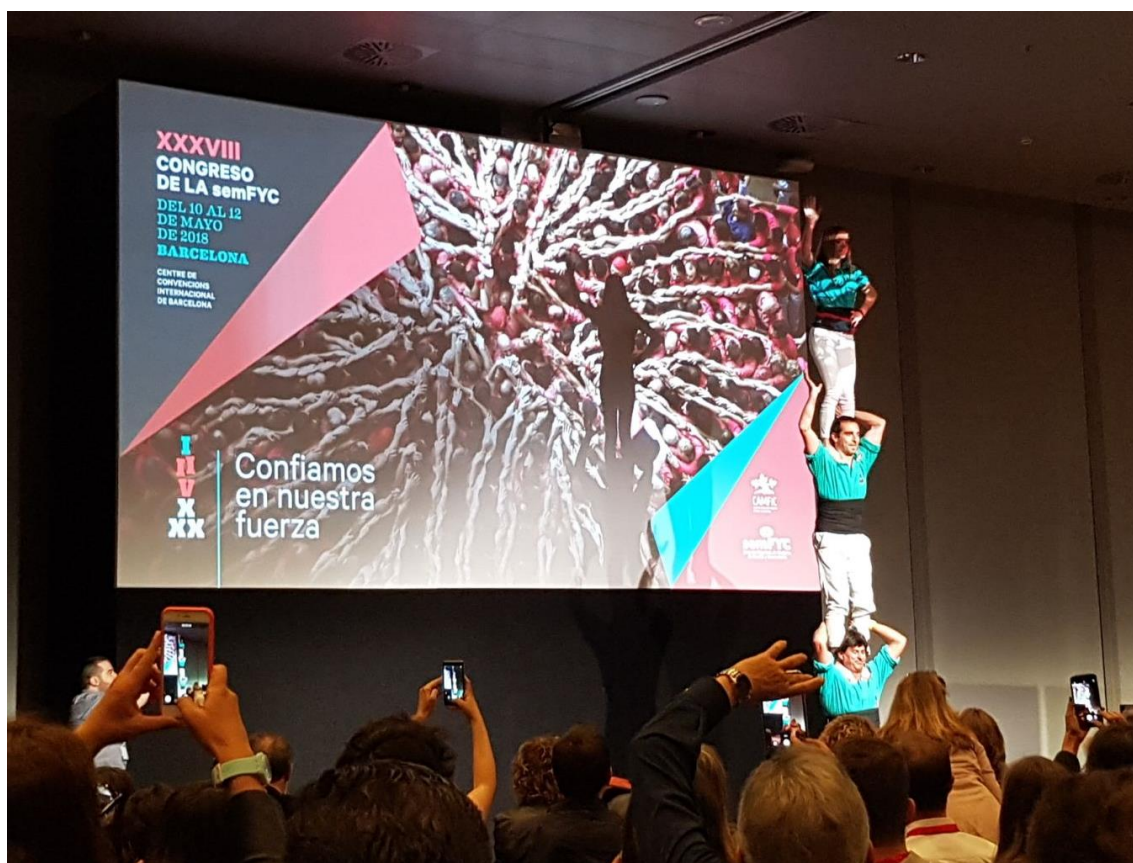
Especial APSalut 2018

[APSalut 2018 @bcnsemfyc](#)

UDACEBA al 38è Congrés de la SEMFyC: 'La força de l'Atenció Primària'



Editorial



Congrés, participació, formació. Confiem en la nostra força

Autor: Albert Casasa Plana. Cap d'estudis de la Unitat Docent UDACEBA

El comitè editorial d'aquest Butlletí va tenir molt clar quan planificava els continguts de 2018 quina era el tema del número especial anual: la participació de la unitat docent UDACEBA al congrés de la medicina de família (semFYC) que es celebrava a Barcelona.

I els resultats crec que ens donen la raó.

Tutors i residents d'UDACEBA han fet part del comitè organitzador i científic del congrés. Tutors i residents d'UDACEBA han fet de ponents. Tutors i residents d'UDACEBA han presentat treballs i els han defensat.

És una missió de la unitat docent formar tant en aspectes clínics com en docència i recerca.

I donem una gran transcendència a poder conviure amb altres professionals, aportar i rebre, en un context com el del congrés semFYC.

Els congressos estan evolucionant i els socis i les sòcies estan prenent el protagonisme. Continuant amb la tendència que es va iniciar a La Corunya i Madrid hi ha un augment molt significatiu de residents i metges joves. Ja són majoria. El congrés s'està rejuvenint.

Per primera vegada hi va haver una taula dedicada als treballs de recerca de fi de residència, per a donar visibilitat a la feina realitzada pels residents, amb notable èxit. Més de 40 treballs presentats. Un dels quals, de la nostra unitat docent, va ser escollit per presentar-se en la taula dels 6 més ben valorats.

UDACEBA ha presentat 106 treballs, i han estat acceptats un 87% dels quals el 49% eren casos clínics, el 29,4% treballs de recerca, el 10,3% projectes d'investigació, el 6,6% experiències i el 4,7% experiències docents.

Com es va explicar al congrés, som els metges de família que treballant en equip, cohesionats, organitzats, amb esforç, amb professionalitat i amb gran preparació construïm el nostre castell: la sanitat.

Com a reptes tenim augmentar la qualitat dels treballs, generar més investigació qualitativa i sobretot quantitativa.

Citació

Autor: Casasa Plana, Albert

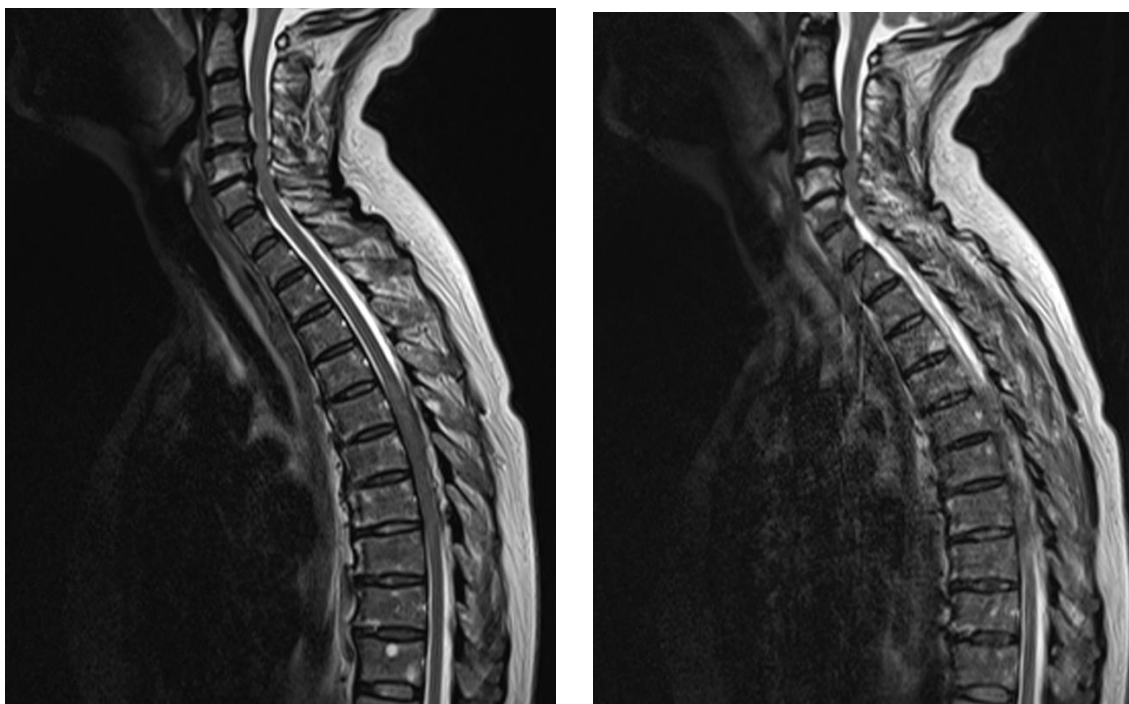
Títol article: Congrés, participació, formació. Confiem en la nostra força

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 111

<https://apsalut.cat/2018/06/18/congres-participacio-formacio-confiem-en-la-nostra-forca/>

Data: 18 de juny de 2018

Cas Clínic



Dorsàlgia aguda amb clínica neurològica

Autores: Alicia Villanueva Hernández, Deborah E. Mendoza Treviño, Nadejda Prepelita. EAP Vic Sud (CAP El Remei)

Cas Clínic presentat al Congrés semFYC BCN 2018

Antecedents

Pacient de 54 anys amb antecedents d'asma bronquial i autotransplantament de teixit esplènic a la joventut arran d'un accident de trànsit amb trencament de la melsa. Treballa d'auxiliar de clínica en una residència geriàtrica, viu amb el seu marit amb bon suport familiar.

Motiu de consulta

Motiu de consulta al CAP per dorsàlgia aguda de dos dies d'evolució, sense traumatisme previ i amb empitjorament a la mobilització. Antecedent de quadre gripal autolimitat, sense febre en els dies previs.

Exploració física: afebril, sense lesions dermatològiques, dolor a la palpació i mobilització dorsal, resta normal. Es va pautar analgèsia i es va realitzar radiografia de tòrax i columna dorsal que van ser normals.

Dos dies després inicia clínica de parestèsies periumbilicals progressives i pèrdua de força en extremitats inferiors amb impossibilitat per la micció i defecació, acudint a urgències hospitalàries.

A l'exploració física a l'hospital: es va palpar globus vesical amb dolor a la palpació dorsolumbar, balanç motor en extremitats inferiors 2/5 en extremitat inferior esquerra i 3/5 en extremitat inferior dreta, de predomini proximal. Reflexes osteotendinosos 3/5 simètrics i signe de Babinsky espontani bilateral, amb sensibilitat artrocinètica alterada a nivell sensitiu toràcic, resta normal, afebril.

A l'anàlítica a urgències hospitalàries destacava leucocitosi amb desviació a l'esquerra amb reactants de fase aguda elevats.

Posteriorment va ser derivada a hospital de tercer nivell per a la realització de ressonància magnètica nuclear cervicodorsal urgent, en la que es va informar de l'existència d'una col·lecció epidural posterior en segment dorsal del 5 al 8, suggestiva d'abscess epidural que comprimeix el cordó medul·lar amb signes de mielopatia.

Cultiu de l'abscess positiu per a *Streptococ pneumoniae*.

Es va procedir a drenatge quirúrgic de l'abscess epidural. Posteriorment va rebre tractament rehabilitador amb milloria clínica progressiva.

Conclusions

El dolor dorsolumbar agut que no respon a tractament amb analgèsia habitual i sobretot quan s'afegeix clínica neurològica, com a senyal d'alerta, ens deu fer pensar en patologia de tipus compressiu medul·lar: infecciosa, vascular, traumàtica, tumoral, hernia discal, etc... Motiu pel qual cal actuar de manera ràpida per a conèixer el diagnòstic i tractar el més aviat possible per evitar seqüeles neurològiques

En aquest cas l'antecedent de l'autotransplantament esplènic va afavorir l'aparició d'aquesta infecció, degut a la immunodeficiència presentada per la pacient.

DORSALGIA AGUDA CON CLÍNICA NEUROLÓGICA

AUTORES: VILLANUEVA HERNANDEZ, ALICIA; MENDOZA TREVIÑO, DEBORAH E.; PREPILITA, NADEJDA. EAP VIC, SUD, BARCELONA.

MOTIVO DE CONSULTA: Dorsalgia aguda.

Antecedentes Patológicos:

- Asma bronquial.
- Autotrasplante de tejido esplénico.

Anamnesis:

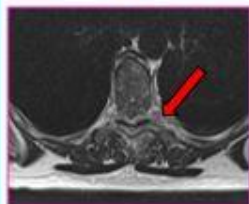
Mujer de 54 años que consulta por **dorsalgia aguda** de dos días de evolución, sin traumatismo previo, con empeoramiento a la movilización. Antecedente de cuadro gripal **autolimitado**, sin fiebre. Se pauta analgesia y se realiza radiografía de torax y columna dorsal sin alteraciones.

Dos días después inicia clínica de **parestias periumbilicales progresivas** y **pérdida de fuerza en extremidades inferiores** e imposibilidad para la micción y defecación, acudiendo a urgencias hospitalarias.

Exploración Física:

Inicialmente afebril, sin lesiones dermatológicas, dolor a la palpación y movilización dorsal, resto normal.

En valoración hospitalaria se **palpa globo vesical**, dolor a la palpación dorso-lumbar, neurológico: balance motor en **extremidades inferiores 2/5 en extremidad inferior izquierda y 3/5 en extremidad inferior derecha**, de predominio proximal. Reflejos osteotendinosos 3/5 simétricos y signo de Babinsky espontáneo bilateral, sensibilidad artrocinética alterada a nivel de L5-S1.

Pruebas Complementarias:

- Radiografía de tórax y columna dorsal normales. Analítica con leucocitosis con desviación a la izquierda, reactivos de fase aguda elevados.
- Resonancia magnética nuclear cervico-dorsal: colección epidural posterior en segmento dorsal del 5 al 8, sugestiva de **ABSCESO EPIDURAL** que comprime el cordón medular con signos de mielopatía. Cultivo del absceso positivo para **Streptococo pneumoniae**.

Juicio Clínico, Diagnóstico Diferencial, Identificación de problemas

Dos días después de ser visitada en nuestro centro y, dada la aparición de clínica neurológica, consultó a hospital de referencia donde se le realizó analítica general y posteriormente derivada a hospital de tercer nivel para realizar resonancia magnética nuclear urgente.

Tratamiento, Planes de actuación, Evolución.

Analgesia y drenaje quirúrgico de la colección epidural. Recibió tratamiento rehabilitador con mejoría clínica progresiva.

CONCLUSIONES:

El dolor dorso-lumbar agudo que no responde a tratamiento con analgesia habitual y sobretodo cuando se añade clínica neurológica, como señal de alerta, nos debe hacer pensar en patología de tipo **compresivo medular: infecciosa, vascular, traumática, tumoral, hernia discal**. Por lo que hay que actuar con rapidez para conocer el diagnóstico y tratar lo antes posible para evitar secuelas neurológicas. En nuestro caso el antecedente del autotrasplante esplénico podría haber favorecido la aparición de dicha infección, debido a la inmunodeficiencia presentada.

Citació

Autores: Villanueva Hernández, Alicia; Mendoza Treviño, Deborah E; Prepilita, Nadejda

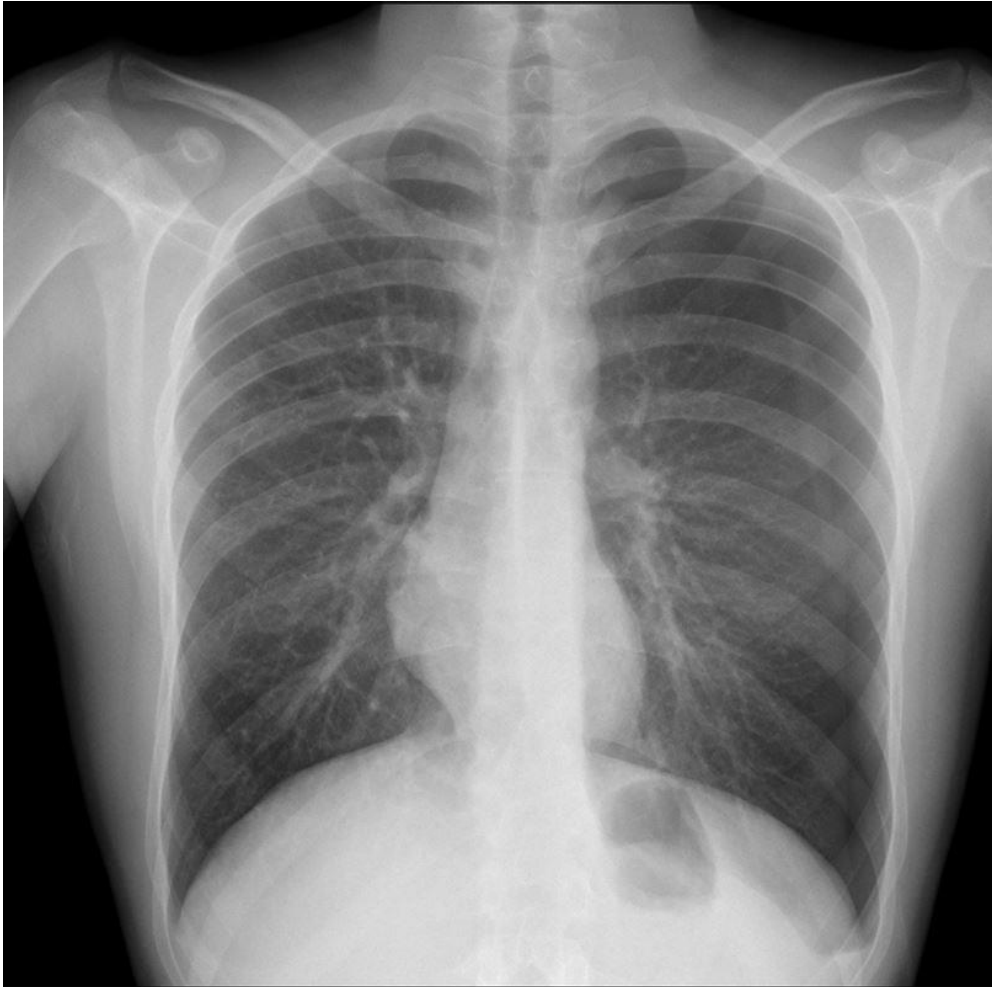
Títol article: Dorsàlgia aguda amb clínica neurològica

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 112

<https://apsalut.cat/2018/06/20/dorsalgia-aguda-amb-clinica-neurolologica/>

Data: 20 de juny de 2018

Cas Clínic



No, no era la fregona

Autores: Núria Nadal Olivé i Violeta Uriach Timoneda, residents de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Cas Clínic presentat al Congrés semFYC BCN 2018

MOTIU DE CONSULTA

Dorsàlgia

HISTÒRIA CLÍNICA

Home de 19 anys, sense hàbits tòxics i sense antecedents patològics d'interès, que consulta de manera urgent al nostre centre d'atenció primària per dorsàlgia esquerra de poques hores d'evolució. El dolor augmenta amb la respiració profunda

i amb els moviments. El pacient relaciona la molèstia amb un mal gest a l'escórrer la fregona hores abans de la visita. Nega febre ni tos. Explica mínima dispnea al pujar les escales. No altra clínica acompanyant.

Inicialment s'orienta el quadre com una possible dorsàlgia de probable etiologia muscular pel mal gest que refereix el pacient.

A la nostra exploració, el pacient presenta bon estat general, aferbil, hemodinàmicament estable, eupneic a l'aire. Constants correctes, a destacar lleu taquicàrdia. Bona saturació d'oxigen a l'aire. Auscultació cardíaca sense bufs ni fregaments. Auscultació pulmonar, murmuri vesicular amb lleu hipofonesi a hemitòrax esquerre.

Desenvolupament

Es realitza un electrocardiograma que mostra taquicàrdia sinusal sense alteracions en la repolarització. Donada la lleu hipofonesi en hemitòrax on el pacient refereix el dolor, es decideix derivar de manera urgent el pacient a l'hospital per complementar l'estudi amb prova d'imatge.

En la radiografia s'evidencia pneumotòrax al pulmó esquerre. El pacient és valorat per equip de cirurgia que col·loca drenatge amb millora de la simptomatologia i correcció del pneumotòrax.

Tractament

El pacient ingressa a l'hospital per tractament i control evolutiu. Sense presentar cap complicació.

CONCLUSIONS

És important fer una exploració física completa als nostres pacients, tot i que l'anamnesi sigui clarament suggestiva de patologia banal.

En el nostre cas es va sospitar que el dolor podria ser d'origen muscular, però l'exploració va evidenciar una alteració que va resultar clau per fer una correcta orientació diagnòstica i tractament.

NO, NO ERA LA FREGONA

Núria Nadal Olivé, Violeta Uriach Timoneda
Eap Dreia Eixample

ID 1930

HISTORIA CLÍNICA

Enfoque individual: Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración, Pruebas complementarias

Enfoque individual

Varón de 19 años sin hábitos tóxicos conocidos y sin antecedentes patológicos de interés que consulta de forma urgente al centro de salud por dorsalgia izquierda de pocas horas de evolución que aumenta con la respiración profunda y con los movimientos, asintomático en reposo. El paciente lo relaciona con mal gesto al escurrir la fregona unas horas antes del inicio del dolor. No presenta fiebre o tos. Explica que al subir las escaleras ha notado intensificación del dolor y leve sensación disnea.

A la exploración presenta taquicardia, buena saturación de oxígeno al aire, hemodinámicamente estable, destaca leve hipofonesis hemitórax izquierdo.

Enfoque Familiar y Comunitario: Estudiante universitario, vive con sus padres

Juicio Clínico, Diagnóstico Diferencial, Identificación de problemas

Se realiza un electrocardiograma que muestra una taquicardia sinusal sin alteraciones en la repolarización. Se deriva con carácter urgente al hospital para radiografía de tórax para descartar neumotorax.

La radiografía confirma la presencia de neumotórax del pulmón izquierdo, por lo que se solicita valoración por cirugía que coloca drenaje con mejoría de la sintomatología y corrección del neumotórax.

Tratamiento, Planes de actuación

El paciente ingresa en el hospital para tratamiento

Evolución

Correcta



CONCLUSIONES (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante hacer una exploración física completa a nuestros pacientes aunque la anamnesis sea claramente sugestiva de patología banal. En el caso de nuestro paciente, presentaba dolor de características mecánicas y con posible desencadenante claro. Gracias a la exploración se realizó una correcta orientación diagnóstica y derivación.

Es necesario que el médico de familia disponga del tiempo necesario para poder hacer la visita de manera correcta. En nuestro caso, se trababa de última hora de una tarde intensa de invierno, con múltiples urgencias y visitas forzadas que podría haber incrementado la posibilidad de orientar el cuadro como dorsalgia mecánica, obviando la exploración completa y con ello, el diagnóstico correcto.

Dada la poca incidencia de emergencias en atención primaria, es de vital importancia estar atentos a los signos de alarma que puede presentar un paciente.

Citació

Autores: Nadal Olivé, Núria; Uriach Timoneda, Violeta.

Títol article: No, no era la fregona

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 113

<https://apsalut.cat/2018/06/21/no-no-era-la-fregona/>

Data: 21 de juny de 2018

Docència



L'assistència i participació a congressos: font de coneixement i motivació professional

Autors: Albert Casasa, Cap d'Estudis UDACEBA. Laura Aranalde, Comunicació en Salut

Anàlisi del benefici que aporta a la Unitat Docent promoure el coneixement científic i professional mitjançant l'assistència a congressos, més enllà de l'experiència i valoració personals de residents i tutors.

Una vegada finalitzat el 38è Congrés de la semFYC era un bon moment per conèixer la valoració dels residents i tutors de la comunitat docent sobre la seva participació al certamen. Amb les xifres ja publicades sobre l'elevada participació dels nostres professionals, vam decidir fer una enquesta per analitzar el que representa l'assistència i la implicació en primera persona en un dels principals congressos estatals sobre l'Atenció Primària.



OBJECTIUS PRINCIPALS DE L'ENQUESTA

1. Valoració de l'experiència personal d'assistir i/o participar al congrés.
2. Posar en valor aspectes positius i negatius del certamen, fet que permet conèixer el grau de reflexió i la capacitat crítica dels professionals del sector.
3. Quantificar mitjançant una valoració qualitativa la repercussió que obté la unitat docent UDACEBA facilitant l'assistència dels seus professionals a congressos.

METODOLOGIA

UDACEBA al 38è Congrés de la semFYC

La vostra participació al #BDNsemFYC és important per avançar en la millora de la formació dels nostres professionals sanitaris. Per aquest motiu volem conèixer la teva experiència i valoració del certamen.

Moltes gràcies pel teu temps!

Què significa per tu poder anar al Congrés? *

Text de resposta larga

Què valors més positivament del Congrés? *

Text de resposta larga

Què milloraries? *

Text de resposta larga

FORMACIÓ. Valora els continguts i la informació rebuda (essent 4 la valoració més alta i 0 la més baixa)

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐

SATISFACCIÓ GLOBAL. Valora el teu grau de satisfacció amb les ponències i tallers del Congrés (essent 4 la valoració més alta i 0 la més baixa)

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐

Breu enquesta online de 4 preguntes, dues de les quals requerien resposta escrita, i les altres dues puntuació numèrica.

L'enquesta s'ha difós entre tota la comunitat docent i l'han contestada 17 persones.

RESULTATS

Què significa per tu poder anar al Congrés?

- **UN ESPAI DE CONNEXIÓ.** Majoritàriament els professionals valoren molt positivament el congrés com a punt de retrobament i de xarxa amb companys de la professió d'altres comunitats autònomes. Poder relacionar-se, compartir i aprendre, passant-ho bé en un espai diferent.
- **UNA APOSTA PER LA FORMACIÓ I L'ACTUALITZACIÓ DE CONEIXEMENTS.** Poder conèixer les darreres novetats en aspectes clínics i eines útils a la consulta, actualitzar coneixements i formar-se a tots nivells, personal i professionalment. Aquest és el segon ítem més ben valorat.
- **UNA OPORTUNITAT:** sortir de l'entorn de treball habitual per assistir al congrés es valora com una bona oportunitat, una molt bona experiència i sovint també un privilegi.

Què valores més positivament del Congrés?

- **ÉS UN ESTÍMUL PROFESSIONAL.** Assistir al congrés representa per als professionals una manera d'incentivar el seu interès per millorar professionalment. Poder aprendre en un ambient distès de companys de professió, tenir l'oportunitat de presentar treballs realitzats, i actualitzar coneixements són factors que incideixen directament en l'interès i la motivació personals.
- **POCA COSA.** Contràriament, també hi ha qui pensa que hi van haver molt poques ponències interessants i que l'aprofitament del curs seria escàs.

Si bé les percepcions són múltiples, l'actitud i la predisposició és essencial per extreure'n el màxim benefici, personal i professional.

Què milloraries?

- **IMPOSSIBILITAT DE SEGUIR TOTES LES ACTIVITATS.** Ponències, activitats i tallers es combinen i solapen en horaris durant els dos dies de congrés. No és viable seguir totes les activitats de més d'un itinerari temàtic. Potser caldria buscar la manera per poder veure posteriorment la resta de ponències a les quals no s'ha pogut assistir.
- **LIMITACIÓ EN LES TEMÀTIQUES I AFORAMENT DELS TALLERS.** Majoritàriament els participants coincideixen que els temes dels tallers eren poc innovadors i que la capacitat de les sales va acabar sent un factor limitant, deixant fora una part d'assistents interessats.

FORMACIÓ. Valora els continguts i la informació rebuda (essent 4 la valoració més alta i 0 la més baixa)

- El 39,4% de les respostes valoren amb un 4 (sobre 4) els coneixements adquirits. Un 58,8% els puntuen amb un 3 (sobre 4) i un 11,8% amb un 2 (sobre 4)
- CONTINGUTS DE NOTABLE I EXCEL·LENT. Gairebé el 90% dels residents valoren amb un notable o un excel·lent la informació rebuda. La qualitat és cabdal per mantenir el prestigi dels congressos i el seu reconeixement en el sector.

SATISFACCIÓ GLOBAL. Valora el teu grau de satisfacció amb les ponències i tallers del Congrés (essent 4 la valoració més alta i 0 la més baixa)

- El 88% de les respostes valora bé o molt bé la l'experiència del congrés. En concret, el 41,2% han qualificat d'excel·lent la seva satisfacció global, amb un 4 (sobre 4). El 47,1 puntuen el congrés amb un 3 (sobre 4) i el 11,8% tenen una percepció més negativa d'un 2 (sobre 4).



CONCLUSIONS

En resum, la participació al 38è Congrés de la semFYC assoleix bons nivells de satisfacció, que podem qualificar entre el notable alt i l'excel·lent.

Promocionar la participació dels professionals d'UDACEBA en aquest tipus de jornades és una aposta de futur amb recompensa doble. D'una banda, el professional agraeix a la Unitat docent l'oportunitat brindada, valorant a la vegada molt positivament el seu centre. D'altra banda, la Unitat Docent inverteix en la transmissió de coneixement i en el desenvolupament de la cadena de valor, fet que reverteix directament en una bona formació dels professionals del futur.

Qui sap... molt possiblement aquests mateixos metges i metgesses, si algun dia són tutors, comentaran amb els seus residents la importància de formar-se i créixer professionalment cada dia. I amb una mitja rialla, recordaran el Congrés de la semFYC 2018 a Barcelona... aquells tres dies que ja són part de la seva història.

Citació

Autor: Casasa Plana, Albert; Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol article: L'assistència i participació a congressos: font de coneixement i motivació professional

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 114

<https://apsalut.cat/2018/06/25/lassistencia-i-participacio-a-congressos-font-de-coneixement-i-motivacio-professional/>

Data: 25 de juny de 2018

Docència



UDACEBA presenta més d'un centenar de treballs al @BCNsemfyc

Autors: Comitè Editorial APSalut

UDACEBA ha pres part molt activa a la 38a edició del Congrés semFyc que es va celebrar a Barcelona del 10 al 12 de maig. En total s'han presentat 106 treballs que tenen per autor o autora un professional d'algun dels 5 centres docents d'UDACEBA. D'entre tots els treballs presentats, 83 han estat acceptats al Congrés i porten la firma d'un professional de la nostra unitat docent com a primer autor.

Els residents de L'EAP Dreta Eixample (CAP Roger de Flor), l'EAP Sardenya, l'EAP Vic (CAP el Remei), el CAP Sagrada Família i CAPI Baix-a-Mar han tingut una participació molt notable al Congrés de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària 2018 que s'ha celebrat sota el lema "Confiam amb la nostra força".



UDACEBA ha presentat **106 treballs** en les següents categories:

- 52 casos clínics
- 7 experiències
- 5 experiències docents
- 31 treballs de recerca quantitativa
- 11 projectes d'investigació

De tots ells, 95 treballs tenen l'autoria d'un professional d'un dels centres d'UDACEBA com a primer autor/a. D'aquests 83 han estat acceptats i presentats al Congrés.

Enhorabona companys! Bona feina!

Citació

Autors: Comitè Editorial APSalut

Títol article: UDACEBA presenta més d'un centenar de treballs al @BCNsemfyc

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 116

<http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id123/udaceba-presenta-mes-d-un-centenar-de-treballs-al-38e-congres-de-la-semfyc-bcnsemfyc.htm>

Data: 28 de juny de 2018

Recerca i Coneixement - Treball d'investigació



Adequació en la sol·licitud d'ecografia en l'estudi de la malaltia renal crònica a l'atenció primària

Autors: N Nadal, V Uriach, A Fernández, N Pérez, E Cordero, N Chantada. EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Antecedents i justificació

La malaltia renal crònica (MRC) té una prevalença teòrica del 9% a la població espanyola segons l'estudi EPIRCE i presenta una clara associació amb l'edat, així com un elevat nombre de comorbiditats. El document de consens per la detecció i el maneig de la malaltia renal crònica elaborat per diverses societats científiques espanyoles el 2014, recomana la realització d'una ecografia en pacients amb malaltia renal crònica en uns casos concrets (criteris de progressió, hematúria,

albuminúria, simptomatologia d'obstrucció del tracte urinari, història familiar de ronyons poliquístics, estadis 4 i 5, proteïnúria o infeccions urinàries de repetició amb afectació renal). L'objectiu del nostre estudi és veure si en el nostre àmbit de treball s'apliquen els criteris de sol·licitud d'ecografia en l'estudi de la MRC.

Objectiu principal

Determinar el grau d'adequació en la sol·licitud d'ecografia en el diagnòstic de la malaltia renal crònica en un centre d'atenció primària de l'EAP Dreta de l'Eixample a Barcelona.

Metodologia

Estudi descriptiu transversal. S'ha obtingut una mostra aleatoritzada de la població de pacients atesos al EAP Dreta de l'Eixample majors de 18 anys amb $FG < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$. S'han inclòs aquells pacients que compleixen criteris diagnòstics de malaltia renal crònica i s'han exclòs aquells que no s'han visitat al centre en els últims 5 anys, així com pacients no adscrits al centre.

Resultats

En total s'ha inclòs una N de 262 amb una edat mitjana de 81,2 anys (DS:10.3), amb un 56,5% de dones i un 10,7% de fumadors. Els antecedents patològics que presentaven els pacients inclosos presentaven les següents incidències: HTA (83,1%), DLP (60,54%), DM (29,5%), Arteriopatia perifèrica (14,9%), Hiperuricèmia (22,6%), Anèmia (26,8%), Obesitat (23,4%), Cardiopatia isquèmica (13,8%), AVC (10,7%), Insuficiència cardíaca (17,2%), HBP (30,09% d'homes), Litiasis renal (5,75%). La mitjana d'evolució de la malaltia renal crònica ha estat de 4,95 anys (DS:3,5).

En el moment del diagnòstic, la majoria de pacients es trobaven en els estadis més lleus: IIIA (68,58%), IIIB (24,1%), IV (6,5%), V (0%). Van evolucionar a un estadi inferior durant l'evolució de la malaltia: el 38% dels IIIA, 20,6% de IIIB i 11,7% de IV.

Els motius pels que es va sol·licitar l'ecografia van ser: progressió del FG (25,3%), FG

En total es va sol·licitar ecografia en un 37,9% dels pacients (68,7% complien els criteris de sol·licitud ecogràfica). Entre els pacients en què no se sol·licita ecografia (62,07%) el 74,6% no complien criteris de sol·licitud, pel que l'actitud també va ser adequada.

Les principals troballes ecogràfiques van ser: Hiperecogenicitat (13,1%), Hidronefrosi (3%), atrofia (2%), estenosi (2%), Litiasi obstructiva (1%), Aprimament cortical (13,13%), HBP (21%).

Conclusions

El perfil de pacient amb MRC a Atenció Primària presenta edat avançada i factors de risc cardiovasculars, la majoria en estadis lleus que es mantenen estables al llarg de l'evolució de la malaltia. La majoria dels pacients no compleixen criteris per sol·licitar una ecografia; sent les alteracions del filtrat glomerular la causa d'indicació més habitual. L'ecografia pot ajudar a descartar causes tractables de malaltia renal, tot i que habitualment no ens aporta informació rellevant pel maneig del pacient. Al nostre CAP, ens adequem en la majoria de les vegades a les recomenacions de sol·licitud d'ecografia en la malaltia renal crònica.

BIBLIOGRAFIA

- A. Otero, ALM de Francisco, P. Gayoso, F. García, on behalf of the EPIRCE. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE. *Nefrologia* 2010;30(1):78-86
- Ruta assistencial de la Malaltia renal crònica (AIS Dreta); 2017.
- Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica 2015. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf
- Clinical Guideline for Chronic kidney disease. Early Identifications and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg182/resources/chronic-kidney-disease-in-adults-assessment-and-management-35109809343205>
- Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica. http://www.ub.edu/farmaciapractica/sites/default/files/consens_catala_sobre_atencio_a_la_malaltia_renal_cronica.pdf
- KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- Mallika L Mendu, Andrew Lundoquist, Ayal A Aizer, David E Leaf, Emily Robinson, David J R Steele, et al. Clinical predictors of diagnostic testing utility in the initial evaluation of chronic kidney disease. *Nephrology* 21 (2016) 851–859.

Citació

Autors: Nadal, N.; Uriach, V; Fernández, A; Pérez, N; Cordero, E; Chantada, N.

Títol article: Adequació en la sol·licitud d'ecografia en l'estudi de la malaltia renal crònica a l'atenció primària

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 112

<https://apsalut.cat/2018/06/20/adequacio-en-la-sol%C2%B7licitud-decografia-en-lestudi-de-la-malaltia-renal-cronica-a-latencio-primaria/>

Data: 20 de juny de 2018

TICs



‘Prescripción de webs médicas desde la consulta de atención primaria’

Autors: Beatriz Jiménez y Daniel Planchuelo, médicos de familia EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor) y tutores de UDACEBA

¿Debería prescribir páginas web?

En el contexto de la sociedad actual esta pregunta es cada vez más necesaria entre los profesionales sanitarios. El Observatorio Nacional de Telecomunicaciones realizó un estudio, publicado en abril de 2016, en el que analizó la actitud de los ciudadanos ante la E – Salud. Uno de los datos más importantes de este estudio es que un 60% de la población utiliza internet como medio para informarse sobre su salud (en 2011 era un 48%), con una clara tendencia al alza. Otro de los datos a destacar es el hecho de que

un 85% de estos ciudadanos utilizan para ello buscadores genéricos, obteniendo así, un número casi infinito de fuentes con la sensación de obtener un exceso de información y la consecuente percepción de falta de fiabilidad. Por esta razón, los ciudadanos demandan cada vez más, a sus profesionales sanitarios, fuentes de información confiables.

Muchos profesionales sanitarios tienen tendencia a indicar a sus pacientes que no busquen en internet, por el posible peligro, entre otros, de obtener informaciones de salud no fiables. ¿Pero tiene sentido, en pleno S XXI, en que internet forma parte de nuestro día a día, prohibir a un paciente consultar informaciones de salud? La respuesta obvia es no.

Por todo ello, los profesionales sanitarios debemos liderar los recursos de información de salud en internet y orientar a nuestros pacientes para distinguir fuentes fiables.

Decálogo y sellos de calidad

A modo de guía, podemos ofrecer a nuestros pacientes este decálogo que explica las reglas básicas a tener en cuenta cuando se realizan búsquedas sobre salud en red:

- Internet debe ser una fuente orientativa de información sobre salud, nunca debe usarse con intencionalidad de autodiagnóstico ni automedicación.
- Siempre se debe ser prudente con la información que se obtiene, contrastar informaciones y consultar con sus referentes de salud.
- Una web responsable debe responder siempre a las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Quién realiza la web? ¿Es un profesional sanitario correctamente identificado (con nombre completo, titulación, especialidad, número de colegiado...)?
 - ✓ ¿Quién financia la web? ¿Aparece contenido publicitario claramente identificado como tal?
 - ✓ ¿Se referencian correctamente las fuentes originales de la información que ofrecen?
- El contenido de la información sanitaria expuesta debe estar comúnmente aceptado por la comunidad científica internacional.
- Es ilegal vender on-line medicamentos que requieren receta médica.
- Desconfiar siempre ante ofertas de productos milagro o infalibles, sigue siendo a día de hoy uno de los medios más utilizados por el intrusismo del sector sanitario.
- No ofrezca información personal antes de saber cómo se utilizarán y tratarán sus datos.

- Estudie la información que se muestra en las webs en cuanto a términos de uso y limitaciones legales antes de entrar en foros o medios participativos.
- Si ha sido estafado por alguna web, siempre debe ponerlo en conocimiento de las autoridades competentes y asociaciones de consumidores.
- Siempre, ante cualquier duda que pueda surgir en cuanto a la información que se encuentre en internet, consulte con su médico, farmacéutico o profesional sanitario competente.

Con estas normas básicas, pretendemos que cualquiera de nuestros pacientes interesado en navegar en red dentro del sector sanitario pueda tener una orientación básica para diferenciar páginas web de contenido fiable de aquellas que no lo son, independientemente de su edad, nivel de estudios o familiarización con el entorno web.

Otra herramienta interesante para nuestros pacientes son los **sellos web de calidad**, que son distintivos que otorgan determinadas organizaciones y que acreditan que la web sanitaria en cuestión ha sido evaluada y considerada apta para dicho distintivo de calidad. Hay que aclarar que las organizaciones otorgantes del sello evalúan sólo las páginas web que solicitan de manera voluntaria adherirse a su sello web de calidad, y con ello a los principios de buena praxis de información sanitaria propios de cada sello web. Debemos conocer que cada distintivo web de calidad en un hipervínculo, al clicar sobre él nos debería conducir a un enlace web donde se especifiquen las características de esa acreditación en particular: fecha de primera acreditación, período para el cual la web tiene concedido el sello... Si al intentar hacer clic sobre el icono vemos que es una imagen estática, ese sello web estará falsificado.

Hay múltiples sellos web de calidad y la previsión de futuro es que vayan en aumento, sin embargo, en este artículo explicaremos los tres más conocidos actualmente: Web Médica Acreditada, HonCode y WIS.



- El sello **Web Médica Acreditada (WMA)** está gestionado por el grupo de trabajo homónimo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Se trata de un grupo multidisciplinar formado por médicos de familia, médicos internistas, especialistas en traumatología, en medicina estética... Este equipo evalúa cada web solicitante del sello siguiendo sus principios de buena praxis: identificación correcta y exhaustiva de los responsables médicos de la web, contenidos

avalados por la evidencia científica internacional y actualizados en el tiempo, correcto tratamiento de los datos personales del paciente y su confidencialidad, correcta identificación de patrocinadores y publicidad si los hubiera, uso ético y buena praxis médica en la consulta virtual si la hubiera. La evaluación de las páginas web se realiza con una periodicidad máxima de un año. El no cumplimiento de cualquiera de los principios de buena praxis conllevaría la no concesión o la revocación inmediata del sello web de calidad.

- Otro sello importante es el **HonCode (Health On Net)**, es el distintivo con una trayectoria más amplia ya que fue fundado en el año 1995 por el Consejo Económico y Social de la Naciones Unidas. Cabe destacar que en sus principios básicos este sello web otorga mucho peso a las referencias bibliográficas de la información sanitaria explicada en la web, pero no evalúa directamente que el contenido expuesto se ajuste a la mejor evidencia científica internacional actual. La periodicidad de evaluación de cada página web es anual.
- Por último, cabe destacar el distintivo **WIS (Web de Interés Sanitario)**, gestionado por el equipo sanitario de portalesmédicos.com. En los principios básicos de este sello destacan la evaluación de la originalidad de la web en cuanto a su dinámica, presentación e interés de cara al paciente. La periodicidad de evaluación de cada página, sin embargo, es indeterminada.

Ejemplos de páginas web recomendadas

- Canal salut <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/>
- Infermera virtual <https://www.infermeravirtual.com/esp>
- Portal Clínic <https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades>
- Escuela de pacientes <https://escueladepacientes.es/>
- Grupo PAPPS Semfyc <http://educacionpapps.blogspot.com.es/p/folletos-de-refuerzo-para-el-consejo.html>
- Camfic, fulls pacients <http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx>
- Medline Plus <https://medlineplus.gov/spanish/healthtopics.html>
- Salupedia <http://www.salupedia.org/>
- e – druida <http://www.edruida.com/>

Escritorio Virtual

Una forma de ofrecer a los pacientes una serie de enlaces de webs recomendadas, son los escritorios virtuales, una forma ágil, visual y gratuita de tener en una sola pantalla gran número de enlaces. Hay diferentes plataformas de escritorios virtuales, los más utilizados son Symboloo y Pearltrees.



Imagen del escritorio virtual Symboloo de #FFPaciente

Cada vez más, profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y centros de salud, están creando sus propios escritorios de salud, con las recomendaciones de páginas web para facilitar a pacientes.

En nuestro centro, CAP Roger de Flor (EAP Dreta de l'Eixample) des de hace unos meses hemos creado nuestro propio escritorio virtual. Una de las virtudes que tiene es que es dinámico, pudiendo modificar, añadir o eliminar enlaces siempre que se quiera. Y para facilitar la obtención de este escritorio virtual, recogimos la propuesta de la asociación #FFPaciente en que han ideado una receta con el enlace y código qr para acceder al escritorio, creando nuestra propia receta para facilitar a nuestros pacientes.

La receta de webs fiables en salud



¿Cómo funciona?

Vés al enlace o escanea el código qr, te llevará al escritorio virtual para pacientes del C.A.P. Roger de Flor, donde encontrarás múltiples enlaces a páginas web fiables en salud

<https://www.symboloo.com/mix/caprogerdeflor>





Esta información no reemplaza sino complementa la relación entre el profesional de salud y el paciente, en caso de duda consulte con su profesional de referencia



Receta prescripción webs fiables CAP Roger de Flor

Conclusiones

Internet envuelve el día a día de nuestros pacientes y los profesionales médicos no podemos quedarnos como meros espectadores, debemos aprovechar esta oportunidad para, por un lado, liderar los recursos de salud en internet y por otro lado poder orientar a nuestros pacientes a distinguir fuentes fiables de información, mejorando la educación sanitaria, la calidad asistencial y por tanto su calidad de vida.

Citació

Autor: Jiménez, Beatriz; Planchuelo, Daniel.

Títol article: Prescripción de webs médicas desde la consulta de atención primaria

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 113

<https://apsalut.cat/2018/06/23/prescripcion-de-webs-medicas-desde-la-consulta-de-atencion-primaria/>

Data: 23 de juny de 2018

Entrevista

La desCOBERTA...



“Cada persona de l’equip s’ha encarregat de les tasques que millor podia fer. Això de cara al futur i en les relacions és important: aprendre a liderar un equip potenciant el millor de cada persona”

Entrevista a Anna Fernández

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

L’Anna Fernández Ortiz és resident de 4rt any de Medicina i Comunitària a l’EAP Dreta de l’Eixample-CAP Roger de Flor. Té una clara vocació de servei a les persones. Persona inquieta, entregada i motivada no té molt de temps lliure... per ella la vida és un camí que has d’obrir cada dia.

L’Anna va ser vocal del Comitè Organitzador del 38è Congrés de la semFYC, celebrat a Barcelona del 10 al 12 de maig, coordinant l’itinerari MIR i Joves Metges. Durant el Congrés va moderar una sessió de pòsters i tres taules “Millorant el programa de l’especialitat”, “Què va ser de la Medicina de Família?” i “Concurs de casos clínics per a residents”.

Tota una experiència que més enllà del coneixement científic, assegura que li servirà en el futur per poder gestionar i liderar equips de treball.

Com a professional sanitària, que és imprescindible en la relació metge-pacient?

El respecte. Com a tot arreu. Encara que sigui el teu pacient és una persona amb les seves preocupacions, les seves vivències, els seus dubtes i les seves alegries, i estàs aquí per ajudar-lo. No ets ni més ni menys. En el fons ets un company de viatge, no és una relació mercantil en la que ells poden demanar i tu has d'obeir.

Com valors els teus anys de residència?

Penso que estic en la millor Unitat Docent per formar-me, perquè compleixen el programa del Ministeri respectant el percentatge de les hores de guàrdia, afavoreixen que puguis anar a cursos i a congressos. He après molt com a metgessa. Poder fer guàrdies des del primer moment al CAP és un aprenentatge continu des del minut 0.

Què necessita el nostre sistema sanitari?

El sistema necessita invertir en l'AP. No pot ser que es digui que som la base del sistema i això no es vegi reflectit en dotació de pressupost, formació de professionals, oferta de places MIR...

Actualment ets membre de la vocalia de la CAMFiC i també vocal de resident de la semFYC. Com et vas vincular a les societats científiques?

A l'estiu del meu primer any de residència vaig entrar a la CAMFiC perquè vaig pensar que formar part de la societat d'una manera activa podia ser enriquidor per mi, i poc a poc hi vaig anar fent més coses. A la semFYC, em van dir que buscàven R2 per ser vocals de la societat, i juntament amb la Isa, de Madrid, ens hi vam llançar!

Com s'organitza un esdeveniment de la magnitud del Congrés de la semFYC?

Les reunions amb el Comitè eren mensuals, excepte el darrer mes que eren molt freqüents. Hores dedicades? Ni les vull saber, perquè en el fons ho faig perquè m'agrada! Tots els que estavem a l'equip hi destinàvem "hores extres", estavem allà perquè ens ho passem bé i ens agrada implicar-nos.

Hi va haver períodes de més estrès sobretot abans de tancar els ponents de les taules. També quan ens van tocar avaluar les comunicacions. En 3 setmanes havíem de llegir, juntament amb una altra persona de l'equip, més de 100 comunicacions. D'aquesta manera, cadascuna s'avalua amb quatre ulls.

Reptes i vivències del comitè organitzador de @BCNsemfyc. Com s'afronta una responsabilitat d'aquest tipus?

Confiaven en mi per fer un itinerari... era el primer cop que ho feia i realment semblava que tothom tenia experiència, tothom ho havia fet abans. Jo en canvi era la novata. Però és molt enriquidor quan veus que les coses surten bé.

Ha estat tota una vivència, la gent del comitè és maquíssima, he après molt d'ells. És un equip amb qui pots treballar, sempre estan a punt per donar-te un cop de mà, per orientar-te i el resultat satisfà.

Era responsabilitat, però mai més de la que volia o podia assumir... i si algun cop em vaig queixar, és per vici!

Què has après?

Coneixement científic i també gestió d'equips Per una banda, avaluar comunicacions fa que coneguis patologies que potser tenies oblidades, les veus amb un altre enfoc o un maneig que tu no faries. A banda també, el fet de potenciar el treball en equip: actuavem com a grup, fent pinya i vam poder confiar els uns amb els altres.

Quina empremta t'ha deixat aquesta experiència?

Haver treballat en el Comitè del Congrés m'ajuda a veure l'equip de Roger de Flor d'una altra manera. Perquè la Yolanda Ortega i l'Albert Casasa, com a presidents de @BCNsemfyc, buscaven treure el millor de cadascú. I he vist que això és fonamental. Realment, cada persona de l'equip ha acabat fent allò que millor sap fer.

@BCNsemfyc. Una mirada des de l'organització

**“Em quedo amb la força de l'equip.
Sense la base, sense la pinya, no hi ha congrés”**



Què ha representat per tu el Congrés?

Al marge de la ciència, és molt bonic obrir les portes de casa i trobar persones de la resta d'Espanya, poder retrobar-nos de tant en tant.

El que més t'ha enstusiasmat.

La clausura! Va ser molt emotiu. Van fer un record al Dr. Josep Lluís Pinyol, una persona de ciència i experiència que sempre ens feia costat. I arribar al final del congrés, veure que havia estat possible, que la gent estava contenta... Va ser un cúmul d'emocions!! I com sempre, vam sortir amb noves idees per fer més coses en un futur.

Algun consell per a futures edicions?

Tenir clar el que vols oferir i lluitar per fer-ho possible. I intentar tenir els millors ponents!

L'essència del Congrés.

El lema! Confiamos en nuestra fuerza. Si, perquè és el que necessitem que ens recordin als professionals de tant en tant. Malgrat la precarietat, les llistes d'espera, la demora, la pressió assistencial, amb cada vegada més patologies d'urgència... els congressos i els companys serveixen per carregar piles!

Com aconseguim fer pinya?

Comptant amb bons professionals, capaços d'implicar-se, i potenciant el que cadascú aporta. També la confiança de saber que els altres faran el que toca i que no has de supervisar-los ni qüestionar-los.

En una colla castellera, a quina part del castell trobaríem a l'Anna?

A la base, fent pinya, Evidentment! Encara que faci moltes coses m'agrada ser molt anònima i que no es noti que hi sóc. M'agrada que se'm reconegui l'esforç però no estant a dalt i que se'm vegi.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol article: La desCOBERTA. Entrevista a Anna Fernández

Revista: APSalut. Volum 6. Número 3. Article 115

<https://apsalut.cat/2018/07/26/la-descoberta-entrevista-a-anna-fernandez/>

Data: 27 de juny de 2018

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC



eap | **sardenya**
Centre Universitari

eap
+ **dreta**
de l'eixample



Seu central
UDACEBA, SL
Sardenya 466 - 08025 Barcelona

www.udaceba.cat

Twitter: @udaceba

YouTube UDACEBA



www.apsalut.cat

[@ButlletiAPSalut](https://twitter.com/ButlletiAPSalut)