APSalut 2019

El butlletí de la Unitat Docent UDACEBA

Us presentem el recull dels articles publicats al butlletí APSalut durant l'any 2019. Per setè any consecutiu ens plau oferir-vos la recopilació dels 28 articles publicats sobre temàtiques d'interès i actualitat vinculades a la Unitat Docent i a la nostra pràctica diària. Residents, tutors i col·laboradors de la Unitat Docent UDACEBA participem activament en l'edició de l'APSalut.

www.apsalut.cat: 150 articles en salut a l'abast de tothom!

Celebrem la consolidació de la web de l'APSalut, oberta ara fa un any, on hi podeu consultar tots els articles publicats des del primer exemplar. Gaudim de 150 articles elaborats per professionals de la salut que desitgem siguin una font d'informació útil i oberta de tothom.

El butlletí APSalut és una publicació de la Unitat Docent multiprofessional UDACEBA.

Números publicats:

Volum 7 Número 1. Gener 2019

Volum 7 Número 2. Abril 2019

APSalut Especial 2019 'Salut en moviment'. Juny 2019

Volum 7 Número 4. Octubre 2019

Volum 7 Número 5. Desembre 2019

Subscriu-te!

Seccions

Editorials

Entrevistes

Casos Clínics

Temes Clínics

Docència

Recerca i Coneixement

Salut Comunitària

Gestió i Qualitat

TICs en salut

Ètics i Humanitats

udaceba UNITAT DOCENT

apsalut BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Comitè Editorial

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

Mariona Teixidor
Metgessa resident de MFiC de l'EAP Sardenya

Marta Coderch
Metgessa de família i referent de Salut Comunitària 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 de l'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.

Agraïm la col·laboració de tots els residents i tutors/es de la nostra Unitat Docent, i molt especialment de tots els professionals que enguany han col·laborat a l'APSalut.

Als autors del treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2018 'Burnout i malestar psicològic dels residents de Medicina Familiar i Comunitària': Cristina Alonso, Maria Alonso, Mireia García, Maria Fernanda, Aida Ovejas, Maria Rodríguez i Jaume Rodríguez.

Als nostres entrevistats a LA desCOBERTA 2019: Marina Geli, Guillem Jordi, Coki Troyano, Oriol Huguet i Carles Brotons.

Al Grup Fem Salut al Barri per brindar-nos un any més noves pràctiques i coneixement en Salut Comunitària.
femsalutalbarri.cat

I a totes les persones que amb les seves idees i aportacions han fet créixer l'APSalut!

Moltes gràcies.

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Normes de publicació
https://apsalut.cat/normes-de-publicacio/

Atenció al lector:
apsalut@udaceba.cat

Sumari

Editorials
Fomentem el Role Playing
Residents i recerca: l'experiència d'UDACEBA
La residència, un contracte laboral
UDACEBA creix

Temes Clínics
Eosinofília #en3minuts
La hipertransaminassèmia asimptomàtica #en3minuts
Abordatge del maltractament infantil a l'Atenció Primària

Casos Clínics
Una addicció amagada i atípica
Uns vòmits que no molen

Docència
Rotació externa: experiència a Cuba
XXI Jornada de Residents de la CAMFiC

Gestió i qualitat
Un centre d'Atenció Primària Integral: CAPI Baix-a-Mar

Recerca i Coneixement
Burnout i malestar psicològic dels residents de Medicina Familiar i Comunitària
Avaluació de l'adequació de l'ús de bifosfonats per al tractament de l'osteoporosi en dones postmenopàusiques ateses en un CAP

Salut Comunitària
El maltractament a la gent gran: una realitat oculta
Conectando Cangues d'Onís. Visibilización y dinamización de Activos para la Salud

TICs en salut
Xarxes socials: reptes i oportunitats per la salut comunitària

Entrevistes
La desCOBERTA amb Marina Geli
La desCOBERTA amb Guillem Jordi
LA desCOBERTA amb Oriol Huguet
LA desCOBERTA amb Carles Brotons

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Especial APSalut 2019

‘Salut en moviment’

Editorial

Per un envelliment actiu i saludable, posem-nos en marxa!

Temes Clínics

Artrosi, problemes degeneratius de l’aparell locomotor. Exercici físic, eina de salut

Des de l’atenció primària: consell o prescripció d’activitat?

Docència

Beneficis i riscos de l’activitat física: de la ciència a l’experiència

Recerca i Coneixement

Actividad física y prevención cardiovascular

Salut Comunitària

Activitat física, exercici i qualitat de vida en tutors i residents

Entrevista

LA desCOBERTA amb Coki Troyano

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Fomentem el Role Playing

Autors: Albert Casasa, EAP Sardenya. Silvia Zamora, EAP Dreta de l'Eixample. Albert Seguer i Alícia Villanueva, EAP Vic. Gemma Férriz, CAP Sagrada Família

UDACEBA ha decidit impulsar el Role Playing com a metodologia docent. S'ha creat un grup de treball a patir de les experiències de cada centre docent.

En tots els centres d'una forma o una altra s'utilitza aquesta tècnica. En uns centres es fan sessions de 2 hores de durada amb tots els residents aprofitant les jornades mensuals que es fan amb ells. Seguint bàsicament el mateix guió que van ensenyar al curs Leonardo. Els tutors preparen diferents casos clínics-situacions que han de representar per després donar el 'feed-back' corresponent, intentant que participin tots. Els casos també poden sortir dels propis residents partint de situacions que havien patit de dificultats en la relació metge-pacient. Han treballat sobretot habilitats comunicatives.

En altres centres es fan Role-playing individuals i videogravats. L'actriu és una actriu amateur. La videogravació és privada per tutor i resident, per fer l'avaluació posterior. Es fan servir estacions tipus ACOE per dotar d'un guió a l'actriu i al tutor per fer el 'feedback'.

Tant si es fa de forma individual com en grup, és molt important el paper del **facilitador** del role-playing. Les persones que hi participen sempre han de ser respectades, no forçar a ningú, el feedback ha de tenir un contingut positiu i constructiu. El responsable ha de tallar les

situacions incòmodes, i també les derives cap a altres debats que no siguin estrictament els objectius del role playing. Precisament, **els objectius d'un cas de role playing han de ser molt simples i concrets**. S'ha de tenir molt clar quin aspecte és el que es vol avaluar.

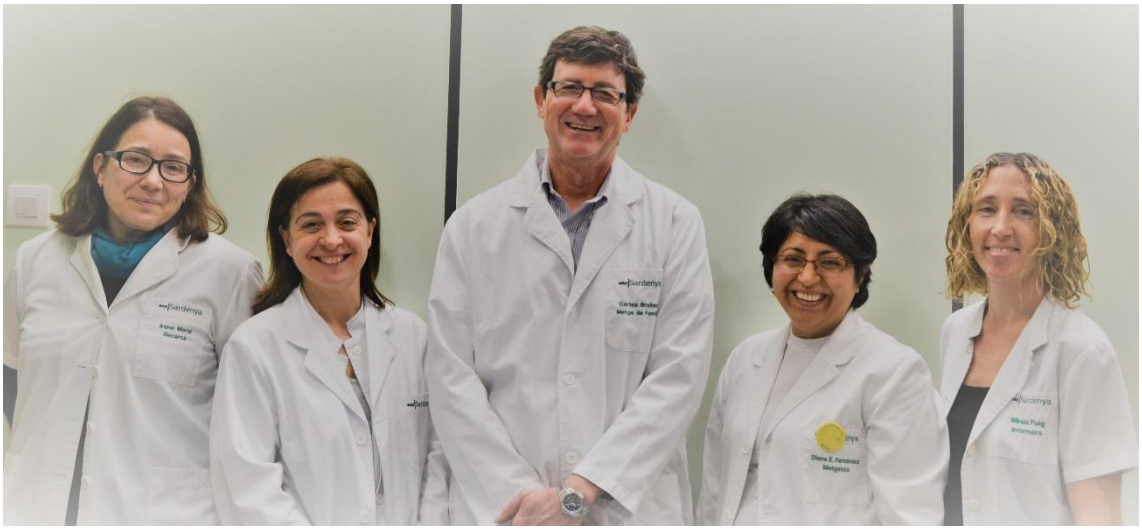
Les sessions en grup tenen aspectes positius, com la cohesió de grup, el sentir-se partícips, i les emocions compartides. Pot ser un bon grup si està format només per residents i el facilitador.

Les sessions videogravades tenen l'avantatge que el resident es pot veure a ell mateix com actua i pot ser comentat amb el seu tutor.

Es pot fer role playing per explorar habilitats comunicatives, però també l'anamnesi, l'exploració física, l'orientació diagnòstica.

Esperem contribuir una vegada més a una millor formació dels nostres residents.

Citació
Autors: Casasa, Albert; Zamora, Silvia; Seguer, Albert; Villanueva, Alícia; Férriz, Gemma
Títol: Fomentem el Role Playing
Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 121
https://apsalut.cat/2019/01/20/fomentem-el-role-playing/
Data: 15 de gener de 2019

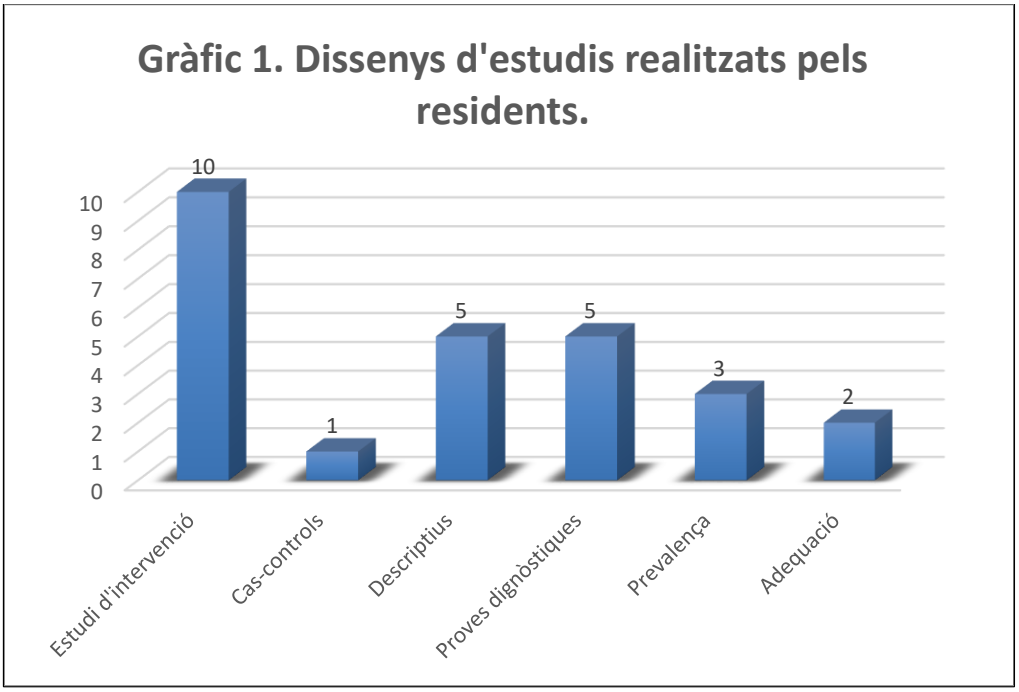


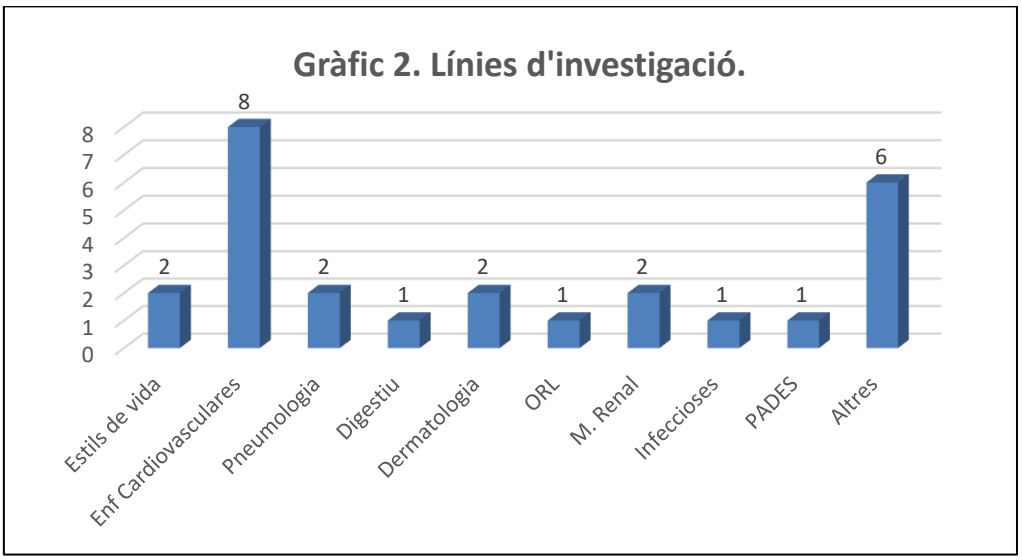
Residents i recerca: l'experiència d'UDACEBA

Autors: Carles Brotons, Diana Fernández, Irene Moral, Mireia Puig, Maria Teresa Vilella. Unitat de Recerca. EAP Sardenya-IIB Sant Pau

Ara fa 13 anys que els residents de Medicina de Família i 5 anys els residents d'Infermeria d'UDACEBA roten durant un mes (15 dies les infermeres) per la Unitat de Recerca (UR) de l'EAP Sardenya. Fins a la data d'avui ja han rotat 50 residents (43 residents de MF, 7 residents d'infermeria), a més dels 6 residents de Medicina Preventiva i Salut Pública de l'Hospital Sant Pau. És una bona oportunitat perquè els residents puguin dedicar-se pràcticament a temps complet a preparar els seus protocols de recerca que hauran de porta a terme durant l'últim any de residència i després, tant de bo, comunicar els seus resultats en un congrés científic i inclús fer alguna publicació.

Habitualment els residents ja porten una idea o una pregunta de recerca a contestar, i a partir d'aquí amb el suport dels membres de la UR van desenvolupant el protocol. Un cop per setmana (normalment dilluns al migdia) els residents ens presenten com van progressant en el seu protocol, i es discuteixen possibles problemes en el disseny i en la viabilitat de l'estudi. Un missatge que se'ls dóna des del primer dia és que el protocol ha de ser el més robust possible des d'un punt de vista metodològic, però alhora ha de ser viable, amb possibilitats de portar-ho a terme a la pràctica, a l'últim any de residència. A les *gràfiques 1* i *2* es mostren els protocols desenvolupats per tipus d'estudi i per línies d'investigació.





Quan parlem amb residents d'altres unitats docents, ens comenten que sí que tenen algun recurs de suport per l'elaboració del protocol de recerca, però el temps que tenen per dedicar-s'hi tan els professionals que els donen suport com ells mateixos és limitat, i moltes vegades ho han de fer fora d'hores de les seves tasques assistencials pròpies de la residència. UDACEBA disposa d'aquesta UR pròpia, amb personal amb experiència en recerca (dos metges, dues infermeres, una estadística), vinculada a l'Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau, i que els residents tenen a la seva disposició quan roten per la UR, i també, després de la rotació si necessiten ajut addicional per finalitzar el projecte (en el disseny o anàlisi estadístic).

A la UR es porten a terme projectes propis, finançats per institucions públiques (FIS, MARATÓ TV3, PERIS, Acadèmia de Ciències Mèdiques...) i també tenim una línia d'assaigs clínics fase II-III, finançats habitualment per la indústria farmacèutica, que tenen com a objectiu avaluar l'eficàcia i/o seguretat d'una determinada intervenció terapèutica en patologia prevalent a

l'atenció primària (diabetis, HTA, dislipèmia, vacunes…). Durant la seva rotació els residents tenen l'oportunitat de conèixer de primera mà aquests estudis, i inclús poder col·laborar en les diferents fases dels mateixos. Segurament és l'única oportunitat durant la seva residència per endinsar-se en el món de l'assaig clínic.

Una altra línia de recerca en la que estem implicats i que sentirem a parlar cada vegada més en el futur és l'avaluació de noves tecnologies en el control de les malalties cròniques. En aquests moments estem portant a terme un estudi de telemedicina en pacients amb insuficiència cardíaca *(estudi @tendidos)*. Tenim un grup de control on els pacients segueixen l'atenció habitual, i un grup d'intervenció, als que s'instal·la una plataforma tecnològica assistencial que s'executa amb una interconnexió TV-Tablet a casa del pacient, i permet enviar missatges instantanis, material educatiu multimèdia i fer vídeo-trucades de seguiment. El dispositiu es connecta mitjançant un cable HDMI a la TV, una càmera i un micròfon. D'aquesta manera fem visites virtuals, dos cops per setmana, i volem veure si al cap d'un any hi han hagut menys ingressos per insuficiència en el grup d'intervenció.

En el camp de la diabetis, vam fer un estudi en diabètics tipus I on s'implantava subcutàniament un sensor a l'abdomen que enviava les glicèmies mitjançant *bluetooth* a un dispositiu d'una manera constant durant determinats períodes de temps que definia el protocol, i d'aquesta manera poder avaluar l'eficàcia, seguretat, tolerabilitat i la farmacocinètica del tractament hipoglucemiant.

També estem a punt de començar un projecte en pacients diabètics tipus II amb l'objectiu que sigui el pacient que s'apoderi del control metabòlic, per la qual cosa es proporcionarà eines digitals a un grup de pacients (bàscula, glucòmetre, tensiòmetre i podòmetre) perquè puguin fer-se controls periòdics a casa d'uns paràmetres que determina el protocol i registrar la informació en una aplicació de mòbil via *bluetooth*. Aquesta aplicació permet definir els objectius de cada pacient, la seva pauta de medicació i la periodicitat de les mesures. També inclou un xat metge–pacient per resoldre dubtes o preguntes.

És interessant que els residents coneguin aquests estudis amb avaluació de noves tecnologies d'aplicació a l'atenció primària i d'altres que en un futur pot molt ben ser que les hagin d'utilitzar.

Animen a tots els residents d'UDACEBA a passar un mes amb nosaltres, i que puguin aprofitar la seva rotació per fer una immersió en el món de la recerca a l'atenció primària, i que sigui un espai on pugin desenvolupar la seva creativitat i innovació en el desenvolupament del seu protocol de recerca.

Citació
Autors: Brotons, Carles; Fernández, Diana; Moral, Irene; Puig, Mireia; Vilella, Maria Teresa
Títol: Residents i recerca: l'experiència d'UDACEBA
Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 126
https://apsalut.cat/2019/03/20/residents-i-recerca-lexperiencia-dudaceba/
Data: 21 de març de 2019

La residència, un contracte laboral

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de Família, cap d'estudis d'UDACEBA

La residència és un període de formació però també per a molts suposa la primera experiència laboral.

Quan acabem la carrera, és a dir, quan comencem el període MIR o IIR ja som professionals. Això vol dir que podem exercir la nostra professió de metges o infermeres.

El sistema públic de salut exigeix per treballar en els seus centres tenir una especialitat. La residència és doncs un període de formació necessari; això si, de persones que ja poden exercir la seva professió i són cent per cent responsables dels seus actes.

Els programes de les especialitats vetllen perquè l'adquisició de competències sigui supervisat. La supervisió serveix per constatar el progrés competencial però sobretot és necessari per la seguretat dels pacients. La residència és un entorn protegit.

Així que pels MIR i IIR disposem d'un contracte laboral amb característiques especials per vetllar tant per la part docent com l'assistencial, que implica drets i deures.

Segons el Reial Decret 1146/2006, la normativa que regula la relació laboral de tots els residents especialistes en Ciències de la Salut, **aquest tipus de contractes tenen una durada d'un any i es renoven cada any fins a la finalització de la residència**.

- La jornada laboral no pot excedir les 37,5 hores a la setmana.
- Entre un torn i un altre el resident ha de tenir un marge de 12 hores.
- En el cas de torns ininterromputs de 24 hores, com pot ser durant una guàrdia, també s'aplica el mateix temps de descans.
- Pel que fa a les vacances, els MIR disposen de les mateixes festes, permisos i dies de descans que la resta de professionals.
- La manca d'aprofitament de les rotacions per part del MIR pot ser un motiu per posar fi al contracte i la pèrdua de la plaça per avaluacions negatives.
- La puntualitat, l'assistència a les guàrdies o a les rotacions forma part de les obligacions dels residents. Una absència no justificada és motiu de sanció laboral. I moltes faltes repetides o greus poden ser motiu d'extinció del contracte, per motius laborals, no docents. Tot i que des del punt de vista docent també es pot avaluar com un problema d'actitud.

Com a residents hem d'exigir una bona tutorització. Les avaluacions que fan els residents de les seves rotacions tenen una importància cabdal.

Professionals aprenent treballant, amb supervisió. Ensenyament "experiencial" on les emocions hi juguen un paper predominant. És una etapa intensa, dura i amb moltes gratificacions.

La implicació plena ens fa créixer professionalment i com a persones.

Referència bibliogràfica

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE-A-2006-17498

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: La residència, un contracte laboral
Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 139
https://apsalut.cat/2019/10/25/la-residencia-un-contracte-laboral/
Data: 25 d'octubre de 2019

UDACEBA creix

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de Família, cap d'estudis d'UDACEBA

L'Atenció Primària és el dispositiu principal

La Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària UDACEBA va néixer el 2005 com a projecte docent des dels equips de base associativa (EBAs). És per tant des del primer moment una unitat docent d'Atenció Primària distribuïda en tot el territori, i el seu centre és l'Equip d'Atenció Primària (EAP).

Durant el 2019 hem tingut l'oportunitat de fer un creixement quantitatiu i qualitatiu. Ja som 11 EAP acreditats per la docència d'Atenció Familiar i Comunitària.

El programa formatiu tant de Medicina com d'Infermeria familiar i comunitària conté l'adquisició de competències en diferents dispositius, actualment molts d'ells d'àmbit hospitalari. De manera que aproximadament la meitat del temps de residència es fa fora del centre d'atenció primària. Per això tenim acreditats com a dispositius docents excel·lents hospitals, tant comarcals com a Barcelona.

Dispersió geogràfica en funció dels EAPs docents

Des del primer dia de la nostra unitat docent, hem compartit dispositius hospitalaris amb altres unitats docents. Això no ha estat un problema ni pels hospitals ni per les altres unitats docents. De fet ens ha permès als uns i als altres llimar aspectes a millorar gràcies a l'intercanvi d'experiències.

Els hospitals als quals ens hem dirigit tenen una relació amb els Centres d'Atenció Primària de la unitat docent ja sigui perquè són el centre de referència, ja sigui perquè compleixen la isòcrona de 30 min que ens hem marcat.

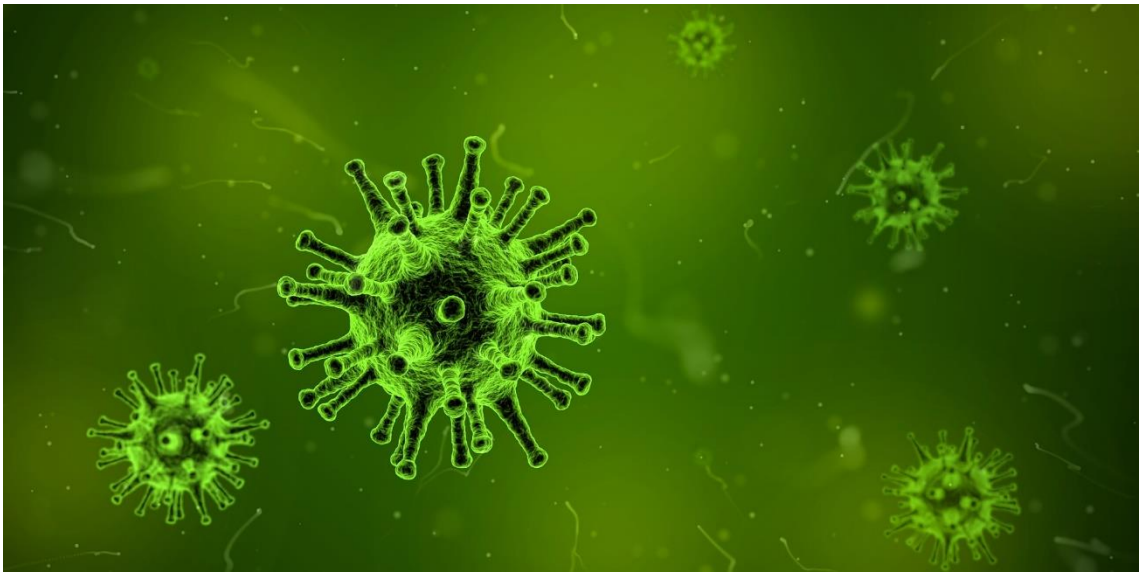
Territori, atenció primària, autogestió

Els equips d'atenció primària, els Equips de Base Associativa i els Centres d'Atenció Primària amb gestió singular que ens hem posat d'acord per fer créixer el projecte UDACEBA compartim els valors de la unitat docent. Destacaria la promoció del professionalisme, l'autogestió i la innovació.

Com que estem distribuïts en tot el territori català ens cal una molt bona coordinació i una plataforma virtual potent per gestionar el dia a dia. Pel que fa a l'acompliment del programa docent, utilitzem el Llibre del Resident, promogut per l'administració i desenvolupat per les unitats docents d'Atenció Familiar i Comunitària.

Esperem contribuir amb el nostre granet de sorra a treballar en l'excel·lència de la formació dels metges i infermers residents proporcionant la millor capacitació que asseguri un nivell de coneixements, habilitats i actituds que conformi el perfil professional de l'especialista en medicina i infermeria d'atenció familiar i comunitària, permetent l'exercici de l'especialitat, en qualsevol dels seus àmbits d'acció, amb la requerida competència.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: UDACEBA creix
Revista: APSalut. Volum 7. Número 5. Article 145
https://apsalut.cat/2019/12/23/udaceba-creix/
Data: 23 de desembre de 2019



Eosinofília #en3minuts

Autores: Esther Campillo Casado. Metgessa resident MFiC R3 EAP ViC. Àngels Ballarín. Adjunta i tutora MFiC EAP Vic

L'eosinofília aïllada en sang perifèrica (>450-500/microL) és una troballa freqüent a les consultes d'Atenció Primària, sobretot en els pacients viatgers i immigrants (la prevalença en africans subsaharians és del 30%). Se sol classificar -segons en número absolut- en lleu (<1.000/microL), moderada (1.000-3.000/microL) i greu (>3.000microL). El diagnòstic implica estudis complementaris dirigits a la sospita clínica i el tractament està orientat a la causa.

Com a metgessa resident, més d'un cop l'he passada per alt -si no hi havia clínica acompanyant- o no li he donat gaire més importància. Actuem bé? Hauríem de demanar alguna altra prova? És per això que m'agradaria fer un breu repàs sobre el que hauríem de plantejar-nos davant d'un pacient amb eosinofília.

La causa més freqüent de l'eosinofília és la Secundària o Reactiva (95%) i sol ser menor de 2.000/microL: per **infeccions parasitàries** (esquistosomiasi, anquilostomiasi, giardiari, filariasi, strongyloides), com a reacció d'hipersensibilitat a **fàrmacs** (sulfonamides, penicil·lines, carbamazepina, IECA, diltiazem *(veure Taula 1)* i **al·lèrgies/atòpies** (rinitis, asma, dermatitis atòpica, urticària). Altres menys freqüents són malalties endocrinològiques (malaltia d'Addison, malalties del tiroides), autoimmunes, Sd.Churg-Strauss, infeccions per fongs o bacteris.

Molt menys freqüents són les causes Primàries: neoplàsies sanguínies (leucèmia mieloide o limfoide, leucèmia eosinofílica crònica) o d'òrgan sòlid.

Fàrmacs associats a eosinofília	
Antimicrobians Penicilines Cefalosporines Glucopèptids Sulfamides (cotrimoxazol) Tetraciclines (sobretot minociclina) Quinolones (ciprofloxacino y norfloxacino) Antituberculosos (rifampicina i etambutol) Antimalàrics	**Cardiovascular** IECA Inhibidors de l'enzim conversor de l'angiotensina Espironolactona Diltiazem Quinidina Alfa metildopa
Neurològica Antipsicòtics (cloropromazina, olanzapina) Antidepressius (Imipramina, desimipramina, trazodona, triptófano) Anticonvulsius (difenilhidantoina, carbamazepina, fenobarbital, valproato)	**Antiinflamatoris i antireumàtics** Antiinflamatoris no esteroideus Sals d'or
Digestiu Antagonistes H2 (ranitidina) IBP Inhibidors de la bomba de protons (omeprazol, lansoprazol) Aminosalicilats (sulfasalazina, mesalazina)	**Neoplàsia** Bleomicina Metotrexato Procarbazina Fludarabina
Altres Hipoglucemiants orals "clàssics" (clorpropamida, tolbutamida) Anticoagulants (heparina sòdica, enoxaparina) Hipolipemiants (colestiramina) Hipouremiants (alopurinol) Anestèsics (halotano) Miorelaxants (dantroleno)	

Taula 1. Font: AMF 2016;12(7):398-406

El Síndrome hipereosinofílic té una incidència menor a l'1% en pacients d'entre 20-50 anys i es tracta d'una eosinofília major de 1.500/microL perllongada durant més de 6 mesos acompanyada de clínica de disfunció orgànica, havent descartat prèviament la presència de paràsits, atòpia o altres causes secundàries. Les lesions orgàniques són sobretot cardíaques (principalment fibrosi d'endocardi), també pulmonars, cutànies i del sistema nerviós, per una inflamació dels teixits i la reacció a les citocines i quimiocines alliberades pels eosinòfils. En aquest cas cal derivar a Hematologia per realitzar una biòpsia de moll d'os i un estudi citogenètic. El tractament es realitza amb corticoesteroids i/o imatinib segons el subtipus cel·lular.

Símptomes i signes associats a eosinofilia	
Febre	Clonorquiasis, fasciola, gnastostomiasis (estadis precoços), Onchocerca, esquistosomiasis (febre de Takayama), Trichinella, larva migrans visceral (toxocariasis), estats inicials de Strongyloides, ascaris, ancylostoma
Adenopaties	Filarias limfàtiques, oncocerca
Urticària	Filarias, oncocerca, Schistosoma, Strongyloides Gnasthostoma, ancylostoma, Tiochinella, larva migrans visceral, LV cutània (rara ocasió)
Hepatomegalia	Schistosoma, toxocara, hidatidosis
Esplenomegalia	Schistosoma
Lesions cutànies	Linial: larva Strongyloides, dracunculosis, uncinariasis Maculopapular: oncocerca Nòduls: oncocerca, cisticercosis, paragonimiasis
Anèmia	Trichuris/ancylostoma
Diarrea/dolor abdominal	Helmintiasis, Strongyloides, Schistosoma, triquinosis
Símptomes respiratoris	Helmintos, filarias, Strongyloides, toxocara
Hepatopatia/colestasis	Schistosoma, ascaris, toxocara, Strongyloides
Edema migratori	Loa loa, filarias limfàtiques
Hematúria	Schistosoma
Mialgies	Triquinosis
Afectació SNC (Sistema Nerviós Central)	Cisticercosis, triquinosis, Schistosoma
Afectació ocular	Oncocerca, toxocara, loa loa, cisticercosis

Taula 2. Font: AMF 2016;12(7):398-406

Protocol del maneig en un pacient amb eosinofília

1. ANAMNESI: preguntar sobre fàrmacs, contacte amb animals, viatges en els darrers 2 anys, símptomes d'atòpia o clínica sistèmica (limfadenopaties, erupcions, artràlgies, febre…)

2. EXPLORACIÓ CÍNICA COMPLERTA sobretot cardíaca, pulmonar, cutània i del sistema nerviós.

3. PROVES COMPLEMENTÀRIES

3.a) Si hi ha sospita clínica d'infecció parasitària, fem una determinació de PARÀSITS EN FEMTA recollits durant 3 dies. Si són negatius, es pot iniciar la bateria de proves analítiques per l'estudi d'eosinofília:

- Serologies *d'Echinoccocus granulosus* (causa freqüent de quist hidatídic), Cisticercosi (*T.Soleum*) i *Toxocara canis*.
- Repetir paràsits en femta (x3) a dies alterns, i determinar paràsits en orina/24h si procedeix de zona endèmica d'*Schistosoma haematobium.*
- Cultiu larvari de *Strongyloides* a femta o serologia.
- Gota grossa diürna o nocturna si procedeix en zones endèmiques de filàries Loa loa o *Wuchereria bancroftii*, respectivament.
- Biòpsia d'epidermis per cercar filària tissular Onchocerca volvulus.
- Cerca de cisticercosi i triquinosi en proves d'imatge (Rx, ecografia, TAC) si tot l'estudi anterior és negatiu.

3.b) Si no hi ha sospita clínica d'infecció parasitària, podem repetir l'hemograma en unes setmanes per confirmar l'eosinofília i, segons el context del pacient, ampliar l'analítica amb: IgE, VSG, PCR, urea, creatinina, filtrat glomerular, temps protrombina, AST, ALT, Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, LDH, albúmina, calci, sodi, potassi, autoanticossos (ANA, ANCA, FR), ECA. Si sospitem afectació pulmonar, podem realitzar una Rx tòrax.

4. Davant la persistència d'eosinofília més enllà de tres mesos sense una causa clara, valorar derivació a Hematologia.

5. TRACTAMENT. Dirigit a la causa. En el cas de la sospita d'infecció parasitària, cal tenir en compte que en un 40% d'eosinofílies no s'arriba a cap diagnòstic etiològic. En aquesta situació és raonable realitzar un tractament empíric d'ampli espectre, sobretot en casos d'eosinofílies elevades i alta sospita de parasitosi *(veure taula 2)*. El fàrmac més usat és l'albendazol 400mg/12h durant 3 dies.

En resum, l'eosinofília és més freqüent del que pensem a l'AP. És indispensable fer una correcta anamnesi i exploració física, així com plantejar-nos la realització de proves complementàries. Si no objectivem una causa secundària clara, caldrà repetir l'hemograma en 3 mesos i si persisteix derivar a Hematologia per estudi.

Paraules clau: eosinofília, infeccions parasitàries, aòpia, atenció primària.

BIBLIOGRAFIA

- Jane Liesveld, Patrick Reagan. Eosinofilia. Hematologia i oncologia. Manual Merck. 2018.
- Hannah Sims, Wendy N Erber. BMJ 2011;342:d2670.
- Gleich GJ, Leiferman KM. The hypereosinophilic syndromes; current concepts and treatments. Br J Haematology 2009;145:271-85.
- Raquel Hueso Ibáñez. Eosinofilia, a partir de un síntoma. AMF 2011;7(5):282286.
- Francisco José Montoya Conesa, Marta Sendra Pons. Eosinofilia. AMF 2016;12(7):398-406

Citació

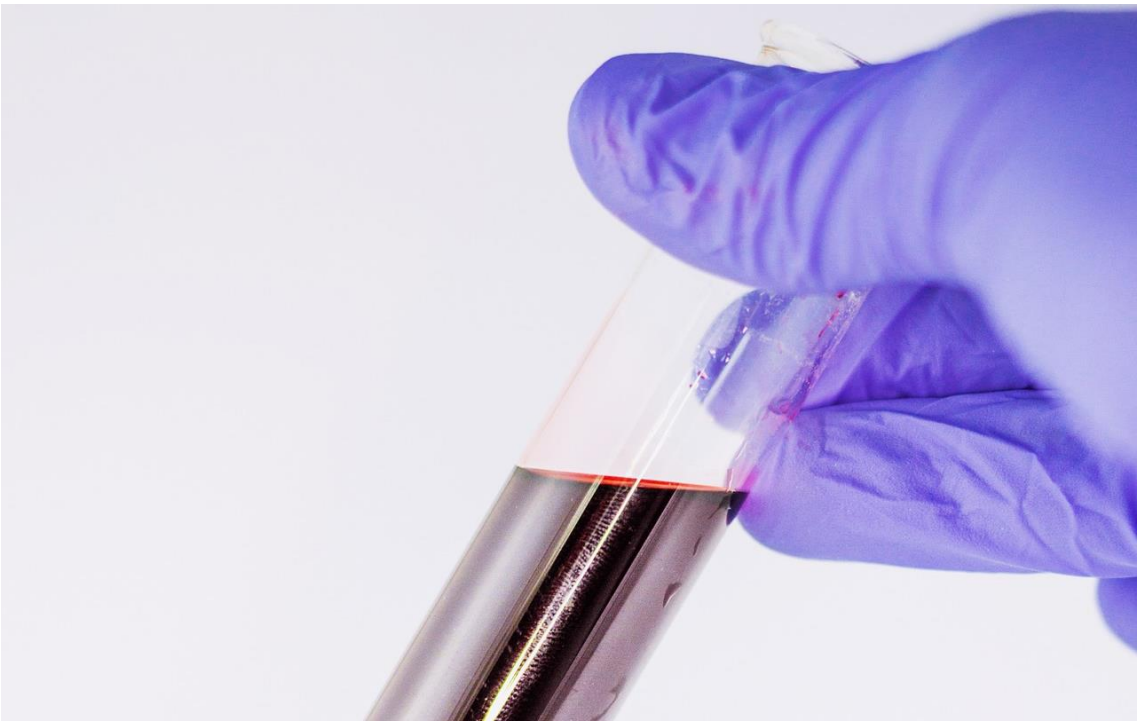
Autores: Campillo Casado, Esther; Ballarín, Àngels

Títol: Eosinofília en 3 minuts

Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 123

https://apsalut.cat/2019/01/19/eosinofilia-en-3-minuts/

Data: 20 de gener de 2019



La hipertransaminassèmia asimptomàtica #en3minuts

Autores: Anna Franquesa Novellasdemunt. Metgessa resident R4 MFiC, EAP Vic. Àngels Ballarín Castany. Metgessa adjunt i tutora MFiC, EAP Vic.

La hipertransaminassèmia asimptomàtica és una troballa freqüent en Atenció Primària. Les transaminases són enzims hepàtics que trobem a nivells normals en sang degut a l'apoptosi fisiològica que es produeix a nivell cel·lular hepàtic o muscular. Coneixem dos tipus de transaminases, la ALT (alanina aminotransferasa o GPT, la qual és més específica de lesió hepàtica) i la AST (aspartat aminotransferasa o GOT, que es pot trobar en d'altres òrgans i teixits com el miocardi, pàncrees, múscul esquelètic, cervell…).

Parlem de hipertransaminassèmia quan hi ha un augment dels seus nivells. Considerem normals fins a 30 U/L en els homes i fins a 19 U/L en les dones, tot i que els valors poden ser variables segons edat, sexe i el laboratori amb el que treballem. Un augment de les transaminases tradueix un dany hepatocel·lular que caldrà estudiar, i que pot aparèixer aïllat o anar acompanyat d'un augment dels enzims de colèstasi (GGT i FA) o de hiperbilirubinèmia. La majoria de vegades, quan l'elevació no supera les 5-6 vegades la normalitat, la presentació és asimptomàtica.

Davant d'un pacient que presenta una hipertransaminassèmia a l'analítica ens hem de plantejar si aquesta és **transitòria o permanent** (més de 6 mesos). Caldrà doncs repetir l'analítica. En cada cas, les causes serien:

TRANSITÒRIA	PERMANENT SENSE COLESTASI (FREQÜENTS)	PERMANENT SENSE COLESTASIS (MENYS FREQÜENTS)	PERMANENT AMB COLESTASI
- Hepatitis vírica aguda - Hepatitis tòxica - Hepatitis degut a altres infeccions - Esforç físic intens - Fàrmacs i productes d'herbolària	- Fetge gras no alcohòlic - Infeccions virals cròniques - Alcohol - Fàrmacs	- Hemocromatosi - Celiaquia - Miopaties - Malaltia de Wilson - Hepatitis autoimmune (HAI) - Dèficit alfa 1 antitripsina - Alteracions tiroïdals - Insuficiència suprarenal - Anèmia hemolítica	- Colangitis biliar primària - Colangitis esclerosant primària

1) ANAMNESIS

Per tal de plantejar-nos un diagnòstic diferencial abans caldrà fer una bona anamnesis que ens orienti a la possible causa. Serà important preguntar sobre:

- Consum d'enol.
- Consum de fàrmacs (entre 3 mesos i 2 setmanes abans de l'analítica): sobretot AINEs, antibiòtics i antiepilèptics. També cal recordar la trazodona, AAS, metotrexat, amiodarona, metildopa, entre d'altres. En el cas del Paracetamol, caldrien dosis de 10 gr/dia per causar hepatopatia. Si existeix la sospita caldrà retirar el fàrmac i repetir l'analítica a les 4 setmanes.
- Productes d'herbolària o suplements dietètics.
- Professió del pacient: tòxics industrials (dimetilformamida, tricloroetà, hidrocarburs).
- Viatges recents.
- Activitats sexuals de risc.
- Transfusions, cirurgies o proves diagnòstiques.
- Antecedents familiars i personals (sobretot celiaquia, Diabetis Mellitus i malaltia tiroïdal).
- Exercici físic intens o consum d'anabolitzants.
- Episodis de febre autolimitats, focus d'infecció, símptomes articulars, pèrdua de força.

2) EXPLORACIÓ FÍSICA

Després d'haver completat l'anamnesi dirigida, caldrà posar especial atenció en el pes i talla (calcularem l'índex de massa corporal), i ens fixarem en si presenta signes i estigmes d'hepatopatia crònica enòlica (ginecomàstia, telangiectàsies, circulació col·lateral, aranyes vasculars, pèrdua de pèl axil·lar i púbic, contractura de Dupuytren, hipertròfia parotídia i atròfia testicular). Finalment valorarem possibles visceromegàlies.

3) ANALÍTICA DE SANG

Molt probablement amb l'anamnesi i l'exploració física haurem obtingut informació valuosa, però com ja hem dit, caldrà repetir l'analítica a les 2-4 setmanes per confirmar les troballes i aprofitarem per ampliar estudi. Si la sospita resulta un fàrmac o producte d'herbolària caldrà retirar l'agent i repetir l'analítica a les 4-8 setmanes. A la taula s'enumeren els paràmetres que caldria determinar en un estudi inicial (nivell 1) i posteriorment, un cop descartada la patologia més freqüent (nivells 2 i 3).

NIVELL 1	**Hemograma**: - VCM **i glucosa basal**	**Perfil hepàtic:** - AST / ALT - GGT i FA - Bilirubina	**Perfil lipídic:** - Colesterol total - LDL, HDL - Triglicèrids	**Serologies:** - HBsAg - HBcAc - AcVHC	**Funció tiroïdal:** - TSH - T3 i T4 lliure
NIVELL 2	**Miopaties** (AST/ALT>1): - CPK - Aldolasa	**Hemocromatosis:** - IST - Ferritina	**Celiaquia:** - IgA total - Ac antitransglutaminasa	**Insuf. suprarenal:** - Cortisol basal	
NIVELL 3	**HAI:** -IgG - Ac ANA (67%) - Ac AML (87%) - Ac aLKM-1	**Malaltia Wilson:** - Ceruloplasmina - Excreció Cu orina	**- Dèficit alfa 1 antitripsina**	**- Proteïnograma ***	

*Cal sol·licitar-lo en l'estudi d'hepatopatia, ja que s'han descrit hipergammaglobulinèmies policlonals en hepatopaties cròniques i alguns casos d'hepatitis aguda.

4) ALTRES PROVES COMPLEMENTÀRIES

- **Ecografia abdominal:** Mètode barat, innocu i accessible. Sempre en l'estudi d'una hipertransaminassèmia persistent i si sospita de fetge gras no alcohòlic. Permet valorar la presència de lesions ocupants d'espai entre d'altres alteracions de la via biliar. El rendiment pel diagnòstic d'esteatosis varia força segons els estudis (sensibilitat del 60-94% i especificitat del 66-95%). Sobretot té una baixa sensibilitat per l'esteatosi lleu (esteatosis en <20% dels hepatòcits).
- **TAC abdominal:** Té un bon rendiment pel diagnòstic de l'esteatosi si aquesta és de >30%, similar al de l'ecografia abdominal.
- **Ressonància magnètica:** Permet diagnosticar esteatosis si aquesta és de >15%. És un mètode car que no se sol·licita des d'Atenció Primària.
- **Elastografia hepàtica:** Quantifica el grau de fibrosis en el teixit hepàtic.
- **Biòpsia hepàtica:** És la prova que confirma el diagnòstic i s'usa en cas de dubtes diagnòstics, permet diferenciar entre fetge gras i esteatohepatitis, així com també establir la gravetat de les lesions, descartar altres malalties i valorar tractament i resposta a aquest. No està exempt de riscos i pot haver-hi variabilitat interobservador.

5) VALORAR DERIVACIÓ

*Ordinària: hepatitis virals cròniques per valorar inici de tractament, malalties metabòliques i autoimmunitàries, quan calen proves diagnòstiques no disponibles a atenció primària (RMN, elastografia, biòpsia hepàtica…) o sospita de cirrosis.

*Preferent: sospita d'hepatocarcinoma, colèstasi dissociada mantinguda.

BIBLIOGRAFIA

- Bruguera M. Guía práctica para el examen del paciente adulto con hipertransaminasemia asintomática. Gastroenterol Hepatol. 2016.
- Carmen Pitarch Nácher, Mència Benítez Camps. Abordaje de la hipertransaminasemia en Atención Primaria. AMF 2015;11(7):392-399.

Citació

Autores: Franquesa Novellasdemunt, Anna; Ballarín Castany, Àngels.

Títol: La hipertransaminassèmia asimptomàtica #en3minuts

Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 127

https://apsalut.cat/2019/03/18/la-hipertransaminassemia-asimptomatica-en3minuts/

Data: 18 de març de 2019

Abordatge del maltractament infantil a l'Atenció Primària

Autores: Berta Muntadas Molet. Resident MFiC. Marta Serrarols Soldevila. MFiC i tutora EAP Vic. Alícia Villanueva Hernández. MFiC i tutora EAP Vic

El maltractament infantil és definit per la OMS com els abusos i la desatenció de què són objecte els menors de 18 anys, i inclou tots els tipus de maltractament que causin o puguin causar un dany a la salut, desenvolupament o dignitat de l'infant, en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder.

És un problema complex i de difícil estudi. El que per una societat o cultura està acceptat com a normalitat és vist com a abús per una altra i per això les estimacions són variables depenent del país. Segons dades de la OMS però, una quarta part de tots els adults manifesten haver patit maltractaments físics durant la infància, així com una de cada 5 dones i un de cada 13 homes manifesta haver patit abusos sexuals durant aquest període.

Aquestes dades posen de manifest una prevalença important, que des de la consulta hem de poder detectar i gaudir de les eines adequades per a realitzar-ne un bon abordatge. En aquest article pretenem donar una sèrie de guies per al metge de primària de cara a la seva actuació quan es troba un cas de maltractament a la consulta, centrant-nos sobretot en la negligència i maltractament físic.

MALTRACTAMENT INFANTIL A ESPANYA EN DADES

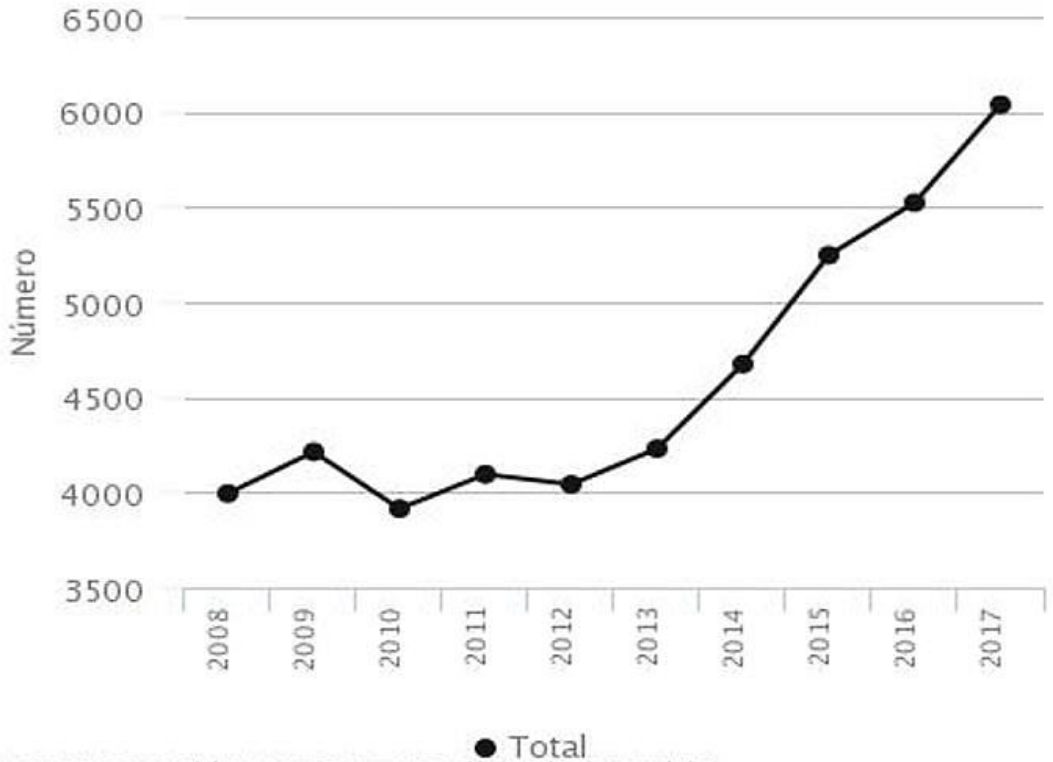
Per a introduir una idea de la situació a l'estat espanyol pel què fa al maltractament infantil, trobem dades recollides l'any 2017. Durant aquest any es van detectar uns 6.038 casos de maltractament infantil intrafamiliar, sent la comunitat autònoma on es detecten més casos Andalusia, amb 1.319 casos detectats, i la que menys el País Basc, on només es detectaren 8 casos. Catalunya estaria en penúltim lloc, just abans del País Basc, amb la detecció de 15 casos.

La detecció de casos ha augmentat exponencialment des de l'any 2008, fet que no és degut a una major incidència dels maltractament sinó a una major sensibilització contra els mateixos i per tant a una major detecció per part de les entitats. La literatura posa de manifest que només un 20% dels casos arriben als serveis socials.

Cal recordar que en la majoria dels casos la figura maltractadora és un dels progenitors o tots dos, sent la causa més important la incapacitat educativa.

Población menor de 18 años víctima de violencia familiar
Número, 2017

Población menor de 18 años víctima de violencia familiar. Evolución total y por sexo.
.España



Fuente: Ministerio del Interior_Sistema Estadístico de Criminalidad
Nota: En el total nacional se incluyen los delitos cometidos en el extranjero y ...

FACTORS DE RISC

Existeixen varis factors que predisposen a una situació on es poden produir els maltractaments infantils: intrínsecs de l'infant (sempre entenent que no el culpen del maltractament rebut), factors dels pares o cuidadors, factors relacionals i factors socials i comunitaris.

Factors del nen	Factors dels pares o cuidadors	Factors relacionals	Factors socials i comunitaris
- Edat <4a i l'adolescència - No ser desitjats o no complir les expectatives dels pares - Necessitats especials, plorar molt o tenir trets físics anormals	- Dificultats per establir vincles afectius amb el nadó - No tenir cura del nen - Antecedents personals de maltractament infantil - Manca de coneixements o les expectatives no realistes - Consum indegut d'alcohol o drogues - Participació en activitats delictives - Dificultats econòmiques	- Problemes físics, mentals o de desenvolupament d'algun membre de la família - Ruptura de la família o la violència entre altres membres de la família - Aïllament de la comunitat o la manca d'una xarxa de suport; - Pèrdua de suport de la família extensa per criar al nen	- Desigualtats socials i de gènere - Manca d'habitatge adequat o de serveis de suport - Nivells elevats d'atur o pobresa - Fàcil accés a alcohol i drogues - Polítiques i programes de prevenció insuficientsles - Normes socials i culturals que debiliten l'estatus del nen o fomenten la violència, els càstigs físics o la rigidesa dels rols de gènere - Polítiques socials, econòmiques, sanitàries i educatives

TIPUS DE MALTRACTAMENT INFANTIL

Els nens poden sofrir diversos tipus de maltractament que es poden dividir en 4 grans grups: negligència, maltractament físic, maltractament psicològic/emocional i abús sexual. També cal mencionar el maltractament prenatal, la corrupció, l'explotació laboral i el síndrome de Munchaüsen per poders. En moltes ocasions els diferents tipus d'abús es solapen però és important saber detectar i donar nom a la situacions amb les que ens trobem per a determinar la nostra actuació i el grau d'urgència com a professionals sanitaris.

Negligència: Com a caràcter general es defineix com la falta de cura o descuit cap a l'infant. Es pot dividir en 4 subtipus:

- **Negligència física**: no proporcionar adequada alimentació, vestit i higiene; no garantir la realització d'activitats segures o no utilitzar dispositius de seguretat adequats; no proporcionar una adequada vigilància per evitar danys o lesions.
- **Negligència mèdica**: negativa o demora en buscar atenció mèdica que hagi causat o pogut causar dany; mal compliment de les indicacions mèdiques; problemes físics o necessitats mèdiques no cobertes.

- **Negligència educativa**: no inscriure el nen a l'escola o assegurar l'assistència escolar; incapacitat per abordar les necessitats educatives específiques.
- **Negligència emocional**: no respondre a les expressions emocionals del nen; no proporcionar amor, afecte i suport emocional; no proporcionar atenció psicològica quan sigui necessari; maltractar al cònjuge en presència del nen. Podria classificar-se per si sola com a maltractament emocional.

Així mateix cal saber classificar la gravetat de la negligència, que serà determinada pel grau d'afectació que aquesta produeix en el desenvolupament i benestar de l'infant:

- Lleu: El nen no pateix cap conseqüència negativa en el desenvolupament físic o cognitiu, en les seves relacions socials o en la seva situació emocional.
- Moderada: Determina retards no importants en el desenvolupament físic, cognitiu, emocional o social.
- Greu: Lesions o dany físic repetits per la conducta negligent dels seus pares requerint atenció mèdica. Retards importants en el desenvolupament físic, cognitiu, emocional o social.

Maltractament físic: Es defineix com tota acció duta a terme per un adult de forma intencionada que provoqui o pugui provocar lesions.

Nivells de gravetat:

- Lleu: No s'aprecien lesions o són tan mínimes que no ha estat necessària l'atenció mèdica.
- Moderat: la conducta maltractant ha provocat en el menor lesions físiques que han requerit algun tipus de diagnòstic o tractament mèdic. Apareixen lesions en diferents fases de cicatrització / curació.
- Greu: Ha estat necessària hospitalització o atenció mèdica immediata a causa de les lesions produïdes. El menor presenta lesions severes en diferents fases de cicatrització.

Maltractament sexual: Qualsevol comportament en què un menor és utilitzat per un adult o un altre menor com a mitjà per obtenir estimulació o gratificació sexual. Dins del maltractament sexual s'inclouen molts subtipus que cal tenir en compte, els quals s'inclouen en la llista següent:

- Tocaments i penetració.
- Les mutilacions o danys físics en òrgans de clar significat sexual, com la mutilació del clítoris.
- Els matrimonis concertats de menors prepúbers o adolescents per part de persones adultes.
- Abusar sexualment d'una persona menor que no pot consentir, donada la seva edat (o seves limitacions mentals i socials) o que és sotmès a qualsevol conducta sexual sense el seu consentiment.
- Accions a través d'internet com:

Sexting: prové de la unió de dues paraules angleses *sex* (sexe) i *texting*. Conducta relativament estesa entre adolescents que implica la presa d'imatges de caire sexual/eròtic i l'enviament a través del mòbil.

Grooming: conductes de manipulació fetes per un adult envers una persona menor d'edat a fi i efecte de guanyar-se la seva confiança i establir una relació que li permeti materialitzar un abús sexual.

***Sexcasting*:** el menor grava vídeos de contingut sexual a través de la càmera web i després en fa difusió per correu electrònic, xarxes socials o altres canals.

- Diferents formes d'explotació sexual comercial de menors, prostitució infantil (en cap cas pot considerar-se una decisió lliure) i la pornografia infantil.
- La no acceptació de la identitat sexual, incloses la transsexualitat i transgènere d'un nen o una nena.
- La no acceptació de l'homosexualitat o la bisexualitat en la infància o l'adolescència.
- La negació a les persones amb discapacitat de l'educació sexual i els drets sexuals que podrien fer efectius si rebessin els ajuts adients.
- Les diferents formes de negligència sexual, com no oferir informació i educació adequada a la família i escola per a la seva salut sexual.

Nivells de gravetat:

- Lleu: No hi ha contacte físic, està produït per una persona aliena a la família del menor, ha tingut lloc en una sola ocasió i el nen disposa de suport dels seus pares, tutors o vetlladors.
- Moderat: Sense contacte físic, per una persona aliena a la família del menor, ha tingut lloc en diverses ocasions, i hi ha suport dels pares, tutors o vetlladors.
- Greu: Incest amb o sense contacte físic. Abús extrafamiliar amb contacte físic.

Maltractament emocional: Es defineix com l'acció, actitud o incapacitat de proporcionar un ambient emocional propici per al desenvolupament psicològic i físic que permeti assolir independència i seguretat. Pot ser passiu, amb conductes de desafecció i d'ignorar el menor, o actiu, amb crits, amenaces, etc. S'inclou dins d'aquest grup la violència domèstica o de gènere que sigui presenciada pel menor.

Nivells de gravetat:

- Lleu: El nen no pateix cap conseqüència negativa en el desenvolupament físic o cognitiu, en les seves relacions socials o en la seva situació emocional.
- Moderada: Les conductes de negligència emocional són freqüents amb afectació emocional significativa, però hi ha aspectes positius en l'atenció emocional que els pares proporcionen al nen.
- Greu: Les conductes de negligència emocional són constants i la seva intensitat elevada, provocant un dany emocional sever.

ABORDATGE DE SOSPITA DE MALTRACTAMENT INFANTIL A LA CONSULTA

A nivell sanitari solem reconèixer amb facilitat els casos aguts i són els que més trobem en l'àmbit hospitalari i d'urgències. Des d'atenció primària però cal fer també una feina de cribratge, detecció de factors o situacions de risc i un diagnòstic situacional precoç per a poder activar els organismes necessaris, recordant que l'abordatge del maltractament infantil es farà sempre des d'una actuació multidisciplinar.

En tots els casos cal realitzar una anamnesis extensa i exhaustiva, detectant les conductes i actituds en els pares o cuidadors que ens facin sospitar d'una possible situació de maltractaments (retard entre la realització de la lesió i l'atenció mèdica, consulta a varis centres sanitaris, explicacions que no coincideixen o que es contradiuen, etc.)

L'atenció i abordatge del **maltractament sexual** requerirà de l'anamnesi i exploració física per part d'una persona experta. En el cas de precisar atenció urgent l'infant serà derivat per a rebre atenció hospitalària i s'ha de comunicar el fet/l'incident/l'abús sexual urgentment al jutjat de guàrdia per escrit, telefax o trucada telefònica perquè enviï un metge forense. Si ens trobem davant d'un cas no urgent (que no obligui a l'atenció immediata per a la recollida de proves) s'ha de derivar a unitats especialitzades en abús sexual.

Què busquem en l'avaluació inicial?

Si sospitem de **negligència** les manifestacions que cal buscar en l'infant són les següents:

Manifestacions físiques	- Retard pondoestatural:
	  o Infants <18m depenen totalment de l'entorn.
	  o La milloria en condicions normalitzades (ingrés, trasllat amb altres familiars) és diagnòstica i terapèutica.
	- Manca d'higiene personal.
	- Lesions per exposició inadequada a situacions climàtiques extremes o ús de roba inapropiada al clima.
	- Trastorns per manca d'alimentació.
	- Càries dental extensa.
	- Plagiocefàlia (crani aplanat) i/o alopècia generalitzada.
	- Cansament no habitual.
	- Infant abandonat.

Manifestacions de conducta	- Retard psicomotriu (Descartar causa orgànica).
	- Trastorns del comportament:
	  o Actitud d'indiferència (apatia).
	  o Trastorns d'alimentació.
	  o Actituds d'agressió a l'entorn.
	- Trastorns en l'àmbit escolar:
	  o Somnolència habitual.
	  o No assistència sense justificació.
	  o Retards en l'hora d'entrada.
	  o Seguiment nul dels progressos educatius.
	  o Desmotivació després d'avaluació positiva.

Manifestacions de comportament negligent	- Manca de vacunacions. - Poca previsió i vigilància. - Manca de dedicació i atenció. - Organització familiar molt deficient.

En el cas de sospita de **maltractament físic** cobrarà molta importància l'exploració física però no hem d'oblidar els signes d'alarma que ens orientaran per a la realització del diagnòstic:

- Gravetat del diagnòstic mèdic.
- Comprovació que el mecanisme que ha produït la lesió no es correspon amb la lesió en si mateixa.
- Història inversemblant, discordant o contradictòria per explicar l'origen de les lesions.
- Antecedents d'episodis similars al mateix hospital o a altres centres.
- Visites a urgències per problemes banals o inexistents (hiper-freqüentació).
- Actituds passives davant les lesions del nen o nena.
- Millora clínica quan hi ha un ingrés o una separació del medi habitual.
- Absentisme a les visites programades.
- Canvi sistemàtic per part dels pares de pediatre, serveis de salut i serveis d'urgències.

Què busquem en l'exploració física?

- Hematomes i contusions:
    - Lesions en diferents fases evolutives (són de diferents colors).
    - Localització: zones no prominents o protegides.
    - Lesions amb la forma de l'objecte utilitzat per agredir.
    - Hematomes en antifaç o careta.
    - Àrees d'alopècia traumàtica (occipital, occipitoparietal).
- Cremades: poden reproduir l'objecte utilitzat.
- Lesions mucoses: es localitzen a cavitat oral. Pèrdua de peces dentàries.

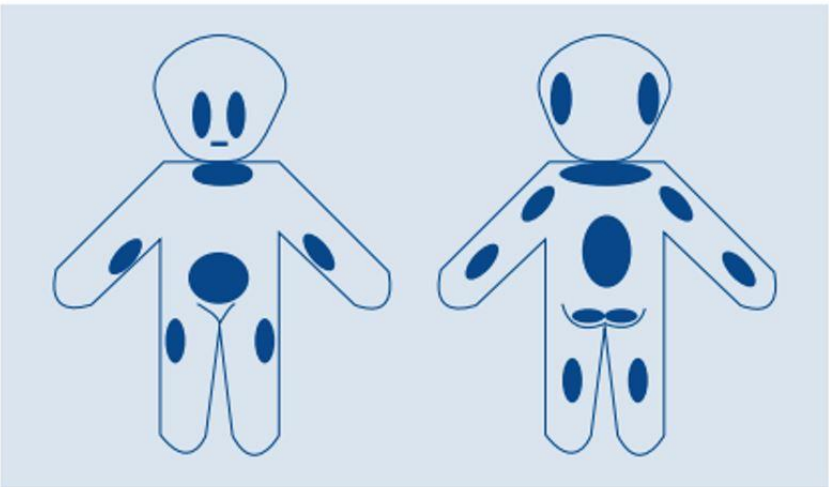


FIGURA 1. Zonas de castigo.

Cal recordar que en el cas concret de l'agressió sexual una exploració física normal no descarta l'abús i cal derivar per a l'avaluació de l'infant per part d'una unitat especialitzada. Així mateix, una exploració física normal tampoc descarta estar davant d'un cas de negligència.

Quins estudis complementaris s'haurien de realitzar?

La majoria d'exploracions complementàries es realitzaran en el context d'urgències hospitalàries un cop es tingui la sospita de maltractament, tot i així, i donat que el metge de família també pot exercir en un àmbit d'urgències hospitalàries, és important conèixer quines proves són necessàries i els condicionants per a realitzar-les i amb quina urgència.

EECC	Condicionants
Hemograma, plaquetes i coagulació	
Bioquímica: ionograma, proves hepàtiques, CPK, metabolisme del ferro	**URGENT** si sospita de traumatisme abdominal
Orina i sediment	En cas de traumatisme abdominal, deshidratació o fallida renal aguda. Si hemorràgia subdural: àcids orgànics en orina
Tòxics i medicaments en sang i/o orina	Si alteració del nivell de consciència o es sospita de la ingesta
Fons d'ull (per part d'un oftalmòleg)	Sospita de maltractaments en menors de 2 anys
Radiologia específica (de l'àrea on es sospita lesió aguda o crònica)	
Seriada òssia (crani AP i L, columna lumbosacra i cervical L, extremitats superiors i inferiors AP, tòrax AP i L i pelvis)	• <2a amb sospita de maltractament • Nens amb lesions extenses • Convivents <2a de casos de maltractament
Gammagrafia òssia	Útil en detecció precoç de lesions esquelètiques de localització poc freqüent, i quan la radiologia convencional no és concloent. Molt útil en les fractures de pelvis i lesions de parts toves

EECC que realitzaríem en tots els casos.

Diagnòstic diferencial

No cal oblidar que hi ha malalties que podrien simular les lesions presents en un nen maltractat, que podrem descartar a través d'una bona exploració física i les exploracions complementàries. Entre aquestes trobaríem:

- Malalties hematològiques: trastorns de la coagulació, hemopatia maligna, vasculitis, púrpura trombocitopènica postinfecciosa, idiopàtica, pràctiques culturals per al tractament d'algunes patologies.
- Dermatològiques: punt marró, taca mongòlica.
- Malalties metabòliques: raquitisme, escorbut.
- Malalties congènites: osteogènesi imperfecta, síndrome d'Ehler-Danlos.
- Hemorràgia intracraneal: deficiència de vitamina K, aciduria glutárica, diàtesi hemorràgica, traumatisme al canal part.

Protocol bàsic d'intervenció en l'àmbit sanitari en maltractament físic

Un cas de maltractament físic requereix d'**atenció sanitària prioritària i urgent**, l'àmbit sanitari actua a la vegada fent una funció de detecció de possibles casos i de diagnòstic de certesa dels mateixos. Com a recurs, el professional pot utilitzar el simulador SMSGR (Simulador del Mòdul de Suport a la Gestió del Risc) com a eina per completar-ne la valoració, que ens definirà el grau i també ens orientarà sobre les accions a seguir. Davant d'una sospita de maltractament cal, així mateix, valorar en menys de 24 hores els altres menors que convisquin amb l'infant afectat.

Criteris de gravetat		
Actuació	**Cas de maltractament evident o molt sospitós (cas moderat/greu)**	**Cas no greu, dubtós o sospitós**
Destí	Hospital vs Centre d'acollida	Domicili vs Hospital/Centre d'acollida
Comunicació a serveis socials	Urgent (per telèfon i per escrit a DGAIA)	Si
Comunicació als jutjats	Urgent	Diferida segons el seguiment
Comunicació al pediatre habitual d'atenció primària	Si	Si

Si el maltractament és extrafamiliar i la família és protectora només ho ha de comunicar al jutjat de guàrdia, a la Fiscalia de Menors o als Mossos d'Esquadra.

Protocol bàsic d'intervenció en l'àmbit sanitari en negligència

Lleu o moderada	Comunicar a serveis socials AP i a la Fiscalia de Menors.
Greu	Comunicar a organisme local de Protecció de Menors i es farà part de lesions.
Lleu o sospita poc clara	Contactar amb el pediatre del nen i el professional de Treball Social del centre de salut.

Cal enregistrar els casos de sospita i certesa de maltractament infantil i adolescent en el RUMI salut (disponible a partir de l'any 2019).

Sempre que es sospiti de negligència cal comunicar la sospita als pares i els mecanismes que s'activaran en conseqüència, avaluant la seva reacció.

Quan ingressar?

- Maltractes físics evidents (cas greu).
- Hi ha necessitat de protecció.
- En tots els casos de negligència greu.
- Retard del creixement de causa no orgànica en els primers 6 mesos de vida.

- Calen cures postractament.
- Cal tractament psicològic.
- És necessària una valoració més complerta del cas.
- Sol·licitud del pacient o la família.
- Incapacitat manifesta dels pares en assumir la cura mèdica de la malaltia aguda del seu fill o les seves necessitats bàsiques.
- Necessitat d'intervenció urgent de Protecció de Menors, que no es pot gestionar de forma ambulatòria.

Si la protecció no està assegurada i no s'ingressa al nen, haurem de contactar amb l'Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA), o amb la Direcció General d'Atenció al Menor (DGAM).

CONSEQÜÈNCIES DEL MALTRACTAMENT INFANTIL

La importància de detectar precoçment i de realitzar una bona intervenció recau en les greus conseqüències que el maltractament infantil té en l'infant i, a llarg plaç, en la societat.

El maltractament de qualsevol tipus en la infància genera un estrés que afecta el desenvolupament del sistema nerviós i immunitari de l'infant, podent provocar seqüeles irreparables. Aquesta alteració es tradueix en patologia i trastorns durant la resta de la infància i l'adolescència, així com en l'edat adulta.

El infants maltractats són persones amb major risc de problemes conductuals físics i mentals. Alguns exemples són la implicació en actes de violència (com a víctimes o perpetradors), la depressió, el consum de tabac, l'obesitat, comportaments sexuals d'alt risc, embarassos no desitjats i el consum indegut d'alcohol i drogues. Tot això els converteix en una població amb més predisposició a patir malalties cardiovasculars, metabòliques i neoplàsiques, tenint tot un impacte social, sanitari i econòmic.

ESTRATÈGIES DE PREVENCIÓ

Des de l'àmbit sanitari, i concretament des dels centres d'atenció primària, tenim una situació privilegiada per a la prevenció i la detecció de possibles casos. En moltes ocasions som el primer contacte on els pares manifesten les seves inquietuds o la manca de capacitat per a les cures i on acudeixen en cas de lesions. Hem de saber detectar les conductes i situacions de risc, així com abordar-les promocionant una criança respectuosa i positiva, sent un punt de suport pels pares o tutors, donant expectatives realistes sobre els seus fills.

Així mateix no hem d'oblidar educar a les dones i homes en edat fèrtil sobre salut sexual i reproductiva per a que puguin prendre decisions informades i responsables.

És interessant treballar conjuntament amb els centres d'educació infantil, escoles i centres socials adreçats a famílies, encoratjant als pares o tutors a recórrer a aquests recursos i d'aquesta manera crear una xarxa de suport.

RECURSOS

- Telèfon Infància respon: 116 111
- SMSGR: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladolescencia/maltractaments_dinfants_i_adolescents/registre_unificat_de_maltractaments_infantils_rumi
- Document: Auxili! El meu bebè no para de plorar (http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/B/bebe/documents/arxius/consells_pares_plors_bebe.pdf)

BIBLIOGRAFIA

- Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. Actualització Març 2019. Generalitat de Catalunya.
- Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia. Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la sociedad española de urgencias de pediatría. 2015.
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. I. Gómez de Terreros et al. Cuad Med Forense, 12(43-44), Enero-Abril 2006.
- Manifestaciones oftalmológicas en sospecha de maltrato infantil. Urgencias Pediatría Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Romo-Conrique Verónica et al. REVISTA MÉDICA MD, Año 5, número 4, mayo – julio 2014
- Infància en dades: http://www.infanciaendatos.es/
- Document de la OMS: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/

Citació

Autores: Muntadas Molet, Berta; Serrarols Soldevila, Marta; Villanueva Hernández, Alícia

Títol: Abordatge del maltractament infantil a l'Atenció Primària

Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 140

https://apsalut.cat/2019/10/23/abordatge-del-maltractament-infantil-en-latencio-primaria/

Data: 23 d'octubre de 2019

Una addicció amagada i atípica

Cas clínic presentat al 24è Congrés Wonca Europe, Bratislava, Juny 2019

Autores: Àngels Ballarín Castany, tutora i metgessa de família EAP Vic. Anna Franquesa Novellasdemunt, metgessa de família EAP Vic. Esther Campillo Casado, metgessa resident de 4rt any UDACEBA-EAP Vic

Etiquetes: tramadol, opiacis, addicció, tractament, deshabituació

Pacient de 49 anys, natural de la Índia, treballador en un escorxador de porcs.

Antecedents patològics: MPOC amb bronquièctasis exacerbadora (ha requerit tractament antibiòtic, corticoides orals i diversos ingressos per aquest motiu). Prèviament abús d'alcohol però fa anys que es manté abstinent.

Malaltia actual: Consulta al CAP per malestar general, restrenyiment sever i ansietat d'un mes d'evolució. La família explica somnolència important durant el dia que fa que dormi pràcticament tota l'estona quan torna de treballar i presa de píndoles de les que desconeixen l'origen i que no han estat prescrites per nosaltres.

Exploració: destaca tremolor distal, sudoració i pal·lidesa.

Al final el pacient reconeix que ha estat prenent Tramadol a dosis altes (fins a 32 comprimits diaris de 50mg que compra al mercat negre) com a tractament analgèsic pels dolors articulars i musculars crònics relacionats amb les dures condicions de treball, i per calmar la síndrome d'abstinència quan intenta deixar-les.

Evolució: Es va iniciar tractament amb dosis decreixents de buprenorfina/naloxona i actualment el pacient es manté abstinent amb 8/2mg al dia. Ha millorat l'estat general, ha desaparegut el restrenyiment i la somnolència diürna i no ha presentat més sobreinfeccions respiratòries (probablement relacionades amb microaspiracions).

Reflexions a partir del cas:

- Estem en un context d'hiperprescripció d'analgèsics per part dels professionals i hiperutilització d'aquests per part de la població, sovint per fer front a situacions no relacionades amb patologia i que requeririen un enfoc comunitari i/o social.
- En els últims anys hi ha hagut un increment molt important en la prescripció de fàrmacs opioides pel tractament del dolor crònic no oncològic.
- Aquest cas evidencia que també els opiacis dèbils poden suposar addiccions severes.
- Cal recordar i interrogar sempre sobre les medicacions fora de prescripció en la nostra pràctica diària.
- Els professionals sanitaris hem d'ajudar a que els nostres pacients siguin conscients dels riscos de l'automedicació.
- Els símptomes de toxicitat poden ser una alerta de mala utilització, també en els fàrmacs que han estat prescrits per un professional.
- El desenllaç del cas ens els va oferir l'eina més bàsica i útil que tenim a l'abast: l'entrevista clínica.

Addicció a Tramadol:

- El tramadol té una farmacologia complexa i els efectes dels metabòlits actius depenen de l'activitat enzimàtica *CYP2D6*, amb gran variabilitat interindividual.
- Se li reconeix capacitat addictiva però hi ha molt poca experiència descrita.
- Davant de l'addicció hi ha dues opcions: la desintoxicació amb retirada progressiva del fàrmac i el tractament de manteniment amb altres opioides.
- La nostra experiència ha estat bona amb el tractament de manteniment amb buprenofina + naloxona, que es va reduint de dosi molt lentament però que encara mantenim un any més tard. El pacient ha experimentat milloria en l'estat general, la consciència, les relacions familiars i les exacerbacions respiratòries.

Analgèsia amb opiacis, què podem fer?

- Abans d'indicar el fàrmac valorar si realment és el que el pacient necessita. Valorar alternatives.
- Si decidim prescriure'l fer-ho de manera acurada, a les dosis precises, per la via d'administració correcta, durant el mínim temps necessari i amb els controls adequats.
- Fer molt més que una simple recepta. Explicar al pacient davant de quin fàrmac estem, quins són els riscos i els beneficis, les alternatives, els efectes adversos esperables i com resoldre'ls i establir el seguiment.

- Hi ha eines validades i fàcils d'utilitzar a la consulta per valorar el risc d'abús d'opiacis abans de prescriure'ls (per ex. Opiod Risk Tool-ORT) i d'altres per valorar la mala utilització del tractament opiaci una vegada ja està instaurat (ex: Current Opioid Misuse Measure- COMM9).

BIBLIOGRAFIA

- Miotto K, Cho AK, Khalil MA, Blanco K, Sasaki JD, Rawson R. Trends in Tramadol: Pharmacology, Metabolism, and Misuse. Anesth Analg. 2017;124(1):44-51. Disponible a: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27861439
- Raffa RB. Basic pharmacology relevant to drug abuse assessment: Tramadol as example. Vol. 33, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2008. p. 101-8.
- Orman JS, Keating GM. Buprenorphine/Naloxone. Drugs. 2009;69(5):577-607. Disponible a: http://link.springer.com/10.2165/00003495-200969050-00006
- Caldiero RM, Parran T V, Adelman CL, Piche B. Inpatient initiation of buprenorphine maintenance vs. detoxification: can retention of opioid-dependent patients in outpatient counseling be improved? Am J Addict;15(1):1-7. Disponible a: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449087
- Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. Pain Med. 2005;6(6):432-42
- Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. Pain. 2007;130(1-2):144-56
- McCaffrey SA, Black RA, Villapiano AJ, Jamison RN, Butler SF. Development of a Brief Version of the Current Opioid Misuse Measure (COMM): The COMM-9. Pain Med. 2019;20(1):113-8. Disponible a: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29237039

Citació

Autores: Ballarín Castany, Àngels; Franquesa Novellasdemunt, Anna; Campillo Casado, Esther

Títol: Una addicció amagada i atípica

Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 141

https://apsalut.cat/2019/10/21/una-addiccio-amagada-i-atipica/

Data: 21 d'octubre de 2019

Uns vòmits que no molen

Autores: Mariona Condom Siñol i Mariona Teixidor Camps. MIR R1 Medicina de Família i Comunitària. EAP Sardenya

Dona de 44 anys, amb trombosi de l'ull dret en el postpart com a únic antecedent d'interès, que havia acudit a urgències de l'hospital de tercer nivell per nàusees i vòmits després de les ingestes, de pocs dies d'evolució, acompanyats de dolor abdominal a nivell d'epigastri sense febre ni canvis en el ritme deposicional. Es va orientar com a gastritis aguda i es va pautar tractament a domicili amb omeprazol 20mg/dia, antiàcids amb els àpats, metoclopramida 10mg i analgèsia.

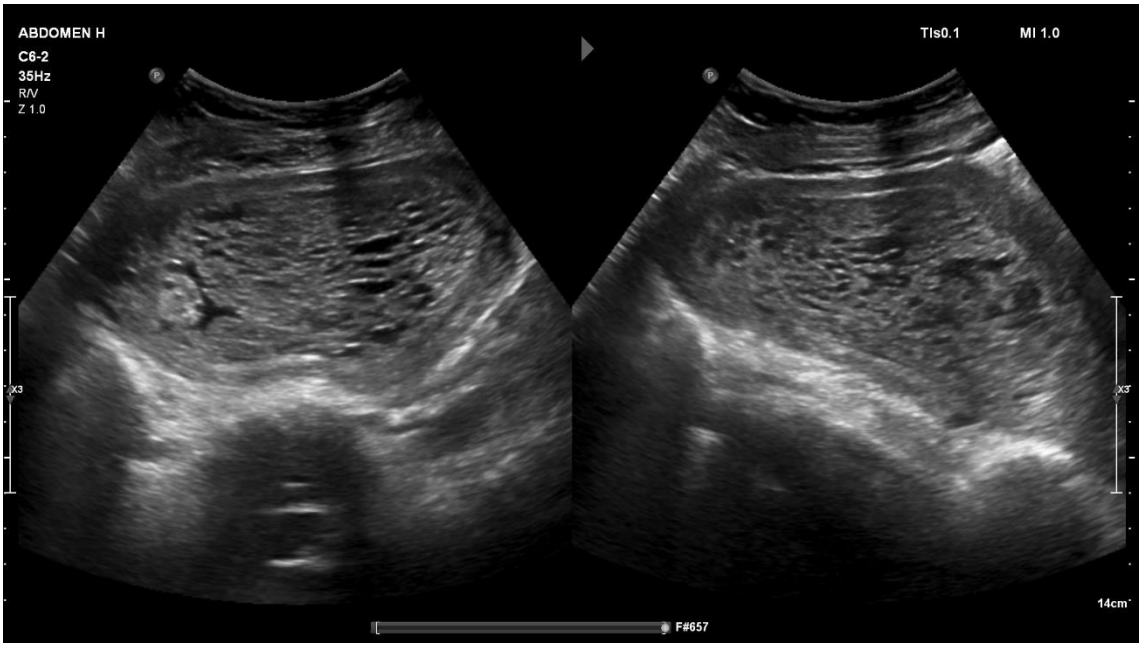
La pacient va reconsultar una setmana més tard per persistència de la clínica de vòmits, pirosi i dolor epigàstric malgrat un bon compliment del tractament. Data de l'última regla la setmana anterior. A l'exploració física, abdomen tou i depressible, peristaltisme conservat, dolorós a la palpació de forma difusa.

El diagnòstic diferencial per la clínica de vòmits i dolor abdominal inclou principalment alteracions digestives, però també altres causes:

- Causes intestinals: gastroenteritis, úlcera pèptica, hepatitis aguda, còlic biliar, colecistitis aguda, colangitis aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, malaltia inflamatòria intestinal, obstrucció intestinal.
- Causes ginecològiques: embaràs, embaràs ectòpic, malaltia inflamatòria pèlvica, salpingitis.
- Causes nefrourològiques: còlic nefrític, pielonefritis aguda, hidronefrosi.
- Altres causes: en dolor epigàstric pensar en cardiopatia isquèmica.

L'analítica únicament mostrava una lleugera alteració de la funció hepàtica amb patró de colèstasi (elevació GGT i FA). Es va sol·licitar valoració per Cirurgia General, qui va descartar patologia quirúrgica aguda.

Reinterrogant, la pacient explicava última regla de quantitat menor al normal. Es va decidir sol·licitar una determinació de Gonadotropina coriònica βhCG, que va resultar ser de 823.161UI/L. A la vegada, es va sol·licitar ecografia abdominal, en la qual es va detectar massa intrauterina suggestiva de mola hidatiforme.



Es va derivar a Ginecologia, on li van realitzar una ecografia transvaginal identificant un úter augmentat de tamany ocupat pràcticament en la seva totalitat per una imatge heterogènia amb múltiples imatges quístiques anecoiques de 108x83x102mm sense imatges embrionàries, compatible amb mola hidatiforme.

La malaltia trofoblàstica és resultant de la proliferació trofoblàstica de l'embaràs. Clínicament, es caracteritza per sagnat, el símptoma universal de la malaltia, sent molt variable, des de «taques» fins a importants hemorràgies. Presenta un úter tou i de major grandària que l'esperat per la seva edat gestacional, cèrvix tancat, expulsió de vesícules (rar però patognomònic), hipertensió gravídica (preeclàmpsia abans de les 24 setmanes de gestació pot ser deguda a gestació molar), nàusees, vòmits, i més rarament signes d'hipertiroïdisme i fenòmens embolígens. El seu diagnòstic es confirma amb determinació de la ß-HCG, que presenta valors> 100.000 mUI / ml) i l'ecografia, sent el diagnòstic definitiu anatomopatològic (1)

(1) Gomez Marcos MA, Mendez Soto D. Hemorragia del primer trimestre del embarazo. AMF 2010;6(5):269-278

Citació
Autores: Condom Siñol, Mariona i Teixidor Camps, Mariona
Títol: Uns vòmits que no molen
Revista: APSalut. Volum 7. Número 5. Article 146
https://apsalut.cat/2019/12/15/uns-vomits-que-no-molen/
Data: 15 de desembre de 2019

Rotació externa: experiència a Cuba

Autor: Adrián Peña Fernández. R4 MFiC EAP Vic (CAP El Remei)

EXPERIÈNCIA A VIÑALES (CUBA) COM A ROTACIÓ EXTERNA - MARÇ 2018

En el següent article explicaré breument i sense entrar en massa detalls la meva experiència de rotació en un poble de la part més occidental de l'illa de Cuba: Viñales. És un poble d'uns 30.000 habitants que des de fa alguns anys forma part del circuit de llocs turístics de la majoria de visitants estrangers que venen a l'illa cada any a la recerca d'un paisatge paridisíac i una forma de vida "caribenya".

El primer lloc explicaré les meves motivacions per voler anar a fer la rotació allà i no a un altre indret: a més del misteri d'un país del que es parla tant i les ganes d'intentar entendre la seva manera de viure, em movia principalment la idea de conèixer un país que malgrat tenir grans dificultats econòmiques té uns indicadors de Salut més propis d'una economia del primer món. I així em vaig disposar a descobrir-ho.

Al principi ens van rebre a la Facultat de Ciències Mèdiques de la Universitat de Pinar del Río (capital de la regió), on ens van explicar el procés universitari per estudiar Medicina (són 6 anys igual que aquí, després dels quals s'ha de realitzar un examen "final" que no és tipus MIR). Després, tots han de treballar com a MGI (Metge General Integral) en un consultori durant 2 anys. Fins aquí seria suficient si es vol ser MGI, però si es vol fer una especialitat diferent cal postular-se per un examen d'especialitat i la durada és similar a la d'aquí (uns 4 anys les especialitats mèdiques i medicoquirúrgiques, i 5 anys les quirúrgiques).

Ja a Viñales vam anar a conèixer el nostre tutor al consultori, un MGI que havia estat de missió a l'Àfrica i a diversos països de Llatinoamèrica prestant servei sanitari a llocs amb encara menys recursos (la majoria de MGI realitzen aquests serveis perquè és una bona manera de conèixer les realitats d'altres països). El sou mensual és d'uns 60-80 €.

Ens va explicar que en una població de 30.000 habitants hi ha 30 consultoris (de vegades el metge de família o MGI viu a la mateixa construcció del consultori, ja que si hi ha una urgència al barri se l'avisa sigui l'hora que sigui). Hi ha molts consultoris perquè són sales petites amb poc material tècnic, la taula, el fonendoscopi i poc més, això sí, hi ha uns armaris enormes on s'hi guarden totes les històries clíniques dels pacients en paper, amb la feina que això implica a l'hora de controlar els pacients amb malalties cròniques…

Es podria dir que la cèl·lula principal del sistema sanitari cubà és el consultori. Suposa el centre de molts SERVEIS dels que gaudeixen els habitants de cada zona, des de poder consultar qualsevol problema de salut individual, familiar o de la comunitat fins rebre la cartilla de la dieta o el carnet de salut que és imprescindible per buscar feina. El MGI fa una mitjana d'unes 16-20 visites diàries ja programades i després atén les demandes agudes que van arribant al consultori, i sí, normalment es queda fins que acaba encara que no sigui el seu horari establert. A més, es realitzen visites a domicili que es diuen "terreny", i que consisteixen en anar casa per casa dels pacients per fer seguiment dels enllitats, altes recents de l'hospital, etc. I també per anar sol·licitant possibles donants de sang, analitzant l'estat físic dels habitatges, les dinàmiques intrafamiliars, els hàbits de vida…

Es podria dir que el sistema de salut cubà ha aconseguit portar els especialistes fora de l'àmbit hospitalari, ja que hi ha les interconsultes d'especialista de forma regular (cada 15 dies habitualment) en què el MGI deixa els casos més difícils o que no sap gestionar i els comenta en aquestes interconsultes periòdiques (els principals són internistes, pediatres, ginecòlogues, nutricionistes, estomatòlegs) el servei és gratuït, i això forma el que s'anomena un Grup Bàsic de Treball. I depenen, en el cas de Viñales, d'un hospital Policlínic de poca capacitat que seria el centre de referència on s'envien a realitzar una analítica o una ecografia el mateix dia si el MGI ho indica en el consultori, i després els pacients tornen amb el resultat escrit a mà en un paper. Si el cas requereix atenció més especialitzada s'envia a un Hospital de 2n o 3r nivell que solen estar a les capitals de província o regionals, i allà disposen de màquines complexes per a realització de TC, RMN, etc.

Comprovem també l'abordatge preventiu-epidemiològic amb què tracten als pacients, potser per això amb pocs recursos són capaços de tenir una de les taxes de mortalitat infantil més baixes del planeta, o l'absència de malnutrició infantil. Estan molt orgullosos del PAMI (Programa d'Atenció Maternoinfantil), mitjançant el qual donen una atenció profunda tant de l'embaràs com del part i de la criança dels infants. Com a anècdotes, comentar-vos que allà pràcticament totes les dones pareixen en ambient hospitalari, no reben anestèsia peridural en el part i després tenen dret a una baixa retribuïda durant 1 any, i els homes de 6 mesos). Així mateix es controla molt detingudament l'estat nutricional dels nadons, si les condicions de la casa són propícies per a la criança, etc.

En aquest enfoc "epidemiologista" també cal dir que classifiquen els pacients en 4 grups de salut: Grup I (sans), Grup II (sans amb risc), Grup III (persones malaltes o amb diagnòstic de malaltia no transmissible/crònica) i Grup IV (discapacitats/diagnòstic de malaltia amb seqüeles). En funció del grup en què és classificat un pacient se li atorguen major o menor nombre de visites i se li proporcionen diferents aliments a la cartilla de la dieta (per exemple si és diabètic o hipertens). D'altra banda es realitza un seguiment estricte de les malalties infeccioses tropicals, de manera que gairebé no s'observen casos de malària, dengue, chicungunya etc. Fins al punt que si hi ha alerta de dengue en una població i apareix un síndrome febril s'actua com si ho fos fins que es demostra el contrari.

Durant tot un mes vam estar rotant pels diferents serveis del poble i sortint gairebé cada dia a la comunitat i coneixent els problemes de salut de les persones. Vam acudir al Cercle d'adolescents, al d'embarassades, a la Casa de l'Avi, així com a centres de segon nivell com un centre especialitzat en Diabetis amb educadors nutricionistes que instrueixen als pacients descompensats o recentment diagnosticats.

La manca d'adherència a tractaments sobretot en malalties cròniques reflexa l'escassetat d'alguns medicaments que de vegades s'endarrereixen arribant uns dies més tard havent de continuar amb altres fàrmacs similars (per exemple pacients en tractament amb enalapril cada 24 hores, de vegades venien prenent Captopril cada 8 hores durant dies).

Finalment explicar-vos que la sensació final d'aquesta experiència és que la comparació dels dos sistemes de salut és complexa, però m'ha servit per aprendre que un enfocament preventiu i epidemiològic, a més d'anticipar-se a la malaltia, sembla ser més barat a llarg termini. També vull expressar el meu agraïment a la unitat docent i a les persones que ens van rebre allà, ja que per a mi ha suposat una experiència molt enriquidora; si bé un mes m'ha semblat temps insuficient per conèixer profundament una altra manera d'entendre un servei de salut en una altra cultura molt diferent.

Citació
Autors: Peña Fernández, Adrián
Títol: Rotació externa: experiència a Cuba
Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 129
https://apsalut.cat/2019/03/11/rotacio-externa-experiencia-a-cuba/
Data: 11 de març de 2019

Vocalia Jornada de Residents de la CAMFiC 2018

XXI Jornada de Residents de la CAMFiC

Autors: Violeta Uriach Timoneda. Vocal de Residents de la CAMFiC i R4 de MFiC de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor) d'UDACEBA. Alberto Galdamez Rayo. Vocal de Residents de la CAMFiC i R2 de MFiC del CAP de Valldoreix, Mútua de Terrassa.

Des de la Vocalia de residents, un any més, ens agradaria convidar-vos a participar en la propera Jornada de Residents de la CAMFiC que se celebrarà el proper 12 d'abril al Palau Macaya a Barcelona.

Les Jornades de Residents se celebren un cop l'any i hi poden participar tots els residents de medicina familiar i comunitària així com aquells metges/esses que acaben de realitzar el MIR i es plantegen la nostra especialitat.

Les Jornades són un punt de trobada d'informació i actualització de la nostra especialitat. Volem unes jornades actives, dinàmiques i participatives que englobin diversos temes d'actualitat.

Aquest any s'estructurarà en una benvinguda i ponència inaugural parlant de la Compassió a la consulta, posteriorment, tindrem quatre espais on es realitzaran paral·lelament quatre xerrades, en dos torns, a triar entre els assistents. El programa ha estat elaborat pels propis residents de la Vocalia amb temàtiques que hem trobat interessants per reflexionar, aprendre, conèixer i actualitzar-nos. Un programa creat per residents i destinat a residents. En el primer torn, es parlarà de Sortides laborals (rural, pediatria i urgències), també podem gaudir d'una xerrada de Médicos del Mundo que ens explicaran les experiències i les possibilitats de participar activament en una ONG. Hi haurà una xerrada especial per R1 on es repassarà l'exploració de l'aparell locomotor i per últim una xerrada pels metges/esses preMIR, que encara no han triat especialitat, **Medicina Familiar i Comunitària d'avui**. Els primers preMIRs que s'apuntin, a part d'aquesta xerrada, podran gaudir de tota la Jornada i fer-se una idea encara millor de les possibilitats i diversitat de la nostra especialitat.

En el segon torn, podrem gaudir d'una ponència sobre el moviment **Vasco de Gamma** i tot el que ens pot oferir, una xerrada d'**Actualització en sexualitat**, tot allò que vols saber i mai t'has atrevit a preguntar, una ponència de **Teatre social** destinat a persones amb malaltia mental, un projecte innovador, diferent i una bona manera d'aportar salut comunitària a les nostres jornades, i es coneixeran els **projectes d'investigació** presentats.

A la tarda es realitzaran quatre tallers pràctics. Haurem d'escollir entre **Dermatologia (infeccions de transmissió sexual), Infiltracions, Ecografia o Taller d'accident amb múltiples víctimes** (es realitzarà en anglès i català). Uns tallers dinàmics que ens ajudaran a aprendre, practicar i consolidar coneixements que ben aviat podrem aplicar a les nostres consultes.

Un cop acabats els tallers, entrega de premis de les presentacions d'investigació i comiat.

Us animem a participar activament, enviant comunicacions (casos clínics, treballs d'investigació, experiències docents...) El comitè científic seleccionarà els treballs més destacats que seran presentats de manera oral i optaran a premi.

Us animem a tots i a totes a venir i gaudir de les XXI Jornades de Residents de la CAMFiC. Així com a formar part de la Vocalia de residents. I a aquells metges/esses que heu acabat el MIR i voleu saber més sobre la nostra especialitat, us esperem amb els braços oberts!

Citació
Autors: Uriach Timoneda, Violeta; Galdamez Rayo, Alberto.
Títol: XXI Jornada de Residents de la CAMFiC
Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 128
https://apsalut.cat/2019/03/15/xxi-jornada-de-residents-de-la-camfic/
Data: 15 de març de 2019

Un centre d'Atenció Primària Integral: CAPI Baix-a-Mar

Autors: Equip Atenció Primària CAPI Baix-a-Mar
(Versió adaptada del Projecte "Centre d'Atenció Primària Integral Baix-a-Mar: Model d'Integració de Serveis d'Atenció Primària de Salut i Serveis Socials" al premi convocat per la Fundació Avedis Donabedian a l'Excel·lència en Qualitat en la Intergració Assistencial l'any 2011)

El nostre Centre d'Atenció Primària Integral va iniciar la seva activitat el desembre de l'any 2009, ara farà 9anys. Va néixer com un projecte innovador on s' integren els Serveis Socials de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú i els Serveis Assistencials de Salut d'una Àrea Bàsica.

Creiem que el fet de donar a conèixer i fer visible la nostra manera de fer i projecte pot ser d'interès pel mateix, pels professionals que hi participen i per l'Organització que l'acull i pot ser d'utilitat per aquells que vulguin treballar en aquesta línia del treball integral, essent un element de motivació i participació de tot l'equip.

Davant les noves necessitats de serveis i la ineludible necessitat de coordinació entre nivells, professionals i organitzacions, les entitats proveïdores de serveis, encoratjades per les polítiques del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, mostren una clara tendència a integrar serveis i conformar les Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI) i/o a establir aliances estratègiques amb altres entitats quan la integració formal i estructural no és possible. Aquesta integració ha de permetre treballar en aquells àmbits socials que impacten en la salut de les persones però que no poden ser abordats únicament des del camp sanitari. Exemples d'això en són les desigualtats, la pobresa, la soledat o la dependència, entre d'altres. Aquest model d'integració de serveis que plantegem estableix a Vilanova i la Geltrú un doble format de prestació de serveis a l'Atenció Primària.

La proposta d'una integració entre atenció primària i serveis socials pretén garantir l'adequació entre la complexitat de la demanda, del problema de salut/social i la resposta del sistema. D'aquesta forma es pretén que cada problema sigui atès en el lloc on millor pot ser resolt contribuint a altres aspectes com:

- La desmedicalització de la resposta a problemes de salut banals que no obtenen benefici específic de l'atenció en els serveis de salut, atès que l'activitat dels clínics pot ser important en casos i situacions concretes, però cal evitar un excessiu èmfasi en els factors individuals.
- Evitar la dependència institucional en la resolució de les dificultats socials de les persones i/o famílies en aquelles qüestions que no requereixen de la intervenció dels professionals de l'àmbit social. L'objectiu es capacitar-los perquè sigui la pròpia persona i/o la família els protagonistes del canvi.
- Afavorir una utilització més racional dels serveis.
- L'elaboració de nous formats més consistents, flexibles i adequats a una població amb un estil de vida molt hedonista i amb escassa capacitat d'afrontar els patiments i malalties amb l'objectiu de facilitar la seva realització personal i social.
- Enfortir dues de les característiques de l'AP que són l'atenció integral i longitudinal atès que s'admet que els sistemes sanitaris orientats a l'AP tenen millors resultats i major satisfacció a un cost inferior.

La integració de serveis socials i sanitaris

La integració (més enllà de la coordinació) dels serveis sanitaris i socials ha de representar un pas endavant en la forma d'entendre els serveis d'Atenció Primària. La separació existent entre els serveis sanitaris i socials, amb freqüents segmentacions dins de cada una d'aquestes àrees, respon a necessitats organitzatives resoltes amb esquemes simplificadors, però no a necessitats dels receptors dels serveis, les persones i la comunitat. Trencar amb aquesta cronificadament establerta separació de serveis pot generar, entre d'altres, problemes organitzatius de certa complexitat, dificultats de "canvi cultural" sempre delicats, però pot facilitar el fet d'ajustar-se més i millor a les necessitats globals de la població.

La integració del serveis sanitaris i socials permetrà incrementar el ventall de resolució de problemes, potenciant la capacitat i competència dels professionals. El fet de treballar plegats pot contribuir a fer-ho més a gust, amb la sensació de recolzament mutu. Aquesta integració és poc habitual en l'organització de l'Atenció Primària i, en general comporta un sentiment de frustració entre els treballadors i de discontinuïtat en el servei.

Model integral d'atenció

A continuació s'exposen de forma breu els eixos principals del projecte integral del nostre centre:

Es constitueix un **equip** únic de treball format per tots els professionals de serveis socials i de salut, que comparteixen un espai, recursos, direcció, activitats de formació i organització comuns.

Es consolida un **model organitzatiu** de treball en Unitats Bàsiques Assistencials Integrades formades per metge/infermera/treballador social/educador social) i que comparteixen una població comú i un objectiu conjunt. La responsabilitat dels usuaris és compartida i qualsevol dels professionals de la UBAI pot aporta el cas per tractar conjuntament o amb tercers, per exemple Salut Mental i/o Pediatria. Entre aquests professionals s'han instaurat circuits i activitats compartides d'atenció conjunta i es planifiquen les estratègies d'actuació dels casos elaborant plans conjunts d'actuació (figura 1). A cada UBAI participa un administratiu de referència que gestiona, acompanya i facilita el trànsit de la seva població de referència (cites; proves complementàries…).

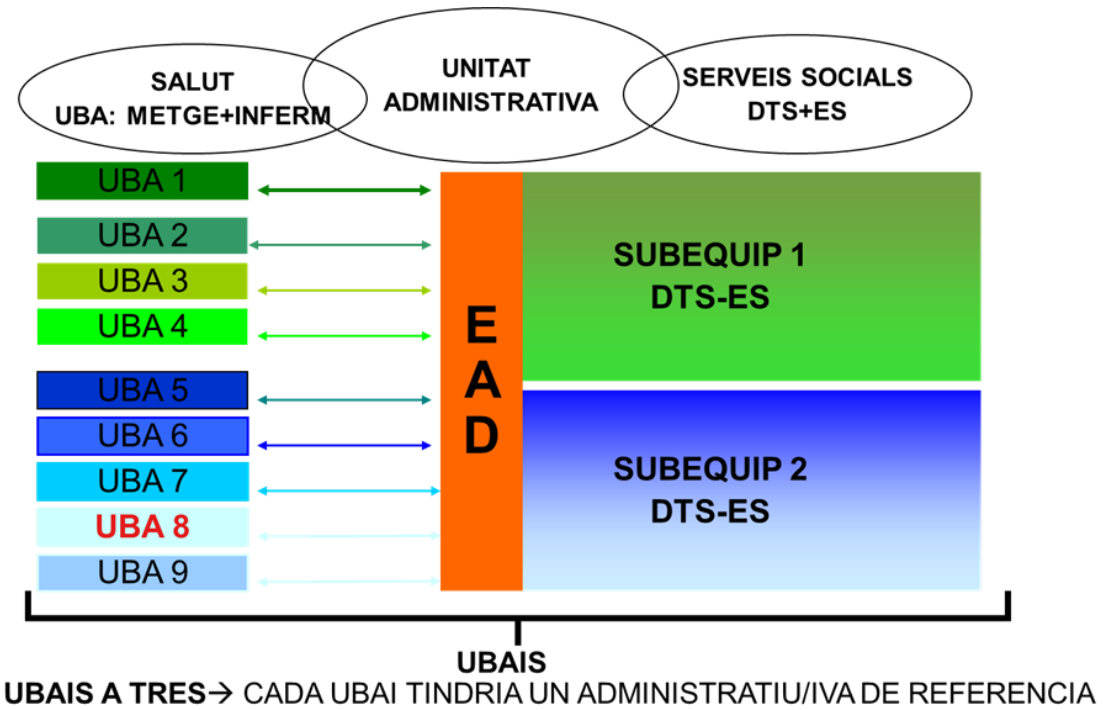


Figura 1. Esquema organitzatiu en UBAIs on participa personal de salut, serveis socials i administratiu amb un eix comú que és la població de referència compartida.

Les UBAIs tenen plena autonomia per gestionar la seva població, sempre respectant els circuit generals comuns establerts al centre, per exemple (citació d'usuaris, assignació de població etc). Els criteris d'assignació als metges i infermeres i treballadors socials i educadors s'han fet respectant l'homogeneïtat de les càrregues (estratificació dels cupos segons edat, gènere; nombre de pacients en atenció domiciliària i procedència).

En aquest model pren rellevància **l'administratiu assistencial i informador**. Aquesta figura d'informador, suficientment desenvolupada a serveis socials, s'integra a l'entorn de salut. L'administratiu desenvolupa tasques clau en el funcionament dels circuits del centre: derivar la demanda al professional que millor la pot resoldre, atendre de manera autònoma problemes administratius que no requereixen d'un assistencial per la seva resolució i desenvolupa tasques per delegació i amb l'acceptació expressa de l'usuari.

Per altra banda tots els administratius del centre coneixen els recursos de la zona i tenen la formació i capacitat per donar informació de recursos bàsics o informar dels primers passos de tramitacions senzilles. Alguns professionals amb formació més específica poden resoldre problemàtiques de més complexitat amb una cartera pròpia de serveis i un nivell de resolució molt òptim (87,8% de resolució estimat a partir d'una mostra de dos setmanes; % correctament ubicat a primera acollida).

S'afavoreix un model organitzatiu que potenciï les **capacitats i la resolució** de cada grup professional. Per exemple, es desenvolupa el paper d'infermeria autònom que participa activament en aspectes d'infància, maltractament, gent gran, cronicitat. Paulatinament, tot i mantenint les especificitats de cada grup professional, s'ha incrementat l'espai d'intersecció entre els diferents grups professionals. A més espai d'intersecció, més gran és l'"elasticitat", i per tant, la capacitat d'adaptació i de resposta als problemes sociosanitaris i l'usuari esdevé de forma real el centre d'atenció.

També s'ha desenvolupat un paper més autònom d'infermeria en la gestió de problemes de salut de baixa complexitat i en la planificació, seguiment i disseny de la trajectòria del pacient crònic conjuntament amb serveis socials.

Tots els professionals de salut i serveis socials tenen accés obert i prioritari a les agendes de la resta de professionals de l'equip. Es pot optar per un model de cooperació on l'usuari no sigui present però entre els professionals s'elabori un pla de treball conjunt: es realitzen visites conjuntes entre els professionals més adients per fer-ho, es poden fer intervencions fora del centre a altres institucions (per exemple escoles) o visites domiciliàries. L'accés a les agendes és lliure entre professionals i es poden programar visites administratives sense que sigui necessari el desplaçament de l'usuari (per exemple: informe mèdic per gestionar la sol·licitud de la llei de dependència). Al centre, i de manera programada, l'atenció integral multidisciplinar incloent l'usuari, com a centre de l'atenció, és la clau en les visites conjuntes que sovint realitzem, tot marcant una línia de treball transversal, consensuada i pactada amb l'usuari i el seu equip assistencial social i sanitari. Amb aquesta organització s'han eliminat els intermediaris i la relació per estaments es fa transversal, directa i propera.

En resum, la sol·licitud de visita per a un o altre és només el mecanisme d'accés, la finalitat de l'usuari i de l'organització és que li solucionin el seu problema. A la figura 2 s'exposa el circuits de derivacions actuals.

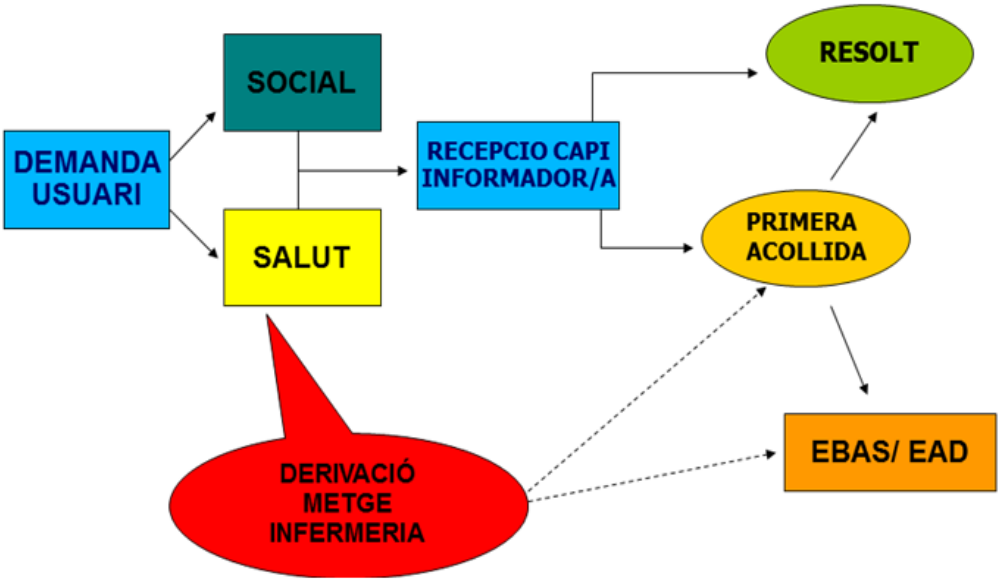


Figura 2. Circuits de derivació actuals entre salut i serveis socials.

Dins del **calendari de formació** de l'equip s'han instaurat els dimecres de coordinació, on es treballa de forma conjunta i amb diferents formats casos (sessions conjuntes formatives, sessions de casos clínics amb una orientació formativa i de discussió de circuits, presentació de projectes conjunts…). També s'han organitzat cursos i tallers conjunts així com activitats formatives fora del centre.

Atenció comunitària i grupal

En un marc teòric, els serveis d'atenció primària són intrínsecament propers a la població, amb una visió molt oberta, amb una necessitat de ser participatius, i amb un comportament no només receptiu, sinó vocacionalment proactiu.

Però a la pràctica, les circumstàncies condicionen sovint que la realitat no s'ajusti com voldríem al marc teòric existent. Això es posa de manifest en el fet que el comportament dels serveis d'atenció primària, especialment els serveis sanitaris, es limita a actuacions reactives per donar resposta a una demanda creixent, sense disposar de temps per planificar i desenvolupar activitats dirigides a actuar sobre les necessitats no demandades.

Mitjançant la integració dels serveis sanitaris i socials d'atenció primària, aquests darrers poden aportar una visió i una experiència d'actuacions més proactives, més properes a la comunitat. Les actuacions amb visió comunitària són un altre dels elements i eixos que defineixin la personalitat del CAPI Baix-a-Mar. I això, entre d'altres coses, s'ha de fer palès en la pròpia forma d'utilització de les infraestructures, de l'espai disponible. Així, les instal·lacions es poden emprar per realitzar activitats d'educació sanitària dirigides a grups d'usuaris o dirigides a població general, sigui a instàncies dels propis professionals o per iniciativa de la comunitat, però a l'hora pot ser un espai on es puguin realitzar altres activitats de formació o informació d'interès per a la comunitat sense que estiguin relacionades amb aspectes de salut o socials i sense participació dels professionals del CAPI.

A banda, i en part gràcies als professionals de serveis socials, el CAPI s'ha transformat en un Centre amb vida pròpia obert a la comunitat. Les nostres sales d'espera fredes a l'inici s'han transformat en sales d'exposicions d'art, el CapiArt, exposició i concurs de dibuixos infantils dins el context del projecte "Fem Barri", entre d'altres. Alhora cal fer una menció especial a l'espai de lleure i conciliació ubicat en una sala del centre i que acull a infants de 4 a 10 anys.

Són moltes també les activitats comunitàries i grupals que s'han consolidat en aquest temps com per exemple: consulta oberta de drogodependències; grups de cuina emocional; grups psicoeducatius en pacients amb ansietat; el projecte nadó; el racó dels menuts; reforç escolar; taller d'esquena; participació en entitats associatives del barri, entre d'altres.

Com a éssers socials que vivim i ens relacionem en grup la proposta d'anar més enllà del treball individual per apostar per un treball de grup ens sembla una eina excel·lent per abordar dificultats específiques d'etapes de vida, motor pels canvis i facilitador d'una forma d'ensenyar pautes de relació, conducta, hàbits… que ajudin a millorar la relació de la persona amb ella mateixa i amb l'entorn proper.

Direcció i lideratges

L'organització s'ha establert considerant a efectes funcionals un únic equip independentment de la seva contractació.

La Direcció del centre està constituïda per un director metge, una adjunta a la direcció, infermera, un responsable de l'Àrea d'Atenció a l'usuari i un responsable de serveis socials, que a tots els efectes participen i són reconeguts per l'equip com integrants de la Direcció del Centre. La integració dels serveis socials en la Direcció del Centre es va considerar un punt clau en el projecte.

BIBLIOGRAFIA

- Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC 2005; 12: 579-81.
- Starfield B. Is Primary Care Essential. Lancet. 1994; 344:1129–33.
- Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 18:414-18.

Citació

Autors: Equip Atenció Primària CAPI Baix-a-Mar

Títol: Un centre d'Atenció Primària Integral: CAPI Baix-a-Mar

Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 124

https://apsalut.cat/2019/01/17/un-centre-datencio-primaria-integral-capi-baix-a-mar/

Data: 22 de gener de 2019

Burnout i malestar psicològic dels residents de Medicina Familiar i Comunitària

Autors: Cristina Alonso Masanas[1], Maria Alonso Martínez[2], Mireia García Batanero[3], Maria Fernanda Izquierdo[4], Aida Ovejas López[4], Maria Rodríguez Barragan[2], Jaume Rodríguez Benítez[3].

[1]Resident MFiC EAP La Pau, Barcelona Ciutat ICS; [2]Resident MFiC EAP La Mina, Barcelona Ciutat ICS; [3]Resident MFiC EAP El Clot, Barcelona Ciutat ICS; [4]Resident MFiC EAP Poblenou, Barcelona Ciutat ICS.

Resum del treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2018 – 5a edició

RESUM

Introducció: Durant la residència hi ha canvis constants a la vida dels residents que poden influir en la pràctica mèdica. Amb el present estudi es pretén identificar el grau de malestar psicològic i de burnout en aquesta població, així com la relació amb els estils de vida i el grau de satisfacció.

Metodologia: Es tracta d'un estudi transversal realitzat mitjançant una enquesta presencial anònima i voluntària als residents de Medicina Familiar i Comunitària de dues unitats docents de Catalunya. Per valorar el grau de malestar psicològic s'ha utilitzat l'escala General Health Questionnaire (GHQ-12) i pel burnout l'escala Maslach Burnout Inventory (MBI). També s'ha

preguntat pels estils de vida, característiques laborals i grau de satisfacció en diversos aspectes de la vida personal i laboral.

Resultats: S'ha obtingut un índex de resposta del 76,9% (n=214), de les quals el 72,3% (n=154) són dones. La prevalença de burnout ha estat del 33,8% (n=68) i la de malestar psicològic de 40,4% (n=84). S'observa que la prevalença de burnout és més elevada en aquells residents que presenten malestar psicològic (50,0%; n=42). Respecte als estils de vida, un 12,1% dels residents són fumadors (n=26) i el 84,0% (n=179) dorm entre 6 i 8 hores. El 39,4% (n=84) han consumit antidepressius, benzodiazepines o antipsicòtics algun cop a la vida, essent un 10,6% (n=22) el consum en els últims 30 dies. Analitzant el grau de satisfacció, s'observa que el 63,5% (n=99) dels residents que estan satisfets o molt satisfets amb les amistats no presenten malestar psicològic, de manera estadísticament significativa.

Discussió i conclusions: Hi ha una elevada prevalença de malestar psicològic i burnout en els residents de medicina familiar i comunitària, observant una relació entre ells, doncs els residents amb malestar psicològic presenten major burnout. La proporció de residents amb malestar psicològic de l'estudi és superior respecte altres estudis publicats. Això podria ser degut al fet que l'estat emocional influeix significativament en la vida diària i, per tant, també en l'entorn laboral però caldria fer més estudis per confirmar aquestes hipòtesis. També caldria aplicar mesures preventives per millorar el grau de malestar emocional i burnout.

Agraïments: A la tècnica de salut en Atenció Primària de la UD Barcelona Ciutat ICS, Ma. Isabel Fernández San Martín, i a la Cap d'Estudis de la UD Barcelona Ciutat ICS, Judit Pertíñez Mena, per acompanyar-nos en el procés d'elaboració i publicació del projecte. Als companys d'investigació Albert Xicola, Daniel Maia, Laura Cardona, Sheila Cordido i Biel Rosselló.

Paraules clau: "Burnout, professional", "Stress, psychological", "Internship And Residency".

Citació

Autors: Alonso Masanas, Cristina; Alonso Martínez, Maria; García Batanero, Mireia, Fernanda Izquierdo, Maria; Ovejas Lopez, Aida; Rodríguez Barragan, Maria; Rodríguez Benítez, Jaume
Títol: Burnout i malestar psicològic dels residents de Medicina Familiar i Comunitària
Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 142
https://apsalut.cat/2019/10/19/burnout-i-malestar-psicologic-dels-residents-de-medicina-familiar-i-comunitaria/
Data: 19 d'octubre de 2019

Avaluació de l'adequació de l'ús de bifosfonats per al tractament de l'osteoporosi en dones postmenopàusiques ateses en un CAP

Autors: Gissellth Garcia Mora, MIR medicina de família i comunitària. Karla Rocio Salas Gama, especialista en nefrologia i en medicina preventiva i salut pública. Carles Brotons Cuixart, metge de família. Carolina Requeijo Lorenzo, especialista en medicina interna i en medicina preventiva i salut pública.

Objectiu

Avaluar l'efectivitat d'una intervenció per millorar l'adequació del tractament per a l'osteoporosi en dones postmenopàusiques ateses en un Centre d'Atenció Primària (CAP) abans i després d'una intervenció.

Material i mètodes

Estudi quasi-experimental de tipus abans-després d'una intervenció en un CAP a dones postmenopàusiques amb diagnòstic d'osteoporosi en la història clínica o amb sol·licitud de densitometria o en tractament amb bifosfonats actiu.

Es va seleccionar una mostra aleatòria de 106 pacients en el primer tall i de 107 en el segon tall després de la intervenció, dels quals es van recollir variables sociodemogràfiques, clíniques i de tractament.

La intervenció va consistir en realitzar una sessió clínica als metges del CAP i de l'hospital de referència, presentant resultats de la primera anàlisi d'adequació, a més d'afegir avisos en la història clínica del CAP sobre els criteris de tractament amb bifosfonats i inclusió d'un enllaç pel càlcul de risc amb el Frax. Es van considerar raons de potencial inadequació:

- L'inici de tractament farmacològic en pacient sense antecedent de fractura per fragilitat i risc baix o amb risc mitjà-alt sense DMO prèvia.
- L'inici no justificat amb un altre fàrmac que no sigui Alendronat.
- Més de 5 anys de tractament amb bifosfonats o més de 3 anys en el cas de Zolendronat en dones sense antecedents de fractura prèvia per fragilitat.

Es van comparar les proporcions mitjançant la prova de khi al quadrat, i l'anàlisi es va realitzar amb el programa estadístic STATA. El projecte va comptar amb l'aprovació del CEIC.

Resultats

L'edat mitjana de la població pre i post-intervenció va ser de 75 (de 10,6) i 74 (de 11,3) anys, respectivament.

Després de la intervenció:

- El grau d'adequació del tractament va passar del 53,4% al 72,3% ($p < 0.01$)
- El registre d'antecedent personal de fractura per fragilitat va passar del 51% al 63% ($p < 0.01$)
- La utilització d'eines per calcular el risc va passar del 10% al 30% ($p < 01$)
- La inadequació de la durada del fàrmac va disminuir d'un 19% a 11% ($p < 0.01$)

Conclusió

Una intervenció a metges de l'àmbit de l'atenció primària i de l'hospital de referència, al costat de recordatoris informàtics en les històries clíniques, ha demostrat millorar l'adequació en l'ús de bifosfonats per al tractament de l'osteoporosi en dones postmenopàusiques ateses en un CAP.

Citació
Autors: Garcia Mora, Gissellth; Salas Gama, Karla Rocío; Brotons Cuixart, Carles; Requeijo Lorenzo, Carolina.
Títol: Avaluació de l'adequació de l'ús de bifosfonats per al tractament de l'osteoporosi en dones postmenopàusiques ateses en un centre d'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 7. Número 5. Article 147
https://apsalut.cat/2019/12/10/avaluacio-de-ladequacio-de-lus-de-bifosfonats-per-al-tractament-de-losteoporosi-en-dones-postmenopausiques-ateses-en-un-centre-datencio-primaria/
Data: 10 de desembre de 2019

El maltractament a la gent gran: una realitat oculta

Autora: Alícia Villanueva Hernández. MFiC i tutora EAP Vic

«El lamentable delicte del maltractament a les persones grans acostuma a passar en entorns privats i reservats, per la qual cosa una resposta pública explícita resulta molt important. Enfortim la nostra determinació de posar fi a aquest problema com a part dels nostres esforços més amplis per crear una vida digna per tots»

Ban Ki-moon, ex Secretari General de l'ONU.

Aquest article pretén sensibilitzar sobre el fenomen dels maltractaments a la gent gran i donar eines als professionals per a l'abordatge d'un important problema social i de salut emergent sovint silenciat a la nostra societat.

El maltractament a la gent gran no és un problema només del nostre país, sinó que és un problema a nivell internacional. La Organització Mundial de la Salut (OMS) el defineix com una de les formes de violència més oculta, més silenciada i menys estudiada i per tant també la més desconeguda i la menys detectada i tractada.

L'increment de l'esperança de vida va acompanyat d'una sèrie de canvis a nivell social, familiar, culturals, econòmics i jurídics pels que és necessari trobar el seu nou espai, les seves conseqüències i el seu abordatge.

L'envelliment de la població suposa un increment de la cronicitat, una major complexitat, més fragilitat, i per tant major vulnerabilitat en les persones grans i alhora malalties més avançades, fent-los en molts casos més susceptibles de patir maltractaments a diferents nivells.

S'estima que els maltractaments a la gent gran tenen una important repercussió en la utilització de serveis sanitaris; en l'augment de la freqüentació i de les hospitalitzacions condicionada per la morbiditat i mortalitat associades.

El maltractament a la persona gran és multifactorial i multidimensional.

Definició

Definir què és el maltractament en el vell és molt complex. De totes les definicions que apareixen a la literatura n'hi ha dues a considerar per ser les més properes a la nostra realitat social, cultural i a les nostres tradicions. Són la Declaració d'Almeria i la Declaració de Toronto.

La *Declaració d'Almeria* va ser elaborada durant la Primera Conferència Nacional de Consens sobre l'Ancià Maltractat celebrada a Almeria el 4 de maig de 1995, i defineix el maltractament envers les persones grans com "qualsevol acte o omissió que generi un dany, intencionat o no; que es produeixi en el medi familiar, comunitari o institucional; que vulneri o faci perillar la integritat física o psíquica, el principi d'autonomia o la resta dels drets fonamentals de l'individu i que es pugui constatar de manera objectiva o percebre de manera subjectiva independentment de la intencionalitat o no de l'entorn en què es produeixi".

La *Declaració de Toronto* (2002) és un document sobre la prevenció global dels maltractaments a les persones grans i defineix aquests com "l'acció única o repetida, o la manca de resposta adequada, que es produeix en qualsevol relació en què hi hagi una expectativa de confiança i que provoca danys o angoixa a una persona gran".

Epidemiologia

Respecte les dades epidemiològiques cal dir que hi ha pocs estudis fets i per tant és difícil conèixer la prevalença. *Segons l'OMS s'estima que entre el 4% i el 6% de les persones grans de tot el món han patit alguna forma d'abús i maltractament. Només es notifica 1 de cada 24 casos de maltractament. Segons un estudi fet en països amb ingressos elevats o mitjans la prevalença de maltractament físic va ser del 0.2-4.9%, l'abús sexual de 0.04-0.82%, el maltractament psicològic 0.7-6.3%, l'abús econòmic 1.0-9.2% i l'abandó entre 0.2-5.5%.*

La Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA) situaria en un 75% els maltractaments dins l'àmbit familiar i un 25% en institucions.

A l'Estat Espanyol extrapolant resultats de diferents estudis, la presència del maltractament pot arribar a representar una prevalença del 3-5% entre les persones grans o una incidència anual de 10-12 casos per cada 1.000 persones majors de 60 anys.

Pel que fa al perfil de la persona maltractada, en contextos anglosaxons es referencia un 50% d'homes i un 50% de dones. En canvi en estudis fets a l'estat espanyol el 80% són dones i el 20% són homes. Cal tenir en compte que en qualsevol estudi d'aquestes característiques les dones són majoria, sobretot en el grup de més edat i que tendeixen més que els homes a patir malalties discapacitants.

Pel que fa al perfil de la persona agressora, en un 75% dels casos és dins l'entorn familiar, sol ser el cuidador directe i la situació es deu en la majoria dels casos a l'estrès provocat per la responsabilitat de la cura. En el context anglosaxó són els cònjuges/companys (50-60%), seguit dels fills/filles (12-24%) i a l'estat espanyol les xifres són a la inversa.

En l'àmbit institucional, segons bibliografia basada en cuidadors, el 45% reconeix haver tingut alguna conducta maltractant, un 35% ha estat testimoni d'abusos físics i un 80% de maltractament psicològic. A més, un 10% admet haver comès algun acte de violència física i un altre 40% haver maltractat verbalment algun pacient.

A Catalunya, segons l'enquesta de seguretat pública de Catalunya realitzada pel Departament d'Interior l'any 2015 a 2.000 persones de 65 anys o més que viuen al seu domicili, el 22.2% creuen que els maltractaments són bastant o molt freqüents, el 4.3% coneix directament el cas d'una persona gran maltractada, el 79.2% dels que coneixen un cas de maltractament valoren que aquest és bastant o molt greu, el 0,8% de les persones grans entrevistades informen haver estat maltractades en un període de 12 mesos, el 70.7% dels homes són causants de maltractaments, el 90.2 % no denuncia, i el 10.6 % considera que la gent les tracta malament o molt malament. Addicionalment, s'ha de tenir en compte que un 2,1% de les persones grans residents a Catalunya, unes 27.500 persones, estan probablement en una situació de risc caracteritzada per manques d'ajuda quan ho necessiten o per l'existència de relacions personals conflictives amb el seu entorn.

La taxa de maltractament augmenta conforme augmenta l'edat i el nivell de dependència.

Tipus de maltractament

Existeixen diferents *tipus de maltractaments* que cal definir:

FÍSICS: és l'ús de la força física que ocasiona ferides, dolors, lesions corporals o deteriorament físic. Ex: cops, cremades, estirament de cabells, empentes, sacsejades, puntades, o qualsevol agressió física amb objecte o sense. Inclou alimentació forçada, ús injustificat de restriccions físiques, ús inadequat de fàrmacs com sedacions sense prescripció.

PSICOLÒGICS: causar intencionadament angoixa, pena, sentiments d'indignitat, por, estrès mitjançant actes o paraules. Inclou agressions verbals repetides com amenaces (de dany físic, d'institucionalització), insults, burla, intimidació, humiliacions, càstigs (del silenci o de privacions), indiferència cap a la seva persona, aïllament dels seus amics o de les seves activitats habituals, infantilització en el tracte, no respectar les seves decisions, etc.

SEXUALS: inclou tot contacte sexual sense consentiment. Comportaments (gestos, tocaments, insinuacions, exhibicionisme) o contacte sexual de qualsevol tipus, intentat o

consumat, no consentit o amb persones incapaces de donar el seu consentiment. Ex: assetjament sexual, atemptat contra el pudor, obligar a fer actes sexuals, violació, fer fotografies, etc.

ECONÒMIC-FINANCERS: utilització no autoritzada, il·legal o inadequada de fons, propietats o recursos d'una persona gran. Ex: fraus, robatoris o furts (agafar diners sense permís, joies etc.), falsificació de firmes, obligar a firmar documents o testament, ús inadequat de la tutela, ocupació del domicili, etc. Sempre fets per una persona de confiança. S'exclouen els delictes comuns fets per desconeguts.

NEGLIGÈNCIA I ABANDONAMENT: és no atendre les necessitats de la persona gran. És el rebuig, negativa o fracàs per començar, continuar o completar la cura de les necessitats bàsiques, ja sigui voluntària o involuntàriament, per part de la persona responsable de la seva cura. Ex: no aportar diners o cures bàsiques com menjar, hidratació, higiene personal, vestit, aixopluc, assistència sanitària, administració de medicaments, confort, protecció i vigilància de situacions potencialment perilloses, deixar-la sola durant llargs períodes de temps. Si es dóna en àmbit institucional és negligència. Si es dóna en àmbit familiar és abandonament.

VULNERACIÓ DE DRETS: Agressió, privació o no reconeixement dels drets fonamentals com ara: dignitat, respecte, intimitat, confidencialitat, participació, llibertat i dret a decidir sobre ell mateix.

OBSTINACIÓ DIAGNÒSTICA: realització de proves diagnòstiques per augmentar el coneixement sobre una patologia o situació clínica d'un pacient, sense que es prevegi que tingui una aplicació en beneficis reals pel malalt.

OBSTINACIÓ TERAPÈUTICA: utilització de medis desproporcionats per prolongar artificialment la vida d'un pacient amb malaltia irreversible o terminal.

AUTONEGLIGÈNCIA – AUTOABANDONAMENT: Comportament no conscient d'una persona gran que amenaça la seva pròpia salut o seguretat. Negació o rebuig a un aliment adequat, aigua, vestit, abric, higiene o medicació.

Normalment la persona pateix alhora varis tipus de maltractament. El més freqüent és el psicològic, després l'econòmic i la negligència.

Factors de risc

Existeixen una sèrie de *factors de risc* que fan a la persona més vulnerable a patir possibles situacions de maltractament, poden estar associats tant a la persona gran, al responsable del maltractament, a l'entorn o a les institucions.

Els factors de risc associats a la persona gran són: Dona >75 anys; la fragilitat física amb dificultats per a les activitats bàsiques de la vida diària; la fragilitat cognitiva-intel·lectual, dependents en la presa de decisions; la fragilitat emocional-psicològica associada a trastorns

d'ànim; l'aïllament social; la cohabitació; la història de violència familiar sobretot entre cònjuges; el trastorn conductual i/o hostilitat que pugui presentar la persona gran cap al seu entorn; les condicions econòmiques sobretot pensions baixes.

Els factors de risc associats al responsable dels maltractaments són: la sobrecàrrega física i emocional del cuidador; la presència de cuidador durant llarg temps i que no tingui ajudes; la manca d'informació i/o comprensió de la malaltia; el cuidador únic, immadur o aïllat; si hi ha dependència econòmica i d'habitatge de la víctima; la manca de suport formal i informal; tenir trastorn mental o toxicomania; o antecedents de violència familiar.

Els factors de risc associats a l'entorn o estructurals són: les concepcions errònies sobre l'envelliment que afavoreixen imatges estereotipades de la vellesa com a càrrega; els actes i actituds discriminatòries per motius d'edat: *edatisme*; la pobresa o falta de recursos; les relacions intergeneracionals deficients; i l'incompliment de les lleis i de les normes.

Els factors de risc associats als maltractes institucionals són: el personal poc preparat o format; els salaris baixos; la sobrecàrrega de treball; la manca de personal; l'estructura física de la institució no adaptada a les necessitats de la gent gran; la manca de recursos materials; les normes de funcionament inadequades; la tendència a l'obstinació diagnòstica i/o terapèutica; la falta de controls i d'inspecció.

Com ho detectem?

La *detecció* es pot realitzar des de diferents procedències, segons el testimoni de la mateixa persona, des de serveis socials bàsics o especialitzats, des de dispositius de l'àmbit de la salut (CAPs, hospitals, centres sociosanitaris), des dels cossos policials, serveis de teleassistència, associacions de persones amb programes de voluntariat per a persones grans, entitats bancàries, familiars, amistats i veïnat.

La detecció depèn sobretot de la conscienciació, de la sensibilització i de la formació que els professionals i la població en general tenen al respecte. El silenci és una barrera que caldrà vèncer.

Ens podem trobar moltes *barreres per a la detecció* tant per part de la víctima, com del responsable dels maltractaments, dels professionals, i socioculturals.

Per part de la víctima ens podem trobar com a barreres la por, la negació, la culpabilitat, la vergonya, la impotència, la inconsciència, el desconeixement. Per part de l'"agressor" ens podem trobar com a barreres la negació, la minimització, el desconeixement, l'aïllament, i la por al fracàs. Per part dels professionals en podem trobar com a barreres la manca d'informació i de sensibilització, la manca de protocols per avaluar i diagnosticar el maltractament, el desconeixement dels recursos, la por a què el responsable dels maltractaments els incrementi, el no voler-se involucrar en temes legals, el no tenir consciència sobre el problema, les reticències personals i la tendència a la relativització.

I a nivell sociocultural les barreres que ens podem trobar per a detectar situacions de maltractament poden ser la manca d'informació i la manca de campanyes de sensibilització a nivell de la població en general.

Coneixent els factors de risc i els diferents tipus de maltractaments que existeixen serem capaços de saber detectar més fàcilment els casos.

Indicadors de sospita

Existeixen uns *indicadors de sospita* dels maltractaments que ens ajudaran a la detecció.

Per part de la persona gran: la queixa verbalitzada de maltractament, la por a un familiar o cuidador professional, el fet de no respondre a preguntes, els canvis de comportament davant el responsable dels maltractaments, l'expressió de sentiments de soledat, autoestima baixa ("no serveixo per a res"), la referència al cuidador com una persona amb molt de geni o enfadada.

Per part del responsable del maltractament: si posa barreres per a la interacció privada del professional amb la persona gran; si no deixa respondre a la persona gran; si no facilita l'assistència; si oblida cites, visites; si és verbalment abusiu, controlador, està a la defensiva; si no està satisfet, o està contrariat pel fet de conviure o cuidar a la persona gran; si es tracta d'una persona estressada o sobrecarregada.

En la interacció entre persona gran i cuidador: si tenen una relació conflictiva; o una relació d'indiferència mútua; si existeix un discurs incongruent, contradictori o estrany sobre com

passen determinats fets; si detectem una intranquil·litat manifesta del cuidador i de la persona gran durant la visita o a la inversa, una passivitat mútua molt accentuada.

Cal saber reconèixer els indicadors generals de sospita de maltractament a l'anamnesi en la persona gran: antecedents de fractures o lesions, infeccions urinàries o episodis d'insuficiència cardíaca freqüents; la "propensió" a tenir accidents; el descontrol/desconeixement o no seguiment de la pauta farmacològica; les sobredosi de psicofàrmacs; l'ús freqüent de serveis d'urgències o d'altres serveis sanitaris; la confusió, temor, ansietat, tristesa, patiment; la discrepància en la informació o retard en l'atenció sanitària.

Com a indicadors generals de sospita de maltractaments a l'exploració física ens podem trobar amb: deshidratació, desnutrició i pèrdua de pes sense motiu aparent, cremades, contusions, hematomes, ferides per contenció, fractures, dermatitis, úlceres per pressió, alteracions del son, la manca d'higiene o roba inadequada.

També hi ha uns indicadors generals de sospita de maltractament al domicili: les reticències o dificultats a la intervenció dels professionals; si hi ha un entorn diferent per la persona gran respecte a la resta de persones amb les qui conviu, si hi ha un aïllament físic o psíquic, l'ús de mesures de contenció física o farmacològica no prescrites o no adequades, si no hi ha un seguiment de les indicacions terapèutiques (organització del domicili, dinàmica d'ajuda,…) o un domicili amb condicions deficients.

I per últim també disposem d'uns indicadors generals de sospita de maltractament a les institucions: l'ús excessiu de psicofàrmacs; ús de mesures de contenció físiques no adequades; la tendència a l'agressivitat terapèutica (obstinació diagnòstica, terapèutica) o la inversa, negació o limitació de procediments diagnòstics o tractaments per raó de l'edat; la despersonalització, i la infantilització en l'assistència i el tracte; la pèrdua d'intimitat; el fet de disposar dels diners sense el seu consentiment; o l'excessiva rigidesa en les normes.

Instruments de cribratge

Disposem de diferents *instruments de cribratge* validats que són un suport complementari als professionals per esbrinar l'existència o no d'algunes de les diverses formes de maltractament a les persones grans. Els més coneguts són: l'EASI, Elder abuse suspicion index o Index de sospita de maltractament a les persones grans, i el Canadian Task Force / American Medical Association que té un qüestionari de detecció dels maltractaments.

La recomanació per a la detecció del maltractament és que el metge conegui els indicadors de risc i les presentacions clíniques característiques suggeridores de maltractaments i negligència per poder identificar-los. Per això, ha d'estar atent als signes d'alarma que indiquin un possible maltractament.

En conseqüència, les actuacions dels professionals sanitaris han de basar-se en la prevenció en persones d'alt risc i en la detecció dels casos per intervenir.

Davant d'un possible cas de maltractament en una persona gran caldrà fer una entrevista clínica tant a la víctima com al presumpte agressor, una exploració física, i una valoració geriàtrica integral a la persona maltractada, és a dir una avaluació cognitiva, psicològica, social i familiar.

Caldrà avaluar les relacions entre víctima i presumpte responsable dels maltractaments, haurem d'avaluar la intencionalitat, la freqüència i la severitat dels maltractaments.

L'avaluació i l'abordatge hauran de ser interdisciplinaris, cal fer-los amb prudència, amb confidencialitat, de manera planificada, amb explicacions en to de veu modulada i basant-nos en els principis ètics.

Caldrà que tinguem una bona dosi d'empatia i comprensió per afavorir la comunicació i poder ajudar a l'ancià, el qual probablement tindrà una relació complicada amb el seu entorn.

Conseqüències

Les *conseqüències* del maltractament que ens podem trobar en la gent gran poden ser disfuncions físiques com ara dolors articulars, mareig, cefalea, fractures, ferides, úlceres; patologies dins l'esfera psíquica com ansietat, depressió, insomni, manca d'autoestima, irritabilitat, trastorns de memòria, aïllament social, ideació suïcida, intents de suïcidi, somatitzacions, pseudodemències; dins l'esfera social ens podem trobar amb l'aïllament físic, psicològic o social.

Com hem d'intervenir?

No hi ha d'haver detecció sense intervenció.

És molt important fer un registre a la història clínica i història social del pacient.

La intervenció ha de plantejar-se des d'un punt de vista multidisciplinari, incloent serveis sanitaris (metges de família i d'urgències, infermeres, geriatres, psiquiatres) i socials (assistents socials, educadors socials), així com altres serveis de suport com ara voluntaris, associacions de la gent gran, amics, veïns, advocats, segons cada cas.

El paper del metge no ha d'estar lligat a l'existència de prejudicis, el seu paper assistencial serà de col·laborador, conductor, catalitzador…

Hem d'obtenir de la probable víctima el reconeixement que la situació és anòmala i perillosa, i que té solució.

Cal actuar garantint la seguretat i l'autonomia de la persona, preservant els seus drets, la seva voluntat i les possibilitats d'intervenció o no. Són decisions molt difícils i l'última decisió la tindrà sempre la persona afectada.

Haurem de tenir molt present quan intervinguem els principis ètics de no-maleficència, justícia, autonomia i beneficència.

Evidentment, la intervenció suposa una disrupció i intromissió en la dinàmica familiar i constitueix una arma de doble fil. Per això, la decisió d'intervenir s'ha de basar en diferents aspectes, entre els quals hi ha els ètics i legals. Fins i tot la declaració del cas pot entrar en conflicte ètic amb el dret a la confidencialitat.

Amb el probable agressor hem d'intentar que arribi a acceptar que forma part del problema i que té molt de pes com a agent implicat. Això es farà amb el consell familiar, clarificant expectatives, promocionat la seva responsabilitat, reduint el conflicte, combatent el negativisme i donant-li suport.

Tant com sigui possible s'ha de fugir de l'enfrontament entre l'equip i els afectats, i entre els mateixos afectats.

Caldrà avaluar el risc immediat, vital o de lesió greu per a la víctima.

Si la persona gran *està capacitada per prendre decisions*: i no es troba en situació de risc li oferirem un bon acompanyament, un suport emocional continuat, potenciarem els vincles familiars i socials, evitarem l'aïllament i la solitud, la informarem sobre programes, ajuts, equipaments, serveis socials i de salut, li donarem recursos davant la situació que està patint (empoderar-la), farem un pla d'actuació integral físic, psíquic i social.

Si no accepta la intervenció cal preservar el seu dret d'autonomia i respectar els seus desitjos.

Si hi ha coacció o por, s'ha de treballar perquè pugui decidir lliurament: identificar suports i fer un pla d'actuació conjunt integral.

Si es constata la comissió d'un presumpte delicte caldrà iniciar els procediments judicials denunciant el cas contra la seva voluntat.

Si la persona gran *no està capacitada per prendre decisions*: i no hi ha risc de dany greu evitarem els factors de risc de patir maltractament, informarem al familiar o persona responsable i activarem els recursos socials del nostre abast (centres de dia, treballadors familiars, tractament psiquiàtric del cuidador) treballarem conjuntament amb ells, fent un seguiment professional conjunt de la situació i establint un pla d'actuació integral físic, psíquic i social.

Si hi ha risc de dany greu i està en un àmbit institucional, cal assegurar que la persona quedi atesa fins que es pugui valorar la situació. Si està a domicili contactarem amb serveis socials i caldrà avaluar la institucionalització amb ingrés a llarga estada sociosanitària o bé a un recurs residencial social. En cada cas, s'ha d'avaluar si cal avisar la policia, fer un comunicat judicial informant al jutjat de guàrdia i considerar iniciar la sol·licitud d'incapacitació legal.

Cal saber que hi ha tota una sèrie de recursos legals preventius a tenir en compte per la persona gran maltractada amb capacitat de decidir com és: l'Autotutela, el Poder preventiu, l'Assistent, el Testament vital o DVA, el Patrimoni protegit, el Pacte successori, el Contracte d'aliments, les Relacions convivencials d'ajuda mútua, l'Acolliment de persones grans, i el Testament.

També existeixen uns recursos legals per protegir a la persona que ha perdut la seva capacitat: la Guarda de fet, la Comunicació presumpte incapaç, l'Ingrés involuntari, les mesures cautelars, la Incapacitació i l'Ordre de protecció de víctimes.

Us recomano la revisió del document de J. Muñoz de la Diputació de Barcelona.

A manera de conclusió dir que, el maltractament a la gent gran no es dóna només en classes socials desfavorides, sinó que pot succeir en qualsevol nivell social, que es donen tant en l'àmbit familiar com institucional i que els principals implicats són els familiars i els cuidadors.

- El desconeixement i la negació del problema dificulten la prevenció i la intervenció.
- L'abordatge és molt complex.
- No disposem d'una legislació específica de protecció de les persones grans enfront els maltractaments. Existeixen moltes incerteses al respecte.
- Com a professionals de la salut hem d'estar alerta davant els factors de risc i els indicadors de sospita de maltractament.
- La gent gran cal que conegui el problema del maltractament i els recursos socials existents per evitar reincidències o seqüeles.
- Cal invertir més esforços en investigar sobre el maltractament a la persona gran i també calen més campanyes poblacionals de sensibilització sobre el problema.

Paraules clau: maltractament, negligència, gent gran, detecció.

BIBLIOGRAFIA

- Protocol d'actuació davant la sospita de maltractaments a les persones grans en l'àmbit de les institucions sanitàries i socials d'Osona, 2009.
- Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans. Diputació de Barcelona. EIMA. Desembre 2012. Mercè Tabueña i Jordi Muñoz.
- Debats Catalunya Social Propostes des del Tercer Sector. Maltractaments a les persones grans. Una realitat oculta que exigeix respostes. Autor Jordi Muñoz. núm. 47 maig de 2016.
- Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco. Departamento de empleo y asuntos sociales. Vitoria 2011. Sancho M, Pérez Rojo G, Pérez Barrio E, Yanguas JJ, Fernandez MI
- Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación linguística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Observatorio de Personas Mayores Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007.

- Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. Declaración de Almeria. Kessel H, Marín N, Maturana N. Revista Española de Geriatría y Gerontología 1996; 31: 367-372.
- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ginebra, 17 de noviembre de 2002.
- Malos tratos a los ancianos. Documento SEMFYC. Grupo Salud Mental PAPPS.
- Enquesta de seguretat pública de Catalunya Edició especial sobre les persones grans. 2015. Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior.
- Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. F. Sánchez del Corral, S. García-Armesto, G. Pajares, A. Otero e I. Ruipérez. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39(2):72-93
- Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Bazo, M. T. Universidad del País Vasco/EHU. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(1):8-14.
- Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. P.Jiménez e I. Jiménez-Poyato. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003;38(1):46-53
- La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39(4):240-54.
- Maltrato de personas mayores en la família en España. I Iborra. Colección Estudios sobre Violencia, n.º 14. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2008.
- Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Juliol 2012.
- Quaderns de la Bona Praxi. Maltractaments a la gent gran. Col.legi Oficial de Metges de Catalunya. Setembre 2005.
- Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. A. Ruiz Sanmartín, J. Altet Torner, N. Porta Martí, P. Duaso Izquierdo, M. Coma Solé y N. Requesens Torrellas. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 5. 31 de marzo 2001
- Document de la OMS http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse

Citació

Autora: Villanueva Hernández, Alícia

Títol: El maltractament a la gent gran: una realitat oculta

Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 122

https://apsalut.cat/2019/01/18/el-maltractament-a-la-gent-gran-una-realitat-oculta/

Data: 18 de gener de 2019

Conectando Cangues d'Onís. Visibilización y dinamización de Activos para la Salud

SALUD COMUNITARIA EN ASTURIAS

Autoras: Irma González-Quevedo Pedrayes, residente de enfermeria en el EAP Sardenya. Alícia Rosende Tuya, María García Fernández y Arancha Bueno Pérez, médica y enfermeras respectivament en Asturias

INTRODUCCIÓN

Los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria completan su formación con el fin último de atender a los pacientes de una manera integral. La atención debe centrarse en las personas, familias y comunidades, con una visión de salud colectiva y pública. De esta forma, se resalta la importancia de los activos para la salud presentes en las comunidades locales y el empoderamiento de los pacientes, para que de manera autónoma incrementen el control sobre su salud. Aumentar el nivel de salud es una necesidad social, no solo individual, por tanto exige una perspectiva poblacional y multisectorial.

Se define activo para la salud como cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007).

Hay diversos tipos de activos, que van desde las propias personas que por sí mismas suponen un beneficio para la salud de la comunidad, hasta instituciones, asociaciones formales e informales, espacios físicos y activos económicos o culturales.

El proyecto se desarrolló en el marco de la rotación formativa en la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Se trata de un estudio de campo de tipo cualitativo que fue llevado a cabo por las cuatro autoras de este trabajo, residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria de distintas Comunidades Autónomas, interesadas en la parte comunitaria de la profesión, con el apoyo de representantes de la institución anteriormente mencionada.

Cangues d'Onís es un concejo rural del oriente del Principado de Asturias cuyo núcleo urbano recibe el mismo nombre, siendo el resto población rural, distribuida en pequeños pueblos. Demográficamente cuenta con algo más de seis mil habitantes y con una pirámide de población regresiva, cuya actividad económica se centra principalmente en el sector servicios, más concretamente en el turismo.

El municipio cuenta con una Mesa Intersectorial de Salud, en la que toman parte y se coordinan distintos agentes clave de la comunidad. La Mesa planteó veintitrés diagnósticos de salud, de los cuales priorizaron tres. Se decidió trabajar sobre uno de estos tres problemas: la difusión de activos saludables y recursos en salud del municipio. Se eligió este diagnóstico por ser de carácter transversal a la población y de mejor abordaje, dados los recursos con los que se contaba en el momento del estudio.

Esperamos que esta experiencia formativa sirva de ayuda y guía a otros residentes para diseñar más proyectos e intervenciones comunitarias.

- **OBJETIVO:**

Mejorar la visibilización y dinamización de activos en salud presentes en la comunidad de Cangues d'Onís.

- **MATERIAL Y MÉTODOS**

Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), SADEI (Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales) y OBSA (Observatorio de Salud de Asturias) sobre datos sociodemográficos del concejo de Cangues d'Onís. A continuación se procedió a la recogida de datos cualitativos a través del trabajo de campo, usando las siguientes técnicas de investigación cualitativa: entrevista semiestructurada en profundidad a agentes clave de la comunidad (alcalde del concejo, personal de centros de educación públicos, director de la Casa de Cultura, director del Patronato deportivo, personal sanitario del Centro de Salud, representantes de varias asociaciones, etc) que se fueron detectando mediante la técnica de bola de nieve; también se facilitó un cuestionario a alumnos del instituto local creado *ad hoc* con distintos perfiles de interés en este estudio, se realizó un paseo con conversaciones puerta a puerta con los vecinos de Intriago (localidad rural del concejo) y se programó una dinámica participativa con alumnos de un colegio rural agrupado (CRA) de la zona. Finalmente y a pesar de que se

mantuvo contacto con el jefe de estudios, esta actividad no se pudo llevar a cabo por falta de tiempo.

- **RESULTADOS**

A partir del análisis de los datos obtenidos en las dinámicas realizadas y las transcripciones de las entrevistas, la información puede ser agrupada en tres bloques:

Activos locales identificados:

- Deporte:

El Patronato Deportivo dispone de activos físicos como el polideportivo, que cuenta con pistas y salas para diversos deportes de gimnasio, incluida una piscina de verano. Además, organiza diversas actividades como tonificación, multi class, spinning, gerontogimnasia, gimnasia especial para discapacitados, escalada deportiva y gimnasia terapéutica. Se dispone también de rutas de senderismo señalizadas y de unos veinte clubs deportivos en activo. La población cree que la oferta deportiva es amplia y lo percibe como positivo.

- Cultura:

La oferta cultural se encuentra en la Casa de la Cultura, desde donde se programan y difunden muchas actividades (cine, grupo de teatro, club de lectura, exposiciones, clases de baile y música, presentación de libros…), realizando una media de tres actividades por semana. También se realizan festejos desde el Ayuntamiento como la Fiesta de Asturias y la Feria del Queso. Además son activos a destacar las numerosas asociaciones, que ofrecen otras muchas actividades relacionadas con temas como la música, el cine, la cultura asturiana, la seguridad en la tercera edad y actividades como excursiones culturales o talleres de temática diversa.

- Ocio:

En cuanto a actividades de ocio hay multitud de opciones, tanto deportivas como culturales y para todas las edades e intereses individuales. Se destacan los siguientes programas:

– Programa Canguesinos: actividades didácticas para los más pequeños (como globoflexia, cuentacuentos, talleres, etc.) que se llevan a cabo en la Casa de Cultura.

– Programa Ocio Joven: espacio para la promoción de ocio saludable entre los jóvenes del concejo (karaoke, gymkanas, zumba, etc.)

– Plan de infancia municipal (con la colaboración del Observatorio de la Infancia): el grupo de participación juvenil se reúne semanalmente contando con la dinamización de Los Glayus.

Resulta de especial interés la labor de asociaciones como *Emburria* (Asociación de discapacitados psíquicos y paralíticos cerebrales) y *Bellavista* (Hogar del pensionista) en Cangues d'Onís. Por otro lado se encuentra *Coviella,* en la localidad del mismo nombre y *San*

Bartolomé, en la localidad de Peruyes (Asociaciones vecinales), que también proponen diversas actividades como “huerto ecológico”, “aprendiendo a jugar”, talleres de memoria e informática básica, “sestaferias”, excursiones culturales y deportes.

- Salud:

Además de tener su propio Centro de Salud, Cangues d’Onís cuenta con Servicios Sociales, a través de los cuales se proporciona información a toda la población y se gestionan las prestaciones correspondientes: ayudas a la dependencia, servicio de atención a domicilio, el servicio de teleasistencia y el servicio de catering a domicilio. También desarrollan el programa “Rompiendo distancias” cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad de las personas mayores que viven en zonas rurales, a diferentes servicios. Realizan un estrecho trabajo de colaboración con las distintas asociaciones de vecinos a través de la figura del técnico de mayores, el cual les proporciona apoyo en la realización de trámites burocráticos o solicitud de las pertinentes ayudas con el fin de promover su autonomía. Así mismo, cuentan con una educadora familiar y se ha puesto en marcha el taller de “Parentalidad Positiva” donde participan más de treinta padres.

Existe un proyecto conjunto entre el Centro de Salud y el Patronato de Deportes para la recomendación de activos en salud, en este caso rutas de senderismo sencillas adaptadas a cada tipo de usuario.

El personal de enfermería pediátrica del Centro de Salud colabora con estrategias de educación para la salud, tanto desde la consulta como en el ámbito comunitario, participando en la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) mediante el trabajo coordinado con el personal de cocina de los colegios, alumnos, familias y profesores y en el programa “Ni ogros ni princesas” (Programa para la educación afectivo sexual en la ESO de la Consejería de Sanidad, la Consejería de Educación y Cultura, y el Instituto Asturiano de la Mujer).

Otro papel fundamental lo juega la ya mencionada asociación *Emburria*, la cual ofrece apoyo escolar para sus asociados y tiene un programa dirigido a alumnos con problemas para socializarse, que se llama “Aprendiendo a jugar”. Además de esto: programa de atención a familias y personas con discapacidad, programa de mediación en la comunidad, proyecto “Camaleo”, servicio de apoyo a la inclusión laboral, clases de autogestión, clases de teatro, servicio de retiro de fin de semana para familias, programa de salud, refuerzo educativo y centro de día, entre otros.

Desde los centros educativos públicos del concejo se detecta una falta de oferta de actividades escolares o extraescolares específicas dedicadas a desarrollar las habilidades emocionales y herramientas comunicativas. Así mismo, existe un plan de drogas, el cual se percibe como insuficiente y no se adapta a la realidad de los jóvenes del concejo, por lo que no se perciben los resultados esperados. Tampoco hay posibilidad de desarrollar actividades en horario de tarde con este colectivo de la población por falta de infraestructuras adecuadas y recursos humanos.

Canales de información/visibilización

El Centro de Salud y los Servicios Sociales utilizan como canal de información principal la página web del Ayuntamiento, en la que destaca la sección “Cangas Saludable”, a través de la cual se accede a la web del Observatorio de Salud del Principado de Asturias (OBSA) donde se pueden consultar los recursos de salud clasificados por municipios.

La Casa de Cultura utiliza principalmente el correo electrónico para contactar a los usuarios suscritos a la agenda mensual con un recordatorio semanal de las actividades. También se puede acceder a la oferta cultural a través de la web del Ayuntamiento, las redes sociales (Facebook y Whatsapp), el periódico “La Nueva España” y mediante cartelería en puntos estratégicos de la villa.

El Ayuntamiento, el Patronato Deportivo y las asociaciones hacen uso de sus perfiles de Facebook y Whatsapp, correo electrónico y de la cartelería convencional. La asociaciones de vecinos también se sirven de publicaciones en el periódico comarcal “El Fielato”.

Población difícil de captar:

Se detectaron tres grupos de población en los que la información sobre activos en salud apenas llegaba:

– Infancia y juventud: se destaca la dificultad de llegar a este colectivo de la población, sobre todo durante la adolescencia tardía (15-18 años). Llama la atención el aumento de participación en actividades festivas y ocio no saludable.

– Personas mayores: la gente mayor suele responder mejor a la oferta de actividades, aunque existe un consenso a la hora de señalar que la participación es escasa. La mayoría manifiesta estar correctamente informado y suelen acudir a las actividades festivas, pero acuden en menor medida a otro tipo de actividades propuestas por las asociaciones/instituciones (como por ejemplo: gerontogimnasia, pintura, etc.). Los responsables lo achacan en parte a prejuicios, pero lo más determinante es la falta de transporte público desde algunos puntos del concejo. Este sector de la población obtiene la información principalmente a través de “El Fielato” y el boca a boca.

– Población rural: principalmente en los grupos de edad mencionados anteriormente (niños y mayores) que carecen de autonomía en cuanto al transporte, ya que las pedanías están muy dispersas y no hay un servicio regular de transporte público. En la mayoría de los pueblos el único medio para viajar es el coche particular o un taxi.

CONCLUSIONES Y APORTACIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO

- En Cangues d’Onís existe una amplia oferta de actividades de deporte, cultura y ocio propuestas desde diversas entidades. Se precisaría una mejor organización y coordinación para visibilizar y activar la participación, sobre todo de los sectores de la población que en este sentido se perciben como más problemáticos (los jóvenes y los vecinos de las zonas rurales).

- Es de vital importancia continuar y abogar por el desarrollo del plan de infancia y ocio joven, poner en marcha un plan de drogas adecuado para la población, incluyendo educadores de calle que aborden el problema *in situ*. Por otro lado, dar contenido a la asignatura relacionada con la salud e incluir talleres sobre habilidades sociales y comunicativas. Además de esto, acercamiento de los alumnos al voluntariado, actividades solidarias y al conocimiento de distintas asociaciones.
- Sería interesante realizar una confederación de asociaciones para compartir recursos con el fin de optimizarlos y lograr que sean eficientes. Uno de estos recursos podría ser el transporte de la población residente en zona rural a los núcleos urbanos. De esta manera, distintos perfiles de gente con diferentes intereses podrían utilizar un vehículo para acceder a las diversas actividades que se ofertan.
- En cuanto a las vías de información, consideramos que debe promoverse el desarrollo de la web única, actualizada regularmente por agentes designados y que aúne todos los activos disponibles, realizando un trabajo paralelo de difusión de la misma, siendo una buena oportunidad el mercado semanal. Así mismo, el periódico local "El Fielato" es una gran herramienta para dar a conocer la información, sobre todo en gente mayor y en la zona rural.
- Por último, se necesita una mejora de la red de transporte y de Internet. Para ello se podría poner periódicamente y previa solicitud, un vehículo que recogiese a las personas desde su domicilio a la villa con un copago asequible y aprovechar, siempre que sea posible, los vehículos de transporte escolar. En cuanto a Internet, una cooperativa podría ser una buena alternativa, ya que es más económico respecto a grandes compañías y mejoraría la calidad de la señal.

BIBLIOGRAFÍA

- Argüelles Suárez MV et al. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2016.
- Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales. Ficha municipal. 2016. Cangas de Onís [Internet]. Oviedo: SADEI; 2016.
- Observatorio de Salud de Asturias. Proyectos de rankings geográficos, 2018. Cangas de Onís [Internet]. 2018.
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), [Internet]. 2014

Citació

Autores: González-Quevedo Pedrayes, Irma; Rosende Tuya, Alicia; García Fernández, María; Bueno Pérez, Arancha

Títol: Conectando Cangues d'Onís. Visibilización y Dinamización de Activos para la Salud

Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 143

https://apsalut.cat/2019/10/15/conectando-cangues-donis-visibilizacion-y-dinamizacion-de-activos-para-la-salud/

Data: 15 d'octubre de 2019

Xarxes socials: reptes i oportunitats per la salut comunitària

Anna Calvet, responsable de xarxes socials a l'EAP Sardenya

Tant si ets defensor/a com detractor/a del món digital, el que no pots negar és que aquest -encara que sigui de manera involuntària- té una influència notable en la teva vida. A les xarxes socials pots ser-hi o no ser-hi; pots utilitzar-les per presumir del teu cos fitness, per treure la teva faceta més artística o simplement per tafanejar la vida dels altres; però no pots menysprear el seu pes en l'època actual.

Als que treballem en el **sector de la salut**, també ens han obert un gran ventall de possibilitats. Ha sorgit una nova forma de compartir contingut, de comunicar-nos amb els nostres usuaris i entre professionals, i també d'interactuar amb els habitants, agents i entitats del lloc on treballem i/o vivim d'una manera increïblement fàcil i ràpida.

Però, en la meva humil opinió, crec que el factor crucial en tota aquesta revolució digital és la possibilitat d'establir un ***feedback***. Ja no es tracta d'una comunicació unidireccional, de només dir la nostra sense esperar resposta. Ara elaborem continguts tenint sempre present que qualsevol persona pot dir el que pensa sobre el que estem escrivint… i al moment!

De fet, els/les Community Managers (aquells/es encarregats de gestionar una 'comunitat online') no volem que aquesta **reciprocitat** sigui només fruit de l'atzar. Aquesta és una de les

nostres fites a les xarxes: volem saber què opinen els nostres seguidors, què els interessa, què els agrada i què no. En el meu cas particular, el meu objectiu -encara que pugui semblar una mica utòpic- és crear un vincle de confiança mútua que ens converteixi en una mena de gran família.

Tot això fa que les xarxes socials siguin unes grans aliades de la **salut comunitària**: ens permeten travessar els murs dels nostres centres sanitaris i arribar allà on la nostra feina diària no pot arribar. Ens ajuden a conèixer el nostre entorn, així com a obrir-nos a nous públics, difondre la nostra tasca i teixir noves aliances.

Malgrat tot, poder arribar a qualsevol persona del món és una arma de doble fil: ens dóna molta llibertat però també implica una GRAN **responsabilitat**. I encara més en el sector de la salut, en què un mal consell pot posar en joc la vida d'una persona.

Hem de tenir clar que en cap cas la nostra tasca pot excedir a la del personal sanitari. No es tracta de convertir-nos en una espècie de consulta virtual perquè ja hi ha espais dedicats a aquesta finalitat. Quan un/a pacient ens escriu per preguntar-nos sobre el seu cas en concret, és convenient adreçar-lo al professional que correspongui.

Els continguts que publiquem han de ser **divulgatius i fiables**, i han d'estar orientats a la promoció de la millora de la salut i al benestar de les persones. També és molt important que siguin consells genèrics. Com que no podem saber amb exactitud qui ens llegirà, les recomanacions no poden ser mai específiques, ja que no sabem la problemàtica individual de cada usuari: el que pot ser bo per una persona, pot no ser-ho per una altra.

Cal afegir que a banda d'un espai on poder oferir consells sanitaris, les xarxes socials són una eina fantàstica per difondre les activitats i els tallers comunitaris que s'organitzen des d'un centre, així com l'assistència dels professionals a cursos de formació, jornades, congressos, entregues de premis, etc. És una manera d'obrir les portes de casa nostra a la comunitat virtual perquè ens coneguin i se'n sentin part. I amb una miqueta de sort, s'animin a participar en la vida real!

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) va redactar un **decàleg molt útil de recomanacions per a l'ús de xarxes socials**. Recordem-lo!

Font:https://www.comb.cat/cat/professional/reflexio/metgesalesxarxes/img/decaleg-metgesalesxarxes.jpg

1. A l'entorn digital en general i a les xarxes socials en particular són igualment vàlids els principis de l'ètica i la deontologia mèdica, així com les lleis que regulen la comunicació. La responsabilitat que es deriva d'un acte mèdic presencial és igual que la que es deriva dels continguts que es difonen a les xarxes socials.
2. La informació als mitjans socials ha de ser clara, verídica, ponderada, comprensible, de qualitat i fiable. A més, ha de tenir un objectiu clar en benefici de la salut.
3. El que es publica a través de qualsevol mitjà ha de garantir la privacitat i la confidencialitat de la informació relacionada amb els pacients (tant si és text com imatges). Cal assegurar-se que cap pacient no podrà ser mai identificat.
4. Malgrat tenir l'autorització del pacient per revelar la seva identitat, no és obligatori fer-ho.
5. Cal evitar donar consells directes a pacients a través de les xarxes. La informació que es difon no és equiparable a una consulta mèdica i, per tant, només hauria de ser divulgativa, informativa i de caràcter general.
6. Cal evitar comentaris que puguin afectar negativament el prestigi de la professió mèdica.
7. Cal tenir en compte que les crítiques a una institució sanitària, encara que puguin ser legítimes, poden perjudicar també les persones que hi són tractades i hi confien.
8. Les discrepàncies entre metges no s'han de dirimir a l'espai públic ni poden comportar el desprestigi públic d'un company o companya de professió.
9. A les xarxes socials, cal ser prudent amb la publicació de continguts, tant en àmbits professionals com personals.
10. Cal tenir present que, per als pacients en particular i per a la societat en general, un metge o metgessa mai deixa de ser-ho.

Citació

Autores: Autora: Calvet, Anna

Títol: Xarxes socials: reptes i oportunitats per la salut comunitària

Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 130

https://apsalut.cat/2019/03/08/xarxes-socials-reptes-i-oportunitats-per-la-salut-comunitaria/

Data: 8 de març de 2019

LA desCOBERTA amb Marina Geli

“Sóc una metgessa vocacional. Vaig passar de jugar a metges a ser metgessa”

Marina Geli i Fàbrega és llicenciada en Medicina per la Universitat de Barcelona i especialista en Medicina Interna. Actualment, és la coordinadora del Centre d’Estudis Sanitaris i Socials (CESS) de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

Tres grans etapes han marcat la seva trajectòria professional:

- Àmbit assistencial, com a metgessa clínica.

- Àmbit polític, per impulsar la governança de polítiques de salut.

- Àmbit universitari d’estudi i recerca, per la millora de la transferència de coneixement i la qualitat de vida de les persones.

Com et definiries a nivell professional?

Tota la vida volia ser metgessa i continuo tenint ànima de metgessa encara que porto molts anys sense fer clínica. La vida m’ha donat possibilitats en altres espais com és la política parlamentària i la part més acadèmica, que faig actualment, però sempre he treballat vinculada en temes de salut.

Des dels centres de salut i els CAPs especialment s’ha reforçat l’activitat comunitària en els darrers anys. Quins aspectes caldria potenciar i per a quins públics?

Hi ha grans temes que encara hem d’aprofundir des dels centres de salut i des de la visió de salut pública. Hem de veure com intervenim més en l’educació per la salut en l’àmbit família.

Als països escandinaus, per exemple, hi ha una part d'infermeria que acompanya les famílies en l'educació per la salut. És un tema grupal molt intensiu, i també individual, família per família.

Un altre àmbit molt important és l'escola. Cal trobar la continuïtat del programa Salut i Escola, a primària i a secundària, tant en la part pediàtrica, com a partir dels 14 anys amb el metge de família o infermera comunitària. Què hem de fer des del centre de salut? Qui ha de fer-ho? Amb quins altres actors hem de fer-ho?

I l'altre camp que necessita una revisió és veure com treballen junts els centres de salut amb la salut laboral: els llocs de treball amb les mútues laborals i els sistemes de prevenció de riscos.

El paper dels centres de salut i la relació amb els agents del territori.

És un factor clau que encara no hem determinat com fer-ho a gran escala.

Un aspecte fonamental és la relació entre el sistema assitencial, que fa promoció i prevenció, i la salut pública. L'altre gran camp és el sector social. Com fem l'acció integrada social i sanitària? Aquest és un repte que ja el tenim aquí.

Per exemple, en programes d'atenció domiciliària per a crònics... com ho fem per anar junts amb els serveis socials i que hi hagin equips multidisciplinars ben estructurats, que treballin junts i que ponderin? Aquest és un canvi que vindrà segur de manera estructurada en els propers anys. La clau serà reconsiderar-ho atenent a la vulnerabilitat de les famílies, també de nens i joves, i a la cronicitat. També en salut mental. Aquests són els grans debats que obliguen a treballar de forma multidisciplinar.

Per què és important la recerca per a un resident?

La recerca forma part de la professió i cal donar temps als professionals perquè en facin. La recerca pot ser clínica, la majoria dels metges clínics volen fer recerca clínica. Un altre tipus de recerca molt important és la recerca de model, vinculada a modelitzar qüestions, que en el futur han de permetre millores. Un altre, els processos d'innovació i transferència.

A la primària la recerca també ha anat adquirint pes però hem de facilitar instruments als professionals perquè puguin fer recerca. Aquí també hi ha un debat... recerca pròpia només als centres de salut? O recerca cooperativa en xarxa als hospitals? Cal estructurar-ho bé i sistèmicament perquè no tothom ha de tenir la mateixa dedicació a la recerca. En conjunt però, tots els centres haurien de tenir instruments per poder fer recerca.

Com caldria potenciar la recerca als Centres d'Atenció Primària?

Existeixen dues línies principals:

Recerca pròpia de primària de l'Institut Català de la Salut (ICS) a través de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol), vinculat a la UAB.

L'altre model és el d'ACEBA, com a unitat conjunta de recerca i de docència. En aquest, algunes àrees bàsiques treballen amb instituts de recerca de base territorial.

La recerca a l'AP ha de tenir una mirada pròpia i també una mirada cooperativa en els territoris, integrada en els grans instituts de recerca que estan acreditats. La recerca de multi-nivells és una fortalesa existent.

Reptes de futur del sistema sanitari català.

Una de les fragilitats més importants del sistema sanitari és el professionalisme, però com generem instruments per al professionalisme?

- És cert que quan dones més autonomia als centres, fins i tot es poden gestionar els recursos econòmics de manera diferent. També cal ordenar la demanda per gestionar la pressió assistencial. Hi ha un tema de participació professional: què pot fer cada un dels perfils professionals dels centres de salut, etc.
- Caldrà instaurar definitivament la telemedicina. Haurem de disminuir les visites presencials per tenir més temps per fer les visites presencials "necessàries", i fer més atenció grupal.
- Com adaptem tot aquest món a la salut pública i a la cronicitat.

Aquests són els tres grans reptes d'avui.

Davant la previsió de metges que es jubilaran en els propers anys, caldria augmentar el número de places MIR?

Si. En el context europeu, a nivell de xifres, a Catalunya tenim més metges d'hospitalària i menys de primària, i menys infermeres. Està claríssim que hem d'augmentar no només el número de MIRs de família, sinó també incentivar que els metges i metgesses facin l'especialitat de família.

A Catalunya tenim molta gent de fora que quan acaben la residència se'n van. Hem de veure què fem en el post-MIR per fidelitzar-los i fer-los una oferta atractiva perquè es quedin. Potser caldria pensar en oferir-los una carrera post-MIR...

Cal adaptar els rols professionals a les necessitats que tenim. En aquesta revisió del paper de cada un dels professionals, hem de veure quins professionals hauran de créixer més i quin és el nou paper del metge. Jo crec que tornarà a ser un paper més estratègic dins l'equip. Aquest és un debat que tenim pendent.

Pot l'autonomia de gestió ajudar a pal·liar el *burnout* dels professionals de primària?

És objectiu que els resultats clínics de les EBAs són iguals o superiors, i que la satisfacció dels professionals és superior. També els dels usuaris és igual o millor. Que jo sàpiga els metges i infermeres que al seu dia van optar per una EBA no han canviat... No hi ha hagut un *turn over*

de professionals, sinó al contrari, una fidelització d'aquest model. L'exercici del professionalisme va lligat a l'autonomia i a la responsabilitat, i això genera més sentiment de pertinença perquè tu pots decidir.

Necessitem més autonomia no només clínica, sinó capacitat d'organitzar-nos. I incentivar l'autogestió en diferents formes, diferents instruments. A la central de resultats els que tenen més autonomia de gestió, surten entre els primers de la llista.

L'exercici del professionalime requereix una demanda per part dels professionals de més autonomia.

En poques paraules...

Què és el que et motiva més de la teva feina?

L'humanisme i el compromís.

Tens algun pendent en la teva trajectòria professional?

I tant, molts pendents! La vida acadèmica n'és un. Vaig començar el doctorat però a l'entrar en política ho vaig haver de deixar... potser ho recuperaré quan em jubili.

També marxar fora. Fer alguna estada a altres llocs del món...

Un record del teu pas com a resident.

El mestre, el Dr. Vinyes.

Una frase emblemàtica...

A l'època de resident sempre em deien noia... "Vostè noia" però al meu temps hi havia moltes menys dones i jo tenia 24 anys. Ho recordo.

L'essència de tot professional de la salut.

Sempre posar-se al lloc de l'altra persona. Els anys t'ensenyen que tu també ets el pacient un dia però de vegades ens costa posar-nos a la pell de l'altra... és empatia i un punt d'humilitat.

Això s'aprèn. És quelcom intangible.

Els metges que marquen la diferència tenen molt coneixement, experiència i habilitats, però també un valor afegit: aquesta mirada empàtica real, de relació horitzontal, que no vol dir perdre autoritat.

La Dra. Geli va impartir la conferència de cloenda de la XXIa Jornada de Residents UDACEBA "Reptes del Sistema sanitari. Mirades múltiples" el 23 de novembre a Sant Martí de Centelles.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Marina Geli
Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 125
https://apsalut.cat/2019/01/16/la-descoberta-entrevista-a-marina-geli/
Data: 23 de gener de 2019

LA desCOBERTA amb Guillem Jordi

“Avui en dia la societat s’ha medicalitzat massa. Qualsevol problema que de vegades no és ni mèdic ha de passar pel metge.... Si mirem als nostres pacients als ulls i els volem entendre des de totes les òptiques -biològica, psicològica i social- tenim una funció molt important. El metge de família és un valor importantíssim pel benestar de la societat”

Guillem Jordi és metge de família i cap de la Unitat d’ecografia clínica de l’EAP Dreta de l’Eixample (CAP Roger de Flor). Fill d’una família tricultural -a cavall entre l’alemany, el català i el castellà- el seu camí per arribar a metge va ser una trajectòria atípica.

Va ser el primer espanyol que va fer l’especialitat de Medicina Familiar i Comunitària a Alemanya i va tornar aquí per ser homologada l’any 90. Fer la residència a fora li va permetre aprendre a fer ecografies i des de llavors professionalment ha fet conviure la medicina de família amb el maneig de l’ecògraf.

Gran amant del teatre, el Dr. Jordi arriba cada dia a la consulta amb bastons, per fer exercici físic. Des de fa 16 anys juga al domino dos cops al mes amb setze metges. La seva família... l’energia necessària per caminar per la vida.

Com arribes a ser metge?

Sempre he pensat que si has de treballar, com a mínim fes una feina que t'agradi, gairebé com un *hobby* remunerat. I si fas un bé a la comunitat, encara millor.

Com vas descobrir que volies ser metge?

Quan era jove tenia un metge de capçalera, el Dr. Corominas, que em va marcar molt. Era un dels metges que tothom voldria tenir... Amb ell vaig veure que ser metge valia la pena.

Etapes professionals del Dr. Jordi.

Vaig entrar a Medicina a l'Hospital Clínic el 1978, i vaig acabar l'any 84 a l'Hospital Bellvitge, sent la 2a promoció. En aquell temps, érem 28.000 els que ens presentàvem al MIR, i només hi havia 2.000 places. Amb tant poques possibilitats d'entrar, vaig anar a Alemanya 5 anys a fer l'especialitat. Em van formar molt bé i m'hi hagués quedat... els metges estan dignament remunerats... però allà només plou i els diners no ho fan tot en aquesta vida.. En realitat vaig començar a estimar Catalunya de veritat marxant a l'estranger!

Quan vaig tornar a Catalunya, es buscaven metges ecografistes i vaig començar fent ecografies a l'ICS. Paral·lelament, la medicina de família que feia a Alemanya, aquí la feia a una clínica privada on tots els austríacs, alemanys, suïssos em venien a veure, era el metge del consolat alemany... així sempre he estat a dos peus: un l'ecografia i l'altre, la medicina de família.

L'any 2003 vaig tenir la sort d'arribar a formar part de l'EAP Dreta de l'Eixample, i gràcies a l'estructura dels equips de base associativa (EBA), vaig poder fusionar la feina de MFiC amb l'ecografia. A la meva consulta tinc un ecògraf i els 20 metges que som ens ajudem si hi ha qualsevol dubte o consulta.

Evolució de l'ecografia.

Aquesta tècnica ha arribat aquí amb 30 anys de retard... El futur és la normalització de saber fer ecografies. Tots els residents que passen pel nostre centre surten amb coneixements d'ecografia convencional bàsica, que sobretot és l'abdominal i d'aparell urinari. Tot R4 acaba la residència aquí sabent diferenciar la normalitat de la patologia i coneixent el maneig de l'ecògraf que ha de conèixer un metge de família.

Què demanes al teu equip de treball?

Que siguin humanistes, persones responsables i que sàpiguen el privilegi que tenen de poder desenvolupar la seva vocació. Els demano que tornin a donar prestigi a la professió mèdica.

Per què s'ha desprestigiat la professió?

Estem en un estat d'hipersocialització en el que som uns més dins de l'engranatge, però la nostra professió queda devaluada perquè tenim poc temps, molta pressió assistencial... som quasi una unitat productiva i la relació metge-pacient que és el *quid* de la qüestió queda

bastant malmesa. Al final no som màquines, som persones... i quantitat i qualitat no són compatibles.

Apoderament dels pacients vers la seva salut. Ho estem fent bé?

Si. El metge no hauria de ser un pare protector sinó un assessor en salut. El responsable de la pròpia salut és el pacient. Hi ha països, com Gran Bretanya, on si no et cuides la salut i et maltractes, la ciutadania no ha de perquè pagar els costos sanitaris de la teva irresponsabilitat. Aquí no... aquí no es dóna valor al cost de la sanitat perquè no es paga en efectiu. El fet de no veure el que valen les coses fa que la gent no valori el que té.

Tracte tutor-resident. Com ha de ser?

Aquí som massa protectors del resident, segons la meva experiència. Surten molt ben formats de manera teòrica però se'ls ha de deixar anar més ràpid. Jo als meus residents els ensenyo el que no està escrit... això m'encanta. És aprendre de l'experiència d'anys.

Com és el Dr. Jordi fora de la consulta?

Una persona normal i corrent amb ganes d'estar connectat a àmbits que no tinguin a veure amb la medicina... sempre dic que per ser un bon metge, el temps lliure s'ha d'intentar compensar amb altres inquietuds, amb conèixer de tot una mica! Abans de metges som humanistes... Soc curiós i m'agrada aprendre! I descansar també, perquè no fer res és molt important per poder estar bé quan has d'actuar.

El Dr. Jordi, un dels 5 protagonistes de "Estàs igual!" – Càmping gas (TV3, 19/10/2017).

L’ecografista en detall

Què cal per ser un bon metge.

Cal cuidar-se per estar bé amb un mateix, per poder ajudar als altres, ficar-se a la pell dels altres i tenir la sensibilitat necessària per entendre tots els patiments dels pacients que confien en tu.

Un consell a la teva consulta.

Sempre els explico el mateix: tinc un pacient que és un metge jubilat de 89 anys, i jo li pregunto… doctor, què he de fer per ser com vostè a la seva edat? I em mira i em diu: “noi, fes el que et doni la gana”. El consell és aquest.

Els metges... sou “mals pacients”?

Som mals pacients perquè ens costa passar a l’altre costat de la taula i ser pacients. El que no hem de fer és ser metges de nosaltres mateixos perquè perdem l’objectivitat. Però això s’aprèn.

Projectes de futur del Dr. Jordi.

A la meva edat sóc una persona jove amb experiència i això és el que vull mantenir. El meu futur passa per gaudir de cada dia de vida regalat… com més gran et fas més has de viure el present.

Com serà el llegat del Dr. Jordi? Quina empremta vols deixar.

D’aquí dues o tres generacions la memòria es perd. El meu consell és escriure els records de la teva vida, perquè això és el que quedarà: el teu llegat.

Un lema vital.

“Vive i deja vivir” amb una actitud positiva i deixant-te sorprendre per totes les coses.

Una cançó.

A casa som molt artístics… cada cap de setmana cantem… però més que una cançó potser diria l’homenatge al meu pare, Aureli Jordi, que va ser l’autor de la cançó del Cola-Cao, que va tenir molt èxit als anys 50. Aquesta cançó va sortir del piano de casa meva.

La canción del Cola Cao: https://youtu.be/7ZwXhmTyL9g

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Guillem Jordi
Revista: APSalut. Volum 7. Número 2. Article 131
https://apsalut.cat/2019/03/05/la-descoberta-entrevista-a-guillem-jordi/
Data: 21 de març de 2019

LA desCOBERTA amb Oriol Huguet

“Quan em vaig plantejar per què volia estudiar medicina era per ajudar el territori on visc. Jo no sé si podré ser un metge brillant o no però m’agradaria pensar que com a persona puc aportar, i això és el que em mou”

Vilanoví apassionat que estima la seva terra i la seva gent. Va estudiar medicina a la Universitat Rovira i Virgili i una vegada acabada la residència va tenir l’oportunitat d’engegar un nou projecte com a metge de família al CAPI Baix-a-Mar. Enguany fa 10 anys que el centre va obrir les seves portes i Oriol Huguet n’és l’actual director.

Persona inquieta, persistent, lluita pels seus objectius. Li agrada la SALUT en general, poder aportar a la comunitat. El seu referent és la figura del metge de poble, que fa una mica de tot, per poder oferir un servei i donar un cop de mà a les persones del territori.

El projecte CAPI Baix-a-Mar

Pocs professionals poden dir que han participat des del minut zero en la construcció d'un centre de salut. I això dona un valor afegit. El projecte era una mica diferent al d'un ambulatori convencional... Vaig començar a treballar en un centre de salut on nosaltres mateixos vam dissenyar el funcionament de tot, és a dir, on situaríem les cadires a la sala d'espera, com funcionaria el magatzem... vam poder decidir tot el funcionament del centre. Això fa que ens sentim molt nostre aquest projecte, perquè hem participat pràcticament de tot des del primer moment.

Implicació de l'equip

La majoria de les persones que treballem al CAPI hi som des que es va obrir el centre. Hi ha una direcció que és qui ha de respondre, però gran part de les decisions es prenen consensuadament amb tot l'equip. És la manera com funcionem nosaltres. Totes les persones que treballen al centre tenen veu i vot a l'hora de decidir sobre els processos que afecten a la feina: com atenem a les persones, les llistes d'espera, les agendes... tothom pot dir la seva i a partir d'aquí intentem treballar-ho des de la direcció. Això fa que et sentis partícip del projecte.

Què suposa liderar un equip?

A la direcció no estic sol. Soc el cap visible i responsable però som quatre persones amb delegació completa de qualsevol decisió que puguin prendre. Aquest és un tret diferencial vers altres centres: poder donar a les persones amb les que treballes capacitat de decisió al 100% i confiança plena en totes les decisions que prenguin. Això em permet poder compaginar la tasca assistencial amb la tasca de gestió pròpia del càrrec.

Què és més difícil, dirigir o passar consulta?

El més dur de tot és tractar amb persones, tant sigui a nivell de gestió com a nivell de consulta. Dir-li a una persona que no pots comptar amb ella en un futur o atendre segons quins casos que veus a la consulta crec que et genera les mateixes dificultats i frustracions. S'ha d'encarar de la mateixa manera, sent persona, empatitzant i posant-te al lloc de l'altra. Donar-los confiança perquè et tinguin confiança.

Connexió salut-social-comunitat

El que intentem promocionar al nostre centre és que funcioni com un equipament més de la ciutat per atendre la nostra població. Tenim els serveis socials municipals integrats dins el centre d'atenció primària, que és el nostre tret diferencial bàsic. Ens sentim com un equipament més i això ens permet interactuar, com un centre cívic o una biblioteca... Al final som un servei més. Funcionem en aquesta direcció: volem obrir-nos al màxim possible a la gent perquè puguin sentir-s'ho seu, del barri. Som part del teixit actiu de la ciutat. Hi som, hi participem, en formem part i volem que les persones interactuïn amb nosaltres.

Parlem de docència... què és fonamental per un bon aprenentatge?

L'important és que el resident pugui participar sobre què vol aprendre, si vol aprofundir en algun àmbit concret, i planificar conjuntament amb el tutor la seva rotació. I sentir-se un més de l'equip, això per descomptat. D'altra banda, el centre de salut ha de poder funcionar sense el resident. Crec que és important explicar-li que no és una persona que ve a treure feina sinó que està allà per aprendre, participar i afrontar processos.

Per què heu escollit la Unitat Docent UDACEBA?

UDACEBA s'adaptava al nostre perfil. No som ben bé una EBA però si que a nivell conceptual d'autogestió ho tenim. A més crec que a UDACEBA es té molt i molt en compte els residents a l'hora de poder decidir sobre les rotacions i s'escolten les seves peticions. Som la única Unitat Docent que té un contingut específic sobre comunitària i això és gràcies a que ho van demanar els residents el seu dia.

A partir d'aquest curs al CAPI ja tindreu residents de medicina familiar i comunitària. Quins canvis suposa això?

És un gran pas per al nostre centre. Tindrem 2 residents i per nosaltres és una gran responsabilitat. Portem tres anys parlant-ne i formant els companys, que estan molt ben preparats. La idea és poder transmetre als residents aquesta visió de la salut que tenim al centre... Suposarà algun canvi de dinàmica de treball i d'espais però som un equip que ens adaptem als canvis, i no ens agrada gens la frase típica "tota la vida s'ha fet així". A més a Vilanova no hi ha residents de medicina de família, serem el primer centre docent, i és un repte gegant però en tenim moltes ganes!

Clar i català

Com és l'Oriol Huguet?

Em pensava que era una persona molt tranquil·la però cada cop m'estic adonant que soc més inquiet i inconformista. Cada vegada tinc més inquietuds sobretot en l'àmbit social i la salut comunitària i és un no parar... hi poso moltes moltes hores però crec que és el futur.

Paral·lelament a la professió, personalment has descobert una nova passió...

Quan vaig entrar a treballar era molt sedentari, però a poc a poc, vaig començar a anar a caminar amb els amics, i vaig veure que m'anava bé per poder canalitzar tota aquesta inquietud. Després vaig a començar a córrer, i ara surto entre 3 i 4 cops a la setmana, si puc per la muntanya. També he començat a fer curses d'orientació, que més enllà de la part física tenen també una part mental i social, i molt sovint vas en equip. I poder compartir temps d'aquest amb altres persones dóna un *plus* a l'esport. Són petits reptes personals i al final tot esforç té la seva recompensa.

Què és per tu...

- *Comunitària:* és fer de metge.
- *Docència:* és una oportunitat per aprendre, conèixer i moure't.
- *Recerca:* Mandra... a mi personalment cada cop em fa més mandra.

Els tres grans pilars de la vida.

Per un costat la parella. També els amics. Per sort tinc bons amics. La vida canvia completament amb amics o sense. I després la família. Crec que soc com soc i entenc la vida d'una determinada manera gràcies a ells.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Oriol Huguet
Revista: APSalut. Volum 7. Número 4. Article 138
https://apsalut.cat/2019/10/09/la-descoberta-entrevista-a-oriol-huguet/
Data: 9 d'octubre de 2019

LA desCOBERTA amb Carles Brotons

“La Unitat de Recerca de l’EAP Sardenya no l’haguéssim pogut muntar si no fos perquè estem treballant en una EBA i ens dóna molta flexibilitat de gestió”.

A l’acabar la carrera de medicina Carles Brotons Cuixart va fer la residència de medicina de família. Després va estar 18 mesos als Estats Units fent un màster en salut pública i epidemiologia a la Universitat de Texas (UT) a Houston, 6 mesos en un centre coordinador d’assajos clínics i com a professor ajudant en el curs d’epidemiologia a la UT.
Instal·lat de nou definitivament a Catalunya va presentar la seva tesi doctoral a la UAB i va treballar com a epidemiòleg en diferents centres.
Des del 2002 que treballa al CAP Sardenya com a metge de família, com a tècnic de salut d’UDACEBA, i coordinant la Unitat de Recerca (UR) de l’EAP Sardenya.

El teu interès per la recerca... d'on sorgeix.

Em va influir molt el tècnic de salut pública que vaig tenir quan era resident, en Carlos Alberto González, un metge epidemiòleg argentí molt reconegut que vivia aquí des de feia anys. Ell va ser de les persones que em va motivar més per fer recerca en AP. I va ser llavors que vaig decidir anar-me'n a fer el màster en salut pública perquè podia aprofundir més en recerca clínica i recerca epidemiològica.

La Unitat de Recerca dins un Equip d'Atenció Primària. Com sorgeix.

No és gaire habitual que dintre d'un centre de salut hi hagi una unitat de recerca. Això ho he d'agrair molt al Dr. Sellarès qui amb visió de futur va apostar des del primer moment en professionalitzar la recerca. Una cosa és fer recerca d'una manera voluntarista, però si no es fa de manera professional aquesta motivació s'esgota. Teníem la infraestructura, teníem els projectes, teníem les idees... i ho vam tirar endavant. Des que vam començar a treballar a la UR el 2002 cada vegada hem tingut més projectes i ja està molt consolidada, amb personal propi per fer recerca, i hem participat en molts projectes nacionals i internacionals. I això ha donat peu perquè els residents de la Unitat Docent puguin rotar per la Unitat, estar exposats als diferents projectes que fem i a fer el seu propi protocol de recerca.

L'EAP Sardenya pel seu model de gestió com a EBA -equip autogestionat- té més possibilitats d'haver creat la Unitat de Recerca?

Absolutament. Això és impensable en un centre de l'ICS. Perquè tenir dues infermeres que només fan recerca, una bioestadística, jo mateix que puc treballar parcialment com a metge de família i coordinant la UR, i una altra metgessa que també està a temps parcial, no està previst en un centre on els recursos de personal són bàsicament assistencials. No està contemplat de cap manera que es contracti a un professional de manera indefinida per fer només recerca, una altra cosa és que alguns professionals tinguin algunes beques i puntualment puguin fer projectes a nivell del centre o que facin recerca fora d'hores.

Quin tipus de recerca feu principalment.

Fem recerca sobretot en la patologia més prevalent a l'atenció primària, i és una patologia que és molt variada, perquè a l'AP veiem des de malalties infeccioses a malalties agudes, malalties cròniques... Ens hem centrat molt en malalties com la diabetis, la hipertensió, les malalties cardiovasculars però també hem fet assajos amb vacunes, asma, malaltia pulmonar obstructiva crònica... és una recerca molt variada que reflecteix una mica les patologies que veiem a l'AP. Actualment estem treballant en 7-8 projectes, alguns en fase de reclutar pacients, d'altres fent seguiment, i tenim dos nous projectes internacionals a punt de començar.

La recerca és coparticipada?

Tenim vàries línies de recerca que tenen diferents fonts de finançament. Una és els assajos clínics amb la indústria farmacèutica, principalment assaigs Fase II, Fase III. Això vol dir que és per investigar una nova indicació d'un fàrmac que està aprovat o d'un nou fàrmac que

encara no està aprovat. Aquests assajos normalment són multinacionals, hi participen diferents països.

Després tenim la línia d'estudis, que poden ser assajos clínics o no, que nosaltres en som els promotors i estan finançats per institucions públiques o societats científiques; com ara el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, beques del Departament de Salut de la Generalitat, beques de la Marató de TV3, de la Sociedad Española de Cardiología, de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, de la Sociedad Española de Arteriosclerosis i de la Sociedad Española de Geriatria, entre d'altres.

El ritme de la recerca és oposat a la pressió assistencial del dia a dia del metge de família?

Tinc la sort que puc fer 50% de dedicació assistencial i 50% a la recerca. Per mi és la situació ideal perquè em permet fer les dues coses, **m'agrada molt l'assistència i a més és una font d'idees per la recerca després**. No m'agrada estar allunyat de l'assistència perquè un s'allunya fàcilment de la realitat clínica i es perd una perspectiva més realista de les possibles propostes de recerca. Assistència i recerca es complementen molt bé.

Com caldria potenciar la recerca a l'Atenció Primària?

S'ha de professionalitzar. S'ha d'intentar que les persones que estan interessades en fer recerca i que ja tenen un bagatge assistencial, donar-los l'oportunitat perquè puguin dedicar part del seu temps a la recerca. Com es fa a altres països europeus, metges sèniors que tenen interessos en docència, en recerca, en gestió clínica... poder-los lliurar part del seu temps assistencial i facilitar-los que puguin dedicar-se a aquestes tasques. Avui dia això no és fàcil en el sistema públic català, i espanyol en general.

I també pensar que la recerca a la AP existeix. Que és un tipus de recerca que no es fa a l'hospital, i que és molt específica de Primària. Tenim una perspectiva molt poblacional que no tenen a l'hospital. Des de les grans institucions públiques de recerca de Catalunya s'hauria d'incentivar més la recerca a l'AP, posar uns barems específics per l'Atenció Primària i així poder optar i competir a les diferents convocatòries de beques i ajuts.

Quins coneixements en recerca haurien de tenir tots els residents a l'acabar la residència?

Des d'UDACEBA el que ens interessa és que els residents tinguin una formació en saber desenvolupar un protocol de recerca. Des de desenvolupar un protocol d'un projecte de recerca (que no és fàcil, ja que has de dedicar moltes hores i revisar molt la literatura, justificar molts els objectius, la metodologia, etc...) que ho presentin al comitè d'ètica corresponent, corregeixin les esmenes del comitè d'ètica i un cop en tinguin l'aprovació, facin el projecte, el treball de camp. I ja com a nota excel·lent, els demanem que presentin els resultats en un congrés i després facin la publicació.

Aquesta experiència pensem que els pot ajudar molt en un futur si després volen fer un altre projecte de recerca o ser tutors de residents i orientar-los en la recerca. La teoria i els cursos

estan a l'abast de tothom, però la part més pràctica, i d'arremangar-se per fer un mateix el protocol de recerca, i després fer el treball de camp pensem que és un bon aprenentatge.

Amb l'actual creixement d'UDACEBA preveieu potenciar la recerca als nous dispositius associats?

Créixer ens dóna la possibilitat de poder oferir -que ja ho hem fet vàries vegades- projectes multicèntrics als diferents centres d'UDACEBA. Com més centres hi hagi més població tindrem i més solidesa li donarà al projecte. Potencialment ens afavoreix. D'altra banda, més centres també vol dir més logística, més organització, més pressupost, etc... és més complex. Però la balança compensa. L'esforç val la pena.

També és important dir que no estem sols, i que formen part d'una macroestructura de recerca, que és l'Institut d'investigacions Biomèdiques Sant Pau, del qual formem part el mateix hospital de Sant Pau, la UAB, la Fundació Puigvert, la col·laboració Cochrane, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, entre d'altres, i nosaltres representant a l'Atenció Primària. Nosaltres formem part de l'Institut des del començament, i la primera reunió que vam tenir amb ells l'any 2007 vam anar-hi amb l'estimat company que ens va deixar, el Dr. Josep Manuel da Pena, i jo mateix.

Possibilitats d'arribar a crear un "Centre de recerca UDACEBA" en un futur?

Per què no? No ho descarto sempre i quan hi hagin recursos i els centres es comprometin a fer una aposta a llarg termini. L'aposta que cal és forta i amb molta visió de futur.

L’investigador en primera persona

Com s’ha de ser per fer recerca? Hi ha un perfil professional predominant?

El perfil és un metge clínic amb inquietuds... és voler respondre preguntes que no estan contestades, sobretot en el camp de l’AP, i que poden tenir un impacte i una translació a la pràctica clínica. S’ha de tenir aquesta mentalitat de fer-te preguntes a la consulta i que diguis “això ho he de respondre fent recerca perquè no hi ha una altra manera de resoldre-les”.

En la vessant més espiritual què és la recerca?

Primerament és un acte de molta generositat per part dels pacients que volen participar en estudis de recerca. Això cal agrair-ho sempre. I des del punt de vista de l’investigador és solidaritat, en el sentit que busques respostes per millorar el món, de manera global. Et queda la satisfacció que amb el teu granet de sorra has pogut contribuir a ajudar i millorar l’atenció als pacients i en definitiva millorar la salut de la població.

Com et defineixes?

És difícil... però en Carles Brotons el que és primer és un metge de família. I després donada l’oportunitat que he tingut en la meva carrera professional, gràcies als meus mentors científics i de gestió, també em considero un investigador afortunat.

Què et queda per fer?

Des del punt de vista de recerca intento que la gent més jove que estem formant ja comencin a liderar projectes i publicacions... Espero poder formar gent per donar continuïtat a aquesta línia de recerca que hem obert a l’AP, que ha estat una línia pionera, reconeguda i que gràcies al tipus de gestió s’ha pogut fer. Poder donar el relleu, quan toqui, d’una manera consolidada i que tingui molt futur.

El cor de la recerca o la recerca des del cor?

La recerca des del cor perquè necessites tenir cor i passió per fer recerca, i per fer altres coses òbviament.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Carles Brotons
Revista: APSalut. Volum 7. Número 5. Article 148
https://apsalut.cat/2019/12/05/la-descoberta-entrevista-a-carles-brotons/
Data: 5 de desembre de 2019

ap

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

presentem l'APSalut Especial 2019

"Salut en moviment"

Per un envelliment actiu i saludable, posem-nos en marxa!

Marta Serrarols. Metgessa de Família EAP VIC (CAP El Remei) A ningú se li escapa que cada vegada vivim més anys. Les dades en aquest sentit són aclaparadores, de manera que actualment a Catalunya (dades 2018 segons Idescat) les dones tenen una esperança de vida de 86 anys i el ho de 80. Una altra dada rellevant i que també …

Llegeix l'article

Artrosi, problemes degeneratius de l'aparell locomotor. Exercici físic, eina de salut

Autor: Àlex Pasarin. Cap de Servei de Rehabilitació de l'Hospital San Rafael SITUACIÓ ACTUAL Avui en dia la major part de la demanda assistencial en patologia d'Aparell Locomotor és la d'origen degeneratiu (l'artrosi) i en la eva forma crònica (d'anys d'evolució), olt per sobre de l'aguda o la d'origen màtic. Aquet fet ve donat per elliment, cada cop més important, …

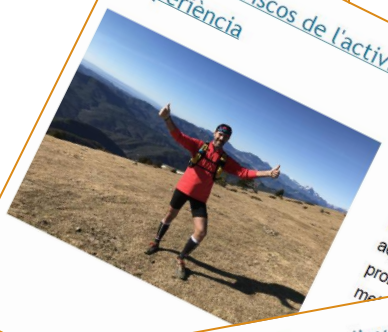
Llegeix l'article

Des de l'atenció primària: consell o prescripció d'activitat?

Cristina Molas. Fisioterapeuta EAP Vic (CAP El Remei) El sedentarisme i la inactivitat física s'han constituït com un estil de vida emergent en l'últim segle, especialment en els països més industrialitzats. Alguns autors han arribat a descriure aquest fenomen com "l'epidèmia del segle XXI", doncs s'ha vist que tenen un gran impacte sobre la salut general de la població. Ambdós …

Llegeix l'article

Beneficis i riscos de l'activitat física: de la ciència a l'experiència



Francesc Moreno Ripoll. M EAP Dreta de l'Eixam Flor) Fa uns dies aquest artic probabl

Actividad física y prevención cardiovascular

Autores: Diana Fernández V., Irene Moral P., Mireia Puig P., Teresa Vilella M. y Carlos Brotons C. Definiciones Actividad física se define como un movimiento ido por la acción muscular el gasto de

LA desCOBERTA. Entrevista a Coki Troyano

Laura Aranalde. Comunicació en Salut "La concentración que requiere el patinete, igual que la práctica de muchos deportes, te lleva a un estado de meditación y de equilibrio perfecto. Conocer a personas muy diversas, en un ambiente hermoso... Eso es la linda experiencia del deporte: te abre al mundo". Rodrigo Troyano és de San Rafael, Mendoza, Argentina. Actualment és resident …

Llegeix l'article

Activitat física, exercici i qualitat de vida en tutors i residents

Autors: Gissellth Garcia Mora, Mariona Teixidor Camp i Albert Casasa Plana. MIR R4, MIR R2 i tutor EAP Sardenya

Introducció La Unitat Docent UDACEBA forma residents d'Atenció Familiar i Comunitària. El programa de l'especialitat, tant d'infermeria com de medicina dóna molta importància a les activitats de prevenció i promoció de la salut. L'activitat física es defineix com qualsevol moviment corporal …

Llegeix l'article

Per un envelliment actiu i saludable, posem-nos en marxa!

Autora: Marta Serrarols Soldevila. Metgessa de Família EAP VIC (CAP El Remei)

A ningú se li escapa que cada vegada vivim més anys. Les dades en aquest sentit són aclaparadores, de manera que actualment a Catalunya (dades 2018 segons Idescat) les dones tenen una esperança de vida de 86 anys i el homes de 80. Una altra dada rellevant i que també s'ha anat incrementant és l'esperança de vida als 65 anys, és a dir, l'estimació de quants anys més viurem després de fer-ne 65: les dones una mitjana de 23,17 anys i els homes de 19,12. Per tant, una vegada ens jubilem (si acceptem que això passa cap als 65 anys en molts casos), passen molts anys de mitjana abans no arriba el final de vida.

D'aquesta manera, el nombre de persones majors de 65 anys no para d'augmentar i actualment ja suposa pràcticament un 19% de la població de Catalunya.[1]

Com envellim durant aquest període és important. Sobretot en termes de qualitat de vida: l'objectiu al que hem de tendir és viure força anys però lliures de malaltia i sobretot de discapacitat per mantenir-nos autònoms.

Ja fa anys, l'OMS va definir l'envelliment actiu i saludable com aquell procés d'optimitzar les oportunitats de salut física, mental i social que permetin a la gent gran participar activament

en la societat sense patir discriminació i gaudir d'una qualitat de vida bona i independent. Destaca que poden identificar-se tres referents principals dins d'aquest concepte: salut (benestar físic, mental i social), seguretat (la protecció, la seguretat i la dignitat de les persones grans) i la participació (bàsica com a inductora de l'autorealització personal)[2].

Per tant, un envelliment saludable depèn de molts factors: socioeconòmics, genètics, del nombre de malalties cròniques que tinguem, de l'alimentació, de l'activitat física, de les relacions socials…Cadascú pot fer moltes coses en el seu dia a dia per envellir amb una millor qualitat de vida i mantenir la seva capacitat per fer les activitats habituals de la vida quotidiana sense necessitat d'ajuda d'altres persones (prevenir la discapacitat).

El coneixement mèdic epidemiològic i clínic ens ha permès conèixer com apareix progressivament la discapacitat i les possibilitats de prevenir-ne o retardar-ne l'aparició. El control que fem de malalties cròniques amb impacte sobre el risc cardiovascular (la hipertensió, la diabetis, les dislipèmies), la promoció dels estils de vida saludable (dieta mediterrània, activitat física), el control d'hàbits tòxics (tabac, alcohol i altres drogues), els cribratges poblacionals de determinats càncers (mama, còlon), el control de determinades infeccions (tuberculosis, VIH,…) ens ha permès prevenir l'aparició de malalties i retardar l'aparició de la discapacitat i la dependència.

En aquest context sovint identifiquem persones grans que encara no són dependents per les activitats de la vida diària però sí que són vulnerables; són persones amb un estat de vulnerabilitat que comporta un risc elevat de presentar resultats de salut adversos. És el que coneixem com a fragilitat: en més o menys intensitat la persona gran fràgil té disminuïts el rendiment físic i la capacitat funcional o cognitiva com a conseqüència de canvis fisiopatològics relacionats amb l'augment de l'edat, amb la concurrència de problemes de salut crònics (artrosis, problemes auditius o visuals, malalties cardiovasculars, deteriorament cognitiu, trastorns mentals, entre altres) i d'estils de vida determinats, i que és vulnerable o es troba en risc de patir problemes de salut greus.

La possibilitat d'incidir en aquesta situació de fragilitat, en les seves etapes inicials, és una estratègia que cap sistema de salut pot evitar no aplicar per tal de, justament, prevenir la discapacitat, millorar l'autonomia i guanyar en anys lliures de dependència. El propi Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 inclou com a àrea prioritària de salut i projectes singulars "Pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils"[3].

La fragilitat comporta caigudes de repetició, sarcopènia (pèrdua de la massa muscular i la força), funció física alentida (marxa més lenta, més dificultat per les activitats de la vida diària, més dependència) i s'associa de manera independent amb la mortalitat, amb índexs més alts d'hospitalització i d'ús de recursos de salut i socials.

Avui tenim instruments validats per poder mesurar la fragilitat i d'aquesta manera establir un diagnòstic situacional[4] de la persona que ens permeti incidir posteriorment en les causes que l'han afavorit per frenar i retardar l'aparició de més fragilitat i per tant de més dependència, i fins i tot revertir-la.

Més enllà de l'abordatge de les situacions clíniques concretes (per exemple, intervenir unes cataractes que poden estar creant un dèficit visual), hi ha actuacions transversals que són extremadament útils sobretot en fases inicials i moderades de la fragilitat. Una de les més importants que s'ha posat de relleu en múltiples estudis és **l'activitat física**, juntament amb l'estat nutricional (proteïnes), el maneig de les condicions cròniques i síndromes geriàtriques (estimulació cognitiva), la revisió periòdica de la medicació i la revisió de la situació mental i emocional, de l'entorn i del suport social[5].

L'activitat física és un dels components principals en qualsevol intervenció multifactorial per prevenir i tractar la fragilitat. S'han publicat diversos estudis que inclouen diferents exercicis per treballar la **força muscular, l'equilibri, la flexibilitat i la resistència**: 60 minuts dos cops per setmana no consecutius conduïts per fisioterapeutes que es va realitzar al CAP Raval Nord[6], programa +AGIL Barcelona[7], etc.

Val la pena destacar el projecte VIVIFRAIL[8] que es basa en la idea que la salut de les persones grans es mesura segons la seva funcionalitat; millor funcionalitat, més autonomia i menys dependència. En el projecte intervenen diferents centres a nivell d'Europa. Pretén incrementar el coneixement sobre com cal prescriure l'activitat física en les persones grans. La majoria d'estudis que demostren millores en la marxa, l'equilibri i disminueixen el risc de caigudes, han utilitzat entrenament amb exercici multicomponent com a principal mètode d'intervenció. En canvi, els estudis en els que es va realitzar l'entrenament de resistència sistemàtica (ja sigui sol o com a part d'exercici multicomponent) van demostrar un percentatge més alt de força en avis fràgils.

En algunes investigacions, la manca de canvis en resultats funcionals i de força, indica que la prescripció d'exercici ha d'adaptar-se a cada individu per proporcionar un estímul suficient que millori la capacitat funcional de la persona fràgil.

La comunitat, els barris, els centres cívics, són entorns ideals on cal promoure l'activitat física de les nostres persones grans. I nosaltres, com a professionals de la salut de l'atenció primària, posar en valor, dins de la pràctica clínica, la prescripció i recomanació de l'exercici físic, com un element cabdal de les estratègies de promoció de l'envelliment actiu i saludable, la prevenció i tractament de la fragilitat i de millora de l'autonomia personal.

Referències:

- Idescat: idescat.cat
- OMS i envelliment saludable who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud
- Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Plade-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- El procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC). http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4095
- envellimentsaludable.com

- Estudi “Fragility” del grup FRAGICAP de l’IDIAP. Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A randomized Controlled Trial. J Gerontol A Scid Med Sci, 2018, Vol.73, No 12, 1668-1674. doi:10.1093/gerona/glx259
- Integrated primary and geriàtric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention intró real life. Inzitari M. Et al. Eur J Intern Med 2018 Oct;56:57-63 doi: 10.1016/j.ejim.2018.07.022 Epub 2018 Aug 23
- Projecte VIVIFRAIL vivifrail.com/es/proyecto

Citació

Autora: Serrarols Soldevila, Marta

Títol: Per un envelliment actiu i saludable, posem-nos en marxa!

Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 132

https://apsalut.cat/2019/06/10/per-un-envelliment-actiu-i-saludable-posem-nos-en-marxa/

Data: 10 de juny de 2019

Artrosi, problemes degeneratius de l'aparell locomotor. Exercici físic, eina de salut

Autor: Àlex Pasarin. Cap de Servei de Rehabilitació de l'Hospital San Rafael

SITUACIÓ ACTUAL

Avui en dia la major part de la demanda assistencial en patologia d'Aparell Locomotor és la d'origen degeneratiu (l'artrosi) i en la seva forma crònica (d'anys d'evolució), molt per sobre de l'aguda o la d'origen traumàtic. Aquet fet ve donat per l'envelliment, cada cop més important, de la nostra població però també per altres factors com són: la manca d'activitat física, sobretot després de la jubilació, el sedentarisme per manca d'exercici físic regular i, molt important, la pobra percepció de salut que té gran part de la població si més no a Barcelona ciutat. D'altra banda els metges, la sanitat i els mitjans de comunicació han donat una falsa imatge dels grans avenços de la medicina que sembla que ho puguem "curar" tot.

No hem d'oblidar que dintre de les possibilitats terapèutiques de la medicina actual per fer front a la patologia degenerativa, les millors i més eficients són només pal·liatives. Les pròtesis de maluc o genoll no restauren un maluc o un genoll com l'original, els tractaments de fisioteràpia només solucionen alguns problemes aguts i els tractaments farmacològics són simptomàtics. Una prova de les limitacions dels tractaments convencionals és la proliferació als mitjans de comunicació de tractaments alternatius que es venen com a tractaments curatius. D'altra banda, no hem d'oblidar que la medicina només cura algunes malalties i que

l'artrosi, o els problemes degeneratius no són una malaltia, en la major part de casos, sinó que és el deteriorament progressiu de l'aparell locomotor.

POSSIBILITATS D'ACCIÓ ENVERS AL PROBLEMA

Les úniques accions sanitàries que tenen un nivell de recomanació "A" per a tots els problemes crònics que ens ocupen són: l'educació i l'exercici per sobre dels tractaments farmacològics, "les corrents" i inclús molts tractaments quirúrgics.[1, 2]

L'EDUCACIÓ

Nelson Mandela deia: *L'educació és l'arma més poderosa que podeu utilitzar per canviar el món.* Aquesta educació sanitària vol dir que els metges hem d'explicar al pacient que el seu problema no té solució, que l'únic que podem fer és donar-li eines perquè es trobi millor, per exemple: no hi ha cap tractament que faci desaparèixer el dolor lumbar d'anys d'evolució de forma absoluta. L'educació també inclou que hem d'explicar que el principal responsable de la salut és el propi pacient, que si no fa res nosaltres no el podrem ajudar.

També cal reflexionar que durant anys hem ensenyat als pacients a ser dependents de nosaltres, que ells eren un subjecte passiu i que no havien de fer res per ells mateixos a part de prendre la medicació i fer repòs. A més hem de reconèixer que sovint és més fàcil per un metge fer una recepta, enviar-lo a rehabilitació o indicar una intervenció que dir-li al pacient que o es cuida ell o no podem ajudar-lo. Això costa molt!

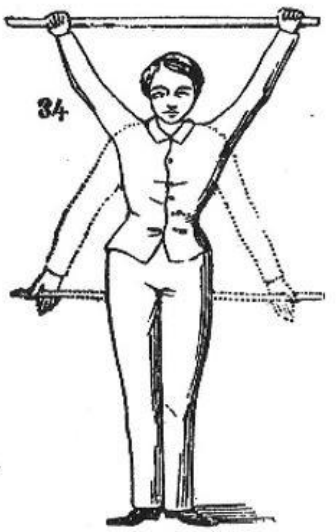
L'EXERCICI

En la dècada que estem del segon mil·lenni, ja era hora, s'ha començat a estendre la necessitat de prescriure exercici per part dels professionals sanitaris, fins i tot per part de les institucions corresponents. No tots ni a tot arreu però els metges, infermers i fisioterapeutes comencen a prescriure exercici als seus pacients, tant en problemes de l'aparell locomotor com metabòlics, cardíacs, respiratoris, etc. Durant aquest any s'ha introduït la marxa nòrdica en 17 o 19 centres d'atenció primària de Barcelona, a l'Hospital Sant Rafael ho vàrem fer el 2006.

Agafem perspectiva i revisem llibres, no internet. L'any 1891, al penúltim segle del mil·lenni passat el Dr. D.G.M. Schreber publica un llibre titulat: "Gimnasia de Sala. Médica e Higiénica" a les pàgines 15 i 16 diu: "*Comparad si no al afeminado cortesano cuya endeble constitución gime bajo el peso de las enfermedades que son consecuencia de su misma mol·lície, atreviéndose a penes á servirse de sus manos delicades y de sus débiles brazos, con el robusto campesino, dotado de órganos fuertes y vigorosos, aunque nutrido con groseros alimentos y expuesto á la intempèrie de todas las estaciones. La frugalidad de sus costumbres y la actividad á que le obliga la índole especial de sus ocupaciones, son, puede decirse, el orígen principal de esa robustez y benestar físico que tanto envidian los habitantes de las grandes poblaciones".*

FIG. 34.

Pasar un palo por encima de la cabeza de delante atrás y de atrás adelante, 4, 12, 16 *veces en cada direccion.*



Para este ejercicio se emplea un palo ó caña cilíndrica bastante larga para medir el espacio comprendido entre el suelo y la parte in-

En aquest paràgraf l'autor ens parla de que el dur treball del *"campesino"* el manté en bon estat de salut comparat amb el ciutadà acomodat. No hem d'oblidar que el malmès, per tots els costats, concepte "Activitat Física" vol dir: moviment voluntari produït per la musculatura esquelètica. Requereix consum d'energia, per sobre del nivell basal. Són les activitats habituals de la vida diària: fregar, treballar a l'ordinador, caminar, pujar i baixar escales…

Per què cal fer exercici? Perquè cada cop més i ja passava en aquells anys, la gent en fa menys i això junt amb el deteriorament que acompanya als anys de vida sobre músculs, ossos i articulacions fa que ens espatllem cada cop més. La definició d'exercici és: moviment voluntari produït per la musculatura esquelètica. Planificat estructurat i sistematitzat. Amb un objectiu definit: mantenir i millorar les qualitats físiques, psicològiques i socials. És a dir, l'objectiu és donar SALUT a qui en fa.[3]

Amb aquest concepte el Dr. Schreber escrivia aquest llibre explicant uns exercicis molt senzills per fer a casa i millorar la salut. Recordem que el seu llibre no està sota la Medicina Basada en l'Evidència ni amb bibliografia ni res.

REFLEXIONS

S'ha d'esborrar el concepte de que el treball espatlla, al contrari, et manté fort. El que passa és que el treball cada cop requereix menys activitat física.

S'ha d'ensenyar que si la feina té pocs requeriments físics has de fer exercici. S'ha d'estar més fort que la feina que fas. S'ha d'ensenyar que amb el pas dels anys tots perdem capacitats físiques, és el camí cap a la mort, per tant quan més forts estiguem de joves millor arribarem a vells.

A Sanitat hem d'ensenyar això i sobretot a les poblacions joves, els més grans no els arreglarem però si no incidim en la gent jove cada cop tindrem més problemes sense solució i recordem que els recursos de la sanitat són i seran sempre limitats.

Que avui per avui als centres sanitaris ensenyem a fer exercicis pel mal d'esquena, d'espatlla o de genolls està bé, però la situació ideal seria que a les famílies i a l'escola s'adoctrinés, i m'atreveixo a utilitzar aquest mot, als nens i nenes a estar i ser forts per viure plenament les seves vides. Tant de cos com d'esperit. Si això no es comença a fer ara els problemes sanitaris d'aquí a 50 anys seran inassolibles de resoldre.

No hem de convertir els centres sanitaris en gimnasos, només i mentres no canvïi la situació educacional hem d'ensenyar. La responsabilitat d'utilitzar les eines que donem als pacients és d'ells.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Jyrki A Kettunen, Arsi Harilainen, Jerker Sandelin, Dietrich Schlenzka, Kalevi Hletanlemi, Seppo Seitsalo, Miguelito Perex, Antti Malmivaara and _Urho M Kujala. Knee arthroscopy and exercise versus exercice only for chronic patellofemoral pain syndrome: a randomized controlled trial. BMC Med 2007; 5:38
- [2] E. Vignon, J.P. Valat, M. Rossignol, B. Avouac, S. Rozenberg, P. Thoumie, *et al*. Osteoarthritis of the knee and hip and activity: A systematic international review and synthesis (OASIS). Joint Bone Spine, 73 (2006), pp. 442-455
- [3] Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. [Internet] [cited 2017 Feb 6] ; 100: 126–131 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711. 2

Citació

Autor: Pasarín, Àlex

Títol: Artrosi, problemes degeneratius de l'aparell locomotor. Exercici físic, eina de salut

Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 133

https://apsalut.cat/2019/06/05/artrosi-problemes-degeneratius-de-laparell-locomotor-exercici-fisic-eina-de-salut/

Data: 5 de juny de 2019

Des de l'atenció primària: consell o prescripció d'activitat?

Autora: Cristina Molas. Fisioterapeuta EAP Vic (CAP El Remei)

El **sedentarisme** i la **inactivitat física** s'han constituït com un estil de vida emergent en l'últim segle, especialment en els països més industrialitzats. Alguns autors han arribat a descriure aquest fenomen com "l'epidèmia del segle XXI", doncs s'ha vist que té un gran impacte sobre la salut general de la població.

Ambdós són considerats uns dels principals factors de risc de les malalties no-transmissibles (MNT) com la diabetis, les malalties cardiovasculars o alguns tipus de càncer[1] i també un clar factor reductor de l'esperança de vida de la població. Tan sols les MNT van representar el 60% del volum total de causes de mortalitat a nivell mundial l'any 2014 i s'estima que l'any 2020, és a dir l'any que ve, ja representin un 73% de totes les morts[2].

Davant d'aquesta situació en l'última dècada s'han generant diversos plans estratègics a diferents escales, tant a nivell mundial, com nacional o local per fomentar la població a dur un estil de vida més actiu i saludable.

L'activitat física (AF) s'utilitza com un concepte "paraigües" que engloba qualsevol moviment actiu que impliqui el sistema múscul-esquelètic i generi una despesa energètica en l'organisme. D'aquesta manera els desplaçaments, la tasca laboral, les activitats

domèstiques, l'exercici físic o l'esport i el lleure poden ser diferents formes de realitzar activitat física.

Cada cop hi ha estudis amb evidència més alta que confirmen l'activitat física com un gran factor preventiu de certes malalties[3], reductor de morbiditats o directament el principal tractament efectiu per sobre de l'administració de fàrmacs, com és en el cas de les lumbàlgies mecàniques.

INDICACIÓ	GRAU D'EVIDÈNCIA
Prevenció de la cardiopatia isquèmica i mortalitat cardiovascular	A
Prevenció de l'accident vascular cerebral	A
Prevenció de la hipertensió arterial	A
Prevenció del càncer de còlon i mama	A
Prevenció de la diabetis tipus 2	A
Manteniment del pes	A
Prevenció de la osteoporosis	A
Millora de la ostoartritis de genoll i maluc	C
Millora de la força muscular i reducció de la sarcopènia	A
Reducció de la dependència funcional i les caigudes en gent gran	A
Reducció del deteriorament cognitiu	A
Reducció de la depressió i l'ansietat	A
Prescripción del ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. E. Subirats, G Subirats, I Soteras. Medicina Clínica 2012	

Robert B. Butler, metge, investigador sobre longevitat i primer director del National Institute of Aging (NIA) als Estats Units, va concloure: "*Si l'exercici i l'activitat física es poguessin envasar com un comprimit, serien el medicament més àmpliament prescrit i beneficiós per a la població*".

Des de l'atenció primària (AP), com a primer nivell d'atenció, s'arriba a un nombrós i divers volum de població. Això juntament amb la premissa de que els professionals de l'AP són considerats la principal font de confiança i recerca d'informació sobre salut, fa que sigui un col·lectiu amb gran capacitat d'impacte en l'estil de vida poblacional.

A través de la consulta mèdica i d'infermeria hi ha dues principals formes de combatre el sedentarisme i la inactivitat: una d'elles és el consell sanitari i l'altra és la prescripció d'activitat física.

El consell sanitari es basa en proporcionar informació i motivar al pacient a tenir una vida quotidiana més activa o recomanar alguna pràctica esportiva aprofitant el seu pas per la consulta. En canvi, la prescripció d'exercici requereix una mica més de temps d'atenció i consisteix en valorar les aptituds del pacient, la condició física o estat de salut, i tenir en compte la seva situació laboral, personal i emocional per formular un pla d'activitat ajustat a les capacitats i necessitats individuals, marcant uns objectius clars i establint un seguiment.

Un estudi realitzat l'any 2003 a Espanya en Atenció Primària va concloure que la sola recomanació ("consell mínim") d'exercici no era suficient per crear adherència dels pacients a plans de vida més actius[4]; en canvi, sí que tenien efectes positius el fet de dedicar 20-30

minuts a programar una forma d'activitat física concreta i el fet d'utilitzar mesures de valoració de la condició física del pacient per poder-la revalorar en la posterior cita de seguiment. Tota aquesta informació ens fa pensar en la importància de trobar estratègies efectives que alhora es puguin dur a terme de forma senzilla i àgil dins el marc de la consulta mèdica.

Una de les propostes és l'aplicació del **mètode FITT** (acrònim de: freqüència, intensitat, temps i tipus) que ens serveix per oferir una "dosi" adaptada a les necessitats i preferències de cada usuari. Els descriptors del pla FITT són una forma senzilla d'explicar a cada usuari de quina manera creiem que ha de realitzar l'activitat física i que alhora li permeti organitzar-se i autogestionar-se en el seu dia a dia. Passar d'un concepte més aviat abstracte "he de fet activitat" o "m'he de moure més" a tenir clara quina activitat, com d'intensa, quanta estona i quants dies, demostra tenir un efecte positiu.

–**Freqüència**: descriu la quantitat de repetició; són les vegades que l'usuari ha de realitzar l'activitat per setmana. El més habitual i recomanat és de 3 a 5 dies per setmana, però cal ajustar-ho a la motivació del pacient, a la disponibilitat de temps lliure i a la condició física inicial. Hi ha persones a qui beneficiarà començar fent una hora d'activitat física un dia a la setmana i d'altres a qui, per trencar amb el sedentarisme, podem recomanar començar caminant 10-30 minuts cada dia.

–**Intensitat**: descriu el nivell d'esforç necessari per realitzar l'AF. Generalment es classifica en lleu, moderat o vigorós. Hi ha diverses formes de quantificar-lo i en aquest cas el més important és que la pròpia persona sigui capaç d'automesurar-ho i regular-ho. Podem fer-ho a través de la freqüència cardio-respiratòria (FCR), el grau de dispnea o tenint en compte la despesa metabòlica de les activitats calculada en METs (el MET és la unitat de mesura bàsica del metabolisme basal establert l'estàndard en 1.5).

Categoria	Activitat específica	MET	Intensitat
Inactivitat	Meditar	1	baixa
Inactivitat	Escriure	1,3	baixa
Ocupació o oficis	Sastreria, costura manual	1,8	baixa
Instruments musicals	Tocar la trompeta	1,8	baixa
Activitats domèstiques	Aspirar	3,3	baixa
Esports	Malabarisme	4	moderada
Reparacions domèstiques	Col·locar o treure catifes	4,5	moderada
Activitats domèstiques	Ordenar l'habitació	4,8	moderada
Ocupació o oficis	Operari de màquines	5	moderada
Gespa i jardí	Tallar la gespa	5,5	moderada
Activitat aquàtica	Rem de peus o en taula	6	moderada
Activitats d'hivern	Esquí	7	alta
Esports	Escalada, ascens sobre roca, alta dificultat	7,5	alta
Dansa/Ball	Dansa en general	7,8	alta
Ciclisme	Ciclisme, >32.2 km/h, carrera, sense ajuda aerodinàmica	15,8	alta

Ainsworth, B. E. Et all. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and science in sports and exercise*, *25*(1), 71-80.

D'aquesta manera a una persona d'edat avançada li podem ensenyar a valorar la sensació d'ofec; si es tracta d'una persona jove a qui li motiva utilitzar les noves tecnologies li podem ensenyar a calcular els % de FCR amb un pulsòmetre digital (tipus rellotge o de pit); i a una persona amb marcats hàbits sedentaris li podem explicar quines activitats del dia a dia (feines de la llar, formes de desplaçar-se, estils d'oci, etc.) tenen uns nivells més alts de despesa energètica i animar-la a incrementar la quantitat d'aquests tipus d'activitats.

VARIABLE DE CONTROL	INTENSITAT MODERADA	INTENSITAT VIGOROSA
Despesa energètica	Entre 3 i 5,9 MET	>6 MET
Freqüència Cardio-respiratòria de reserva (FCR)	40-60% de la FCR	Entre el 60-80% FCR
Percepció subjectiva d'esforç (Escala de Borg adaptada)	5 a 6	7 a 8
Talk Test (test de la parla)	Parlar sense dificultat però no poder cantar	Dificultat en parlar (parla entretallada)

–Temps: és la dosificació de la duració de les sessions i la seva progressió en temps. Partint de les bases que recomana la OMS d'acumular fins a 300 minuts a la setmana d'activitat cardiorespiratòria moderada i de 75 minuts d'activitats de força/resistència en intensitat moderada o vigorosa, podem adequar a cada perfil de persona un *timming* de sessions. Generalment és recomanable iniciar-se amb sessions curtes i progressar des dels 20 fins als 60 minuts de mitjana. En aquest apartat també es poden definir descansos o intervals de pausa/activitat en una mateixa sessió per facilitar l'acumulació de dosi de l'activitat i incrementar-ne el temps total.

–Tipus: especifica la modalitat d'activitat a realitzar, per exemple: nedar, caminar, anar amb bici, córrer, pujar escales, etc. Per aconsellar o especificar el tipus d'exercici cal tenir un bon coneixement de l'estat de salut de base o patologia de la persona i, sobretot, si hi ha factors de risc per al desenvolupament de l'activitat física o si aquests factors estan controlats.

A tall d'exemple podríem aconsellar activitats "sense impacte" (com anar amb bicicleta o realitzar activitats a l'aigua) en persones amb dolències a malucs, genolls o turmells i, en canvi, podríem recomanar caminar a l'estil de marxa nòrdica a persones que tinguin feines sedentàries on la mobilitat de braços i espatlles durant el dia a dia és molt minsa.

En definitiva: la quantitat d'activitat que es necessita per reduir significativament els factors de risc de desenvolupar malalties cròniques és considerablement menor a la quantitat d'activitat o exercici que es necessita per tenir uns elevats nivells de forma física. D'aquesta afirmació podem treure com a conclusió que el major repte i principal objectiu que s'hauria de tenir des de l'Atenció Primària és **aplicar estratègies efectives en la motivació i adherència de la població a l'hora de mantenir uns estils de vida més actius amb nivells d'activitat física més elevats.**

Tal com s'ha exposat al llarg d'aquest article els descriptors FITT poden ser utilitzats amb facilitat i certa agilitat a l'hora de prescriure una "recepta" d'activitat física i han demostrat ser més efectius que el simple consell.

Així, per acabar aquest article, que és alhora una declaració d'intencions, encoratjo a tots els professionals sanitaris a prendre una actitud positiva per combatre el repte del sedentarisme i la inactivitat a la què ens empeny la industrialització i les noves tecnologies i seguir trobant, junts, noves i més formes de motivar a la població a mantenir uns hàbits més saludables.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. "Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud." (2010).
- Farré Fernández, María. La gimnàstica laboral i la seva contribució per aconseguir un patró adequat d'activitat física durant la jornada laboral. Treball de fi de grau. 2017.
- Cristi-Montero, Carlos, et al. "¡ Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud." Revista médica de Chile 143.8 (2015): 1089-1090. https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/50/18/1109.full.pdf
- Atención Primaria "Sobre la prescripción del ejercicio físico", Elsevier, 1 Jul 2018.

Citació

Autora: Molas, Cristina

Títol: Des de l'atenció primària: consell o prescripció d'activitat?

Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 134

https://apsalut.cat/2019/06/03/des-de-latencio-primaria-consell-o-prescripcio-dactivitat/

Data: 3 de juny de 2019

Beneficis i riscos de l’activitat física: de la ciència a l’experiència

Autor: Francesc Moreno Ripoll. Metge de família EAP Dreta de l’Eixample (CAP Roger de Flor)

Fa uns dies em van demanar fer aquest article sobre activitat física, probablement des de la doble vessant de metge i d’esportista habitual. Tot un repte. Potser tant com preparar una cursa complicada.

Inicialment, vaig plantejar-me fer una cerca bibliogràfica extensa i seguir una metodologia estricta. Però un cop revisada la bibliografia i havent-me impregnat de la ciència que hi ha al darrera dels avantatges de l’activitat física en prevenció cardiovascular, vaig decidir canviar la meva estratègia.

Així doncs, crec que no us parlaré de com l’activitat física regular millora la prevenció de la cardiopatia isquèmica, amb una reducció del risc estimada en un 50%, i com millora també la prevenció de l’accident isquèmic transitori (ictus). No, no ho faré. Com tampoc no us diré que redueix la mortalitat cardiovascular o la mortalitat prematura per qualsevol causa.

En la mateixa línia de prevenció cardiovascular, realitzar exercici físic és útil per la prevenció de la hipertensió arterial, de la diabetis tipus 2, de la síndrome metabòlica i pel manteniment del pes. Però crec que això tampoc no ho faré.

I ja sortint del guió inicial, tampoc voldré parlar sobre com d'útil és l'activitat física per la prevenció del càncer colorectal, del càncer de mama, de l'osteoporosi i de les fractures per fragilitat, de l'artrosi de maluc i genoll, de la dependència funcional, de les caigudes en gent gran, del deteriorament cognitiu i de la depressió i l'ansietat. Si ja no ho he fet amb la prevenció cardiovascular, no ho faré en totes aquestes altres qüestions.

Ah, i no us explicaré que tot això està demostrat amb uns nivells d'evidència A. En la mateixa línia, tampoc us explicaré que realitzar exercici físic només els caps de setmana també ha demostrat eficàcia en la prevenció de la mortalitat cardiovascular i en la mortalitat per qualsevol causa. Ho dic per a tots aquells que diuen que no tenen temps…

Realitzar activitat física no està exempta de riscos. Els més importants són les lesions de l'aparell locomotor i l'increment del risc cardiovascular. Perdó? A veure… en què quedem? Sí, existeix un risc incrementat en pacients joves amb cardiopaties congènites i en persones més grans sedentàries i amb risc arterioscleròtic. Sortosament, les primeres són poc freqüents. Respecte la segona possibilitat, hauria de fer-nos reflexionar sobre com hem de recomanar la realització d'activitat física en aquest subgrup de pacients, sempre progressivament i adaptat a l'estat general de cada persona. Però, sabeu què? Que de tot això dels riscos tampoc us en parlaré.

Avui parlaré del que no és ciència. Parlaré d'experiència. De la meva experiència com a practicant habitual d'activitat física.

Des de ben petit sempre he fet esport. Inicialment, a la meva infantesa i adolescència, el tennis i el handbol van ser les meves activitats preferides. Entrenava varis dies a la setmana, i feia partits els caps de setmana. Quina era la meva motivació en aquella època? Bàsicament, divertir-me, tant amb l'activitat física en sí mateixa, com amb les relacions personals amb els meus companys. L'adolescència és una època en què les amistats són tan importants com un mateix, i realitzar un esport d'equip o amb amics ofereix una gran possibilitat d'enfortir els lligams amb la gent del teu entorn. A la vegada, si existeix la vessant de l'esport com a "joc", acaba sent inevitable per a moltes persones.

Els anys de carrera van representar una petita "aturada", sense que deixés mai de fer activitat física amb relativa assiduïtat. Durant els anys de residència i els anys posteriors vaig fer molta bicicleta. Fantàstic sempre, el ciclisme ofereix l'oportunitat de realitzar un esport intens, però que brinda l'opció de recórrer distàncies llargues i gaudir de paisatges i/o natura.

Però des de fa uns 15 anys vaig dedicar-me, quasi exclusivament, a córrer. Des d'aleshores, és la meva activitat física primordial. Corria pels carrers de Barcelona, bàsicament. Un dia em vaig apuntar a una cursa per provar, i ara en faig entre 8 i 10 a l'any. Vaig començar per l'asfalt, però després de vàries maratons i múltiples de menor distància, vaig fer el salt a córrer per muntanya. Ara ja no hi ha qui em faci deixar-ho. Tanmateix, continuo corrent per asfalt i el proper agost provaré de fer la marató de Mèxic D.F.

Per què corro? És una pregunta que molts cops em fan. La resposta és fàcil. Per una banda, és un exercici físic intens i dur, i això ja m'agrada. Però sobretot perquè per a mi, córrer és una teràpia mental. Mentre corro, o bé no penso en tot allò que em preocupa o molesta, o bé tot el contrari, em serveix per ordenar els pensaments, les emocions… Sovint ho faig expressament, me'n vaig a córrer per millorar alguna qüestió que em fa nosa. Altres cops, simplement, els pensaments surten sols. Aquesta "neteja" mental és el que fa que m'hagi enganxat a córrer. I si a més, tot això ho fas en un entorn natural com és la muntanya o el camp, envoltat de natura, amb l'aire més net, sense gent ni semàfors però amb desnivells complexos, terrenys irregulars, pujades inacabables i baixades veloces, grimpant per crestes de muntanyes, aleshores es converteix en una necessitat vital. Per a mi, és clar.

Entenc que a molta gent no li agradi córrer. Ho entenc perfectament. Per segons qui, pot ser avorrit, excessivament dur o ambdues coses. Però s'ha de trobar aquell exercici que t'agradi o s'adapti a les teves característiques. Crec jo. I no val l'excusa del temps. És un tema de prioritats. I si cerques a fons a la teva agenda personal diària, de ben segur que trobes 15 o 20 minuts per a fer alguna activitat física. Fem-ho nosaltres i recomanem-ho als nostres pacients. A tots ens anirà molt bé.

BIBLIOGRAFIA

- The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Exercise Referral Schemes: A Systematic Review and Economic Evaluation -PubMed Health. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0046772/
- Subirats Bayego E, Subirats Vila G, Soteras Martínez I. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. Med Clín. 2012 ene 21;138(1):18-24.
- PH2 Four commonly used methods to increase physical activity: NICE guidance. Disponible en: http://guidance.nice.org.uk/PH2/Guidance/pdf/English
- Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. Br J Sports Med. 2009 Jan 2;43(2):89-92.
- O'Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of «Weekend Warrior» and Other Leisure Time Physical ActivityPatterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. JAMA Intern Med. 2017 Mar 1;177(3):335-342. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8014
- Colberg SR, Albright AL, Blissmer BJ, Braun B, Chasan-Taber L, Fernhall B, et al.; American College of Sports Medicine; American Diabetes Association. Exercise and type 2 diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Med Sci Sports Exerc. 2010 Dec;42(12):2282-303. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181eeb61c.
- Willey JZ, Gardener H, Caunca MR, Moon YP, Dong C, Cheung YK, et al. Leisure-time physical activity associates with cognitive decline: The Northern Manhattan Study. Neurology. 2016 May 17;86(20):1897-903. doi: 10.1212/WNL.0000000000002582. Epub 2016 Mar 23.
- Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, Campbell PT, Sampson JN, Kitahara CM, et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. JAMA Intern Med. 2016 Jun 1;176(6):816-25. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1548.

Citació
Autor: Moreno Ripoll, Francesc
Títol: Beneficis de l'activitat física: de la ciència a l'experiència
Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 135
https://apsalut.cat/2019/05/29/beneficis-i-riscos-de-lactivitat-fisica-de-la-ciencia-a-lexperiencia/
Data: 29 de maig de 2019

Actividad física y prevención cardiovascular

Autores: Diana Fernández, Irene Moral, Mireia Puig, Teresa Vilella y Carles Brotons. Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya

Definiciones

Actividad física: se define como un movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía (1). Es un término amplio que engloba el concepto de "ejercicio" físico.

Ejercicio físico: implica una actividad física planificada, estructurada y repetitiva realizada con una meta, con frecuencia con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de la persona (1).

Salud: es un reflejo del bienestar global físico, mental y social de la persona (1).

Prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV): se define como un conjunto coordinado de acciones poblacionales o individuales que tiene por objeto eliminar o minimizar el impacto de las ECV (2). Una de estas acciones es la actividad y ejercicio físico.

Recomendaciones de la Actividad Física (AF)

Existen múltiples evidencias de que la actividad física constituye un elemento de suma importancia en la prevención de muchas enfermedades crónicas, en la calidad de vida del individuo y es un elemento importante en la promoción de la salud des de la sanidad pública (tabla 1) (3). Por el contrario, la inactividad física, es la responsable del 5.5% de las muertes en el mundo y el 10% en Europa, y se le atribuye un 10% de enfermedades cardiovasculares y el 7 % de la diabetes tipo 2 (3).

Se aconseja recomendar el ejercicio físico, basándose en la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones de la OMS (tabla 2). Se recomienda que en la consulta se insista a los pacientes que integren la actividad física en su forma de vida y tiempo libre, para mejorar su salud y calidad de vida.

Tabla 1. Evidencia científica del ejercicio físico en patologías frecuentes

Patología	Patogénesis de la enfermedad	Calidad de vida
Resistencia a la insulina	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
Obesidad	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
Diabetes tipo 2	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
Hipertensión arterial (HTA)	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor

Adaptada de Córdoba García R. et al. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):29-40

Tabla 2. Grado de evidencia de la prescripción de ejercicio físico

Supuesto	Exposición de la evidencia	Grado de recomendación
Beneficios para la salud	El ejercicio físico practicado de forma regular y reducir el comportamiento sedentario en el adulto, son vitales para la salud.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor.
	Los niños que hacen ejercicio físico de forma habitual, tienen mejor salud física y mental.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor.
Reversibilidad de los efectos del ejercicio	La forma física y los beneficios que produce el ejercicio físico revierten al dejar de entrenar de forma regular dependiendo de diferentes características.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor.
Respuesta heterogénea al ejercicio físico.	Frente a la misma cantidad de ejercicio físico hay una gran variabilidad en la respuesta a este dependiendo de la persona.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor.
Tipo de ejercicio	Los ejercicios aeróbicos y los de fuerza mejoran la forma física y la salud.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
	Los ejercicios de flexibilidad aumentan y mantienen el rango de movimiento de la articulación.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor
	Los ejercicios neuromotores y de equilibrio, tales como el taichí, el Qigong y el baile de salón, mejoran la psicomotricidad y disminuyen las caídas en las personas de la tercera edad.	Evidencia alta, recomendación fuerte a favor.

Adaptada de Córdoba García R. et al. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):29-40

La evaluación de la AF y asesoramiento en el ámbito de la salud es fundamental. Como primer paso, se debe determinar el patrón de AF (tabla 3), y registrarlo en la historia clínica. El número necesario de pacientes a aconsejar la práctica de actividad física para que una persona alcance los niveles de AF recomendados es tan bajo como 12. (4).

Tabla 3. Definiciones y ejemplos de diferentes intensidades de actividad física

Intensidad	METs	Ejemplos
Sedentario	1 – 1,5	Sentado, reclinada, acostada o viendo la Tv.
Leve	1,6 – 2 ,9	Caminar a paso lento, cocinar y hacer tareas domésticas livianas.
Moderado	3,0 – 5,9	Caminar a paso ligero (2.4–4 mph), ciclismo (5–9 mph), bailes de salón, yoga activo y natación recreativa.
Vigoroso	> 6	Correr, ciclismo (≥10 mph), tenis individual y natación.

METs: unidad de medida del índice metabólico. mph: millas por hora

Adaptada de Arnett DK. et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease.

Existen múltiple evidencia proveniente de metaanálisis y revisiones sistemáticas que respaldan las recomendaciones de actividad física aeróbica para reducir el riesgo de ECV (4).

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de 2016 recomienda el ejercicio aeróbico con ejercicios específicos (natación, carrera…) o con actividades de la vida diaria. La duración recomendada es de 150 minutos/semana de intensidad moderada (actividades como golf, tenis en parejas, bicicleta recreativa, jardinería, caminar rápido) o 75 minutos/semana de alta intensidad (actividades como caminar en competición, correr, tenis individual, bicicleta con mayor velocidad, jardinería intensa, natación) o la combinación de las dos (clase I A). Para obtener beneficios adicionales, es recomendable 300 min/semana en intensidad moderada o 150 min/semana en alta intensidad o combinación de ambos (clase I A). La frecuencia del ejercicio debería ser diaria, con un mínimo de 3-5 veces por semana (2). La actividad física aeróbica es generalmente muy segura.

La guía norteamericana (ACC/AHA) de 2019, a pesar de no coincidir exactamente en el nivel de evidencia con la guía de la ESC de 2016, las recomendaciones son similares (tabla 4).

Tabla 4. Recomendaciones de la actividad y ejercicio físico		
Grado de recomendación	**Nivel de evidencia**	**Recomendación**
I	Nivel B (aleatorizado)	Los adultos deben ser aconsejados de forma rutinaria en las visitas médicas a optimizar un estilo de vida físicamente activo.
I	Nivel B (No aleatorizado)	Los adultos deben realizar al menos 150 minutos /semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos /semana de intensidad vigorosa (o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa) para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
IIa	Nivel B (No aleatorizado)	Los adultos que no pueden cumplir con las recomendaciones mínimas de actividad física (150 minutos/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos/semana de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa), participar en alguna actividad física de intensidad moderada o vigorosa, incluso si es inferior a esta cantidad recomendada, puede ser beneficioso para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
IIb	Nivel C (datos limitados)	Disminuir el sedentarismo en adultos, puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Adaptada de Arnett DK, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease.

El ejercicio de resistencia también debe fomentarse debido a sus diversos beneficios para la salud, incluida la mejora del funcionamiento físico, la mejora del control glucémico en personas con diabetes y posiblemente la reducción de la presión arterial. A pesar de ello, no está clara la relación entre el ejercicio de resistencia y la reducción de enfermedades cardiovasculares.

Los individuos sedentarios que comienzan un programa de ejercicios deben iniciar el ejercicio a una intensidad más baja (por ejemplo, caminar lento) y progresar gradualmente a los niveles recomendados (2).

Se desconoce, si un límite superior de ejercicio habitual, ya sea en cantidad o intensidad, puede tener consecuencias cardiovasculares adversas (4).

La guía de la ESC 2016, hace mención sobre la importancia del trabajo de fuerza muscular y de la actividad neuromotora (agilidad, equilibrio, coordinación, etc.), pero no figura evidencia alguna sobre su impacto en el pronóstico de la ECV a largo plazo y la cantidad recomendada (2).

Se incluyen también nuevas recomendaciones para la valoración previa a la práctica de la actividad física. La población sana con riesgo cardiovascular bajo solo requiere la valoración clínica básica (clase I C), para las personas sedentarias con factores de riesgo que quieran comenzar una actividad física intensa o deportes específicos se recomienda una prueba de esfuerzo (clase IIa C) (2).

BIBLIOGRAFÍA

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA & MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Conceptos importantes en materia de Actividad Física y de Condición Física.

Actividad Física y Salud en la Infancia y la Adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. España.
- Jiménez Navarro MF, et al. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(10):894-899.
- Córdoba García R, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):29-40.
- Arnett DK, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000678 (05/05/2019).

Citació

Autors: Fernández, Diana; Moral, Irene; Puig, Mireia; Vilella, Teresa; Brotons, Carlos.
Títol: Actividad física y prevención cardiovascular
Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 136
https://apsalut.cat/2019/05/20/actividad-fisica-y-prevencion-cardiovascular/
Data: 20 de maig de 2019

Activitat física, exercici i qualitat de vida en tutors i residents

Autors: Gissellth Garcia Mora, Mariona Teixidor Camp i Albert Casasa Plana. MIR R4, MIR R2 i tutor EAP Sardenya

Introducció

La Unitat Docent UDACEBA forma residents d'Atenció Familiar i Comunitària. El programa de l'especialitat, tant d'infermeria com de medicina dóna molta importància a les activitats de prevenció i promoció de la salut.

L'activitat física es defineix com qualsevol moviment corporal produït per la musculatura esquelètica que té com a resultat una despesa energètica per sobre del metabolisme basal.

L'exercici físic és una activitat física amb un moviment estructurat i planificat que té per objectiu la millora i manteniment d'un o més components de la forma física (capacitats físiques), ja sigui lúdic o competitiu.

Hi ha evidències sòlides de la contribució de l'exercici físic en una millor qualitat de vida. La pràctica regular d'exercici físic ha esdevingut un dels objectius principals dels plans de salut pública a causa de la seva relació amb la prevenció de nombroses malalties cròniques.

Volem saber si els nostres residents i tutors tenen en compte en la seva vida personal aquestes consideracions i com perceben la seva salut.

Us presentem les dades descriptives d'aquest estudi.

Material i mètodes

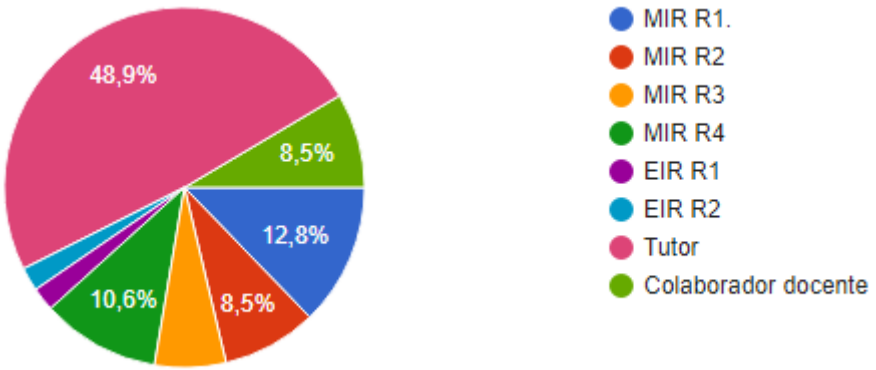
Hem realitzat un qüestionari dirigit a tots els professionals i residents de la Unitat Docent durant els mesos de març, abril i maig de 2019. El qüestionari és autocomplementat.

El qüestionari inclou dades sociodemogràfiques, i una enquesta validada sobre exercici físic i una altra sobre qualitat de vida relacionada amb la salut (SF-12).

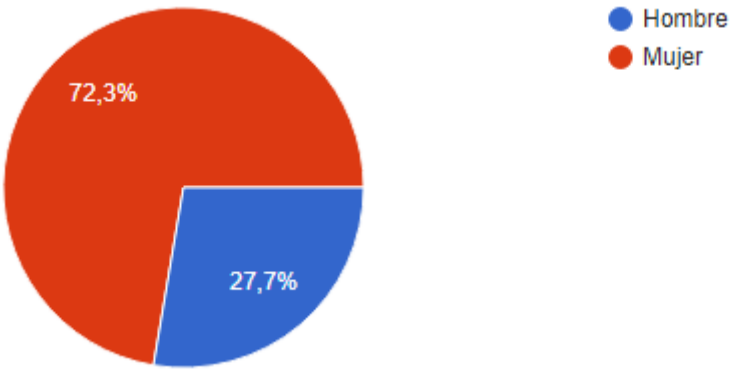
Resultats

Han respost 47 persones.

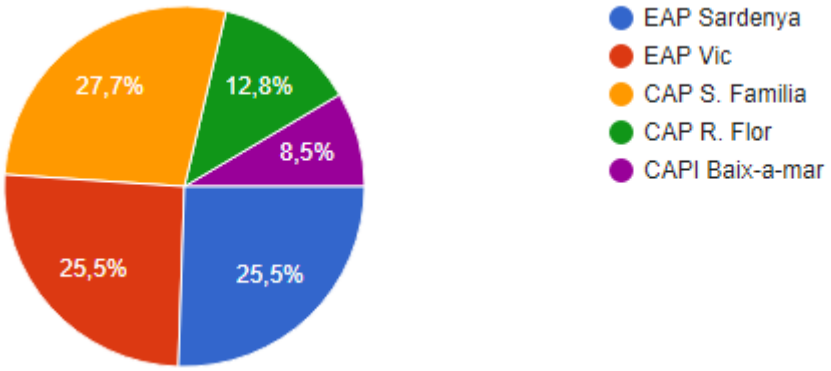
Rol professional



Gènere



Equip d'Atenció Primària

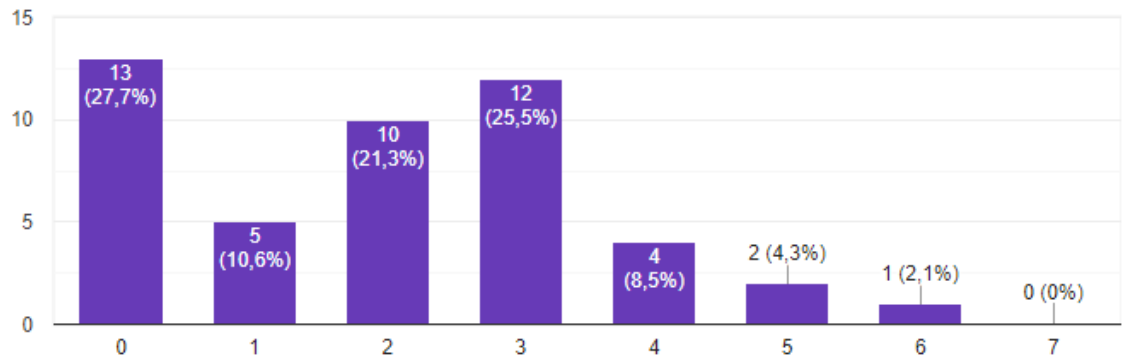


Exercici físic

Activitat Física Vigorosa

Durant els darrers 7 dies, quants dies va realitzar vostè activitats físiques **vigoroses** com aixecar objectes pesats, excavar, aeròbics, o pedalar ràpid en bicicleta?

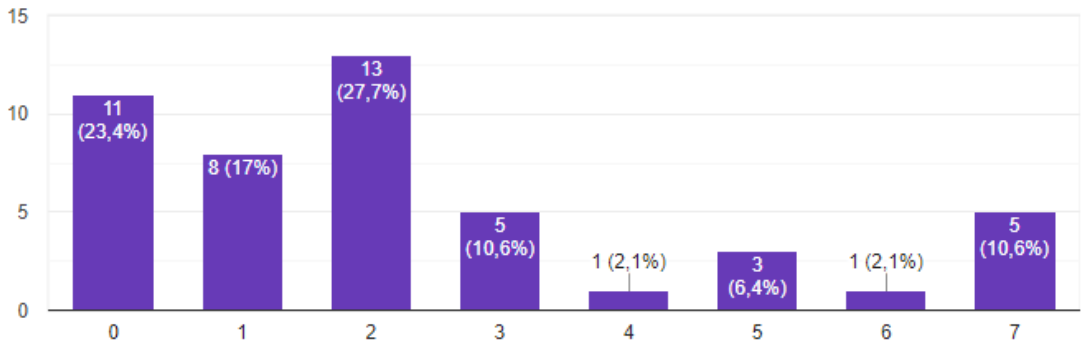
Un 38,3 % fa activitats físiques vigoroses 1 o cap dia, i un de cada 4 (27,7%) no en fa.



Activitat Física Moderada

Durant els darrers 7 dies, quants dies va fer vostè activitats físiques **moderades** tals com carregar objectes lleugers, pedalar amb bicicleta a pas regular, o jugar a dobles de tennis? No inclogui caminades.

Un 41,1% fa activitat física moderada 1 o cap dia, i un 23,4% no en fa. D'aquests últims, 7 (14,9%) no fan ni activitat física moderada ni vigorosa. **Es calcula que els nivells d'activitat física del 60% d'adults són insuficients.**

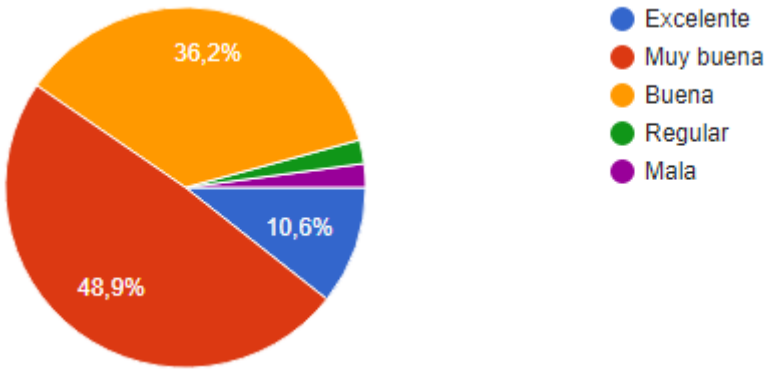


Caminar

La majoria caminen almenys 10 minuts al dia (63,8%) els 7 dies de la setmana.

Percepció de la salut

La majoria consideren que tenen una salut excel·lent (10,6), molt bona (48,9), o bona (36,2).

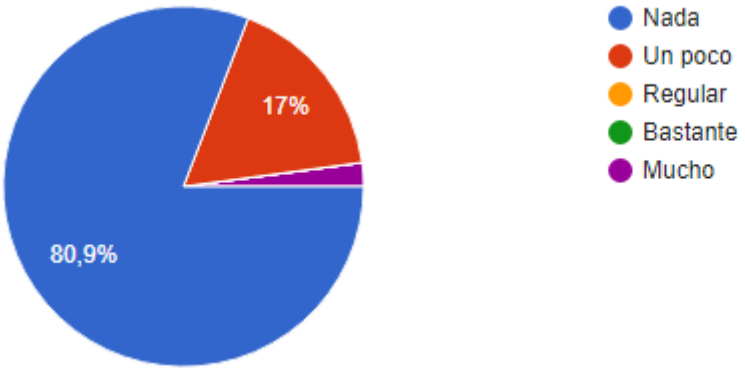


Qualitat de vida

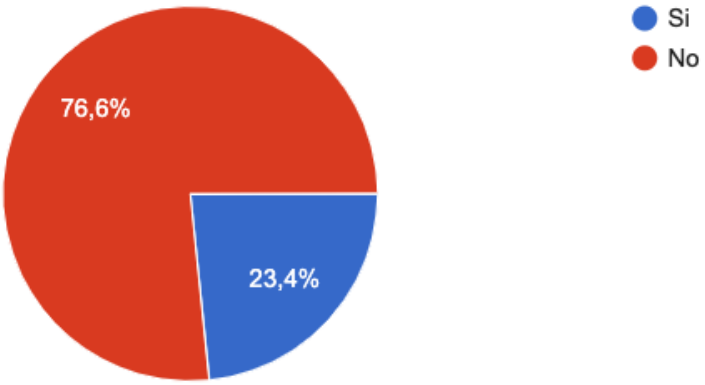
Dolor

Gairebé una cinquena part dels professionals (19,1%) té una mica o molt dolor que li dificulta el seu treball habitual.

Durant les 4 últimes setmanes, fins a quin punt el dolor li ha dificultat el seu treball habitual (inclòs el treball a fora de casa i les tasques domèstiques)?

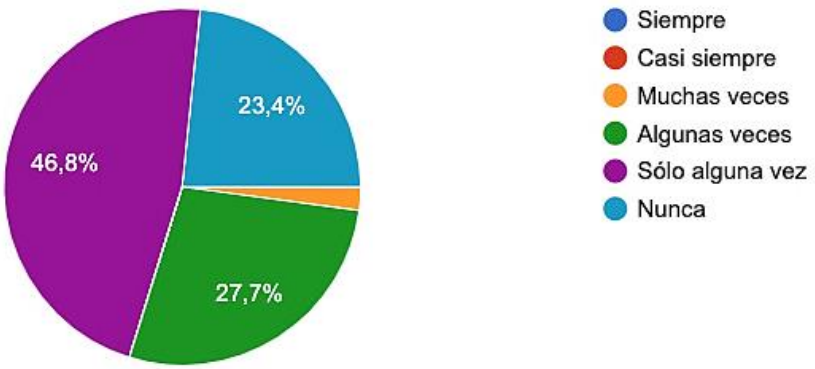


Un 23,4% va fer menys del que hauria volgut fer per un problema emocional.



47 respostes

La majoria es van sentir desanimats o tristos les darreres 4 setmanes.



47 respostes

Discussió

Segons l'enquesta "hàbits esportius a Barcelona 2017" més del 63% de la població realitza algun tipus d'esport, és a dir, fan algun tipus d'exercici físic més enllà de les activitats quotidianes.

Els professionals de la Unitat Docent UDACEBA, pel que fa a activitat física moderada o vigorosa segueixen un patró semblant (59% fa activitats d'aquest tipus més d'un cop per setmana). Ens podríem pensar en trobar, en el context d'un col·lectiu a priori més conscienciat, un percentatge més alt. De fet, es calcula que els nivells d'activitat física del 60% d'adults són insuficients: el 2010 l'OMS va publicar les "Global recommendations on physical activity for health", que se centren en l'activitat física setmanal necessària per aconseguir els beneficis de l'exercici per a la salut.

Amb tot, la majoria consideren que tenen una salut bona o excel·lent, encara que una quarta part ha tingut problemes emocionals que han interferit en la seva vida quotidiana, la majoria s'han sentit tristos i també sobta la prevalença de dolor.

Haurem d'investigar si un programa específic de promoció de l'exercici físic podria ser positiu per millorar aquestes dades.

BIBLIOGRAFIA

- Hàbits esportius a Barcelona 2017. Pla d'Estudis Sociològics. Registre Públic d'Enquestes i Estudis d'Opinió : r17028
- Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. Lancet. 2016;6736:1-12.
- Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
- Garcia-Gil J, Cortiñas-Rovira S. Qualitat de les recomanacions sobre activitat física saludable a la premsa. Anàlisi de contingut de cinc diaris espanyols. Apunts Med Esport. 2018;53(199):113-122

Citació

Autors: Garcia Mora, Gisellth; Teixidor Camp, Mariona; Casasa Plana, Albert

Títol: Activitat física, exercici i qualitat de vida en tutors i residents

Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 137

https://apsalut.cat/2019/05/15/activitat-fisica-exercici-i-qualitat-de-vida-en-tutors-i-residents/

Data: 15 de maig de 2019

LA desCOBERTA amb Coki Troyano

"La concentración que requiere el patinete, igual que la práctica de muchos deportes, te lleva a un estado de meditación y de equilibro perfecto. Conocer a personas muy diversas, en un ambiente hermoso… Eso es la linda experiencia del deporte: te abre al mundo".

Rodrigo Troyano és de San Rafael, Mendoza, Argentina. Actualment és resident de 1r curs de Medicina de Família i Comunitària a l'EAP Vic. Des de ben petit reconegut per tots com 'Coki' o 'Coco', també a les xarxes socials. Persona artística, alegre i vital, en Coki desprèn energia. Posa molt sentiment en tot allò que fa... viu i gaudeix de tot el que fa.

Combina la medicina amb la que ha estat seva gran passió des dels 13 anys: el streetboard. L'esport li ha permès viatjar, conèixer gent i arribar a competir. Campió argentí en dues ocasions, l'any 2006 i el 2008, amb 30 anys té clar que malgrat les limitacions físiques que s'anirà trobant amb el pas del temps, l'important és continuar practicant i no deixar-ho mai.

Coneixem la trajectòria professional d'en Coki.

Desde chiquito ya tenía la idea de estudiar medicina. Mis padres también son médicos y en ocasiones solía estar en el hospital... ya en ese mundillo. También me gustaban las artes, pintar, pero al final me decidí por medicina.

Nos fuimos a vivir con mi hermana a Mendoza capital y los dos estudiamos medicina. Siempre me ha gustado mucho viajar. Y en segundo o tercer año ya tenía decidido que después de terminar la carrera me iría a estudiar fuera. En el momento que me dieron el titulo lo mandé para España para iniciar todo el proceso de homologación... que es una lotería porque puedes estar desde meses, hasta dos años en obtenerlo. Mientras tanto me puse a trabajar en medicina general en una clínica.

Principals diferències que has detectat entre el sistema sanitari d'Argentina i el nostre.

En Argentina tenemos muy buena formación académica en Medicina. Lamentablemente debido a la situación política y económica del país, a veces no se encuentran disponibles las herramientas complementarias para diagnóstico clínico en todos los centros asistenciales. En definitiva, el médico debe diagnosticar con sus conocimientos utilizando los recursos disponibles en el momento de la consulta. Aquí en cambio la situación es diferente, los recursos son más accesibles, el tiempo se aprovecha de otra manera y los diagnósticos y tratamientos se realizan con mayor rapidez.

I en relació amb els residents?

Depende del tipo de residencia según la especialidad y el hospital donde se esté realizando. Pero la realidad es que en algunas el nivel de exigencia, y sobre todo la sobrecarga horaria determina un agotamiento y estrés que incluso muchos médicos se plantean continuar o no. Si bien, esa sobrecarga horaria contribuye a una gran formación. Aquí el residente está un poco más protegido, se le respetan las horas de descanso y se le motiva mucho para realizar investigación.

El teu pas per UDACEBA. Amb què et quedes?

El ambiente de trabajo. Es excelente. Sin palabras. Tenemos un equipo genial ¡Todos! Siempre hay una sonrisa. Los residentes nos sentimos muy apoyados y nos animan mucho. También veo mucho entusiasmo entre los profesionales.

A quatre rodes

El teu domini sobre el skate. Ets autodidacta?

¿Autoaprendizaje? Si. Es una disciplina espectacular, el dominio total se basa en una experiencia continua de prueba y error. Desde fuera puede verse como algo sin sentido, pero para quien lo hace es un gran logro. Y más lindo es vivirlo con amigos que te están apoyando permanentemente y que también lo viven como un éxito propio.

La clau per mantenir-te en forma.

Seguir siempre adelante. No pensar que uno envejece... je je... Es un deporte con mucho impacto y las lesiones ya se empiezan a sentir un poquito más. A medida que pasan los años los golpes son más duros, a pesar que sean mínimos. La clave es seguir haciéndolo y no dejarlo. Mi entreno hoy por hoy es variable, pero intento ir 1 o 2 veces a la semana.

Podríem pensar que el streeboard és un esport de risc. Com es coneixen els límits d'un mateix?

Te vas conociendo. Va de la mano del tiempo que llevas patinando. Con la práctica y con el tiempo vas conociendo tu cuerpo, en qué momento estás cansado, aprendes como caerte, y a decidir parar y dejarlo para mañana... el problema es cuando tienes tus amigos que te dicen... ¡dale dale dale! Pues eso significa que ellos conocen también tus límites y saben que puedes dar un poco más. No hay vuelta atrás, debes continuar.

Existeix l'equilibri perfecte? A la vida en general...

Creo que sí. El equilibrio es llegar a un nivel de placer y satisfacción en lo que estás haciendo que te hace llegar a tu casa, acostarte y decir ¡qué fantástico día!... eso es maravilloso. Aprovechar y disfrutar el día a día.

Com a metge i esportista, què diries a la gent per incentivar-los a fer esport?

Nunca es tarde. Que se animen, que superen sus límites. Que les espera algo increíble y hay cosas que te das cuenta de lo maravillosas que son en el momento que las estás haciendo.

A veces no sabes que tienes una pasión escondida que te puede llevar al equilibrio.

El metge i el skater... com els retroalimentes?

Desde siempre la imagen del médico ha sido el de una persona muy formal, sin comprender que tenemos pasiones que nos generan libertad, y que no se contraponen con nuestras destrezas intelectuales.

Hacer otra actividad es un cable a tierra. Una desconexión. En el momento que estoy patinando no pienso en nada... al fin y al cabo es como una meditación en movimiento.

Què s'aprèn de les caigudes? En sentit literal i figurat...

Hay caídas y caídas. He tenido varias. Si lo dejas, sentirás que te ha quedado algo pendiente por hacer. Te frustras, te enojas, y duermes con ello. Hay que intentarlo una y otra vez... hasta lograrlo. Ese logro es un regalo enorme que valdrá la pena. Te irás a dormir con algunos dolores, pero contento.

Com et veus d'aquí a uns anys... el Coki del futur.

Profesionalmente, el lugar no lo sé, si aquí o en Argentina. En el presente me veo aquí. La medicina es muy diversa y plantea constantemente nuevos retos. Eso impulsa también a seguir aprendiendo cosas nuevas. Por eso creo que he elegido bien la carrera.

En lo deportivo, tenemos un grupo muy abierto y sin fronteras que me ha marcado de por vida y lo llevaré por siempre.

Què no es pot perdre a la vida?

La motivación y sentirse autorrealizado. Cuando te autorrealizas con las pequeñas cosas del día a día, pienso que llegas al éxito.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Coki Troyano
Revista: APSalut. Volum 7. Número 3. Article 138
https://apsalut.cat/2019/05/05/la-descoberta-entrevista-a-coki-troyano/
Data: 5 de maig de 2019

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

www.udaceba.cat

Twitter: @udaceba
YouTube UDACEBA

UDACEBA, SL
Sardenya 466 - 08025 Barcelona

www.apsalut.cat

@ButlletiAPSalut