apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

APSalut 2021

udaceba

UNITAT DOCENT

Recull d'articles publicats al butlletí APSalut de la Unitat Docent UDACEBA

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

APSalut2021, el recull anual

Us presentem el recull d'articles publicats al butlletí APSalut de la Unitat Docent UDACEBA durant l'any 2021. El segon any de pandèmia marcat per les onades de la COVID-19 i les vacunes contra el SARS-CoV-2.

Malgrat el difícil context de l'any, des de l'APSalut i en la mesura del possible, hem mantingut vives les temàtiques d'interès sobre l'atenció familiar i comunitària. Us hem pogut oferir 20 articles entre els quals hi ha coneixement, experiència, reflexions i vivències dels nostres professionals. Un recull que pretén ser un tast de l'essència i la potència de la nostra Unitat Docent.

Números publicats:

APSalut Volum 9. Número 1
Febrer 2021

APSalut Volum 9. Número 2
Abril 2021

APSalut. Volum 8. Número 3
Juliol 2021

APSalut. Volum 9. Número 4
Desembre 2021

Des del naixement de l'APSalut, el gener de 2013, fins el desembre de 2021 hem publicat 188 articles.

Podeu llegir tots els nostres articles a www.apsalut.cat

Subscripció aquí per rebre el butlletí APSalut.

Les nostres 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

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.

Un especial agraïment a tots els residents, tutors, responsables de docència, professionals i tècnics en salut que han col·laborat a l'APSalut, malgrat la pressió assistencial i les dificultats socials i sanitàries del moment.

Alícia Villanueva, Nadedja Prepelita, Esther Navarrete, Fátima Silva, Marta García, Anna Franquesa, Xavier Segura, Òscar Garcia, Miquel Álvarez, Alba Brugués, Antoni Peris, Alex del Rio, Nieves Barragán, Anna Bartés, Xavier Farrés, Gemma Sayós, Sara Esteve, i Lucía Mucientes.

Al president de la CAMFiC, Antoni Sisó, per la seva editorial esperançadora sobre les vacunes.

A la nostra DESCOBERTA d'enguany. Gràcies també als nostres entrevistats: Mariona Alarcón, Olalla Montón, Sílvia Narejos i Antoni Peris.

Als nous centres docents que ens han brindat l'oportunitat de poder conèixer-los: Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP) – EAP Can Bou, EAP Osona Sud-Alt Congost, EAP Sarrià-Vallplasa i EAP Vallcarca-Sant Gervasi.

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

APSalut Volum 9 Número 1

Editorial

Som al ball, hem de ballar

Cas clínic

Infestació per Armillifer Armillatus en pacient nigerià

Recerca i coneixement

Resum del treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2019 – 6a edició

Utilidad de una intervención mediante entrevista clínica secuencial sobre consumo de antidepresivos. Perfil de pacientes que consumen fármacos antidepresivos en un núcleo rural

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Mariona Alarcón

APSalut Volum 9 Número 2

Editorial

Per tu, per mi i per tots, vacunem-nos!

Cas clínic

Mira què m'ha sortit a la mama!

Tema clínic

Anàlisi de les vacunes contra la COVID-19

Docència

EAP Sarrià-Vallplasa: Ens estrenem com a centre formador de residents en Medicina Familiar i Comunitària

Gestió i Qualitat

Gestió Infermera Demanda Complexa (GIDC). VIRTUAL WARDs, podem fer un ingrés a l'atenció primària?

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Olalla Montón

SUMARI

APSalut Volum 9 Número 3

Editorial

Aprenentatge: hàbits, il·lusió i mètode

Tema clínic

Escabiosi, sarna #en3minuts

Recerca i coneixement

Els gossos milloren la nostra salut

Docència

AP Vallcarca-Sant Gervasi: La il·lusió de ser un centre docent

Ètica i humanitats

Sostenibilitat del sistema alimentari mundial

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Antoni Peris

APSalut Volum 9 Número 4

Editorial

Aliança d'equips d'atenció primària docents

Recerca i coneixement

Protocol anàlisi descriptiu transversal dels pacients amb resultat de la PCR positiva per COVID-19, diagnosticats des de maig de 2020 fins a octubre 2020

Docència

EBA Centelles: Vocació i passió per la docència

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Sílvia Narejos

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

EDITORIALS

ap

Som al ball, hem de ballar

Autora: Gemma Férriz, MFiC, tutora i Coordinadora Docent CAP Sagrada Família

Doncs sí, estem en pandèmia i quan ens ajuntem, no més de sis, és clar, en el bar, a l'acabar la consulta, a l'entrar de guàrdia, la conversa sempre és la mateixa…estem cansats, quan tornarà la normalitat…i jo també estic cansada, és clar, però també crec que estem vivint una oportunitat excepcional. És genial!. No, no m'he tornat boja. O sí…

Evidentment, ningú no hagués desitjat viure aquesta situació amb totes les conseqüències sanitàries, econòmiques i socials, per la població mundial. Però dit això, com deia una persona molt sàvia, la meva àvia, "som al ball, hem de ballar".

I per explicar-me, m'ajudaré del diccionari per analitzar la situació que estem vivint. A veure on ens porta…

Pandèmia: Malaltia epidèmica estesa a molts països i que afecta a molts individus del mateix país a la vegada. Perquè una malaltia pugui denominar-se així, aquesta ha de tenir un alt grau de capacitat d'infectar i un fàcil traslllat d'un sector geogràfic a l'altre.

Doncs sí, estem en pandèmia. I Això esdevé en una…

Crisi humanitària: Esdeveniment singular o una sèrie d'esdeveniments que amenacen la salut, la seguretat o el benestar d'una comunitat o un gran grup de persones.

I, evidentment, ens genera:

Por: La por és definida clínicament com una pertorbació angoixant de l'ànim a causa d'un risc o dany real o imaginari. És també una aprensió que té algú que li passi alguna cosa contrària al que desitja. Des del punt de vista biològic, la por és un esquema adaptatiu, i constitueix un mecanisme de supervivència i de defensa, sorgit per permetre a l'individu respondre davant de situacions adverses amb rapidesa i eficàcia. En aquest sentit, és normal i beneficiós per a l'individu i per la seva espècie. També la por pot ser un estimul per poder reaccionar, o avisar d'algun perill vinent.

Anem bé! La por pot ser positiva! I aleshores desenvolupem la nostra…

Resiliència

- En ciència de materials, la resiliència és la capacitat d'un material d'absorbir energia quan es deforma de manera elàstica per l'efecte d'una força i de dissipar-la un cop la força desapareix, mesurant el seu grau de retorn a l'estat original.
- En psicología, és la capacitat que té una persona per a resistir i afrontar situacions traumàtiques per tal de "tornar" al nostre estat estàndard, a més també és l'aptitud de reaccionar positivament malgrat les dificultats.

Quan un subjecte es comporta de manera resilient, pot recuperar-se després d'una vivència traumàtica i fins i tot pot sortir-ne enfortit. La resiliència no és una qualitat innata sinó que aquesta és un conjunt de conductes, accions i pensaments. És important tenir en compte que la capacitat de resistència no és només superar una situació profundament estressant, sinó també sortir d'aquesta situació amb un "funcionament competent". La resiliència comporta que una persona es recuperi de la desgràcia com una persona més perfeccionada i més àgil. Ser resilient no significa que no pateixi conflictes ni inquietuds, sinó que sap superar-los.

Així doncs, podem fer-ho. Però què cal? Què és el més important que ens pot portar a afrontar la situació?

Compromís: Obligació contreta per una promesa, una paraula donada. I sovint, per no dir sempre, aquest compromís l'hem hagut de signar amb nosaltres mateixos. Si no, no ens enganyem, res funciona. I quan ens comprometem, quan decidim fer-ho, cal donar un pas endavant. Cal sortir de la nostra zona de confort.

La **zona de confort** és un estat de comportament en el qual la persona opera a una condició d'«ansietat neutral», utilitzant una sèrie de comportaments per aconseguir un nivell constant de rendiment sense sentit del risc. També es defineix com a zona de confort cada un dels llocs o situacions on un individu se sent segur, on no hi ha cap risc, ja sigui a la seva llar o llocs que la seva ment interpreta com a potencialment de baix de risc. Això causa en la persona una dependència a certs llocs i no li permet conèixer altres escenaris productius per a la vida.

I aleshores tornem a tenir por. Però nosaltres en tenim un de molt gran d'incentiu. Volem fer-ho! I si cal, sortir de la nostra closca, del nostre servei, de la nostra consulta on ens sentim segurs. Volem fer-ho, "hem" de fer-ho i decidir si donem un pas endavant. I ho fem.

Ho fem sols, perquè al final, estem sols. Quan entrem a la guàrdia,, davant del malalt, quan hem de consultar a un company. I tornem a tenir por. Podem deixar que ens bloquegi, però no. Decidim que no. T'atures i et mires al mirall i veus que ho estàs fent i que pots fer-ho i això és realment l'aprenentatge de la teva professió.

Aprenentatge: Procés psicològic a través del qual es modifiquen i adquireixen habilitats, destreses, coneixements, conductes o valors com a resultat de l'estudi, l'experiència, la instrucció, el raonament i l'observació. L'aprenentatge es produeix a través dels canvis de conducta que produeixen les experiències. I encara que en aquests canvis intervenen factors maduratius, ritmes biològics i malalties, no són determinants com a tals. L'aprenentatge és el procés mitjançant el qual s'assoleix una determinada habilitat, s'assimila una informació o s'adopta una nova estratègia de coneixement i acció.

I aquí és on **NO estem sols. Hi ha el tutor.**

Si ens remuntem a la grècia antiga, la **tutoria** es va iniciar com un mètode informal o no estructurat d'assistència educativa. Els tutors exercien en tot tipus de condicions, amb l'objectiu d'impartir coneixement a l'alumne a fi d'ajudar-lo a millorar el seu desenvolupament en una determinada àrea.

I si anem a buscar la definició de tutor al Capítol VI, Article 25 del DECRET 165/2015, de 21 de juliol, de formació sanitària especialitzada a Catalunya? Els tutors "són els professionals sanitaris especialistes en servei actiu, acreditats per a la docència del personal resident, que tenen la missió de planificar i col·laborar activament en l'aprenentatge dels coneixements, les habilitats i les actituds d'aquests, a fi de garantir el compliment del programa formatiu de l'especialitat de què es tracti. Els tutors són els primers responsables del procés d'ensenyament i d'aprenentatge de l'especialista en formació."

Però tots sabem que el tutor no és aquell que fa un Pla de Formació, ni que t'avalua, ni escriu les entrevistes periòdiques amb tu. És aquell que va ser com tu i que ha après l'ofici que tots estimem i que, definitivament, hem triat per exercir-lo, però també i sobretot, per esdevenir-lo. No exercim de metges o infermers. Ho som.

I el tutor ha d'ensenyar a SER. En totes les seves accepcions. Ensenyar, essent.

I aquí ve la darrera de les meves definicions, ja que quan un és metge o infermer, esdevé un professional i aspirem al **professionalisme** entès com aquella qualitat de la persona que exerceix un ofici com un professional experimentat. Aquella persona el propòsit de la qual es concreta a través de la pràctica d'una activitat laboral.

I ara, quan patim per si els nostres residents adquiriran les competències pròpies de la seva especialitat, tenim la gran sort de tenir la més transversals de les especialitats. El coneixement teòric i pràctic sempre estem a temps d'adquirir-lo, però l'aprenentatge del professionalisme i l'adquisició de la condició de metge o infermer…s'us acut una manera millor d'adquirir-la que enfrontant una pandèmia?

Nois, som al ball, hem de ballar.

Citació
Autora: Férriz, Gemma
Títol: Som al ball, hem de ballar
Revista: APSalut. Volum 9. Número 1. Article 168
https://apsalut.cat/2021/02/12/som-al-ball-hem-de-ballar/
Data: 25 de febrer de 2021

Per tu, per mi i per tots, vacunem-nos!

Autor: Dr. Antoni Sisó Almirall. President de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

Les vacunes són, després de la potabilització de l'aigua, la mesura que més ha contribuït a disminuir i erradicar malalties infeccioses. És una forma senzilla i eficaç de protegir-nos contra nombroses malalties infeccioses, i actualment disposem de vacunes per a protegir-nos contra més de 20 malalties molt greus. Fan que el nostre cos reconegui el microorganisme invasor, generi anticossos i recordi la malaltia i la forma de combatre-la. Així, després de vacunar-nos, el nostre sistema immunitari produeix anticossos, com passa quan ens exposem a la malaltia natural, però sense haver de passar ni la pròpia malaltia ni cap de les seves complicacions, que poden comprometre'ns la vida o la de la nostra gent més propera.

Los vacunes són segures: sense cap dubte. També ho són les vacunes contra la COVID-19. Les vacunes estan sotmeses a controls molt rigorosos que garanteixen la seva eficàcia i seguretat. Els organismes internacionals que les regulen són especialment exigents i les vigilen de forma continuada per garantir la seva seguretat. Les

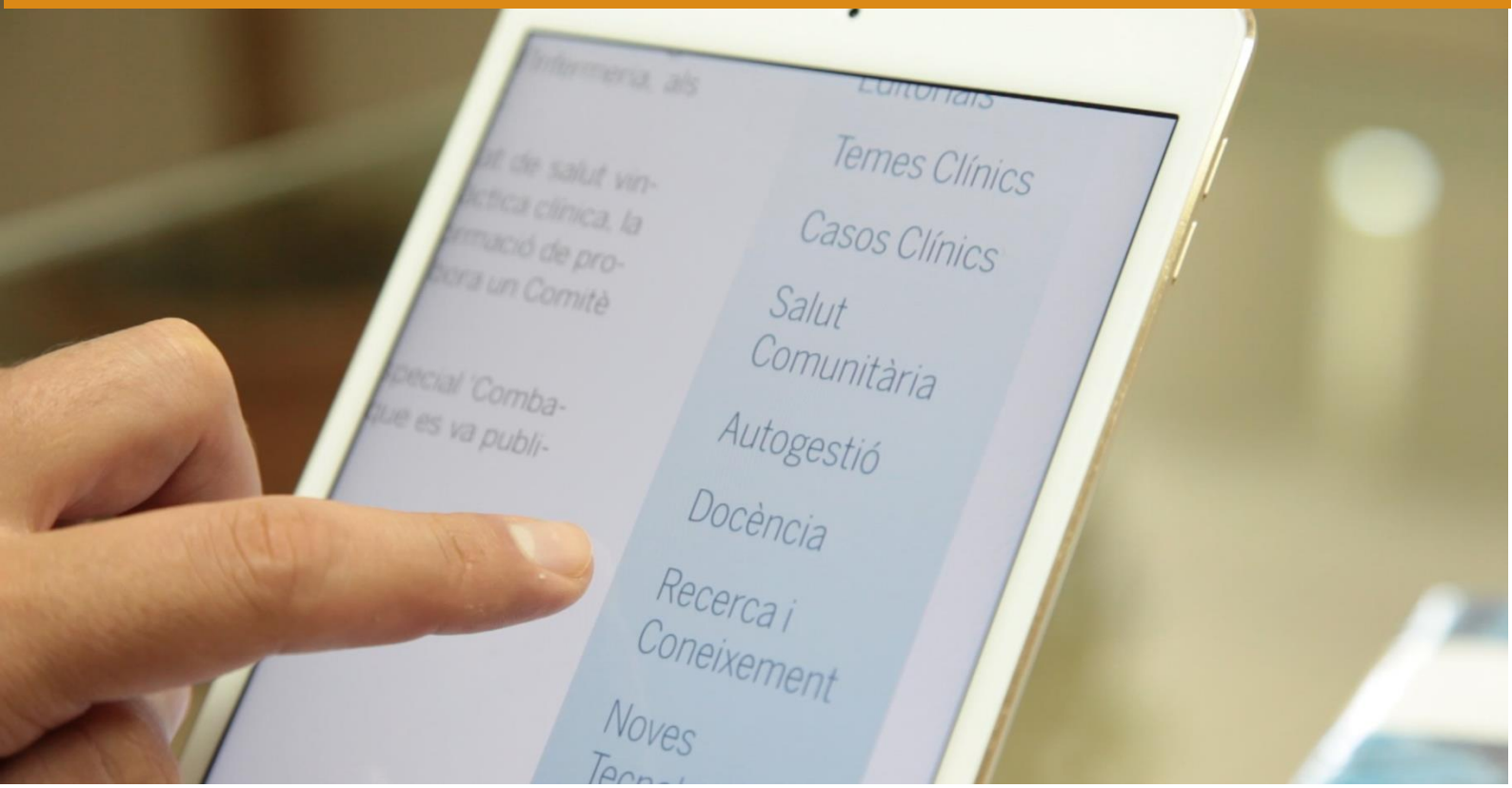
administracions i la població només acceptem vacunes que causin mínimes molèsties o reaccions. Els efectes secundaris solen ser lleus i de curta durada (molèsties al punt d'injecció o febreta). Els efectes secundaris greus, són extremadament rars. En canvi, és molt més freqüent patir lesions greus provocades per patir la malaltia que per la seva vacuna. Cal combatre qualsevol intent de qüestionar o fins i tot negar l'eficàcia i/o la seguretat d'una vacuna per mitjà de teories conspiratives (fins i tot esotèriques) provinents de col·lectius tan radicals com acientífics: és responsabilitat de tots.

Quan ens vacunem, ens protegim nosaltres i també als que ens envolten. Quantes més persones es vacunen, més es redueix la transmissió de la infecció d'uns als altres, i així també protegim als que no es poden vacunar (perquè pateixen malalties que disminueixen les seves defenses o prenen determinats fàrmacs, etc.). Així aconseguim la «immunitat de grup».

Els governs de cada estat amb el suport de les societats científiques, defineixen quines són les vacunes recomanades a la seva població. En el nostre cas, el Departament de Salut estableix el calendari vacunal que ha de rebre la població de Catalunya i el va actualitzant segons l'evidència científica. El calendari especifica quines vacunes es recomanen, quantes dosis, a quina edat i de quines malalties hem de protegir la nostra població. Les vacunes sistemàtiques del calendari de vacunacions de Catalunya són gratuïtes, i el seu control, gestió, administració i seguiment depèn dels Centres d'Atenció Primària (CAP). Són justament els CAP els espais que garanteixen a tota la població una atenció preventiva i de promoció de la salut tant igualitària com equitativa per totes les persones, sense diferència per edat, sexe, raça o condició social. I en el cas de les vacunes, els CAP en garanteixen el seu registre en la història clínica.

Ara més que mai, per tu, per mi i per tots, vacunem-nos.

Citació
Autor: Sisó Almirall, Antoni
Títol: Per tu, per mi i per tots, vacunem-nos!
Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 173
https://apsalut.cat/2021/04/20/vacunes/
Data: 20 d'abril de 2021



Aprenentatge: hàbits, il·lusió i mètode

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de família EAP Sardenya i cap d'estudis UDACEBA.

Alguns dels mots que utilitzem habitualment en l'àmbit professional van canviant de significat en el transcurs dels anys i amb l'apropiació que en fa habitualment el "sistema".

En el cas de la formació continuada, amb els anys ha passat de ser un repte individual, que va amb el delit professional, a ser una exigència per anar passant de categoria i cobrar una miqueta més.

Bé, potser una mica de cada, és clar. Però seria bo mantenir l'esperit que roman darrere d'aquest concepte. Per ser un bon metge, o infermera, ens hem de mantenir al dia. I hem d'adquirir coneixements en funció de les necessitats, canviants, dels pacients. És el cas que hem tingut amb la COVID-19. De cop, ens ha fet falta saber fer ecografies pulmonars. Un munt de metges de família s'han abocat amb un temps rècord a aprendre aquest tècnica. O a fer PCR…

En la formació MIR i IIR, tenim un programa bastant exhaustiu amb les competències que ens calen per ser professionals especialitzats. Després cal veure la realitat local, i quines d'aquestes competències s'exerceixen habitualment i quines queden "adormides".

Per exemple, al nostre país l'atenció a l'embaràs i al part es fa al marge de la medicina de família, si bé no així en altres llocs. N'hem de saber? Si, això diu el programa de l'especialitat. Però el dia que realment ens toqui, en caldrà reciclatge i formació. Les competències que no s'exerceixen es perden. En altres països on la piràmide d'edat no s'ha invertit, a l'atenció primària veuen molts nens i poca gent gran.

Així que probablement, el més important de la residència és adquirir hàbits. Hàbits sobre com estar al dia, com formar-se, com reciclar-se, com aprendre. En això els tutors hi tenim un paper fonamental.

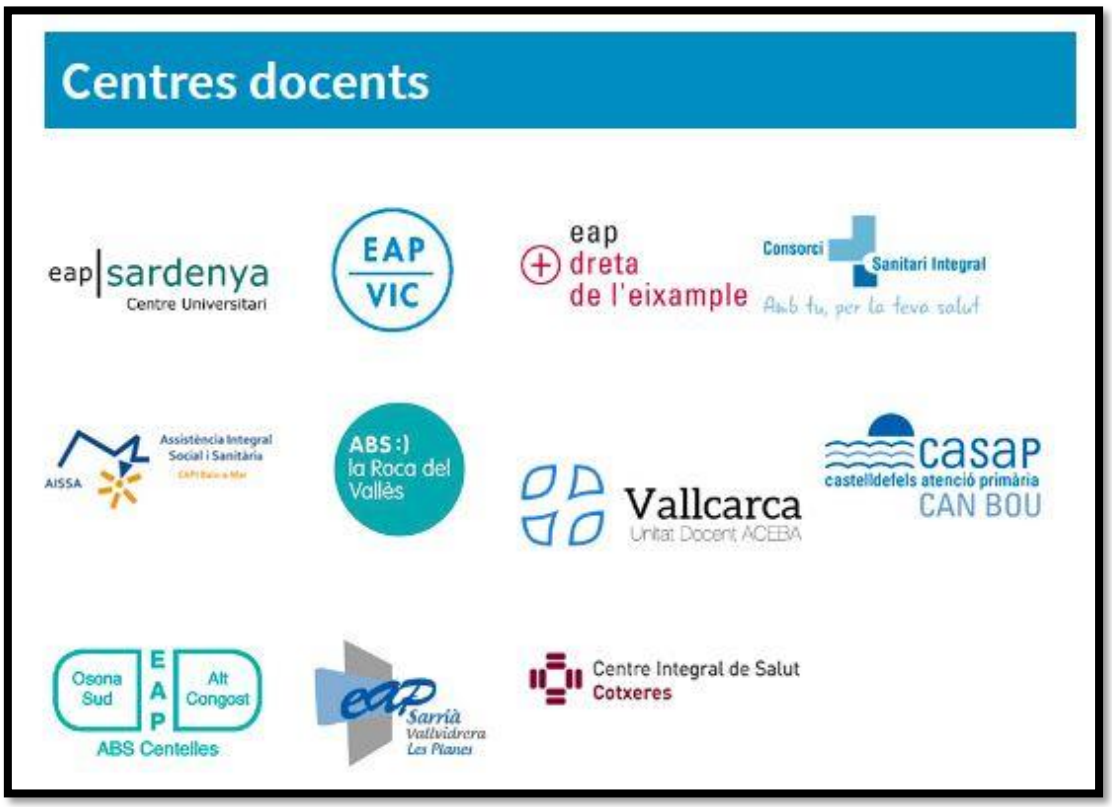
Molts residents, quan acaben tenen la sensació de no saber-ne prou. Però no saben que els tutors pensem el mateix mentre passen els anys! Per sort, el neguit (a més d'altres motius com la curiositat, la incertesa…) ens mou a estar al dia.

Que s'aprengui una bona metodologia per formar-se durant la residència, assumint la autoresponsabilitat pel que queda de la llarga carrera professional és més important que complir el 100% del programa, cosa impossible habitualment i més encara en l'època actual de la Covid-19.

En aquests temps de pandèmia, pot ser que com a resident algú es perdi una rotació que li sembli important. Entre ell, el tutor i la comissió de docència han de valorar la repercussió que pot tenir i com afrontar-ho. Però en tot cas ens han de quedar ganes d'aprendre, il·lusió i mètode, perquè ens trobarem amb situacions semblants al llarg de la carrera.

Sortir impregnats del que significa la formació continuada, per seguir avançant.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: La Il·lusió per aprendre
Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 179
https://apsalut.cat/2021/07/09/aprendre-habits-ilusio-metode/
Data: 28 de juny de 2021



Aliança d'equips d'atenció primària docents

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de família EAP Sardenya i cap d'estudis UDACEBA.

Ara fa dos anys ens fèiem ressò des del Butlletí APSalut del creixement de la Unitat Docent UDACEBA.

El sistema de formació MIR i IIR té uns terminis burocràtics però sempre avança. El 2021 hem crescut en nombre de residents i en centres docents.

L'EAP Vic (CAP El Remei) a Osona, l'EAP Sardenya, l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor) i el CAP Sagrada Família a Barcelona són els centres històrics amb residents. Ara hem sumat l'EAP Osona Sud-Alt Congost (EBA Centelles) a Osona, el CAPI Baix-a-Mar a Vilanova i la Geltrú, l'EAP Can Bou (CASAP) a Castelldefels, el CAP La Roca (ABS La Roca del Vallès), el CAP Cotxeres (CIS Cotxeres), l'EAP Vallcarca-Sant Gervasi i l'EAP Sarrià Vallvidrera Les Planes.

També dèiem fa dos anys que 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.

A UDACEBA el dispositiu central des d'on es fa la formació dels residents és el Centre d'Atenció Primària. Per això la nostra unitat docent és una aliança entre equips d'atenció primària.

El tutor és el metge o infermera d'atenció familiar i comunitària que acompanya durant tota la residència.

Les rotacions als hospitals són necessàries per adquirir algunes competències en atenció clínica i urgències però sobretot per entendre el funcionament del sistema des de tots els àmbits. Busquem aliances amb els hospitals que estan en sintonia i ofereixen el millor per la formació als nostres residents. Actualment tenim els següents dispositius hospitalaris de referència: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Universitari de Vic, Hospital de Mollet i Hospital de Sagrada Família.

Tenim facilitat per organitzar-nos quan alguna cosa no surt bé. Més enllà de la rigidesa de l'administració. I som dinàmics, cercant solucions alternatives quan la que oferim no és la millor.

Estem en èpoques de canvis, després de més de 50 anys de la primera reforma de l'atenció primària. Ens calen visons noves, fresques, innovadores i il·lusionants. Nosaltres hi posem el nostre gra de sorra en la formació dels nous professionals.

Ara que som més, continuem sumant amb el repte d'oferir la millor docència possible per formar professionals excel·lents per l'atenció primària del futur.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: Aliança d'equips d'atenció primària docents
Revista: APSalut. Volum 9. Número 4. Article 186
https://apsalut.cat/2021/11/06/alianca-dequips-datencio-primaria-docents/
Data: 2 de novembre de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

TEMES CLÍNICS

ap

Anàlisi de les vacunes contra la COVID-19

Autors: Marta García Torres. MIR R1. Daniel Planchuelo Calatayud, metge de família i tutor EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Introducció

L'aparició d'un nou coronavirus el desembre del 2019, la síndrome respiratòria aguda severa coronavirus 2 (SARS-CoV-2), ha tingut conseqüències devastadores a nivell mundial. L'Organització Mundial de la Salut va declarar la pandèmia de Covid-19 el dia 11 de març del 2020, i des de llavors fins a la redacció d'aquest article s'han produït més de 123.000.000 de casos d'infecció i més de 2.700.000 morts a tot el món. Des del seu inici s'han dut a terme moltes mesures per frenar-la, com ara confinaments totals o parcials, l'ús de mascaretes, el distanciament físic, l'aïllament d'infectats i contactes, proves de cribratge massiu, … que han ajudat a limitar la transmissió. Tot i això, malgrat l'aplicació d'aquestes mesures, continuem observant taxes elevades d'afectats per Covid-19, fet que ha fet necessari el desenvolupament de vacunes per tractar de reduir la morbiditat, mortalitat i la seva transmissió, i aconseguir així contenir la pandèmia.

En aquest article realitzarem una anàlisi de les diferents vacunes contra la Covid-19, amb especial interès, en les aprovades per comercialitzar-les a la Unió Europea fins a la data de la redacció d'aquest article.

Característiques del SARS-CoV-2

El SARS-CoV-2 pertany a la subfamília Orthocoronavirinae dins de la família *Coronaviridae.* Estructuralment els coronavirus són virus esfèrics de 100-160 nm de diàmetre, amb embolicada de bicapa lipídica i contenen ARN monocatenari no segmentat (ssRNA). El genoma del virus SARS-CoV-2 codifica 4 proteïnes estructurals: la proteïna S (*spike protein*), la proteïna E (*envelope*), la proteïna M (*membrane*) i la proteïna N (*nucleocapsid*). La proteïna S es troba a la membrana del SARS-CoV-2, la seva funció principal és mediar l'entrada a la cèl·lula allotjadora. La proteïna S posseeix dues subunitats (S1 i S2); La subunitat S1 és la que interacciona i s'uneix al receptor ACE2 (enzim convertidor d'angiotensina 2) per mitjà del domini d'unió al receptor (RBD), mentre que la subunitat S2 determina la fusió de la membrana del virus amb la de la cèl·lula hoste, iniciant així la cascada de replicació viral. (1)

El paper destacat de la proteïna S a la replicació viral del SARS-CoV-2, ha fet que es converteixi en una molècula clau per al desenvolupament de vacunes.

Tipus de vacunes contra el SARS-CoV2 (1) (2) (3)

Vacunes de subunitats proteiques: Estan constituïdes per components proteics aïllats del SARS-CoV-2. La majoria s'associen a un adjuvant que aconsegueix augmentar la vida mitjana de la vacuna millorant-ne la capacitat immunògena. La proteïna aïllada pot ser:

- Proteïna S completa: Indueix una forta immunogenicitat, és l'antigen més prometedor per al desenvolupament de la vacuna COVID-19.
- Basada en la RBD: produeixen reaccions immunològiques duradores i segures, són més immunògenes que les basades en la proteïna S completa. Tenen l'avantatge que el domini RBD és igual al SARS-CoV-1 i al SARS-CoV-2 per la qual cosa el converteix en un objectiu prometedor per al desenvolupament de vacunes amb un doble objectiu.
- Basades a la subunitat S2: La seva potència és menor que els basats en RBD. Com que la subunitat S2 és la implicada en el procés de fusió cel·lular, té un potencial prometedor per desenvolupar una vacuna contra soques de virus divergents.

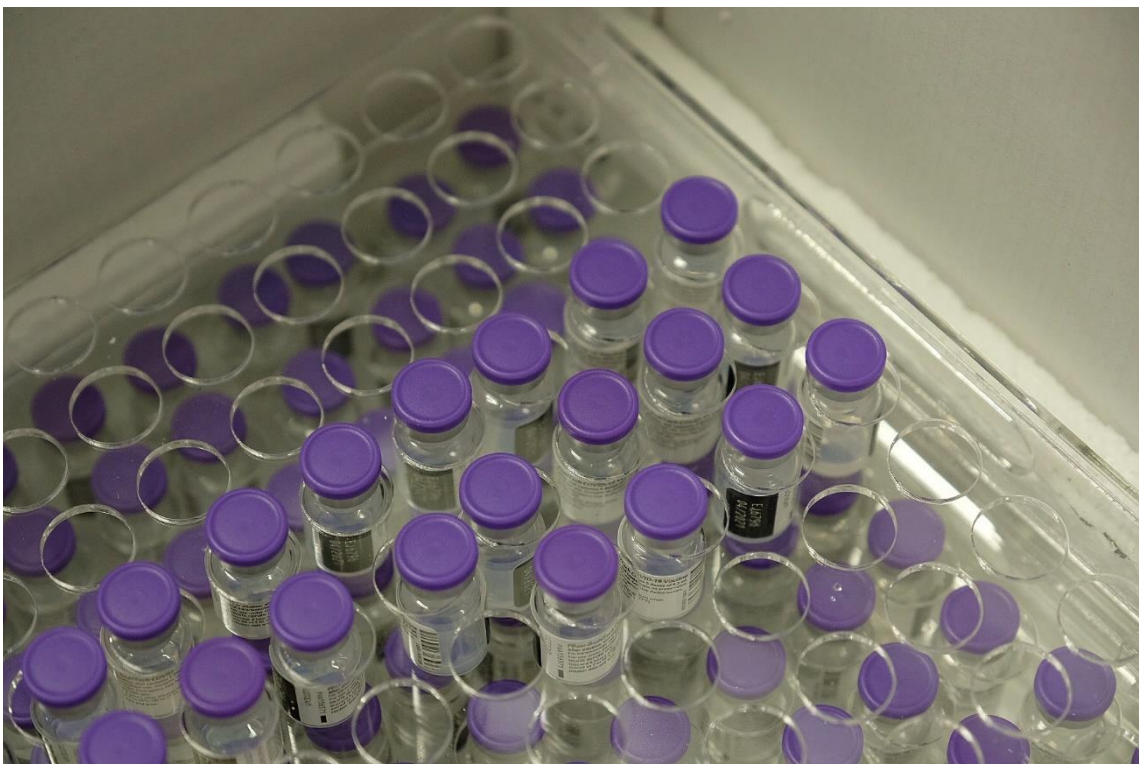
Vacunes de vectors virals: Es basen en virus modificats genèticament, diferents del SARS-CoV-2, que transporten al seu interior informació genètica del SARS-CoV-2 per sintetitzar la proteïna S. Aquests vectors poden ser replicants o no replicants.

Vacunes de virus atenuats: Mitjançant la modificació genètica s'eliminen els gens de virulència del SARS-CoV-2 de manera que s'obté una versió atenuada del virus que en conserva la capacitat immunògena.

Vacunes de virus inactivats: Els virus continguts en aquestes vacunes estan completament inactivats de manera que conserven la immunogenicitat, però no poden produir la infecció. La immunogenicitat és menor que a les vacunes vives, per la qual cosa es necessiten més dosis de reforç. Es tracta de vacunes segures, especialment per a persones immunodeprimides.

Vacunes d'ARN missatger (ARNm): La vacuna conté material genètic en forma d'ARNm del SARS-CoV2 que codifica la proteïna viral S, vehiculada en nanopartícules lipídiques. Quan s'injecta, l'ARNm és captat per les cèl·lules de l'hoste, s'expressa la proteïna S i es mostra a la superfície cel·lular desencadenant la resposta immune.

Vacunes d'ADN: La vacuna conté material genètic amb forma d'ADN. Les vacunes d'ADN que es dirigeixen a les proteïnes S, M i N, actualment està en estudi la seva eficàcia i immunogenicitat en persones.



Vacunes autoritzades per la Unió Europea:

Procés d’autorització de les vacunes (4)

Per poder introduir una vacuna nova al mercat de la Unió Europea, primer s'ha de sol·licitar el permís a l'Agència Europea del Medicament (sigles en anglès E.M.A.) que s'encarrega d'avaluar la seva qualitat, eficàcia i seguretat, una vegada aquesta emet la seva recomanació, es trasllada la decisió a la Unió Europea, que és qui finalment accedeix a donar el permís de comercialització.

L'E.M.A. fa un examen independent, exhaustiu i consistent de totes les proves que aporta el laboratori que desenvolupa la vacuna. En aquest procés s'efectuen diverses comprovacions i se sospiten diversos factors sobre la base d'un sistema de revisions per especialistes, intervenint-hi dos responsables de l'avaluació, un revisor científic, comitès especialitzats i grups de treball com el Comitè per a l'Avaluació de Riscos en Farmacovigilància o el Grup de Treball sobre Biologia. Finalment, el Comitè de Medicaments d'ús Humà de l'E.M.A. és qui emet la recomanació final, aquesta recomanació serà favorable sempre que les proves demostrin que els beneficis de la vacunació són més grans que qualsevol risc derivat de la vacuna.

Vacunes d’ARNm:

Vacuna de Pfizer / BioNTech (BNT162b2) (5)

Autorització per l'Agència Europea del Medicament (E.M.A): El 21 de desembre del 2020. Primera vacuna comercialitzada.

Com s'administra: La pauta d'administració és intramuscular de dues dosis de 0,3 ml (30 micrograms d'aquest ARNm) administrades per via intramuscular en un interval de 21 dies.

Indicacions: Indicada en persones de 16 anys o més.

Contraindicacions: Contraindicada en cas d'hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients inclosos.

Eficàcia: L'eficàcia és del 95% després de 7 dies des de l'administració de la segona dosi. Es va avaluar l'eficàcia de la vacuna BNT162b2 contra la COVID-19 respecte del placebo en persones de 16 anys o més. Es van administrar dues dosis amb 21 dies de diferència, i es va objectivar una eficàcia de la vacuna BNT162b2 del 95% en la prevenció de la Covid-19 (interval creïble del 95%, 90,3 a 97,6). Entre la primera i la segona dosi, es va objectivar una eficàcia de la vacuna del 52% (IC del 95%, 29,5-68,4) durant aquest interval el que indica una protecció primerenca per part de la vacuna, començant tan aviat com 12 dies després de la primera dosi.

Seguretat: Es tracta d'una vacuna amb un perfil de seguretat acceptable semblant a altres vacunes virals.

Reaccions adverses: Les reaccions adverses més freqüents van ser dolor al lloc d'injecció (>80 %), fatiga (>60 %), cefalea (>50 %), miàlgia i calfreds (>30 %), artràlgia (>20 %) i febre i inflor al lloc d'injecció (>10 %), i generalment van ser d'intensitat lleu o moderada i es van resoldre en un termini de pocs dies després de la vacunació. Una edat més gran es va associar a una freqüència lleugerament menor d'esdeveniments de reactogenicitat. Els efectes secundaris sistèmics van ser més comuns després de rebre la segona dosi de la vacuna.

Vacuna de Moderna / Lonza (ARNm-1273) (6)

Autorització per l'E.M.A: El 6 de gener del 2021. Segona vacuna comercialitzada.

Com s'administra: La pauta d'administració és de dosis de 0,5 ml (100 micrograms d'aquest ARNm) administrades per via intramuscular amb un interval de 28 dies.

Indicacions: Indicada en persones de 18 anys o més.

Contraindicacions: Contraindicada en cas d'hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients inclosos.

Eficàcia: L'eficàcia de la vacuna és del 94,1% després de 14 dies de l'administració de la segona dosi. Es va avaluar l'eficàcia de la vacuna ARNm-1273 contra la COVID-19 respecte al placebo en persones de 18 anys o més. Es van administrar dues dosis amb 28 dies de diferència, i es va objectivar una eficàcia de la vacuna ARNm-1273 del 94,1% en la prevenció de la Covid-19, incloent-hi la malaltia greu per SARS-CoV-2. Desglossant els grups analitzats a l'estudi es va observar que en el grup de majors de 65 anys l'eficàcia és del 86,4% (IC 95%: 61,4%-95,2%) i en el de 18-65 anys del 95,6%, (IC95%: 90,6%-97,9%).

Seguretat: No es van identificar problemes amb la seguretat de la vacuna.

Reaccions adverses: Les reaccions adverses notificades amb més freqüència seran dolor al lloc de la injecció (92%), fatiga o sensació de cansament (70%), cefalea (65%), miàlgies (61%), calfreds (45 %), artràlgies (46%), nàusees i vòmits (23%), febre (15%), inflor al lloc d'injecció (15%) i envermelliment (10%). Generalment van ser d'intensitat lleu o moderada i es van resoldre en un termini de pocs dies després de la vacunació. Una edat més gran es va associar a una freqüència lleugerament menor d'esdeveniments de reactogenicitat.

Vacunes de vectors virals:

Vacuna d'Oxford / AstraZeneca (ChAdOx1) (7)

Autorització per l'E.M.A: El 29 de gener del 2021. Tercera vacuna comercialitzada.

Característiques: És una vacuna formada per virus atenuats, en concret l'adenovirus del Chimpancé no replicatiu que vehiculen la proteïna S.

Com s'administra: S'administren 2 dosis de 0,5ml (2,5 x 108 unitats infeccioses) via intramuscular separades en un interval de temps d'entre 4 i 12 setmanes (28 i 84 dies) després de la primera dosi.

Indicacions: Indicada en persones des dels 18 fins als 65 anys a Espanya.

Contraindicacions: Contraindicada en cas d'hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients inclosos i en persones de més de 65 anys.

Eficàcia: L'eficàcia és del 70,4% després de 7 dies després de l'administració de la segona dosi.

Es va avaluar l'eficàcia de la vacuna ChAdOx1 contra la COVID-19 en persones de 18 o més anys. Es van administrar 2 dosis a l'estudi del Regne Unit separades per 12 setmanes i a l'estudi del Brasil per 6 setmanes. S'ha conclòs que l'eficàcia de ChAdOx1 és del 70,4% després de dues dosis, amb una protecció primerenca del 64,1%. Després de com a mínim una dosi estàndard. No es van mostrar diferències significatives quant a les estimacions d'eficàcia respecte al període entre dosis de la vacuna.

Seguretat: La vacuna presenta un perfil de seguretat acceptable.

Reaccions adverses: Les reaccions adverses més freqüents són sensibilitat al lloc de la injecció (63,7%), dolor al lloc de la injecció (54,2%), cefalea (52,6%), fatiga (53,1%)), miàlgia (44%); malestar (44,2%), febre i calfreds (31,9%), artràlgies (26,4%) i nàusees

(21,9%). La majoria són lleus o moderades, després de la segona dosi de vacuna són més suaus i tenen menys freqüència. Pel que fa als casos notificats de trombosi i trombocitopènia, de vegades acompanyats d'hemorràgia, han estat molt poc freqüents i el balanç risc – benefici continua superant el risc de possibles reaccions adverses.

Vacuna de Jansen/ J&J (Ad26.COV2-S) (8) (9)

Autorització per l'E.M.A: L'11 de març del 2021. Quarta vacuna autoritzada.

Característiques: La vacuna Ad26.COV2.S és un vector d'adenovirus humà de serotip 26 (Ad26) de replicació incompetent recombinant, que conté material genètic al seu interior per codificar la proteïna S del SARS-CoV-2.

Com s'administra: S'administren 1 dosi que conté 5 x 10^10 partícules virals via intramuscular com a dosi única.

Indicacions: Indicada en persones de 18 anys o més.

Contraindicacions: Contraindicada en cas d'hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients inclosos.

Eficàcia: La vacuna de Janssen va tenir una eficàcia general del 66% en la prevenció de la COVID-19 de moderat a greu, als 28 dies després de la vacunació. L'inici de la protecció ja es va observar el dia 14. El nivell de protecció contra la infecció per COVID-19 de moderada a greu va ser del 72% a l'estudi realitzat als Estats Units, del 66% a Amèrica Llatina i del 57% a Sud-àfrica, 28 dies després de la vacunació.

Seguretat: La vacuna presenta un perfil de seguretat acceptable.

Reaccions adverses: Els efectes adversos més freqüents van ser generalment d'intensitat lleu o moderada i els resultats van millorar al cap d'un o dos dies després de la vacunació. Els efectes adversos més habituals, presents en més de 1 de 10 persones, són dolor al lloc de la injecció, cefalea, astènia, miàlgies i nàusees.

Vacunes contra el SARS-CoV-2:

A continuació, s'analitzen algunes de les principals vacunes que s'estan desenvolupant a tot el món, algunes ja aprovades, davant del SARS-CoV-2. *Veure Taula 1. (10)*

Tipos de vacuna contra el SARS-CoV 2	Farmacéutica *Vacuna*	Características	Origen	Pauta, vía y dosis	Indicaciones	Contraindicaciones	Eficacia	Efectos adversos	Situación actual a la UE	E.M.A
Vacuna de ARNm	**Pfizer / BioNTech** *mRNA-BNT162*	ARNm que codifica la proteína S encapsulada en nanopartículas lipídicas	Estados Unidos y Alemania	2 dosis: 0-21 días 0.3ml IM	Personas de 16 años o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	95%	Leves - moderados	Aprobada	Aprobación por la EMA el 21 de diciembre de 2020
	Moderna / Lonza *mRNA-1273*	ARNm que codifica la proteína S encapsulada en partículas lipídicas	Estados Unidos	1-2 dosis: 0-56 días 0.5ml IM	Personas de 18 años o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	94,1%	Leves - moderados	Aprobada	Aprobación por la EMA el 6 de enero de 2021
	Curevac (11) *CvnCoV*	ARNm que codifica una forma estabilizada de proteína S encapsulada en nanopartículas	Alemania	2 dosis: 0-28 días 0.6ml IM	Personas de 18 años o más	-	-	-	Fase III	Acuerdo firmado
Vacuna de vectores virales	**Oxford / Astra-Zeneca** *AZD1222*	Adenovirus de chimpancé no replicante que vehicula la proteína S	Reino Unido y Suecia	2 dosis: 0-28 días 0.5ml IM	Personas de 18 hasta 65 años	- Personas de 56 años o más - Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	70,4%	Leves - moderados	Aprobada	Aprobación por la EMA el 29 de enero de 2021
	Gamaleya (12) *Sputnik V*	Adenovirus humano 26 y 5 que vehiculan la proteína S	Rusia	2 dosis: Día 0 (rAd26-S) - Día 21 (rAd5-S) 0.5ml IM	Personas de 18 o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	91,6%	Leves - moderados	Fase III	En revisión por la EMA
	J&J / Janssen *Ad26.COV2-S*	Adenovirus humano 26 no replicante que vehicula la proteína S	Estados Unidos y Holanda	1 dosis IM	Personas de 18 años o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	66%	Leves - moderados	Aprobada	Aprobación por la EMA el 11 de marzo de 2021
	CanSino (13) *Ad5-nCoV*	Adenovirus humano 5 de replicación defectuosa que vehicula la proteína S	China	1 dosis: 1 ml IM	Personas de 18 o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	65,7%	Leves - moderados	Fase III	-
	SCIC (14) *MVA-CoV-2-S*	Virus vaccinia modificado de Ankara (MVA) que vehicula la proteína S	España	-	-	-	-	-	Fase I	-
Vacuna de virus inactivados	**Sinopharm** (15) (16) *BBIBP-CorV*	Antígenos del virus SARS-CoV-2 inactivado	China	2dosis: 0-28días 0,5 ml IM	Personas de 18 o más	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	86%	Leves - moderados	Fase III	-
	Sinovac (17) *Coronavac*	SARS-CoV-2 inactivados poseen el RBD dentro de la proteína S	China	2 dosis: 0-28 días 0.5ml IM	Personas de 18 o más	- Pacientes febriles con enfermedad aguda - Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	50,3%	Moderadas	Fase III	-
Vacuna basada en proteínas	**Novavax** (18) *NVXCoV2373*	Nanopartícula de la proteína S con saponina Matrix-M1 como a adyuvante	Estados Unidos	2 dosis: 0-21 días 0.5 ml IM	Personas de 18 hasta 84 años	Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes	89,3%	Leve	Fase III	En revisión por la EMA
	Sanofi-GSK (19) (20) *Recombinant Protein*	Nanopartículas de la proteína S	Francia y Reino Unido	-	Personas de 18 o más	-	-	-	Fase II	En revisión por la EMA

Tabla 1: Vacunas contra el SARS-CoV-2

Conclusions

La situació de pandèmia actual, la pitjor en els darrers 100 anys, ha propiciat la major inversió en investigació i desenvolupament de vacunes sobre una malaltia mai vista, actualment hi ha més de 300 vacunes en desenvolupament a tot el món, que estem segurs que aconseguiran reduir, de manera dràstica, les conseqüències devastadores d'aquesta malaltia, sempre amb les garanties d'eficàcia, seguretat i farmacovigilància de les agències reguladores. Per això reclamem que es prioritzi la salut de tots els ciutadans del món per igual i per sobre dels interessos econòmics i polítics, que per desgràcia estem vivint en el context del desenvolupament i distribució de les vacunes. Els autors d'aquest article ens adherim a la Declaració de l'Equitat Vacunal de l'O.M.S. i recolzem la iniciativa COVAX per reduir les desigualtats en la vacunació a tot el món.

Bibliografia

1. Belete TM. Review on Up-to-Date Status of Candidate Vaccines for COVID-19 Disease. Infection and Drug Resistance. 2021; Volume 14: p. 151-161.
2. Vacunas en desarrollo frente a la COVID-19. «State of the art». SEFAP. 2020.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Profesionales – Salud pública – Prevención de la salud – Vacunaciones – Programa vacunación – Vacunas COVID-19. MCSBS. 2021.
4. Comisión Europea. Autorización de vacuna Covid-19. Preguntas y respuestas sobre la vacunación contra la COVID-19 en la UE. 2021.
5. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. PubMed Central (PMC). 2020.
6. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. PubMed Central. 2020.
7. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. PubMedCentral (PMC). 2021.
8. Interim Results of a Phase 1–2a Trial of Ad26.COV2.S Covid-19 Vaccine. PubMed. 2021.
9. A Study of Ad26.COV2.S for the Prevention of SARS-CoV-2-Mediated COVID-19 in Adult Participants. Clinical Trials. 2020.
10. Lead SARS-CoV-2 Candidate Vaccines: Expectations from Phase III Trials and Recommendations Post-Vaccine Approval. PubMed Central (PMC). 2021.
11. CVnCoV – CureVac's mRNA-based vaccine candidate against COVID-19. CureVac. 2021.
12. Logunov, D. Y., & Gintsburg, A. L. (2021). Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. The Lancet. ; 397(10275): p. 671-681.
13. Phase III Trial of A COVID-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adults 18 Years Old and Above. ClinicalTrials. 2020.

14. La vacuna del CSIC más adelantada para la covid-19 muestra una eficacia del 100% en ratones. Cnb, C. 2021.
15. A Study to Evaluate The Efficacy, Safety and Immunogenicity of Inactivated SARS-CoV-2 Vaccines (Vero Cell) in Healthy Population Aged 18 Years Old and Above. Clinical Trials. 2020.
16. Vacuna SINOPHARM. Ministerio de Salud de Argentina. 2021.
17. FICHA VACUNA CONTRA SARS-COV-2. VACUNA CORONAVAC LABORATORIO SINOVAC LIFE SCIENCE®. 2021.
18. Novavax COVID-19 Vaccine Demonstrates 89.3% Efficacy in UK Phase 3 Trial. Novavax Inc. – IR Site. 2020.
19. Study of Recombinant Protein Vaccine With Adjuvant Against COVID-19 in Adults 18 Years of Age and Older. Clinical Trials. 2020.
20. Two Vaccine Candidates against COVID-19. Sanofi. 2020.

Font de les imatges: Departament de Salut

Citació
Autors: Garcia Torres, Marta; Planchuelo Calatayud, Daniel
Títol: Anàlisi de les vacunes contra la COVID-19
Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 175
Data: 19 d'abril de 2021
https://apsalut.cat/2021/04/18/analisis-de-las-vacunas-contra-el-covid-19/
Data: 2 de novembre de 2021

Font: Actualidad Médica

Escabiosi, sarna #en3minuts

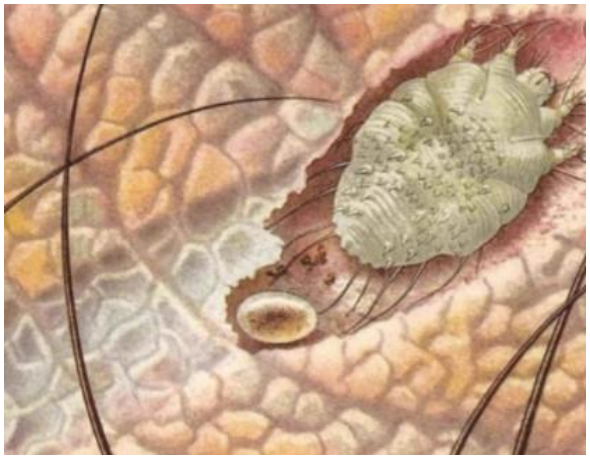
Autors: Violeta Uriach Timoneda, metgessa de família. Alex del Rio, infermer de família. CAP Banyoles.

La sarna o l'escabiosi és una infestació importada de l'esser humà. Freqüentment provoca pruïja generalitzada. Produïda per l'àcar Sarcopte scabei varietat hominis, la incidència a Catalunya es desconeix.

Es transmet per contacte directe persona-persona o menys freqüentment a través de fòmites infestats, per això la importància de tractar la roba de la llar i la roba que s'ha portat durant la infestació.

El període d'incubació és de 3-5 setmanes a les infestacions primàries, i de 1-3 dies en casos de reinfestació.

El factor de risc més important és la multiconvivència. Es tracta d'un problema de salut pública i es considera també una ITS.



Font: Dermatologia en Primaria. Societat Catanala de Medicina Familiar i Comunitària

CLÍNICA

La **Sarna clàssica** és la més freqüent i la pruïja que empitjora durant la nit, és la característica més freqüent. Les lesions acostumen a ser pàpules petites, descamatives distribuïdes a zones interdigitals, part flexora d'articulacions, part interna dels canells i genitals. No acostuma a afectar a nivell de cap i coll, excepte en nens i en immunodeprimits.

La dermatoscòpia ens pot ajudar molt al diagnòstic, ja que característicament podem identificar la lesió en ala delta, que correspon al cos de la femella adulta.

La **sarna Costrosa o noruega** és menys freqüent però més greu, típicament afecta a pacients immunodeprimits, malalties neurològiques o discapacitats importants. Cal tenir-la present, quan es tracta de brots en institucions. En aquest cas, presenta lesions psoriasiformes generalitzades a mans i peus amb afectació subunguial. La pruïja en aquest cas és lleu o inexistent, cosa que retarda la consulta per part del pacient i complica molt el diagnòstic. El període d'incubació és més curt, caldrà valorar-ho al fer el tractament.

DIAGNÒSTIC

És un diagnòstic clínic. Pruit important i que s'intensifica a la nit, lesions característiques en zones típiques. Afectació de més d'un familiar i la dermatoscòpia ajuda en el diagnòstic i pot ser clau en casos dubtosos.

És confirmatori la visualització de l'àcar, ous o femtes mitjançant l'observació microscòpica, tècnica no disponible a l'atenció primària.

TRACTAMENT

- Eliminació dels àcars de la persona afectada: PERMETINA tòpica 5% (SARCOP) que segons estudis recents té la mateixa efectivitat que l'IVERMECTINA oral. S'aconsella però, iniciar el tractament tòpic i reservar l'oral en cas de fracàs tot i la correcta aplicació. Aplicar-lo a tot el cos, sobretot a les ungles i evitar cap i coll excepte nens i immunodeprimits. L'aplicació s'aconsella a la nit i amb pijama i roba de llit neta, passades un mínim de 8 hores, dutxar-se i rentar tota la roba usada les darreres 48 hores. Cal repetir el tractament passada una setmana.
- Maneig de símptomes: antihistamínics tòpics, emol·lients, corticoides tòpics. Cal aclarir que tot i el tractament, la pruïja pot durar setmanes i es pot intensificar després del tractament tòpic.
- Mesures ambientals: Cal rentar la roba de llar, sobretot tovalloles i roba de llit a uns 60-90ºC i canviar la roba cada dia, rentat en sec, emmagatzemar en una bossa de plàstic tancada o bé congelar la roba durant dues setmanes tot i que l'àcar no viu més de 4-5 dies si no està en contacte amb l'hoste humà.
- Tractament de convivents: tots els convivents o contactes estrets han de fer el mateix tractament que el cas índex encara que no tinguin clínica. Caldrà també fer tractament els contactes sexuals de les sis setmanes anteriors a l'inici de la clínica, en aquesta situació, si estan asimptomàtics, podria ser suficient una única dosi. No és necessari tractar animals de companyia com gats o gossos.

Complicacions:

- Urticària generalitzada per prurit escabiòtic, reacció d'hipersensibilitat en forma de pàpules eritematoescamoses molt pururjinoses secundària a les restes del paràsits.
- Irritació secundaria al tractament.
- Sobreinfecció bacteriana.

Es considera que la infestació està resolta quan el pacient no té pruïja nocturna uns 7-10 dies després d'acabar el tractament. En el cas de persistència de la clínica, aparició de noves lesions o observació de l'àcar, s'ha de considerar fracàs del tractament, mala aplicació, o bé reinfestació, a vegades per no tractar roba de la llar o contactes estrets.

La sarna no es considera una malaltia de declaració obligatòria excepte si es tracta d'un brot epidèmic (dos o més casos) pel que és important saber amb quantes persones viu el pacient o si està en una residència, presó…

Bibliografia

1. Ana Diez Mayayo, Marta Gallardo Arenas, Raquel Sáez Ortigosa (2020) Mordeduras, picaduras y parasitosis cutáneas. AMF
2. Octavi Figueras (2017)Dermatoscopia en infecciones e infestaciones. Dermatologia en primaria. Societat Catalana de medicina familiar i comunitària
3. Jordi Vilaseca Canals (2019) Guia Terapéutica en atención primaria SEMFyC

Citació

Autora: Uriach Timoneda, Violeta

Títol: Escabiosi, sarna #en3minuts

Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 180

https://apsalut.cat/2021/07/08/escabiosi-sarna-en3minuts/

Data: 10 de juny de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

CASOS CLÍNICS

ap

Infestació per Armillifer Armillatus en pacient nigerià

Autores: Alícia Villanueva Hernández, tutora i metgessa de família EAP Vic (CAP El Remei) i Nadedja Prepelita, metgessa resident de 4rt any UDACEBA EAP Vic Sud (CAP El Remei)

Cas clínic presentat al XL Congrés de la SEMFYC 2020, Congrés virtual.

Pacient de 46 anys natural de Nigèria que consulta al nostre CAP per dolor abdominal.

Com a antecedents personals presenta Hipertensió Arterial tractada amb triple teràpia.

Descripció del cas:

Malaltia actual: pacient que consulta per episodis de dolor abdominal còlic recidivant de 6 mesos d'evolució, localitzats a fosa ilíaca dreta. El dia de la consulta refereix dolor abdominal de poques hores de durada sense altres símptomes afegits. Durant les últimes vacances al seu país va ser visitat allà per la mateixa clínica i va ser diagnosticat d'apendicitis aguda negant-se a ser intervingut, consultant un mes després al nostre centre. Nega vòmits, no canvis en el ritme deposicional.

Exploració física: Abdomen tou i depresible, discretament dolorós a fosa ilíaca dreta, sense visceromegàlies ni signes d'irritació peritoneal.

Proves complementàries:

- Analítica: destaca velocitat de sedimentació globular 28 mm/h, proteína C reactiva 25 mg/l.
- Ecografia abdominal: hepatomegàlia amb múltiples calcificacions a parènquima hepàtic compatibles amb granulomes calcificats i calcificacions a nanses de budell prim i fosa ilíaca dreta.
- Radiografia de tòrax: patró reticulonodulillar.
- Tomografia toracoabdominal: múltiples calcificacions disperses algunes d'aspecte anul·lar a nivell del parènquima pulmonar, fetge, greix mesentèric i nanses intestinals. El conjunt d'alteracions són compatibles amb calcificacions per parasitosi per Armillifer Armillatus.

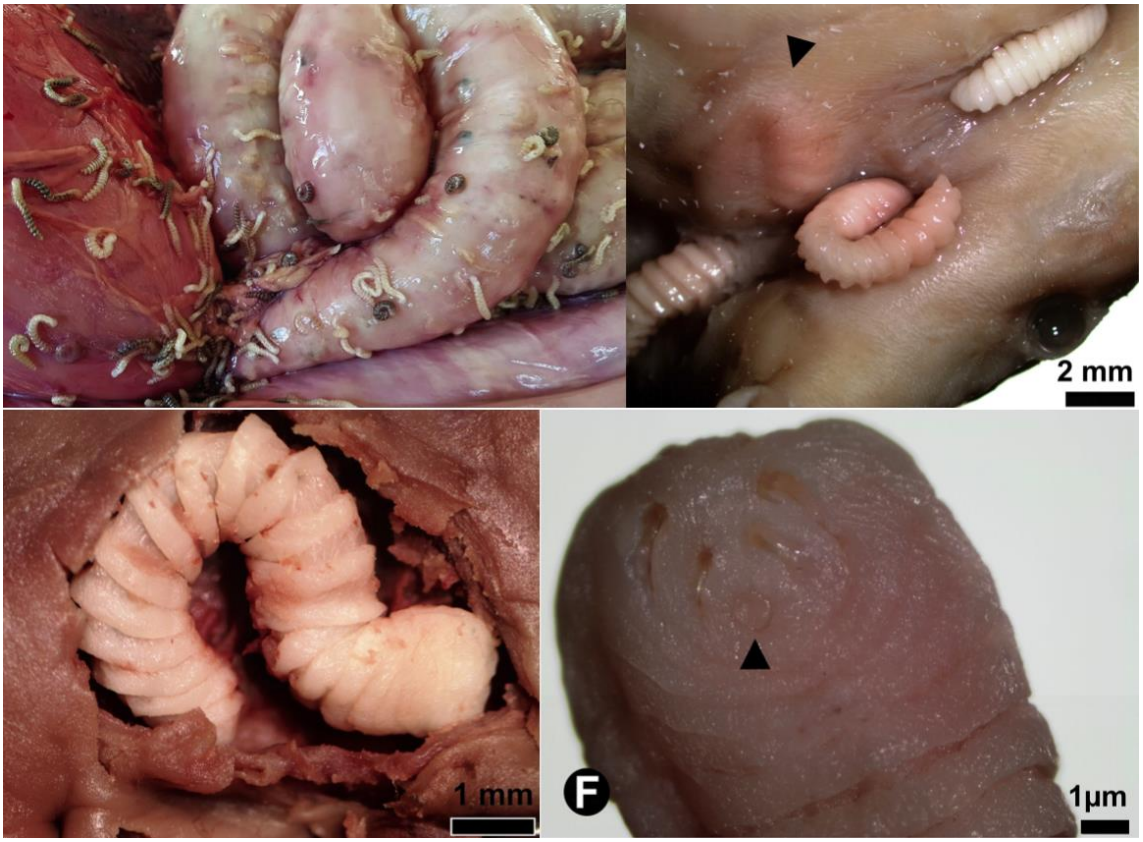
Diagnòstic diferencial:

Patologia apendicular, altres parasitosis intestinals, patologia urològica i tumoral, malaltia inflamatòria intestinal, budell irritable i possibilitat de sarcoidosi per la presència de granulomes.

Conclusions:

El dolor abdominal recidivant és un motiu freqüent de consulta, és necessari fer un bon diagnòstic diferencial. Cal tenir present les malalties infeccioses emergents doncs són de gran rellevància degut a l'augment dels viatges internacionals i a l'increment de la immigració provinent d'altres països. És fonamental interrogar al pacient sobre les seves rutes migratòries realitzades, pais d'origen i costums.

Discussió:



Font de la imatge Armillifer Armillatus: Parasite of the Day

L'Armillifer Armillatus és un paràsit d'helmints i artròpods, les formes adultes amb forma de cuc habiten a les cavitats respiratòries de rèptils i mamífers carnívors. L'ésser humà s'infecta per Armillifer Armillatus a l'ingerir els ous existents en aliments o begudes contamindes o al remenar o menjar-se l'hoste definitiu, la serp pitó africana. Les larves s'enquisten en diferents òrgans però no acostumen a producir gaires símptomes tret que comprimeixin estructures vitals o perforin un òrgan durant la seva migració. De vegades és necessària l'eliminació quirúrgica dels quists a mesura que augmenten de tamany, però és més freqüent trobar-los com a troballa incidental a l'autòpsia.

El nostre pacient, posteriorment a la trobada en les proves d'imatge, ens va confessar la ingesta ocasional al seu país del cap de les serps, referint ser un hàbit relativament freqüent allà.

Va ser derivat al Servei d'Infeccioses on va rebre tractament amb antihelmíntics sense milloria i donada la desaparició dels símptomes actualment es fa conducta expectant valorant la possibilitat de cirurgia si empitjorés.

Bibliografia:

Cañavate C, Cuadros J, Martínez-Ruiz R, Martín-Rabadán P. Procedimientos en Microbiología Clínica. El laboratorio de Microbiología ante las enfermedades parasitarias importadas. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2009.Bellido JB. 6.a Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Epidemiología de las Gastroenteritis Agudas Víricas, 2007.Alarcón T, Baquero M, Domingo D, López-Brea M, Royo G. Procedimientos en Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de la infección por Helicobacter pylori. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2004.

Citació

Autores: Villanueva Hernandez, Alícia; Prepelita, Nadedja.

Títol: Infestació per Armillifer Armillatus en pacient nigerià

Revista: APSalut. Volum 9. Número 1. Article 169

https://apsalut.cat/2021/02/11/infestacio-per-armillifer-armillatus-en-pacient-nigeria/

Data: 20 de febrer de 2021

Mira què m'ha sortit a la mama!

Autors: Nariman Chahboun, Violeta Uriach, Lluís Cuixart. MFiC EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Paraules clau: mama, Malaltia de Mondor, Tromboflebitis superficial

Pacient dona de 38 anys, natural de Ghana, amb hipertensió arterial tractada amb amlodipino com a únic antecedent a destacar que consulta perquè des de fa tres dies es nota una molèstia i li ha aparegut una lesió endurida i lineal a mama dreta. No ha tingut febre ni secreció per mugró. TPAL 2-0-0-2. Últim part fa dos anys, fa 6 mesos ha deixat la lactància. Últim viatge "friends and family" a Ghana fa tres mesos.

A l'exploració es palpa zona lineal endurida, lleugerament dolorosa a part lateral externa de mama dreta. No hi ha augment de temperatura ni massa palpable. Tampoc adenopaties axil·lars ni supraclaviculars.

a) Quina seria la principal orientació diagnòstica?

1. Neoplàsia mamària
2. *Larva migrans*
3. Tromboflebitis
4. Estries de mama

b) Quina actitud és millor?

1. Derivació preferent a Ginecologia
2. Ecografia mamària
3. Fer seguiment clínic en quatre setmanes
4. Tranquil·litzar el pacient i explicar que és molt comú

c) Quin seria el tractament més adequat per a la patologia que presentes?

1. Heparina de Baix Pes Molecular 1mg/kg cada 12 hores
2. Cloxacilina 500 mg cada 6 hores durant 10 dies
3. Fàrmacs antiinflamatoris no esteroïdals orals
4. Tractament quirúrgic

Respostes correctes

a3: Tromboflebitis superficial (malaltia de Mondor). Tot i que el diagnòstic diferencial s'ha d'establir amb les altres malalties citades, la velocitat d'inici i l'examen físic de la lesió ens ha de guiar a la tromboflebitis superficial.

b2: Una vegada més l'ecografia ens serà de gran ajuda. En aquest cas una ecografia mamària, una prova complementària barata, indolora i accessible a l'Atenció Primària ens orientarà a la presència de tromboflebitis superficial.

c3: Generaliment la malaltia de Mondor s'autolimita en unes sis setmanes, tot i que sovint s'aconsellen antiinflamatoris no esteroidals orals i aplicació de calor local. Només s'han d'utilitzar antibiòtics si hi ha evidència clara d'infecció.

La Malaltia de Mondor

La malaltia de Mondor és una entitat molt poc freqüent, generalment benigna i autolimitada que consisteix en una tromboflebitis superficial de les venes de la mama i les anterolaterals de la paret toracoabdominal. Les més freqüentment afectades són la toràcica lateral, la toracoepigàstrica i la vena toràcica superior. Es més freqüent en dones entre 30-60 anys. Típcament es manifesta amb dolor local d'inici sobtat seguit de l'aparició d'una estructura lineal subcutánea que correspon al vas afectat. A vegades hi ha envermelliment, edema i retracció de la pell i habitualment és unilateral.

La causa és multifactorial i pot aparèixer de manera primària o bé ser secundària a un traumatisme o compressió per la propia roba interior, infecció, procés quirúrgic o activitat física intensa. Molt rarament pot estar associat a càncer de mama subjacent. En cas de persistència passades unes setmanes cal replantejar el diagnòstic i descartar patología maligna subjacent.

El diagnòstic és clínic i l'ecografia el confirmarà. És una patología banal i autolimitada però molt interessant de conèixer a l'Atenció Primària per poder informar i tranquil·litzar a la pacient, i evitar proves diagnòstiques innecessàries i tractaments fútils.

Citació
Autores: Franquesa Novellasdemunt, Anna; Ballarín Castany, Àngels
Títol: Mira què m'ha sortit a la mama!
Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 174
https://apsalut.cat/2021/04/16/mira-que-mha-sortit-a-la-mama/
Data: 18 d'abril de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

RECERCA I CONEIXEMENT

ap

Lliurament del Premi Josep Manuel da Pena 2019 (12 de desembre de 2019)

Utilidad de una intervención mediante entrevista clínica secuencial sobre consumo de antidepresivos. Perfil de pacientes que consumen fármacos antidepresivos en un núcleo rural

Autores: Dra. Esther Navarrete Martínez i Dra. Fátima Silva Gil. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Córdoba

Resum del treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2019 – 6a edició

RESUMEN:

En este estudio se analiza el consumo de antidepresivos en los pacientes que acuden a un centro de salud rural, así como las variables relacionadas con el uso de estas sustancias. La muestra se compuso de 118 pacientes. Los resultados señalan que 9.28% de los pacientes consume antidepresivos. El consumo de estos medicamentos es significativamente superior en pacientes de edad media, en las mujeres, en las amas de casa, y en las personas con bajo nivel educativo. El trastorno ansioso depresivo es la patología más prevalente y el grupo de fármacos más consumido son los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los factores implicados en este hecho podrían ser una infrautilización de los antidepresivos (AD) clásicos relacionada con la elevada incidencia de efectos secundarios y su potencial letalidad en caso de sobredosificación; el mejor perfil de seguridad y una ampliación de las indicaciones de los AD, podría también explicar mayor prescripción de éstos. Estos resultados nos indican unas tasas de consumo elevadas y sugieren la necesidad de la puesta en marcha de estrategias que reduzcan el uso de psicofármacos en esta población, por lo que se ha realizado una intervención individualizada, donde se ha realizado ajuste de tratamiento, disminuido número de fármacos y retirado tratamiento al 44% por considerar que no están correctamente indicados.

INTRODUCCIÓN:

La depresión en el adulto es un importante problema de salud por varias razones: su prevalencia (en España se estima en un 3.9 % la prevalencia-año del episodio depresivo mayor), lo que genera una importante actividad asistencial; por la necesidad de tratamiento específico médico con una no despreciable potencialidad de provocación de efectos secundarios; por el absentismo laboral que provoca, y por las complicaciones propias de la misma, con el riesgo de suicidio como mayor exponente

El uso de los antidepresivos se ha incrementado en los últimos años en los países occidentales. En España el consumo fue similar a la media europea entre 2000 y 2007. El aumento en la prescripción de fármacos antidepresivos podría explicarse por el aumento de la incidencia de trastornos del estado de ánimo, por la mayor detección diagnóstica por parte de los médicos de atención primaria, así como por la extensión de las indicaciones terapéuticas autorizadas para estos medicamentos.

El 14,7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%. La detección se asocia positivamente con el nivel educacional, la gravedad del cuadro, el grado de incapacidad y la queja de síntomas psicológicos explícitos, mientras que el tratamiento con antidepresivos se asocia al estado civil, la gravedad de la depresión, la frecuencia de visitas al médico de cabecera y la queja de síntomas psicológicos. Así pues, un importante porcentaje de pacientes

con depresión no son conocidos y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado. Tanto las tasas de detección como las de tratamiento son mayores en las formas más graves de depresión y además, hasta un 26,5% de los pacientes diagnosticados de depresión por el médico de familia no reúnen criterios formales para este diagnóstico. Además, es conocida la variabilidad en su manejo, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento.

En los últimos años hemos presenciado la aparición de nuevos fármacos antidepresivos: los "antiguos", Inhibidores de la monoamino oxidasa, y tricíclicos, se están viendo relegados a un segundo plano, por otros, como los ISRS (Inhibidores de la recaptación de serotonina), ISRND (Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina),e ISRSN (Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) con un menor perfil de efectos adversos. Además hay que tener en cuenta que algunos de estos fármacos, por sus propiedades farmacológicas, pueden tener indicación en otros procesos patológicos.

La variabilidad en la sintomatología y las escasas pruebas complementarias que lo confirmen o rechacen, hacen del diagnóstico y abordaje una situación complicada. Es por ello, que en ocasiones, la elección de tratamiento farmacológico, sin ser errónea no es la más oportuna, y un paciente es sometido a medicación pudiendo abordarse de distinta forma. Además, no es menos importante que, los fármacos antidepresivos, interaccionan con otras familias de medicamentos, y tiene un perfil de efectos secundarios no desdeñable. Es por ello que, pretendemos revaluar a los pacientes que toman medicación antidepresiva en nuestro medio, y valorar la prescripción adecuada o no de los mismos. Por tanto, se trata de identificar situaciones clínicas en las que una prescripción si era inicialmente correcta, debido a la "inercia" ha seguido prescribiéndose, o bien, valorar la posibilidad de una prescripción primaria inadecuada, proporcionando en este caso actuaciones concretas para la retirada del medicamento, y proporcionando otras terapias.

OBJETIVOS:

Principal:

- Analizar el efecto que una intervención mediante consulta programada, y entrevista clínica secuencial, puede tener sobre el consumo de antidepresivos.

Secundarios:

- Conocer la prevalencia de consumo de antidepresivos en una población determinada.
- Describir el perfil de los pacientes que consumen antidepresivos.
- Conocer si el consumo de antidepresivos está relacionado con un trastorno afectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO:

El trabajo de investigación se estructuró en 2 fases bien definidas:

- Estudio analítico, de intervención, mediante entrevista clínica programada, estructurada en varias visitas de seguimiento, durante un periodo de 6 meses.
- Previamente se realizó un estudio descriptivo, transversal o de prevalencia, para conocer el perfil de los pacientes que consumen fármacos antidepresivos.

EMPLAZAMIENTO:

- Atención primaria. Consultorio rural

POBLACIÓN Y MUESTRA, MEDICIONES E INTERVENCIONES, ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Población: Usuarios adscritos a un consultorio rural (1271 pacientes)
- Muestra: Usuarios que tienen prescrita medicación antidepresiva en receta XXI.
- Criterios de inclusión: Pacientes de cualquier edad, sexo, raza que tienen prescrita en receta XXI medicación antidepresiva, bien desde atención primaria o especializada, pero cuyo seguimiento se realiza en atención primaria.
- Criterios de exclusión: Usuarios con prescripción antidepresiva en seguimiento por atención especializada.

INTERVENCIÓN:

Intervención en 5 fases o consultas programadas:

- Captación: Fase exploratoria: Información sobre proyecto y consentimiento informado; anamnesis psicosocial, que nos conduzcan al diagnostico (test validados en historia clínica digital – escala de Hamilton-, criterios diagnósticos CIE-10/ DSM-IV), y gradación de gravedad
- Posteriormente y de manera secuencial: 15 dias /45dias /3 meses /6 meses: Propuesta y explicación de cambios si los hubiere: apoyo verbal e información escrita: Guías de autoayuda de la web disponibles para la

ciudadanía, adherencia al tratamiento, y control de sintomatología positiva o negativa según los cambios realizados. Evaluación de bienestar subjetivo del paciente, detectando resistencias y evaluación del consumo de antidepresivos en la muestra después de 6 meses.

VARIABLES:

Variables socio-demográficas del paciente:

- Edad
- Sexo

Variables relacionadas con la enfermedad:

- Presencia o no de trastorno afectivo codificado en DIRAYA (utilizando como fuente de codificación diagnóstico CIE la “Hoja de problemas”).
- Diagnóstico en Atención Primaria, o Salud Mental.
- Uso de test diagnósticos empleados para valoración clínica y diagnóstico.
- Valoración por Salud Mental.
- Incapacidad laboral secundaria al trastorno.

Variables relacionadas con el consumo de antidepresivos:

- Monoterapia, o asociación de varios antidepresivos.
- Tiempo de consumo de antidepresivos, según prescripción en receta XXI.
- Asociación de prescripción con ansiolíticos.
- Efectos secundarios: Insomnio, incontinencia urinaria, cambios en la libido, boca seca, sudoración, hipotensión estreñimiento.

MEDICIONES:

Análisis estadístico univariado mediante frecuencia (absoluta y relativa) de las variables cualitativas; cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica) y amplitud en las cuantitativas.

Y análisis bivariado (ji-cuadrado, T-Student, ANOVA, $p<0,05$), para la comparación de variables cuantitativas. Se realizará con el paquete estadístico SPSS.

CRONOGRAMA:

	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero a Julio 2018	Agosto 2018
Revisión bibliográfica							
Preparación de los materiales para la recogida de datos							
Recogida de datos							
Análisis de los datos							
Elaboración de material para intervención							
Captación de pacientes para intervención							
INTERVENCIÓN							
Conclusiones y análisis de intervención							

RESULTADOS:

La prevalencia de consumo de fármacos antidepresivos fue de 9.28% (118 pacientes), el 78% corresponden a mujeres. La edad media de nuestros pacientes fue de 59,53 años, la mediana fue de 57,50 años; con un rango de edad de 15-93 años, y una desviación típica: 17,97 años. Por grupos de edad, el 34% correspondió a los adultos entre 46-60 años, seguido por los mayores de 75 años, con un 25%. Sólo un 5% correspondió a edades entre 14-30 años. De los 118 pacientes, un 53,4% (n=63), no presentaban diagnóstico codificado en la hoja de problemas. Del resto que sí presentaban diagnóstico: un 17,8% (n=21) trastorno ansioso-depresivo; un 11,9% (n=14) síndrome depresivo, un 0,8% (n=1), gesto parasuicida y un 16%(n=19) tenía otro tipo de diagnóstico. El 31,4% de los pacientes acudió a Salud Mental, con una media de edad de 49,78 años ($p< 0.01$),aunque 5 de ellos estaban en seguimiento por este servicio. La media de fármacos antidepresivos que tomaban los pacientes que acudieron a Salud Mental es de 1,46 en comparación con la media de 1,19 que tomaban los que no acudieron a Salud Mental ($p<0.05$). Un 2,5% (n=3) precisó baja laboral por diagnósticos relacionados con trastornos afectivos. Por grupo de fármacos, el más prescrito fue el de ISRS con un 52,5%, seguido de los IRSN (duales), con un 18.3%, y de trazodona con un 17,8%. Entre los ISRS: 22% correspondió a paroxetina, 16.1% citalopram, 10.2% fluoxetina, 7,6% escitalopram, 5,8% sertralina y 0,8% vortioxetina. El régimen en monoterapia fue el que más reflejaron nuestros datos, con un 77%, seguido del 19,5% de los pacientes que tenían prescritos 2

fármacos y un 3,4% en los que había triple terapia antidepresiva. Un 36% de los pacientes estudiados tenía prescrita medicación ansiolítica.

Ofrecemos participar en el estudio a 113 pacientes que tienen prescrita medicación antidepresiva, y no están en seguimiento por Salud Mental. De ellos, 7 rechazan participar en el estudio al no firmar el consentimiento informado, 27 no acuden a alguna de las consultas programadas, con 3 no contactamos, 4 fallecen en el periodo de intervención, 39 pacientes están bien diagnosticados y codificados, y se mantiene tratamiento. Por tanto, hacemos intervención a 34 pacientes. De ellos, el 69.7% son mujeres. La edad media es de 55 años, el rango de edad está entre 33-93 años. El 60.6% están casados. El nivel de estudios es básico en un 39.4%, seguido del 36.4% que han cursado formación profesional o similar. Un 24.2 % no tiene estudios. En cuanto a la actividad laboral, el 33% no ha realizado trabajos fuera de casa, y un 24.2% se dedican a actividades primarias. El 48.5% viven con sus pareja e hijos, seguido del 36.4% que tienen apoyo familiar. El 93.9% sabe que toma medicación antidepresiva, el 69.7% reconoce desde cuándo lo toma, y para el 60.6% tal vez haya desaparecido el acontecimiento que provocó iniciar la ingesta. El 33.3% también toman ansiolíticos. La incontinencia urinaria es el síntoma que más aparece con un 30.3%, seguido del insomnio y la ansiedad con el 27.3% cada uno. El 3% ha estado de baja por síndrome depresivo. Según la escala de Hamilton el 48.5% tiene síntomas de depresión menor, seguido del 45.5% que no tiene síntomas de depresión. El 23.52% acepta las guías de autoayuda que les proponemos. De los 34 pacientes en los que se hace intervención, a 14 (41.17%) se les retira el tratamiento, y a un paciente (2.94%) se le disminuye la posología.

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio, la prevalencia de consumo de antidepresivos es la misma que en la población general, del mismo modo la diferencia entre sexos, prevaleciendo en el sexo femenino. Hay algún estudio que revela que la prevalencia en el sexo femenino puede estar relacionada con la mayor frecuentación en los centros de salud. Llama la atención el hecho de que un 25% de los pacientes con prescripción antidepresiva son mayores de 75 años, y aún más el que haya al menos un paciente mayor de 90 años: la edad se asocia a un mayor consumo de otros medicamentos para enfermedades crónicas, y derivado de ello, mayor posibilidad de efectos secundarios. Con respecto al diagnóstico, se objetiva que más del 50% de los estudiados no tienen codificado diagnóstico que justifique el uso de estos tratamientos y de los que sí lo tienen, el trastorno ansioso-depresivo es el más común. Esto puede ser debido a la falta de registro en su historia clínica o a una prescripción inadecuada. Por tanto nos hace reflexionar sobre la importancia de realizar un correcto diagnóstico previo a la utilización de este tipo de fármacos. Los pacientes que han sido derivados a Salud Mental, son más jóvenes y toman más fármacos que a los que se hace seguimiento en Atención Primaria, aunque la diferencia no es significativa. Esto puede explicarse por

el hecho de que son pacientes con mayor gravedad o de difícil manejo en nuestro ámbito de trabajo; la gravedad podría asociarse a tratamiento combinado, y el seguimiento del mismo debe hacerse de manera especializada Aunque es una de las causas de absentismo laboral, solo el 3% cursó baja laboral por dicho motivo, resultado que se entiende por el perfil de pacientes obtenidos (la mayoría mujeres de mediana edad y que son amas de casa). El fármaco más consumido es paroxetina (ISRS), por presentar mejor perfil que antidepresivos clásicos. La mayoría en monoterapia, lo que imaginamos pueda ser por el mejor manejo entre los médicos de atención primaria. Además el 36% asocia consumo de ansiolíticos, siendo la mayoría de ellos de vida media intermedia.

Del total de los pacientes propuestos para realizar la intervención (113), sólo un 34% consideramos que estaban bien diagnosticados y tratados, por lo tanto, no son susceptibles de este estudio, aunque sí, de continuar las revisiones precisas en consulta programada o a demanda. Se pudo realizar intervención en 34 de ellos (30,08%) la mayoría mujeres. Aunque más de la mitad de los estudiados reconoce estar bien, y que podría haber desaparecido lo que motivó el cuadro depresivo y el inicio de la ingesta de medicación, y por otro lado, el grado de depresión es leve según la escala de Hamilton, es a un 44% de los pacientes a los que conseguimos reducir y retirar medicación antidepresiva.

CONCLUSIONES:

- Aunque los criterios diagnósticos de depresión están bien establecidos por la DSM-IV, es muy importante la entrevista motivacional en trastornos de la esfera psicosomática, ya que situaciones pasajeras, o ánimo triste, puede confundirse con un episodio depresivo.
- Es necesario catalogar de manera adecuada la gravedad del trastorno depresivo, pues estadios leves deben ser tratados inicialmente con psicoterapia, y guías de autoayuda, y no de manera farmacológica.
- La importancia de la valoración de estos pacientes en consulta programada, con, al menos 20 minutos puede facilitar un correcto diagnóstico, y mejorar el seguimiento.
- Existe en nuestro estudio una sobreprescripción de antidepresivos, posiblemente provocada por mal diagnóstico, y falta de seguimiento.
- Debemos ajustarnos a la evidencia y no mezclar medicamentos del mismo perfil farmacológico y si es necesario, utilizarlos el menor tiempo posible, para no aumentar el riesgo de dependencia física y psíquica.

BIBLIOGRAFÍA

– Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

– Bellón JÁ, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, King M, Nazareth I, Martín-Pérez C, Fernández-Alonso C, Rodríguez-Bayón A, Fernández A, Aiarzaguena JM, Montón-Franco C, Ibáñez-Casas I, Rodríguez-Sánchez E, Ballesta-Rodríguez MI, Serrano-Blanco A, Gómez MC, LaFuente P, Muñoz-García MD, Mínguez-Gonzalo P, Araujo L, Palao D, Bully P, Zubiaga F, Navas-Campaña D, Mendive J, Aranda-Regules JM, Rodríguez-Morejón A, Salvador-Carulla L, de Dios Luna J. Intervention to Prevent Major Depression in PrimaryCare: A Cluster Randomized Trial. Annals of Internal medicine. 2016 May; 164(10):656-665. doi:10.7326/M14-2653.

– Ochoa Prieto J, Fernández Muro M,Gutiérrez Pascual P. Entrevista clínica en salud mental para atención primaria. AMF 2015;11(5):304-310

– Guías de Autoayuda para la depresión y el trastorno de ansiedad. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto

– Boletín Terapéutico Año 2016; 31(2). Disponible en: http://dx.doi.org/10.11119/BTA2016-31-02

– Travé Rodríguez AL, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Inf Ter Sist Nac Salud. 2002;26:1-8.

– Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(2):201-10

– Escrivá R, Pérez A, Lumbreras C, Molina J, Sanz T, Corral MA. Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. Aten Primaria. 2000;25:107-10.

– Mellado Fernández ML. 6.2 Depresión. En : SEMFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición. Barcelona: Abril 2011. p.500-508

Lliurament del Premi Josep Manuel da Pena 2019 (12 de desembre de 2019)

Citació

Autores: Navarrete Martínez, Esther; Silva Gil, Fátima

Títol: Utilidad de una intervención mediante entrevista clínica secuencial sobre consumo de antidepresivos. Perfil de pacientes que consumen fármacos antidepresivos en un núcleo rural

https://apsalut.cat/2021/02/10/utilidad-de-una-intervencion-mediante-entrevista-clinica-secuencial-sobre-consumo-de-antidepresivos-perfil-de-pacientes-que-consumen-farmacos-antidepresivos-en-un-nucleo-rural/

Revista: APSalut. Volum 9. Número 1. Article 170

Data: 10 de febrer de 2021

Els gossos milloren la nostra salut

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de família EAP Sardenya i cap d'estudis UDACEBA.

A consulta hem atès més d'una vegada persones que presenten dol per la mort del seu gos. Els anomenem animals de companyia, i sabem que sempre ens fan costat.

A més de sentir-los com un membre més de la família, resulta que ens influeixen en determinats aspectes vitals. Des de fa temps s'investiga quina influència té la mascota en la nostra salut.

Conviure amb gossos s'ha associat amb una disminució del risc cardiovascular. Una sèrie d'estudis han suggerit associacions entre tenir gossos i nivells de pressió arterial més baixos, un millor perfil lipídic i una disminució de les respostes simpàtiques a l'estrès.

Els estudis sobre tenir gossos i la mortalitat (dels propietaris) fins fa poc donaven resultats contradictoris. Viure amb gos s'ha associat amb una millora de la supervivència en alguns estudis i en altres l'efecte era neutral.

En un metaanàlisi publicat el 2020 per El-Qushayri et al van aconseguir agrupar dades de més de 3.837.005 participants. Tenir gos es va associar amb una reducció del risc del 24% per a la mortalitat per totes les causes en comparació amb no tenir-ne (risc relatiu, 0,76; IC del 95%, 0,67-0,86).

En estudis que avaluaven la mortalitat cardiovascular, tenir gos va conferir una reducció del 31% del risc de mort cardiovascular (risc relatiu, 0,69; IC del 95%, 0,67-0,71; I2, 5,1%).

Així que tenir un gos s'associa amb un menor risc de mort a llarg termini, que possiblement es deu a una reducció de la mortalitat cardiovascular.

Tot i que la relació que demostren aquests estudis sembla positiva la relació causa-efecte no es pot afirmar.

I segur que tenim:

- Un augment d'exercici físic dels que tenen un animal de companyia.
- Els aspectes psicològics que també es poden veure millorats en una part de la població. Especialment la gent gran en fer-se càrrec de les seves cures, pot compensar el poc suport social o familiar.

Ja ho sabeu, tenir un ésser viu més a casa, que s'estima com un més de la família, potser ens permet viure més anys!

Bibliografia

- Kramer CK, Mehmood S, Suen RS. Dog Ownership and Survival: A Systematic Review and Meta-Analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2019 Oct;12(10):e005554. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005554. Epub 2019 Oct 8. PMID: 31592726.

- El-Qushayri AE, Kamel AMA, Faraj HA, Vuong NL, Diab OM, Istanbuly S, Elshafei TA, Makram OM, Sattar Z, Istanbuly O, Mukit SAA, Elfaituri MK, Low SK, Huy NT. Association between pet ownership and cardiovascular risks and mortality: a systematic review and meta-analysis. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2020 May;21(5):359-367. doi: 10.2459/JCM.0000000000000920. PMID: 31815850.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: Els gossos milloren la nostra salut
Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 181
https://apsalut.cat/2021/07/05/els-gossos-milloren-la-nostra-salut/
Data: 5 de juny de 2021

Protocol anàlisi descriptiva transversal de pacients amb resultat de la PCR positiva per COVID-19, diagnosticats des de maig 2020 fins a octubre de 2020

Aparició de nous problemes de salut a mitjà i llarg termini.

Autora: Prepelita Nadejda, MFiC EAP Vic (CAP El Remei)

Resum del Treball de final de residència MFiC

L'aparició d'una nova malaltia infecciosa genera una situació complexa. S'intenta caracteritzar i limitar l'entorn més reduït per evitar un impacte a nivell poblacional. En el cas de la infecció per la nova variant de coronavirus SARS-CoV-2, no ha estat possible per la seva alta contagiositat portant el món a una situació de pandèmia que dura des del març del 2020. Davant d'aquesta situació pandèmica l'Atenció Primària,

gràcies a ser el primer esglaó en l'atenció a la població, ha tingut i està tenint un paper clau en la identificació primerenca dels casos i contactes en l'àmbit comunitari, així com en el seguiment i l'acompanyament dels pacients i els seus contactes al domicili, amb l'objectiu d'intentar disminuir la transmissibilitat de la infecció així com la detecció primerenca dels casos que necessiten una atenció hospitalària, per evitar el col·lapse a les àrees d'urgències i hospitalització. La manca d'articles originals i els estudis sobre el maneig d'aquesta infecció des d'Atenció Primària m'ha animat a iniciar un estudi descriptiu transversal que té com a objectiu conèixer el perfil d'afectació que han presentat els pacients diagnosticats d'infecció per SARS-CoV-2 amb resultat de PCR positiva a un Centre d'Atenció Primària, a nivell de determinades variables clíniques estratificades per grups d'edat.

Seleccionem una mostra d'edat compresa entre 16-95 anys que han estat diagnosticats a través de detecció per PCR o per test d'antigen davant SARS-CoV-2 positiu, entre el mes de maig i octubre de 2020 a l'Àrea Bàsica de Salut Remei -Vic Sud. Aquesta àrea bàsica es troba localitzada en un entorn semi-rural amb un alt percentatge d'immigració (un 40%). El propòsit de l'estudi és analitzar les històries clíniques dels pacients que han estat seleccionats en aquesta mostra, excloent-ne els pacients que han mort, les gestants, pacients amb malaltia oncològica amb un pronòstic vital inferior a 6 mesos, i pacients amb fragilitat avançada amb un índex de Barthel inferior a 30/100.

En aquesta mostra s'han obtingut una n=968 casos.

L'objectiu principal de l'estudi és determinar si la infecció pel virus SARS-CoV2 genera nous problemes de salut. Com a objectiu secundari és comparar els problemes de salut de la mostra abans i després de la infecció pel virus SARS-CoV2. Segons les variables secundàries seleccionades:

Es proposa analitzar el nombre de consultes per problemes respiratòris dels pacients abans de la infecció per SARS-CoV-2, i després de la infecció en els 6 mesos següents.

Analitzar el nombre de consultes per problemes cardiovasculars abans de passar la infecció i després en els 6 mesos previs i següents, en aquest compartiment es mira el codi diagnòstic de IAM i arítmies.

Una altra variable és la patologia al llit vascular si existia DG previ o Aparicio després de ser infectat per SARS-CoV-2.

Variable relacionada amb DM, comparar hemoglobina glicozilada els 6 mesos previs a la infecció i els 6 mesos següents de la infecció, comparar valor mitjà.

Els pacients estratificats pels grups dedat.

Un altre grup de variable que proposo analitzar és el procés de recuperació i analitzar totes les ILT que s'han sol·licitat després de passar per la infecció de SARS-CoV-2 en els següents 6 mesos, en la població laboralment activa.

A la població geriàtrica comparar IB prèviament de ser diagnosticat per SARS-CoV-2 i al cap de 6 mesos d'haver passat la infecció.

La possibilitat i l'aplicabilitat que ofereix l'estudi és el perfil de l'afectació per COVID-19 a la població de la nostra àrea bàsica, amb una gran transcendència en el coneixement de la malaltia i la repercussió en la planificació sanitària davant la possibilitat d'un rebrot.

Citació

Autora: Nadejda, Prepelita

Títol: Protocol anàlisi descriptiva transversal de pacients amb resultat de la PCR positiva per COVID-19, diagnosticats des de maig 2020 fins a octubre de 2020

Revista: APSalut. Volum 9. Número 4. Article 186

https://apsalut.cat/2021/11/04/protocolo-analisis-descriptivo-transversal-de-los-pacientes-con-resultado-de-la-pcr-positiva-para-covid-19-diagnosticados-desde-mayo-2020-hasta-octubre-2020/

Data: 28 d'octubre de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

DOCÈNCIA

ap

EAP SARRIÀ-VALLPLASA. Ens estrenem com a centre formador de residents en Medicina Familiar i Comunitària

Autor: Dr. Xavier Segura Granados. Metge de Família i Responsable de Formació de l'EAP Sarrià-Vallplasa

La veritat és que ens fa molt feliços escriure aquest article. Fa ja un temps que ens hem integrat plenament a la Unitat Docent d'ACEBA (UDACEBA) i això ens ha portat a una fita que ens feia una grandíssima il·lusió: poder ajudar a la formació de Residents de la nostra estimada especialitat, la Medicina Familiar i Comunitària.

L'EAP Sarrià–Vallplasa som un centre que compren tres territoris molt diferents. D'una banda, el CAP de Sarrià situat al carrer Via Augusta 366 (just per sobre del passeig de la Bonanova), és un centre amb un clar caràcter urbà i d´altra banda, els CAPs de Vallvidrera i Les Planes, dos centre d'àmbit molt més rural.

El nostre dia a dia gira entorn als nostres pacients, ens agrada que se sentin cuidats i proporcionar-los una **atenció integral i complerta**, tant en la vessant sanitària com en la social, però sobretot en la personal.

El nostre funcionament es basa en la idea de que **el treball en Equip és la clau** per donar la millor resposta a totes aquelles qüestions i problemes que preocupen i ocupen als nostres pacients. Som un equip que combina experiència i joventut, però sobretot il·lusió i passió per la feina ben feta i això només s'aconsegueix amb la força d'un gran equip.

Actualment al nostre CAP hi treballen metges de família, pediatres, infermeres, TCAIs, Administratius (que formen la Unitat d'Atenció al Ciutadà), treballadores socials, gestors Covid, gestores d'escoles, informàtics, odontòlegs, fisioterapeutes, un podòleg, tècnics de manteniment, vigilants de seguretat i personal de neteja.

Entrem una mica en les tasques que portant a terme els nostres estaments.

MEDICINA DE FAMÍLIA: Som els metges especialistes en la promoció de la salut i el coneixement, prevenció i cura de la malaltia, al llarg de tota la vida del ciutadà, en l'àmbit de l'Atenció Primària. Treballem formant un equip multidisciplinari juntament amb tots els professionals del CAP, tant al centre com al domicili i tenim cura de tots els aspectes bio-psicosocials que afecten a les persones i el seu entorn familiar, el qual també és objecte de la nostra atenció.

INFERMERIA: La seva activitat es basa en el control i educació en patologia crònica, revisions de pediatria, tècniques, cures de ferides agudes i cròniques, atenció domiciliària, atenció comunitària (inclou activitats com el Grup de Deshabituació del tabac, Benvingut Nadó, Grup d'atenció al Dol, Salut i Escola, Treball amb pacient expert, Grup de suport als cuidadors i altres projectes puntuals), col·laboració en la gestió de residències (amb elaboració de circuits i formació dels treballadors de les mateixes, gestió de casos, gestió infermera de la demanda, atenció domiciliària, participació en el circuit pre-alt de centres hospitalaris, coordinació de vacunació escolar, coordinació i gestió de casos COVID (test, laboratori, atenció pacients, escoles). També disposem d'Unitat de Diabetis i una Unitat vascular.

UAC (Unitat d'Atenció al Ciutadà): Aquesta unitat és un equip que s'encarrega de facilitar l'accés als ciutadans als nostres centres, tot informant, tramitant, i gestionant les seves demandes i les derivades de les gestions mèdiques i/o d'infermeria del CAP. Porten a terme una atenció integral de gestions personals, telefòniques i escrites vinculades en l'àmbit administratiu de l'Atenció Primària.

TREBALL SOCIAL: Al CAP Sarrià donem molta importància a la salut comunitària, som conscients de la repercussió que té la comunitat en la salut dels nostres pacients. En aquest punt, el treball social sanitari és una peça clau ja que fa de nexe amb els diferents agents que formen part de la comunitat. Des del centre som part activa en

diferents projectes comunitaris entre els que destaquen: RADARS, Circuït contra la violència masclista de Sarrià-Sant Gervasi, Xarxa d'atenció a la infància i l'adolescència de Sarrià-Sant Gervasi, Intervencions comunitàries al territori de Les Planes (bancs del temps, intervenció sòcio-educativa, Casal comunitari Sarrià, Casal comunitari Vallvidrera Tibidabo i Les Planes, Taula d´intervenció comunitària de Salut mental de Sarrià-Sant Gervasi, Fem Salut al Barri (UDACEBA) i Taula de dones de Sarrià-Sant Gervasi entre d'altres.

Destaquem...

A part de les tasques habituals que duem a terme als nostres Centres d'Atenció Primària hi han altres camps que considerem molt importants:

- **Formació**: La formació contínua és clau i és per això que pràcticament a diari fem sessions de formació, actualització, coordinació per estar al dia i treballar en conjunt. També ens agrada que el nostre personal tingui accés a formació externa de qualitat i que ens aporti valor. Però no només la formació continua del nostre personal sinó que també portem anys formant estudiants de Medicina i d'Infermeria de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Cal destacar que ja fa més de 4 anys que fem formació de pre-grau amb estudiants de 5è i 6è curs de Medicina de la UIC així com formació post-grau amb rotació rural als nostres centres de Vallvidrera i Les Planes.

- **Salut Comunitària**: Ja fa un temps ens hem involucrat de manera clara i intensa en l'atenció a la nostra comunitat. Creiem que és un pilar cabdal en la Salut de la nostra població. Hem elaborat un complert Diagnòstic de salut de la nostra comunitat i estem participant activament amb els agents i grups d´interès de la comunitat per portar a terme una estratègia global que ajudi a la nostra població en els aspectes en què hi hagi més necessitat. El 2020 vam tancar el Diagnòstic de Salut Comunitària de Sarrià i Les Tres Torres i el Diagnòstic de Salut Comunitària de Vallvidrera, Tibidabo i Les Planes. L'any 2021 tenim previst realitzar la priorització de les diferents problemàtiques existents fent participar a tota la comunitat. És en aquest moment on podrem començar a dissenyar nous projectes i activitats amb els diferents agents del barri per tal de pal·liar la problemàtica que realment preocupa als nostres ciutadans.
- **ATDOM**: Disposem d'un equip especialitzat en Atenció Domiciliària al pacient més patològic i complex així com al pacient amb pronòstic més greu i desfavorable perquè se senti cuidat i acompanyat en les seves malalties.
- **Residències**: La nostra àrea d´atenció és una zona amb un número de residències molt important, amb molts pacients ingressats i personal que hi treballa. Això ens va portar ja fa 20 anys a muntar un equip especialista en residènci,s que treballi coordinadament amb les mateixes i cobreixi tant les seves necessitats sanitàries com de tràmits administratius o de material sanitari.
- **Escoles**: El nostre centre també dona servei a un alt número d'escoles. L'atenció a les mateixes és també un tema molt significatiu per nosaltres. Es tracta d´escoles grans amb molts alumnes. Participem activament en el programa Salut i Escola i recentment amb tota la situació que hem viscut la nostra relació s'ha fet molt estreta i de molta confiança. Això ens obre moltes oportunitats per col·laborar plegats, tant amb el seguiment de la feina ja començada com en la cerca de noves fórmules per donar ajuda i formació a la nostra població més jove.

És per tot això que us convidem a conèixer el nostre centre i el nostre equip, i a viure la vostra Residència en Medicina familiar i Comunitària amb nosaltres. Treballareu i gaudireu del dia a dia i de la il·lusió per una especialitat que ho té tot per viure la medicina amb passió i dedicació per les persones.

Citació
Autor: Segura Granados, Xavier
Títol: EAP SARRIÀ-VALLPLASA. Ens estrenem com a centre formador de residents en Medicina Familiar i Comunitària
Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 176
https://apsalut.cat/2021/04/15/eap-sarria-vallplasa-ens-estrenem-com-a-centre-formador-de-residents-en-medicina-familiar-i-comunitaria/
Data: 21 d'abril de 2021

AP VALLCARCA SANT-GERVASI. La il·lusió de ser un centre docent

Autora: Dra. Nieves Barragán Brun. Metgessa de família i responsable de docència Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi.

A l'Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi ens estrenem com a centre docent de residents de Medicina de Família l'estiu del 2021.

Ens fa molta il·lusió encetar aquesta nova etapa i reactivar així la gran activitat formativa que sempre ha caracteritzat el nostre centre. La pandèmia ens va obligar a posar pràcticament en pausa la formació i tenim moltes ganes de reprendre-la.

Per engrescar-vos a compartir aquesta aventura amb nosaltres, us expliquem quin són els nostres **punts forts**:

- **Passió per la docència**. Ens agrada i tenim molta experiència en el pregrau. Portem 15 anys formant estudiants de pregrau procedents de la UAB i l'Hospital Vall d'Hebron. Tots els anys les places d'estudiants a Vallcarca-Sant Gervasi s'agafen les primeres. Hem desitjat molt tenir residents i finalment serà una realitat. Entenem la docència de forma molt activa i com un *win-win*, ja que els nous metges aportaran energia nova a l'equip que ja té un tarannà molt proactiu.
- **Treball en equip**. Tot i que cada resident només pot tenir un tutor el nostres residents podran optar per rotar dintre del propi equip per tal que l'experiència sigui més enriquidora.
- **Equip heterogeni**. A Vallcarca-Sant Gervasi hi ha professionals sèniors i joves, cosa que dona una visió molt competitiva a l'equip. També hi ha interessos científics que es complementen. Alguns membres de l'equip formen part del grups de treball de la nostra societat científica, la semFYC-CAMFiC i fins i tot de la junta directiva, el que significa el gran interès per una especialitat forta i creixent.
- **Preparació**. Tenim molt definida la formació en la carrera professional del nostre equip. Això es reflecteix en la quantitat de publicacions i presentacions a congressos que fem tots (medicina, infermeria, fins i tot auxiliars i UAU).
- **Gran capacitat resolutiva**. Fem cirurgia menor, crioteràpia, ens estem formant en ecografia amb un nou ecògraf que ja tenim. Cada professional de medicina s'especialitza per interès personal en un grup de patologies (insuficiència cardíaca, trauma…) i està a la disposició de l'equip.
- **Altres tècniques** com la retinografia no midriàtica (fons d'ull), audiometries o espirometries es realitzen al CAP.
- L'**equip d'infermeria** és autònom a la vegada que interdependent amb medicina en pro del pacient. La formació és un eix fonamental en el seu dia a dia i també per la seva carrera professional. Algunes de les nostres infermeres també són docents a la universitat.

Quins trets diferenciadors té l'equip de Vallcarca-Sant Gervasi?

El nostre equip es caracteritza per uns objectius comuns ben definits, basats en una vocació d'atenció primària molt clara, d'atendre al màxim les necessitats de la població. Treballem sinèrgicament, no sumant, sinó multiplicant, perquè on no arriba un, arriba l'altre. Es pot comptar amb els companys, també amb els d'altres estaments… Això fa que tinguem un equip consolidat, que s'ha anat ampliant amb nous professionals joves.

Creiem en un model de **millora contínua real i participativa**. Fomentem la participació del personal en la presa de decisions mitjançant les comissions de treball, que potencien la creativitat i les iniciatives de l'equip.

Apostem pel treball en unitats bàsiques assistencials. Les persones usuàries no només tenen com a referent un professional de medicina i d'infermeria, sinó també de la unitat d'atenció a l'usuari.

La unitat de gestió de la complexitat és un altre dels nostres trets característics. Funciona des dels inicis del centre, fa 18 anys, i s'ha anat perfilant durant aquest temps. Ens dona un suport tant presencial, com de coneixements, perquè s'han especialitzat en l'atenció domiciliària. Coneixen perfectament els circuits de derivació i ens ajuden quan tenim alguna dificultat. Agiliten molt en fer d'enllaç amb els altres centres. On no arriba el referent de medicina o infermeria, arriba la unitat.

A més, la distribució territorial que tenim facilita molt l'atenció domiciliària i el control de crònics. Tenim uns contingents estandarditzats que hem anat polint durant aquests anys, per tal d'aconseguir unes càrregues de treball similars.

En quant als nostres punts febles, cal dir que al ser el primer any, només hi haurà una persona resident. Per compensar-ho, hi haurà estudiants que aniran rotant i a més a més, hi ha professionals de medicina i infermeria joves amb l'especialitat recentment acabada.

Un altre "punt feble" és que aquí es treballa molt, però treballem amb il·lusió. Intentem ser molt eficients amb el temps i alhora oferir una atenció de molta qualitat.

La bona notícia és que et podràs formar a un dels equips millor valorats per les persones usuàries de Barcelona, ja que les enquestes de satisfacció que realitza el CatSalut a la població (enquestes Plaensa) ens situen entre els millors centres d'atenció primària de la ciutat.

Citació
Autora: Barragán Brun, Nieves
Títol: La il·lusió de ser un centre docent
Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 182
https://apsalut.cat/2021/07/01/la-illusio-de-ser-un-centre-docent/
Data: 27 de juny de 2021

EBA CENTELLES. Vocació i passió per la docència

Autors: Dr. Xavier Farrés Fabré, responsable de formació i docència. Gemma Sayós Freixer, infermera. Sara Esteve Lucena, infermera, Lucía Mucientes, infermera resident. EAP Osona Sud-Alt Congost (EBA Centelles)

Amb una llarga trajectòria en la formació de professionals de la salut, tant de pregrau com de postgrau, aquest any la nostra àrea bàsica de salut fa un pas més al ser reconeguda com a centre acreditat per a la formació de MIR i IIR. Era una aspiració i un repte que afrontem amb tot un equip il·lusionat i motivat. Apostem per un aprenentatge integral ajudant al seu creixement tant en habilitats sanitàries com en habilitats humanístiques. Tenim reconegudes places per a formació de metges i d'infermeres que fan la seva especialitat en atenció familiar i comunitària des del seu primer any.

Comptem amb tres centres, el CAP Centelles, el CAP Balenyà i el Consultori de Sant Martí de Centelles amb uns 13.500 usuaris que ens confien l'atenció de la seva salut. Disposem de les unitats de Medicina de Família, Infermeria, Pediatria, Atenció a la Dona, Odontologia i Atenció a l'usuari i a la Comunitat.

En l'àmbit de la docència i formació tenim convenis amb la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya acollint estudiants d'Infermeria i de Medicina en les seves estades de pràctiques reglades que els corresponen realitzar a l'atenció primària. D'altra banda, al CAP de Balenyà i al Consultori de St. Martí de Centelles des de fa anys participem en la formació dels Metges i Metgesses Interns Residents que ens escullen per fer el seu període de rotació rural, i als qui des del primer moment incorporem com un membre més de l'equip en tots els aspectes.

El treball amb la comunitat és també un altre eix estratègic. La relació amb l'administració local és una constant i ens permet avançar junts en nous projectes. Tenim cura de dues residències de gent gran, la Residència Sant Gabriel a Centelles i la Residència Casal Oller a Balenyà amb les que, colze a colze, atenem les necessitats d'aquest col·lectiu.

Les activitats en salut comunitària són un altre dels nostres objectius engrescadors, encara que en la situació actual de pandèmia s'han hagut de redimensionar. La proximitat amb les entitats i els Ajuntaments és un valor diferencial, identitari i facilitador.

I un dels grans valors afegits del nostre equip és l'Àrea de recerca i estudis clínics. Podem presumir de ser una de les àrees bàsiques de salut més ben posicionades i reconegudes en el rànquing de la recerca en atenció primària, pel gran nombre d'estudis clínics que es realitzen i per la seva qualitat i rigor.

És en definitiva un lloc per a formar-se i créixer com a professionals i com a persones, de la mà d'un equip de tutors i col·laboradors, que acompanyem en l'atenció sanitària familiar i comunitària, en la recerca i en el compromís i implicació amb la comunitat.

I ens estrenem aquest any amb una Infermera Interna Resident, la Lucía, que ja ho viu en primera persona i així ho expressa:

"Soy Lucía, natural de Palencia, provincia de Castilla y León. Allí terminé el Grado de Enfermería en el 2018 y desde entonces, mi objetivo principal ha sido acceder a una de las plazas ofertadas como enfermera especialista. Tras varios años de esfuerzo por combinar el estudio junto con el trabajo, puedo decir que comienzan mis dos años como residente en la UDACEBA, concretamente en la que unos meses más tarde, es mi segunda casa: el Centre d'Atenció Primària Balenyà.
En este pequeño centro de la comarca de Osona formado por personas de gran calidad humana y profesional, cada día es una gran oportunidad para aprender, disfrutar,

conocer, trabajar, formarme y empaparme de muchos conomientos y vivencias como enfermera especialista de familia y comunitaria.
Afronto este recorrido con muchas ganas e ilusión por aprender de todo el equipo de profesionales que me rodean, sus formas de trabajo, aportar y sumar en todo lo posible y en definitiva, crecer tanto a nivel profesional como personal.
¡Muchas gracias por todo!"

I qui també comparteixen la seves primeres sensacions són les infermeres del CAP de Balenyà, que s'estrenen com a tutores.

"Aquest any, el mes de juliol (data no molt habitual arran de la pandèmia) hem rebut amb gran il·lusió la nostra primera IIR, tenim amb nosaltres una R1 d'Infermeria Familiar i Comunitària!
Tenim ganes d'aprendre d'ella, ganes d'ensenyar, ganes d'evolucionar com a professionals i de fer-la partícip en totes les tasques en les que estem implicades a la nostra comunitat.
Per a nosaltres és un nou repte. Un gran repte que entomem amb molta emoció i amb energia.
Des de fa molts anys col·laborem com a tutores d'estudiants de 3r i de 4r d'infermeria amb la UVic, som docents, però la nostra visió de viure l'experiència de cada nou alumne com si fos única, amb moments d'aprenentatge però també de convivència, ens enriqueixen i dona sentit a la nostre tutorització. També hem tingut entre nosaltres els R1 de IIR de la nostra unitat docent UDACEBA, en la seva rotació rural, que sens dubte ens ha motivat encara més les ganes d'acreditar-nos i poder formar part de la docència en la nostra professió.
Estem en una zona rural, on tenim un paper important i essencial en la prevenció i cura de la salut de la nostra població, treballem conjuntament amb i per la comunitat, la bona comunicació amb les diferents entitats i amb la mateixa població ens fa molt propers".

Ciència i essència és el nostre valor afegit.

Comencem!!

Citació
Autors: Farrés Fabré, Xavier; Sayós Freixer, Gemma; Esteve Lucena, Sara; Mucientes, Lucía.
Títol: EBA Centelles: Vocació i passió per la docència
Revista: APSalut. Volum 9. Número 4. Article 187
https://apsalut.cat/2021/11/05/eba-centelles-vocacio-i-passio-per-la-docencia/
Data: 15 d'octubre de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

GESTIÓ I QUALITAT

ap

Gestió Infermera Demanda Complexa (GIDC). VIRTUAL WARDs, podem fer un ingrés a l'atenció primària?

Autors: Òscar Garcia, Miquel Álvarez, Alba Brugués, Antoni Peris. Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP)

El terme *Virtual Ward* neix al sud de Londres al Croydon Primay Care Trust, com a eina destinada al suport comunitari a les persones amb necessitats clíniques i socials complexes. L'any 2007 va guanyar a la categoria de transformació dels Public Service Awards de The Guardian. L'objectiu final era reduir l'ús de l'atenció secundària (hospital aguts) a partir del maneig multidisciplinari i la coordinació entre nivells.

Des de CASAP, tant de l'**Equip d'Atenció Primària (EAP) Can Bou** com del **Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) Castelldefels**, hem traslladat aquesta idea al nostre entorn amb dos premisses diferencials d'altres unitats d'atenció domiciliària. Per una banda, l'equip referencial d'aquests pacients continua sent el

seu equip d'atenció primària, i els referents d'aquest virtual Ward són infermeres de salut familiar i comunitària.

Aquest ús de recursos assistencials envers el pacient i la figura de la infermera en la gestió de les descompensacions, permet una millor resolució de la situació del pacient, tant pel que fa a la patologia que desencadena la descompensació (insuficiència cardíaca, MPOC, infecció SARS-COV-2, etc), com el pla de cures o la valoració social.

El rol competencial de l'Infermer especialista en Familiar i Comunitària, amb una visió holística en un equip multidisciplinari amb administratius sanitaris, treballadors socials i metges de família, permet un abordatge profund i eficaç en casos de gran complexitat, amb l'objectiu final de millora de la qualitat de vida del pacient.

Un exemple pràctic i habitual és la gestió que fem de les persones amb insuficiència cardíaca, on utilitzant diferents estratificacions de grau de malaltia, adaptem el pla de cures i resolució de descompensació amb els diferents recursos que tenim. En aquest punt, el fet diferencial de disposar d'un dispositiu assistencial com el Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) ens permet fer estudis complementaris tant diagnòstics (Rx tòrax, Ecografia, analítiques, etc…) com terapèutics (titulació de diürètics).

En alguns casos, on existeix una situació de cronicitat avançada, i hem d'adaptat l'esforç terapèutic, disposem de material per optimitzar el tractament farmacològic (diürètics via subcutània o endovenosa).

Com sabem, aquest grup de pacients amb IC, requereix un control estricte, sobretot després d'un ingrés hospitalari per l'alt risc de reingrés, de manera que participem de forma activa en el projecte de seguiment estructurat d'IC on setmanalment fem coordinació amb l'Hospital de Viladecans per compartir dubtes o situacions en relació amb els pacients tan ingressats a l'hospital com a la planta d'ingrés comunitari.

Com assistencials, considerem que tenir un equip propi (evitant creació d'equips externs que prestin atenció parcial en paral·lel) ens ofereix l'oportunitat de garantir la longitudinalitat amb el pacient i, fins i tot, ampliar l'abordatge que li podem oferir. És un factor diferencial i òptim en la cura del pacient amb problemes de salut crònics complexes i ha d'esdevenir el veritable futur de l'Atenció Primària.

Citació

Autors: Garcia, Oscar; Alvarez, Miquel; Brugués, Alba; Peris, Antoni

Títol: Gestió Infermera Demanda Complexa (GIDC). VIRTUAL WARDs, podem fer un ingrés a l'atenció primària?

Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 177

https://apsalut.cat/2021/04/14/gestio-infermera-demanda-complexa-gidc-virtual-wards-podem-fer-un-ingres-a-latencio-primaria/

Data: 22 d'abril de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

ÈTICA I HUMANITATS

ap

Sostenibilitat del sistema alimentari mundial

Autora: Anna Bartés Tubau. Infermera EAP Vic (CAP El Remei).

La pandèmia de la COVID-19 és i serà un gran repte per a la sostenibilitat del sistema alimentari mundial. Aquesta pandèmia no només impacta la salut de les persones, sinó que, a conseqüència de les accions dutes a terme per mitigar el virus, té un alt impacte cultural, socioeconòmic i mediambiental.

Podem dir que ens trobem davant d'un desastre natural mundial d'impacte sobtat? De la pandèmia se'n deriven pèrdues humanes, saturació dels serveis sanitaris, canvis a l'entorn mediambiental i pèrdues econòmiques.

La globalització ha estat el factor més important en l'expansió de la malaltia, la mobilitat de les persones pel globus terraqüi ha importat el virus i les noves variants.

Aquesta globalització també ha impactat a nivell econòmic la sostenibilitat del sistema alimentari. La por de contagiar-se ha augmentat la compra en línia mitjançant les grans distribuïdores, a Espanya durant el 2020 van augmentar un 23% segons dades del CIS. L'objectiu d'aquestes plataformes no és buscar la sobirania alimentària

ni la resiliència del sistema alimentari. Per tant, aquest canvi no ajuda gens a la sostenibilitat del sistema alimentari.

Però també en podem treure aspectes positius, com que les persones han tornat a fer compres a petites botigues de productes locals. Un estudi del Centre de Recerca en Economia i Desenvolupament Agroalimentari de la UPC ha evidenciat que entre la població catalana hi ha hagut una disminució del 5% als hipermercats i supermercats i un augment del 4,8% a les botigues d'aliments de barri.

A nivell socioeconòmic la pandèmia ha tingut com a conseqüència que algunes famílies se n'hagin anat de les grans ciutats per viure a ciutats més petites o pobles a la recerca moltes vegades de la seguretat alimentària i nutricional per a la unitat familiar. La sobirania alimentària podria reforçar aquest moviment i estabilitzar-lo.

Els hàbits alimentaris han estat modificats pel confinament i la disminució del poder adquisitiu de la unitat familiar. Per a alguns privilegiats ha estat una oportunitat per adquirir hàbits més saludables: més temps per fer exercici, menjar a casa i així evitar el contacte amb ambients obesogènics. Però per a la majoria de la població ha estat una reculada: sedentarisme, violència intrafamiliar, menor accés a aliments saludables i a l'alimentació escolar (1). Durant i després dels confinaments s'ha evidenciat un augment de la inactivitat física entre els joves i el consum d'ultraprocessats (2). El seguiment d'una dieta saludable i sostenible com la mediterrània no s'aconsegueix la majoria de vegades. Per tant, podem parlar d'una inseguretat alimentària. El resultat pot ser una desnutrició, però també una obesitat que és un factor de risc a la mala progressió de la malaltia per coronavirus (1).

Aquesta inseguretat ha augmentat en països d'ingressos alts, ja que a l'inici de la pandèmia es produeix una interrupció breu de la cadena de subministrament. L'administració feia una crida a la compra responsable i es va donant un augment de la demanda als bancs d'aliments. Els aliments distribuïts en aquests llocs sovint no compleixen l'etiqueta de saludables. D'una banda, identifiquem aquest dèficit i per altra banda es continuen desaprofitant aliments. Seguirem actuant així.

Si els països anomenats desenvolupats la seva població té més inseguretat alimentària i nutricional, podran continuar donant assistència sanitària en forma de distribució d'aliments a altres països?

La sostenibilitat del sistema alimentari tampoc no la trobarem si les directrius mundials a nivell cultural no van dirigides a una igualtat de gènere. És ben sabut la desigualtat que reben les dones i nenes al món en l'accés a l'alimentació i la tinença de terres. Aquestes són les garants de la seguretat alimentària a la família i moltes vegades les productores dels aliments. La desigualtat de gènere contribueix a la insostenibilitat del sistema alimentari actual.

Segons es coneix, els hàbits alimentaris impacten en el medi ambient. Els estudis científics que es van realitzar amb l'aparició de la síndrome respiratòria aguda greu relacionaven la desforestació d'Àsia i Àfrica (a conseqüència de l'agroindústria alimentària i forestal) amb què els animals havien de viure en llocs més petits i més a prop dels humans. Aquest fenomen va ser el que va propiciar la mutació del virus i la contaminació als humans (3). Podem dir que hem tornat a entrebancar-nos amb la mateixa pedra. Ja anem tard a buscar l'eficiència i la protecció dels recursos naturals del planeta. Els governs han d'actuar ja.

Per tot això, el sistema alimentari actual no és sostenible. Ara és el moment d'aprofitar el que molts anomenen "nova normalitat" per fer accions i aconseguir un sistema alimentari mundial sostenible. Per començar a treballar podríem escollir els factors que s'han identificat com els que més contribueixen a la insostenibilitat del sistema alimentari. Aquests estan directament relacionats amb la transició demogràfica a escala global com són la urbanització, el creixement de la població i els canvis en l'estil de vida (4).

Bibliografia

1. Rodríguez L. Evitemos la inseguridad alimentaria en tiempos de COVID-19 en Chile. Rev CHil Nutr. 2020;47(3):347-49.
2. Ruíz-Roso MB, de Carbalho P, Matilla-Escalante DC, Brun P, Ulloa N, Acevedo-Correa D. Changes of Physical Activity and Ultra-Processed Food Consumption in Adolescents from Different Countries during Covid-19 Pandemic: Observational Study. Nutrients. 2020;12(8):2289.

3. Conde-Blanco EA. El sistema alimentario y el Covid-19: La necesidad de prevenir otras pandemias. J Selva Andina Biosph. 2020;8(1):64-6.
4. Béné C, Fanzo J, Prager SD, Achicanoy HA. Mapes BR, Alvarez P, et al. Global drivers of food system (un)sustainability: A multicountry correlation analysis. PloS one. 2020;15(4).

Citació
Autora: Tubau Bartés, Anna
Títol: Sostenibilitat del sistema alimentari mundial
Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 183
https://apsalut.cat/2021/06/30/sostenibilidad-del-sistema-alimentario-mundial/
Data: 15 de juny de 2021

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2021

ENTREVISTES

LA desCOBERTA

ap

LA desCOBERTA. Entrevista a Mariona Alarcón

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut.

"Volia ajudar a trencar el cercle viciós d'un país amb molta pobresa i participar en un projecte on em sentís que realment estàs fent una tasca útil formant a la gent local, generant llocs de treball i empoderant a les persones"

Oberta al món, exploradora, amb ànsies de viure i conèixer. Nascuda a Girona, la Mariona Alarcón va optar per desenvolupar la seva carrera professional a Barcelona. Va començar fisioteràpia però passat el primer curs es va passar a Medicina, sempre acompanyada del teatre, la seva vàlvula artística.

Va formar-se al Clínic. Fer la rotació de MFiC li va despertar la motivació cap a la vessant comunitària, impulsada també pel director del grup de teatre de la Facultat de Medicina i metge de família. Va fer la residència al CAP Sagrada Família on encara avui hi treballa, com a metgessa de família adjunta.

Coneixem la seva darrera experiència a la Índia poc abans de l'inici de la pandèmia de la COVID-19. Un voluntariat de dos mesos amb la Fundació Vicente Ferrer a les urgències d'un gran hospital.

El teu pas com a MIR.

Vaig fer la residència a UDACEBA, encantadíssima, i vaig descobrir la medicina de família. Actualment és una mica diferent de la que fèiem fins ara… M'agrada molt viatjar i conèixer noves cultures, i vaig fer dues estades fora. Una amb el programa Hippokrates a una zona rural d'Escòcia. I la rotació externa la vaig fer a Argentina, també a una zona rural de baix nivell socioeconòmic.

D'on sorgeix la idea d'anar a la Índia?

Sempre havia tingut el cuquet de marxar a fer un voluntariat fora de la comoditat de treballar aquí. Acabada la residència vaig pensar que era un bon moment, em sentia preparada i a nivell professional podia aportar. La meva experiència ha estat intensa. Volia participar en algun projecte i el de la Fundació Vicente Ferrer pensava que podia encaixar, perquè era un lloc on vas a col·laborar, on hi ha necessitat però no és una emergència.

Fotografia cedida per la Fundació Vicenç Ferrer

Un gir inesperat en la teva cooperació a Kalyandurg (Andhra Pradesh).

Inicialment, havia de participar en un projecte de diabetis, similar a una consulta externa i amb enfoc de medicina familiar i comunitària. Però a l'arribar allà, em van demanar de treballar a urgències de l'hospital perquè era on tenien major necessitat. Va ser un canvi radical… a mi les urgències no m'apassionen, em generen certa inseguretat. Vaig veure patologia a la que no estava acostumada però t'has d'adaptar a les necessitats perquè al cap i a la fi, vas a prestar els teus coneixement i a col·laborar per intentar ser útil. També vaig tenir ocasió de fer formació a infermeria sobre peu diabètic. I quan podia aportava coneixements de medicina de família, tant a infermeria com a medicina.

Recolzament de la Fundació i guiatge als cooperants.

A la Fundació estàs bastant entre coixins perquè donen allotjament, alimentació i acompanyament als voluntaris i cooperants. Durant el meu dia a dia estava sobretot amb personal d'infermeria, la majoria parlaven anglès i m'hi vaig entendre molt bé. Em traduïen el que em deien els pacients perquè allà parlen telugu. Vaig aprendre a dir algunes paraules com dolor, mal de cap, mal de panxa… Tenia de referent la coordinadora de voluntaris de medicina i ens veiem un cop per setmana. Amb dos dels metges amb qui vaig treballar, la relació va ser una mica tensa perquè crec que el fet de ser una dona estrangera, amb més coneixements que ells, no ho acceptaven bé i no vaig rebre gaire ajuda per part seva… temes culturals.

… Un viatge intern per la Mariona?

Si, sobretot amb com he vist com es tracta la dona a l'Índia. És un xoc important. A l'hospital mateix hi ha bastanta jerarquia i els mateixos metges tracten en força ocasions amb poc respecte a infermeria. M'havia de mossegar la llengua. Però intentava que veiessin que les dones s'han de fer valdre, que són capaces i que no es poden menystenir. Encara que des de la Fundació hi treballen intensament des de fa anys, queda molta feina per fer, estan a anys llum.

També estan estigmatitzades les persones amb discapacitat. T'adones que hi ha molta discriminació en molts aspectes. Una dona viuda allà està menyspreada, i sovint apartada de la societat, quan no té cap culpa que se li hagi mort el marit. La veritat és que he tornat bastant revolucionada amb el tema feminisme…

Parlem d'una població de 1.400 M de persones de les quals 400 M estan al llindar de la pobresa. És possible la Igualtat d'oportunitats amb aquestes xifres?

És un país de contrastos màxims. Les infermeres que tenen uns estudis i una professió cobren 100 € o menys, i no poden estalviar. Tot i tenir recursos mai podran pagar-se un bitllet d'avió per viatjar fora de l'Índia, per exemple. És un abisme. La Fundació porta 52 anys treballant a l'Índia i tot i que hi ha hagut moltes millores, com són més camps de conreu, més feina… hi ha molta gent i la distribució dels recursos és molt desigual perquè tothom tingui una vida digna. Però hi ha esperança, mica en mica.

Falta de recursos sanitaris?

Si. Allà els hospitals governamentals són gratis… però hi vas i t'esgarrifes. Alguns metges són molt potents però d'altres han estudiat medicina Ayurveda i no tenen els coneixements de la medicina convencional que coneixem aquí. I d'altra banda hi ha grans hospitals amb molts recursos, però són privats i la gent no hi pot accedir. Vaig tenir dos infarts i el problema era el preu de l'ambulància per traslladar el pacient a un hospital amb més recursos. Però clar… o es traslladava o moria. Molta de la població que atenia a l'hospital de la Fundació, no té diners per poder pagar-se proves mèdiques, medicaments, traslats en ambulància, tot.

Anàlisi DAFO d'una experiència transformadora

El que més et va emocionar.

Quan algú sense recursos et vol donar com a agraïment a un esforç que estàs fent. Una pacient que no coneixia de res i era ben pobra em va convidar a sopar a casa seva. La gent d'allà està molt agraïda amb la Fundació perquè els dóna educació, sanitat, feina… que d'altra manera no tindrien. Et tracten especialment bé.

El que més et va impactar.

Que els diners puguin limitar tant l'atenció sanitària. Fins i tot que una atenció d'urgències, que de vegades va de minuts, estigui del tot lligada als recursos econòmics perquè fins que no paguen no s'actua per atendre al malalt. Val a dir que a la Fundació intenten que això no passi. Aquí no sabem valorar gens ni mica el que tenim. I això et confronta amb la realitat. Aquí ho tenim tot. I allà tenir una mica, implica tenir diners.

Què vas trobar a faltar.

Comoditats personals. La primera nit vaig trobar que el llit era molt dur, però després descobreixes que els indis no tenen llits, dormen al terra. Però especialment, una dutxa perquè allà fèiem servir una galleda. I evidentment família i amics.

El lema de la Fundació: Transformar el món i transformar-nos nosaltres mateixos.

Les experiències que tenim a la vida, ja siguin les més rutinàries o les més extraordinàries han de servir per anar-nos transformant en positiu, i així poder aportar al nostre entorn més proper. Com a metgessa de família, ara que començo com a adjunta, seguir formant-me i estar actualitzada, per poder aportar el meu granet de sorra i tractar, a cada pacient, de la millor manera possible.

Metgessa entre bambolines

"A Girona ja havia fet teatre, des de l'institut. Quan vaig venir a Barcelona volia seguir-ho, i justament a la Facultat de Medicina hi havia el grup de teatre, amb qui segueixo encara ara vinculada. Com sovint dic fer teatre m'ha "salvat la vida" en alguns moments. No tot és medicina i et permet desenvolupar una altra faceta, la part més artística. I a la vegada és una via d'escapatòria en els moments d'estrès".

Com es complementen medicina i teatre.

Molt! Crec que és molt útil, tant dins com fora d'una consulta, saber-se expressar i tenir recursos per comunicar-se amb el pacient. El teatre et dóna aquestes eines, diferents maneres d'expressar-te i comunicar-te.

La pandèmia com a motor de canvi, per retornar als valors humans i respectar la natura. És així?

Espero que, si hi ha canvis de forma permanent, siguin per bé. M'agradaria pensar que com a societat, en puguem treure coses positives: un tracte més humà i una consciència més sostenible.

Aprenentatge de la Covid-19.

La capacitat d'adaptació. Hem descobert una patologia nova, setmana a setmana ens han canviat els protocols i a nivell professional la capacitat d'observació i aprenentatge.
No podem caure en alarmismes. És important buscar sempre les fonts fiables per tenir informació contrastada i de qualitat i poder transmetre-la als nostres pacients i transmetre'ls també confiança en la ciència.

Arrel de la pandèmia també he vist que és fantàstic poder treballar en un equip en el que ens ajudem, ens escoltem i ens recolzem. A nivell personal i professional. És un gust. Vaig a treballar molt contenta, em sento molt afortunada.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Mariona Alarcón
Revista: APSalut. Volum 9. Número 1. Article 171
https://apsalut.cat/2021/02/09/la-descoberta-entrevista-a-mariona-alarcon/
Data: 15 de febrer de 2021

LA desCOBERTA. Entrevista a Olalla Montón

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut.

"Les treballadores socials no som únicament gestores de recursos: acompanyem, acollim, donem recolzament i compartim el patiment. En situacions de crisi, quan no hi ha recursos, el recurs és la pròpia persona i som nosaltres. La nostra comunicació amb l'altre és un element clau perquè la persona que tenim davant, pugui sentir-se escoltada i acompanyada. No sempre hi ha una solució per a cadascú i més amb tanta casuística. Per això la contenció i l'acompanyament són clau en la intervenció social"

"Som una peça necessària i un valor afegit"

Des de ben petita tenia aquella necessitat d'influir en l'altra persona de manera positiva, és a dir, traduir-ho en el que es defineix com "ajudar l'altre" i en la justícia social. Va decidir estudiar Treball Social i assegura no haver-se equivocat en l'elecció. Les ganes d'aprendre permanentment la van dur estudiar un postgrau d'intervenció social en salut mental, i després un màster en Counselling per tenir una visió més global i dotar-se d'eines per entendre i treballar situacions, problemes, i poder establir una relació terapèutica.

Amb una llarga trajectòria de 19 anys, s'identifica plenament en el món de la salut. Ha treballat a l'àmbit hospitalari, sociosanitari, d'atenció primària i a una associació del tercer sector vinculada amb salut, l'Associació Espanyola contra el Càncer. També en residències públiques i privades, com a complement. Actualment és treballadora social de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor), Coordinadora tècnica del Pla Social i Sanitari del Consorci Sanitari de Barcelona i membre de l'Associació EIMA, associació dedicada a la investigació i sensibilització vers els maltractaments a les persones grans.

Amb la teva vasta experiència, què és per tu el treball social sanitari? Com el definiries?

El treball social sanitari és l'especialitat del treball social que s'exerceix dintre del sistema sanitari, per tant, és una peça més del puzle dintre d'un equip assistencial de qualsevol àmbit, ja sigui hospitalari, d'atenció intermèdia, especialitzada o de primària. A l'equip, **les treballadores socials aportem aquell valor més qualitatiu, aquella mirada i diagnòstic social basant-nos en els determinants socials que afecten directament a la salut de les persones. Això ens permet una visió a nivell global de la persona i de la família, i una intervenció i suport psicosocial**. Per mi és aquest acompanyament enfront la malaltia, de prevenció per evitar possibles situacions que puguin succeir i pal·liar el dolor, o les situacions que requereix una persona quan la situació ja és emergent i ja ha evolucionat.

Al llarg dels anys la figura del treball social sanitari s'ha anat integrant dins la cartera de serveis dels centres i ara ja és present gairebé arreu.

Ha evolucionat però ens queda un camí molt llarg… Quan un equip incorpora a un professional i aquest aporta el seu valor i coneixement a la persona, a l'equip i a la situació assistencial és quan realment et veuen necessària… "Què bé que hagis vingut!" o… "Què bé que estiguis intervenint!". **Som una professió encara desconeguda per alguns malauradament, de vegades no ben valorada, però quan ens coneixen i quan veuen el valor que aportem, és quan se n'adonen. I això és una pena, perquè no hauria de ser així.**

Quin reptes teniu a sobre la taula?

Com a treballadors socials sanitaris, remarco sanitaris perquè hi ha un decret que s'ha presentat al Senat per reconèixer el treballador social com a professional sanitari però malauradament no s'ha aprovat, si bé en altres països ja existeix… caldrà continuar lluitant-ho.

Ara més que mai **la figura del treballador social és essencial en contexts de crisi i s'ha demostrat amb l'aparició de la Covid-19, ja sabem que afecta no només la salut física sinó també la salut mental, emocional i a l'àmbit social i econòmic.** Els i les treballadores socials juntament amb la resta de professionals hem de continuar treballant de manera col·laborativa perquè ens enfrontem a un repte important que és i serà atendre a les necessitats que es generin i al patiment que les acompanyen. Continuaran existint i augmentant les situacions de vulnerabilitat i d'exclusió social en els propers anys, i ben segur que les arrossegarem durant un llarg període.

Per què voleu aquest reconeixement per llei?

Serà un salt qualitatiu perquè realment ens considerin com a professionals sanitaris, perquè la relació de la nostra professió al món de la salut té una llarga trajectòria històrica. El treball social sanitari va sorgir el 1905 a Boston i les seves funcions clau continuen vigents: la investigació de factors psicosocials, la intervenció del treball social en necessitats i problemes psicosocials que condicionen la resolució de malaltia… Necessitem consolidar-nos com a professió i dotar-nos de suport legal i formatiu per poder créixer amb l'especialització en Treball Social sanitari.

Es pot pensar que la figura del treballador social acaba sent un calaix de sastre…

Pot resultar així de vegades, …tens la sensació que quan l'altre no sap manegar-se amb la complexitat social i ho ha intentat i ja no sap què més fer, és quan deriva a treball social la situació. Això comporta aquesta sensació de calaix de sastre, per sort no sempre és així. **No som només receptors, sinó que també som prescriptors i de manera proactiva detectem, diagnostiquem, avaluem i fem la valoració social**. La nostra disciplina i formació ens permet intervenir i valorar com afecten els determinants socials a la salut de la persona.

De vegades hi ha la sensació que per desconeixement d'un altre professional, d'alguna manera se'ns deriven tots els "problemes socials" però penso que la intervenció ha de ser col·laborativa i s'ha de treballar amb una mirada conjunta. Per exemple, si hi ha una situació complexa de maltractament envers una persona gran, de violència masclista o de maltractament infantil, no és només responsabilitat de la treballadora social sanitària, sinó de tots els professionals que intervenen. Això implica que la treballadora social podrà liderar el procés però la intervenció ha de ser de tots. El professional ha d'aprendre a dir "ei, anem a treballar-ho plegats".

La intervenció social a primària: perfils diferents, territoris diferents.

La intervenció del Treball Social variarà en funció del territori ja que el perfil de la població pot ser diferent d'un barri a un altre. L'element comú a molts territoris té a

veure amb el canvi demogràfic i l'augment de l'esperança de vida, trobem una piràmide cada vegada més invertida i això implica que atenem i atendrem a una població cada vegada més envellida. A partir d'aquesta situació poden aparèixer situacions múltiples com la solitud, cures de llarga evolució, maltractament…

A la primària atenem a totes les franges d'edat i podem atendre a tot tipus de persones, amb diferents problemàtiques: infants, persones grans, persones amb malaltia mental, persones amb consum o hàbits tòxics, joves amb situacions complicades, joves amb trastorns de la conducta alimentària… Ara però el gran eix, és la salut mental i el benestar emocional de les persones que atenem. Haurem de ser més sensibles a focalitzar la nostra mirada i intervenció en aquest punt.

Falten recursos?

Calen més recursos a nivell social. En treball social moltes vegades nosaltres som el recurs per acompanyar a una persona en un procés de canvi per exemple. De vegades, quan no disposem de suficients eines o sortides, necessitem fer aflorar una dosi d'imaginació i creativitat per poder trobar solucions a situacions específiques amb certa complexitat. Els recursos no depenen només de que el sistema ens els doni, que òbviament és molt important, sinó que com a professionals de la intervenció social, amb el poc que tenim de vegades, penso que hem d'intentar ser innovadores, creatives, hem de passar a l'acció. Per exemple, fent recerca i intervencions de salut comunitària adreçades a col·lectius d'especial vulnerabilitat i amb una mirada comunitària a on diferents serveis i entitats estiguin presents. Això implica temps i dedicació però crec que en un context de crisi com el que estem vivint és necessari.

Per descomptat, destinar diners públics a l'àmbit social és més que necessari, cal augmentar recursos d'assistència domiciliària i avaluar-los, recursos relacionats amb la salut mental, que no sempre poden abordar la complexitat existent i no perdre la mirada a les situacions de dependència i discapacitat. De vegades, et trobes amb situacions de difícil maneig i resposta i encara que siguem creatives, estàs lligada de mans i no depèn de la teva intervenció sinó que va més enllà d'un dèficit estructural…no és fàcil.

La pandèmia ha canviat l'enfoc social-sanitari?

Amb l'aparició de la pandèmia es va evidenciar un moviment i canvis positius en la intervenció, perquè es van activar els mecanismes necessaris per treballar de manera integrada amb altres àmbits i sectors, amb un posicionament àgil i amb una visió i missió comuna. Ara tinc certa por que s'estanqui i retrocedir en tot el que s'ha avançat. La integració del sistema social i sanitari sempre ha costat. Però en aquell moment es

van crear projectes d'integració social i sanitària que mai a la vida haguéssim imaginat fer-ho en temps rècord. El fet de que una treballadora social sanitària pogués prescriure un servei d'àpats a domicili de l'ajuntament, tramitar una ajuda específica pròpia d'altres àmbits socials, ha estat un element molt positiu per poder donar resposta des de salut.

Arran de la Covid-19 s'han creat una sèrie de circuits i aliances entre diferents organismes i professionals, que desitjo puguin tenir continuïtat. Ara tothom està molt sensible amb el tema de les residències per tot el que hem vist i quines han estat les conseqüències, però hi certa incertesa, s'ha d'evitar tornar a l'oblit i aprendre del que hem viscut per millorar. S'hauria de dotar dels mateixos recursos o equiparar-los als de sanitat, perquè els determinants socials acaben afectant a la salut i la prevenció té un paper clau.

Tres grans necessitats actuals.

- Augment de diners i recursos destinats a situacions de dependència i discapacitat.
- Més recursos a la salut mental, ja que la pandèmia ha destapat mancances reals existents i els efectes d'aquesta situació que vivim poden tenir efectes a curt i llarg termini en la salut mental de les persones que atenem i dels i les pròpies professionals.
- Reforçar i fer més visible el paper clau de la primària i els seus professionals que han estat al peu del canó des dels inicis.

Mantenir viva la flama

Treball social ho has de viure i ho has de sentir, sinó no aguantes. És molt vocacional i en ocasions et sents com si estiguessis a una muntanya russa. Hi ha dies que dius "no puc més" i després arribes l'endemà i veus un somriure d'un pacient que et diu "gràcies perquè m'has ajudat" o "gràcies a tu he vist una altra sortida". I això t'emociona.

Perfil del treballador/a social

Una persona que comprengui i sigui sensible al patiment de l'altre, que tingui una actitud empàtica, que demostri autenticitat i mai digui una cosa que no creu, no sent o no pensa, una persona que accepti incondicionalment a l'altre i no la jutgi, faci el que faci, encara que no estigui d'acord amb la seva conducta. I sobretot, no perdre mai l'essència i no caure en la inactivitat i disposar diàriament de certa dosis de curiositat per aprendre i millorar… perquè tot el que aprens cada dia amb els pacients t'ajudi a anar més enllà i a conèixer-te a tu mateixa.

Una mirada introspectiva… has fet molt treball intern?

Penso que és necessari fer un treball intern i d'introspecció per reflexionar sobre el què ens passa i quines són les nostres emocions quan acompanyem. Ara bé, la introspecció requereix cert aprenentatge previ i entrenament. Sóc una persona inquieta i necessito trobar solució als problemes i/o dificultats que es presenten, per aquest motiu he intentat treballar-me de manera interna i he descobert i après en aquests anys que cada persona davant una situació té un procés, i que no tots són iguals, he après a adaptar-me i a ser pacient.

Fas propis els problemes dels altres? Com es gestiona aquesta càrrega?

Es com buidar la canya de sucre… perquè vas omplint-la i d'alguna manera l'has de buidar. Quan deixo la bata penjada i surto, necessito canviar de xip i fer activitats que m'agradin. Disposar d'un entorn social que t'acompanyi i que d'alguna manera et desconnecti de la teva feina és clau. I si ho arrossego al sortir de la feina, que de vegades és inevitable perquè acompanyes a persones en situació de patiment, intento identificar les meves emocions per saber què em passa, què sento, què puc fer davant d'això i donar-me permís perquè si he tingut un dia molt dolent o s'ha mort algú, permetre'm que també tinc dret a estar trista. I no passa res. I que ho pugui comunicar amb el teu entorn professional o professional, tracto de no guardar-m'ho.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Olalla Montón
Revista: APSalut. Volum 9. Número 2. Article 178
https://apsalut.cat/2021/04/12/la-descoberta-entrevista-a-olalla-monton/
Data: 3 d'abril de 2021

LA desCOBERTA. Entrevista a Antoni Peris

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut.

"Si volem una Primària forta l'hem de fer entre tots els grups professionals. Si els residents es formen sempre exclusivament amb metges, quan facin la seva feina no es plantejaran que l'han de compartir amb altres grups professionals. I aquest és el punt de canvi. Els residents mai canviaran el futur de l'AP sinó comencem nosaltres, perquè ells faran el que han après"

Antoni Peris Grao és director-gerent del CASAP – Consorci Castelldefels Agents Salut i director de l'EAP Can Bou. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària es considera un primarista convençut, un defensor i reivindicador proactiu de l'Atenció Primària.

Amb els anys va desenvolupar un gran interès per la gestió i va cursar un postgrau en Salut Pública i un altre en Gestió en Atenció Primària. Gestor de persones, de millores i eficiències, participa en diferents col·laboracions internacionals com a referent en AP: amb el Fòrum Europeu d'Atenció Primària i l'Associació Europea de Gestió de Salut (European Health Management Association, EHMA) realitzant activitats centrades en un congrés anual.

A títol personal té dues grans passions: el cinema i els viatges. Crític de cinema format i experimentat, publica des de fa 20 anys en diferents revistes d'actualitat i anàlisi cinematogràfic, especialment prolífic a Miradas de Cine i Culturaca. És membre de l'Associació Catalana de Critics i Escriptors Cinematogràfics (ACCEC) i participa en debats i cinefòrums. Reconeix una necessitat vital de parlar i escriure sobre cinema perquè li permet alliberar estrès i esdevé l'equilibri per compensar i engrescar el seu dia a dia.
Confessa que el que més ha après a la vida li han donat els viatges.

Dos eixos vertebrals a la teva vida: la medicina i el cinema. Què va primer?

La meva afició al cinema ha estat des de petit. La medicina va passar al davant com a carrera d'estudis i desprès vaig començar a dedicar-me a la critica cinematogràfica. Soc afortunat perquè tinc una activitat remunerada que m'agrada i una activitat no remunerada que gaudeixo molt. És una dualitat.

Dos mons a part: art i ciència, lletres i números, rigor i creativitat, realitat i ficció… com es complementen?

Amb pragmatisme. Crec que és imprescindible que tothom treballi en allò que li agrada. I a mi l'Atenció Primària m'agrada i la gestió de l'AP m'agrada molt.

L'AP pot resoldre el gruix dels problemes de salut de tota la població i pot involucrar-se no només per donar-hi resposta sinó per evitar que n'apareguin. Cal que parlem des d'un punt de vista de salut, no tant de malaltia, i de comunitat o ciutadà, més que de pacient o malalt, és imprescindible.

Aprenentatges que el cinema t'ha permès aplicar a l'àmbit sanitari.

Conèixer les persones. La part de contacte amb les persones que pots tenir com a metge assistencial i com a gerent t'obliga a reconèixer – i a empatitzar en certa manera – amb molts perfils personals diferenciats. Com a gerent, si gestiones una organització de centenars de persones, no seràs amic de tothom, però pots acabar identificant aquelles coses que li agraden a cadascú i que poden aportar inputs molt positius al conjunt de l'organització. He hagut de desenvolupar habilitats per identificar aquestes capacitats individuals, perquè realment són molt bones per a l'equip. I això ho veus a la feina del dia a dia i ho veus a les pel·lícules. Pots identificar les que tenen el guió ben treballat i la construcció de personatges.

Contràriament, els que treballem a l'àmbit de la salut, en general som *salutcentristes*, molt tancats en un únic ambient, sobretot els metges després de tants anys d'estudi, i ens relacionem principalment amb gent amb les mateixes preocupacions professionals. Això condiciona molt la capacitat de veure més enllà si no has desenvolupat experiències en paral·lel. El cinema és una eina, però cadascú té la seva: activitats teatrals, futbol, excursionisme, … A mi el cinema i els viatges m'han permès conèixer gent molt diversa.

Crec que qualsevol professional, però molt concretament els que tenim aquests tipus de perfil, de carrera i d'estudis que ens obliguen a estar molt tancats en un context molt determinat necessitem obrir-nos al món.

Com vas descobrir el teu interès per la gestió?

Va ser una cosa molt estranya… em vaig trobar que volia fer el MIR i especialitzar-me en neurologia, però no vaig tenir l'opció d'entrar a neuro i vaig agafar família. Em va encantar, m'ho vaig passar molt bé tant en la rotació de primària, com en l'hospitalària, com en les guàrdies. I em va sorgir l'oportunitat de treballar a l'Anoia, on l'AP era molt embrionària i em van oferir anar-hi com a director assistencial. Això implicava valorar recursos, plantejar formació, reclutament de nous professionals, desenvolupament d'estratègies, i em va engrescar molt! Hi anava per un any i me n'hi vaig quedar 9. Allà vaig adquirir molta experiència amb la relació amb les persones. Creia que l'AP podia desenvolupar moltíssim totes les activitats de salut més enllà de la malaltia, que molts diagnòstics que es feien a l'hospital es podien fer a la primària amb bona formació dels professionals, que el que faltava era accés a proves diagnòstiques i també el seguiment, abraçant no només la part de pacient sinó la part de persona, i no només de malaltia sinó de salut.

I vaig tenir l'ocasió de desenvolupar el CASAP, un projecte molt bonic, en el qual tenim la suficient autonomia per desenvolupar una AP resolutiva, on el concepte d'equip interdisciplinari és real, on tothom desenvolupa les seves capacitats al màxim. La idea és "tot el que es pot fer a l'AP, s'ha de fer a l'AP". La possibilitat de gestionar el CASAP ha estat un autèntic regal.

Gestió d'equips, potencial humà… Com s'aconsegueix el talent i la millora?

El talent necessita una base de formació perquè sinó pot costar desenvolupar-lo. Però cal trobar el lloc idoni per exposar-lo, és a dir, estar al lloc adequat en el moment adequat. Ara bé, l'obligació d'una organització és promoure el talent dels seus professionals, i per això és important escoltar a tothom i identificar quins interessos té cadascú. Sempre hem intentat veure quines coses poden agradar més als professionals del CASAP o se senten més còmodes fent-les. Més enllà del dia a dia, cal

veure si hi ha infermeres que els interessa més el tema d'aguts o les activitats grupals, o si hi ha metges que prefereixen les urgències, o la vessant de cirurgia menor o infiltracions, per exemple. Totes les persones poden tenir un interès o habilitats especials i les organitzacions hem de buscar aquest talent i facilitar que el desenvolupin.

Com a gerent, què és el més difícil de gestionar?

Mantenir la identitat d'equip. Sovint és molt difícil veure més enllà de les quatre parets de la consulta i adonar-te'n que l'abordatge d'un pacient forma part d'un circuit que s'ha de vincular amb altres professionals. Això és realment difícil de mantenir de manera contínua dins l'equip. Requereix un esforç gerencial molt continuat perquè tothom sigui conscient de la tasca diferenciada dels companys.

També el tema econòmic òbviament, partint d'uns pressupostos molt limitats…

Amb la pandèmia l'Atenció Primària ha viscut canvis i adaptacions constants. Com cal encarar la formació sanitària de les noves promocions?

Caldria afegir la vessant de desenvolupament d'habilitats comunicatives dels residents però que no siguin exclusivament d'explicar al pacient amb claredat, sinó també d'escoltar. És el que hauria de ser una pràctica d'atenció centrada en el pacient. Crec que és imprescindible en la formació dels residents.

Un altre punt a tenir en compte és el concepte d'equip. El resident ha de tenir present que ha de treballar en un centre interprofessional. Moltes sessions formatives haurien de fer-se en conjunt amb tutors de medicina, infermeres i treballadores socials.

Un consell pels residents…

Els residents han de valorar sobretot les persones i hem d'aconseguir que aprenguin a escoltar. Necessitem bons professionals que sàpiguen fer bons diagnòstics i bones orientacions terapèutiques, amb fàrmacs o sense. Però per aconseguir això, a part de la base científica i tècnica, s'ha d'escoltar a la gent i entendre que ets un professional que està allà per valorar què necessiten les persones.

La medicina centrada en el pacient, que la tenim molt abandonada i correria el risc de ser una moda més, perquè no sigui passatgera cal que tots, des de la universitat i les unitats docents, fem imprescindible la necessitat d'escoltar al pacient, perquè cada persona és una línia de vida i té una situació emocional determinada.

Autonomia de gestió.

Imprescindible.

S'hauria d'estendre el model en el territori?

Absolutament. En aquest sentit, hi ha estudis europeus en els quals els equips que tenen més autonomia tenen més bons resultats. Això és difícil de demostrar en relació amb Espanya perquè la majoria dels equips europeus no són assalariats, i això fa que el tema de l'autogestió quedi més difús. Però quan veus experiències on l'equip és més potent, més consolidat i funciona amb una orientació determinada, els resultats són bons.

A nivell català vam publicar un estudi d'opinió fa 3 anys amb professionals d'AP, bàsicament MFiC, i estava claríssim que tothom reivindicava autogestió. I quan comparaves graus de satisfacció i graus de capacitat resolutiva identificada pels propis professionals es vinculaven clarament més amb les entitats de base associativa (EBAs) i amb els consorcis, abans que amb l'ICS, que realment és una entitat on pocs equips poden desenvolupar-se amb prou autonomia, no per manca de qualitat sinó per manca de llibertat.

Fem focus al cinèfil... realitat o ficció?

- Predilecció en algun gènere en concret?
  No, trames barrejades. Quan més variades siguin les pel·lícules i el gènere s'esborri més, són millors. El cinema ha anat canviant, actualment es fa molta barreja de temes. Tot i que sempre he estat un fan del western o del musical clàssic.

- El director i el crític. Crear o recrear gaudint de la creació?
  Crear. Penso que qui té la capacitat de crear és realment admirable.

- La realitat supera la ficció? Què impacta més… el patiment d'una persona malalta o una escena de terror?
  Si, si. He conegut situacions en les quals el quadre del pacient i la família no era un drama sinó una autèntica tragèdia! Cal obrir els ulls, obrir les orelles, mirar la realitat.

- El cinema fa salut?
  Com jo el visc fa salut perquè em permet equilibrar les activitats professionals amb un alliberament, i la possibilitat de veure uns mons i unes vides que no tenim. Un altre tema és si podem utilitzar el cinema per fer salut. I per això has de saber molt bé quina pel·lícula agafes i com l'orientes. I penso que si, que el cinema pot fer salut.

- Què has après de les persones al llarg dels anys?
  La necessitat d'escoltar gent molt diferent de tu, l'obligació -pràcticament- que tot ésser humà tenim. Després pots rebutjar-ho però primer s'ha d'escoltar.

- Una recomanació fílmica
  Una pel·lícula que jo crec que tots els qui treballem en salut hauríem d'haver vist com a mínim una vegada és "La mort del Sr. Lazarescu".

- La teva pel·lícula… el film de la teva vida.
  L'important és el que tots puguem buscar en les diferents pel·lícules, que trobem trossets que ens impacten, que se'ns apropen. La meva pel·lícula de tota la vida ha estat "Cantando bajo la lluvia" pel seu optimisme. És una pel·lícula absolutament vital i que ho té tot per animar-te. Quan estàs més deprimit et salva la vida! Però de pel·lícules meravelloses te'n diria 20…

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Antoni Peris
Revista: APSalut. Volum 9. Número 3. Article 185
https://apsalut.cat/2021/06/25/la-descoberta-entrevista-a-antoni-peris/
Data: 1 de juny de 2021

LA desCOBERTA. Entrevista a Sílvia Narejos

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut.

"Gràcies a la recerca clínica en un any s'ha fet el que normalment s'hagués fet en 10, amb molt cervell i molts diners. Amb la COVID la gent se n'ha adonat que existeix el món de la ciència però no és cap novetat. Els que hi participem no necessitem protagonisme però si reconeixement. Som persones que hem dedicat la vida en diferents vessants de la ciència per ajudar la gent, en benefici de tothom"

'M'agrada ajudar la gent, dedicar-me als altres. Aquí va començar tot'

La Dra. Sílvia Narejos volia ser "la metgessa de tota la vida" i va cursar l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària. Va fer la residència a Santa Eugènia de Berga i a Viladrau i ja es va quedar a Osona. Fent pràctiques a l'EAP Vic (CAP El Remei) va conèixer el Dr. Vilatimó i el Dr. Iruela i li va sorgir l'oportunitat de treballar a l'EBA Centelles.

Des de fa 20 anys que forma part de l'equip de l'EAP Osona Sud-Alt Congost (EBA Centelles), en el qual ha impulsat tota índole de projectes, assistencials, tecnològics i d'innovació i recerca. Assegura que treballar a l'EBA l'ha permès "tocar moltes tecles" i tenir una visió holística de la salut i del sistema.

Metgessa emprenedora, entre somiadora i atrevida, posa empenta en tots els seus propòsits. La vida sempre en positiu.

L'EAP Osona Sud-Alt Congost (EBA Centelles) sou un centre de recerca internacional. Com heu arribat fins aquí.

Des de fa 20 anys que fem recerca, lligada a la tasca assistencial. I des de fa 4-5 anys que som centre innovador. Però la innovació és molt difícil de tirar endavant, perquè no tens els recursos directes. En canvi, en la recerca que estem fent, els recursos els podem trobar internament, al mateix centre, hi ha un promotor i un centre investigador.

Explica'ns què comporta ser centre d'innovació?

La innovació és el gran desconegut! és una col·laboració, per tant moltes vegades altruista, molt poc finançada i molt poc recolzada. I no té suport per part de l'administració, ni de promotors…. En recerca en canvi, tens el promotor i nosaltres el que fem és treballar amb excel·lència. En innovació hi ha diners però és molt difícil accedir-hi, perquè costa molt justificar aquests diners que venen d'Europa. En realitat hi ha molts diners que s'havien de destinar a innovació però com que a Espanya no s'han justificat han retornat al seu origen i no s'han invertit. És molt complicat. Malgrat tot aquí estem…

Palanques de la innovació.

Temps i idees. Si tens idees i no tens temps no pots fer res. I si tens temps però no tens idees tampoc funciona. També perseverança… marcar-te objectius i buscar totes les maneres d'arribar-hi. Treballant amb l'equip et sorprens perquè encara que sembli impossible, en allò més difícil, acabes trobant camins.

Principals estudis de recerca en els que treballeu.

L'any 2001 vam començar a fer algun estudi de forma molt humil, amb una metgessa i una infermera. Aquí vam començar a col·laborar amb la indústria amb assajos clínics per tractar la diabetis mellitus, la hipertensió, l'obesitat, el colesterol, la bronquitis crònica, l'asma… per acostar fàrmacs nous que ara estan totalment vigents i són molt efectius. Amb els anys hem anat creixent i actualment treballem principalment en la línia de vacunes. Ja abans de la pandèmia, l'any 2006-07 vam començar a treballar amb la vacuna de la grip, l'herpes zòster, variants del pneumococ…, totes elles ja comercialitzades i són fantàstiques, amb una efectivitat de l'ordre de les vacunes de la COVID-19. A l'any portem entre 15 i 20 assajos clínics.

Com acostem tota aquesta recerca a la població? Com se'n beneficien els nostres pacients?

Ara per exemple, estem treballant en un tractament per la menopausa. Actualment no n'hi ha cap pels fogots de les dones menopàusiques, ja que els tractaments hormonals que s'utilitzaven tenien més risc de càncer de mama i es van retirar. I ara estem en una línia d'investigació que funciona molt bé i l'oferim a les senyores.

La recerca és essencial per avançar en salut?

Necessites col·laboració. Tenim bona recerca gràcies a les aliances de centres assistencials (hospitals, AP…) amb investigadors d'altres països i promotors que inverteixen perquè busquen solucions en la ciència, una gran mostra n'és la vacuna Covid. Hi ha molta intel·ligència al darrera i molts diners perquè la vacuna de la Covid hagi sortit en un any.

Gràcies a la recerca clínica tots els nostres fills porten més de 30 o 40 vacunes, sense por i són nens sans. Les vacunes, medicacions o un simple paracetamol o ibuprofè han sortit de la inversió en recerca, feta amb col·laboració amb investigadors i pacients. El pacient que col·labora, que creu en mi i participa, està col·laborant amb tota la resta, i evidentment que ell també s'emporta un benefici perquè en surt protegit.

Com convertir la recerca en un al·licient durant la residència.

S'ha d'integrar en la pràctica clínica habitual, com una part més. Igual que la formació és obligada per estar al dia, també s'hauria de complementar amb una tasca de recerca i innovació. Des de la base, s'hauria d'ensenyar a les facultats. I s'hauria de dotar a tot centre assistencial, hospital o atenció primària, de recursos perquè puguin fer recerca, i tenir temps per fer-ne. És reinventar el sistema.

Alerta activa: cal invertir i mantenir sistemes de vigilància internacionals

"Jo vaig començar a no dormir i compartia contínuament amb tots els companys la informació de fora que anava arribant. S'ha de creure en la ciència i invertir"

La Dra. Narejos va col·laborar intensament amb la iniciativa Covid Warriors durant l'assaig amb hidroxicloroquina liderat amb l'investigador Oriol Mitjà com a possible tractament per la infecció per la COVID-19. Covid Warriors és una associació sense ànim de lucre formada per professionals voluntaris, alts directius i mecenes de diferents àmbits, units en la lluita contra la COVID-19.

Covid Warrior i d'alguna manera metgessa en guàrdia permanent, hem après el suficient de la pandèmia?

Hem de pensar que estem exposats en qualsevol moment. No som immunes a tot. Hem de prevenir el xoc del que pugui venir, perquè de coses noves en vindran. Per exemple, com que a Europa ens vacunem i no tenim pandèmies, les vigilàncies de les malalties infeccioses no estaven prou activades. No només en la vessant mèdica, també mediambiental, etc. Cal invertir en protecció, i traspassar-nos la informació entre països.

A més, el nostre sistema comunitari és molt fràgil. S'han de redissenyar els sistemes d'atenció a la comunitat. A Catalunya, per exemple, amb un sistema de salut suposadament potentíssim, se n'ha anat en orris davant del primer temporal. I això passa perquè els ciments del sistema en realitat no estaven bé i s'han anat debilitant per l'economia. Sempre passa el mateix. El tema econòmic deixa nues moltes parts de la comunitat, la social, la mèdica, l'empresarial… i llavors quan arriba la tempesta no és capaç d'aguantar-ho.

En quin punt de control de la pandèmia ens trobem.

No ho tenim tot controlat. Per sort les vacunes són efectives, han estat un èxit rotund. Fa un any no em pensava que estaríem com ara. Però les infeccions i pandèmies no van només de vacunes. S'han de repensar hàbits, comportaments, estils de vida. S'ha de reinventar el sistema en general, de la societat. I s'està fent a cops, no de manera organitzada. No podem aixecar tots els sistemes de control, no per imposició sinó perquè són sistemes de protecció. Cal mantenir-los, invertint. Són molts diners, però en perdrem molts més si no posem en marxa el que és necessari. Com a mostra, la pandèmia actual.

Atenció integral a la comunitat, social i sanitària. Ho estem fent bé?

S'hauria d'integrar la salut pública i la salut comunitària a l'Atenció Primària. Com a professionals sanitari del poble on treballo soc un agent de salut que acompanyo a la meva població, posant tot el meu saber en la vessant sanitària i comunitària. Necessitem treballar amb altres agents de la comunitat, però caldria sistematitzar-ho. Cal generar una comunitat en la que cadascú pugui aportar el seu coneixement per poder cobrir les necessitats d'aquella població.

Nous rols a l'atenció primària, assistent clínic, referent escolar COVID (RECO), etc.

Em sembla perfecte la incorporació de noves figures, sempre que treballin amb la resta de l'equip d'Atenció Primària, sinó no funcionen. Poden donar molt suport fent tasques delegades però sempre supervisades. Ben integrats són oxigen pel centre.

Aquest any us heu estrenat amb residents d'Infermeria de família a l'EBA Centelles.

Si. Primer de tot m'agradaria i espero que estimin la seva professió. També que entenguin i aprenguin del treball en equip, importantíssim. I poder transmetre'l. I voldria que s'emportin tota la empenta que tenim al centre, no només en la vessant assistencial, també en la línia comunitària, i en recerca i innovació.

Actitud vital de la Dra. Narejos…

Una persona neix però sobretot es fa. El fet de treballar en una EBA, i fer diferents tasques, m'ha donat una visió holística molt potent. He pogut tastar de tot, treballar amb tot -des d'un control d'hipertensió, a un tema TIC lligat a la història clínica, passant per un assaig clínic de vacuna covid, per exemple- m'ha donat una plasticitat i capacitat d'interaccionar amb tot.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Sílvia Narejos
Revista: APSalut. Volum 9. Número 4. Article 188
Data: 5 d'octubre de 2021

Hospital
Universitari
Sagrat Cor

www.udaceba.cat

UDACEBA, SL
Sardenya 466 - 08025 Barcelona

www.apsalut.cat

@ButlletiAPSalut