

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

APSALUT 2022



Articles publicats al butlletí APSalut de la Unitat Docent UDACEBA l'any 2022

10 anys del butlletí APSalut

Recull 2022

Tanquem el 2022 amb satisfacció i reconeixement cap a totes les persones que des dels inicis de l'APSalut, l'any 2012, han col·laborat en aquesta publicació. Gràcies per brindar-nos coneixement, opinió i experiències, per ajudar-nos a fer créixer l'APSalut, que avui assoleix la maduresa de 10 anys de trajectòria ininterrompuda.

Al llarg d'aquests 10 anys hem publicat fins a 210 articles i 7 [monogràfics](#) de diferents temàtiques i enfoc, oferint una visió multidisciplinària de l'Atenció Familiar i Comunitària, amb l'objectiu d'esdevenir una font d'informació d'utilitat i una eina de consulta per a professionals de la salut.

En honor a l'efemèride hem dedicat l'Especial d'enguany a l'aniversari. **Ciència, emocions i experiència: 10 anys d'APSalut.**

Números publicats:

APSalut Volum 10. Número 1

Març 2022

APSalut Volum 10. Número 2

Juny 2022

APSalut. Volum 10. Número 3

Novembre 2022

APSalut. Volum 10. Número 4

Especial monogràfic. Gener 2023

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

Subscripcions [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 Ferriz

Metgessa de família i coordinadora docent del CAP Sagrada Família

Laura Aranalde

Comunicació en Salut

Lorena Ferrer

Metgessa resident a l'EAP Sardenya

Violeta Uriach

Metgessa de Família de l'EAP Banyoles. Exresident d'UDACEBA al 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 totes les persones que han participat en les diferents edicions de l'APsalut durant l'any 2022.

A tots els tutors, residents i tècnics en salut de la Unitat Docent pels seus coneixements i experiències: Anna Amorós, Àngels Moleiro, Carla Cabrera, Lluís Cuixart, Sílvia Zamora, Nariman Chahboun, Elvira Ferriz, Marta Ruiz, Anna Viladiu, Monica Roca, Anna Ràfols, César Dilú, Aylín Rodríguez, Zoila Dilú, Marc Vila, Inés Agustí, Alvar Agustí, Amat Botines, Carles Brotons, Lucas del Fio, Gregorio Aznar, Cristina Romero, Jordi Casanovas i Oriol Huguet.

Al Jordi Fàbrega per l'editorial que ens brinda, que ens motiva a anar a exercir de metge al Pirineu.

Gràcies també als nostres entrevistats a la Descoberta 2022: Jordi Garcia, Irene Moral, Jaume Sellarès i Marta Serrarols. Per deixar-nos conèixer l'art de la vostra professió i el millor de la vostra persona.

Aportacions de gran valor.

Moltes gràcies pel vostre temps i dedicació.

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Normes de publicació

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

Atenció al lector

apsalut@udaceba.cat



SUMARI

APSalut Volum 10 Número 1

Editorial

[Quin futur els espera als residents?](#)

Cas clínic

[Globositat abdominal asimètrica](#)

Tema clínic

[Pericarditis en 3 minuts](#)

Recerca i coneixement

[Proves diagnòstiques COVID-19: importància del context clínic](#)

Docència

[Rotació externa: experiència a Gran Canària](#)

Entrevista

[La desCOBERTA. Entrevista a Marta Serrarols](#)

APSalut Volum 10 Número 2

Editorial

[Pirineu, hi ha 'medicina intel·ligent' més enllà de la metròpoli](#)

Cas clínic

[Dolor lumbar després de fer un camí de ronda](#)

Recerca i coneixement

[Coneixements i retrobaments a la Jornada de Residents UDACEBA 2022](#)

Docència

[Rotació externa: experiència a França](#)

Entrevista

[La desCOBERTA. Entrevista a Jordi Garcia](#)

SUMARI

APSalut Volum 10 Número 3

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Editorial

[La docència, més enllà del rol acadèmic](#)

Cas clínic

[Pitiriasi Alba. A propòsit d'un pacient atès a nivell primari](#)

Tema clínic

[Impacte de la pandèmia COVID-19 en l'evolució de resultats de retinografies en pacients amb diagnòstic de Diabetis Mellitus tipus II](#)

Recerca i coneixement

[Impacte de les activitats extraescolars en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants i adolescents](#)

Docència

[Rotació externa a Cuba: una altra visió de la medicina de família i del maneig de la pandèmia](#)

Entrevista

[La desCOBERTA. Entrevista a Irene Moral](#)

APSalut Volum 10 Número 4

Especial 2022. 'Ciència, emocions i experiència: 10 anys d'APSalut'

Editorial

[Butlletí APSalut, 10 anys](#)

Docència

[De les beceroles a la maduresa. Setze anys d'Unitat Docent](#)

Recerca i coneixement

[El Dr. Mariano de la Figuera, l'empremta d'un metge exemplar](#)

Salut Comunitària

[Portar un cognom, Comunitària](#)

Entrevista

[La desCOBERTA. Entrevista a Jaume Sellarès](#)





EDITORIALS

APSalut 2022



Quin futur els espera als residents?

Autor: Albert Casasa Plana. Metge de família EAP Sardenya i Cap d'Estudis UDACEBA

La pandèmia ens ha estabornit durant dos anys. Ara que comencem a aixecar el cap, ens adonem del panorama, que ja venia d'abans.

Només cal llegir la premsa dels darrers mesos:

- “La falta de metges, el problema de fons darrere la COVID i la saturació de la primària!”.
- “La falta de metges posa en una situació difícil els centres rurals”.
- “La precarietat dels contractes, la sensació d'aïllament professional i la poca oferta de formació continuada desanima molts facultatius”.

- “Els sanitaris demanen eliminar burocràcia per fer més atractiva la medicina de família, ja que s’han trobat professionals acabats d’arribar que es plantegen deixar la feina”.
- “Massives jubilacions de metges a l’horitzó”.

«Els pròxims 5 anys es jubilaran el 20% dels metges en actiu, més que mai, i no s’estan formant prou professionals per poder substituir-los».

Doncs si, els pròxims cinc anys hi haurà el màxim de jubilacions de metges. Fins el 2026 es jubilaran el 20% de tots els metges en actiu, segons dades del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i del Col·legi de Metges de Barcelona. Des d’ara fins el 2026 estaran en edat de jubilar-se uns 6.000 metges.

El Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) i altres experts calculen que actualment no s’estan formant prou metges per cobrir les jubilacions que vindran. Jaume Padrós, president del COMB: “No té sentit que importem la meitat de metges que necessitem i alhora posem obstacles als qui volen estudiar aquí”.

Ja l’any 2019, les patronals del sector públic i concertat van fer un informe sobre les necessitats de professionals mèdics i d’infermeria i van calcular que fins el 2023 hi hauria 2.571 vacants de metges.

Oportunitat de canvi

Sembla que els residents actuals no tindran problema per escollir on volen anar. Tot i que jubilacions, males condicions laborals, burocràcia, sembla un còctel explosiu!

Però ens trobem en un moment de crisi, que vol dir de canvi, i els metges joves i els que acaben el MIR tenen la sort de poder viure el **renaixement de l’especialitat**.



Comptant amb el bagatge del passat poden obrir una **pàgina en blanc** on escriure cap a on ha d’anar la Medicina Familiar i Comunitària. De fet, es podria comparar a

principis dels anys 80 del segle XX, quan va començar a reformar-se l'atenció primària de salut.

Ara fa poc, la CAMFiC va realitzar una [enquesta a més de 1.000 metges i metgesses de família](#), amb l'objectiu d'identificar els punts claus per a la necessària transformació de l'Atenció Primària post-COVID. Es poden entreveure les expectatives i les necessitats de la medicina de família.

Ara toca l'impuls dels que comencen i les noves idees. Les dificultats són motiu d'exigència per superar els reptes i alhora la motivació pel canvi.

Citació

Autora: Casasa Plana, Albert

Títol: Quin futur els espera als residents?

Revista: APSalut. Volum 10. Número 1. Article 189

<https://apsalut.cat/2022/02/27/quin-futur-els-espera-als-residents/>

Data: 23 de febrer de 2022



Nou CAP de la Seu d'Urgell, inaugurat el març de 2022

Pirineu, hi ha 'medicina intel·ligent' més enllà de la metròpoli

Autor: Jordi Fàbrega Sabaté. Pediatre de Pediatria dels Pirineus, S.C.C.L.P.

La visió urbanocèntrica està tan estesa a Catalunya que costa trobar referències de qualsevol sector de fora de l'àmbit metropolità. El centralisme de Barcelona és tan present que m'agrada dir, quan parlo amb gent de la capital, que "es sorprendrien de saber la quantitat de vida intel·ligent que hi ha més enllà de les rondes". La medicina no és una excepció, malauradament.

En aquesta època de dèficit de professionals sanitaris, especialment a l'atenció primària, cobrir les places al Pirineu pot ser una quimera. En la darrera adjudicació de places MIR, han quedat desertes 71 de les 370 places que s'ofertaven a Catalunya per Metges/ses Residents de Família i Comunitària, 10 d'elles a Lleida. I això, tot i els incentius econòmics que el Departament de Salut estrenava aquest any d'entre 7.000 i 9.000 €/any pels nous residents de MFIC de fora de Barcelona ciutat. No és un fet aïllat de Catalunya, ha passat en tot l'Estat Espanyol, probablement incentivat per una elecció telemàtica no a temps real, però que ens ha de fer reflexionar, i molt.

Que la medicina de família i comunitària no es potencia durant la carrera és una evidència, i el que no es coneix, no es valora. I és un error. Perquè els millors metges i metgesses no han de ser aquells que tenen uns expedients acadèmics brillants, sinó aquells que combinen l'expedient acadèmic amb altes dosis d'humanitat, d'empatia i d'acompanyament. La medicina és curar, però sobretot és cuidar i acompanyar. I acompanyar i cuidar és intrínsec de l'atenció primària, de la medicina de família i comunitària, i de la pediatria. I no s'ensenya prou a les facultats de medicina.

Aquesta vessant humanista ha acompanyat la medicina des dels inicis. Com diu el jurament hipocràtic: "Recordaré sempre que hi ha una part d'art i una part de ciència en la medicina, i que la simpatia, la calidesa i la comprensió poden ser més poderoses que el millor bisturí o el millor medicament."

Sovint assimilo aquests conceptes *humanístics* a tots els professionals de l'atenció primària, els professionals més humans de tot el sistema sanitari. I de tota l'atenció primària, si hi ha un lloc on aquests conceptes tenen més valor que mai, aquest és, sens dubte, el Pirineu.

La pandèmia ens ha demostrat que les eines telemàtiques ens poden ajudar molt, especialment a les zones rurals i aïllades com el Pirineu. Podem fer formació des de casa; connectar-nos amb els centres de referència per comentar casos clínics a cop de ratolí; enviar imatges de teledermatologia i tenir l'opinió del dermatòleg en temps real, si cal; el SEM ens ofereix suport telefònic d'intensivista o pediatra, per exemple, davant d'una emergència fins que ens arriba el SEM, que per cert ja té operatiu el vol nocturn als 4 hospitals pirinencs; i podem participar en treballs de recerca de manera col·laborativa amb els grans centres de recerca del país. I tot això sense la pressió assistencial que es pateix a altres indrets del país.

Amb aquestes eines, seguim formant part d'un equip, encara que algun dia ens haguem de desplaçar a un consultori local d'un petit poble del Pirineu. Per què el nostre dia al dia al Pirineu és dins d'un equip que també fa formació, també fa recerca, i que sobretot fa una excel·lent medicina amb unes dosis d'humanitat tan elevades que no trobareu a altres indrets de Catalunya. L'atenció domiciliària al Pirineu té una



calidesa inigualable, que cobreix amb escreix l'esforç del quilometratge, distàncies rodejades de la bellesa de les muntanyes, i de l'aire fresc que ens reconforta l'esperit.



Fotografia cedida per Jordi Fàbrega

I la qualitat de vida, pels professionals i les seves famílies, és un factor que cal tenir en compte. Aquí el temps es multiplica per dos, com a mínim, sense presses, sense embussos, sense córrer. Amb la natura a tocar per desconnectar, o per reconnectar.

Citació

Autor: Fàbrega Sabaté, Jordi

Títol: Pirineu, hi ha 'medicina intel·ligent' més enllà de la metròpoli

Revista: APSalut. Volum 10. Número 2. Article 195

<https://apsalut.cat/2022/06/20/pirineu-hi-ha-medicina-intelligent-mes-enlla-de-la-metropoli/>

Data: 25 de maig de 2022



La docència, més enllà del rol acadèmic

Autora: Anna Amorós Trias. Infermera EAP Sarrià Vallvidrera Les Planes. Coordinadora de formació i docència

Seguretat, qualitat i docència

Per esdevenir un centre docent és evident que cal un conjunt de coneixements, habilitats i actituds que van més enllà de l'àrea estrictament científica o tècnica.

Així en fa referència el codi d'ètica infermer de Catalunya, "La infermera, per exercir qualsevol funció professional -assistencial, docent, gestora o investigadora- té els coneixements, habilitats i actituds necessaris que garanteixen una pràctica professional competent i proporcionen cures infermeres de qualitat."

Quan parlem de docència fem referència a un rol inherent a les nostres professions sanitàries.

Exercir una bona pràctica docent no només depèn de la pròpia expertesa, sinó que hi ha una sèrie d'estratègies i habilitats pedagògiques que ajuden a fer que la nostra funció sigui exitosa.

Com a professionals sanitaris, al llarg de la nostra trajectòria hem rebut molts estímuls i acompanyaments diferents per part de professionals (professors, tutors i companys). El tarannà pedagògic que aquests ens hagin pogut transmetre influeix directament en la manera com construïm la nostra pròpia figura com a docents.

Pel que fa a la relació amb l'estudiant o resident, l'avenç pedagògic ha posat de manifest diferents estratègies d'acompanyament, com per exemple el feedback i les entrevistes. Esdevenen espais bidireccionals, reflexius de creixement intel·lectual i emocional, on ambdues parts reflexionen sobre alguna acció que ha succeït o que ha d'esdevenir en un futur. De la mateixa manera que les estratègies, els mètodes d'avaluació han evolucionat els darrers anys, descentrant la mirada de la qualificació numèrica i focalitzant-se un procés continu d'avaluació.

Actualment, en un temps on la seguretat esdevé un eix transversal en la nostra pràctica professional em fa reflexionar sobre com la docència crea un espai més segur per a l'usuari, pel professional i pel sistema de salut. La responsabilitat inherent a la pràctica docent motiva al professional a revisar la seva pròpia activitat, els protocols i circuits assistencials i per tant promou l'excel·lència del docent. Com a conseqüència, millora l'atenció de l'usuari i del sistema de salut.

El rol docent com a professionals ens retorna les ales de la creativitat, ens retorna el desig de ser excel·lents, ens fa millors professionals i sobretot millors persones.

Bibliografia

[Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya](#)

Citació

Autora: Amorós Trias, Anna

Títol: La docència, més enllà del rol acadèmic

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 179

<https://apsalut.cat/2022/11/21/la-docencia-mes-enlla-del-rol-academic/>

Data: 17 de novembre de 2022





Butlletí APSalut, 10 anys

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

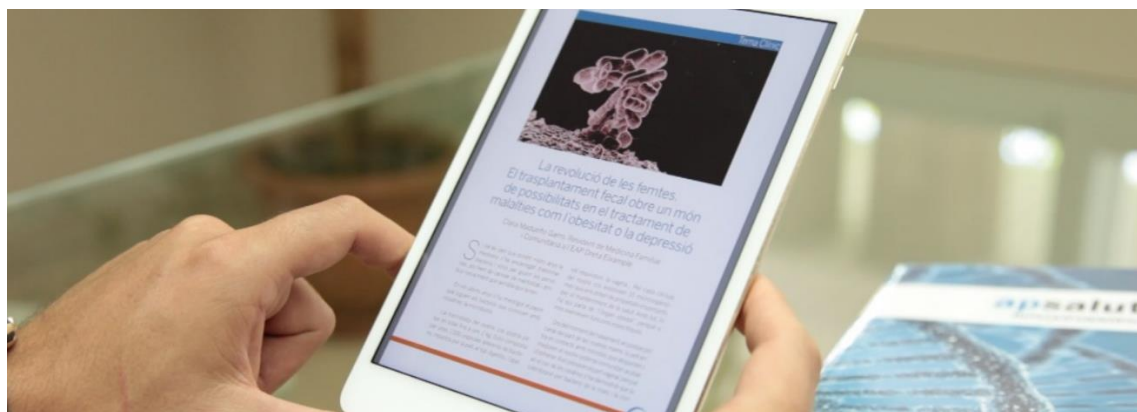
El desembre del 2012 escrivíem els primers mots d'aquesta revista, el Butlletí APSalut. 10 anys de persistència i regularitat en una publicació és un mèrit, molt poques hi poden arribar.

La Unitat Docent UDACEBA que forma residents de medicina i infermeria familiar i comunitària té com a dispositius centrals en la formació els centres d'atenció primària, com no hauria de ser de cap altra manera. És una fortalesa.

Per contra tenim la dispersió dels centres. El butlletí és una de les eines de cohesió de la nostra comunitat docent i té com a objectiu principal ser el portaveu de les persones que la formen, i l'altaveu de les activitats que anem realitzant.

Els nostres tutors i residents hi afegeixen píndoles de formació amb temes i casos clínics. També és una porta oberta a treballs de recerca dels nostres residents. Procurem obrir una finestra a temes de gestió clínica i d'ètica, també d'humanitats.

En tots aquests anys, hem aconseguit fer visibles un munt d'experiències: els progressos en atenció comunitària als nostres centres, les estades dels residents en rotacions externes, les presentacions a congressos... Hem fet la descoberta de personatges que formen part de l'ànima de la unitat docent. I amb molt orgull hem publicat els treballs guanyadors del [Premi Josep Manuel da Pena](#) de recerca, homenatjant a un dels nostres fundadors.



Tot plegat ja forma part de la història de l'atenció familiar i comunitària de Catalunya. La indexació de la revista al portal [Raco.cat](#) i la publicació del [recull anual](#) en format paper en fan un testimoni valuós de l'evolució de la nostra especialitat tot al llarg dels anys.

I la nostra voluntat és continuar creixent.

Citació

Autor: Casasa Plana, Albert

Títol: Butlletí APSalut, 10 anys

Revista: APSalut. Volum 10. Número 4. Article 206

<https://apsalut.cat/2022/12/27/butlleti-apsalut-10-anys/>

Data: 17 de desembre de 2022





TEMES CLÍNICS

APSalut 2022



Pericarditis #en3minuts

Autora: Àngels Moleiro. Cardióloga i Metgessa de Família EAP Vic (CAP El Remei)

Paraules clau: pericarditis, patologia cardiovascular.

Definició: És una síndrome inflamatòria del pericardi amb o sense vessament pericardíac.

CLÍNICA

Dolor toràcic (60% dels casos): Agut i de característiques pleurítiques (augmenta amb la inspiració), empitjora amb el decúbit i millora a l'assentar-se i tirar-se endavant. Hi poden haver símptomes i signes associats segons la causa etiològica: febre i leucocitosi, malaltia inflamatòria sistèmica.

PERICARDITIS AGUDA

DIAGNÒSTIC ≥ 2 dels següents criteris

- **Dolor toràctic**
- **Frec pericardíac** (< 33% dels casos): Soroll superficial, com si es rasqués un fregall, s'ausculta millor amb el diafragma del fonendoscopi a la vora esternal esquerra.
- **Canvis a l' electrocardiograma** (60% dels casos) : Aparició de novo d'elevació generalitzada del segment ST o depressió del PR en fase aguda. Cal fer el diagnòstic diferencial amb la Síndrome coronària aguda i la repolarització precoç.
- **Vessament pericardíac** (60% dels casos) : normalment lleu.

PERICARDITIS INCESSANT

Pericarditis > de 4- 6 setmanes i < de 3 mesos.

PERICARDITIS RECURRENT

Recurrència de pericarditis després d'un primer episodi documentat de pericarditis aguda i interval lliure de símptomes de 4-6 setmanes o més.

PERICARDITIS CRÒNICA

Pericarditis de més de 3 mesos.

PROVES COMPLEMENTÀRIES

Es recomana amb Classe I nivell C, fer a tots els pacients amb pericarditis:

- Electrocardiograma
- Radiologia de tòrax
- Eco cardiograma
- PCR, CK i troponines

TRACTAMENT

FÀRMAC	DOSI	DURADA	REDUCCIÓ DOSI
AAS	750 – 1000 mg / 8 h	1-2 setmanes	250-500 mg /setmana
IBUPROFENO	600mg/ 8 h	1-2 setmanes	200-400 mg /setmana
COLCHICINA	< 70 Kg 0.5 mg / 24h > 70 Kg 0.5 mg / 12h	3 mesos	No obligatòria

- La durada del tractament dependrà del control dels símptomes, ens pot ajudar la determinació de PCR o VSG. Cal afegir protecció gàstrica.
- La colchicina disminueix la taxa de recurrències en un 50 %.

TRIPLE TERÀPIA

Es pot afegir a ASS o ibuprofeno + colchicina, prednisona a dosi de 0.25-0.50 mg / kg/dia si no es controlen el símptomes. Primer haurem descartat causa infecciosa, purulenta o Tbc.

La prednisona controla molt bé els símptomes però comporta risc de :

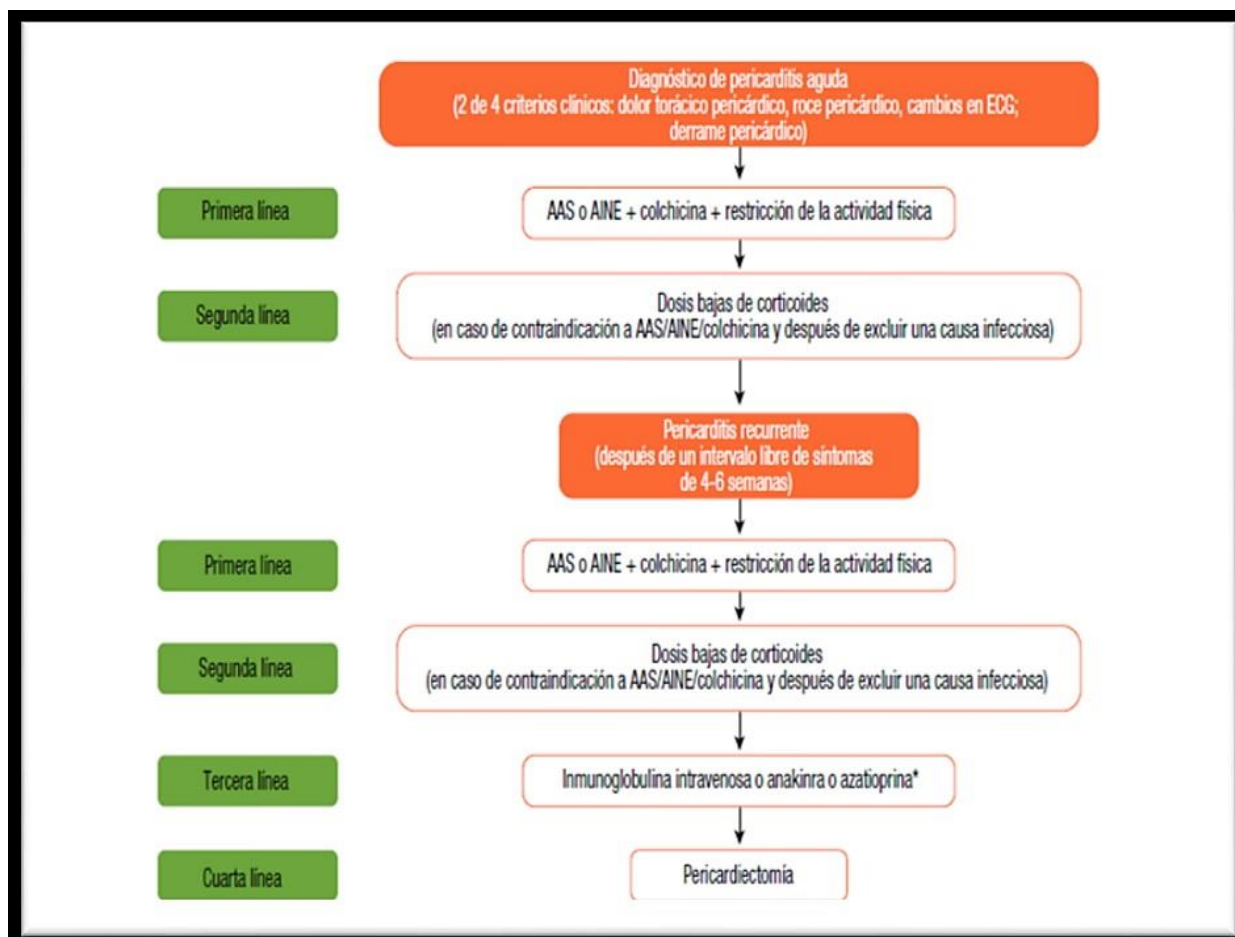
- Pericarditis crònica
- Major nombre de recurrències
- Més efectes secundaris

Es pot indicar en:

- Malalties sistèmiques inflamatores
- Post pericardiectomia
- Gestació
- Intolerància o contraindicacions per a AINE

Reducció de la prednisona : 1 – 2.5 mg cada 2-6 setmanes

ESQUEMA DEL TRACTAMENT



SIGNES D'ALARMA

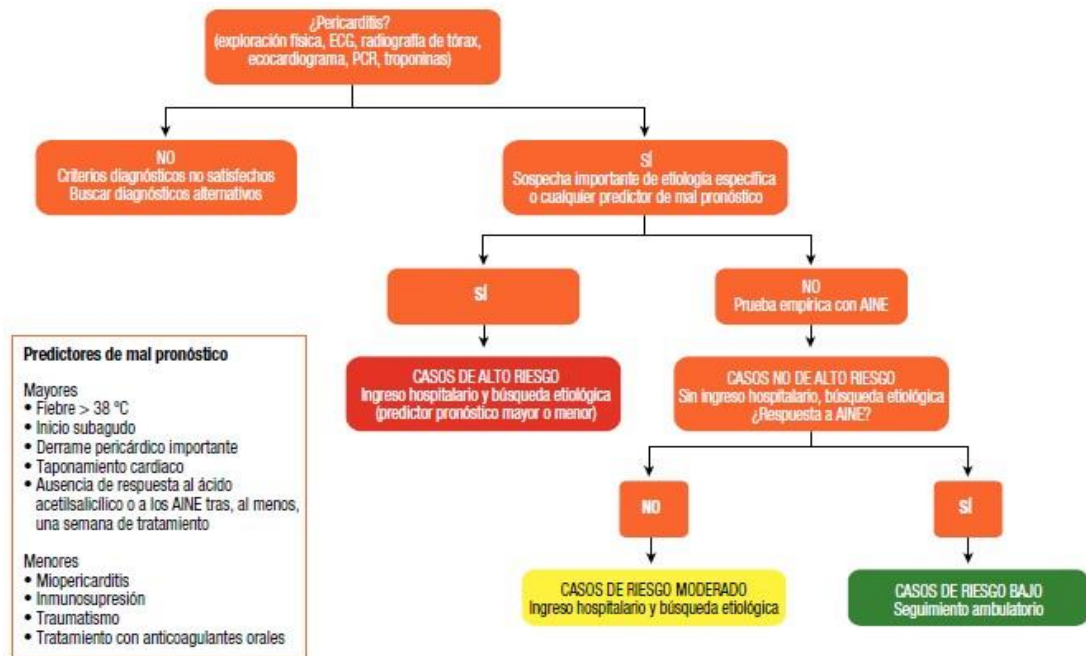
MAJORS

- Febre > 38 °C
- Curs subagut
- Vessament pericardíac important (major de 20 mm)
- Taponament pericardíac
- No resposta a AAS o ibuprofè en els primers 7 dies

MENORS

- Pericarditis associada a miocarditis
- Immunosupressió
- Traumatisme
- Tractament amb anticoagulants orals

Cal derivació hospitalària per conèixer la causa etiològica si sospitem que pot tenir una etiologia subjacent (no víriques ni idiopàtiques) + un criteri major o menor.



BIBLIOGRAFIA

Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio.

Citació

Autora: Moleiro, Àngels

Títol: Pericarditis #en3minuts

Revista: APSalut. Volum 10. Número 1. Article 190

<https://apsalut.cat/2022/02/23/pericarditis-en-3-minuts/>

Data: 20 de febrer de 2022



Impacte de la pandèmia COVID-19 en l'evolució de resultats de retinografies en pacients amb diagnòstic de Diabetis Mellitus tipus II

Autors: Carla Cabrera Suárez, resident de 4t any de MFIC; Lluís Cuixart Costa, adjunt MFIC a CAP Roger de Flor; Sílvia Zamora Mestre, adjunta MFIC i coordinadora de docència; Nariman Chahboun El Messaoudi, resident de 3r any de MFIC; Elvira Ferriz Morell, resident de 1r any d'IIR Familiar i Comunitària; Marta Ruiz Revilla, resident de 2n any d'IIR Familiar i Comunitària. EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

RESUM

- **Objectiu:** avaluar l'impacte de la pandèmia en el resultat de retinografies de pacients amb DM2, comparar l'evolució en període pre pandèmia 1 (gener

2016-desembre 2017), període prepandèmia 2 (gener 2018-desembre 2019) i període postpandèmia (setembre-desembre 2021).

- **Material i mètodes:** estudi descriptiu observacional retrospectiu. Anàlisi descriptiva: freqüències absolutes i relatives (variables qualitatives), mitjana, desviació estàndard i rang interquartílic (variables quantitatives), proporció d'indicacions adequades i inadequades amb IC 95%. Criteris d'inclusió: > 18 anys d'edat amb antecedent de DM2, una retinografia realitzada en període postpandèmia i també, almenys una retinografia en període prepandèmia per poder comparar resultats postpandèmia amb els de prepandèmia.
- **Resultats:** N= 85 pacients amb DM2. 56% dones i 43% homes. Edat mitjana de 68 anys. Antecedent de: 28% tabaquisme actiu, 67% hipertensió arterial (HTA), 69% dislipèmia (DLP), 10.6% malaltia renal crònica (ERC), 20% malaltia cardiovascular (ECV), 18.8% infecció COVID19, 94% vacunats. Segons tractament habitual: 9.4%, insulina, 75% biguanides, 7% sulfonilurees, 4.7% metiglinides, 1% tiazolidinediones, 24.7% inhibidor DPP4, 1% agonista GLP1, 8% inhibidor SGLT2. Retinografies prepandèmia 1 (RF1): 1.82% FO amb lesions diabètiques. Retinografies prepandèmia 2(RF2): 1.72% FO amb lesions diabètiques. Retinografies postpandèmia (RF3): 4.76% FO amb lesions diabètiques. Sense diferències entre subgrups de RF1 i RF2 ($p=0.250$), diferències significatives entre RF1 i RF3 ($p=0.001$) i entre RF2 i RF3 ($p=0.0$).
- **Conclusions:** Diferències significatives comparant RF1-RF3 i RF2-RF3, no entre RF1 i RF2 ni per sexe, vacuna COVID19, antecedents patològics ni altres tractaments. Sí amb ECV o insulinoteràpia.

INTRODUCCIÓ

S'estima que a Europa la malaltia diabètica ocular és present a més d'una quarta part de les persones amb DM2 i a la meitat de les persones amb DM1 (1).

Entre les malalties diabètiques oculars destaca la retinopatia diabètica, que és la complicació microvascular més comuna i greu de la DM, així com la principal causa de pèrdua visual severa en adults en edat laboral a la població occidental i pot conduir a altres condicions oculars greus, com l'edema macular diabètic, el glaucoma neovascular o el despreniment de retina (2).

La prevalença de retinopatia diabètica en persones amb DM1 és de 54.4% i en persones amb DM2 del 25%. La incidència anual mitjana combinada de qualsevol tipus de retinopatia diabètica i DME en persones amb DM2 és del 4,6% i 0,4%, respectivament. Amb aquestes dades, s'estima que les persones amb DM afectades per malaltia diabètica ocular a Europa augmentaran de 6.4 milions actualment a 8.6 milions el 2050, dels quals el 30% necessitarà un seguiment i/o tractament estrets (1). A Espanya, la prevalença de retinopatia diabètica en pacients amb DM2 estimada varia segons les regions, situant-se entre el 9 i el 19%. Aproximadament 1 de cada 7 pacients



amb DM2 presenten retinopatia diabètica després de 9 anys des del diagnòstic (3)(4)(5)(6).

La pandèmia de COVID-19 ha impulsat canvis significatius al sistema de salut. L'enfocament de mitigar els efectes del SARS-CoV-2 ha resultat en la interrupció de molts serveis d'atenció mèdica de rutina en malalties cròniques com la DM (7),(8).

El cribratge regular de retinopatia diabètica i la intervenció oportuna redueixen la ceguesa per DM en un 90%. Actualment aquest cribratge depèn de la interpretació de les imatges capturades per tècnics capacitats. Les barreres inherents d'accessibilitat i assequibilitat a causa de la pandèmia COVID-19 han impedit l'èxit dels programes de detecció de retinopatia diabètica (9), portant un menor nombre d'injeccions intravítrees, des d'aproximadament un 30 fins a gairebé un 100% de reducció, en comparació al 2019, i també a una reducció general de l'agudesia visual durant el seguiment (10).

Aquest estudi pretén comparar l'evolució metabòlica i de retinografies de pacients amb DM2 en el període pre pandèmia 1 (de gener 2016 a desembre 2017) i pre pandèmia 2 (de gener 2018 a desembre 2019) davant del període pre pandèmia 2 i post pandèmia (del setembre 2021 a desembre 2021).

MATERIAL I MÈTODES

És un estudi descriptiu observacional retrospectiu. Es realitza anàlisi descriptiva mitjançant freqüències absolutes i relatives (variables qualitatives), mitjana, desviació estàndard i rang interquartílic (variables quantitatives), proporció d'indicacions adequades i inadequades amb IC 95%.

Criteris d'inclusió: pacients majors de 18 anys amb antecedent de DM2, una retinografia realitzada en període post pandèmia i almenys una retinografia en període pre pandèmia per poder comparar resultats post pandèmia amb els de pre pandèmia.

Es compara l'evolució dels resultats de retinografies de control realitzades amb cambra no midriàtica en pacients amb diagnòstic previ de DM2 durant el període pre pandèmia COVID-19 (1a retinografia de gener de 2016 a desembre de 2017, que serà denominat com a període pre pandèmia 1 i 2a retinografia de gener de 2018 a desembre de 2019, que es denominarà com a període pre pandèmia 2) i durant el període post pandèmia en què es reinicia la realització d'aquesta prova de forma rutinària a Atenció Primària (3a retinografia de setembre de 2021 a desembre de 2021).

Així mateix, es compara el nombre de pacients que va ser derivat al servei d'Oftalmologia després de detectar a l'Atenció Primària una alteració en retinografia



suggestiva de retinopatia diabètica en els tres períodes ja esmentats. Així com els pacients que es van poder beneficiar d'una intervenció terapèutica per part d'aquests.

Es compara el nombre d'ingressos hospitalaris i/o visites a serveis d'urgències mèdiques per complicacions metabòliques agudes de DM (cetoacidosis diabètica, descompensació hiperglucèmica hiperosmolar, hipoglucèmia < 70 mg/dl) durant el període pre pandèmia 1 i 2.

Per acabar, es compara resultats de retinografia entre subgrups segons els diferents antecedents.

RESULTATS

N total = 85 pacients amb DM2. 56% dones i 43% homes. Edat mitjana de 68 anys. Antecedent de: 28% tabaquisme actiu, 67% hipertensió arterial (HTA), 69% dislipèmia (DLP), 10.6% malaltia renal crònica (ERC), 20% malaltia cardiovascular (ECV), 18.8% infecció COVID19, 94% vacunats. Segons tractament habitual: 9.4%, insulina, 75% biguanides, 7% sulfonilurees, 4.7% metiglinides, 1% tiazolidinediones, 24.7% inhibidor DPP4, 1% agonista GLP1, 8% inhibidor SGLT2.

Retinografies pre pandèmia 1 (RF1): 70,91% fons d'ull (FO) sense alteracions, 1,82% FO amb lesions no diabètiques, 1,82% FO amb lesions diabètiques. Retinografies pre pandèmia 2 (RF2): 56.9% FO sense alteracions, 1.72% FO lesions diabètiques.

Retinografies post pandèmia (RF3): 67.86% FO sense alteracions, 2.38% FO amb lesions no diabètiques, 4.76% FO amb lesions diabètiques.

Derivació a Oftalmologia: l'1% a pre pandèmia 1, 0% a pre pandèmia 2 i el 12.2% a post pandèmia. Intervinguts quirúrgicament (IQ): 3,64%.

Cap pacient no va presentar complicacions o ingrés en pandèmia. Un pacient va presentar hipoglucèmia que va necessitar atenció mèdica.

Sense diferències entre subgrups de RF1 i RF2 ($p=0.250$), diferències significatives entre RF1 i RF3 ($p=0.001$) i entre RF2 i RF3 ($p=0.0$). Estudi de perfils per grups: edat mitjana de pacients amb retinografia sol·licitada pre pandèmia (pre) i post pandèmia (post) 69 anys, només pre: 68 anys, només post: 64 anys. Coeficient -1,07 (pre), -5,25 (post); $p=0.045$.

Tractament biguanides en grup amb retinografia valorada pre i post 85.7%, valorada pre 78.5%, post 61.9%. Odd ratio pre 0.61 (0.531), post 0.27 ($p=0.038$) comparant amb valorades pre i post.



Pacients amb antecedent de COVID19 i retinografia valorada prepandèmia 14.29%; 38.10% en valorada postpandèmia (Odd ratio 3.69; $p=0.038$). 7% pacients amb insulinoteràpia presenten retinografia valorada pre i post, 28.5% pre i 0% post. Odd ratio 5.2 ($p=0.050$) en grup pre comparant amb la resta de grups. Diferència significativa en pacients amb antecedent de MCV i retinografies normals pre (43%) i post (15.7%); $p=0.017$. També en pacients amb insulinoteràpia i retinografia normal pre (18.75%) i post (5.26); $p=0.083$. HTA i insulinoteràpia (37.50%), amb HTA sense insulinoteràpia (70.13%); $p=0.062$. DLP i insulinoteràpia (25%), DLP sense insulinoteràpia (74%); $p=0.004$. Diferència RF1 amb insulinoteràpia (60% amb FO sense alteracions, 20% amb lesions diabètiques, 0% amb lesions no diabètiques); $p=0.035$. Sense diferències significatives en pacients amb retinografies amb lesions diabètiques pre (40%) i postpandèmia (60%).

CONCLUSIONS

Hi ha diferències estadísticament significatives comparant grup RF1 i RF3, així com grup RF2 i RF3, no entre RF1 i RF2 ni per sexe, ni amb antecedent de vacuna COVID19, antecedents patològics ni altres tractaments. Sí amb ECV o insulinoteràpia.

Per tant, es pot concloure que la interrupció de l'activitat assistencial normal durant la pandèmia COVID-19 ha suposat un empitjorament evolutiu dels resultats de retinografies de pacients diagnosticats de DM2.

BIBLIOGRAFIA

1. Li JQ, Welchowski T, Schmid M, Letow J, Wolpers C, Pascual-Camps I, et al. Prevalence, incidence and future projection of diabetic eye disease in Europe: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology* 2019 35:1 [Internet]. 2019 Sep 12 [cited 2021 Nov 16];35(1):11–23. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-019-00560-z>
2. Shukla U v., Tripathy K. Diabetic Retinopathy. *StatPearls* [Internet]. 2021 Aug 29 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560805/>
3. López M, Cos FX, Álvarez-Guisasola F, Fuster E. Prevalence of diabetic retinopathy and its relationship with glomerular filtration rate and other risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain. DM2 HOPE study. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 16];9:61–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcte.2017.07.004>
4. Rodríguez-Poncelas A, Miravet-Jiménez S, Casellas A, Barrot De JF, Puente L, Franch-Nadal J, et al. Prevalence of diabetic retinopathy in individuals with type 2 diabetes who had recorded diabetic retinopathy from retinal

- photographs in Catalonia (Spain). The British Journal of Ophthalmology [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2021 Nov 16];99(12):1628. Available from: /pmc/articles/PMC4680151/
5. Romero-Aroca P, Verges-Pujol R, Santos-Blanco E, Maarof N, Valls A, Mundet X, et al. Validation of a Diagnostic Support System for Diabetic Retinopathy Based on Clinical Parameters. Translational Vision Science & Technology. 2021 Mar 1;10(3):17–17.
 6. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en Santander. Norte de España [Internet]. [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718302932>
 7. Peric S, Stulnig TM. Diabetes and COVID-19: Disease—Management—People. Wiener Klinische Wochenschrift [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Nov 12];132(13–14):1. Available from: /pmc/articles/PMC7238399/
 8. Holland D, Heald AH, Stedman M, Green L, Scargill J, Duff CJ, et al. Impact of the UK COVID-19 pandemic on HbA1c testing and its implications for diabetes diagnosis and management. International Journal of Clinical Practice. 2021 Apr 1;75(4).
 9. Kumari S, Venkatesh P, Tandon N, Chawla R, Takkar B, Kumar A. Selfie fundus imaging for diabetic retinopathy screening. [cited 2021 Nov 12]; Available from: <https://doi.org/10.1038/s41433-021-01804-7>
 10. Ahmed I, Liu TYA. The Impact of COVID-19 on Diabetic Retinopathy Monitoring and Treatment. Current Diabetes Reports [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2021 Nov 12];21(10):3. Available from: /pmc/articles/PMC8425316/

Citació

Autors: Cabrera Suárez, Carla; Cuixart Costa, Lluís; Zamora Mestre, Sílvia; Chahboun El Messaoudi, Nariman; Ferriz Morell, Elvira; Ruiz Revilla, Marta

Títol: Impacte de la pandèmia COVID-19 en l'evolució de resultats de retinografies en pacients amb diagnòstic de Diabetis Mellitus tipus II

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 203

<https://apsalut.cat/2022/11/15/impacte-de-la-pandemia-covid-19-a-levolucio-de-resultats-de-retinografies-en-pacients-amb-diagnostic-de-diabetis-mellitus-tipus-ii/>

Data: 25 d'octubre de 2022





CASOS CLÍNICS

APSalut 2022



Globositat abdominal asimètrica

Autores: Violeta Uriach, Anna Viladiu, Mònica Roca i Anna Ràfols (MFIC CAP de Banyoles)

Motiu de consulta

Abombament abdominal asimètric de nova aparició.

Història clínica

Home de 70 anys en control per neurologia per Síndrome rígid acinètic asimètric acompanyat de tremolor distònic en tractament amb levodopa i correcte control. També té antecedent de SAOH greu, portador de CPAP, varius a les cames, hiperplàsia benigne de pròstata i portador de pròtesis al genoll esquerre. En tractament amb levodopa com a tractament únic.

El pacient consulta telefònicament per haver detectat una asimetria abdominal. Ell refereix que nota un abombament a nivell d'hemiabdomen dret del qual no en sap determinar el moment de l'aparició.

Malaltia actual

El pacient, en una visita telefònica refereix notar-se un abombament a nivell d'hemiabdomen dret. Explica que en sortir de la dutxa i mirar-se al mirall, ha vist l'asimetria, li ha comentat a la dona, que així ho confirma. Nega dolor, no lesions dermatològiques a aquest nivell, no coïssor, no febre. No ha presentat nàusees ni vòmits, no diarrea ni productes patològics, si que explica una certa tendència al restrenyiment des de fa uns dies, coincidint amb l'aparició de l'abombament abdominal, però ell sovint té èpoques on refereix restrenyiment pel que tampoc li havia donat una especial importància. Ell es troba bé, no astènia, no hiporèxia ni altra clínica. Donada la dificultat i la limitació de l'avaluació telefònica, es proposa una visita presencial.

A la visita presencial, confirmem l'asimetria abdominal, ell segueix sense altra clínica, no es palpen masses abdominals, palpació abdominal no dolorosa, no defensa, rosving, blumerg, murphy negatius, peristaltisme conservat. Auscultació cardiorespiratòria sense troballes. Constants correctes. Tampoc es palpen adenopaties ni altres troballes a destacar.

Donada l'estabilitat del pacient i l'absència de clínica greu, es decideix fer un primer estudi i control a nivell d'atenció primària.

Davant la incertesa diagnòstica es va sol·licitar una ecografia abdominal urgent que va ser normal.

Diagnòstic diferencial: hernia abdominal, visceromegàlia, neoplàsia abdominal, meteorisme, oclusió intestinal, aneurisma aòrtic abdominal, colecistitis, abscess abdominal. Molts dels quals descartats per l'absència de clínica i/o l'ecografia normal.

Revisant la història clínica, veiem que feia un parell de setmanes, el pacient havia acudit d'urgències al centre d'atenció primària per lesions vesiculars a nivell abdominal dret, orientant-se el quadre com un Herpes Zoster iniciant-se tractament oral amb valaciclovir amb millora del quadre. A la bibliografia, veiem que la paràlisi de

la musculatura abdominal és una complicació infreqüent de la infecció per herpes Zoster i es manifesta en forma de distensió abdominal unilateral en el lloc afectat, clínica que aparentment podria coincidir amb el quadre que presenta el nostre pacient.

La paràlisi abdominal postherpètica, també té el nom de pseudohernia postherpètica i es deguda a una parèsia segmentària que, tot i l'elevada incidència de l'Herpes Zoster, apareix en menys del 0,17-2 % dels casos d'herpes abdominals. Es manifesta com una distensió, una protrusió de la paret abdominal unilateral que augmenta amb maniobres de Valsalva en absència de defectes estructurals. Segons la bibliografia, el dermatoma T11 és el més afectat, seguit del T12 i T10. Els símptomes poden aparèixer de 2 a 6 setmanes abans de l'erupció cutània, tot i que normalment, com en el cas del nostre pacient, es desenvolupen unes 2-3 setmanes després a vegades un cop resolta la lesió cutània. S'han descrit principalment en pacients d'edat avançada, persones amb neoplàsies sobretot hematològiques o en immunodeprimits.

El mecanisme exacte no es coneix amb exactitud però es creu que és degut a la infecció viral a nivell de l'asta anterior de la medul·la espinal a conseqüència de la disseminació neural del virus de la Varicel·la Zòster des dels ganglis de les arrels dorsals. A nivell anatomopatològic, s'han demostrat lesions ganglionars combinades amb degeneració de les arrels sensorials i motores amb neuritis greu que explicarien les troballes electrofisiològiques. El diagnòstic és fonamentalment clínic mitjançant la correlació temporal de la infecció per Herpes Zòster amb l'aparició de distensió abdominal sense altra troballa. La resolució és espontània, passades unes 3-7 setmanes.

Evolució

A l'explicar la sospita diagnòstica i la història natural del quadre, així com la resolució espontània del cas, transmetem tranquil·litat al pacient i li proposem fer un control telefònic/presencial fins la resolució del quadre.

El pacient es manté asimptomàtic i es confirma la resolució total del quadre unes cinc setmanes després.

Aplicabilitat a la medicina de família

La paràlisi muscular postherpètica és una complicació infreqüent, tot i així, és necessari conèixer la seva existència per identificar el quadre, evitant d'aquesta manera, proves innecessàries i la incertesa tant del pacient com del professional. És a més, l'exemple d'un cas clínic de gestió totalment a nivell d'atenció primària.

A l'atenció primària s'atenen molts motius de consulta, essent un gran repte dia a dia, estar actualitzats i compartir experiències ens ajuda a tots a poder millorar la nostra atenció.



Bibliografia

- Anna Curell, Pseudohernia postherpética. ELSEVIER. Gener 2019.
- N. Setó-Torrent. Pseudohernia abdominal por herpes zóster.
DOI:10.1016/j.ad.2019.01.029
- FABIO A. BARROSO. DISTENSION ABDOMINAL POR HERPES ZOSTER.
MEDICINA- Volumen 62 – N° 1, 2002 MEDICINA (Buenos Aires) 2002; 62:53-5.

Citació

Autores: Uriach, Violeta; Viladiu, Anna; Roca, Mònica; Ràfols, Anna

Títol: Globositat abdominal asimètrica

Revista: APSalut. Volum 10. Número 1. Article 191

<https://apsalut.cat/2022/02/25/globositat-abdominal-asimetrica/>

Data: 15 de febrer de 2022



Dolor lumbar després de fer un camí de ronda

Autora: Aranzazu Santana González. MIR EAP Vic (CAP El Remei)

Abstract presentat al XXVIII Congrés d'Atenció Primària de la CAMFiC 2022

Home de 73 anys que consulta per dolor lumbar esquerre d'una setmana d'evolució.

Antecedents personals: Hipertensió arterial, hipertròfia benigna de pròstata, gonartrosi dreta, trocanteritis esquerra. Tractament: enalapril i paracetamol. Autònom per les activitats de la vida diària, esportista.

Anamnesi: Consulta per dolor lumbar baix esquerre irradiat a gluti esquerre d'una setmana d'evolució, després de fer un camí de ronda amb moltes escales, millora amb paracetamol.

Exploració física: dolor a la flexió d'extremitat inferior esquerra, resta sense alteracions, maniobres radiculars negatives, força i sensibilitat conservades.

El pacient va ser diagnosticat de lumbàlgia rebent tractament amb paracetamol i termoteràpia.

Reconsulta als 15 dies aportant una ressonància lumbar feta per una mútua privada per persistència del dolor, que detecta anterolistesi degenerativa de L4, canvis degeneratius a articulacions interapofisàries de predomini L4-L5, troballes a S1, S2 i ilíac esquerre suggestives d'afectació tumoral, per metàstasis o per procés hematològic. Sense quadre tòxic, ni altra clínica acompanyant. Es deriva a Unitat de Diagnòstic Ràpid per completar estudi. Anàlítica amb PSA de 87ng/ml, fosfatases alcalines 268, resta normal.

Diagnòstic diferencial: lumbàlgia mecànica, espondilolisi, espondilolistesi, hernia discal, síndrome de canal estret, fractura lumbar, procés neoplàstic.

Es diagnosticat de neoplàsia de pròstata amb metàstasi òssia essent derivat a Urologia. Biòpsia prostàtica amb adenocarcinoma acinar, gammagrafia òssia amb múltiples metàstasis òssies.

Realitza tractament amb bicalutamida i àcid zolendrònic, posteriorment triptorelina. Seguiment a Oncologia amb disminució progressiva del PSA, últim de 8,2. Actualment en tractament amb apalutamida i enzalutamida.

Conclusions: En context de pandèmia hem hagut de reduir les visites presencials, hem perdut la longitudinalitat dels pacients, hem demorat visites de pacients crònics i controls analítics. És molt important que recuperem aquesta longitudinalitat per



poder fer prevenció i detectar malalties en estadis inicials aconseguint un millor pronòstic per als nostres pacients.

Citació

Autora: Santana González, Aranzazu

Títol: Dolor lumbar després de fer un camí de ronda

Revista: APSalut. Volum 10. Número 2. Article 196

<https://apsalut.cat/2022/06/17/dolor-lumbar-despres-de-fer-un-cami-de-ronda/>

Data: 26 de maig de 2022





Pitiriasi Alba. A propòsit d'un pacient atès a nivell primari

Autors: César Dilú Sorzano, MFiC a l'ABS de Figueres. Aylín Rodríguez Velázquez, resident de 3r any de MFiC a l'ABS de Figueres. Zoila Dilú Sorzano, pediatra a l'ABS Salt2

La pitiriasi alba (PA) és una dermatitis benigna, recidivant, de curs crònic i d'etiologia incerta, la qual es caracteritza per màcules hipocròmiques, arrodonides o ovalades, poc delimitades i cobertes amb escates fines. En aquest sentit, s'ha descrit que es pot presentar a qualsevol zona del cos, si bé és característica la seva predilecció per les àrees exposades al sol. (1,2)

Es localitza, fonamentalment a la cara (galtes, front, regió mesentèrica, barbeta, al voltant d'orificis nasals, boca, conducte auditiu extern). També a la cara externa dels membres superiors. No obstant això, les lesions apareixen de forma menys freqüent al coll, tronc i extremitats inferiors. El nombre de lesions pot variar des d'una màcula aïllada fins a més de 20 lesions, encara que el més freqüent és trobar-ne 2 o 3. (3,4)

La pitiriasi alba va ser descrita per primera vegada per Gilbert el 1860 i Fox el 1923. La denominació actual va ser proposada per Hasen el 1927, però va arribar a ser àmpliament acceptada després d'haver estat recolzada per O'Farrell el 1956. (5,6)

El nom prové per les fines escames que apareixen al principi (pitiriasi) i la pal·lidesa en forma de placa, i per aquest motiu es denomina com a “alba”.

Aquesta malaltia se la coneix amb diferents noms al llarg de la història, tals com: pitiriasi sicca fasciei, pitiriasi simplex fasciei, eritema streptogens, impetigen furfuràcea, impetigen crònic, dartres volant, pitiriasi fasciei. (7)

Les lesions passen per tres fases o etapes evolutives: (3,8)

1. **Fase primerenca:** es manifesta com una petita placa rosada-eritematosa ben marcada de vores lleugerament elevades amb pàpules fol·liculars puntiformes i petites crostes seroses; les lesions són pruriginoses.
2. **Fase intermèdia:** després d'algunes setmanes, l'eritema desapareix i deixa unes màcules blanques cobertes per una escata furfuràcia adherent molt fina, més gran.
3. **Fase tardana:** s'observa una màcula hipopigmentada circular o ovalada irregular amb descamació o sense que pot durar 10 anys o més, tot i que s'al·leuja en pocs mesos.

Els pacients solen buscar atenció mèdica durant aquesta etapa, a causa de la seva cronicitat amb aguditzacions durant els mesos de calor, per la qual cosa és la més comunament trobada. (9,10)

Pels afectats de pitiriasi alba, com passa amb altres malalties, l'autocura és assumir voluntàriament la cura de la pròpia salut.

Per aquesta raó és aconsellable limitar les activitats a l'aire lliure, especialment a hores properes al migdia. Durant l'estiu, aplicar protector solar a la pell afectada, amb l'objectiu d'impedir que les taques quedin molt marcades.

La prevenció està basada en la hidratació diària i en les mesures per impedir la sequedat excessiva de la pell, és a dir, evitar la durada perllongada del bany, l'aigua molt calenta, l'ús excessiu d'esponges, sabons o detergents abrasius. Així mateix, utilitzar sistemes barrera com barrets, samarretes, para-sols i altres. (11,12,13)

Tot i no presentar gravetat clínica, aquesta malaltia pren importància per la tendència a la recidiva i hi han les repercussions estètiques i psicològiques de qui la pateix, per la localització visible de les taques i les vores ben definides, especialment en persones de pell fosca. (14)

A continuació es mostren diverses imatges de la persona afectada, noi de 16 anys, atès a consulta, amb antecedents de dermatitis atòpica, que a l'estiu va practicar winsurf durant 2 setmanes, amb samarreta de màniga curta.



Encara que la teledermatologia s'utilitza fonamentalment per al cribratge de lesions malignes, hi ha bons resultats en el diagnòstic de diverses lesions dermatològiques. En diversos estudis, s'ha observat una concordança del 92% entre el diagnòstic teledermatològic i el diagnòstic real. (15,16)

S'envien aquestes imatges a dermatologia amb el servei de "Teledermatologia" on l'especialista confirma el diagnòstic i recomana el tractament següent: Hidratació cutània constant amb l'ús d'emol·lients i lubricants per evitar brots freqüents, tenint en compte que la pell amb dermatitis atòpica no produeix hidratació pròpia.

1. Ureadin 20 creme: aplicar diàriament a les nits.
2. Dexeryl crema: aplicar diàriament als matins.
3. Utilitzar per a la dutxa sabó suau per a pell atòpica.
4. A les àrees amb eritema aplicar a les nits Peite crema, fins aconseguir la millora de l'eczema.

L'aplicació d'aquests productes s'ha de fer després del banys, augmentant així la seva efectivitat.

Com a resultat s'ha obtingut l'objectiu de millora de les lesions en poques setmanes de forma notable.

CONCLUSIONS

– La Pitiriasi Alba és un diagnòstic que cal tenir en compte en joves i adolescents que consulten a l'atenció primària, sobretot els mesos d'estiu.

– La teledermatologia és útil per confirmar el diagnòstic i orientar el tractament en pacients amb Pitiriasi Alba. Optimitza les consultes de dermatologia, sobretot en zones rurals.

Bibliografia

1. Herrera KE, Colmenarez V, Páez EM, Tobía S, Vivas SC. Dermatitis atópica: Pitiriasis alba. A propósito de un caso. Rev argent dermatol [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Sep 13] ; 100(4): 101-110. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2019000400101&lng=es
2. Sánchez Jiménez E. Manejo de la pitiriasis alba en atención primaria. Rev. Electrónica Portales médicos [Internet]. 2014 [citado 2022 Sep 13]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/pitiriasis-alba/>
3. Tierra Escudero IM. Prevalencia de Pitiriasis Alba y su impacto en estudiantes de la Escuela Educativa Básica Fiscomisional Dr. Gabriel Garcia Moreno, Canton Guano, Provincia Chimborazo, Septiembre – Diciembre 2014[Tesis de grado]. Riobamba – Ecuador: Escuela Superior Politecnica de Chimborazo;2014. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/7321/1/94T00326.pdf>
4. Castillo, Y. Puescas, P. Díaz, C. Maldonado, W. Mendoza, B. Alcóser, A. Características clínico epidemiológicas de pitiriasis alba en población de 6 a 16 años en colegios nacionales del distrito de Manuel A. Mesones Muro, Lambayeque.Chiclayo: Universidad San Marcos 2011
5. Soria Solis JR. “Factores asociados a pitiriasis alba en pacientes del consultorio de Dermatología del Hospital Goyeneche” [Tesis de grado. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018[citado 2022 Sep 13]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3262459?show=full>
6. O’Farrel NM. Pytiriasis alba.Arch Dermatol 1956; 73:373-77.
7. Rodríguez Eneque CK. Dermatitis Atópica como factor asociado para infecciones cutáneas en niños [Tesis de grado]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 2022 Sep 13]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9360/1/REP_CLAUDIA.RODRIGUEZ_DERMATITIS.AT%c3%93PICA.pdf
8. Moreno, B. Castanedo, J. Torres, B. Moncada, B. Pitiriasis Alba. México: Dermatología Revista Mexicana. 2010. vol.54.
9. AcuCanarias [Internet]. Canarias: Centro Superior de Estudios ; © 2020 [citado 2022 Sep 13]. 1525. Curso: Valoración Inicial Del Paciente En Urgencias o Emergencias Sanitarias* (50h) (Tenerife) ; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.acucanarias.com/curso/1525_curso_valoracion_inicial_del_paciente_en_urgencias_o_emergencias_sanitarias_50h_tenerife



10. Kara Polat A, Yesilova Y, Tugba Alatas E, Akin Belli A, Dogan G y Picakciefe M. Prevalence of skin diseases of the pediatric population in the Southeastern Anatolia, Turkey. *Medicine Science International Medical Journal*. 2018; 1-4.
11. Díaz Uribe LH. Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. *MedUNAB*[Internet].2003 [citado 2022 Sep 13] ;6(18): 168-72. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/250>
12. Tua Saúde [Internet]. Portugal: Tua Saúde; © 2007 – 2022 [actualizado 12 Feb 2022; citado 13 Sep 2022]. Pitiriasis alba: qué es, síntomas y tratamiento; [aprox. 2 pantallas].Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/pitiriasis-alba/>
13. Moreno Cruz B. Ensayo Clínico controlado aleatorizado; doble ciego de calcitrol al 0.003 % comparado con vaselina en el tratamiento de Pitiriasis Alba [Tesis de grado].San Luis der Potosí: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí; 2009 [citado 2022 Sep 13]. p .2002 Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/2198>
14. Davis DM, Waldman A, Jacob S, LeBovidge J, Ahluwalia J, Tollefson M, Jetter N y Jonathan Spergel J.Diagnosis, comorbidity, and psychosocial impact of atopic dermatitis. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 2017; 36 (3).
15. Ayén Rodríguez A, Llamas Molina JM , et al. Teledermatología en el Área Sanitaria Centro Oeste de Granada: desde atención primaria a especializada. *Medicina de Familia. SEMERGEN Volume 47, Issue 4*, May–June 2021, Pages 224-229.
16. Taberner Ferrera R, Pareja Bezaresb A, et al. Fiabilidad diagnóstica de una consulta de teledermatología asíncrona. *Aten Primaria*. 2009;41(10):552–557.

Citació

Autors: Dilú Sorzano, César; Rodríguez Velázquez, Aylín; Dilú Sorzano, Zoila

Títol: Pitiriasi Alba. A propòsit d'un pacient atès a nivell primari

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 201

<https://apsalut.cat/2022/11/19/pitiriasi-alba-a-proposit-dun-pacient-ates-a-nivell-primari/>

Data: 10 de novembre de 2022





RECERCA I CONEIXEMENT

APSalut 2022



Proves diagnòstiques COVID-19: importància del context clínic

COVID-19 DIAGNOSTIC TESTS: IMPORTANCE OF THE CLINICAL CONTEXT

Autors: Marc Vila (1,4); Inés Agustí(2), Alvar Agustí(2-5)

1. Equip d'Atenció Primària Vic (EAP VIC), Barcelona
2. Hospital Clínic, Barcelona
3. Universitat de Barcelona (UB)
4. Càtedra de Salut Respiratòria (UB)
5. CIBER Malalties Respiratòries

Article publicat a Medicina Clínica Elsevier (Barcelona). 2021 Aug 27; Published online 2021 May 6. Spanish. doi:10.1016/j.medcli.2021.03.007
PMCID: PMC8101797 / PMID: 34158178

Paraules clau: Coronavirus, Diagnòstic, Transmissió, Quadre clínic, Prevenció, SARS-CoV-2

Resum

L'actual pandèmia de SARS-CoV-2 planteja nombrosos reptes sanitaris, entre els quals destaca l'ús adequat i la interpretació correcta de les proves diagnòstiques disponibles en diferents contextos clínics.

Com qualsevol prova diagnòstica, les de SARS-CoV-2 tenen limitacions metodològiques de sensibilitat (S) i especificitat (E) que en determinen el valor predictiu positiu (VPP) i negatiu (VPN)(1). A més, el seu rendiment diagnòstic depèn del context clínic en què s'avaluï, és a dir, de la probabilitat pretest. A l'article original es revisa els principals aspectes metodològics que influeixen sobre la S, E, VPP i VPN de les proves diagnòstiques de SARS-CoV-2 més habituals i discuteix la seva interpretació diagnòstica en diferents escenaris clínics.

L'article es divideix en dos grans blocs. El primer fa referència a les proves diagnòstiques més habituals que es descriuen al manuscrit, són la reacció en cadena de la polimerasa en temps real (RT-PCR)(2), hisops orofaringis/nasofaringis(3), esput(4), mostres salivals(5), aspirat traqueobronquial(6), rentat bronco- alveolar (BAL) (7), hisops rectals o mostres fecals(8) afegint també la detecció ràpida d'antígens al punt d'atenció(9).

Es discuteixen les diferents respostes immunes, tant l'humoral(10) com la resposta cel·lular(11), objectivant-ne les diferències i les particularitats. Així com, les tècniques diagnòstiques complementàries com les proves d'imatge(12); radiografia simple de tòrax (RT), Tomografia Computeritzada del tòrax (TC) i Ecografia pulmonar (EP) i finalment, els marcadors bioquímics en sang(13). El segon bloc focalitza l'atenció en el context clínic i la interpretació de les proves diagnòstiques de la COVID-19, donant importància als principis de l'estadística Bayesiana i el seu context clínic pretest (1,14).

Els autors conclouen que la RT-PCR i les proves de detecció ràpida d'antígens són útils per al diagnòstic d'infecció aguda per SARS-CoV-2. Les proves serològiques identifiquen exposició prèvia al virus (amb la resposta immune humoral corresponent). Al costat, hi ha una sèrie de proves diagnòstiques complementàries com les proves d'imatge (Radiografia i TC de tòrax, ecografia pulmonar) i alguns



marcadors bioquímics que són útils per valorar la gravetat de la malaltia i ajudar a establir-ne el pronòstic. Com qualsevol altra prova diagnòstica però, totes han de ser interpretades tenint en compte tant les seves característiques metodològiques (E, S, VPP i VPN) com el context clínic (probabilitat pretest) en què s'interpreten (pacient agut, pacient convallescent, persona asimptomàtica o cribratge poblacional).

Bibliografia

1. Good CB, Hernandez I SK. Interpreting COVID-19 Test Results: a Bayesian Approach. *J Gen Intern Med*. 2020;35:2490-1.
2. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, et al. Detection of 2019 -nCoV by RT-PCR. *Euro Surveill*. 2020;25:1-8.
3. Morales Angulo C, González Zubizarreta R, Martín Toca G, Ramírez Bonilla A, Gonzalo Margüello M, Rodríguez Fernández A. Nasopharyngeal swab for the diagnosis of COVID-19. *Rev ORL*. 2020;0:5p.
4. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:411-2.
5. See A, Toh ST. Respiratory sampling for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2: An Overview. *Head Neck*. 2020;42:1652-6.
6. Zuo M, Huang Y, Ma W, Xue Z, Zhang J, Gong Y, et al. Expert Recommendations for Tracheal Intubation in Critically Ill Patients with Novel Coronavirus Disease 2019. *Chinese Med Sci J*. 2020;35:105-9.
7. Patrucco F, Albera C, Bellocchia M, Foci V, Gavelli F, Castello LM, et al. SARS-CoV-2 Detection on Bronchoalveolar Lavage: An Italian Multicenter experience. *Respiration*. 2020.
8. Wang H, Li X, Li T, Zhang S, Wang L, Wu X, et al. The genetic sequence, origin, and diagnosis of SARS-CoV-2. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020;39:1629-35.
9. Koczula KM, Gallotta A. Lateral flow assays. *Essays Biochem*. 2016;60:111-20.
10. Zhang W, Du RH, Li B, Zheng XS, Yang X Lou, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerg Microbes Infect*. 2020;9:386-9.
11. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science (80-)*. 2020;368:860-8.
12. Salameh JP, Leeftang MMG, Hooft L, Islam N, McGrath TA, van der Pol CB, et al. Thoracic imaging tests for the diagnosis of COVID-19. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020.
13. Blake A, Collins D, O'Connor E, Bergin C, McLaughlin AM, Martin-Loeches I. Clinical and biochemical characteristics of patients admitted to ICU with SARS-CoV-2. *Med Intensiva (English Ed)*. 2020;44:589.

14. Hernansanz Iglesias F. Epidemiología básica de COVID-19. AMF. 2020:Vol. 16, no7.

Citació

Autors: *Vila, Marc; Agustí, Inés, Agustí, Àlvar*

Títol: Proves diagnòstiques COVID-19: importància del context clínic

Revista: APSalut. Volum 10. Número 1. Article 192

<https://apsalut.cat/2022/02/10/proves-diagnostiques-covid-19-importancia-del-context-clinic/>

Data: 10 de febrer de 2022



Coneixements i retrobaments a la Jornada de Residents UDACEBA 2022

Autors: Albert Casasa, cap d'estudis UDACEBA i Laura Aranalde, comunicació en salut

COMPARTIR. En majúscules, si. En teníem moltes ganes... el contacte humà i la proximitat són part de l'essència de la nostra Unitat Docent. I malgrat l'ús i els avantatges de les noves tecnologies que han permès donar curs al dia a dia durant la pandèmia, l'experiència ens confirma que la presencialitat i el poder ser-hi físicament és un valor afegit que permet anar més enllà de l'objectiu de l'encontre.

Després de dos anys, el passat 11 de març vam celebrar la Jornada de Residents UDACEBA a Sant Martí de Centelles, emplaçament tradicional per a l'ocasió, podent

gaudir de la retrobada amb els companys dels centres docents d'UDACEBA en un entorn privilegiat i en bona sintonia. Una jornada reeixida amb més de 80 professionals, tutors i docents de la nostra Unitat Docent.



Els efectes colaterals de la pandèmia per Covid-19, la capacitat i la necessitat d'ajudar-nos com a suport social -professionals i comunitat en general- per fer front a la situació viscuda ha esdevingut l'eix temàtic recurrent en tota la jornada.

La Dra. Mariona Marquès, R2 del CAP Roger de Flor ha presentat el **Grup Balint de la Unitat Docent UDACEBA**, un espai de reflexió i anàlisi en la gestió emocional davant situacions viscudes per repensar les relacions amb pacients, familiars i el sistema sanitari en general.



Presenta: Marta Ruiz, R2 IIR del
CAP Roger de Flor.

De: Amat Botines, R4 MIR de l'EAP Vic.

Presenta Marta García
Torres, R2 MIR del CAP
Roger de Flor

*Avaluació del coneixement
sobre el consell
preconcepcional.*

*Presenta Mariona Condom R3
MIR de l'EAP Sardenya.*



*Manejo de la ansiedad en
la consulta de urgencias
de Atención Primaria.*

*De Marina Pérez i Laia
Perelló, R3 i R2 del CAP
Sagrada Família.*

*Cas clínic basat en
l'ecografia.*

*Presenta Ana Hernández,
R2 MIR del CAPI Baix-a-
Mar.*





Aspectos epidemiológicos de pacientes entre 20-65 años con fibrilación auricular en la Roca del Vallès.

Presenta Maria Chaves, R2 del CAP La Roca del Vallès.

A més dels treballs de recerca també es presenta el **treball final de residència** de la Dra. Carla Cortez, R4 MIR de l'EAP Vic.



Ensayo clínico paralelo aleatorizado para evaluar la eficacia de la psicoterapia precoz como prevención del consumo crónico de benzodiazepinas en pacientes con insomnio y/o ansiedad en atención primaria.

Seguim la jornada amb la **conferència 'Ètica i Vacunació Covid19'** de les Dres. Sílvia Zamora i Ma. José Jiménez de Gaztañondo del CAP Roger de Flor, amb interessants reflexions a l'entorn de les decisions preses durant la pandèmia, la distribució ètica i equitativa de les vacunes i els drets de les persones vers la seva salut.



El periodista Sebastià Raurell modera el **col·loqui 'Des de l'altra banda de la taula'** on sentim la veu de tres pacients osonencs, la seva experiència i vivència directa amb els professionals de la salut.



Aquest any, i com a novetat, l'entrega de dos nous premis tanquen la Jornada de Residents 2022.

Premi al Millor Treball de Recerca UDACEBA 2021



¿Existe relación entre Covid-19, su vacuna y herpes zóster?
Presenta Marta García Torres, R2 MIR del CAP Roger de Flor

Premi APSalut a l'article més vist l'any 2021



El maltractament a la gent gran: una realitat oculta
de la Dra. Alícia Villanueva Hernández. MFIC i tutora EAP Vic.

Des d'aquí felicitem als residents pels treballs presentats i posem en valor la feina feta. També als guardonats d'enguany. Enhorabona a tots i totes!

En teníem moltes ganes... hem compartit coneixement, experiències, vivències. Hem compartit mirades, paraules i somriures. Som companys, som un equip. I amb aquest tret de sortida continuarem organitzant trobades, sessions, reunions i jornades per mantenir ben viva la nostra essència: COMPARTIR.

Citació

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

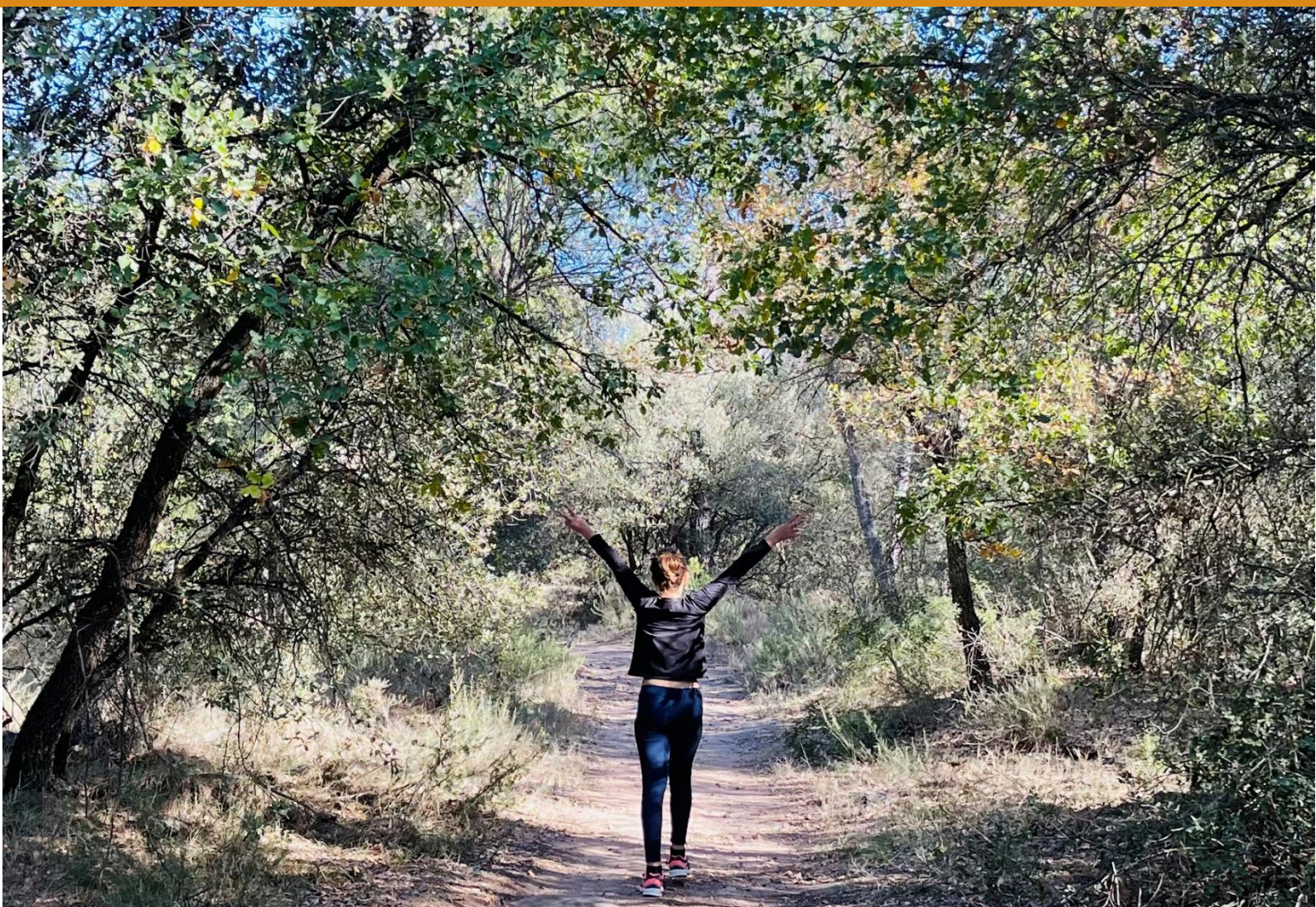
Títol: Coneixements i retrobaments a la Jornada de Residents UDACEBA 2022

<https://apsalut.cat/2022/06/18/jornadaresidentsudaceba2022/>

Revista: APSalut. Volum 10. Número 2. Article 197

Data: 25 de maig de 2022





Impacte de les activitats extraescolars en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants i adolescents

Treball Final de Residència (TFR)

Investigador principal: Amat Botines Puertas. EAP Vic (CAP El Remei)
Unitat de Recerca de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària UDACEBA,
vinculada a l'Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau.

Paraules clau: Infants, Qualitat de vida relacionada amb la salut, Activitats extraescolars

RESUM

Les activitats extraescolars (AE) poden complementar l'educació obligatòria i proporcionar un millor desenvolupament dels infants, de manera que podrien augmentar la seva qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS).

Objectius

- Principal: avaluar l'impacte de la realització d'AE en la qualitat de vida relacionada amb la salut.
- Secundaris: valorar la influència de la procedència, el nivell socioeconòmic, la tipologia d'activitat i les hores dedicades, en la QVRS.

Metodologia: Estudi transversal en escoles de Vic, curs 2021-2022, edats de 9 a 13 anys, mitjançant qüestionari anònim sobre dades demogràfiques i AE, i el qüestionari KINDL-R.

Resultats: Van participar 227 alumnes de 3 dels 15 centres educatius de Vic, el 47,58% eren dones, 134 realitzaven AE (41,79% dones) i 93 no realitzaven AE (55,91% dones). La mitjana d'hores setmanals va ser 4,33 hores, i l'edat mitjana va ser 10,73 anys. Les AE disminuïen un 13,01% en el pas de primària a secundària. La QVRS va ser major en els alumnes que realitzaven AE ($p < 0.001$). Alumnes amb progenitors de fora o nivell socioeconòmic mig-baix tenien menor participació i pitjor QVRS ($p = 0.008$ i $p = 0.0008$, respectivament). Es van estratificar les dades pel nivell socioeconòmic per contrarestar el biaix de confusió. No es van trobar diferències significatives en la influència en la QVRS de la tipologia d'AE, ni en el nombre d'hores ($p = 0.9194$ i $p = 0.9624$).

Conclusions: La proporció d'alumnes que realitzen AE dels centres analitzats de Vic és inferior a les proporcions de poblacions properes. S'han identificat factors que impliquen una menor participació en AE, tals com ser dona, fer secundària, tenir progenitors de fora, i tenir un nivell socioeconòmic mig-baix. Les AE augmenten la puntuació en QVRS. Per tant, s'haurien de promoure mesures efectives per a garantir un accés global i igualitari a les AE per a tots els infants en edat educativa.

[TFR complet 'Impacte de les activitats extraescolars en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants i adolescents'](#)





Citació

Autor: Botines Puertas, Amat

Títol: Impacte de les activitats extraescolars en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels infants i adolescents

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 202

<https://apsalut.cat/2022/11/18/impacte-de-les-activitats-extraescolars-en-la-qualitat-de-vida-relacionada-amb-la-salut-dels-infants-i-adolescents/>

Data: 10 d'octubre de 2022

El Dr. Mariano de la Figuera, l'empremta d'un metge exemplar



Autor: Carles Brotons. MFiC i cap de la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenyà

***Article d'opinió del Dr. Carles Brotons en motiu de la jubilació
del Dr. Mariano De la Figuera***

Vaig conèixer a en Mariano quan jo era estudiant de Medicina i ell era resident de Medicina Interna de l'Hospital Vall d'Hebron. A les pràctiques d'urgències vaig coincidir més d'una vegada amb l'equip de guàrdia d'en Mariano. Un, com a estudiant, ja podia adonar-se'n de la seva gran capacitat de treball i responsabilitat amb els pacients.

En Mariano, després de finalitzar la residència, va anar a treballar al CAP La Mina a Sant Adrià del Besòs. Va ser una experiència pilot, abans del desplegament de la reforma de l'atenció primària a Catalunya. Va començar a treballar al CAP La Mina el juny de l'any 1984, juntament amb altres internistes de la Vall d'Hebron i metges de família que havien acabat també la seva residència. En Mariano ha viscut i ha sigut testimoni des del moment zero de la reforma de l'atenció primària, i el CAP la Mina es va convertir molt aviat en un centre de referència a l'estat espanyol per la dedicació extraordinària dels seus professionals en la docència i la recerca.

L'any 2009 va sortir una posició de metge de família a l'Equip de Atenció Primària Sardenya. Hi havien varis candidats sobre la taula. En Jaume Sellarès va dir que havíem d'apuntar molt alt, res a perdre i el no ja el teníem, i va proposar a en Mariano. La decisió va ser unànime i vam tenir la fortuna – no les teníem totes amb nosaltres donada la seva vinculació històrica amb La Mina – que va dir que sí, volia fer un canvi. Seguint el símil futbolístic, va ser el fitxatge d'un crack!

Va agafar un 'cupó' de quasi 2.000 pacients, i en un temps rècord – en una setmana – es va revisar tots els pacients, un a un. Una vegada més ens va demostrar la seva gran capacitat de treball i compromís. A l'EAP Sardenya, al cap de poc, va ser nomenat coordinador docent del centre, i ho va fer d'una manera exquisida i rigorosa, sempre buscant solucions amb la gentilesa que el caracteritza. Potser ha estat un dels tutors que ha format més residents de medicina de família a Catalunya. Algunes paraules d'alguns dels seus residents: 'en Mariano sempre serà un exemple per mi, és la figura d'un metge a seguir', 'en Mariano em va ensenyar valors, com el respecte, la tolerància, el professionalisme entre d'altres', 'en Mariano ha sigut el meu mentor, amic i mestre, li estaré eternament agraït', 'sempre, quan entrava a la consulta, em transmetia calma i tranquil·litat', 'és el metge que tots volíem ser, és una persona que em carregava de bona energia'.

En Mariano ha estat un referent en la clínica, la docència i la recerca. En Mariano ha sigut un líder d'opinió en el camp de la hipertensió arterial a nivell nacional i internacional, i ha participat en multitud de conferències, jornades, congressos, reunions científiques, i és un gran comunicador i divulgador científic. Ha escrit llibres i capítols de llibres, i ha editat i revisat revistes nacionals i internacionals.



El Mariano ha estat un gran company, una persona sàvia, noble i afable. És un exemple per nosaltres i per moltes generacions de metges de família. Ens deixa un llegat impecable.



Citació

Autor: Brotons Cuixart, Carles

Títol: El Dr. Mariano de la Figuera, l'empremta d'un metge exemplar

Revista: APSalut. Volum 10. Número 4. Article 208

<https://apsalut.cat/2022/12/15/el-dr-mariano-de-la-figuera-lempremta-dun-metge-exemplar/>

Data: 15 de desembre de 2022



DOCÈNCIA
APSalut 2022



Rotació externa: experiència a Gran Canària

Autor: Lucas del Fio Gil. R3 MFIC EAP Vic (CAP El Remei)

Després de dos anys i mig sense viure a l'illa, tornava a Las Palmas de Gran Canària per fer una rotació d'un mes al Centre de Salut (CS) d'Escaleritas. Només hi havia anat per fer alguns períodes de vacances i algunes visites urgents però no hi havia treballat mai. La meua visió del sistema sanitari es reduïa a unes pràctiques curtes com a estudiant universitari.

Vaig escollir un centre de salut d'una zona suburbana, d'edificis alts, gent humil i de llarga tradició docent: era el centre docent més antic de l'illa. Feia no més de deu anys que la meua mare hi havia exercit com a treballadora social en aquest centre, fet que li donava un valor afegit; coneixeria excompañys que, entre records personals i professionals, també m'acostaven a una altra faceta.



Aquest va ser el resultat: una reflexió que vaig lliurar a la meva responsable docent, Pilar Aguilar.

“Després de mesos d’espera, la tan esperada rotació externa havia arribat. Amb un sentiment de fingida familiaritat, vaig entrar a l’edifici. Era antic i acollidor. La il·lusió per allò desconegut i l’expectativa d’experiències úniques, en un lloc del qual havia sentit parlar a casa, era una barreja com a mínim curiosa.

Va ser un mes caòtic. Setmanes d’organització i improvisació. Dies plens d’aprenentatges. En un context de recuperació i recaiguda de l’activitat del coronavirus. Poca cosa més es podia demanar. Hores de debats: alguns acadèmics, altres humanistes. Minuts d’esperit docent, malgrat una pressió assistencial aclaparadora.

A la consulta vaig trobar persones fins al moment desconegudes que es van obrir com si fossin llibres. Les portades eren sòbries i poc reveladores; tanmateix, els sentiments i les confidències omplien les pàgines. Fluien de manera commovedora. Possiblement els professionals sanitaris som dels pocs privilegiats a conèixer les intimitats més profundes, i en molts casos, gairebé sense conèixer la persona en qüestió.

Tot i els condicionants de salut del barri, la gent és alegre, senzilla i amb ganes d’avançar a la vida. Vaig poder veure la part més privada d’alguns usuaris: casa seva. Acollit en qüestió de segons, em recreava a les seves vides durant la visita. La duresa del dia a dia, o la magnificació de problemes que, per a altres, poden ser poca cosa. Sens dubte, l’empatia que sóc capaç de sentir en veure de prop la seva realitat supera, amb escreix, la de la consulta, sovint més estèril i impersonal.

Al centre, vaig estar apartat d’alguns temes a causa de les limitacions inherents de la rotació externa: la capacitat de reacció i de compromís, malauradament, no són els mateixos. Però això no va ser un impediment perquè, durant els descansos i les rondes

de presentacions, molts companys em dediquessin unes paraules de benvinguda, un somriure, o un record amb la meva mare.

Ha estat emocionant començar el primer projecte de promoció de la salut en què em veig involucrat. Amb pacients fràgils, col·lectiu pel qual em sento especialment sensibilitzat. Posant en pràctica per primera vegada els meus coneixements sobre nutrició i repensant maneres creatives d'aportar salut al pacient.

Què dir del meu responsable docent? Pilar Aguilar ha estat la figura clau d'aquesta història, que va fer possible la rotació i qui em va lliurar la dedicació i el seu temps. Preocupada perquè tingués una vivència memorable, profitosa i relaxada alhora. Pot semblar senzill per la naturalitat amb què es van anar succeint els diferents domicilis, visites interessants, mini-revisions, pensaments o "l'experiència". Recordo amb una estima molt especial l'afecte amb què em va tractar, la passió per l'especialitat (de la qual jo m'estava desenamorant) i l'amor als seus pacients, als que genera una sensació de protecció i confiança extrema.

Agraïments també als meus companys i companyes residents, especialment a la Mayte i al Jose, que em van acompanyar i em van donar totes les facilitats per sentir-me còmode i gaudir del moment. Jose ha estat el germà gran, atent i detallista que tots voldríem tenir quan sortim de la zona de confort.

Vist des de totes les perspectives, aquesta rotació ha tingut una mica de tot. Amb dificultats al mig, he trobat el que buscava. I molt més. Com l'alta qualitat humana amb què em vaig topar. I coses inefables que, sens dubte, han quedat gravades a la meva ment.

Moltes gràcies,

Luca Del Fio Gil. 29 de desembre de 2021"





Amb Mayte Pérez (R4 de MFiC) i Pilar Aguilar (tutora i responsable docent).

Sense voler treure importància a cap d'aquestes vivències, sobretot a les professionals, n'hi ha una que té una continuïtat. L'experiència "Menja i Mou-te" segueix desenvolupant-se. Quatre usuàries d'atenció al domicili, fràgils i amb risc de caiguda, que s'involucraran en un projecte de tres mesos. En total, vint-i-quatre sessions d'entrenament, amb un acompanyament previ d'una tècnica cuidada, consell nutricional i seguiment setmanal (més un correu habilitat per a dubtes). L'afecte de voler el millor per a elles, poder veure els beneficis i compartir l'alegria de viure; sobretot de viure millor.

Després de la intervenció esmentada, es registraran, als sis i dotze mesos, les noves puntuacions de qüestionaris i test que formen part de la Valoració Geriàtrica Integral (test de Pfeiffer, de Yesavage, Barthel, Mininutritional Assessment, EuroQoL-5D...),

comparant-les amb la valoració prèvia a la intervenció. Comprovarem si hi ha millora i si es manté en el temps.

La meua col·laboració en el projecte va ser gràcies als meus coneixements previs en nutrició i al meu treball de final de màster (Impacte de les intervencions nutricionals en la fragilitat dels ancians). El més complicat, però, és traslladar-ho a eines pràctiques que puguin arribar als usuaris. La creativitat i, sobretot, escoltar els companys i els mateixos pacients, és el que fa possible la connexió entre el saber i el fer.

A continuació, exposo una part del contingut que vaig crear per a les usuàries de “Menja i Mou-te”, basant-nos en aliments diaris, prioritzant aquells més econòmics i que solen estar presents a la dieta habitual dels usuaris del CS d’Escaleritas. Tot plegat per fer més natural la nostra intervenció, i ser respectuosos amb el seu entorn.

¿Cuántas proteínas tienen tus alimentos?



Yogur de 125 gr = **6** gramos aproximadamente



Queso tierno (rebanada de 2 dedos de grosor, 70 gr) = **11,5** gramos aprox.



Puñado de **frutos secos** (30-40 gr) = **entre 6 y 9** gramos



Vaso de **leche** de 200 ml + 40 gr de **gofio** (4 cucharadas soperas) = **10** gramos aprox.



40 gr de **gofio** (4 cucharadas soperas) = **4** gramos aprox.

¿Cuánto es una cucharada sopera?



La cuchara sopera llenada de manera rasa (el contenido no sobrepasa la cuchara).

S’acompanya també amb un vídeo explicatiu sobre la importància de les proteïnes diàries, la rendibilitat de cuidar aquest detall de la dieta i amb alguns exemples. Amb l’equip, calcularem el pes (o el pes aproximat) i les proteïnes diàries recomanades, i lliurarem una còpia de la llista d’aliments i el seu contingut en proteïnes.

No hi ha dubte del benestar de guanyar en independència, en autoconfiança i autoeficàcia; de minimitzar la fragilitat i el risc de caiguda; en definitiva, d’augmentar

la qualitat de vida de les pacients. Tot això perd sentit si autolimitem l'exercici i la dieta al període en què nosaltres, com a professionals de la salut, hi som presents. Si quan no hi som, controlant, torna a ser com era abans. El més interessant seria aconseguir un canvi d'hàbits sostenible en el temps, amb efecte acumulatiu; que no només generi diferències en els números que mesurem, sinó que porti l'usuari a gaudir més (o de nou) de la seva vida, sempre dins del seu context.

Ha estat meravellós poder veure un altre sistema sanitari regional, una altra manera de cuidar, d'ensenyar, de viure l'Atenció Primària. Ha estat enriquidor conèixer aquestes persones, compartir pacients i reflexionar sobre la vida. Sempre és un plaer tornar a casa.

Agraït per tot allò que arriba. Agraït per allò que, a més, queda.

Citació

Autor: Del Fio Gil, Luca

Títol: Rotació externa: experiència a Gran Canària

Revista: APSalut. Volum 10. Número 31. Article 193

<https://apsalut.cat/2022/02/07/rotacio-externa-experiencia-a-gran-canaria/>

Data: 5 de febrer de 2022



Rotació externa: experiència a França

Autor: Gregorio Aznar García, MIR EAP Sardenya

A mitjans de novembre de 2021, abans que s'instal·lés la nova variant Omicron, vaig tenir l'oportunitat d'aventurar-me al centre mèdic Cabinet Rangueil a Tolosa. Tot això gràcies a l'ajuda del Dr. Calvo i l'associació de metges que formen part de la plantilla.

Amb ells, vaig poder compartir noves experiències, nous punts de vista i nous abordatges terapèutics. És increïble com a 4 hores des de Barcelona, pot canviar tant la manera i les formes d'exercir la medicina de família, encara que tenen una cosa en comú, que és ajudar als pacients i conèixer el pacient des d'una perspectiva més familiar.

El perfil poblacional a Tolosa, amb una població flotant al voltant de 20 mil persones amb gran part d'estudiants donada la proximitat del campus universitari Paul Sabatier. Predomina a més la multiculturalitat, amb molta població lusoparlant, destacant persones de raça negra i una classe social mitjana baixa.

El sistema de salut francès pertany al model bismarkià, en aquest model els serveis sanitaris estan finançats per quotes de treballadors i empresaris. Els metges generalistes són professionals assalariats que s'instal·len a qualsevol part del territori.



Hi ha 3 règims asseguradors principals: la *Mutualité Sociale Agricole*, el *Règim Social des Indépendants* i la *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM). La inscripció a un d'ells és obligatòria i està lligada a la feina. Les persones sense feina tenen assegurada l'assistència sanitària mitjançant un règim especial, la *Couverture Maladie Universelle*, dependent de la CPAM des del 2009.

El que més destaca és que el pacient té la llibertat per triar el metge que vol que el tracti, especialista o generalista. El metge de família pot instal·lar-se a qualsevol zona de França, i és per això que aquesta manca de regulació de la instal·lació de professionals ha generat un greu problema de “desertització mèdica” comportant, la manca de professionals a zones rurals i als barris perifèrics de les grans ciutats. Per contra, hi ha un excés de professionals a zones més atractives com les zones amb població de classe mitjana-alta.

El metge de família té la llibertat d'escollir el seu horari segons les necessitats i la font d'ingressos ve derivada de forma dependent de la seva activitat professional.

L'assistència sanitària no és totalment gratuïta. El pacient paga per avançat el preu de la consulta del generalista (sigui el seu MT o un altre generalista), que és de 25€, i posteriorment el seu règim assegurador li reemborsa parcialment. Aquest reemborsament és de 17,5€, menys 1€ corresponent al tiquet moderador. Els nens i les persones amb malalties cròniques estan exempts del pagament del tiquet

moderador. La totalitat del cost de la consulta de les persones sense ingressos li paga la *Couverture Maladie Universelle* al metge directament. Respecte l'atenció del pacient, hi ha cobertura i major agilitat en les derivacions per part del metge de família, essent així molt efectiva per cures del pacient en patologies mèdiques que requereixin rehabilitació i també en atenció al pacient amb necessitat d'atenció psicològica o psiquiàtrica. La manca de coordinació entre AP i atenció especialitzada i entre els professionals és una de les principals debilitats del sistema de salut francès. És pràcticament inexistent. La manca de coordinació comporta la duplicació de cures i la corresponent elevació de la despesa. Es produeixen més successos no desitjats a causa de la manca de seguiment i de la deficient coordinació de proves diagnòstiques i tractaments.



L'any 2000 l'Organització Mundial de la Salut va classificar el sistema de salut francès com el millor del món, però amb el pas dels anys, la desertització mèdica a zones marginades i a zones rurals i la introducció de nous mètodes de copagament per a l'atenció als serveis d'urgències, l'ha allunyat a nivells més baixos. Els professionals d'infermeria treballen de manera semblant a la del metge de família. Es poden instal·lar a qualsevol part del territori i són professionals liberals. Encara que la major part de la seva activitat consisteix a proporcionar els serveis sanitaris al domicili del pacient. Els serveis principals són: ajuda a la higiene diària, presa de TA, mesura de la

glucèmia, injectables, etc. La seva activitat és independent de la del MT i la relació professional entre tots dos, tal com l'entenem a Espanya, és deficient.

Per tant, la funció principal del metge de família és principalment curativa. La Rémunération sur Objectives de Santé Publique cerca l'ampliació de les funcions del metge: maneig i seguiment de les malalties cròniques, participació activa en activitats preventives i un augment de l'eficiència en l'activitat del metge generalista. Hi ha accés il·limitat a proves diagnòstiques i a derivacions a especialistes i hospitals a tot el territori francès.

La nova llei no parla de resoldre els problemes de desertificació mèdica. La desigualtat d'accés als professionals i als tractaments a zones rurals i zones marginals de les grans ciutats no ha rebut resposta.

Citació

Autor: Aznar García, Gregorio

Títol: Rotació externa: experiència a França

Revista: APSalut. Volum 10. Número 2. Article 198

<https://apsalut.cat/2022/06/16/rotacio-externa-experiencia-a-franca/>

Data: 2 de juny de 2022



Rotació externa a Cuba: una altra visió de la medicina de família i del maneig de la pandèmia

Autora: Cristina Romero Cuenca, R4 MIR CAP Sagrada Família

En aquest article us explicaré algunes pinzellades de la meva experiència treballant com a metgessa de família a Cuba durant el mes de juny de 2021.

Després de donar moltes voltes, vaig decidir fer la rotació externa en un entorn rural, al poble de Viñales, que està situat a l'occident de l'illa de Cuba, té uns 30.000 habitants i està rodejat del declarat patrimoni natural de la humanitat: "Valle de Viñales".

Per posar en context aquesta aventura, cal saber que els aeroports de l'illa van estar tancats des de març de 2020 fins a finals de novembre del mateix any. Aquest és el principal motiu que va permetre que l'illa es mantingués gairebé hermètica del virus de la COVID-19 fins el mes de gener de 2021.

Del que no es va poder mantenir al marge, va ser del declivi econòmic i de la manca d'importació de productes. Els que coneixeu aquest país caribeny i el seu sistema polític, sabeu que el principal pilar econòmic de les famílies cubanes és el turisme i, lamentablement, el fet de poder optar moltes vegades a productes de primera necessitat (analgèsics, antibiòtics, productes d'higiene, alimentació bàsica...) depèn de la importació.

La meua rotació va començar quan el país estava en el punt més àlgid de la seva primera onada. És per aquest motiu que la poca gent que arribàvem al seu aeroport, ens traslladaven de forma obligatòria a uns hotels de l'estat que van establir com a centres d'aïllament preventiu.

Després de dormir cinc nits en un d'aquests hotels i tres PCR negatives, vaig poder agafar un taxi que únicament em permetia anar a Viñales (el transport dins de províncies i entre províncies estava totalment prohibit com a mesura de contenció per la COVID).

Finalment vaig arribar a Viñales i vaig contactar amb la coordinadora del curs. Em va presentar a qui seria el meu tutor, en Gabriel. Un Metge General Integral o MGI (equivalent a un metge de família aquí) que tenia aventures per molts països africans i llatinoamericans en els que havia estat de missió sanitària.



A poc a poc vaig em vaig anar integrant i entenent el funcionament del seu sistema de salut. A Viñales, hi ha uns trenta consultoris repartits per tot el poble. N'hi ha molts perquè es tracta d'espais petits amb poc material. En alguns d'ells el metge de família i/o infermer, viuen a la mateixa construcció i, si hi ha una urgència al barri se'ls avisa, encara que no estiguin de guàrdia.

Cada consultori està format per dos o màxim tres sales: una sala d'espera, una sala d'exploració física amb una camilla i la sala principal en la que es fan les visites. A la sala principal hi ha dos o tres taules, algunes cadires i un prestatge on estan guardats els historials mèdics en paper de cada usuari del consultori.

Com a material mèdic, cada professional portava el seu fonendoscopi i, la majoria, també un manegot manual per mesurar la pressió arterial (en cap cas trobaves un pulsíxímetre, otoscopi, gasses, depressors...).



Com a curiositat, dir-vos que no hi ha portes entre aquestes sales i que, a més, a la sala principal, la majoria de vegades hi ha dos o tres visites en curs amb diferents pacients (la de medicina, la d'infermeria i de vegades, la de pediatria o ginecologia).

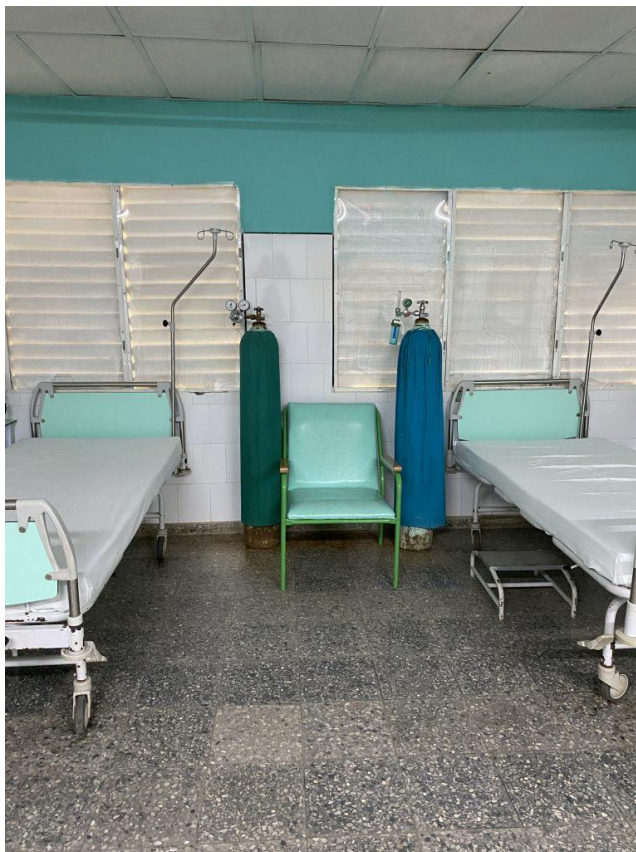
Abans de la pandèmia, el metge de família realitzava una mitjana de 10-15 visites diàries. Està clar que jo, no vaig poder veure el funcionament totalment normal del dia a dia de la consulta. Durant la meua estada, a més a més de les visites habituals, cada matí anàvem a fer el que ells anomenen “pesquisaje”, que consistia en anar casa per casa (del barri on es trobava el meu consultori) a preguntar per simptomatologia COVID i, en cas de sospita, aïllar a aquestes persones durant quinze dies a uns campaments que van establir com a centres d'aïllament preventiu. En aquell moment,

hi havia tants pocs casos que, tots els positius, independentment de la gravetat de la simptomatologia, ingressaven a l'hospital de Pinar del Rio (capital de província).

També vaig sortir a caminar per la comunitat, visitant la casa dels avis, el cercle d'adolescents, la casa de les embarassades... Detectant els principals problemes de salut i les eines que utilitzen els metges de família per abordar la part comunitària.

A l'atenció primària de Cuba es fa treball en equip dins del consultori entre el metge de família i els altres especialistes. El metge del consultori és qui coneix i segueix a tots els pacients, però a més, hi ha consultes periòdiques (algunes setmanals i algunes cada dues setmanes) per part dels internistes, ginecòlegs, pediatres, nutricionistes i dentistes, formant el que anomenen Grup Bàsic de Treball.

Durant el mes que va durar la meva rotació externa vaig passar per diferents llocs. La majoria de dies els vaig passar al consultori, alguns dies amb el metge de família, alguns dies amb el pediatre, altres amb la ginecòloga.



També vaig rotar per l'Hospital Policlínic Fermín Valdés, un petit hospital de poca capacitat, que es tracta de l'únic lloc del poble i rodalies en el que es poden cursar analítiques, sediments d'orina, fer radiografies i alguna ecografia. En aquest policlínic vaig estar a la consulta de l'internista i a les urgències mèdiques, on realment em va impactar els pocs recursos que tenen per les emergències més vitals. El següent esglaió de complexitat hospitalària, està format pels diferents hospitals de segon i tercer nivell que, normalment estan a les capitals de província o l'Habana (la capital del país).

Una de les coses que més em va cridar l'atenció durant el meu dia a dia passant consulta, va ser l'abordatge preventiu i epidemiològic amb el que treballen.

Les històries clíniques dels pacients, estan classificades en quatre grups de salut: el primer grup està format pels catalogats com a “gent sana”; el segon grup per la “gent sana amb factors de risc”; el tercer grup està integrat per les “persones amb malalties cròniques” i el quart grup per “persones amb discapacitats o que tenen malalties amb seqüeles”. Aquesta classificació els permet fer, entre altres coses, un seguiment més estricte dels pacients que més ho necessiten.

És gràcies a aquest maneig, que el sistema de salut cubà, malgrat els pocs recursos que poden tenir i tractar-se d’una sanitat totalment pública, tenen uns indicadors de Salut similars als d’alguns altres països molt més desenvolupats.

Durant la meva estada a Viñales van incrementar de forma exponencial els casos de COVID, de forma que els protocols i el dia a dia van anar canviant i adaptant-se contínuament. El que em va semblar tràgic i vaig viure en primera persona va ser l’augment de casos COVID en una població que encara no estava vacunada. Infeccions respiratòries de vies altes, però també de vies baixes. Consultoris i famílies sense antitèrmics ni altres fàrmacs, sense material mèdic, un policlínic amb una única ampolla d’oxigen per a més de 30.000 persones... i moltes més coses que es van perllongar durant mesos al país.



D'aquesta estada m'emporto una experiència professional i personal que no oblidaré mai. M'ha ajudat a valorar els recursos que tenim... i és que, si comparo la meva estada a Cuba amb el meu dia a dia a Barcelona, em sembla realment increïble que puguem optar a qualsevol prova d'imatge o de laboratori amb un clic de ratolí. Aquesta rotació també em va fer reflexionar sobre la importància de la prevenció de les malalties i la meva hipòtesi personal de que surt més a compte invertir en la prevenció de les malalties que no en el seu tractament.

Finalment, voldria expressar el meu agraïment a la meva tutora, per confiar sempre en mi, a la unitat docent per permetre que pogués fer la rotació, a tots els professionals que em van rebre allà i, per últim, a la meva família cubana, sense ells no hagués estat el mateix.

Citació

Autora: Romero Cuenca, Cristina

Títol: Rotació externa a Cuba: una altra visió de la medicina de família i del
maneig de la pandèmia

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 204

<https://apsalut.cat/2022/11/13/rotacio-externa-a-cuba/>

Data: 2 de novembre de 2022





De les beceroles a la maduresa. Setze anys d'Unitat Docent

Jordi Casanovas Font. Tutor EAP Vic (CAP El Remei)

Ha plogut força -potser no prou- des que en Josep Manuel Da Pena (dencansi en pau) i l'Albert Casasa van pujar a Vic il·lusionats per proposar-nos posar en marxa una nova Unitat Docent.

Sincerament jo no ho tenia molt clar. Una certa tendència a veure el got mig buit i la certesa que en centres com els nostres es prioritza l'assistència, em feien dubtar si aquesta reponsabilitat de formar nous especialistes potser ens pesaria massa i no la

podríem exercir com m'agradaria fer-ho i com els metges i metgesses en formació es mereixen. Malgrat llums i aspectes a millorar com diu el nostre inefable Portofi, els anys, com em passa sovint, no m'han acabat donant la raó.

Al final ens en vam sortir. En Josep Manuel da Pena var ser el primer responsable de la Unitat Docent, i l'Albert Casasa i un servidor els primers coordinadors docents dels respectius centres. De la primera promoció de sis residents que van començar el 2006 i van acabar el 2011 -en Carlos i en Marcos a Vic i la Marta, la Khammi, la Nariné i en Rubén a Sardenya- fins ara han passat per les nostres mans un niu de persones en formació -Araceli, diligència personificada, segur que tú portes el compte al dia!-, i se'ns hi han afegit de mica en mica 9 centres més i un munt de tutores i tutors als 9 que ens vam acreditar d'inici, que han format i formen tant metgesses com infermeres de família.

No és fàcil combinar una docència decent amb l'assistència, la formació, la recerca, la vida familiar i les múltiples tasques extraassistencials que en ocupen el dia a dia. Però cal fer-ho, i no per altruisme sinó per egoïsme. Estic convençudíssim que residents propis, residents de rural -pels que no em conegueu sóc metge de poble-, estudiants de grau, estudiants de pregrau i tothom qui passi per la consulta ens donen als tutors i tutores més que el que els podem donar nosaltres a elles i ells. Encara que sigui inconscientment et mantenen actiu, il·lusionat, t'ensenyen tecnologia, novetats, protocols, terminologia, maneres de viure i de treballar. Et faciliten l'accés als especialistes hospitalaris, et transmeten energia... (tot i que després la perdis tota de cop en arribar a casa i asseure't per sopar). I ja no parlem de la feina que ens treuen de sobre de vegades, pel meu gust assumint massa responsabilitat quan encara no estan prou preparats.

Malgrat ja fa uns anys que no tinc resident propi, us puc assegurar que la meva consulta és un continu d'anar i venir d'estudiants i residents en rotació rural tant de la nostra Unitat Docent com d'altres, i mai em canso d'ensenyar ni d'educar perquè, com els pacients, són tots diferents i la forma de transmetre'ls actituds, habilitats i coneixements, com als pacients, perquè els arribi més, ha de ser, com no, individualitzada.

Com qualsevol relació on hi hagi una bona comunicació, la de tutor/a i resident és i ha de ser intensa. I els moments de satisfacció i ennuig també ho són. El balanç però, acaba sent sempre positiu per ambdues parts. Quan veus als ulls de les persones que acaben la residència o la rotació, aquella satisfacció per com han viscut aquest període i l'agraïment pel que com a tutor o tutora els hem aportat -la Noe i la Laia en són les darreres víctimes- experimentes una de les meravelles que et fan estimar aquesta professió i t'esperonen a seguir exercint-la.



Llarga vida a la Unitat Docent i una forta abraçada a totes aquelles persones que en formem i n'han format part activa durant tots aquests anys.

Citació

Autor: Casanovas Font, Jordi

Títol: De les beceroles a la maduresa. Setze anys d'Unitat Docent

Revista: APSalut. Volum 10. Número 4. Article 207

<https://apsalut.cat/2022/12/24/de-les-beceroles-a-la-maduresa-setze-anys-dunitat-docent/>

Data: 20 de desembre de 2022



SALUT COMUNITÀRIA
APSalut 2022



Portar un cognom, Comunitària

Autor: Oriol Huguet Briva. Metge, especialista en Medicina Familiar i Comunitària. CAPI Baix-a-Mar

Sovint no ens n'adonem, però portar un cognom implica determinades coses. En el cas de la nostra especialitat, medicina familiar i comunitària, implica dues coses: que hem d'aplicar, fer o sentir la medicina al costat de les persones i famílies, i també en l'entorn de la comunitat on viuen.

Si fem memòria del nostre període de formació durant la residència, probablement recordem haver-nos format en molta tasca assistencial, protocols, tècniques i

investigació, però no recordem haver fet pràcticament res o directament res associat a salut comunitària. És el meu cas, per exemple.

Probablement això respon a un problema multifactorial.

Si no et formes en aquest àmbit durant la residència, la teva visió en l'atenció es pot reduir en un model de visió "consulta-centrista", on no importa massa què passa a fora; sinó que importa el nombre de visites i la resolució d'aquestes. Si ets tutor o tutora, i no et qüestioneres res que no passi dins de la consulta, la tendència serà formar en aquesta línia. És la línia que també imposa el sistema de salut, pel que d'alguna manera es podria considerar com a justificable.

D'altra banda, durant molt temps, l'activitat associada a salut comunitària s'ha relacionat amb falta de metodologia en el disseny de les intervencions i això ha fet que perdés credibilitat i es relacionés amb pràctiques de poc valor i rigorositat. Finalment, en moltes de les ocasions, per dur a terme accions comunitàries, s'han demanat des de les direccions que aquestes es fessin fora de la jornada laboral, associant-les sovint a un cert grau de voluntariat i justificant-se que en cap cas tenia res a veure amb la pròpia activitat laboral, sinó a la pròpia voluntat del professional a fer determinades accions comunitàries, emmarcant-les en un cert "*hippisme*".

Per tant, històricament, ens hem trobat fent una activitat pròpia de la nostra especialitat, on sovint no se'ns ha format perquè ha primat més l'interès resolutiu de les consultes, on s'han considerat les intervencions de dubtós valor i on sovint s'han fet fora de l'horari laboral, perquè les direccions dels centres no hi ha cregut. Quin bon màrqueting per fer i formar en allò que portem al cognom i que d'alguna manera hauria de forma part de la nostra essència.

L'any 2015, mentre estàvem en tot el procediment acreditatiu del CAPI Baix-a-Mar per ser docents, vam rebre un correu de la Unitat Docent ACEBA, convocant una reunió amb els referents o persones interessades en salut comunitària dels equips d'atenció primària que conformaven aquesta unitat docent. En aquesta reunió, es va traslladar la necessitat que havia sorgit per part dels residents en dotar la formació durant la residència de contingut en salut comunitària. En aquell moment, no coneixia massa cosa de la unitat docent, però em va semblar molt interessant que es recollís aquesta proposta i que d'alguna manera s'intentés vehicular i fer-hi quelcom.

El primer que em va sobtar va ser que em vaig trobar amb companyes i companys que estaven interessats i motivats amb la salut comunitària. Tots ho veiem igual, i enteníem igual l'atenció primària, independentment del moment de maduresa que es trobés el nostre centre respecte a la comunitària. Calia fer quelcom per tal que els residents s'emportessin una visió en salut comunitària i formació, independentment



de la visió que tingués d'aquest àmbit el seu tutor o tutora i fins i tot el propi sistema. Com a unitat docent, calia aportar formació, perquè així ho indicava el pla docent, perquè formava part de l'activitat del metge o infermera especialista en medicina familiar i comunitària i perquè hi havia xarxa per poder-ho fer.

Calia buscar un nom que agrupés aquesta diversitat de professionals i centres, que tenien com a funció organitzar la formació per a residents en salut comunitària, però també conèixer experiències d'altres centres. Vam triar el nom de “Fem Salut al Barri”, ja que denotava que volíem atendre a la nostra comunitat en un marc de salut. També vam donar la possibilitat als residents de participar en el grup.

Cadascun dels membres aportava sobre allò que coneixia de la salut comunitària, com eren els fonaments, metodologia, comunicació o bé aquells valors que creien que havia de tenir, com innovació, imaginació o mirada a llarg termini i així vam anar construint un pla formatiu. Van ser reunions del grup de treball amb molt contingut conceptual i que van ajudar a fer pinya i creure'ns el projecte. Poder debatre, projectar, divagar i en ocasions tocar de peus a terra per poder “plantar la llavor” de la salut comunitària en les residents de la unitat docent, a l'hora que creure que hi ha altres maneres de fer les coses.

Si volíem que els residents sabessin que hi hauria una formació concreta en salut comunitària, s'havia d'explicar tant en la fase prèvia a la tria d'unitat docent, com en les primeres reunions formatives. Per tant, vam publicitar el grup i la seva activitat a la web de la unitat docent, a l'hora que vam incloure una formació d'una hora sobre que és i objectius en salut comunitària en la primera formació que es fa als residents sobre conceptes generals de salut.



Vam considerar que era important tenir una visió més enllà de la pròpia consulta. Per fer això, s'havia de poder visualitzar i justificar la importància d'aquesta mirada. Per tant, i aprofitant que ja hi havia una formació en salut comunitària que es feia a Vic per a residents, vam decidir assumir-la com a grup i modificar-la en aquesta línia, mitjançant una part teòrica combinada amb un taller fotogràfic que pretenia aprendre a identificar els actius de salut de la comunitat on treballàvem. Calia que comencessin a analitzar l'atenció que es feia des de l'hospital i allò que es feia des d'atenció primària, quina mirada tenia, i quina hauria de tenir. Inicialment, es va considerar que aquesta formació fos per R1 de medicina, i no infermeria, ja que aquestes últimes ja havien rebut aquesta formació durant la carrera. Aquest any 2023, serà obligatòria per medicina i voluntària per infermeria, al considerar que la transversalitat enriqueix el coneixement, alhora que l'hem ampliat a aquells professionals de la unitat docent que vulguin iniciar-se en el món de la salut comunitària.

També vam considerar com a grup, que era prioritari formar-se amb aquells que en sabien més. Vam analitzar els recursos formatius que hi havia fora de la unitat docent, i vam decidir que de forma obligatòria s'havia de fer el curs que ofertava la CAMFiC. Era un curs prou extens i que aprofundia en tots els elements que cal conèixer per tenir un marc teòric correcte. Idealment vam considerar que s'havia de fer entre R3 i R4, ja que és quan estarien al centre d'atenció primària i podien posar en pràctica allò que aprenien.

Era indispensable poder participar de la comissió de salut comunitària del seu centre. Proposàvem poder fer un petit projecte dins el seu centre d'atenció primària, per posar en pràctica aquells conceptes que havien après en els cursos teòrics. També vam proposar oferir rotacions en salut comunitària entre els diferents centres de la unitat docent, si hi havia alguna activitat que creïem que fos interessant.

Era imprescindible conèixer altres experiències, i vam pensar que una jornada podria ser una bona font de coneixement. Calia buscar la fórmula per poder conèixer altres experiències, alhora que també permetés conèixer altres professionals. Amb aquesta idea, es va crear la "Jornada de Salut Comunitària UDACEBA" que es va realitzar durant 3 anys a Vilanova i la Geltrú, que malauradament es va interrompre per la pandèmia i que esperem reprendre l'any 2023. En aquesta jornada, residents i professionals de diferents àmbits i diferents centres treballàvem diferents aspectes que creïem importants per la formació dels residents: la xarxa, la prescripció social, la mirada fora de la consulta... sempre des d'un punt de vista participatiu i dinàmic, fora d'un marc teòric sinó més aviat pràctic. També servia als residents que formaven part del grup com a experiència en el comitè organitzador d'una jornada formativa, i que creïem que era una formació complementària molt interessant.



Finalment, calia comunicar. Es va crear un *blog* per poder explicar experiències dels diferents centres que formaven el grup i que relataven experiències d'èxit, metodologia o fins i tot anàlisi de fracassos estrepitosos d'intervencions que s'havien fet. S'oferia la possibilitat als residents d'aprendre a gestionar eines ofimàtiques, també com a formació complementària en comunicació.



En quasi 8 anys de funcionament del grup “Fem Salut al Barri”, hem pogut dissenyar un contingut formatiu adaptat a la realitat de cada moment. Probablement, i parlo en primera persona, crec que la formació es queda curta, però com deia, i com a consens de grup, cal plantar la llavor perquè vagi creixent al llarg de tota la nostra carrera professional i ens doni una forma més equitativa d'atendre a la nostra comunitat i amb aquesta mirada fora de les quatre parets de la consulta.

No voldria acabar aquest article sense tenir un reconeixement a totes les persones que estan o han estat a l'equip de Fem Salut al Barri, i que han ajudat a redescobrir el cognom de comunitaris que portem i li han donat valor. Avui podem dir que des de la Unitat Docent ACEBA som comunitaris, treballem per fer acció comunitària i formem en salut comunitària.

Citació

Autor: Huguet Briva, Oriol

Títol: Portar un cognom, Comunitària

Revista: APSalut. Volum 10. Número 4. Article 209

<https://apsalut.cat/2022/12/12/portar-un-cognom/>

Data: 10 de desembre de 2022



ENTREVISTES
LA desCOBERTA
APSalut 2022

LA desCOBERTA. Entrevista a Marta Serrarols

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut



“És l’equip. Més enllà de ser una entitat de base associativa com a model jurídic, és la corresponsabilitat de cada un dels treballadors i treballadores en el resultat final. Cadascú en el seu lloc de treball té un impacte en el global del centre i per tant és molt important la seva feina. I això ens diferencia d’altres models”

Metgessa vocacional, ja volia ser-ho des que té ús de raó. Propera i afable, lidera un Equip d'Atenció Primària autogestionat (Entitat de Base Associativa, EBA) de 75 persones, des d'una gestió humanista, des dels valors i cuidant les persones, preocupant-se de la seva gent.

A través de psicologia va entrar a estudiar la carrera de medicina, i una vegada fet el MIR, va escollir l'especialitat de Medicina de Família una mica per atzar personal. Nascuda a Sabadell, va arribar a la comarca d'Osona, on va ser la primera resident MFIC de l'Hospital de Vic i a l'ABS de Santa Eugènia de Berga. Assegura que "no podia haver fet la residència en millor lloc".

Amb un llarg bagatge en la direcció i la gestió a l'Atenció Primària, la Dra. Serrarols va ser la directora assistencial de l'EBA EAP Vic (CAP El Remei) del 2008 al 2012 i des de llavors ja porta 10 anys al capdavant de la gerència del centre.

Què implica estar al capdavant de la direcció d'una EBA?

Primerament, una responsabilitat afegida que va més enllà de fer de metgessa de família. És sentir-te responsable del funcionament de l'equip a tots els nivells: de recursos humans, de la gestió econòmica, la planificació estratègica... tot això ho vas aprenent amb l'experiència.

El més important com a directiu és tenir al darrera un equip potent i que et recolza molt, sinó és molt difícil, i més compaginant la direcció amb l'activitat assistencial com fem la majoria dels gerents de les EBAs. I penso que està bé, perquè mantenir la consulta et dona idea de com estan les coses, i a mi personalment el que m'agrada és el contacte amb el pacient i amb les persones. En el moment en què estic a la consulta és el meu moment de desconexió, per centrar-me en allò vocacional que realment porto a dins.

Gestionar un equip autogestionat comporta més pressió?

Crec que sí, perquè **tenim la responsabilitat afegida sobre el pressupost econòmic, de manera directa, és a dir, hem de dirigir entitats que no poden generar dèficit**. Nosaltres controlem els números de cada mes, les desviacions,... I entenc que un directiu en altres entitats no té aquesta pressió tan directa, perquè no tenen un pressupost finalista com nosaltres. Sabem el que tenim cada any i sobre això els números han de quadrar molt clarament.



Per tant ... sou més rendibles.

Jo diria que més eficients, perquè ets molt conscient del pressupost que tens. Això genera molta pressió, com hem dit, però la part bona és que tu decideixes com distribueixes els recursos que tens per fer que aquests diners siguin realment més eficients, i posar les persones que calen però no més. I potser posar-ne més allà on ens sembla que és més útil. **Aquest és un dels aspectes de l'autogestió: tenim capacitat de decidir com distribuïm els recursos per la finalitat de l'empresa i per complir els objectius que marca el Departament de Salut, encara que els recursos són els que són, per tots**, ja que el pressupost ve determinat pel CatSalut, segons els usuaris del centre, i per la càpita dels usuaris i els programes que puguin haver-hi especials. El més difícil és saber el que acabarà venint al final de l'any perquè si hi ha programes extres que de vegades canvien, pots tenir desviacions.

Autogestió versus autonomia dels professionals.

L'autogestió és la màxima expressió de l'autonomia que pot tenir un professional. Perquè en un equip no autogestionat també pot haver-hi un cert grau d'autonomia, però l'autogestió són les majúscules. La màxima autonomia es té en un equip autogestionat. Com he comentat abans, tenim més capacitat per dedicar els recursos allà on pensem que poden ser més útils: per exemple, a dedicar hores de professional a la salut comunitària o a fer més accessible el servei.

I en realitat la nostra capacitat d'autogestió encara podria ser major, és a dir, per exemple, el dia que disposem de la capacitat per poder gestionar directament l'atenció especialitzada de consultes externes de l'hospital, això seria un pas més per a l'autogestió. Crec que canviarien les coses... a nivell de pressupost global podria ser molt més eficient segur i també crec que l'atenció al pacient milloraria.

Les EBAs són entitats participades pels professionals que hi treballen. Ens ho pots explicar.

Vol dir que una part dels treballadors i treballadores són socis i sòcies. A la pràctica, no hi ha massa diferència entre un soci i un no soci, almenys al nostre centre. Hi ha persones que volen assumir responsabilitats i no pel fet de no ser soci no se li dóna. Si la persona ho vol fer i té una vàlua i unes competències, ho pot assumir perfectament. Al CAP El Remei tenim les responsabilitats molt distribuïdes i hi ha responsables en tots els estaments, i d'aquesta manera tothom es fa responsable del resultat final del CAP. També és veritat que es demana un *plus* de motivació i d'implicació perquè justament el treball conjunt és el resultat final de tots.

Com incentiveu els vostres professionals?



El més important és cuidar els companys, saber com estan, si tenen les eines per fer bé la seva feina... Que hi hagi un molt bon ambient de treball. I una mica també posar-nos al lloc de l'altra persona, amb empatia. De vegades és una mica difícil des de la direcció perquè no sempre hi ha decisions enteses, però ho intentem fer. La situació personal de cada un dels treballadors i treballadores és diferent i tots ens coneixem i fem una petita família, i si facilites el bon fer la persona també ho té en compte en el seu rendiment i dedicació. Cal que l'altra persona vegi que tu et preocupes per ella. Escoltar i si hi ha queixes, que és bo que n'hi hagi, millorar.

I també, els incentius que hi puguin haver es reparteixen entre tots, perquè l'esforç l'hem fet tots. I això també forma part del cuidar la persona i reconèixer-li la seva vàlua i esforç.

10 anys al front de la direcció. Grans aprenentatges.

A nivell personal m'ha tocat viure experiències difícils de gestió. Una, la crisi econòmica, que va començar el 2008 i van ser anys molt complicats pels impagaments, retards de pagaments... patint per poder pagar la nòmina cada mes als treballadors. I l'altra, la pandèmia actual. Durant la pandèmia he patit moltíssim pensant que algun dels meus companys podia emmalaltir greument. Van ser dels moments més durs. Et sents molt responsable.

El sacseig de l'AP arran de la pandèmia

En aquesta darrera onada, amb més contagis que mai, l'AP ha estat al nivell que esperava la ciutadania?

El ciutadà ha perdut d'alguna manera la confiança en el seu CAP, en els seus professionals de referència, però no perquè nosaltres hàgim volgut. Ens hem trobat en una situació en la que hem hagut d'atendre tot el Covid i això ha suposat una sobrecàrrega de feina molt important que ens ha fet deixar de banda altres coses. **En general com a atenció primària ara tenim una crisi de prestigi i de credibilitat perquè no hem pogut fer bé la nostra feina.** Sovint, des de la comprensió de la ciutadania perquè veien la situació i les autoritats donaven missatge de "només aneu al CAP quan sigui important", però això ha provocat que no vinguessin tampoc quan la problemàtica de salut era no Covid.

I ens hem sentit a dir "com que vosaltres esteu molt enfeinats amb la Covid, me'n vaig a una mútua". I això fa mal, perquè hem intentant fer-ho el màxim de bé i posant-hi totes les hores i voluntat. També ha repercutit el fet que veníem d'una AP molt deficitària. Mentre no hi havia pandèmia era com una goma que s'anava estirant i estirant, i la pandèmia el que ha fet és trencar-la. I hem demanat a aquests recursos



que es multipliquessin per 10. Ha estat brutal. Però penso que és transitori. La gent torna a venir... Tinc confiança que ho recuperarem. **Ara només falta que l'Atenció Primària tingui els recursos necessaris, que realment sigui el centre del sistema de salut; la confiança en nosaltres mateixes i la competència la tenim de sobres.**

La pandèmia ha posat de manifest la falta de recursos econòmics, professionals, i també la necessitat de reformes organitzatives que ens permetin una atenció personal, àgil i personalitzada. S'avançarà cap a fórmules de gestió amb més autonomia dels professionals?

L'autonomia i l'autogestió és part de la solució al problema, perquè poder organitzar-nos nosaltres mateixos ajuda, però no és només això. Han de canviar moltes més coses, com que hi hagi més recursos i que el sistema realment és reformi tot ell. De la Covid n'hem de fer un aprenentatge en global i el sistema no pot funcionar com ho feia abans de la pandèmia, ni l'atenció primària ni els hospitals.

El centre del sistema i on està el pacient la majoria del temps és a nivell de la comunitat, a l'atenció primària. **L'hospital també ha de canviar. Només reformant la primària i fent canvis petits, morirem.**

Al vostre centre us heu pogut posar al dia amb tota la activitat no Covid endarrerida? Col·lectius que més han patit els efectes colaterals de la pandèmia.

Els indicadors de control de la diabetis van baixar brutalment i també tot el que és el pacient crònic complex. Tots van deixar de venir al centre per por i molta malaltia es va descompensar. A nivell general també s'està observant que s'estan diagnosticant neoplàsies i malalties greus que no s'han detectat a temps.

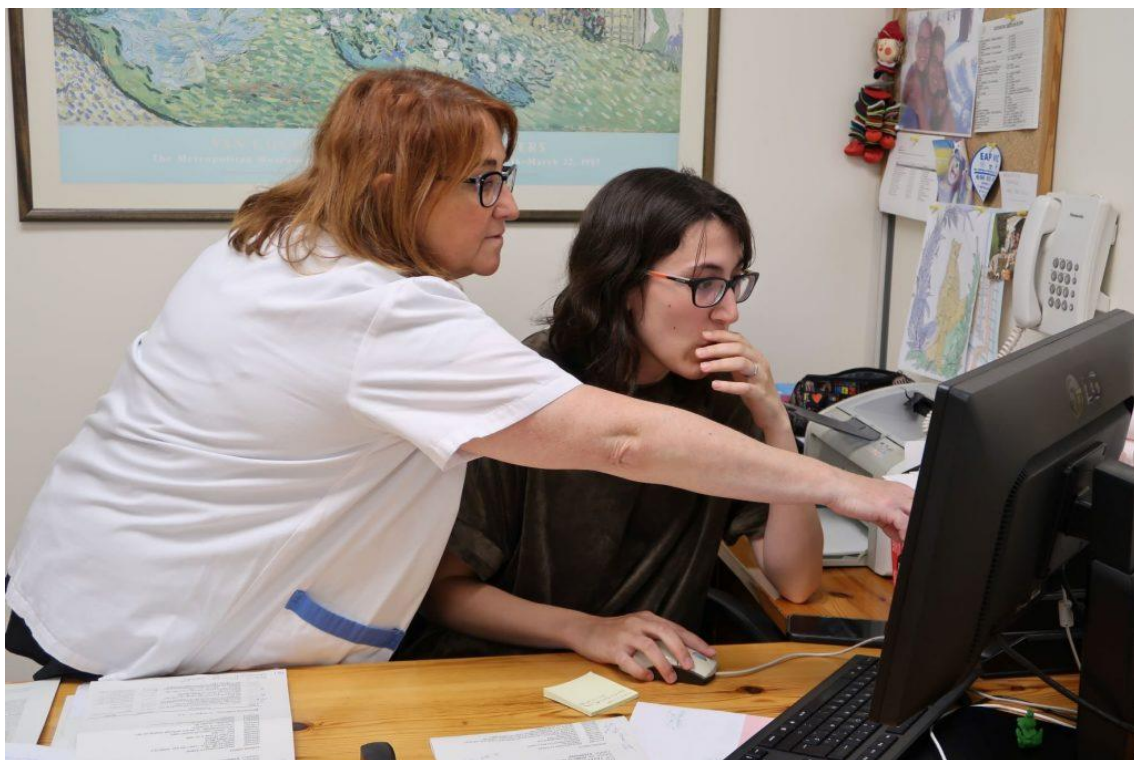
Els nens, els adolescents i la gent gran són col·lectius que han patit molt silenciosament. Ha repercutit en la seva salut mental. En molta gent gran hi ha hagut una davallada funcional important, estan més despistats, desmotivats, més tristos, ... esperem recuperar-nos tots plegats.

Patiment emocional dins de l'equip.

N'hi ha hagut i encara n'hi ha. Perquè ara ens estem recuperant d'una sobrecàrrega emocional i d'un esforç físic i psíquic. Però hem fet molta pinya i també hem posat "coixins" que ho han esmorteït. El fet d'haver-hi un molt bon ambient de treball ens ha ajudat a portar-ho millor i d'altra banda, des del juliol del 2020 vam posar un psicòleg a disposició de l'equip de manera anònima i gratuïta. Ara és més un tema de cansament... de dir, a veure si ara ja podem fer la feina que hem de fer. És el que necessitem i volem per sentir-nos bé.



Formació amb valors



25 anys de l'EAP VIC i 25 anys de les EBAs. També sou centre fundador de la Unitat Docent UDACEBA.

Hi havia una necessitat de formar especialitats, inicialment de medicina i després d'infermeria, i d'aquí va sorgir la iniciativa. Ara també amb la Facultat de Medicina de la UVic-UCC que tenim aquí al costat, això ens ha portat molta exigència, perquè és una responsabilitat molt gran. Els estudiants són la llavor dels futurs metges, els hem de cuidar molt bé. A més és molt motivador perquè t'obliguen a estar al dia permanentment.

Avantatges competitius de ser un centre docent.

La docència ajuda a ser autoexigents amb nosaltres mateixos perquè hi ha moltes coses que t'acabes tornant a estudiar perquè saps que allò ho has d'explicar molt bé i que ho has de fer bé. Ho volem fer molt bé perquè ens creiem que ho hem de fer pels professionals que estem formant. Per això fem les jornades docents cada mes, les sessions bibliogràfiques...

En realitat part dels nostres residents han acabat sent professionals del nostre centre. I n'estem molt orgullosos. En aquest moment en tenim 3 i possiblement en tindrem 2 més en un futur proper. És una garantia, els has format tu, els coneixes i saps els seus

valors. Intentem orientar la formació des del professionalisme, no només en la vessant més tècnica sinó també amb uns valors.

Un consell pels residents?

Que no deixin passar res. Qualsevol cosa pot ser bona pel seu aprenentatge. Jo m'apuntava a tot. I em va ajudar, per conèixer molta gent. És una època de dir que sí a tot. És la manera d'agafar coneixements, aprenentatges, vivències.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Marta Serrarols

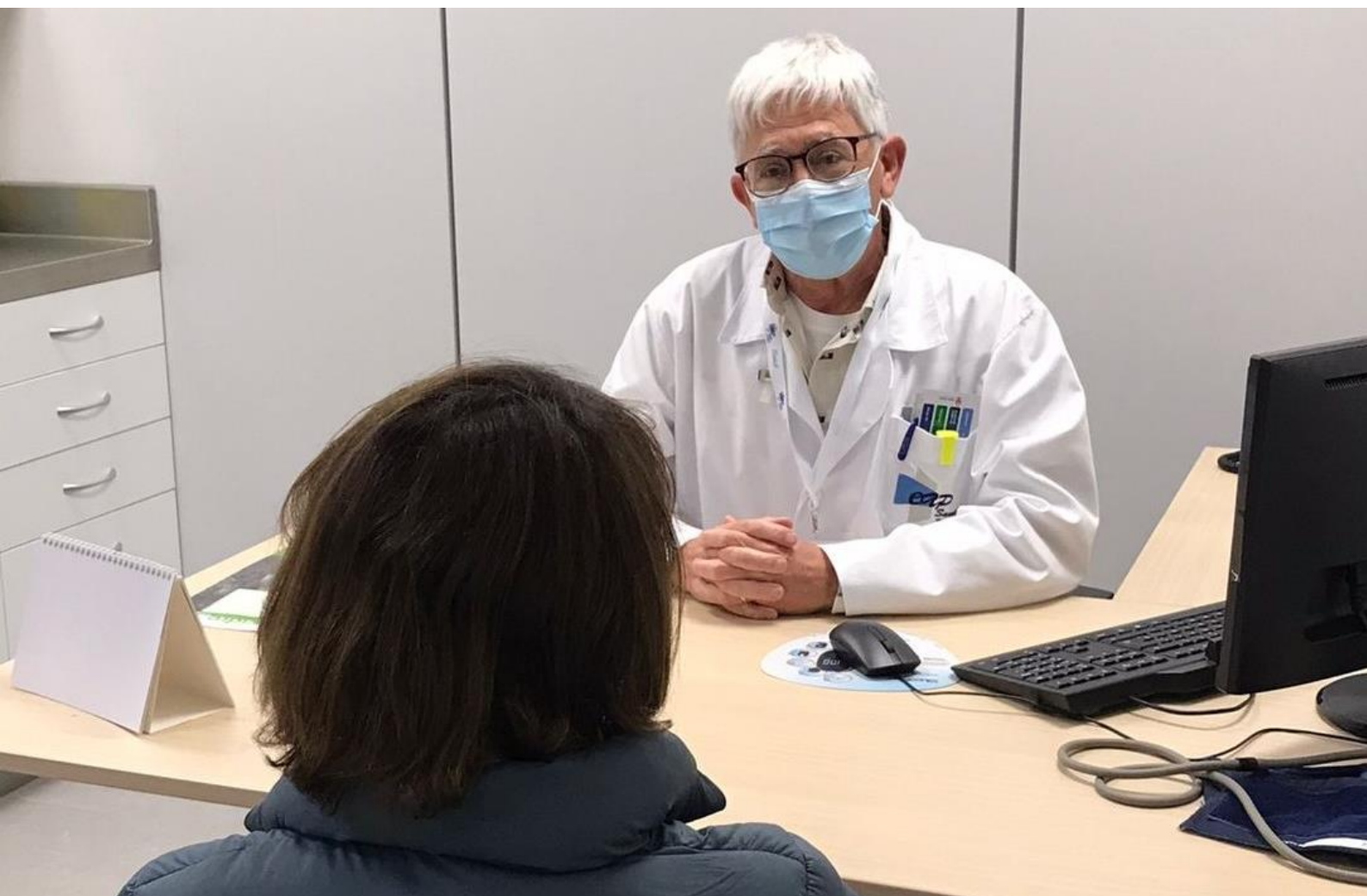
Revista: APSalut. Volum 10. Número 1. Article 194

<https://apsalut.cat/2022/02/05/la-descoberta-entrevista-a-marta-serrarols/>

Data: 5 de febrer de 2022

LA desCOBERTA. Entrevista a Jordi Garcia

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut



“Intento transmetre als residents que arriben al consultori que aquí veuran un tipus d’atenció molt més personalitzada, una relació més propera, d’un caire diferent. I normalment els agrada! Crec que en un entorn més rural els residents estimen més la medicina de família. Descobreixen el què es vertaderament”

És important tenir com a leitmotiv la persona, posar-la al centre de l'atenció, independentment de que sigui un pacient diabètic o hipertens... i penso que la feina que es fa actualment a l'Atenció Primària és així: la persona està en el centre.

Des del primer moment sabia que volia fer Medicina de família “No em vaig plantejar cap altra especialitat. M'interessava el contacte humà i ajudar a la gent”. Llicenciat en Medicina el 1981, el Dr. Jordi Garcia és el metge de família del consultori de Vallvidrera des de fa 30 anys, un llarg bagatge que l'ha convertit en el referent comunitari pels habitants de la zona.

En aquest consultori ubicat a 10 minuts de Barcelona gaudeixen dels avantatges de la gran ciutat i també dels beneficis de viure en un lloc petit i més aïllat. Inicialment gestionat per l'ICS, l'any 2003 va passar a ser un centre autogestionat, integrant-se amb els professionals de l'EAP Sarrià i conformant així l'EBA de Sarrià Vallvidrera Les Planes.

“Fins llavors no coneixia el model EBA, i quan m'ho van explicar vaig veure que era on jo volia treballar, per la manera de funcionar: autogestió, orientar els resultats, fer bona medicina... moltes coses que jo ja anava fent perquè creia que era el que s'havia de fer però fins aquell moment ningú m'exigia res, ni resultats, ni consensuar protocols...res”.

La teva connexió amb Vallvidrera. Els inicis.

Casualment vaig fer les pràctiques al consultori de Vallvidrera i ja coneixia el metge del CAP en aquell moment, el Dr. Joan Ferrer. A més com que la meua família residia a la vora, també coneixia la gent de Vallvidrera i l'entorn. Quan malauradament el Dr. Ferrer es va posar malalt, els serveis centrals de l'ICS em van demanar que el substituís.

Era un consultori peculiar perquè inicialment era privat, és a dir, la consulta era un pis que el Dr. Ferrer tenia llogat. L'any 1992 ja m'hi em vaig quedar de manera fixa. En aquell moment també treballava com a adjunt de guàrdies al geriàtric municipal, depenent de l'Hospital del Mar, fins que em vaig dedicar exclusivament al consultori de Vallvidrera.



Transició a ser un centre autogestionat, sumant-te a una EBA.

A l'ICS estava en qualitat d'interí... *in saecula saeculorum*. L'any 2000-2002 es va començar a gestar l'EBA de Sarrià Vallvidrera Les Planes. Jo coneixia el Dr. Munné i em va venir a veure. I el que em van proposar em va seduir.

Estava aquí dalt a la muntanya una mica “com una república bananera”, com abandonat, no veia mai ningú, com que les coses funcionaven bé ningú em deia res ni es preocupaven de si tenia algun problema o no... fins que em van proposar integrar-me al CAP Sarrià i em vaig poder sumar a un equip. El canvi va ser bestial: ja no em sentia sol, sentia que formava part d'un equip mèdic, que tots intentàvem funcionar d'una manera similar, que fèiem sessions clíniques que fins llavors per mi era quelcom extraordinari...

Gestió EBA en un entorn rural... diferencia d'un altre centre?

No. Aquí treballem un administratiu, una infermera, un metge de família i alguns dies un pediatre. I coordinar-te amb la infermera o amb l'administratiu és molt fàcil... moltes vegades inclús si tenim una estona per esmorzar aprofitem per despatxar temes. Jo diria que la gestió EBA on es nota més és en l'equip, aquí al treballar més individualment no es nota tant.

Avantatges de ser un consultori rural al costat de Barcelona ciutat.

Nosaltres estem a dalt de la muntanya però estem en una zona urbana, som semirurals. Això permet tenir una relació diferent amb la gent. Aquí és com un poble perquè tothom et coneix, ets el referent que passa consulta. Ara som dos metges, però inicialment estava jo sol portant més de 4 mil pacients. I això es va notar al passar a ser una EBA. Com a contrapunt... no pots caminar pel carrer perquè et paren a cada cantonada. Jo que porto més de 25 anys seguits amb els mateixos pacients, sumat a l'entorn i a l'orografia fa que tinguis una relació diferent. I a part d'això, un gran avantatge és que estem a tocar de la ciutat i en cas de necessitar un hospital de nivell 3 el tenim al costat.

Tenim les avantatges d'estar en un ambient més urbà, amb uns equipaments diferents i també les avantatges d'un lloc petit, amb una relació humana diferent, i la gent és molt autosuficient, no van al metge per banalitats. Tot i que això es va perdre i en general tots ens contagiem de les coses dolentes...



Existeixen diferències assistencials rural/urbà?

L'única diferència important és el desplaçament i l'accessibilitat però cada vegada menys... Hi ha persones que viuen en cases llunyanes al parc de Collserola i abans havien de caminar més de mitja hora per arribar a la consulta. Però no els importava.

Com incentivem als professionals sanitaris a treballar en zones rurals?

Cal utilitzar la tecnologia perquè el metge rural no se senti aïllat sinó que se senti part d'un equip, d'un col·lectiu. Cal que puguin progressar més en la seva carrera professional, donant-los punts, facilitats i que tinguin més connexions interprofessionals amb especialistes que estan més lluny per exemple... I també econòmicament per anar a llocs on fan més falta professionals de primària.



Perfils genuïns

El pacient de poble

Quan algú ve amb un dolor de ronyó i li dius que té un còlic de ronyó i que per què ha trigat tres dies a venir... et diuen que primer esperen si els passa el mal... hi ha aquesta percepció més rural de que no vas al metge a la primera de canvi, sinó quan realment et fa falta.

En un lloc petit les persones són més autosuficients, no necessiten estar tan tutelats com la gent de ciutat. Als pobles tradicionalment anar al metge era l'últim recurs, t'havies de trobar molt malament per anar-hi, i això s'havia transmès de pares a fills, i ara aquesta cultura està canviant, potser perquè no hi ha el mateix traspàs de coneixements i experiència entre generacions. Ara els pacients tenen una falta d'autonomia tal que necessiten que els ho supervisin tot.

El metge del poble. Com ha canviat aquesta figura?

Aquí continues tenint el prestigi com als pobles... que el capellà, el metge i l'alcalde eren les tres forces vives. Si que és cert que hi ha un respecte diferent, que també ha anat canviant i s'ha anat perdent una mica... però en general els pacients et creuen molt i et fan cas. Potser els més joves, que han tingut accés a un altre tipus de recursos i d'educació, de vegades et qüestionen més coses, però els més grans de 40-50 anys mantenen aquest descendent.

Crec que la medicina pública s'ha prestigiat moltíssim perquè els pacients veuen que el metge s'hi dedica, que no té pressa per acabar les coses... tot plegat fa que et tinguin en consideració. Inclús abans de fer alguna cosa et venen a demanar, no només a nivell mèdic, sinó per problemes quotidians de la vida, et consulten perquè ets com un referent de la comunitat.

La petjada tutor-resident en un consultori rural

Com trasllades les peculiaritats del vostre consultori als residents?

Quan entra un resident nou primerament agafo un mapa i el situo allà on estem, li senyalo tota la zona d'influència. A la nostra àrea el 80% és bosc i el 20% és zona habitada, o sigui que la gent està molt dispersa en cases o masies aïllades, i el tarannà de les persones és diferent, perquè tothom té coneixença de qui té al voltant i és important que els residents entenguin que la relació que veuran aquí és una altra. De vegades els xoca que em cridin pel nom... Jordi, com si fóssim amics. Però els anys donen aquest bagatge.

Hi ha mancances en l'aprenentatge dels residents en un centre rural?

A nivell de primària no, al contrari, aquí veuen més coses, perquè els "cupos" són bastant grans. Com més persones atens més varietat de patologies veus a la consulta. Si només tens 800 habitants al teu càrrec veuràs moltíssimes menys coses que si en tens 2.500, com és el nostre cas.



No només no deixen d'aprendre coses sinó que venen a aprendre algunes coses que no poden aprendre a altres llocs.

Ha canviat el perfil dels residents amb els anys?

Quan vam començar teníem uns residents implicadíssims, predisposats i amb moltes ganes de fer de tot, com per exemple, si anàvem a un domicili i s'havia de fer una analítica, s'oferien a anar a fer-la abans de venir a la consulta. I això ara no hi és tant. Potser estem més acomodats.

Habilitats que desenvolupen els vostres residents a Vallvidrera.

Bàsicament la comunicació amb el pacient, l'empatia i tenir ull clínic.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Jordi Garcia

Revista: APSalut. Volum 10. Número 2. Article 199

<https://apsalut.cat/2022/06/01/la-descoberta-entrevista-a-jordi-garcia/>

Data: 10 de juny de 2022

LA desCOBERTA. Entrevista a Irene Moral

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut



“Treballant a l’Atenció Primària has d’estar sempre al dia. Per això és imprescindible tenir uns fonaments i uns criteris en recerca per saber llegir críticament un article o qualsevol novetat que surti.”

Tota la meva trajectòria professional ha estat vinculada al món de la recerca i la salut.

En realitat quan vaig començar a estudiar només pensava en el món de les matemàtiques, perquè m'agraden molt els números. Soc diplomada en estadística, de la primera promoció de la UAB. Estudiant estadística hi havia 2 sortides: l'economia i la recerca en salut. De seguida em vaig decantar per la investigació.

La meva primera feina va ser al Servei d'Epidemiologia de l'Hospital Vall d'Hebron, i allà vaig conèixer al Dr. Carles Brotons, amb qui he treballat des de fa molts anys. Aquí vaig estar-hi 7 anys i després vaig anar a una empresa privada. Sempre vaig mantenir contacte amb el Dr. Brotons, fins que em va oferir la possibilitat de treballar a l'Atenció Primària, a la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya, on ja hi porto 17 anys.

Tasques que exerceixes a la Unitat de Recerca (UR) de l'EAP Sardenya.

La meva feina té tres línies diferents: els assaigs clínics. Aquí la meva tasca principal és buscar pacients que siguin candidats a participar.

També tenim una línia de recerca pròpia. Per fer aquests estudis demanem beques o premis per poder finançar-los. Amb una de les beques FIS que li van donar al Dr. Brotons l'any 2004 estava contemplada la meva participació, i així és com vaig començar a treballar a l'EAP Sardenya.

Per últim, donem suport a l'EAP en diferents tasques assistencials, i a UDACEBA i als residents els ajudem en el disseny i anàlisi del seu projecte de fi de residència o de qualsevol tipus d'estudi que estiguin interessats a fer.

La figura de l'estadista en la recerca.

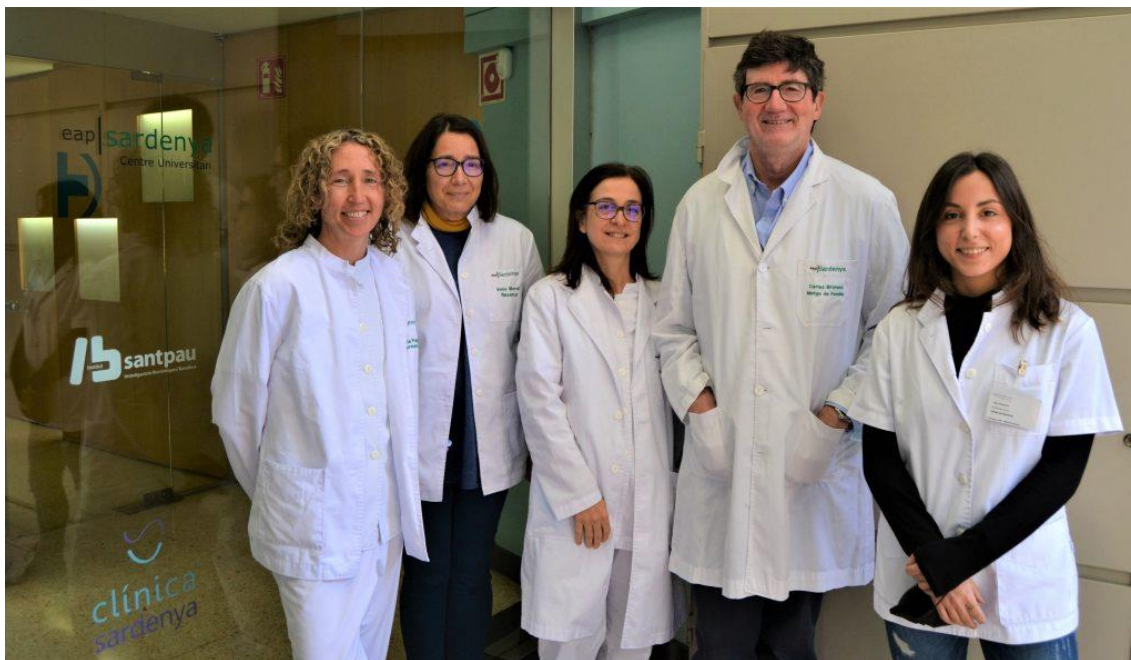
És imprescindible. Per saber analitzar les dades i interpretar les conclusions. És un binomi entre l'investigador, que ha de ser un clínic, i l'estadista, per fer tot el desenvolupament de l'estudi, establir els criteris de qualitat... és una col·laboració. Però entenc que per un centre d'atenció primària és difícil que tingui un estadista en exclusiva.

Fer recerca a l'Atenció Primària...

És molt complicat investigar a l'AP. Perquè requereix temps i vocació. Crec que en una unitat de recerca, la figura del tècnic de salut que dóna servei a diferents CAPs es pot



compartir. Així la UR pot ser el centre de referència i compartir-la, ja que no hi ha recursos i no els faciliten.



La Unitat de Recerca de Sardenya està adscrita a l'IB Sant Pau. Què suposa?

Si, formem part de l'Institut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. I sumem de diferents maneres. Primera, si necessiten pacients d'atenció primària, els en fem el contacte, sempre amb l'acceptació prèvia del propi pacient. De vegades també, algunes beques exigeixen que formem part d'un institut d'investigació biomèdica per demanar ajudes. Ens mantenim en xarxa. Des de l'IB Sant Pau també ens han demanat alguna vegada un retorn a la societat, i en una ocasió, per exemple, un professional nostre va anar a fer-hi una xerrada sobre un estudi al casal cívic.

Fas reclutament de pacients per a estudis de recerca.

Si, però jo no veig a les persones, jo treballo amb les bases de dades. Identifico als pacients a partir de les dades de manera anònima, i llavors, és el propi metge del pacient el que explica i sol·licita la seva col·laboració perquè s'incorpori a l'estudi.

Millores que aporta la recerca en el nostre dia a dia.

S'han fet moltes intervencions que poden ser efectives, com per exemple, quin és el mètode més eficaç per deixar de fumar, reduir el risc cardiovascular (perdre pes, abandonar l'hàbit tabàquic, adherència a la medicació...) També vam fer un estudi sobre si la beguda de soja funciona realment per les sufocacions de les dones o per

baixar el colesterol. Quan algú diu... “menjar fruits secs és cardiosaludable” això no és una frase feta. En realitat és el resultat d'un [estudi](#) que s'ha fet. Per exemple, l'any 2021 es va publicar el resultat d'un estudi que mostrava que afegir el consum d'aproximadament 30g de nous, ametlles i/o avellanes a la dieta mediterrània reduïa el risc de patir un infart o un ictus.



Motius i motivacions per fer recerca.

Sí que hi ha joves interessats en recerca, però la recerca és vocacional. No et fas ric fent recerca. Has de tenir curiositat per descobrir coses. Més aviat diria que a la població en general falta la cultura de participar de les coses. Per exemple, si em fan una enquesta intento prendre-hi part perquè sé que la meva resposta compta. En aquest sentit cal encoratjar a participar. A Sardenya els pacients ja ens coneixen i quan els convidem a participar en un estudi generalment tots accepten.

Quines reticències a participar?

Bàsicament per temps, la gent jove que treballa els és més complicat demanar permisos a la feina, si han de venir a fer-se una analítica per exemple.

La clau de l'èxit dels vostres projectes.

La vocació i la dedicació. Confiem molt entre nosaltres, amb la feina que fan la resta, no ens auditem, no ens comparem. I tenim llibertat de decisió. L'autogestió ens permet aquest nivell. I portem molts anys junts! Suposo que perquè estem molt bé treballant en equip i estem molt units. Portem tants anys junts que de vegades ja quasi no cal ni parlar.

La recerca a UDACEBA, un valor afegit

Col·laboracions amb la Unitat Docent UDACEBA.

Que des d'UDACEBA es fomenti la investigació és una aportació de valor. Per la nostra unitat de recerca roten els residents d'infermeria i de medicina. Em sembla molt important que tots els residents coneguin la recerca, perquè és una professió en la que s'ha d'estar constantment actualitzat i has d'aprendre a ser crític amb el que llegeixes. I si no saps una mica de recerca i sobre com funciona no sabràs llegir críticament un article o alguna novetat que surti. És imprescindible tenir uns fonaments i uns criteris.

Evolució del perfil dels residents.

En general tenen una mica més de formació en recerca, la coneixen més. Ara potser estan molt formats en molts àmbits i tenen totes les eines a l'abast. Estan molt més preparats. L'evolució de la tecnologia també ha contribuït a canviar la forma d'educar.

Escolliries UDACEBA si haguessis de fer la residència?

Si, sense dubtar-ho, perquè com a treballadora estic molt a gust aquí i ser un centre autogestionat ens ha permès fer recerca, preocupar-nos més pels pacients... fer una sèrie d'accions que potser en un altre centre no hagués estat possible. Els residents d'UDACEBA tenen molta sort de tenir a la seva disposició una unitat de recerca que els dona suport per fer el seu projecte de final de residència. Això no ho tenen a tots els centres.

Fer recerca compensa

A nivell personal com et satisfà la teva professió?

Els metges de vegades tenen una intuïció sobre els seus malalts i quan al final es demostra matemàticament que allò és cert a mi això em recompensa. Per exemple, nosaltres hem fet una calculadora de risc cardiovascular de per vida, oberta a tothom



a través d'una pàgina web. Quan veus que les hores que hi has invertit tenen una utilitat a la pràctica real és una gran recompensa, perquè té un impacte positiu en benefici de la salut.

En recerca, podem parlar d'èxit i fracàs?

No hi ha fracàs. L'error no és un error, és un desviament. Vol dir que aquest camí no era el bo i que cal agafar-ne un altre. Així funciona la ciència. No sempre l'èxit es troba a la primera! Poden haver-hi errors en un mal disseny d'un estudi, però no en els resultats en si. No obtenir els resultats esperats no és un error és simplement que cal buscar una nova direcció.

Com apliques aquest canvi de direcció a la teva vida personal...

Sí que ho aplico sí. No hem d'arrepentir-nos de coses que hem fet. Si una cosa funciona, serveix, i si no funciona la canviem. Intento ser positiva, no prendre-m'ho com un fracàs, sinó que canvio el camí.



Cal ser competitiu per fer recerca?

Crec que és una diferència a l'Atenció Primària. Has de ser competitiu però també has de compartir amb la resta de l'equip. S'han de compartir les coses que funcionen i les que no funcionen, per no perdre el temps. Però a la vegada, ser competitiu t'ajuda a millorar, a superar-te a tu mateix. Així tots podem anar a la una, ja que tots volem

arribar al mateix punt: impactar d'una manera favorable i positiva a la població amb la recerca que fem. Les aliances i la col·laboració són claus en recerca.

Números, metodologia, processos... tot el que apliques a la teva vida professional com contribueixen al teu dia a dia.

Soc metodològica a la meua vida personal, és inevitable!! Soc molt quadrada i de vegades em falta la visió més clínica, de la persona... La meua creativitat és diferent, és més de buscar solucions, altres camins.

La Irene ha assolit l'èxit professional?

Visc contenta i tranquil·la amb mi mateixa. Venir a treballar és un al·licient. I venir a treballar amb ganes i feliç, per mi ja és un èxit. I sortosament estic treballant en allò que vaig estudiar, que no tothom pot dir-ho. Estic satisfeta de la meua carrera professional.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Irene Moral

Revista: APSalut. Volum 10. Número 3. Article 205

<https://apsalut.cat/2022/11/02/la-descoberta-entrevista-a-irene-moral/>

Data: 10 de juny de 2022

LA desCOBERTA. Entrevista a Jaume Sellarès

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut



“Els professionals sanitaris funcionen molt bé quan els delegates una responsabilitat i funcionen malament quan els fas treballar per reglament. Perquè és avorrit i no és creatiu. El més creatiu és agafar una persona que saps que és un bon professional i dir-li: tu que hi entens et responsabilitzes d'aquests pacients. Nosaltres et posem totes les facilitats, però tu ets qui sap com ho has de fer”

“Es tracta de veure quina solució dones a cada situació que trobes, no esperar que et vinguin donades sinó pensar en què puc fer al meu lloc de treball per millorar l’entorn i els pacients. I t’adones que si sumes amb els companys, junts podem fer moltes coses. I d’aquí el fet de posar en marxa iniciatives com l’EAP Sardenya”.

Així és el Dr. Jaume Sellarès: un pas endavant. Amb passió, vocació i compromís. Amb fermesa i vitalitat. Qualitats intrínseques a la seva persona que li han permès liderar nous projectes, buscant solucions a les problemàtiques del moment, amb els recursos disponibles i reinventant, amb l’objectiu de millorar l’atenció als pacients, la salut de les persones.

Després d’estudiar Medicina va ser resident a l’Hospital Vall d’Hebron i la primera promoció de residents de l’ABS de Castelldefels. Aquí va iniciar-se professionalment fins que va fer les oposicions i va anar a treballar a Martorell, amb una plaça fixa. Després de treballar a l’Institut Català de la Salut durant 14-15 anys, va decidir muntar l’EBA Sardenya. Així va emprendre la seva aventura al capdavant de l’EAP Sardenya, avui fa 22 anys.

Per què vas escollir Medicina de família?

De petit estava en un poble, i en aquells temps la figura del metge del poble era tota una institució. I quan ets un nen això t’influeix. També per la proximitat que dona ser un metge de família.

La vocació s’encomana?

Si, això explica perquè hi ha metges que els seus fills són metges i també els néts... hi ha aquestes generacions de molts anys, perquè els fills han viscut molt de prop la preocupació pels malalts, per les persones, i això marca, fins que decideixes què vols ser.

Ha perdut prestigi el metge?

Crec que no és veritat. No l’hem perdut. El que passa és que les coses canvien i tenim tendència a pensar que abans era millor que ara. Abans i ara és diferent però ni millor ni pitjor, i cada cosa s’ha d’adaptar al seu temps. **El metge s’ha de convertir en una persona molt experta, molt coneixedora, se li ha de reconèixer el seu valor però també s’ha de donar peu a que el pacient tingui el seu espai i per tant ha de participar en les decisions. Això vol dir que hem de perdre cert poder per donar-li**



al pacient i al final, això ens genera tanta o més confiança que abans. També és veritat que cal dedicació per guanyar-te la confiança dels pacients. Res ve sol.

Què ha determinat el teu creixement professional, tant en l'àmbit assistencial com de gestió?

És una evolució. Comences amb la il·lusió del resident que acaba la carrera i tens una visió molt estreta del que és la professió. I a mesura que vas coneixent se t'obren noves possibilitats. La medicina de família en un moment en que l'atenció primària estava creixent, va donar moltes oportunitats. Recordo que al meu primer lloc de treball vam poder fer coses que fins llavors ningú s'havia plantejat. La innovació ja ve de lluny.... amb un company metge vam dir "si nosaltres som metges de la família, no hem de repartir el pacient amb trossets; és natural que les dones es quedin embarassades i el més lògic és que continuïn anant al seu metge de tota la vida, per tant, hem d'estar preparats per atendre la dona al moment de l'embaràs". I així va ser com vam fer el control de les embarassades al nostre 'cupó', cosa que crec que no feia ningú més en aquell moment.

Com es cohesiona un equip?

Aquesta és la part més difícil. Teníem molt clar que si volem fer les coses bé hem de ser un equip. I un equip no és un grup, sinó que són 4 o 6 persones que amb les seves diferències tots volen aconseguir el mateix objectiu. I per fer això vam buscar els millors. Però quan busques els *Messi* de cada lloc és molt difícil posar-los tots junts. En un galliner només hi ha un gall, i si n'hi ha gaires les coses no van bé. L'èxit fonamental és intentar posar els màxims galls possibles sense que hi hagin baralles i que acabem fent un equip.

Les EBAs són el futur de l'Atenció Primària?

Si, jo crec que sí, però hem d'entendre molt bé què vol dir una EBA. El nom no és massa afortunat, per tant seria bo parlar d'una altra cosa, com empreses de professionals... **Les EBAs són la màxima expressió de l'autogestió cap a dintre i cap a fora, és a dir, si volem fer un equip autogestionat vol dir que nosaltres hem de tenir la màxima autonomia com a equip, però també cada un dels membres ha de tenir la màxima autonomia, perquè sinó estem fent trampa. Tothom té capacitat i per tant deleguem responsabilitats, no feines o funcions.** I això a tots els nivells: metges, infermeres i administratius. Perquè l'administratiu és el primer contacte amb les persones.

Durant una època, quan començaven les EBAs, molts metges volien apuntar-s'hi, perquè és atractiu, però com que el sistema ha dit que no tantes vegades, ja s'han



reconduït. **Si hi hagués l'oportunitat d'obrir una altra vegada l'aixeta i tornar a fer equips amb autonomia, amb capacitat de lideratge, de decisió... no faltarien professionals.**

Problemàtiques actuals de l'AP.

Tothom parla dels problemes de l'AP i ningú parla de les oportunitats que ens brinda. **Si ho treballem bé som la solució a la major part dels problemes.** Faltaran metges en el futur? Si, en faltaran per fer-ho com ho estem fent, però podem fer-ho d'una altra manera. Perquè els hospitals també tenen problemes, i podem posar-los solucions. Per tant, reclamem la gestió de la consulta externa de l'hospital, podem gestionar la despesa farmacèutica... si en sabem molt d'això! El que cal és tenir sentit comú i organitzar-ho.

Els nous rols professionals que s'estan incorporant a l'AP són la solució?

El centre de salut és el lloc més visitat per la població del barri. **Hem d'incorporar aquesta dimensió de comunitat.** Tenim la sort que Catalunya està dividida en àrees bàsiques de salut i això ens permet conèixer el territori, saber què està passant i posar solucions a cada indret. Per exemple, posar un psicòleg a totes les ABS potser no és necessari. Però això ho saben els professionals de cada zona, i per tant el que cal és donar-los les eines. Deixem que s'organitzin i ells mateixos trobaran solucions imaginatives.

Docència amb excel·lència

Els CAPs com a centres universitaris.

Ser centre universitari és ser un centre d'excel·lència, que fa les coses més que bé. L'EAP Sardenya ho és perquè s'ho ha guanyat a pols, ja que ha aconseguit demostrar-li a la universitat que té tant o més mèrit com l'Hospital Universitari Vall Hebron o qualsevol altre... I hem guanyat prestigi però també la responsabilitat de formar a les noves generacions de metges.

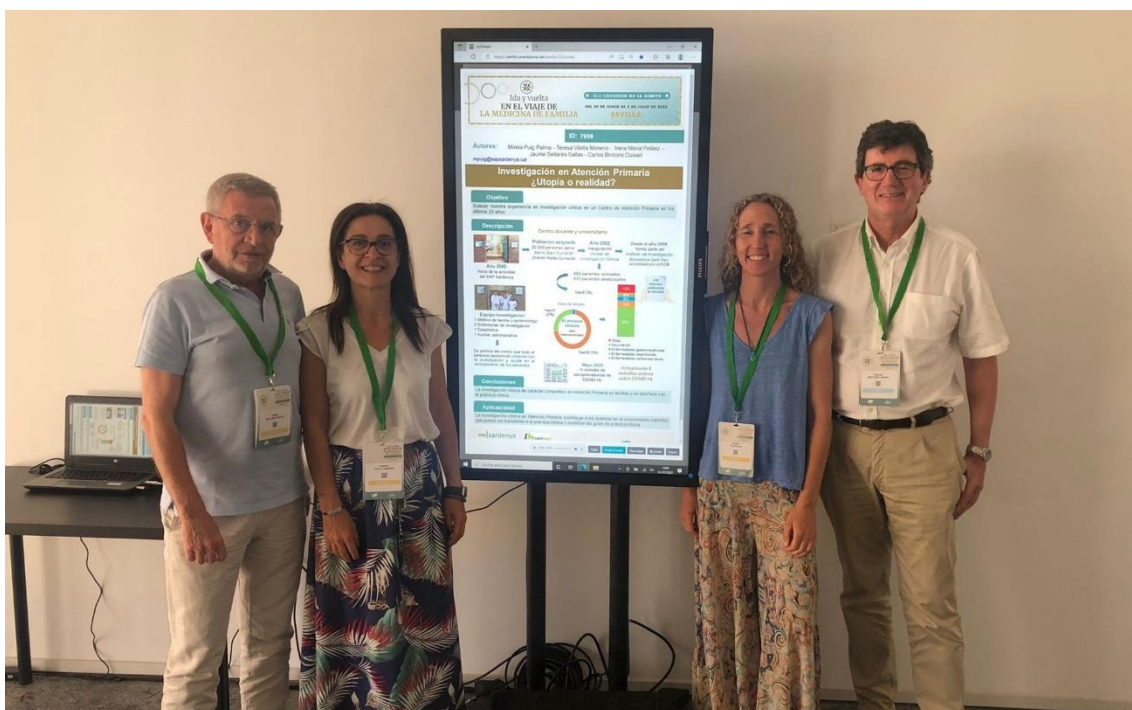
La teva aposta per la formació.

Un centre sanitari per definició ha de ser un centre assistencial però també ha de cuidar la vessant de la docència i de la recerca. I això forma part del nostre ADN. Vam començar amb la idea de ser un centre docent, i vam treballar-ho progressivament. És una història genial com vam aconseguir crear una Unitat Docent en un moment en què no se'n posava cap en marxa a tot l'estat espanyol.



El futur de la Unitat Docent

UDACEBA és després de l'ICS -que té el 70% de l'AP i també dels residents de medicina de família- la unitat docent més gran de Catalunya. Hem avançat molt en molt poc temps, en número de residents, amb convenis externs... i **les possibilitats de la Unitat Docent són immenses. Estem formant metges i infermeres de medicina familiar i comunitària, i aquest any també hem participat en la formació d'altres professions que s'incorporaran a l'atenció primària, com són els enginyers, els biotecnòlegs...** Avui tenim convenis amb l'Hospital de Sant Pau, l'Hospital Vall d'Hebron... per ajudar a formar a farmacòlegs clínics, especialistes en salut pública, en medicina del treball.



Trets diferencials de la Unitat Docent

Primerament té un tracte molt personalitzat i diferent cap als residents. La Unitat Docent s'esforça molt per donar valor a això. Per això sempre hem promocionat que vagin als congressos, que facin tesis doctorals, els paguem la formació, els facilitem que coneguin altres centres... Aquest és un tret diferencial que trobaran a UDACEBA. També podran veure una Atenció Primària diferent de l'habitual: treballar en un centre autogestionat on tens una responsabilitat diferent però també et dona molta més satisfacció perquè tens eines per fer-ho.

Els que venen a l'EAP Sardenya, primerament estan en un CAP acreditat com a centre universitari. A més, per un resident, poder estar en un centre on es fa recerca del nivell

que estem fent a Sardenya, això no ho trobaran pràcticament a cap altre lloc. La prova és que hi ha residents d'altres unitats docents que venen específicament a fer rotacions amb nosaltres.

Ja són 10 anys consecutius publicant el butlletí APSalut.

La nostra unitat docent tot i ser relativament petita té una gran capacitat per donar espai a la docència, que els residents puguin publicar, explicar les seves experiències... i mantenir-ho en el temps és una feina de molta gent que cal posar en valor. Vist en perspectiva té mèrit.

Els valors, l'essència del metge

Principals valors per ser un bon professional.

Els valors del professionalisme no s'expliquen a la universitat però s'aprenen. Al final, el que ens dona l'èxit és recolzar-nos en aquests valors. **Per això tenim el reconeixement de la societat, per això es valora bé la nostra professió, perquè tenim valors, i aquest valors els sabem transmetre, potser no els sabem explicar, però el valor de voler fer les coses bé, amb rigor, seguint un mètode científic, amb altruisme... Si tenim èxit els metges de primària és perquè ens hem generat la confiança dels pacients.** I això val exactament igual per la unitat docent: quan un tutor treballa d'aquesta manera i té uns valors que sap transmetre, el seu resident acaba tenint la visió no d'un tutor sinó d'un mestre.



Mai es deixa de ser metge

No, tu et pots jubilar de treballar, però aquest sentiment que has tingut tota la vida és manté, perquè al final és intentar veure com pots ajudar a l'altre. I quan et jubilis, encara que no coneguis el nom dels fàrmacs, sempre podràs escoltar aquella persona i donar-li un consell. Recordem que “el metge és el millor medicament per al pacient”.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Jaume Sellarès

Revista: APSalut. Volum 10. Número 4. Article 210

<https://apsalut.cat/2022/12/07/la-descoberta-entrevista-a-jaume-sellares/>

Data: 29 de desembre de 2022



apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

eap | **sardenya**
Centre Universitari



eap
+ **dreta**
de l'eixample



Consorci de Serveis
a les Persones
CAP Baix-a-Mar

Consorci  **Sanitari Integral**
Amb tu, per la teva salut

 **Centre Integral de Salut
Cotxeres**

 **casap**
castelldefels atenció primària
CAN BOU



ABS Centelles



 **Atenció Primària**
Valcarca – Sant Gervasi

www.udaceba.cat



UDACEBA, SL
Sardenya 466 - 08025 Barcelona





www.apsalut.cat



@ButlletiAPSalut

