apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

APSALUT 2023

udaceba

UNITAT DOCENT

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

Recull dels articles publicats al butlletí APSalut de la Unitat Docent UDACEBA l'any 2023

Un any més ens plau presentar-vos el recull d'articles anual del butlletí APSalut. Un espai de coneixement i experiències dels nostres residents i tutors, on podeu consultar temes d'interès i actualitat i descobrir entre línies l'essència de la nostra gent.

Els nostres articles desprenen la vitalitat d'un equip dinàmic i emprenedor, la proximitat d'una comunitat connectada per la formació i la docència i la qualitat humana i professional de persones implicades en la seva professió: l'atenció familiar i comunitària.

Números publicats:

APSalut Volum 11. Número 1
Abril 2023

APSalut Volum 11. Número 2
Juny 2023

APSalut. Volum 11. Número 3
Setembre 2023

APSalut. Volum 11. Número 4
Monogràfic especial desembre 2023

Podeu llegir tots els nostres articles a www.apsalut.cat i subscriure-us al nostre butlletí.

Editorials

Entrevistes

Casos Clínics

Temes Clínics

Docència

Recerca i Coneixement

Salut Comunitària

Gestió i Qualitat

TICs en salut

Ètics i Humanitats

COMITÈ EDITORIAL

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

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

Araceli Bergillos
Antropòloga i secretària de la Unitat Docent UDACEBA

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

Gemma Férriz
Metgessa de família i Cap d'Estudis del Consorci Sanitari Integral

Laura Aranalde
Comunicació en Salut

Núria Martínez
Tècnica de Docència UDACEBA

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. 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.

COL·LABORADORS

Un especial agraïment a totes les persones que han participat en les diferents edicions de l'APSalut durant l'any 2023.

A tots els tutors i tècnics en salut pel seu suport i per brindar-nos els seus coneixements i experiència professional. .

Gràcies també als nostres residents per deixar-nos l'empremta del seu creixement personal i professional. Per dedicar-nos un temps a il·lustrar-nos amb els seus coneixements i mostrar-nos part del que fem a la Unitat Docent.

Un agraïment també als entrevistats a la Descoberta 2023: Lorena Cabricano, Gemma Férriz i Oscar Garcia. Gràcies per deixar-nos conèixer l'art de la vostra professió i el millor de la vostra persona.

Aportacions de gran valor.
Moltes gràcies!

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

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

Atenció al lector
apsalut@udaceba.cat

NÚMEROS PUBLICATS

APSalut Volum 11 Número 1

Editorial

Avaluació de la competència. Passem a l'acció

Cas clínic

A propòsit d'una imatge

Tema clínic

VACUPNEM. Millorem la vacunació antipneumocòccica dels nostres pacients MPOC

Docència

Rotació externa: 'Hi havia una vegada una ferida'

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Lorena Cabricano, infermera familiar i comunitària EAP Dreta de l'Eixample

APSalut Volum 11 Número 2

Editorial

Resultats de l'ACOE 2023 d'UDACEBA

Cas clínic

El valor del resident a l'equip d'atenció primària en l'abordatge integral del pacient

Docència

Rotació externa a Astúries: la decisió

TICS en Salut

Jugant amb la IA

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Gemma Férriz, MFiC i Cap d'Estudis del Consorci Sanitari Integral

NÚMEROS PUBLICATS

APSalut Volum 11 Número 3

Editorial

Debats inajornables

Tema clínic

Burn out a l'Atenció Primària

Cas clínic

Aparició d'hiperpigmentació reticular asimptomàtica

Comunitària

Reconnectant-nos amb la il·lusió després de la pandèmia

Docència

Rotació externa a Buenos Aires: "Amb i per a la comunitat"

Recerca i coneixement

Grup de RCP d'UDACEBA, formant en suport vital

Entrevista

La desCOBERTA. Entrevista a Oscar Garcia, MFiC i Coordinador Docent CAP del Can Bou

APSalut Volum 11 Número 4

Monogràfic Especial 2023. '**Urgències a l'Atenció Primària**'

Editorial

Emergències sanitàries i Atenció Primària..... també!

Tema clínic

L'Ecografia FAST

Recerca i coneixement

Temps és vida: Com actuar davant d'una aturada cardíaca

Docència

Rotació externa: Experiència a Fuerteventura

Docència

De l'Atenció Primària i Comunitària a les Urgències. Experiència personal

SUMARI

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

EDITORIALS

TEMES CLÍNICS

CASOS CLÍNICS

RECERCA I CONEIXEMENT

DOCÈNCIA

TICs EN SALUT

ENTREVISTES

udaceba
UNITAT DOCENT

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

EDITORIALS

APSalut 2023

Avaluació de la competència. Passem a l'acció

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

L'Avaluació de la Competència Objectiva i Estructurada (ACOE) és una prova d'avaluació dissenyada específicament per avaluar les competències professionals.

Per primer cop, el 2023 hem pogut organitzar una ACOE a la unitat docent UDACEBA. Necessitàvem un nombre mínim de residents per tota la infraestructura de la prova, que ja tenim (40). Ens hem centrat en els Residents MIR: hem proposat l'avaluació dels residents de medicina de família en diferents àrees com ara: la comunicació clínica, l'anamnesi, l'exploració física, les habilitats, el maneig, les activitats preventives i l'atenció a la família.

La prova segueix l'estàndard de les ACOEs fetes per la SEMFyC i la CAMFiC, i moltes universitats de Catalunya que han implementat l'ACOE com a mètode d'avaluació de la competència clínica dels seus estudiants. Té com a objectiu informar del procés d'aprenentatge dels residents, utilitzant la informació de l'avaluació per al feed-back posterior que poden fer individualment i amb el seu tutor. Per tant, l'ACOE d'UDACEBA té com a finalitat l'avaluació formativa.

Després de la prova, es fa un retorn de la informació a la Comissió de docència (anonimitzat), als residents, als tutors i al Comitè d'avaluació. Sabem que l'avaluació formativa i sumativa estan interconnectades, però l'avaluació formativa té un impacte major sobre l'aprenentatge i els resultats, pel que ens ha semblat més convenient aquest enfocament.

La nostra ACOE consisteix en 10 estacions, hi han estat convocats tots els residents de Medicina (R1, R2, R3, R4) per a realitzar la prova. Aquesta prova té una durada de 2 hores, i es realitzen 2 torns. La prova involucra 16 actors, 14 avaluadors i un comitè científic, que sumen més de 50 persones, tot recalcant el paper fonamental de tot l'equip operatiu i dels avaluadors i tutors que són els que fan possible aquesta experiència.

La intenció és celebrar anualment la prova per a constatar el progrés dels residents de medicina. I incorporar, a partir de l'any que ve, als residents d'infermeria, amb les seves estacions específiques.

Malgrat els nervis que molts passen, és un esforç que perdura en el temps donat els components emocionals que genera. En definitiva, hem decidit des d'UDACEBA iniciar un projecte d'ACOE anual, amb una finalitat formativa i on es podrà constatar el progrés competencial i corregir les llacunes o mancances.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: Avaluació de la competència. Passem a l'acció
Revista: APSalut. Volum 11. Número 1. Article 211
https://apsalut.cat/2023/04/20/avaluacio-de-la-competencia-passem-a-laccio/
Data: 20 de març de 2023

Resultats de l'ACOE d'UDACEBA 2023

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

En un article recent al Butlletí APSalut explicàvem la posada en marxa de la primera ACOE (Avaluació de la Competència Objectiva i Estructurada) de la unitat docent UDACEBA, dirigida a residents MIR de Medicina de Família i Comunitària.

La prova es va realitzar el dia 31 de març de 2023. Es van convocar tots els residents de Medicina (R1, R2, R3, R4) (n=40).

Consistia en 10 estacions, de 6 minuts de durada, amb un espai de 3 minuts entre estacions. Es va realitzar en dues rodes de dos torns.

Hi havia 16 actors, 14 avaluadors i un comitè científic, a més de tot l'equip operatiu i dels tutors.

Van participar 37 residents dels 40 convocats.

Resultats

- La millor puntuació (sobre 100) va ser de 81,4 i la va obtenir un R2. La pitjor va ser 56,6 i també va ser d'un R2. La puntuació mitjana va ser de 71.
- Per any de residència, de millor a pitjor va ser R3,R4,R2,R1
- Les competències avaluades amb millor puntuació van ser, per ordre de més a menys: comunicació, habilitats.
- I les que van obtenir pitjor puntuació, per ordre de menys a més: atenció a la família i anamnesi.
- Amb puntuacions intermitges van quedar les activitats preventives, l'exploració física i el maneig.

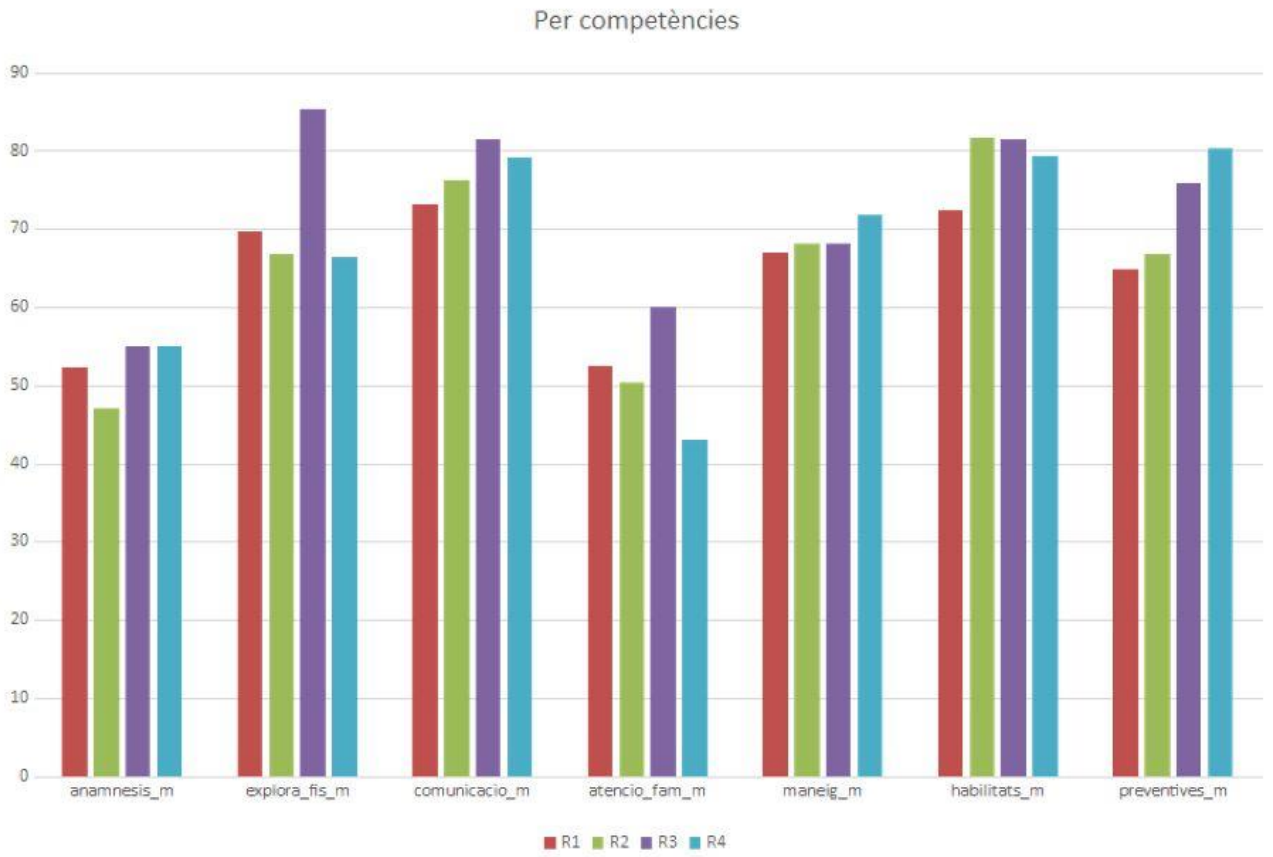
Discussió

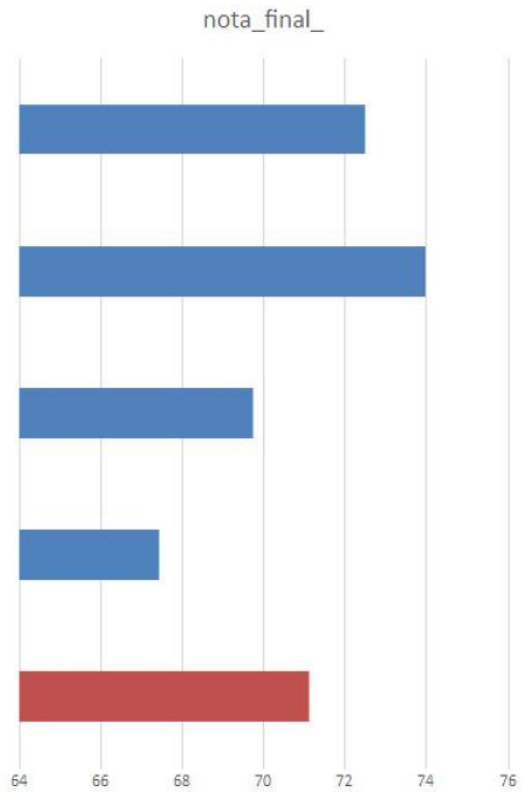
Les puntuacions tendeixen a ser coherents amb el que s'espera: millor per R grans que petits. Per competències, sobta la mala puntuació del R4 en "atenció a la família". Això podria formar part de les limitacions de la prova: només una estació avaluava "atenció a la família".

També s'ha d'insistir en què els residents han de llegir bé les instruccions que es pengen a la porta de la consulta abans d'entrar, per centrar-se en el que es demana. Així es va veure que s'entretenien en exploració física quan tocava fer anamnesi o maneig, o viceversa.

Algunes de les estacions s'han de reformular: una d'habilitats ("sutura"), cap del avaluats l'ha aconseguit acabar per manca de temps. Pel que fa a l'estació dedicada a "diagnòstic per la imatge", una pregunta no va ser contestada bé per cap avaluat, fet que no la fa discriminativa alhora de comparar resultats.

S'ha verificat que no hi havia diferències estadísticament significatives entre les dues rodes que es feien alhora, ni entre els dos torns.





Puntuació final per any de residència

El retorn de la informació es fa a la Comissió de docència (anonimitzat), al resident, al tutor i al comitè d'avaluació.

L'ACOE d'UDACEBA té com a finalitat l'avaluació formativa. L'objectiu és informar del procés d'aprenentatge dels residents, utilitzant la informació de l'avaluació per al feed-back posterior que poden fer individualment i amb el seu tutor.

Sabem que l'avaluació formativa i sumativa estan interconnectades, però l'avaluació formativa té un impacte major sobre l'aprenentatge i els resultats. Tot i això s'ha vist entre els tutors un interès per analitzar els resultats alhora amb l'avaluació sumativa. Tot i això no forma part de les variables actualment vigents per a aquest objectiu.

Malgrat els nervis que molts residents han passat, especialment els R4 que ho van viure pitjor, és un tipus de prova que genera components emocionals que fan perdurar en el temps les seves conclusions.

La intenció és celebrar anualment la prova per a constatar el progrés dels residents de medicina. I incorporar, a partir de l'any que ve, als residents d'infermeria, amb les seves estacions específiques.

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert
Títol: Resultats de l'ACOE 2023 d'UDACEBA
Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 216
https://apsalut.cat/2023/06/20/resultats-de-l-acoe-2023-dudaceba/
Data: 25 de maig de 2023

Debats inajornables

Autor: Daniel Planchuelo Calatayud. Metge de família i tutor de l'EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Les darreres proves d'accés a la universitat, han tornat a situar el grau de medicina en la primera posició amb les notes de tall més altes. Aquest fet ha tornat a posar sobre la taula un debat obert des de fa anys, sobre com hauria de ser el procés que s'hauria de seguir per avaluar als alumnes per a la seva admissió.

D'una banda, sempre s'ha qüestionat si la realització d'un únic examen (juntament amb les notes acadèmiques del batxillerat) són suficients per valorar si una persona és apta per a iniciar els estudis de medicina o si, a més, els aspirants haurien de

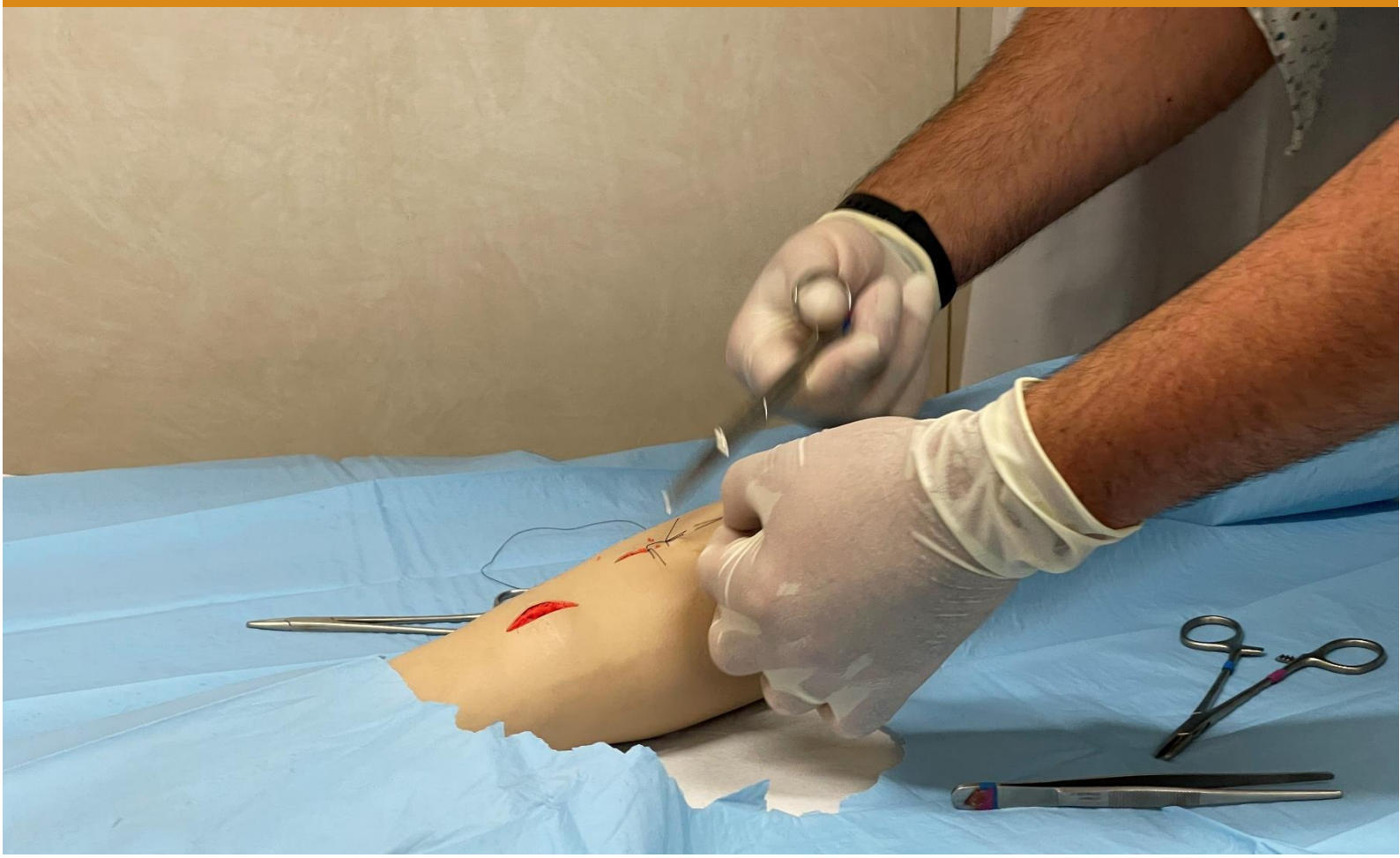
demostrar les seves capacitats d'escolta, l'empatia o l'ètica (personal i social), entre d'altres, mitjançant avaluacions específiques.

D'altra banda, unes notes de tall que requereixin assolir puntuacions properes a la perfecció, poden generar un perfil d'estudiant molt competitiu, amb poca o nul·la tolerància al fracàs, fent que qualsevol petit entrebanc pugui començar a desencadenar diferents tipus de trastorns adaptatius o d'ansietat. Estem segurs que aquests alumnes seran capaços de gestionar la incertesa de la pràctica de la medicina?

Els darrers anys s'han publicat diversos estudis que demostren que, quasi la meitat dels alumnes del grau de medicina presenten algun tipus de malestar emocional, símptomes de depressió o, fins i tot, en un percentatge menor, idees autolítiques. Tanmateix, la Fundació Galatea ha registrat un augment de consultes per part dels estudiants de forma progressiva en els darrers 10 anys, alertant que ens trobem cada vegada més amb alumnes en risc de patir problemes de salut mental.

És important que el coneixement d'aquestes xifres i debats no quedin limitats als professionals sanitaris, sinó que passin a un pla superior, i siguin motiu de discussió entre persones amb capacitat de decisió a nivell polític, per tal de fer-ne un abordatge seriós de la situació que doni respostes reals a aquests problemes.

Citació
Autor: Planchuelo Calatayud, Daniel
Títol: Debats inajornables
Revista: APSalut. Volum 11. Número 3. Article 221
https://apsalut.cat/2023/09/13/debats-inajornables/
Data: 15 de setembre de 2023



Emergències sanitàries i Atenció Primària... també!

Autora: Àngels Ballarín Castany. Metgessa de família EAP Vic. Tutora UDACEBA

La majoria de persones imaginen la consulta d'Atenció Primària com un despatx tranquil on l'entrevista clínica es desenvolupa amb serenitat resolent aspectes bàsics, en el sentit ampli de la paraula, de la salut de les persones. I no és una imatge desdibuixada del tot.

Però aquesta estampa bucòlica es veu interrompuda sobtadament quan arriba l'avís d'una urgència. D'una urgència emergent, de les de veritat.

Això és especialment rellevant en els llocs on l'atenció a les emergències no està externalitzada a altres serveis i molt especialment en la medicina rural, on els equips d'atenció primària ofereixen la proximitat en el seu màxim esplendor.

En aquests moments crítics els professionals de l'Atenció Primària (els mateixos que passen llargues estones entretinguts resolent mil disfuncions burocràtiques del sistema) s'aixequen de la cadira, gestionen amb la sala d'espera el retard que suposarà l'avís imprevist i *fonendo* en mà corren fins al lloc de l'emergència. Allà hauran de fer la primera actuació en un infart, una aturada cardiorespiratòria, un accident de trànsit a la carretera del poble, un ferida sagnant, una crisi comicial o un intent autolític per exemple. Tot això amb pocs recursos, amb diligència i amb professionalitat.

Les situacions a les que es poden haver d'enfrontar són molt diverses i cal estar preparats per donar-hi resposta. Un cop més, la formació continuada és vital. Aportarà seguretat i eficiència i els pacients ho agrairan. Però no és menys important saber-hi ser. Per això cal proximitat, empatia però sobretot capacitat per liderar la situació.

Amb aquestes dues qualitats, la científico-tècnica i la humana, es donarà la primera assistència, s'estabilitzarà el pacient fins que es pugui fer el trasllat al servei d'urgències que i com pertoqui. Trasllat, per cert, que en algunes ocasions també hauran de realitzar els equips d'Atenció Primària, per manca de disponibilitat de transport medicalitzat en aquell moment.

Però no tot s'acaba aquí. Una vegada transferida l'atenció del propi pacient l'equip d'Atenció Primària es girarà i mirarà a la família: explicarà la situació, unes paraules tranquil·litzadores mai estan de més, enllaçarà la continuïtat assistencial, … Això també forma part de l'emergència. Per no parlar de la gestió de l'entorn en les emergències públiques de gran impacte emocional com pot ser un ofegament en una piscina, un atropellament a la via pública, etc.

I quan tot això ha acabat amb adrenalina fins a les orelles però la satisfacció de la feina ben feta l'equip entrarà de nou a la consulta, respirarà profundament, i seguirà amb la llista inacabable de "petites futileses" que es poden resoldre a l'Atenció Primària.

Tot això també és l'Atenció Primària. La porta d'entrada del sistema, en diuen alguns. Però no s'adonen que ho és tot: la porta d'entrada, la sala d'estar, el lavabo i la cuina. La més completa de les atencions necessita la més completa de les formacions. I dels reconeixements. Recordem-ho sempre!

Paraules clau: urgències, emergències, atenció primària

Citació
Autora: Ballarín Castany, Àngels
Títol: Emergències sanitàries i Atenció Primària… també!
Revista: APSalut. Volum 11. Número 4. Article 228
https://apsalut.cat/2023/11/29/emergencies-sanitaries-i-atencio-primaria-tambe/
Data: 29 de novembre de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

TEMES CLÍNICS

APSalut 2023

28è CONGRÉS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA Girona 2022
#tempsdeCAMFiC

Vacunem als mpoc!

Violeta **Uriach Timoneda**, Anna **Fuentes Lloveras**, Neus **Pérez Manyà**,
Esther **Cordero Fernández**, Beatriz **Jiménez Muñoz**, Nariman **Chahboun El Messaoudi**

MÈTODES

Estudi inervencionista mitjançant la realització de trucades telefòniques a tots els pacients MPOC (malaltia pulmonar obstructiva crònica) que no tinguin una vacunació correcte antipneumocòcica, per proposar la vacunació. Les dades sÂ'obtenen de la revisió de les històries clíniques. Aquells pacients que acceptin la vacunació, seran citats amb infermer/a de referència per la realització de la vacuna i posteriorment es va confirmar la vacunació Àmbit d'estudi: Atenció primària Criteris de inclusió: Pacients amb diagnòstic MPOC inscrits en el nostre centre Criteris exclusió: Pacients que no se segueixen en el nostre centre Període d'estudi: octubre - desembre 2019 (pre pandèmia)

RESULTATS

n: 560, 61,8% homes i 38,6% de dones. Edat entre 39-104 amb una mitja de 73,42 anys. Fumadors actius un 30,5%, ExFumadors 46,8%, Fumadors passius 2,1% i no consta 20,6% Amb un FEV1 de >80% en un 10,5% dels pacients, 80-50% en un 41,8%, 49-30% en 12,7%, < 30% en 1,8% i no consta en un 33,2% dels pacients Es va detectar que un 63% dels MPOC no estava correctament vacunat. Es va localitzar telefònicament el 74,1% dels pacients, dels quals van acceptar la vacunació un 86,2% i es va citar amb infermer/a referent. Amb aquesta intervenció, vam passar dÂ'un 37% de pacients correctament vacunats a un 62,7% amb diferència estadísticament significativa.

CONCLUSIONS

Aquest estudi es va fer preCOVID i no es va poder enllestir en la totalitat per les circumstancies, però els resultats obtinguts son prou notables, per veure que hi ha intervencions que poden ser molt útils per la prevenció Cal reactivar iniciatives preventives i cal disposar d'eines i temps per portar-les a temps. La prevenció i la salut comunitària son claus per atenció primària

VACUPNEM. Millorem la vacunació antipneumocòccica dels nostres pacients MPOC

Autores: Violeta Uriach Timoneda, Neus Pérez Manyà, Anna Fuentes Lloveras, Esther Cordero Fernádez, Beatriz Jiménez Muñoz, Nariman Chauboun El Messaoudi. EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae) és un coc grampositiu. Té una càpsula on es disposa un antigen que dota de patogenicitat i virulència al bacteri. Aquest antigen en defineix el serotip i és la base pel desenvolupament de vacunes. Es coneixen més de 92 serotips tot i que no tots tenen capacitat patogènica. 23 d'ells son els causants de pràcticament el 75% de les malalties pneumocòciques (1).

Segons estimacions de l'OMS, la malaltia pneumocòccica és responsable de més de 1,6 milions de morts anuals i és la primera causa evitable de mort per vacunació (1).

S. pneumoniae és causant de diversos quadres clínics: pneumònia adquirida a la comunitat, sinusitis, otitis mitja entre altres. La forma clínica més greu és la malaltia pneumocòccica invasiva. Hi ha certs factors que incrementen el rics de patir-la, com el consum de tabac o el patiment de malalties subjacents concomitants (1). L'increment de risc en fumadors és degut fonamentalment a l'alteració de l'epiteli de la mucosa bronquial, l'increment d'adherència bacteriana i els canvis en les respostes immunitàries innata i adaptativa d'aquest col·lectiu. Diferents estudis han trobat que el consum de tabac és un factor de risc independent per al desenvolupament de pneumònia adquirida a la comunitat així com la malaltia pneumocòccica invasiva (1).

S'ha avaluat la vacuna polisacàrida 23 valent (VNP-23) en adults i s'ha determinat que la immunització és costo-efectiva (1). Aquesta es va incloure en el calendari de vacunació de l'adult a l'estat espanyol entre el 2003 i 2005, tot i que ja es recomanava des de l'any 2001 en grups de risc (2). Se sap que tot i les mesures terapèutiques i preventives actuals, la incidència i la mortalitat de la malaltia pneumocòccica invasora i la pneumònia pneumocòccica en adults d'edat avançada i en aquells amb patologia de base, es manté elevada, el que justifica enfortir i abordar noves estratègies de conscienciació i pretensió en aquesta població d'alt risc i als professionals sanitaris que els atenem (2).

Les vacunes són una estratègia per reduir el risc d'exacerbacions relacionades amb les infeccions que poden derivar en complicacions i per tant, pretenen reduir la

morbimortalitat i els costos associats als malalts amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (3).

A tots els pacients amb diagnòstic de MPOC es recomana la vacunació antigripal anual així com vacunació antipneumocòccica.

Actualment hi ha dues vacunes disponibles per a la prevenció de la malaltia pneumocòccica en adults:

- Polisacàrids 23-valent (Pn23, nom comercial Pneumovax 23®)
- Polisacàrids conjugats 13-valent (PnC13, nom comercial Prevenar®)

D'acord amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya:

En els pacients immunocompetents amb una malaltia pulmonar crònica es recomana la vacuna Pn23.

Se n'ha d'administrar una dosi en el moment del diagnòstic, i es recomana administrar una segona i darrera dosi a partir dels 65 anys d'edat, amb un interval mínim de 5 anys de la primera (4).

Amb aquesta informació, a finals del 2019, previ a la pandèmia, es va decidir iniciar aquesta intervenció.

OBJECTIU

Avaluar el grau de vacunació antipneumocòccica entre els pacients MPOC del nostre centre i valorar si està relacionada amb la vacunació antigripal. En aquells pacients no vacunats o amb una vacunació incompleta, fer una intervenció per millorar la vacunació antipneumocòccica.

MATERIAL I MÈTODES

Una primera part, on es realitza un estudi descriptiu mitjançant l'observació de les històries clíniques dels pacients MPOC per veure'n la seva vacunació i una segona part intervencionista mitjançant la realització de trucades telefòniques a tots els pacients MPOC que no tinguin una vacunació correcte antipneumocòccica, per proposar-los la vacunació. La trucada, serà realitzada per personal sanitari i resoldrà els dubtes que puguin sorgir. En el cas de que el pacient prefereixi comentar-ho amb els seus referents sanitaris, es programarà una trucada amb el metge/essa o infermer/a referents per resoldre dubtes.

Aquells pacients que acceptin la vacunació, seran citats amb l'infermer/a de referència per la realització de la vacuna i posteriorment es revisarà de nou les històries clíniques dels pacients per confirmar la vacunació per tal de poder avaluar l'efectivitat de la intervenció realitzada.

Àmbit d'estudi: Atenció primària.

Criteris de inclusió: Pacients amb diagnòstic MPOC inscrits en el nostre centre.

Criteris exclusió: Pacients que no se segueixen en el nostre centre.

Període d'estudi: octubre – desembre 2019 (prepandèmia).

RESULTATS

n: 560, 61,8% homes i 38,6% de dones. Edat entre 39-104 amb una mitja de 73,42 anys. Fumadors actius un 30,5%, ExFumadors 46,8%, Fumadors passius 2,1% i no consta 20,6%

Amb un FEV1 de >80% en un 10,5% dels pacients, 80-50% en un 41,8%, 49-30% en 12,7%, < 30% en 1,8% i no consta en un 33,2% dels pacients.

Es va detectar que un 63% dels MPOC no estaven correctament vacunats, d'aquests, un 4,3% tenen una dosi, requerint una segona segons edat i protocol, i un 58,8% no tenen cap dosi.

D'aquest 63% incorrectament vacunats, es va localitzar telefònicament el 74,1% dels pacients, dels quals van acceptar la vacunació un 86,2% i es va citar amb l'infermer/a referent.

Amb aquesta intervenció, vam passar d'un 37% de pacients correctament vacunats a un 62,7% amb diferència estadísticament significativa.

Dels pacients que no s'han vacunat de la Grip els darrers 5 anys, un 93,1% tampoc estaven vacunats del pneumococ, en canvi, aquells que tenen les darreres cinc dosis de grip, un 76,6% estaven correctament vacunats pel pneumococ, amb diferència estadísticament significativa ($p<0,001$).

De tots els pacients que havien patit una pneumònia adquirida a la comunitat, es va poder confirmar que va ser per Streptococcus pneumoniae en un total de 20 pacients, cap tenia cap dosi de vacuna antipneumocòccica.

CONCLUSIONS

Aquest estudi es va fer preCOVID i no es va poder enllestir en la totalitat per les circumstàncies, però els resultats obtinguts són prou notables, per veure que hi ha intervencions que poden ser molt útils per la prevenció.

Es va poder avaluar la millora notable de la vacunació, donat que vam passar de menys d'un 40% dels pacients MPOC ben vacunats a pràcticament el 63%.

Cal reactivar iniciatives preventives i cal disposar d'eines i temps per portar-les a temps. La prevenció i la salut comunitària són claus per l'atenció primària.

La vacuna de la grip i antipneumocòccica son eines de prevenció en pacients MPOC i cal fomentar-les. En aquest col·lectiu, la vacunació acostuma a ser baixa i això suposa un perill per la seva salut. Amb intervencions senzilles com la realitzada en aquest estudi, veiem que podem capgirar els índex de vacunació amb mesures fàcils i disponibles com proposar i informar als pacients de les recomanacions actuals.

Cal diagnosticar als pacients amb MPOC i aplicar mesures preventives i de seguiment adient.

BIBLIOGRAFIA

1. Documento de consenso SEPAR-ALAT sobre vacunación antineumocócica en fumadores. DOI: 10.1016/j.arbres.2014.12.003.
2. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Revista Española de Quimioterapia Advance Access published February 15, 2017.
3. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017.
4. Documento de posicionamiento sobre el tratamiento de la EPOC basado en la Gold 2019.

Citació
Autores: Uriach Timoneda, Violeta; Pérez Manyà, Neus; Fuentes Lloveras, Anna; Cordero Fernádez, Esther; Jiménez Muñoz, Beatriz; Chauboun El Messaoudi, Nariman
Títol: VACUPNEM. Millorem la vacunació antipneumocòccica dels nostres pacients MPOC
Revista: APSalut. Volum 11. Número 1. Article 212
https://apsalut.cat/2023/04/18/vacupnem/
Data: 20 de gener de 2023

BORNOUT I PREDISPOSICIÓ INDIVIDUAL

Autores Violeta Uriach Timoneda, Carme Paez Regadera, Estel Call Alsina, Anna Nierga Llandrich, Alexandra Cascante Llorente, Sara Obelleiro Nadal

Centre de Treball: CAP de Banyoles

Objectius

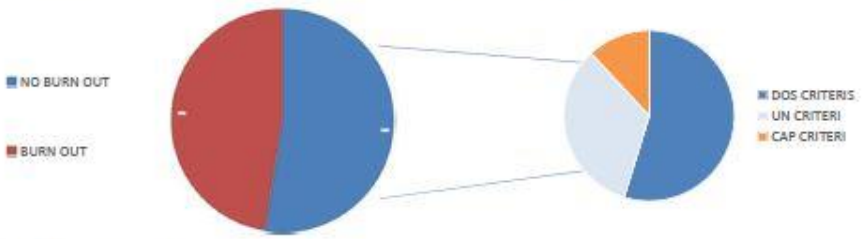
Descriure els treballadors del centre d'atenció primària que pateixen síndrome de burn out. Alhora, identificar aquells treballadors que presentin factors de predisposició a patir-ne

Metodologia

Estudi descriptiu transversal. S'utilitza un qüestionari anònim validat de Burn out de Maslach. La recollida de dades és mitjançant el correu electrònic corporatiu al mes 12/2021 coincidint amb la sisena onada de COVID 19, a tots els treballadors del centre. El qüestionari és positiu en el cas de complir els tres criteris: patir esgotament emocional , despersonalització i no tenir realització personal . Criteri d'inclusió: treballadors del centre durant l'any 2021. Criteri d'exclusió: treballadors que no han estat en actiu durant l'any 2021

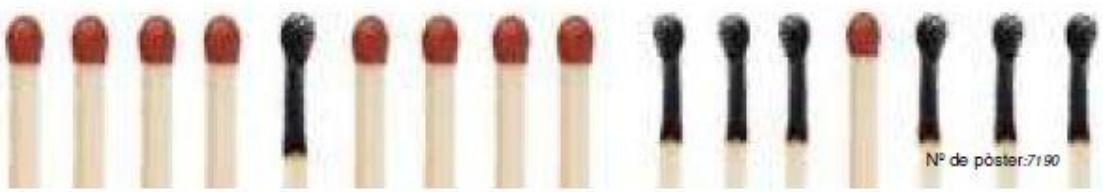
Resultats:

Mostra N=83 (92,22% personal del centre) dels quals el 49,39% compleix criteris de burn out Dels 42 treballadors que no compleixen els criteris de Burn out, es detecta n:23 (54,76%) presenten dos dels tres criteris . Dels quals, 13 (30,95%) presenten esgotament emocional i despersonalització. 5 treballadors (11,9%) despersonalització i no realització personal i 5 (11,9%) esgotament emocional i no realització personal. Hi ha 14 treballadors (33,33%) que presenten un dels factors , 6 (42,9%) no tenen realització personal, 3 (21,4%) esgotament emocional i 5 (35,7%) despersonalització . A destacar que únicament hi ha 5 treballadors (11,9%) que no compleixen cap criteri de Burn out



Conclusions:

Pràcticament el 50% dels treballadors d'atenció primària compleixen criteris de Burn out. Dels treballadors que no compleixen criteris, un 54,76 % presenten dos criteris i un 33,33% un, pel que es podrien considerar amb predisposició a patir-ne un 88,1% Només un 11,9% dels treballadors no compleix cap dels criteris. Davant aquests resultats és necessari portar a terme actuacions per millorar les condicions laborals així com aconseguir una disminució de la simptomatologia relacionada amb el lloc de treball.



Nº de pòster:7190

Burn out a l'Atenció Primària

Pòsters presentats al 28è Congrés d'Atenció Primària, CAMFiC, Girona. Abril 2022 #tempsdeCAMFiC

Autores: Violeta Uriach Timoneda, Carme Paez Regadera, Estel Call Alsina, Anna Nierga Llandrich, Alexandra Cascante Llorente, Sara Obelleiro Nadal. CAP Banyoles

Tots i cada un dels treballadors i treballadores de l'atenció primària som molt conscients del que s'ha viscut durant la pandèmia de Covid: sobrecàrrega, dificultats de desconnexió, estrès… amb aquesta idea, des del centre de Banyoles, un CAP semirural, vam voler posr de manifsest l'estat dels treballadors del nostre centre.

OBJECTIU

Descriure els treballadors del centre d'atenció primària que pateixen síndrome de burn out. Alhora, identificar aquells treballadors que presentin factors de predisposició a patir-ne.

Conèixer la prevalença del personal sanitari i administratiu del nostre centre d'atenció primària que es planteja deixar la professió arran de la sisena onada de la COVID-19.

Avaluar les prioritats de millora dels treballadors d'atenció primària per fer front a la sisena onada de pandèmia.

METODOLOGIA

Estudi descriptiu transversal. S'utilitza un qüestionari anònim validat de Burn out de Maslach. La recollida de dades és mitjançant el correu electrònic corporatiu durant el mes 12/2021 coincidint amb la sisena onada de COVID-19, a tots els treballadors/es del centre. El qüestionari és positiu en el cas de complir els tres criteris: patir esgotament emocional, despersonalització i no tenir realització personal. Criteri d'inclusió: treballadors del centre durant l'any 2021. Criteri d'exclusió: treballadors que no han estat en actiu durant l'any 2021.

Amb l'objectiu de detectar necessitats i propostes de millora, mitjançant el correu corporatiu, es va enviar també, un qüestionari anònim a tot el personal del CAP, específicament dissenyat per a aquest objectiu, proposant mesures de millora, per veure les diferents opinions i prioritats i detectar diferències entre estaments (metge/ssa, infermer/ra, administratiu/va, TCA, treballador social, odontòlegs, psicòleg). Per unificar respostes i facilitar-ne l'anàlisi, es va fer un llistat amb 7 propostes de millora i cada treballador seleccionava les dues que veia prioritàries.

També es va afegir la pregunta directa, de si el treballador/a s'havia plantejat deixar la feina.

RESULTATS

Mostra N=83 (92,22% personal del centre) dels quals el 49,39% compleix criteris de burn out. Dels 42 treballadors que no compleixen els criteris de Burn out, es detecta n:23 (54,76%) presenten dos dels tres criteris, dels quals, 13 (30,95%) presenten esgotament emocional i despersonalització, 5 treballadors (11,9%) despersonalització i no realització personal i 5 (11,9%) esgotament emocional i no realització personal. Hi ha 14 treballadors (33,3%) que presenten un dels factors, 6 (42,9%) no tenen realització personal, 3 (21,4%) esgotament emocional i 5 (35,7%) despersonalització. A destacar que únicament hi ha 5 treballadors (11,9%) que no compleixen cap criteri de Burn out.

El 46,98% del personal del centre, s'han plantejat deixar la professió. D'aquests, un 35,89% són metges i infermer/eres, dels quals, 33,33% tenen burn out. Un 23,07% són administratius, dels quals un 29,16% tenen burn out, i un 5,1% dels altres estaments (odontologia, TCAI, treballador/a social, psicòleg) d'aquest grup un 4,1% tenen burn out. En relació als anys treballats, tenen més risc de burn out els que porten entre 10-20 anys treballats (50%).

Millorar la gestió de les agendes i tenir prou personal són sense cap mena de dubte les millores que es reclamen.

CONCLUSIONS

Pràcticament el 50% dels treballadors d'atenció primària compleixen criteris de Burn out. Dels treballadors que no compleixen criteris, un 54,76 % presenten dos criteris i un 33,33% un, pel que es podrien considerar amb predisposició a patir-ne un 88,1%. Només un 11,9% dels treballadors no compleix cap dels criteris.

En aquest context, molts professionals, sobretot sanitaris, es plantegen canviar de professió. Això posa de manifest la necessitat de prevenció del burn out duent a terme actuacions per millorar les condicions laborals dels treballadors del nostre centre així com disposar d'eines per disminuir-ne la simptomatologia.

Caldria tenir en compte resultats com els d'aquest estudi per anticipar-nos a possibles situacions de crisi sanitària que puguin esdevenir en un futur.

Compartir idees de millora així com les diferents prioritats ajuda a consensuar i poder-les aplicar de manera més assertiva. Els treballadors poden aportar idees innovadores i de gran valor, alguna de les quals de fàcil aplicació.

Facilitar espais per poder intercanviar propostes de millora, per part de les direccions dels centres i compartir-les entre estaments milloraria el funcionament del centre i afavoriria el treball en equip i ajudaria a conèixer les dificultats en el dia a dia de cada estament.

Cal cuidar a qui ens cuida. Hem de mirar per la nostra salut, per poder vetllar per la salut de la nostra població.

- Pòster BORNOUT I PREDISPOSICIÓ INDIVIDUAL
- Pòster DEIXAREM LA PRIMÀRIA?
- Pòster SISENA ONADA. TSUNAMI A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. COM PODEM MILLORAR

Citació
Autores: Uriach Timoneda, Violeta; Paez Regadera, Carme; Call Alsina, Estel; Nierga Llandrich, Anna; Cascante Llorente, Alexandra; Obelleiro Nadal, SaraTítol: Burn out a l'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 11. Número 3. Article 222
https://apsalut.cat/2023/09/12/burn-out-a-latencio-primaria/
Data: 29 d'agost de 2023

L'Ecografia FAST

Autora: Núria Nadal Olivé. Metgessa de família EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Amb qualsevol pacient que consulta a un servei d'urgències el primer que cal descartar és que tingui alguna patologia que pugui posar en risc la seva vida. En el cas concret dels pacients politraumatitzats, a part de fer una exploració física on puguem detectar signes d'inestabilitat hemodinàmica i lesions evidents, és molt important valorar si pot haver-hi alguna lesió oculta que pugui ser potencialment greu.

L'ecografia és una tècnica innòcua, ràpida i econòmica que ens pot ajudar a detectar possibles hemorràgies internes a nivell toràcic i abdominal mitjançant la tècnica **FAST (Focus Assessment with Sonography for Trauma).**

Fa molts anys, davant la sospita d'una lesió intrabdominal, es realitzava una punció-rentat peritoneal però òbviament era una tècnica que tenia moltes complicacions i no sempre detectava lesions internes. El 1984 va aparèixer el primer estudi que comparava l'ús de l'ecografia en comparació amb el rentat peritoneal i es va veure que tenien sensibilitats i especificitats similars (al voltant del 90% ambdues), sent una tècnica no invasiva i lliure de complicacions.

No va ser fins al 1995 que es va descriure per primer cop el terme d'ecografia FAST i des del 1997 s'inclou en els protocols d'atenció al pacient politraumatitzat. Per tant, actualment es recomana la realització d'una eco-FAST el més ràpid possible i en cas que es detecti presència de líquid, s'indicaria directament una laparotomia. Només en casos de eco-FAST negatiu i sospita de sagnat es recomana realitzar una punció-rentat peritoneal. En cas que el pacient estigui estable, es pot considerar la realització d'una tomografia computeritzada (TC) abdominal per completar l'estudi i descartar altres complicacions. No es recomana fer un TC d'entrada, ja que requereix traslladar un pacient que pot inestabilitzar-se en qualsevol moment i pot comportar uns 30 minuts de temps que poden ser crucials pel pronòstic del pacient.

Per realitzar una ecografia FAST, utilitzarem la sonda convex de baixa freqüència per tenir la major profunditat possible. Al seu un pacient traumàtic, habitualment estarà en decúbit supí, pel que realitzarem l'exploració en aquesta posició. Òbviament també necessitem disposar de personal format en ecografia ja que es tracta d'una tècnica operador depenent i que s'ha de realitzar amb la major brevetat possible. El temps estimat en el que es pot realitzar tota l'exploració són uns 3 minuts, pel que ens podrem entretindre a cada finestra entre 30 i 60 segons. S'explora en aquestes localitzacions i no en unes altres perquè són els recessos on s'acostuma a acumular inicialment el líquid. A continuació es detalla cadascuna de les sis àrees que s'avaluen en l'eco-FAST:

Finestra 1: Epigastri

Per un costat valorarem el pericardi (enfocant a per sota la xifoides i cap a l'espatlla esquerra) per valorar la presència de líquid i per altra banda valorarem lòbul hepàtic esquerre i grans vasos.

Finestra 2: Quadrant superior dret

Explorem l'angle de morrison (angle hepatorenal), que és el primer lloc on s'acumula el líquid lliure peritoneal. En aquesta finestra també podem observar el si costofrènic dret i possibles lesions viscerals a lòbul hepàtic dret i ronyó dret.

Finestra 3: Flanc dret

Per sota de la capa muscular que formen els músculs oblics i el transvers de l'abdomen, hi hauríem de veure el colon ascendent. En cas que hi hagi líquid, l'observarem per sota el transvers.

Finestra 4: Quadrant superior esquerre

Valorem la presència de líquid lliure a la fossa de Gerota (angle esplenorenal). En aquesta finestra també podem explorar l'espai pleural dret i possibles lesions viscerals a melsa i ronyó esquerre.

Finestra 5: Flanc esquerre

Exactament el mateix que al flanc dret, però amb el colon descendent.

Finestra 6: Hipogastri

En aquest espai observem el sac de Douglas on hi valorarem també la presència de líquid, entre el recte i la bufeta en el sexe masculí i entre l'uter i el recte en el sexe femení.

Existeix també una variant de l'eco-FAST, anomenada **Extended Focus Assessment with Sonography for Trauma** o **ecografia eFAST** que inclou la valoració toràcica per determinar l'existència d'hemotòrax o neumotòrax. Alguns autors també han descrit el protocol FASTER, que inclouria la valoració de les extremitats, tot i que hi ha poc consens de moment.

Les possibles limitacions que pot tenir l'ecografia FAST són les pròpies de l'ecografia com l'obesitat abdominal o la presència de gas (a nivell intestinal o per presència d'enfisema subcutani) i les pròpies d'un pacient politraumatitzat com la falta d'integritat cutània o la presència de fractures costals que puguin dificultar l'exploració amb el transductor.

Figura 2. Corte longitudinal a nivel perihepático/receso hepatorrenal/ fosa de Morrison

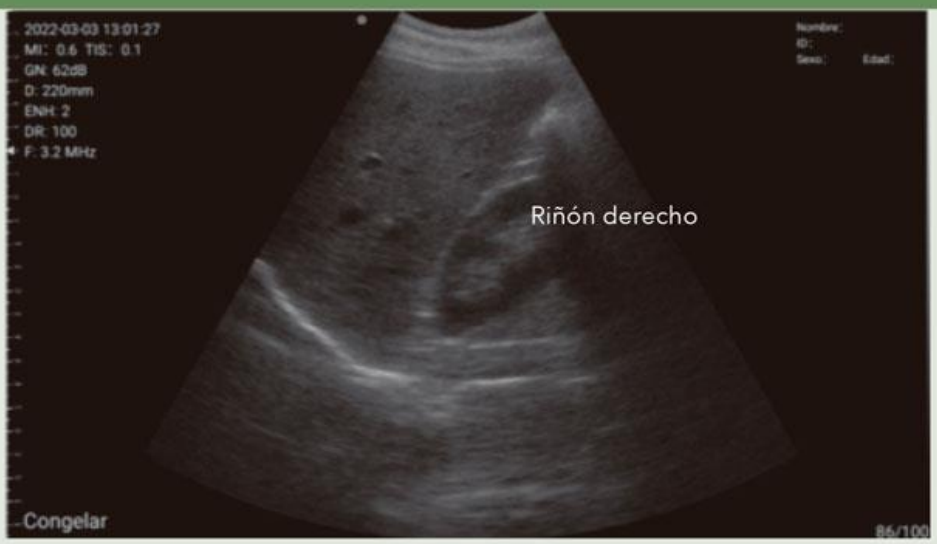
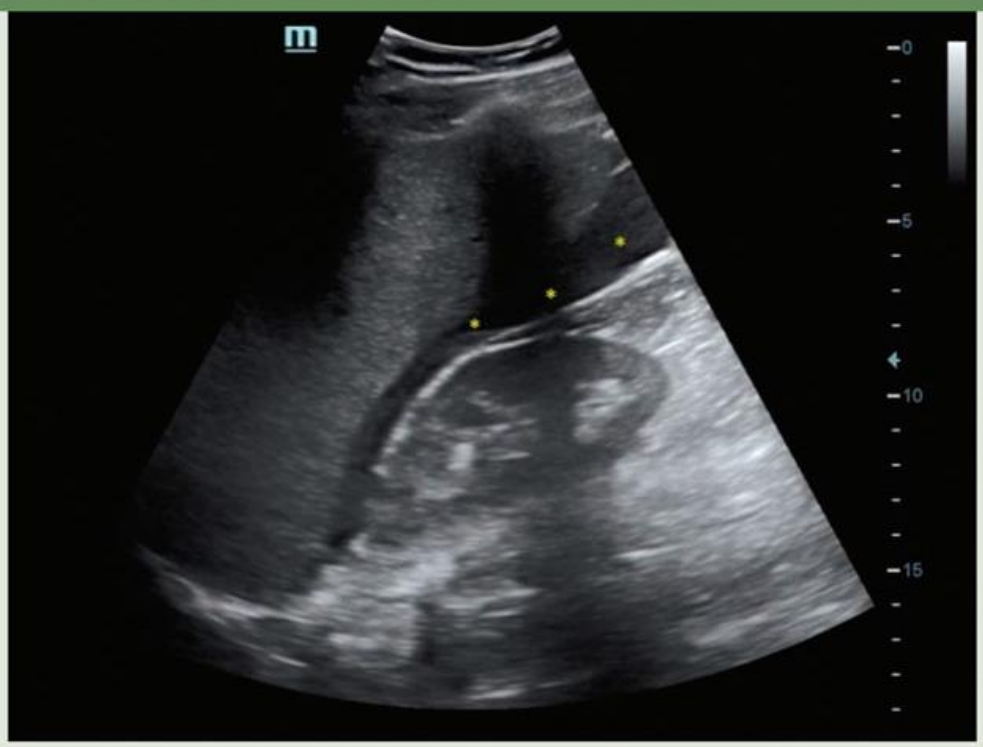


Figura 7. Corte longitudinal perihepático en el que se objetiva líquido libre (anecoico) en la fosa de Morrison (marcado con *)



Font de les imatges: Article 2. Lozano P, Calderon E. Paciente con traumatismo abdominal grave. AMF 2022;18(9):525-530

Bibliografia

1. Catán F, Villao D, Astudillo C. Ecografía fast en la evaluación de pacientes traumatizados. Rev Méd Clín Las Condes. 2011;22(5):633-9.
2. Lozano P, Calderon E. Paciente con traumatismo abdominal grave. AMF 2022;18(9):525-530
3. Oviedo A, Algaba M. (2022). Manual de Ecografia para médicos de urgencias. Editorial SEMES.

Paraules clau: ecografia, urgències, politraumatitzat

Citació

Autor: Nadal Olivé, Núria

Títol: L'Ecografia FAST

Revista: APSalut. Volum 11. Número 4. Article 229

https://apsalut.cat/2023/11/28/lecografia-fast/

Data: 1 de desembre de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

CASOS CLÍNICS

APSalut 2023

A propòsit d'una imatge

Autores: Cristina Romero Cuenca, MIR R4, Clara Riera Nadal, Adjunta. CAP Sagrada Família

Es tracta d'un pacient d'aproximadament 30 anys que ve a visitar-se al CAP perquè presenta una lesió pruriginosa a cuir cabellut de 15 dies d'evolució. Com podem veure a la imatge, es tracta d'una lesió anular, eritematosa amb marges actius. Es tracta d'una tinya de cuir cabellut o tinya capitis.

La tinya capitis és una infecció per dermatòfits del cuir cabellut i del cabell. En funció del mètode de transmissió del fong causant, diferenciem tres tipus de dermatòfits: antropofílics (trichophyton tonsurans, t.rubrum, t.interdigitale, t.violaceum i microsporum audouinii) que generalment provoquen formes no inflamatòries; zoofílics (T.mentagrophytes, T.verrucosum i M.canis) que solen provocar formes inflamatòries; i els geofílics (Microsporum gypseum), causants d'una inflamació moderada.

Davant d'una lesió com la del pacient d'aquest cas clínic, hem de fer un diagnòstic diferencial amb patologies que cursen amb pèrdua de cabell, descamació i/o inflamació del cuir cabellut, tals com la dermatitis seborreica o la psoriasis.

Es tracta d'una patologia que afecta principalment a nens. Tot i així, durant els últims anys s'ha detectat un augment dels casos de tinya capitis en adolescents i adults.

En general, la clínica principal d'aquesta infecció és el prurit, la descamació, la inflamació i l'al·lopècia. Hi ha característiques clíniques més específiques que depenen de l'organisme causant i de la immunitat del pacient, podem trobar lesions inflamatòries, indurades i exsudatives com el querion de cels i lesions no inflamatòries com són zones d'alopècia (en general, no es tracta d'una alopècia permanent).

El contagi es produeix mitjançant el contacte directe de les espores del fong amb el cuir cabellut i els fol·licles pilosos del pacient. És molt important identificar els pacients afectats per limitar el contagi i la propagació. S'ha descrit la transmissió indirecta a través d'objectes inanimats i de persona a persona. També hi ha hagut casos de contagi a través d'alguns animals que poden ser portadors asimptomàtics.

El diagnòstic es basa principalment en l'examen clínic, tot i que s'haurien de recollir mostres per a cultiu sempre que hi hagi sospita de tinya capitis. Les proves de laboratori es basen en un examen microscòpic i histològic que ens identificarà el tipus de dermatòfit. Si el cultiu indica que es tracta d'un dermatòfit d'origen animal, caldria aconsellar examinar els animals de casa amb ajuda d'un professional.

Quan al tractament de pacients adults, la primera indicació és Clorhidrat de terbinafina 250mg cada 24 hores durant 4 setmanes. Es pot complementar amb tractament tòpic (xampús de Ketakonazole 2 vegades per setmana), però en cap cas fer només tractament tòpic. No cal absentar-se a nivell laboral una vegada s'ha iniciat el tractament.

A continuació es mostra el pacient del cas clínic abans i després de que finalitzés el tractament oral. En aquesta valoració, el pacient asimptomàtic i les lesions residuals que s'observen en la imatge van desaparèixer progressivament.

Des de 2021 s'ha detectat un augment de casos de tinya capitis en diferents àrees del territori nacional. En estudi recent multicèntric descriptiu retrospectiu que s'ha realitzat a nivell nacional amb un total de 107 casos de tinya capitis, s'ha arribat a la conclusió que sembla que una de les causants d'aquest augment de casos seria la nova tendència social que hi ha entre nois adolescents d'anar de forma periòdica a les perruqueries per fer-se rasurat a la zona temporal i occipital; fet que podria haver afavorit el contagi de la tinya a través de maquines elèctriques de tallar els cabells infectades.

Bibliografia

- Bascón, L. et al. (2023) “Brote de dermatofitosis en región de cabeza y cuello asociadas al rasurado en peluquerías: Estudio Descriptivo Multicéntrico de una serie de Casos,” Actas Dermo-Sifiliográficas [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.001.
- Mayser, P., Nenoff, P., Reinel, D., Abeck, D., Brasch, J., Daeschlein, G., Effendy, I., Ginter-Hanselmayer, G., Gräser, Y., Hipler, U. C., Höger, P., Kolb-Mäurer, A., Ott, H., Schaller, M., & Zidane, M. (2020). S1-Leitlinie tinea capitis. JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 18(2), 161–180. https://doi.org/10.1111/ddg.14026_g
- Los Dermatólogos Alertan del Brote de Tiña detectado en peluquerías de todo el país. Available at: https: //aedv.es/wp-content/uploads/2023/01/ NP_2023_01_17_ Los-dermatologos-alertan-del-brote-de-tina-detectado-en-las-peluquerias-de-todo-el-pais.pdf (Accessed: April 20, 2023).
- Guia terapèutica institut Català Salut. Actualització 2022.

Citació

Autores: Romero Cuenca, Cristina; Riera Nadal, Clara

Títol: A propòsit d’una imatge

Revista: APSalut. Volum 11. Número 1. Article 213

https://apsalut.cat/2023/04/16/a-proposit-duna-imatge/

Data: 10 de març de 2023

El valor del resident a l'equip d'atenció primària en l'abordatge integral del pacient

Autora: Celia Seiquer. IIR R2 EAP Sarrià

Cas clínic presentat al 28è Congrés de la CAMFiC

Àmbit del cas: Atenció Primària

Motiu de consulta

Pacient que acudeix a la consulta d'infermeria per controlar el tractament amb Acenocumarol.

Enfoc individual

Home de 77 anys.

Antecedents: DM2 (2013) i ACxFA (2016).

Tractament: Acenocumarol 4mg 0-0-1/2, Metformina 850mg 2/dia, Jardiance 25mg 1/dia, Trulicity 1,5mg 1/setmana, Toujeo 300UI/ml 10UI, Novorapid 100UI/ml segons pauta.

Analítica 12/2021: Glicemia basal: 161mg/dl, HbA1c: 7,7%, Creatinina 1,21mg/dl.

TA: 117/78, FC 69x', INR: 2.5. Glicèmia postpandrial (Freestyle): 150mg/dl.

Judici clínic

Un cop realitzat el seguiment del tractament amb Acenocumarol, el pacient ens ensenya que disposa d'un nou sistema de control de glicèmies (Freestyle). La resident d'infermeria després de passar per la rotació d'endocrinologia, fa una valoració de l'ús del dispositiu i del maneig de la diabetis. Es detecta un ús incorrecte de la teràpia prescrita. El pacient explica que després de revisar la glicèmia a través del dispositiu s'administra diverses vegades al dia insulina Toujeo segons els valors obtinguts mitjançant el Freestyle.

Tractament i pla d'actuació

Realitzem una revisió del tractament conjuntament amb el metge. Pactem i verifiquem la comprensió del pla de medicació per part del pacient.

La infermera resident coneixedora de l'ús del dispositiu fa educació sanitària sobre el maneig del Freestyle.

Evolució

Programem una visita conjunta de seguiment a les dues setmanes.

Comprovem que el pacient ha entès el maneig i les indicacions prescrites per l'equip.

Conclusions

El treball en equip en la gestió dels pacients aporta un valor afegit a l'abordatge multidisciplinari del pacient.

El rol del resident dins de l'equip és clau aportant la seva formació continuada i la seva experiència generada a les diferents rotacions de la seva formació.

Destaquem la importància de fer visites globals del pacient més enllà del motiu concret de la cita. Amb la finalitat de detectar males adherències terapèutiques i promoure hàbits de vida saludables.

Paraules clau: Docents, Atenció integral de salut, Diabetis Mellitus

Citació
Autora: Seiquer Saura, Celia
Títol: El valor del resident a l'equip d'atenció primària en l'abordatge integral del paciente
Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 217
https://apsalut.cat/2023/06/19/el-valor-del-resident-a-lequip-datencio-primaria-en-labordatge-integral-del-pacient/
Data: 20 de maig de 2023

APARICIÓ D'HIPERPIGMENTACIÓ RETICULAR ASIMPTOMÀTICA

VIOLETA URIACH TIMONEDA, ANNA FUENTES LLOVERAS, JOAN GRIMALT ALVARO, ANDREA QUESADA DIEZ, JUDIT CAÑIS OLIVÉ, LAIA FERRER BETORZ, YAIZA DELISAU GIL

IX CONGRESO INTERNACIONAL EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO

Dona de 23 anys, originaria de Gàmbia, consulta per lesions a nivell d' extremitats inferiors de nova aparició No patologia de base, antecedents ni tractaments habituals. Les lesions son a nivell d'ambdues extremitats inferiors, pretibials. Al fer fred i portar pantalons llargs, no sap quan han aparegut. Nega febre, no canvis de productes estètics ni de higiene personal. No ha fet viatges recents ni ha tingut cap contacte sexual de risc. No canvis alimentaris. Nega tòxics ni cap fàrmac els darrers mesos. No altres lesions. No altra clínica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Erupció cutània de patró reticulat amb lleu eritema i important hiperpigmentació, afecta tota la part pretibial bilateral. A nivell dermatoscopic no s'observen troballes a destacar. No es palpen ganglis. No dolor a la palpació. Resta d'exploració anodina. Constants correctes.

JUICIO CLÍNICO

Davant del repte diagnòstic, es decideix fer una cerca bibliogràfica. El cas concorda amb l'Eritema ab igne, una afectació poc freqüent, secundaria a una font mantinguda de calor moderada. Els casos havien pràcticament desaparegut amb la millora de les calefaccions als domicilis, però actualment es tornen a veure casos en relació a mantes elèctriques, llar de focs o fins i tot portàtils damunt de les cames. Fent una anamnesi dirigida, la pacient ens explica que ha estat dormint amb una bossa d'aigua calenta sobre de les cames.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Livedo reticularis. Vasculitis livedoide.

PLAN DE CUIDADOS

Segons la bibliografia, l'eritema millora passades poques setmanes, però la pigmentació es pot mantenir durant mesos, anys o fins i tot de manera definitiva. Es confirma el diagnòstic, amb consulta amb dermatologia. Un any després, la pacient persisteix amb la pigmentació reticulada evidente.

CONCLUSIONES

El dia a dia atenció primera és un repte, disposar de temps per poder valorar als pacients i fer les cerques bibliogràfiques pertinents, millora l'assistència que podem oferir. També es clau la connexió amb altres especialistes per optimitzar recursos.

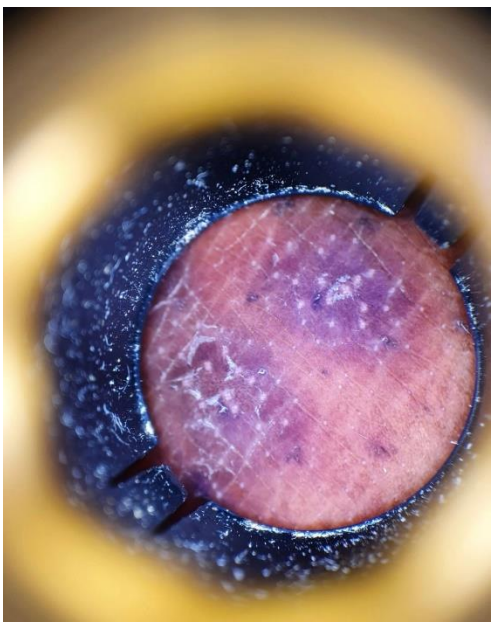
Aparició d'hiperpigmentació reticular asimptomàtica

Autors: Violeta Uriach Timoneda 1, Anna Fuentes Lloveras 2, Joan Grimalt Alvaro 3, Andrea Quesada Diez 4, Judit Cañís Olivé 5, Laia Ferrer Betorz 6, Yaiza Delisau Gil 7, Mireia Colomé Casellas 1

1 CAP de Banyoles, 2 CAP Tremp, 3 CAP Santa Rosa, 4 Parc Sanitari Pere Virgili, 5 CAP Valls urbà, 6 CAP Ronda Cerdanya Mataró, 7 Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Pòster presentat al IX Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud (CICCS) 9a Edició | Múrcia, juliol de 2023

Motiu de consulta: Lesions a nivell d'extremitats inferiors de nova aparició.



Antecedents

No patologia de base ni tractaments habituals. No antecedents personals d'interès. Pare amb Diabetis mellitus tipus 2 i hipertensió. No altres antecedents familiars d'interès.

Cas clínic

Es tracta d'una dona de 20 anys que acudeix a la consulta a l'observar lesions a nivell d'ambdues extremitats inferiors. Ella explica que al fer fred i portar pantalons llargs, no sap segur quan han aparegut, però fa uns dies que li van aparèixer i fins i tot sembla que els darrers dies s'han exacerbat. Explica també una lleu coïssor.

Nega febre, no canvis de productes estètics ni d'higiene personal. No ha fet viatges recents ni ha tingut cap contacte sexual de risc. No ha dormit fora de casa. No canvis alimentaris. No febre. No clínica digestiva, respiratòria ni miccional. Nega tòxics ni cap fàrmac els darrers mesos. No clínica acompanyant.

A l'observació, es tracta d'una màcula, placa eritematoviolacia, lleugerament sobreelevada i mínimament descamativa, hiperpigmentada i reticulada. A nivell dermatoscòpic no s'observen troballes a destacar. No es palpen ganglis. No dolor a la palpació. Resta d'exploració anodina. Constants correctes.

Davant del repte diagnòstic, es decideix fer una cerca bibliogràfica, detectant l'Eritema ab igne, es tracta d'una afectació poc freqüent secundària a una font mantinguda de calor moderada. Els casos havien pràcticament desaparegut amb la millora de les calefaccions als domicilis, però actualment es tornen a veure casos en relació a mantes elèctriques, llar de focs o fins i tot portàtils damunt de les cames.

Sense una correcta anamnesi, és poc probable que el pacient informi de l'exposició a la font de calor, perquè no ho acostuma a relacionar, cosa que pot dificultar molt el diagnòstic. En alguns casos, enlloc de ser un diagnòstic clínic, s'ha arribat a dur a terme biòpsia.

Segons la bibliografia, l'eritema millora passades poques setmanes, però la pigmentació es pot mantenir durant mesos, anys o fins i tot de manera definitiva. En el cas de la nostra pacient, passat un any manté la hiperpigmentació.

Aquesta entitat ha rebut el nom de cabretes o vaques, típicament apareixien a la zona pretibial en pacients d'edat avançada en relació amb l'explosió a brasers o llars de foc. Actualment s'ha vist alguns casos a nivell de cuixes per l'ús de l'ordinador portàtil. Hi ha algun cas descrit, on el manteniment prologant ha pogut ocasionar transformació maligna a carcinoma epidermoide, limfoma B marginal o carcinoma de cèl·lules de Merkel, per tant, destaquem la gran importància d'evitar mantenir la font de calor.

BIBLIOGRAFIA

- Escobar Seoane, L 2016, Eritema *ab igne*, un peculiar efecto secundario del ordenador portàtil. Semergen 2016;42(5):e56—e57
- Segurado Tostón,2023 Eritema ab igne: correlación clínico-patológica en una serie de 5 pacientes y revisión de la literatura. Vol. 114. Núm. 4. Actas Dermo-Sifiliográficas páginas 356-359 (Abril 2023)
- Cabrera Hernández A. Eritema ab igne 2016 Reumatologia clínica. DOI: 10.1016/j.reuma.2015.08.009
- Leal-Lobato. M Eritema ab igne inducido por manta eléctrica. El Sevier. Vol. 41. Núm. 8. páginas 456-457 (Noviembre – Diciembre 2015)

Pòster APARICIÓ D'HIPERPIGMENTACIÓ RETICULAR ASIMPTOMÀTICA

Citació

Autors: Uriach Timoneda, Violeta; Fuentes Lloveras, Anna; Grimalt Alvaro, Joan; Quesada Diez, Andrea; Cañís Olivé, Judit; Ferrer Betorz, Laia; Delisau Gil, Yaiza; Colomé Casellas, Mireia

Títol: Aparició d'hiperpigmentació reticular asimptomàtica

Revista: APSalut. Volum 11. Número 3. Article 223

https://apsalut.cat/2023/09/11/aparicio-dhiperpigmentacio-reticular-asimptomatica/

Data: 2 de setembre de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

RECERCA I CONEIXEMENT

APSalut 2023

Grup de RCP d'UDACEBA, formant en suport vital

Autores: Neus Font, metgessa de família EAP Vic. Mireia Gallés, infermera de família EAP Vic. Clara Riera, metgessa de família CAP Sagrada Família. Núria Correa, infermera de família CAP Roger de Flor. Àngela Mottura, infermera de família CAP Roger de Flor

Ara fa 7 anys vam engegar aquest projecte com a resposta a una petició reiterada i necessària dels MIR (metges/ses interns residents) i IIR (infermers/es interns residents) de la unitat docent UDACEBA. Amb l'objectiu de poder oferir una formació continuada eminentment pràctica als i les residents de Medicina i Infermeria de Família i Comunitària de la Unitat Docent, **vam consolidar un equip de professionals formats en SVB i SVI per mantenir una formació mínima anual a tots els i les residents al**

llarg de la seva residència. Aquest grup de professionals són metgesses i infermeres de diferents Centres d'Atenció Primària d'UDACEBA.

L'atenció Primària és la porta d'entrada al sistema sanitari on es poden atendre pacients amb una situació clínica inestable que pot provocar-los el seu deteriorament progressiu i si no s'atenen de forma correcta poden arribar a patir una aturada cardíaca.

En l'àmbit de l'atenció primària, l'atenció al pacient crític o en aturada no és el més habitual i quan es donen aquestes situacions sovint generen estrés, neguit i dificultat de maneig i organització als equips. Per aquest motiu, és necessari crear escenaris de simulació amb l'objectiu d'**adquirir les habilitats necessàries en l'abordatge i tractament del pacient crític, així com el reconeixement precoç del pacient en aturada cardiorespiratòria per tal d'iniciar una reanimació cardiopulmonar i desfibril·lació precoç mentre s'activen i arriben els equips d'emergència**.

Per tal de dur a terme el projecte calia primerament tenir un grup de formadors/es estable i format adientment així com un mínim de material per impartir els cursos i tallers. Durant aquests 7 anys, algunes de les components actuals del grup ens hem format com a instructores en Suport Vital Immediat i Suport Vital Bàsic per tal de poder donar una formació de qualitat als i les nostres residents.

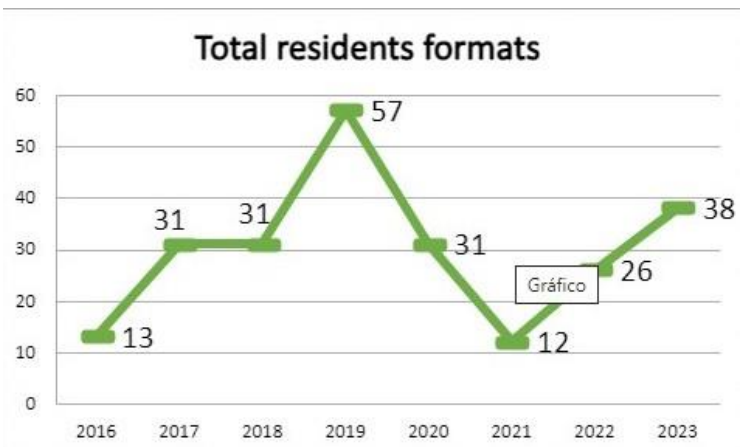
La nostra proposta formativa s'ha consolidat i actualment estem oferint anualment:

- Tallers de SVB a tots i totes les residents (MIR i IIR) en els diferents centres docents, impartits per tots els membres del grup.
- Taller de SVI i SVA als MIR de segon i tercer any i IIR de primer any que realitzem a les aules de simulació que ens cedeix la Universitat Internacional de Catalunya al Campus de Sant Cugat i impartit per a tots els membres del grup.
- Curs de SVI acreditat pel Consell Català de Ressuscitació (CCR) als MIR de 4rt any i IIR de segon any (últim any de residència respectivament) impartit per les instructores en SVI i organitzat per la Fundació d'Osona per la Recerca i Educació Sanitàries (FORES) del Consorci Hospitalari de Vic.

Quins són els objectius i reptes de futur?

- Tenir una infraestructura pròpia amb capacitat per poder organitzar els cursos acreditats del CCR. Per aquesta finalitat ens caldria tenir una persona de l'equip amb títol de director/a de SVI. Aquest és el proper pas a realitzar amb el que ja estem treballant.
- Mantenir les activitats programades anualment per a residents de la Unitat Docent i augmentar el número de residents que fan la formació anualment.
- Mantenir i augmentar el número de formadors acreditats en SVB, SVI i promoure la formació en SVA dels formadors/instructors del grup.
- Dotar la Unitat Docent amb el material mínim indispensable per poder oferir tallers de SVB i SVI.
- Oferir els tallers i formació acreditada en SVB i SVI a la resta de professionals d'ACEBA, no només als residents.

Des de que vam començar fins ara hem pogut formar a un número important de MIRs i IIRs, i la idea és poder anar creixent. Us presentem l'evolutiu viscut fins ara.



DADES DELS RESIDENTS FORMATS AL LLARG DELS ANYS

	2016						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC							
SVI (UIC)			6	5		2	13
SVI (FORES)							
							13

	2017						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC	9	9	6	4	1	2	31
SVI (UIC)							
SVI (FORES)							
							31

	2018						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC		10	6	6	2	1	25
SVI (UIC)							
SVI (FORES)				5		1	6
							31

	2019						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC		2	7	6		2	17
SVI (UIC)	8	9	8		4		29
SVI (FORES)				10		1	11
							57

	2020						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC							
SVI (UIC)		8	9		1		18
SVI (FORES)				9		4	13
							31

	2021						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC							
SVI (UIC)							
SVI (FORES)			1	7	2	2	12

	2022						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC		4	9	5	3	5	26
SVI (UIC)							
SVI (FORES)							
							26

	2023						
	MIR				IIR		
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	
RCP BÀSIC							
SVI (UIC)		7	12	2	1		22
SVI (FORES)				9	4	3	16
							38

Citació

Autores: Font, Neus; Gallés, Mireia; Riera, Clara; Correa, Núria; Mottura, Àngela

Títol: Grup de RCP d'UDACEBA, formant en suport vital

Revista: APSalut. Volum 11. Número 3. Article 225

https://apsalut.cat/2023/08/08/grup-de-rcp-dudaceba-formant-en-suport-vital/

Data: 2 d'agost de 2023

Temps és vida: Com actuar davant d'una aturada cardíaca

Autores: Mireia Gallés Muntada. Infermeria de Família i Comunitària. Neus Font Gómez. Metgessa de Família i Comunitària. EAP Vic (CAP El Remei)

Les malalties cardiovasculars són un conjunt de trastorns que afecten l'aparell circulatori, format pel cor i els vasos sanguinis (artèries, venes i capil·lars). Aquest aparell subministra a les cèl·lules de l'organisme l'oxigen i els nutrients que necessiten

per viure i, al mateix temps, transporta les substàncies de rebuig perquè altres òrgans puguin elimina-les (com ara els ronyons, mitjançant l'orina).

La majoria de les malalties cardiovasculars es poden prevenir amb l'adopció d'un estil de vida saludable que redueixi els factors que augmenten el risc de patir-les, que inclogui, per exemple, mantenir una alimentació sana i equilibrada, fer activitat física regularment i evitar el consum de tabac.

L'origen de les malalties cardiovasculars sol ser l'arterioesclerosi, una afecció que es desenvolupa de manera progressiva i que endureix, estreny i fa tornar rígides les arteries. Aquesta afecció dificulta la circulació de la sang cap al cor i el cervell, i fins i tot la pot arribar a obstruir amb la formació de coàguls.

Alguns factors poden predisposar les persones a patir una malaltia cardiovascular. N'hi ha que no es poden controlar, com l'edat, el sexe i determinats aspectes genètics, i d'altres que es poden modificar amb l'adopció de mesures que afavoreixin un estil de vida saludable com són: el tabaquisme, l'obesitat, la diabetis de tipus II, el colesterol elevat i la hipertensió arterial.

Els canvis en l'estil de vida poden ajudar a controlar les malalties cardiovasculars i a prevenir-ne possibles recaigudes. Alguns consells que ajudaran a millorar la salut són:

- Seguir una alimentació saludable
- Fer activitat física de manera regular
- Assolir un pes saludable i mantenir-lo
- Deixar de fumar i evitar el consum d'alcohol
- Controlar la Pressió arterial
- Vigilar el colesterol
- Revisar els nivells de sucre en sang
- Mantenir l'estrès sota control

Les malalties cardiovasculars són la primera causa de mort en el món occidental i, d'entre aquestes destaca la mort sobtada cardíaca. La majoria de morts sobtades cardíaques succeeixen fora de l'àmbit sanitari. L'evidència científica ha establert que les possibilitats de sobreviure a una aturada cardíaca, definida com una situació en què hi ha una persona inconscient i que no respira amb normalitat, depenen del seu reconeixement precoç de les maniobres de Ressuscitació Cardiopulmonar (RCP) i d'una desfibril·lació precoç. Totes aquestes accions formen part de les tres primeres anelles de l'anomenada "Cadena de Supervivència".

Font imatge: Aturada cardiorespiratòria. Canal Salut

L'aturada cardiorespiratòria (ACR) o aturada cardíaca és la interrupció sobtada, inesperada i potencialment reversible de la respiració i la circulació sanguínia espontànies a conseqüència d'un procés patològic agut. Aquesta situació es reconeix quan hi ha una persona inconscient i que no respira amb normalitat. Sovint s'utilitza, erròniament, com a sinònim d'infart agut de miocardi i de mort sobtada cardíaca, que es produeix quan la persona que pateix una aturada cardíaca no sobreviu.

La principal causa és una arrítmia o trastorn del ritme cardíac, que es refereix a com es contrau el cor o la freqüència amb què es produeixen els batecs. L'arrítmia més freqüent en una aturada cardíaca és la fibril·lació ventricular i es caracteritza per contraccions caòtiques del cor no efectives. Altres causes poden ser: traumatismes, xoc elèctric, consum de drogues o alguns medicaments.

En molts casos, les persones afectades no presenten cap símptoma abans de patir l'aturada. En d'altres, poden experimentar mareigs, nàusees i vòmits, dolor al pit, cansament, manca d'aire palpitacions. Una vegada es produeix l'aturada càrdio-respiratòria, perden la consciència i deixen de tenir pols i de respirar.

En un cas d'aturada s'ha d'avisar al 112. Cal actuar amb rapidesa per garantir que es duen a terme cadascuna de les 5 baules de la cadena de supervivència.

L'inici immediat de la **Reanimació Cardiopulmonar (RCP)** pot quadruplicar les possibilitats de sobreviure i l'ús d'un **Desfibril·lador Extern Automàtic (DEA)** pot augmentar-la encara més.

El temps mitjà des de la trucada d'emergència fins a l'arribada del servei d'emergències mèdiques és d'entre 5-8 minuts, o 8-11 minuts fins a una primera descàrrega amb el desfibril·lador. Durant aquest temps la supervivència de la víctima

depèn de les persones que han presenciat l'episodi de pèrdua de coneixement. Per aquest motiu, ja fa temps que des del Consell Català de Ressuscitació (CCR), treballen amb el lema ***"Tots els ciutadans del món poden salvar una vida",*** fent accions, juntament amb Creu Roja i personal sanitari per intentar formar el major nombre de gent possible en fer unes maniobres de qualitat.

Cal començar les maniobres de Reanimació Cardiopulmonar (RCP) en forma de compressions toràciques de manera immediata. Quan una persona no està entrenada per dur-les a terme, el personal de la Central de Coordinació Sanitària (CECOS) del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) la guiarà, a través del telèfon, mentre esperen l'arribada d'ajut professional.

En cas de disposar d'un Desfibril·lador Extern Automàtic (DEA), cal iniciar la descàrrega el més aviat possible. Aquests aparells es poden utilitzar sense cap formació, ja que utilitzen missatges de veu i visuals per guiar a re animadors no experts.

Cada dia entre 8 i 10 persones pateixen una aturada cardíaca a Catalunya. Sabries ajudar-les?

Bibliografia

- https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/aturada-cardiorespiratoria/index.html
- https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/m/malalties-cardiovasculars/
- https://ccr.cat/wp-content/uploads/2018/01/Documentdeconsenssobrelamortsobtadaextrahospitala%CC%80riaaCatalunyaielseutractament-1-1.pdf
- https://ccr.cat/ccr/consell-catala-de-ressuscitacio/

Paraules clau: aturada cardiorespiratòria, reanimació cardiopulmonar, mort sobtada cardíaca

Citació

Autores: Gallés Muntada, Mireia; Font Gómez, Neus

Títol: Temps és vida: com actuar davant d'una aturada cardíaca

Revista: APSalut. Volum 11. Número 4. Article 230

https://apsalut.cat/2023/11/27/temps-es-vida-com-actuar-davant-duna-aturada-cardiaca/

Data: 4 de desembre de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

DOCÈNCIA

APSalut 2023

Rotació externa: 'Hi havia una vegada una ferida'

Autora: Marta Ruiz Revilla, IIR EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Recordo vagament la primera vegada que vaig conèixer una infermera referent en cures complexes. Jo en aquell moment estava a tercer de carrera, encara a la meva ciutat natal de Burgos. Aquell dia, amb la infermera de l'hospital havíem vist a la planta un pacient amb edema a les extremitats inferiors i unes úlceres extenses, profundes i verdoses que desprenien mala olor. La infermera de cures complexes va venir a visitar-lo, va començar a untar-li el que per mi encara eren ungüents encara desconeguts i un producte derivat de la camamilla "que és un antiinflamatori natural"

deia, i jo em vaig quedar perplexa. Després veure la millora de les ferides al cap d'unes setmanes em va semblar màgia.

Aquest breu moment és el que em va despertar la curiositat al món de les ferides ja que, des d'aleshores, em vaig adonar que la infermeria anava molt lligada a la cura de ferides, a l'hospital i sobretot a l'Atenció Primària on tenim l'oportunitat de conèixer als nostres pacients i veure'n el recorregut de vida, família i acompanyar-los també en aquestes patologies cròniques que moltes vegades deriven en ferides i úlceres.

Durant la residència es fan rotacions per molts serveis i s'aprèn de molts professionals, però jo sentia que volia conèixer una mica més i guanyar seguretat en l'àmbit de les úlceres cròniques. Gràcies a la Sònia Riera, infermera de pràctica avançada i referent d'úlceres complexes de l'Hospital Plató a l'Esquerra de l'Eixample de Barcelona, i una de les referents del país, vaig poder estar un mes entre ferides complexes de pacients complexes.

Aquest és un dels principals aprenentatges que vaig obtenir d'aquell mes, que la ferida no és una manera independent, una vegada més, com ja sabem, el pacient és un total. És la seva manera de cuidar-se, cosa que li permet el dia a dia, la part emocional i els recursos socials, la seva patologia, evolució i control, coses que tota infermera d'AP ha d'explorar i tenir en compte amb els seus pacients, Atenció Primària pura.

Considero que encara em queda molt per aprendre, en aquest i en molts més àmbits que acull la primària, però un bon equip per començar, personal docent com la Sònia i una xarxa de diversos professionals coordinant-se, són una bona base.

Gràcies!

Citació
Autora: Ruiz Revilla, Marta
Títol: Rotación externa: Érase una vez una herida
Revista: APSalut. Volum 11. Número 1. Article 214
https://apsalut.cat/2023/04/14/rotacion-externa-erase-una-vez-una-herida/
Data: 10 de febrer de 2023

Rotació externa a Astúries: la decisió

Autora: Bruna Roma Vall, R4 de MfiC, EAP Sardenya

L'any 2019 havia decidit que demanaria la rotació externa en Medicina Comunitària i Salut Pública a Astúries.

El 2020 el món es va posar de potes enlaire.

El 2021 vaig ser mare.

Us podeu imaginar que de cara a l'octubre del 2022, moment d'incorporar-me a la rotació, la meva situació personal i professional s'havia transformat radicalment. Reconec que vaig dubtar sobre si tirar-la endavant o anul·lar-la. Per una banda, traslladar a tota la meva família per carretera incloent-hi una nena de poc més d'un any, un company de vida amb tot el seu equip de teletreball (que no cabria ni en tres

maletes d'expedició polar), empaquetar motxilles i bicicletes, reestructurar els horaris de feina i buscar noves persones cuidadores per a la nostra filla… tenia tota la pinta de ser una gran marea logística on no estava segura de voler-me mullar. Però per altra banda, amb aquesta rotació hi anava una part de la meva especialitat que estimo: la Medicina Comunitària, que estaria liderada per professionals a qui admiro de fa temps, tindria la possibilitat de viure a una zona preciosa d'Espanya i també hi havia la oportunitat i l'aventura dels nous horitzons.

Quedava clar quin cantó de la balança pesava més. Així que vam empaquetar el cotxe amb maletes, persones i tota la il·lusió del món i ens vam desplaçar cap al nord.

La rotació estava organitzada en dos blocs. Els primers 15 dies s'impartiria la part teòrica de la Medicina Comunitària i Salut Pública a la Dirección General de Salud Pública d'Asturies. Durant els darrers 15 dies ens incorporaríem a recursos comunitaris ja existents per intentar implementar alguna acció comunitària.

La primera meitat

El més destacat dels primers quinze dies va ser que les 'classes teòriques' eren en la major part dinàmiques i participatives. Es va crear un ambient bonic entre les residents que veníem de tot arreu d'Espanya, metgesses i infermeres. Era senzill fer preguntes, aportar opinions i obrir debats perquè les professionals ponents donaven peu a que fos així. A destacar que les persones que ens explicaven el temari provenien d'una àmplia representació professional (no només del món sanitari), cosa que em va sorprendre gratament. De la mateixa manera, la representació d'homes i dones estava molt equilibrada. Tot plegat generava aquella mena de congruència que va contribuir a que totes ens sentissim com a casa des del primer dia.

La segona meitat

Durant la segona meitat de la rotació, ens vam distribuir en equips de 1-2 residents per entitats o organitzacions de tot el Principat. Jo vaig fer equip amb en Toni, un infermer IIR de Galicia que prenia el cafè descafeïnat, s'havia emportat la seva gossa de rotació a Astúries i ja tenia unes quantes experiències en salut comunitària al petit poble on treballava. Vam passar aquells dies al Centro de Encuentro y Acogida (CEA) de Cáritas, una casa que acull persones amb drogodependència (amb consum actiu o no de drogues) i els dóna un sostre, els cobreix necessitats bàsiques (plat calent a taula, un llit, dutxes, medicació…) i les ajuda a fer gestions burocràtiques de tot tipus. El centre té capacitat per unes 16 usuàries (homes i dones) i al dia a dia hi pots trobar treballadores socials, educadores socials i voluntariat.

Ja d'entrada ens vam adonar que el gran repte de les pròpies persones usuàries del CEA era que sota del paraigües de la drogodependència, s'hi trobaven persones sovint en situació d'emergència social, falta de recursos econòmics, materials i de vivenda, que també solien presentar un deteriorament de la salut física i mental important i sovint es trobaven en situació d'irregularitats judicials i sense una xarxa de suport social. Mirant al CEA, també ens vam adonar de bon principi que hi havia escassetat de recursos humans, econòmics i materials; en aquell moment de fet, tan sols hi havia una persona voluntària. Finalment, el barri de Ventanielles, a on està ubicat el CEA, és un barri que té els seus orígens a la dictadura franquista, moment en què es va crear per facilitar habitatge de baix cost per a treballadores del ferrocarril. Al llarg dels anys s'ha convertit en un barri perifèric d'Oviedo on hi resideixen principalment pensionistes i persones amb baix poder adquisitiu. La ubicació del CEA al barri ha

generat (i continua generant) rebuig i tensions per part d'algunes de les veïnes, cosa que fa encara més hostil i dificultosa la inclusió del centre amb el seu entorn.

Els primers dies vam fer d'observadores, participant de les activitats del centre, fent acompanyaments, fent preguntes a les usuàries i llegint les notes que ens deixaven en una bústia anònima perquè ens poguessin fer saber com elles creien que podria millorar la seva salut i qualitat de vida… Paral·lelament ens vam dedicar a llegir els informes que havien formulat els grups de residents anteriors, sobre diagnòstics de salut i identificació de necessitats i problemes del CEA. Amb tot això vam decidir prioritzar 3 punts:

1. L'excés de disponibilitat de temps lliure que algunes usuàries (i nosaltres) veiem com a problema evident
2. Els problemes d'inclusió al barri
3. Les dificultats de relació amb el Centre de Salut de la zona.

Com ho vam fer? A nivell pràctic vam crear tallers dins del propi CEA per a resoldre dubtes sobre salut i malaltia, vam realitzar diversos tallers de RCP gratuïts i oberts al públic general en entitats del barri on les usuàries del CEA van participar activament, vam assistir a reunions d'associacions del barri aportant alguns dels coneixements sobre dinàmiques i relacions que havíem après durant els primers 15 dies i vam fer intents de contacte amb el Centre de Salut del barri.

AUTOCRÍTICA

Vam acabar realitzant accions de nivell 1-2 (pràctiques educatives obertes a la comunitat; resolució de dubtes sanitaris a nivell del CEA) i vam participar en accions de nivell 3 (reunió d'associacions).

L'acció més gratificant per nosaltres, per les persones del CEA i per les persones del barri van ser els tallers de RCP oberts a tothom. Volem creure que la participació i treballar en xarxa són dos dels components més importants que hi van contribuir.

Circumstàncies al nostre favor: les associacions del barri ja actives on vam poder participar; les usuàries i treballadores del CEA amb ganes de parlar.

Circumstàncies en contra: les usuàries del CEA no eren constants i presentaven nivells de consciència i funcionalitat molt variables; el Centre de Salut de zona es trobava col·lapsat (inici de campanya de vacunació de la grip, no disponibilitat per reunions…); els processos burocràtics per realitzar activitats a nom de Càritas dilataven les accions; les reunions d'associacions amb processos de canvi lents degut a la burocràcia.

REFLEXIONS GRUPALS

L'últim dia de rotació ens vam reunir totes les residents amb en José F. Tato i en Rafa Cofiño a una de les entitats ubicada a una zona rural al costat d'Oviedo per fer una sessió de reflexió conjunta. Compartint amb les companyes, ens vam adonar que coincidíem en unes quantes coses:

- 15 dies és un temps molt breu per dur a terme una acció comunitària; sobretot si no pertanys o no coneixes la comunitat.
- És una rotació que ens ha enriquit a nivell personal: visió multidisciplinar; lliçons d'humilitat des del món sanitari (en Comunitària, tant si surt com si no surt un projecte, no depèn – exclusivament – de tu); lliçons d'humilitat des dels determinants socials (les usuàries que es trobaven al CEA hi són en gran part degut al lloc i la situació on van néixer).
- Les companyes residents que van aconseguir iniciar o modificar projectes comunitaris més potents, són les que havien tingut més persones col·laboradores dins de la pròpia comunitat.
- A Astúries es treballa amb moltes ONG d'origen religiós. La Comunitària sovint treballa amb el què ja existeix al territori i que ja té vincles formats.
- Els determinants socials tenen un impacte molt important sobre la salut: la salut com a expressió de les condicions socials.
- En Medicina Comunitària (i potser també en la vida) és clau: la comunicació, les connexions i el context o circumstàncies.

Estaré eternament agraïda per l'oportunitat d'aquesta rotació externa, que m'ha ampliat horitzons i m'ha expandit la xarxa social i professional. Estaré eternament agraïda a la moguda de tota la meva família d'aquí i a la que vaig fer un cop allà; tot és molt més fàcil quan el teu entorn t'ajuda a créixer i et dóna suport. Si ets resident i acabes llegint aquestes línies, t'animo a que en cas de dubte, tiris endavant aquesta rotació externa.

Citació
Autora: Roma Vall, Bruna
Títol: Rotació externa a Astúries: la decisió
Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 218
https://apsalut.cat/2023/06/18/rotacio-externa-a-asturies/
Data: 26 de maig de 2023

Rotació externa a Buenos Aires: “Amb i per a la comunitat”

Autores: Celia Seiquer Saura (CAP Sarrià), Lucia Mucientes Marcilla (CAP Hostalets de Balenyà) i Elvira Ferriz Morell (CAP Roger de Flor).

El març del 2023 va començar amb un viatge directe des de Barcelona a Buenos Aires per a tres residents d'infermeria de família i comunitària de la Unitat Docent UDACEBA: Lucía Mucientes, Elvira Ferriz i Celia Seiquer. Comencem aquesta aventura organitzada amb molta il·lusió per conèixer i poder participar en un equip comunitari a l'altra banda de l'Atlàntic, on els recursos, el sistema sanitari i la població, els eixos principals de la nostra rotació, serien molt diferents als que vivim cada dia als nostres centres d'atenció primària.

La rotació, que va tenir lloc durant tot el mes de març, es va realitzar al Cesac nº24. Aquest Centre d'Atenció Primària es troba situat a Buenos Aires, concretament a la regió de Villa Soldati, al sud de la capital Argentina. Es tracta d'una zona amb uns 25.000 habitants, amb una població jove i alta natalitat, la majoria immigrants de Paraguai, Bolívia i Xile, l'ingrés per càpita dels quals és el menor de tota la ciutat en els darrers 10 anys i el nivell d'amuntegament és el segon més elevat de la ciutat, amb més de 3 persones per habitació. Tant les condicions d'higiene com de salubritat eren força deficitàries, ja no hi havia aigua potable ni sistema de depuració de les aigües a moltes cases.

Sent conscients de la situació, amb molta il·lusió i curiositat juntament amb una maleta plena de ganes d'adquirir nous aprenentatges en l'abordatge de la comunitat, comencem la nostra rotació.El primer dia aconseguim no arribar tard, malgrat el

trànsit caòtic de la gran ciutat i dels conductors d'autobusos que semblaven pilots de carrera de la Fórmula 1. Tots els dies havíem de fer més d'una hora i mitja de camí per arribar al Cesac. El dia començava agafant prèviament dos autobusos que arribaven fins a l'Hospital Piñero, hospital de referència del centre de salut, on tots els treballadors del centre es reunien per pujar a una camioneta, la "combi", que ens portava fins al Cesac nº24 ja que, per temes de seguretat, la direcció del centre ho havia decidit així.

L'inici del nostre pas pel Cesac ja ens va fer saber que les 12 hores de vol havien valgut la pena. Només arribar vam poder participar en una activitat comunitària que se solia realitzar una vegada cada tres mesos, les anomenades "postas" per part dels companys argentins. Aquest projecte consistia en sortir a la plaça de la vila, després d'una gran organització amb tot l'equip comunitari format principalment per residents autòctons i estrangers de diferents especialitats, per fer activitats preventives. El treball es dividia per estacions de manera que vam tenir la sort de participar en el cribratge d'hipertensió arterial, vacunació mòbil, control d'alimentació, tallers de lectura amb nens, taula sobre salut sexual i salut mental. A cadascuna, vam gaudir del paper com a infermeres comunitàries, treballant en la prevenció, l'educació sanitària, així com en la captació i derivació al centre d'atenció primària si el cas ho requeria.

El centre de salut estava format per un equip multidisciplinari on passaven consulta diferents especialitats com: medicina, infermeria, kinesiologia (fisioteràpia), pediatria, psiquiatria, farmàcia (ja que la medicació es dispensava al propi centre de salut), odontologia, treball social, terapeuta ocupacional i referents de la comunitat. La figura de les referents de la comunitat ens va resultar molt interessant ja que eren dues veïnes del barri que es dedicaven a fer un vincle entre la comunitat i el centre de salut. Elles acudien a tots els tallers, "postas" i dispositius que es realitzaven al centre i s'encarregaven d'ajudar tant els professionals, que els pacients complissin el seu pla terapèutic, com per exemple acudint a les cases dels pacients amb tuberculosi per assegurar-se de que es prenien la medicació; o ajudant els pacients a l'hora d'explicar

la situació personal o els dubtes. Com que eren persones conegudes pel barri feien del centre de salut un lloc més familiar.

Durant les quatre setmanes que hi vam estar, vam poder participar dels diferents programes i tallers formatius que es duien a terme com, per exemple, la consulta de tuberculosi espontània, tallers de lactància i puerperi, mètodes anticonceptius, vacunació, centre de prevenció assessorament i diagnòstic del VIH/ sífilis, dispositiu d'atenció a persones amb problemes crònics complexos o la consulta d'infermeria a demanda. Tots aquests tallers i dispositius es feien juntament amb altres professionals, amb la qual cosa sempre es tenia una perspectiva global de la salut i es treballava de forma multidisciplinària. A més, molts d'aquests dispositius, com ara el cribratge del VIH/Sífilis es traslladaven al barri, perquè hi tinguessin més accessibilitat. Era una manera d'apropar-nos a la població en comptes que la població acudís al centre de salut, que és al que estan acostumats.

A banda d'aquests tallers, els dijous s'ajuntava l'equip comunitari, format per tots els residents que estaven rotant en aquell moment al Cesac de les diferents disciplines, i es preparaven dispositius per treballar amb la comunitat, com ara la realització d'un hort comunitari, la comunicació a la sala d'espera amb una temàtica específica cada setmana, divulgació d'informació a la ràdio del barri, la ludoteca per a nens on es fomentava la lectura, l'escola de salut… El que més ens ha cridat l'atenció és l'enfoc que tenen dels centres de salut, ja que se centren en la prevenció de la malaltia i en la realització d'activitats comunitàries. Podríem dir que els Cesac són centres comunitaris en si, ja que el 80% de les activitats que es fan estan destinades a potenciar l'educació sanitària. El diagnòstic de la comunitat és la prioritat del centre i

s'hi enfoquen per poder posar mesures preventives. La patologia i el seguiment d'aquesta es fa més exhaustivament als centres hospitalaris.

Com a reflexió personal, hem après que, si volem fer alguna aportació a la comunitat, hem de deixar que aquesta parli, creant espais al centre de salut perquè puguin expressar les seves emocions i preocupacions. Moltes vegades cometem l'error de suposar allò que la població necessita i no preguntem o fem un estudi de la comunitat per veure què poden estar necessitant de nosaltres. Ens centrem més en la patologia i no veiem més enllà que l'esfera biològica. Encara que avui dia aquesta visió està canviant, i s'està visibilitzant més la part social i psicològica de la persona. Ha estat una experiència molt enriquidora a nivell personal i professional per a totes tres i agraïm enormement l'oportunitat que se'ns ha ofert des de la Unitat Docent per permetre'ns fer la rotació, ja que és una vivència que mai oblidarem.

Citació
Autores: Seiquer Saura, Celia; Mucientes Marcilla, Lucia; Ferriz Morell, Elvira.
Títol: Rotació externa a Buenos Aires: "Amb i per a la comunitat"
Revista: APSalut. Volum 11. Número 3. Article 226
https://apsalut.cat/2023/08/08/rotacio-externa-a-buenos-aires-amb-i-per-a-la-comunitat/
Data: 10 de juliol de 2023

Rotació externa: Experiència a Fuerteventura

Autora: Marta Garcia Torres. MIR R4 EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Al meu sisè any de carrera vaig tenir una experiència difícil amb una urgència mèdica, una d'aquelles situacions que queden gravades a la memòria, amb un nom i un motiu de consulta.

En aquell moment, ho vaig presenciar en tercera persona, sense la capacitat d'intervenir i sense comprendre completament el que estava passant. Després d'aquell dia vaig tenir clar que volia saber com actuar, i poder, en la mesura del possible, reconduir aquestes situacions d'emergència cap a l'estabilitat.

Les urgències mèdiques sempre m'han generat un conflicte intern. D'una banda, és un dels llocs on em puc sentir més útil, però, per altra, la comunicació i l'enllaç proper amb el pacient, que és del que més valoro, es solen veure molt ressentit en situacions d'estrès i gravetat.

Vaig decidir sol·licitar la meva rotació externa al servei d'Urgències de l'Hospital General Virgen de la Peña de Fuerteventura. Es tracta d'un hospital petit, l'únic en tota l'illa, que abasta una població de 100.000 persones de característiques molt diverses, incloent-hi des de la població humil de l'illa fins a estrangers que van de vacances al petit paradís.

Tornar a Canàries després de tres anys significava retrobar-me amb els meus orígens i al meu punt de partida en medicina. Començar a treballar en un sistema nou que només havia vist durant escassos mesos de pràctiques a la carrera suposava tot un repte. És un hospital que compta amb menys especialistes de guàrdia i un accés més limitat a ell, en comparació amb el que estem acostumats. Això implica que el metge de família assumeix un paper fonamental com a metge d'urgències en aquest servei, i és responsable de l'atenció global de les urgències. Això requereix una pràctica diària més autònoma i un gran nivell de formació en tots els àmbits per saber resoldre les consultes.

Durant la primera setmana de la meva rotació, vaig estar a l'Àrea d'Exploració, que és la porta d'entrada per a totes les urgències. En aquesta àrea em va cridar força l'atenció la gran varietat de patologies que es valoren, incloent-hi lactants, gestants amb menys de 35 setmanes, urgències traumatològiques i vasculars, entre d'altres. Un altre aspecte destacable va ser l'alta incidència de consultes greus, possiblement influenciada per la llunyania de l'hospital amb les parts de l'illa; ja que es troba ubicat a Puerto del Rosario (la capital), però a una distància d'aproximadament una hora i mitja en cotxe des del sud de l'illa. D'aquesta manera les urgències de menor gravetat solen ser ateses al centre de salut més proper i no arriben a l'hospital.

Durant les setmanes següents, i fins al final de la meva rotació, vaig estar a l'Àrea d'Observació i la Sala d'Emergències. La Sala d'Observació exerceix un paper crucial com una unitat de monitorització dels pacients greus. A nivell docent aquesta àrea és essencial en la formació d'urgències, ja que aquí es fa el diagnòstic diferencial segons els resultats de les proves complementàries i es decideix l'actitud terapèutica i la conducta clínica que cal seguir en cada cas.

A la Sala d'Emergències em vaig enfrontar a una gran diversitat de patologies del malalt crític. Inicialment, suposava que al ser un hospital comarcal, les emergències es derivarien majoritàriament a l'hospital de referència a l'illa de Gran Canària. Tot i això, la realitat va ser molt diferent. La distància i el temps requerits per activar i traslladar els pacients en helicòpter fan que la majoria d'emergències, com ara l'Infart

Agut de Miocardi amb Elevació del Segment ST (IAMCEST), no compleixin l'interval de 120 minuts recomanat per les guies clíniques per realitzar una angioplàstia primària. Per tant, s'ha d'optar per les alternatives terapèutiques que dicten les guies, i vaig poder veure i manejar diversos casos de SCACEST que van ser tractats amb fibrinòlisi de forma reeixida i posteriorment derivats a l'Hospital de Referència en un panorama en què destacava més estabilitat. Aquesta situació es repeteix en moltes altres patologies, cosa que em va permetre enfrontar-me directament a pacients crítics i adaptar-me als recursos disponibles a l'hospital.

A través d'aquesta experiència, vaig poder reconciliar aquestes dues perspectives contraposades de les urgències mèdiques, ja que malgrat les dificultats inherents a cada situació, treballar en un hospital més petit amb un ambient i una filosofia més tranquil·la, m'ha permès mantenir un tracte amable i proper amb els pacients, amb els familiars i amb tot l'equip de treball.

Des d'un punt de vista professional, aquesta rotació a Fuerteventura m'ha fet redescobrir una faceta de la medicina de família que inicialment havia descartat per al meu futur. I a nivell personal, m'ha tornat a un ritme de vida més pausat, ensenyant-me a gaudir el dia a dia i viure més el present.

Paraules clau: urgències, rotació externa, Fuerteventura

Citació
Autor: Garcia Torres, Marta
Títol: Rotació externa: Experiència a Fuerteventura
Revista: APSalut. Volum 11. Número 4. Article 231
https://apsalut.cat/2023/11/04/rotacio-externa-experiencia-a-fuerteventura/
Data: 1 de desembre de 2023

De l'Atenció Primària i Comunitària a les Urgències. Experiència personal

Autora: Vicky Jodar, exresident UDACEBA

Són les 6:30 h del matí i ja estic en alerta. L'orella enganxada a l'emissora esperant que ens activin per a un servei. Per qualsevol persona d'una altra professió, potser és massa d'hora per començar a treballar. Però per nosaltres no, som personal d'urgències.

Sempre atents a l'emissora, amb un somriure

Encara recordo quan vaig descobrir la meva passió per les urgències i les emergències. Va ser l'any 2012. Estava cursant quart de medicina i una de les optatives que vaig escollir va ser Urgències a l'Hospital Clínic.

Em va sorprendre la serietat i la facilitat amb què els professors ens transmetien els seus coneixements. Feien fàcil diagnosticar i tractar un pacient en una situació clínica crítica, mitjançant una actuació mèdica senzilla i sense complicacions. Això va fer que m'enamorés de l'especialitat. Tres anys després em vaig presentar a l'examen MIR sense gaires opcions que s'assemblessin a aquesta especialitat, i sortint amb l'elecció de l'especialitat de Medicina de Família i Salut Comunitària a UDACEBA, a Barcelona.

Després de les pràctiques realitzades a un CAP durant la universitat, no tenia una bona percepció de la Medicina de Família. En aquell moment veia el metge de família com una persona que simplement tramita derivacions, receptes i proves complementàries. Res semblant a les persones que em van inspirar durant l'assignatura d'Urgències i als que em volia assemblar.

Durant els anys de residència vaig descobrir com la meva idea de l'especialitat era preconcebuda. I com tot en aquesta vida, l'especialitat canvia i la meva idea també va canviar. Durant els 4 anys de resident, em vaig impregnar de la filosofia que el metge de família és aquell que coneix el nom dels pacients i dels seus familiars; és la persona que malgrat tenir 7 minuts per visita a la consulta, si cal, en dedica 10 i sacrifica el seu descans; és qui mai no dona d'alta als seus pacients; la que acompanya, consola,

aconsella i maneja la incertesa de la família; però sobretot, és la persona a qui tots els pacients solen referir-se “La meva doctora” i a qui obren la porta de casa seva amb amabilitat i donant-li accés als racons més personals de la seva vida, amb la confiança de saber que és “La meva doctora”.

Durant 4 anys, vaig canviar la perspectiva de la Medicina de Família. Vaig desenvolupar la capacitat de gestió del temps; vaig aprendre el maneig del pacient integral crònic complet i del pediàtric; i les meves capacitats humanes, com l’empatia, l’escolta activa, el treball en equip, florien alhora que els meus coneixements mèdics creixien.

Tot i així, les urgències estaven a la meva sang. I va ser el quart any de residència, després de rotar al Servei d’Emergències Mèdiques, que em vaig enamorar de l’emergència.

Durant els dies de pràctiques a l’ambulància em vaig adonar que el metge d’emergències treballa en la incertesa, que tracta en moltíssims incidents amb pacients crònics complexos reaguditzats, que assisteix als racons privats i més íntims dels pacients com casa seva, ha de presentar habilitats humanes àmplies per poder gestionar les emocions de les famílies, i ha de tenir un ampli coneixement de la medicina; extens i focalitzat en les patologies agudes sí, però ampli al cap i a la fi. Quina casualitat que moltes d’aquestes qualitats es desenvolupen i s’adquireixen amb l’especialitat de Medicina de Família!

També valorem emergències socials (en espera de CUES Barcelona)

Uns mesos abans d'acabar la residència, i després de descobrir l'àrea on volia enfocar la meva carrera professional, la meva inquietud es va centrar en les principals necessitats que podrien requerir els pacients d'urgències. Les preguntes que em plantejava eren: Què he de saber per poder tractar un pacient crític amb seguretat? Què és el que sé fins ara? En què he de millorar i en què m'he de formar? I més preguntes de les quals no vaig obtenir resposta fins molts mesos després, i gairebé m'atreviria a dir, anys després de començar a treballar.

Amb totes aquestes inquietuds, em vaig trobar amb persones que van ser conselleres, mestres i companyes que em van ajudar a sentir-me segura. Vaig fer formació en SVA, en via aèria, en maneig del pacient traumàtic, en ventilació mecànica invasiva i no invasiva. No obstant i malgrat conviure amb la por els primers mesos, vaig ser conscient que vaig aportar molts coneixements de la meva formació com a metgessa de família.

En una formació de via aèria

I vaig arribar el primer dia. Després de nombroses guàrdies tutelades en una ambulància, em trobava amb un equip de 3 persones, compost per infermeria, tècnic en emergències sanitàries i jo mateixa. Va ser fantàstic. I més fantàstic va ser descobrir durant els mesos següents com m'estava convertint en una metgessa d'emergències, però que podia continuar exercint com a metgessa de família. També aportant a molts serveis, coneixements que havia adquirit durant la meva formació al CAP.

En aquests darrers 4 anys moltes persones m'han preguntat quina especialitat vaig fer. Sempre contesto el mateix: "Família". Molts se sorprenen que no respongui Anestèsia, Medicina Intensiva o Medicina Interna. Això m'ha portat a la següent afirmació: sense especialitat d'urgències, l'especialitat de medicina de família és la més completa de totes les especialitats de medicina que pot suplir la d'urgències. Comprèn una visió integral des de l'edat pediàtrica fins a la geriàtrica en tots els seus àmbits.

I és aquí on llanço la pregunta, un metge de família pot exercir com a metge d'emergències i urgències?

Només em queda respondre un Sí.

Paraules clau: Sistema d'Emergències Mèdiques, SEM, medicina de família

Citació
Autor: Jodar, Victoria
Títol: De l'Atenció Primària i Comunitària a les Urgències. Experiència personal
Revista: APSalut. Volum 11. Número 4. Article 232
https://apsalut.cat/2023/10/29/de-latencio-primaria-i-comunitaria-a-les-urgencies-experiencia-personal/
Data: 5 de desembre de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

TICs EN SALUT

APSalut 2023

Jugant amb la IA

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

Va ser durant la jornada FI de Curs de la unitat docent UDACEBA que vam celebrar el 19 de maig a Vic. En l'acte vam parlar de tot el que havia passat durant el curs 2022-23. I és clar, no podia faltar la Intel·ligència Artificial (IA), per l'explosió de la nova eina ChatGPT i el que pot donar de si.

Així que jugant jugant, li vam demanar que ens fes un poema dedicat als Residents d'atenció Familiar i Comunitària UDACEBA. I aquest és el resultat:

Els residents d'atenció familiar i comunitària,

són persones que valen l'or més pur,

la seva feina i aprenentatge és exemplar,

i el seu creixement personal és un gran honor.

En el seu camí, aprenen de la vida,

i l'experiència els fa més savis,

és un procés llarg, però val la pena,

perquè cada dia, milloren i avancen.

La seva feina és de gran importància,

perquè cuiden dels altres amb devoció,

són un exemple de dedicació i constància,

i per això, es mereixen tota admiració.

El seu creixement personal és un tresor,

que els fa més forts davant els reptes,

i els ajuda a lluitar amb cor,

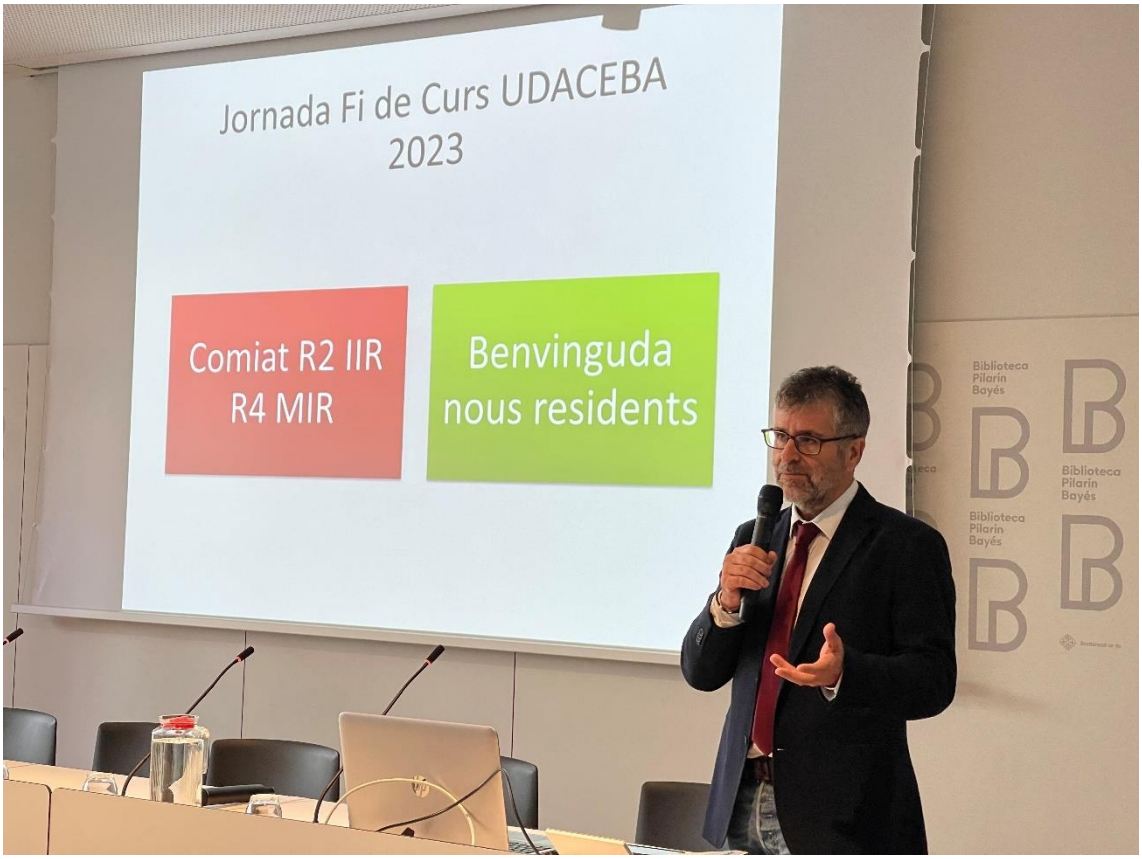
per fer realitat els seus projectes.

Per tot això, és un honor conèixer,

als residents d'atenció familiar i comunitària,

persones que amb esforç i voluntat,

fan del seu camí, una gran victòria.



Citació

Autor: Casasa Plana, Albert

Títol: Jugant amb la IA

Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 220

https://apsalut.cat/2023/06/16/jugant-amb-la-ia/

Data: 10 de juny de 2023

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

ENTREVISTES

LA desCOBERTA

APSalut 2023

LA desCOBERTA. Entrevista a Lorena Cabricano

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

"En el moment d'haver d'escollir una especialitat ja creia que Infermeria Familiar i Comunitària és la que té una visió més àmplia de la persona i de la salut. I la possibilitat de fer moltes rotacions per diferents serveis, em va motivar"

'Conèixer els centres autogestionats et dóna habilitats i capacitat per saber gestionar un equip i t'aporta moltes maneres de veure les coses'.

La Lorena Cabricano coneix bé el model EBA, des dels seus inicis professionals, s'ha desenvolupat entre equips autogestionats: l'EAP Vic, l'EAP Sardenya i l'EAP Dreta de l'Eixample.

Va acabar infermeria l'any 2013 i va cursar l'especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària a l'EAP Vic entre els anys 2015 i 2017. A l'acabar la residència va estar uns mesos col·laborant en un projecte de recerca de la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya i posteriorment ja es va incorporar a l'EAP Dreta de l'Eixample, equip amb el qual porta 5 anys treballant com a infermera d'adults. Aquests anys ha compaginat l'activitat laboral amb els estudis del grau en Nutrició Humana i Dietètica, que va finalitzar el 2022.

Què és el més gratificant de ser infermera?

Poder ajudar a les persones, poder aportar coses bones perquè se sentin millor per viure una vida més plena i satisfactòria.

Les competències de l'especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària

És una especialitat en la que durant dos anys passes per moltes rotacions, per molts serveis… de vegades és tot com molt efímer, molt ràpid, però et permet agafar una visió global que està molt bé, perquè et fa conèixer els diferents recursos que tenim al nostre abast.

Per què vas escollir UDACEBA?

Sabia que volia marxar d'Astúries, que és d'on vinc, i la idea de treballar a Catalunya m'atreia molt. Valorant les diferents opcions vaig trobar una manera diferent de gestionar la formació i els equips a UDACEBA i vaig pensar que m'interessava i que podia ser una bona oportunitat, un bon lloc on aprendre.

És familiar, al ser més reduïda tots ens coneixem i hi ha molt bon ambient en l'equip. És una unitat docent que et dona moltes oportunitats per formar-te i també a l'hora de fer recerca et t'ofereix diferents opcions per ampliar la formació, també en funció dels interessos de cada resident. Em vaig sentir molt acompanyada per part dels companys, de la meva tutora la Judit Canudas, de la resta de l'equip i de tota la unitat docent.

El salt de ser resident a ser ja una infermera integrada en un equip. Va ser com t'ho t'esperaves?

Realment és molt semblant al que vaig viure durant la formació de l'especialitat, compleix les meves expectatives.

A l'acabar primer vaig fer el període de recerca a la Unitat de Recerca de l'EAP Sardenya i aquest temps és més solitari, perquè al final ets tu reclutant i fent entrevistes als pacients però no estàs en contacte diari amb un equip.

I en el moment que em vaig incorporar com a infermera d'adults al CAP Roger de Flor va ser un període de molts canvis, perquè al canviar de centre molts protocols són diferents, programes diferents, s'han d'aprendre els circuits. Recordo molts nervis però també molt motivada i molt ben acollida per part de totes les companyes. Tinc molt bon record d'aquells mesos.

Havent passat per tres CAPs autogestionats, principals diferències entre ells.

La principal el tipus de pacients de cada centre, a Vic hi ha molta immigració i és un ambient molt multicultural. Al CAP Roger de Flor es combinen molta gent gran amb cronicitat etc… amb molta població jove que hi ha a la Dreta de l'Eixample.

A nivell d'equip, al principi vaig notar diferències perquè la gestió dels domicilis es feia diferent. Aquí les infermeres de l'equip ho assumim tot: extraccions, domicili, consulta… ara també la demanda aguda… totes fem de tot i això et permet veure i ampliar la visió de les diferents problemàtiques de salut.

A nivell de direcció, la visió dels equips directius és semblant, en la delegació de tasques, en dotar de responsabilitat, participar en grups de diferents temàtiques per assumir el maneig de patologies o la comunitària.

La sostenibilitat del nostre sistema sanitari.

La manera d'entendre la salut que tenim actualment potser canvia radicalment d'aquí a uns anys. La forma que tenim d'acudir als centres sanitaris potser farà un gir. Amb un possible copagament, no sé… Possiblement anirem veient canvis progressius.

La infermera, guia i acompanyant de la salut

El paper de la infermeria cada vegada més expert

Sobretot el nostre paper és el d'acompanyar al pacient en totes les etapes de la vida, des de que neix fins que mort. Acompanyament en la salut i en la malaltia però també hem de sortir més dels centres sanitaris i estar més presents en la comunitat, perquè es vegi la nostra feina i com podem ajudar a les persones.

Assumim cada cop més responsabilitats i més competències, i també s'hauria de compensar a nivell salarial. Amb l'actual prescripció infermera està previst que s'ampliï el tipus de productes sanitaris que podem prescriure i cada vegada podem intervenir més.

Requisits d'una bona infermera

Tenir empatia. Ser capaç de posar-se a la pell de l'altra persona, encara que sigui molt diferent de tu o tenir una realitat totalment diferent. I ser capaç de poder aconsellar-la de la millor manera per a que pugui prendre les millors decisions sobre la seva salut.

Esteu prou reconegudes les infermeres

Encara falta molt. Visibilització de la nostra feina i reconeixement. Hem millorat però encara queda molt camí.

Fora de la feina, ets la infermera del teu entorn?

Si, també acabes sent un referent pels teus, pels més propers. Això et genera pressió en certa manera, perquè sents que tens una responsabilitat afegida però si és per ajudar o aportar… benvingut sigui!

Dualitat de la infermera

Pots riure i també plorar molt a la vegada. Té aquestes dues vessants. Pots ajudar molt a una persona però també l'has d'acompanyar davant d'un mal pronòstic.

La Lorena en un futur proper. Com et veus

No ho sé… canvia tot tant, que no m'atreveixo a fer previsions. Treballant, m'agradaria fer recerca i continuar aprenent cada dia de la feina, les persones, els companys. Però de moment el meu futur el veig aquí, a Catalunya, crec que és on puc desenvolupar-me personal i professionalment.

Citació
Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Lorena Cabricano
Revista: APSalut. Volum 11. Número 1. Article 215
https://apsalut.cat/2023/04/10/la-descoberta-entrevista-a-lorena-cabricano/
Data: 20 d'abril de 2023

A desCOBERTA. Entrevista a Gemma Férriz

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

"El professional que tu siguis, depèn de tu. És la teva responsabilitat, no és meva. Com a tutora jo t'he d'ensenyar, he de ser el teu exemple. Però les decisions són de cadascú. Hem de responsabilitzar als residents, no com a sistema punitiu, sinó perquè adquireixin responsabilitats inherents a la professió"

'Soc metgessa des que vaig néixer. Ja obria les nines des de ben petita, per curar-les. Sempre ho he volgut ser, i per això vaig estudiar molt'.

Jo canviaria el món, no per competir sinó per crear.
Hem de donar la volta a les coses.'

La Gemma Férriz és metgessa de família, ha estat tutora de residents i Coordinadora Docent al Cap Sagrada Família i, actualment, és Cap d'Estudis del Consorci Sanitari Integral. Professional incansable, ha cultivat una trajectòria professional d'excel·lència basada en el compromís, la humilitat, l'esforç, la constància, el rigor, i l'entusiasme.

Oberta a nous reptes, la motivació és el seu motor, la qualitat el seu saber fer, i el canvi per la millora la seva empremta en tot allò que fa. Va estudiar medicina a la UAB i va fer la residència a Can Ruti. Va començar fent suplències a diferents centres fins que li va sortir una plaça a BSA i allà va poder viure la reforma de l'Atenció Primària "La meva primera consulta van ser 120 números! Cridava als pacients d'un a un i feia la història clínica a mà".

Al cap de tres anys, per ser més a prop de la família va fer un canvi a Barcelona ciutat, al CAP Sagrada Família. La seva trajectòria docent, en contacte permanent amb residents, estretament vinculada amb l'àmbit de la formació, la millora i el coneixement, l'ha permès ser l'actual Cap d'Estudis del Consorci Sanitari Integral, des de ja fa 2 anys.

Per què vas optar per especialitzar-te en medicina de família?

Quan vaig fer el rotatori vaig veure la llum. A l'hospital m'avorria molt, tot és lent allà. I quan vaig anar al CAP ho vaig tenir clar. Vaig treure'm el MIR i vaig anar a Mataró, volia un lloc petit on només hi haguessin residents de família. Ara no ho veig igual, ara penso que és bo compartir i ajudar-se amb residents d'altres especialitats. En aquell moment ho veia com una amenaça però va ser un error. No teníem companys d'altres especialitats i per això vam ser molt autodidactes, precisament el que no ha de ser la residència.

Una metgessa de família amb família. Parlem de conciliació familiar

Al CAP Sagrada Família tot l'equip són dones. En aquest sentit és més fàcil però abans era molt jeràrquic i quan t'incorporaves havies d'adaptar-te al que et donaven. Jo vaig entrar amb un horari dolentíssim, treballant divendres, etc… però vaig pagar aquest preu per apropar-me a casa i perquè creia que allò era una inversió de futur. Vaig decidir fer-me un lloc i vaig treballar-m'ho molt. Ara intento explicar als residents que les coses no es poden aconseguir el primer dia, cal fer una inversió, de temps, dedicació… **Tot s'ha de guanyar, per després millorar. No pots voler només la part bona de les coses.**

D'on surt l'esperit crític de la Gemma, aquesta mirada.

S'ha de reinventar el sistema sanitari. Per què insistim en fer les coses igual? Per què volem fer les coses com fa 30 anys si el món no és el mateix? Saps per què? Perquè la sanitat pública és el més privat que hi ha, i és un gegant que no té cap interès en canviar. Et trasllada a tu, metge, que ets una professió vocacional i que et sents responsable dels teus pacients, la mala gestió. Però en realitat, estan generant unes expectatives que saben que no poden oferir… S'ha d'estar a la sorra, els despatxos són un perill!

A mi m'agrada el despatx i gaudeixo fent gestió, però el fet de passar de la consulta de primària a l'hospital m'ha permès veure que l'administració ha posat d'esquenes l'atenció primària i l'hospitalària. No! El pacient és comú, els processos són comuns i hem d'anar cap a la integració enlloc de la coordinació.

L'atenció primària és la porta d'entrada de la població

Si, però la porta d'entrada ha de tenir fluxes, no pot ser un coll d'ampolla. Si em dones la capacitat executiva de ser porta d'entrada t'has de refiar de mi, i no posar-me un morrió. I si em dones aquesta potestat he de tenir la manera de vehicular al pacient. El que no pot ser és que algú que fa sang quan va al lavabo, demani una colonoscòpia

i trigui 3 mesos a fer-se la prova. El problema no és meu, el pacient és comú, de la sanitat catalana. I nosaltres, l'AP, som l'escut.

La falta de metges

Hem de fer que els metges facin de metges de veritat. Segurament no falten tants metges de família. Cal que puguem dedicar el temps a fer de metges de família i no a altres competències que no són nostres, ni les administratives ni les d'altres especialitats. Sé que això sona molt impopular, però no crec que el MFiC hagi de fer de tot, el que cal és que el MFiC tingui les eines per fer, de manera excel·lent la seva tasca. No crec que haguem de fer ecografies, el que hem és de disposar-ne. Poder demanar-la i que la faci sigui un expert en ecografies. Qui ha de fer les coses és qui millor preparat està per fer-les.

La competència del metge de família no és infinita, no ho ha de ser, igual que no ho és la d'altres especialitats. És una especialitat, i molt àmplia per cert. Ens queixem que no tenim temps per fer les consultes i atendre la cronicitat de manera adequada i volem minvar el nostre temps fent coses que no ens pertoquen? Tenim tan ben resoltes les nostres competències que realment en necessitem de noves? T'asseguro que cap metge de família sap fer a la perfecció totes les competències del metge de família. I encara volem fer més? Hem de ser crítics.

L'especialitat de MFiC

És la més difícil. Perquè ha de destriar el gra de la palla. I a més ha de ser àgil i ràpid. És un detector d'alarmes. Ha de tenir ull clínic i dins de la voràgine de l'agenda, ha de saber dimensionar i planificar el que s'ha de fer per la salut del pacient amb encara no 10 minuts que dura la visita. **La capacitat de detecció, juntament amb el control del pacient crònic i la fragilitat en totes les dimensions, comunitàries també, són les principals funcions del metge de família**.

Ensenyar l'ofici de metge: aprendre a ser, no a fer

Els nous metges joves, el relleu generacional.

Si que hi ha un canvi general dels valors, però no és que siguin pitjors que els nostres. Han vingut a aquest món a treballar i a viure. Als residents sempre els dic "no us podeu quedar només amb la part bona de les coses". Si tu has acabat la consulta i te'n pots anar a les 14 h perfecte, jo no et faré quedar fins les 17 h. Però un altre dia et tocarà quedar-te fins les 19 h, i llavors recorda el dia que vas marxar a les 14 h, però no per comptar les hores, sinó perquè va inherent a la teva responsabilitat com a professional.

Els residents avui. Tot val?

Sovint se senten els millors. Doncs no. Sou intel·ligents i estudieu molt. Res més. Això no us fa millors persones ni ser més bons companys, ni saber treballar en equip, ni sacrificar-se per quedar-se si un company es posa malalt, per exemple. Això s'aprèn a base d'entendre que formes part d'un equip i que has de ser-hi, a les bones i a les dolentes. La nostra generació ha estat la frontissa del canvi. Abans el resident no cobrava sinó que pagava per fer la residència! I no ens en podem anar a l'altre extrem. S'ha de ser coherent: el resident que no es presenta, el que arriba tard… no s'ha d'acceptar. **El tutor no ho ha de permetre tot**.

Com ensenyem als residents a aprendre a afrontar els reptes en positiu

Donant exemple. És que la nostra professió és un ofici, no és una feina. Jo no parlo de vocació com a sacrifici. Una professió s'aprèn veient com ho fan els altres. Tu no pots parlar malament d'un company i després demanar-li al resident que no critiqui… això amb tot. **Els tutors som l'exemple. No som millors que ells, no. I no sabem més que ells**. **Probablement en sabem menys perquè surten d'un MIR i tenen molts coneixements, però han d'aprendre la professió. I la professió són valors**. Són valors professionals: d'implicació, de respecte pel company, de respecte per l'horari, de respecte pel superior, de saber vestir-te per anar a treballar, de dirigir-te a un company o a un superior tal com pertoca. Però això no és responsabilitat exclusiva del tutor, no ens hem d'autoculpabilitzar. No es tracta de què fem malament nosaltres sinó què fan ells malament. I si fan malament les coses, això ha de tenir conseqüències.

Malestar emocional dels MIR. S'han de protegir?

És un tema generacional, estan educats a no tolerar la frustració. No és protegir-se, és que la vida és així! Sense faltar al respecte a ningú, són una generació que han pujat entre cotonets. Hem d'aprendre a anar encaixant el que vingui, que no vol dir resignar-nos. Això és la resiliència. No és treure-li importància a les coses, és donar-li la volta.

Només ens protegim entenent que no només hi ha una part bona de les coses. Hi ha una part bona però per tenir-la també has de comprar la dolenta, com la cara i la creu d'una moneda.

Ras i curt

Principal qualitat de la Unitat Docent UDACEBA

El seu eix és el resident. Tots els esforços que fa pivoten al voltant del resident i encara que el resident s'empenyi a treure-li les ganes, la unitat docent persevera.

Què és ser tutora

És ser exemple del que tu creus que ha de ser exercir aquesta professió. No és ensenyar medicina. **Ensenyar a ser metge de família és ensenyar a ser, no a fer de**. És molt diferent! I ser metge de família implica molt més que l'assistència.

La recepta del lideratge

La coherència, el compromís i la humilitat. Si creus en alguna cosa, poder veure-ho créixer, lluitar-ho, la il·lusió, no hi ha res més bonic.

Una experiència que t'ha marcat

En plena onada de covid-19, una pacient més de 80 anys s'ofegava i era criteri d'ingrés. Vaig trucar al 061 i em van dir que per edat no la podien anar a buscar perquè havien de prioritzar. La vaig trucar i li vaig dir que arribés com pogués a la porta de l'hospital… li vaig salvar la vida. Va entrar a la UCI i encara és viva. Aquell dia, jo m'estava separant i vaig decidir que volia fer testament, perquè allò em va fer reflexionar de que estàvem en un moment de crisi de veritat.

Citació

Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura

Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Gemma Férriz

Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 219

https://apsalut.cat/2023/06/17/la-descoberta-entrevista-a-gemma-ferriz/

Data: 18 de juny de 2023

LA desCOBERTA. Entrevista a Oscar Garcia

Autora: Laura Aranalde. Comunicació en Salut

"Vas als Centres d'Atenció Primària i és un *fast food sanitari*, o un *Amazon Prime sanitari*. Crec que és el gran error. La implicació que tenen els fenòmens socials i la patologia psicològica en salut és importantíssima, però si no es valora fer un abordatge biopsicosocial i els metges només tractem la part orgànica de la persona, llavors estem ficant una tirita a la ferida, quan el que hem de fer és suturar"

"A 6è de medicina, en una rotació a Badalona vaig conèixer un grup de professionals entusiastes de l'atenció primària, i em va encantar. Vaig descobrir la quantitat de coses que pots arribar a fer a l'AP a nivell de clínica i la part més humanística"

Barceloní de Sants, va estudiar Medicina a la UAB, a Can Ruti com a hospital de referència i va escollir especialitzar-se en Medicina de Família i Comunitària a la Unitat Docent de Tarragona, al CAP Torreforta.

*"**La residència és un moment en el que has d'assumir molts canvis, personals i professionals, per començar a fer camí de manera autònoma, perquè els metges anem tard en aquest aspecte".***

Des de fa 9 anys és metge de família al CAP Can Bou del Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP). Amb clara vocació docent i esperit crític, és el coordinador docent del centre, al costat d'estudiants de Medicina des de fa 9 anys i tutoritzant residents de Medicina Familiar i Comunitària des de l'any 2019.

La visió humanística de l'Atenció Primària. Ha canviat?

Hi ha clarament un error d'objectius a nivell social. Tenim punts forts com la longitudinalitat, la visió integrativa, l'abordatge holístic,… que per dur-los a terme cal temps i donar-los valor. Si no tenim temps, com ara que tenim 10 minuts per pacient i no es valora que facis un abordatge biopsicosocial, aquest és el problema.

Els nous perfils professionals són tirites per l'AP?

Les noves figures són valuoses, evidentment, però crec que és una tirita, si. Perquè si tens els professionals fent baixes laborals, controls de baixes, informes clínics, burocràcia que no té un impacte directe en la salut del pacient, alguna cosa estem fent malament, estem destinant recursos cars que no tenen implicació directe en allò que està format el metge, que és la salut de les persones. És necessari que s'incorporin altres professionals però el que s'ha de reorganitzar clarament és que el metge faci de metge, i que tingui temps material i se'l valori per fer de metge, no com ara, on l'important és fer un registre de tota l'activitat però no com es fa.

El sostre del MFiC

Els sostre de primària el poses on pots i on vols, però ara mateix sobretot on pots. **I si tinguéssim tota aquesta burocràcia fora de les consultes el sostre de l'AP seria altíssim, perquè permetria fer un abordatge que no caldria derivar a especialistes en molts casos**. L'abordatge propi de les malalties més prevalents, inclús aquelles

més complexes com pot ser una insuficiència cardíaca, per exemple, podries fer l'abordatge fent una ecocardio i orientant el cas fàcilment sense la participació directe d'un especialista hospitalari.

Problemàtiques actuals a la consulta del metge

Tenim falta de temps i falta d'equitat. Estem gastant moltíssims recursos mèdics en el pacient sa, la persona que no té una patologia com a tal sinó que té un període vital complex, bé sigui per temes laborals, socials… és un pacient sa que se l'ha d'ajudar però amb els recursos socials que pertoquin. Però moltes vegades el propi pacient no coneix els recursos dins de la comunitat i l'accés fàcil és el sistema sanitari.

Tenim pacients on l'escolta és el més important i crec que és bàsic fer-la, però fer-la bé per evitar posar una etiqueta de patologia a una cosa que és vivencial, que no cal farmacologia ni etiquetar amb un diagnòstic clínic. I ens trobem amb la població a nivell estatal i a Catalunya sobremedicada amb ansiolítics, antidepressius, amb etiquetatge de les ansietats, de trastorn adaptatiu… i el metge ha de tenir temps per tractar-ho, perquè si no el més fàcil acaba sent prescriure, receptar fàrmacs enlloc de fer un abordatge més integratiu i humanístic, per ajudar al pacient a sortir de la situació sense l'ús de fàrmacs.

Canvis i tendències socials que tenen repercussió directa a l'AP

És veritat que hi ha uns canvis socials i antropològics que fa que la gent que ha viscut l'inici de la societat del benestar hagi tolerat pitjor la frustració. I tot anava bé fins la

crisi econòmica del 2008, en la que moltes persones es van veure vulnerables. I quan em veig vulnerable em frustro i busco quelcom que expliqui el malestar, una etiqueta.

Després de la Covid la gent té problemàtiques laborals, però enlloc d'estar als carrers manifestant-se, estan a les terrasses. És com una doble moral. Quan estàs a la consulta i surts, veus com dues realitats que et fan pensar fins i tot si estàs molt esbiaixat per la teva feina. El cert és que les temàtiques laborals han augmentat espectacularment, i la gent està canviant de feina, cobrant menys però vivint millor. No volen estar hiperconnectats a la feina. Però la solució no és anar al metge, que et doni antidepressius i agafar la baixa, sinó parlar amb els sindicats i exposar la magnitud del problema.

Canvis necessaris en el sistema per millorar l'AP

El més important, bàsic i cost-efectiu és la contractació dels Assistents Clínics, per canalitzar tota la burocràcia i que el metge es pugui dedicar únicament en allò que ha estat format: la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties. Dels 10 minuts que tenim per pacient no podem estar-ne 8 mirant l'ordinador i fent clics per registrar el que li passa. Hi ha innovació tecnològica suficient perquè això no passi.

El que falta és baixar a la trinxera. Per fer una gestió òptima dels recursos, has de conèixer primer els recursos, saber en què s'estan gastant i veure si són òptims. Veure-ho tot en un excel perd pes perquè les dades són sempre molt interpretables. Si algú comptabilitzés els clics que fem a cada consulta o quantes vegades movem el ratolí, al·lucinarien!

Docència i emocions, el binomi perfecte

Com s'ensenya la vessant més humanística de la medicina

Sobretot és amb l'exemple, no hi ha més. **Ara mateix el gran handicap que tenim amb els residents de família és amb quina vocació venen a fer atenció primària**. I ho hem de cuidar moltíssim, perquè moltes vegades es tria l'AP com a primera opció però quan no és així, aquesta vocació s'ha de treballar i l'hem de garantir. Pot passar que quedin places de primària buides però el que no pot passar és que els residents de primària se'n vagin a altres zones geogràfiques o que vagin a fer altres funcions, com urgències. I que vegin la primària com un lloc no òptim per desenvolupar tot el que han après durant aquests anys de formació.

Si no cuidem el talent, al final la vocació té un límit, i és lògic que aquest talent no brilli tant si les condicions laborals no són les idònies. Quan portes molts anys, t'adones que els valors de la professió són molt importants, però n'hi ha un per sobre

de tots, i és que tu per tenir aquests valors t'has de sentir molt a gust i molt còmode al teu lloc de treball. Jo tinc la sort que aquí a Can Bou tenen aquests valors.

Importància de l'esperit crític

Per ser docentment actiu, i donar la volta a les coses, has de ser en primer terme molt científic, observar molt, escoltar molt i parlar poc. L'important és conèixer molt a fons allò del que estàs parlant.

A la residència s'ha de gastar molta energia en observar, tenir una bona escolta i sobretot tenir pensament crític per canviar les coses, per repensar-les. Al final és un mètode científic, d'observació, crítica, confirmar hipòtesis però refer aquestes hipòtesis, aplicant-hi també les emocions, posant els residents a la pell del pacient. I els estudiants ho veuen molt positiu.

Fotografia: Luz i Eduardo, els seus residents (MIR).

Obrir el camí als nous professionals des de les Unitats Docents

UDACEBA és un grup d'amics entusiastes de la primària. Això és molt positiu però també fa un biaix de la tolerància que tenim, perquè aguantem i aguantem, i hem de tenir la visió crítica. I des de les Unitats Docents cal fer un crit perquè sabem que actualment si queden places buides és per les condicions laborals dels professionals, i hem d'actuar. Tenim molt identificada la culpa: els metges de família estan fent un nivell d'intensitat de consulta molt elevada, amb molts processos i molta burocràcia fora de la consulta.

Feina i vocació: la millor afició

Hem perdut capacitat d'esforç?

Estudiar una carrera ha perdut una mica de valor, ara es valora més si t'agafes un any sabàtic o te'n vas a Bali, per exemple. Es valora més la part d'oci que la vessant professional. Però en creixement personal pot arribar a ser més atractiu fer de metge que anar a fer el Camino de Santiago, només depèn d'una cosa: si consideres la teva feina com una afició.

S'ha de viure gaudint el que fas. Tries medicina com a carrera, sabent que és duríssima, perquè te l'has de prendre com la teva afició, com un hobby. Si t'apassiona el teu hobby treus el millor de tu. I ara mateix crec que s'agafa medicina per altres raons. I si no es valora el suficient és millor ser youtuber o instagramer que fer una guàrdia al CUAP el cap de setmana.

Coneixem l'Òscar artista

La part artística sempre m'ha encantat, sobretot la música i la guitarra. Tocar em serveix per rebaixar el ritme vital que portem i em permet reflexionar sobre moltes coses. L'important és fer alguna cosa que t'aporti, sense un objectiu clar, només com una part de tu.

La vessant manual és importantíssima per treure les emocions. Enlloc de tan nivell d'anglès i tan esperit de competició ens caldria aquesta visió més artística de les coses. Perquè tot té matisos, ni tot és tan lluent ni tan fosc. I si tinguéssim temps i pintéssim un llenç segurament veuríem matisos que amb la velocitat que anem no podem veure. A les xarxes socials, per exemple, no hi ha matisos, sempre és el mateix, una societat igual sense canvi.

Citació
Autora: Autora: Aranalde Vila-Masana, Laura
Títol: La desCOBERTA. Entrevista a Oscar Garcia
Revista: APSalut. Volum 11. Número 2. Article 227
https://apsalut.cat/2023/08/08/la-descoberta-entrevista-a-oscar-garcia/
Data: 4 d'agost de 2023

udaceba
UNITAT DOCENT

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

eap sardenya Centre Universitari

EAP VIC

eap dreta de l'eixample

CSP Consorci de Serveis a les Persones CAPI Baix-a-Mar

Consorci Sanitari Integral
Amb tu, per la teva salut

Centre Integral de Salut Cotxeres

casap castelldefels atenció primària CAN BOU

ABS :) la Roca del Vallès

Osona Sud EAP Alt Congost ABS Centelles

eap Sarrià Vallvidrera Les Planes

Atenció Primària Vallcarca – Sant Gervasi

www.udaceba.cat

UDACEBA, SL
Sardenya 466 - 08025 Barcelona

www.apsalut.cat

@ButlletiAPSalut