

GEMA ESTRADA BANCELLS  
REBECA SEGURA BORRAS  
ESTER TARRADAS PUERTOLAS

*Centre d'Atenció Primària:*  
*ABS Malgrat de Mar*

*Correu electrònic de contacte:*  
*gestrada@salutms.cat*

## Consulta telefònica en temps de la covid-19. Experiència en un centre de salut urbà

### Introducció

Les consultes telefòniques en atenció primària han proporcionat noves eines de comunicació i han provocat un canvi en la nostra mentalitat, amb la possibilitat de realitzar accions o tràmits de la nostra vida quotidiana que fins ara necessitaven de la nostra presència física, ja fos per motius tècnics, culturals o socials. La crisi sanitària ha fet necessari buscar alternatives per gestionar la demanda.

### Materials i mètodes

Es tracta d'un estudi transversal i retrospectiu que descriu els resultats d'una anàlisi de dues consultes (unitats bàsiques assistencials; UBA) de 1.700 pacients cadascuna en un període de pandèmia de covid-19 en un medi urbà, en el període del 16 de març al 30 d'abril. Es van comptabilitzar un total de 801 pacients que van consultar 1.497 vegades, de les quals 315 van ser al centre i 1.219 de forma telefònica (81,4%).

Es van seleccionar tots els pacients que van utilitzar la consulta telefònica en aquest període de temps.

### Resultats

El 34,2% han estat tràmits administratius (baixes, informes, renovació de medicació, receptes puntuals, resultats d'anàlisis...). A continuació es mostren els motius de consulta en ordre de freqüència: símptomes respiratoris: 129 (8,61%); patologia traumatològica: 111 (7,41%); símptomes compatibles amb covid-19: 103 (6,88%); patologia otorrinolaringològica: 85 (5,67%); Sintrom®: 77 (5,14%); símptomes digestius: 68 (4,54%); patologia psiquiàtrica: 67 (4,47%); patologia dermatològica: 59 (3,94%); símptomes urinaris: 56 (3,74%); símptomes cardiològics: 45 (3%); odontologia: 41 (2,73%); neurologia: 41 (2,73%); patologia vascular: 30 (2%); patologia ginecològica: 25 (1,67%); símptomes oftalmològics: 15 (1%), i altres: 31 (2%).

Es van atendre 12.439 consultes; de les quals, el 76,40% van ser telefòniques; el 19,03% van ser presencials; l'1,68%, visites domiciliàries, i el 2,89% van requerir derivació a urgències hospitalàries.

La franja d'edat que més va consultar va ser la de 45-64 anys, gairebé un 35% del total; seguida de la franja de majors de 65 anys, 32%; la franja de 15-44 anys, un 26%, i nadons i nens fins a 14 anys, únicament un 7%.

El 56,16% de les consultes van ser realitzades pel sexe femení i el 43,84% pel masculí.

Com a curiositat, dels pacients diagnosticats de covid-19, el 52,76% eren majors de 75 anys i el 67% del total eren dones.

### Conclusions

L'ús de la consulta no presencial permet al professional mèdic descarregar la demanda, augmentar el temps dedicat al pacient segons el motiu de consulta i reduir les llistes d'espera. A més, la consulta no presencial ha estat resolutiva i adequada per donar resultats de proves als pacients, resoldre dubtes de medicació i tasques administratives, així com per resoldre la major part dels problemes referents al seguiment de problemes mèdics aguts i crònics.

ALBA MARTÍNEZ SATORRES  
ANNA TOBELLA CASASSES  
ARTUR RAMI PUJADAS  
JUDITH MURCIA QUINTANO  
NÚRIA TURMO TRISTAN  
MARIA LOURDES LASAOSA MEDINA

*Centre d'Atenció Primària:  
EAP Passeig Sant Joan - Carles I*

*Correu electrònic de contacte:  
albasatorres@gmail.com*

## La covid-19 posa en evidència la urgència d'espais dignes als centres d'atenció primària de Barcelona

### Introducció

El centre d'atenció primària (CAP) Passeig de Sant Joan es va inaugurar l'any 1987 i va ser el primer centre de la ciutat on s'implantà la reforma d'AP. L'any 2002 s'hi va unir el CAP Carles I, i així passà a ser l'únic equip d'AP de Barcelona dividit en dos centres. Ja aleshores es va prometre que això era només una solució temporal. Al Pla de barris del 2008 es projectà ja el nou CAP Fort Pienc, que ha d'unir els dos CAP.

### Material i mètodes

La pandèmia de la covid-19 ha evidenciat les greus mancances del CAP Carles I, que no disposa de ventilació, finestres, sortida d'emergència, ni aigua calenta, motius pels quals, a mitjan març, i donada la baixa per covid-19 d'un terç dels professionals, es va tancar. Una posterior inspecció de la unitat bàsica de prevenció determinà que no es podrà tornar a obrir.

Aquest fet ha condicionat que tots els seus treballadors ara es trobin al CAP Passeig de Sant Joan, amb unes instal·lacions també deficientes i obsoletes.

A l'equip hi treballen 70 professionals que donen assistència a 28.000 ciutadans dels barris de la Dreta de l'Eixample i del Fort Pienc. Aquests professionals no caben a l'edifici de Passeig de Sant Joan.

Durant la pandèmia, l'equip ha atès també dues residències, un alberg per a dones sense sostre i un hotel salut. Alguns professionals han fet teletreball.

### Resultats

En l'etapa de desescalada, amb l'augment de visites presencials, la manca d'espai s'agreuja. Els professionals disposen només de 15 consultes habilitades, per la qual cosa també es fa assistència des de despatxos de direcció, magatzem, sales de reunions... i persisteix el teletreball. Els especialistes hospitalaris no poden tornar a visitar al CAP.

Es va formar una assemblea de professionals del CAP i d'entitats veïnals per reclamar a l'Ajuntament i al CatSalut solucions. Demanem una solució provisional que garanteixi que tot l'equip pugui treballar en un únic lloc i amb dignitat, fins a disposar del nou CAP Fort Pienc, i que es garanteixin la continuïtat i la longitudinalitat assistencial en condicions dignes i segures per als professionals i els pacients.

Aquesta manca d'espai i d'infraestructures no és un cas aïllat, sinó que es dona també, i cal tractar-ho amb urgència, a altres equips, com Gòtic i Raval Nord. Molts altres CAP de la ciutat tenen també mancances.

### Conclusions

No tenir una planificació adequada per a l'AP és un risc per a la salut de la població. Aquesta situació s'ha agreujat a causa de la pandèmia de la covid-19, però en realitat allò que s'evidencia és una manca de previsió històrica, perquè l'AP mai no ha estat prioritzada per les institucions. Els CAP necessitem un espai suficient i adequat per poder atendre la població com es mereix, amb seguretat i que permeti oferir tots els serveis als quals la població té dret.

YOSEBA CÁNOVAS ZALDÚA  
ALBA MARTÍNEZ SATORRES  
EPIFANIA RODRÍGUEZ DE PABLO  
CUSTODIO BUIL FERRERO  
LUCAS RODRÍGUEZ BACCI  
FRANCESC ALÒS COLOMER

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Passeig Sant Joan*

*Correu electrònic de contacte:  
albasatorres@gmail.com*

## Organització per agrupacions davant la manca de professionals i espais durant la pandèmia de covid-19

### Introducció

La pandèmia de covid-19 ha desbordat els equips d'atenció primària (EAP) i la sanitat en general. En el cas de l'EAP Passeig de Sant Joan s'ha hagut de tancar el centre Carles I per motius de seguretat dels pacients i dels professionals, donada la impossibilitat ventilar les consultes. Se centralitzà l'assistència de 28.000 persones al CAP Passeig de Sant Joan. Un nombre elevat de professionals han hagut d'agafar la baixa per covid-19 o bé han hagut de fer teletreball perquè pertanyien a col·lectius vulnerables o per conciliació familiar. Alguns professionals també s'han ofert a fer teletreball alguns dies a la setmana per compensar la manca d'espais derivada del tancament del CAP Carles I.

Així mateix, s'ha hagut de donar assistència a dues residències, un hotel salut (per a pacients amb covid-19 que no podien realitzar l'aïllament al domicili) i un alberg per a dones sense sostre.

### Material i mètodes

#### Objectius

Davant l'absència d'alguns metges i metgesses de família i la dedicació quasi exclusiva a les residències i l'hotel salut d'altres, s'ha hagut de reorganitzar l'equip per oferir una assistència de qualitat i equitativa per a tots els pacients.

Es van distribuir els metges i metgesses en cinc agrupacions de quatre professionals. S'hi van distribuir equitativament els 5 professionals absents per incapacitat temporal de llarga durada (1 professional) o bé destinats a dispositius covid-19 (4). Així, cada agrupació es feia responsable de l'agenda de tots quatre professionals.

Cada professional ha tingut la seva pròpia agenda amb visites telefòniques/telemàtiques cada 10 minuts, cinc visites presencials programables només pels propis professionals de l'agrupació i una visita domiciliària.

#### Resultats

S'ha pogut evitar treballar amb agendes úniques i afavorir així la longitudinalitat de l'assistència i una millor programació tant de visites telefòniques com de presencials i domiciliàries.

No s'ha hagut de tancar l'agenda de cap professional.

La càrrega assistencial dels metges i metgesses absents s'ha repartit equitativament.

Les receptes electròniques i les visites presencials i domiciliàries dels metges i metgesses que fan teletreball han estat gestionades pels companys de l'agrupació.

Aquesta organització ha estat ben valorada pels metges i metgesses de l'equip, que han decidit mantenir-la durant el període de vacances d'estiu.

#### Conclusions

L'organització per agrupacions ha estat satisfactòria i ha resultat resolutive per cobrir la manca de professionals i d'espais derivada de la pandèmia de covid-19.

El fet de treballar amb agrupacions ha permès l'equitat en la distribució de la càrrega assistencial i ha facilitat el treball en equip entre els diferents estaments (metges i metgesses, infermeria, treball social i administració) i ha afavorit el contínuum assistencial i la longitudinalitat.

CARLES BROTONS CUIXART  
DIANA FERNÁNDEZ VALVERDE  
IRENE MORAL PELAEZ  
MIREIA PUIG PALMA  
M<sup>a</sup> TERESA VILELLA MORENO  
JAUME SELLARÉS SALLAS

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Sardenya

Correu electrònic de contacte:  
cbrotons@eapsardenya.cat

## Transformació de la unitat de recerca en una unitat de salut pública i vigilància epidemiològica

### Introducció

Per fer front a la pandèmia i per tal de gestionar la nova situació d'una manera més eficient, es va decidir transformar excepcionalment la unitat de recerca del centre en una unitat de salut pública i vigilància epidemiològica.

### Material i mètode

Aquesta unitat, amb el suport de la direcció i de tot el personal del centre, va portar a terme les següents activitats des del 2 de març del 2020:

1. Desenvolupament d'un protocol de diagnòstic i seguiment de pacients de covid-19.
2. Identificació i registre dels casos possibles i contactes estrets, i dels casos positius donats d'alta de centres hospitalaris, i la seva inclusió en un programa de seguiment telefònic.
3. Informar setmanalment tots els professionals de l'evolució de la malaltia, il·lustrant gràficament el nombre de pacients positius, possibles o negatius, nombre de pacients enviats a urgències, quants ingressaven i quants morien.
4. Realització de proves de detecció a tota la població de les residències per a gent gran adscrites al centre.
5. Realització del primer estudi de seroprevalença en la població asimptomàtica.
6. Realització de proves diagnòstiques a tots els pacients seguits telefònicament.
7. Registre, explotació i anàlisi de les dades.

### Resultats

Del 17 al 29 d'abril es van fer proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) a tres residències: 402 residents i 215 treballadors. S'hi van detectar un 25,87% de residents i un 8,37% de professionals positius.

En el programa de seguiment es van incloure 929 pacients des de l'11 de març fins al 8 de juliol, per sospita o per contacte. D'aquests, el 57,05% eren dones, amb una edat mitjana de 46,54 anys. Van donar positiu per covid-19 el 32,08% d'ells. Durant el seguiment, el 19,48% van ser derivats a urgències, un 8,83% van ser hospitalitzats i l'1,61% van morir.

Del 21 al 24 d'abril es va realitzar el primer estudi poblacional de seroprevalença al barri del Baix Guinardó. Es va seleccionar una mostra aleatòria de 600 pacients de la població assignada al nostre centre, estratificada per grups d'edat. Als pacients que acceptaven participar, se'ls registrava la temperatura corporal i la saturació i se'ls feia el test ràpid capil·lar (immunoglobulines M i G). La mitjana d'edat va ser de 44 anys. El 55% eren dones. La prevalença observada va ser en total del 5,47% (interval de confiança del 95%: 3,44-8,58), del 6,43% en dones i del 4,28% en homes.

### Conclusions

El paper de l'atenció primària és cabdal per abordar els pacients asimptomàtics o simptomàtics lleus-moderats, per derivar a l'hospital els pacients més greus i per fer l'estudi de contactes i les proves diagnòstiques. Una unitat de recerca en l'atenció primària es pot transformar ràpidament en una unitat de salut pública i vigilància epidemiològica i aportar dades fiables que siguin útils per a: presa de decisions, planificació d'estratègies d'abordatge, control dels pacients en una pandèmia com la viscuda i preparació per afrontar futurs brots i onades de la pandèmia.

MIQUEL ÀNGEL MARTÍNEZ ADELL  
MAR MIR MANZANAS  
JOSÉ IGNACIO MENJÓN URCHAGA  
CONSUELO JÚDEZ SOBRINO  
EMILI BURDOY JOAQUIN  
MERCÈ GRAUPERA CUQUET

*Centre d'Atenció Primària:*  
*ABS Argentona (CSdM)*

*Correu electrònic de contacte:*  
*mmartinez@c sdm.cat*

## Brot de covid-19 a una residència: lideratge des d'un centre d'atenció primària

### Introducció

La pandèmia de la covid-19 ha colpit la nostra població, sobretot la gent gran i, més concretament, la població residencial. Per la seva situació (la majoria pateixen pluripatologia i polifarmàcia) i al fet que conviuen amb segments poblacionals en trànsit (treballadors, acompanyants), en el punt àlgid de la pandèmia, un gran nombre d'aquestes persones van ser infectades i van necessitar una actuació diària i intensa per a la qual no estàvem preparats.

### Material i mètodes

L'àrea bàsica de salut (ABS) Argentona té adscrites cinc residències geriàtriques distribuïdes en dos municipis, Argentona i Dosrius, que sumen una població d'uns 180 residents.

En el punt àlgid de la pandèmia, la residència més gran (47 residents), ubicada al poble d'Argentona, va arribar a tenir quasi la meitat dels residents infectats per la covid-19.

Des de l'inici es van realitzar contactes telefònics, per correu electrònic i visites diàries a la residència, coordinades amb el metge privat. En diverses ocasions, des d'infermeria del nostre centre es van revisar amb la direcció i l'equip d'infermeria de la residència les mesures d'aïllament dels residents, i la prevenció i l'ús dels equips de protecció individual (EPI) per part del personal de la residència.

Seguint les recomanacions del CatSalut, el 9 d'abril es van fer proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) massives a tots els residents i treballadors de la residència: quatre residents i dos treballadors positius.

Van continuar les visites diàries dels nostres professionals. La setmana següent va haver-hi dos residents i quatre treballadors més simptomàtics i positius.

Davant d'això, el 20 d'abril es van repetir els frotis amb PCR de manera massiva a residents i treballadors. Els resultats van ser: onze residents més infectats. La suma total era ja de 16 pacients infectats per covid-19 i que es trobaven a la residència, i de 3 derivats a l'hospital. Els treballadors infectats eren ja 13 des de l'inici.

Es va fer una reunió amb la direcció de la residència, el metge responsable i la nostra direcció per dividir-la en sectors: plantes vermelles (infectats), verdes (no infectats) i espais taronges (aïllaments per contacte estret). Es va contactar amb Salut Pública per activar el protocol vigent en aquell moment per desinfectar la residència, a càrrec dels bombers, i es va fer en 48 hores. També es va doblar la dotació de l'equip d'atenció residencial que teníem destinat.

### Resultats

Residents: 47 (el 90% dones, amb edat mitjana de 94 anys i mitjana Barthel de 55, amb grau d'autonomia beta 31); dels quals, 21 infectats per la covid-19 (45%).

Treballadors: 45; infectats, 15 (33%).

Èxitus: 5 pacients en total (23,8%).

Un cop realitzada la divisió en sectors, la vigilància i el control estret dels pacients, i les diferents sessions de repàs dels circuits i del maneig dels pacients i dels treballadors, el nombre d'infectats va anar baixant fins a aconseguir que la residència fos considerada verda, sense cap infectat, el dia 5 de juny.

### Conclusions

L'experiència demostra que els professionals sanitaris han de tenir una actitud proactiva amb els pacients residencials, i que els treballadors i els gestors de les residències han de seguir estrictament les recomanacions i els circuits establerts.

JÚLIA THIÓ CASALS  
NÚRIA PRAT OLIVÉ  
DÍDAC PARRAMON FONT  
REBECA ALFRANCA PARDILLOS  
CONCEPCIÓ BOU MIAS  
IRINA IVANOVA NAUMOVA

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Santa Clara (Girona)*

*Correu electrònic de contacte:*  
*juliathiocasals@gmail.com*

## Experiència i evolució d'un brot de covid-19 a una residència geriàtrica de Girona

### Introducció

La malaltia per coronavirus 2019 (covid-19) és causada pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2), un nou coronavirus que va ser aïllat per primer cop a Wuhan, Xina, el desembre de 2019. Fins al moment d'escriure això, a Espanya hi havia hagut 253.056 casos, fet que suposava que Espanya era el 3r país europeu per nombre de casos confirmats. D'aquests, 63.307 eren a Catalunya. Un dels principals factors de risc de contagi i de gravetat és l'edat, fet que converteix la població de residències geriàtriques en un dels col·lectius més afectats: representen un 66% de les morts totals. Aquest estudi pretén explicar l'experiència i l'evolució d'un brot de covid-19 en una residència geriàtrica de Girona, adscrita al nostre centre de salut, entre el 10 d'abril i el 9 de juliol d'enguany.

### Material i mètodes

El 10 d'abril es detectà el primer cas de covid-19 a la residència. Es confirmà amb la tècnica de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) i s'aïllà segons el protocol vigent. El 17 d'abril es realitzà un cribratge general mitjançant tests serològics ràpids qualitius. Davant la sospita d'un brot actiu, el dia 23 es realitzaren PCR a tots els residents, que es reubicaren en una zona "infectada" o una "neta" segons els resultats. Posteriorment, es realitzaren PCR seriadades de control. La freqüència varià en funció de la zona d'aïllament i dels resultats obtinguts. Finalment, als residents asimptomàtics que continuaven positius després de 3 mesos d'aïllament se'ls va fer un test serològic d'enzimoinmunoassaig sobre fase sòlida (ELISA) per confirmar la immunitat immunoglobulina G (IgG) i finalitzar l'aïllament.

### Resultats

La mostra constà de 101 residents; 74 dels quals eren dones (73,3%), i amb una mitjana d'edat de 84 anys. El primer cribratge (test serològic ràpid) resultà negatiu en el 100% dels residents, però la primera PCR, realitzada després de 6-12 dies, confirmà 59 positius (58,4%). D'aquests positius, només 11 s'havien negativitzat 3 setmanes després (18,6%), la resta ho va fer posteriorment. Després de 9 setmanes de seguiment, encara quedaven 7 positius; dels quals, 6 van generar immunitat IgG suficient. El total de casos confirmats per PCR en algun moment del brot va ser de 63 (62,4%). Només un 44% va presentar símptomes típics (febre, tos o dispnea). Dels 22 residents que van morir durant aquest període, 18 són atribuïbles a la covid-19.

### Conclusions

L'experiència evidencia la necessitat d'obtenir tests serològics ràpids amb més sensibilitat i especificitat per detectar precoçment els casos i contenir el brot. Els nostres resultats, tal com mostra la literatura prèvia, indiquen que conèixer l'estat immunitari mitjançant serologies als 14 dies podria ser més efectiu que fer PCR seriadades per poder retirar l'aïllament, ja que aquestes no sempre indiquen la contagiositat.

Hem observat que l'evolució d'un brot (casos, símptomes i mortalitat) en una residència podria ser diferent de l'evolució en la població general. Per això, creiem que és necessari seguir recollint i analitzant dades sobre el comportament de la covid-19 en aquest col·lectiu i millorar, així, els protocols d'actuació, ampliar els coneixements i desenvolupar les millors tècniques diagnòstiques.

CRISTINA BOTÉ I FERNÁNDEZ  
JOSEP MARIA ELORZA RICART  
CARME SANZ SUBIRANA  
PERE GARCÍA LOLO  
MERCE ROURA OLIVAN  
ASCENSIÓN PÉREZ OCAÑA

*Centre d'Atenció Primària:  
Sant Andreu (BCN ciutat)*

*Correu electrònic de contacte:  
cbotei.bcn.ics@gencat.cat*

## Les macro-unitats bàsiques d'assistència (MUBA) en l'atenció primària

Què és una macro-unitat bàsica d'assistència (MUBA)?

La MUBA és un conjunt d'UBA i, per tant, està formada pels professionals de cadascuna de les UBA que la componen. Així, disposa de personal d'infermeria i de medicina, i també de personal de gestió i serveis (GIS) per gestionar determinats temes administratius propis de la MUBA.

Cada MUBA està formada per cinc UBA i, per tant, pot arribar a tenir cinc diplomats universitaris en infermeria (DU) i cinc metges de família. El nombre de personal de GIS és de dos.

### Objectius

Per a què les MUBA?

En l'atenció als pacients en la situació actual de pandèmia de coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) s'està prioritant l'atenció puntual i el seguiment posterior dels pacients amb quadres respiratoris molt possiblement vinculats a la infecció pel virus. No obstant això, el seguiment del pacient crònic i l'atenció d'altres patologies s'han de reprendre tan bon punt sigui possible.

Tot i que ja s'està reprenent aquesta activitat, queda pendent una característica primordial de l'atenció primària: el continuïum assistencial, l'atenció de la persona pels seus professionals. Tanmateix, la situació actual fa que molts professionals estiguin confinats o aïllats al domicili, encara que alguns d'ells puguin fer part de la feina a distància (amb teletreball).

Així doncs, els objectius de la creació de les MUBA són:

- Per una banda, aproximar els pacients als seus professionals "de sempre", als seus referents.
- Per altra, quan els professionals referents d'uns determinats pacients no estiguin disponibles, facilitar que aquells pacients que necessiten un seguiment puguin tenir professionals responsables que assegurin la seva atenció (i que puguin ser atesos "més o menys" per les mateixes persones).
- I encara un tercer objectiu és responsabilitzar els professionals de les MUBA sobre una part de la població i sobre les activitats diàries que caldria fer, mitjançant l'autogestió del propi grup de professionals. Aquesta gestió està enfocada especialment a l'activitat del teletreball. De fet, les MUBA estan especialment destinades a regular el teletreball.

Què s'ha tingut en compte a l'hora de crear les MUBA?

S'han tingut en compte diverses variables per no generar desigualtats. S'ha intentat fer de la millor manera possible, però segurament no és la manera perfecta. Les variables serien:

- Grau d'expertesa: persones que s'han dedicat al teletreball i poden ser considerades "expertes".
- Càrrega habitual de cada UBA.
- Personal disponible al centre i al domicili.

Com la majoria de les agendes no són pròpies de l'equip d'atenció primària, sinó que venen imposades pel servei d'atenció primària, i tenint en compte la situació actual, l'estructura essencial no pot ser modificada. De totes maneres, el funcionament intern sí que es pot modificar.

Es proposa que cada MUBA es responsabilitzi d'una part del teletreball i de l'activitat assistencial diària especialment vinculada a la població assignada de les UBA integrants de la MUBA. S'ha pensat en quatre MUBA perquè facilita el repartiment de les tasques pel matí i per la tarda.

Cada MUBA es fa responsable d'una agenda.

Per als professionals considerats actius, tant des del domicili (teletreball) com al centre, s'obre la seva agenda nominal només amb 9T, programables pel mateix professional. L'objectiu és fer seguiments concrets dels pacients que el professional decideixi. No es recomana fer seguiment en 9T nominals de pacients considerats covid-19 o contactes, ja que potser necessitarien seguiment els dies en què el professional no teletreballa.

Cal tenir en compte que la distribució horària dins de cada agenda no és fidel respecte a l'hora que s'ha de fer, és a dir, si una cita a l'agenda UAC5 és a les 17:00, no té perquè fer-se a la tarda ni és obligatori que sigui realitzada pels teletreballadors de tarda.

Distribució de les agendes de teletreball segons la MUBA

Tenint en compte que els professionals que fan atenció presencial no s'han de sobrecarregar, les tasques noves de la població de cada MUBA entraran a les respectives UAC, UAC3, UAC4, UAC5 i UAC6. Com hem dit, en aquestes agendes entrarà tota l'activitat de teletreball que actualment s'està fent a les diferents agendes COROV, MG33 i INF33, 4CW i UAC3 i UAC4.

Així, per tal de protegir els professionals que fan visites presencials, les cites d'UAC3, UAC4, UAC5 i UAC6 no s'haurien de considerar nominals, i serien responsabilitat de la MUBA independentment de la UBA a la qual estiguessin assignats.

No obstant, es recomanaria que qui només fa teletreball, consideri com a seus els pacients propis de la seva UBA.

De la mateixa manera, si els integrants de les MUBA que fan assistència presencial no tenen pacients presencials pendents, han de pensar que hi ha feina de teletreball per fer.

Com es determina qui fa teletreball i qui fa presencial a cada MUBA?

La planificació de la distribució del teletreball i de les visites presencials seguirà essent definida des de direcció. És a dir, la distribució de qui fa què (teletreball o presencial) a cada MUBA i de les franges horàries en un dia determinat es realitza des de direcció i se n'informa amb temps suficient per a l'organització.

Recordem novament que els horaris a les agendes de cada MUBA són únicament funcionals. Que les cites siguin al matí o a la tarda no implica que calgui fer-les al matí o a la tarda ni que les hagi de fer el personal de matí o de tarda.



OLGA BIGAS AGUILERA  
MARIA PERALES  
SONIA CATALAN  
SERGIO HERRERO ARCUSA  
ROSA LLANES  
LINA JODAR

*Centre d'Atenció Primària:  
Montbaig Viladecans*

*Correu electrònic de contacte:  
o.bigas.ag@gmail.com*

## Quan els astronautes van arribar al domicili

### Introducció

L'atenció primària (AP) s'ha reorganitzat per tal de donar cobertura a les necessitats de la població durant la pandèmia de la covid-19. Primerament, ajornant visites programades i el seguiment de la cronicitat, i prioritzant l'atenció aguda dels possibles casos. Després, atenent els possibles casos per contacte, contenint telefònicament el malestar de la població, gestionant incapacitats temporals, amb controls de simptomàtics lleus i moderats, seguiment amb cura de les patologies cròniques i visites presencials d'allò que no es podia resoldre telefònicament.

Posteriorment, l'AP va assumir pacients que havien rebut tractaments agressius per a la covid-19 i amb llargs ingressos a l'hospital, la unitat de cures intensives o a centres sociosanitaris. A més, alguns pacients de covid-19 no eren candidats a tractament actiu a causa de l'edat, de comorbilitats o d'una mala evolució de la malaltia. La saturació hospitalària va obligar a donar altes precipitades a pacients estables però fràgils. Si a això s'afegeix la manca de recursos sociosanitaris, el resultat era que se'ls enviava al domicili per al seguiment simptomàtic i, fins i tot, per a tractament pal·liatiu i de confort a càrrec dels equips de primària.

Una intervenció tan important com acompanyar el pacient i la seva família en el control dels símptomes i preparar una mort digna a domicili posa en evidència la dificultat de maneig d'aquest tipus de pacients en una situació tan complexa, i que ha de ser assumida per l'AP.

Per garantir el dret del malalt i la família a rebre unes cures i tractaments ajustats a les seves necessitats, i davant de la manca de recursos alternatius sociosanitaris de derivació, s'organitzà un equip d'atenció domiciliària (ATDOM)-covid-19.

### Material i mètodes

Estudi descriptiu dels resultats de l'equip ATDOM-covid-19.

### Resultats

#### Pacients visitats

- Pacients suggestius de covid-19: 42.
- Pacients no covid-19 visitats per altres motius (3 finals de vida, 11 controls d'ATDOM i 27 per altres motius).
- Visites virtuals (control telefònic de pacients propis, interconsultes hospitalàries...): 29.
- Extraccions sanguínies: 15 (10 en pacients positius per a covid-19).

Dels 42 pacients suggestius de covid-19:

- Dones: 19; homes: 23. De 37 a 92 anys: 70,2 anys de mitjana.
- Aïllament correcte: 85%; viu sol: 7%, i sense suport familiar: 4,7%.
- Patologia de risc prèvia: asma o malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC): 30%; hipertensió arterial: 45%; obesitat: 23%, i altres: 57%.
- Comorbiditat: 66%; polifarmàcia: 64%; ATDOM: 16%, i pacient crònic complex: 11%.
- Símptomes suggestius de covid-19 més freqüents: tos, 47%; febre: 66%; dispnea: 50%, i símptomes gastrointestinals: 30%.
- Visites domiciliàries: 111, i telefòniques: 154.
- Pacients en final de vida: 2.
- Pacients amb ingrés hospitalari previ: 31; hidroxiclороquina: 23; Kaletra®: 9; reacció en cadena de la polimerasa (PCR) positiva: 69%; radiografia de tòrax suggestiva (8 pneumònies bilaterals): 69%.

### Conclusions

L'AP ha hagut de reorganitzar-se per assumir la pandèmia de covid-19. L'atenció domiciliària sempre és un repte i actualment ha calgut tot l'esforç i dedicació dels equips per no descuidar-la pel que fa a la cronicitat, l'atenció domiciliària aguda i la pròpia covid-19. La creació d'un equip domiciliari dedicat a pacients de covid-19 ha permès una atenció integrada, d'expertesa i continuïtat per al seguiment simptomàtic de pacients aïllats i fràgils després de l'alta hospitalària i, quan ha estat necessari, s'ha aportat confort en el final de vida.

ISABEL GARCÍA VILLENA  
MIREIA MARSÀ CARRETERO  
JÚLIA POCH PLANAS  
NURIA-AGUEDA MERINO GÓMEZ  
PILAR GONZÁLEZ BELMONTE  
MARINA CALEF DEL TORO

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Joanic

Correu electrònic de contacte:  
igarcia.v.bcn.ics@gencat.cat

## L'atenció primària a les residències geriàtriques i la pandèmia per la covid-19. Noves experiències

### Introducció

La pandèmia de la covid-19 obrí les portes de les residències geriàtriques i d'altres centres al nostre equip d'atenció primària. Ha estat una oportunitat per donar-nos a conèixer entre els residents, els professionals que en tenen cura i els familiars.

La nostra experiència es basa en l'atenció de 213 residents de 6 residències geriàtriques, una llar de i un pis tutelat de persones amb trastorn mental greu, situats al barri de Gràcia de Barcelona.

El període descrit comprèn des del 8 d'abril fins al 19 de juny de 2020.

### Material i mètodes

Es va crear un "equip de residències", format inicialment per la gestora de casos, una infermera, la treballadora social i dues metgesses, amb el suport dels odontòlegs del centre d'atenció primària (CAP), tots ells professionals del propi equip d'atenció primària (EAP).

En la primera setmana es va fer una mapa de tots els centres per poder definir i crear un registre de les característiques de cada centre: instal·lacions, llistat de residents i professionals, afectació per la covid-19 de cada grup i estoc de material de protecció.

El dia a dia consistí en una reunió a primera hora amb l'equip directiu de l'EAP en què es compartia la situació en aquell moment de cada centre i els plans d'actuació per a aquell dia. L'atenció assistencial donà suport a tots els nivells (clínic, logístic i de coordinació) durant tota la jornada els 7 dies de la setmana.

Mitjançant el contacte telefònic s'oferia suport diari a tots els centres. Els responsables aportaven la temperatura i la pulsioximetria de tots els residents i d'altres dades que calgués consultar. En una carpeta compartida per l'equip es reportaven i registraven diàriament les dades rellevants i tributàries de seguiment, fet que facilitava la continuïtat assistencial interdisciplinària.

Les intervencions presencials estaven marcades per les novetats clíniques i per les actuacions (proves de reacció en cadena de la polimerasa [PCR]) que calia realitzar segons els protocols i les guies actualitzades en cada moment.

### Resultats

- PCR: 230; de les quals, negatives, 206; positives, 17, i indeterminades 7.
- Consultes sobre covid-19: 32.
- Consultes no covid-19: 61.
- Interconsultes a especialista: 21.
- Interconsultes als serveis hospitalaris: 21.
- Suport de final de vida (residents i familiars): 2.
- Trasllats a centres sociosanitaris: 23.
- Suport als professionals (trasllats a hotels, baixes laborals, PCR): 163.
- Retorns a la residència: 13.
- Èxits per covid-19: 1.
- Èxits per altres causes: 4.
- Nous ingressos: 6.

### Conclusions

1. Les visites presencials van permetre conèixer les característiques particulars de cada centre.
2. La comunicació amb els referents dels centres fou fluïda i col·laborativa.
3. La detecció i seguiment de la covid-19 va ser una de les tasques prioritàries del nostre equip.
4. La realització de PCR va ser a l'inici desigual i amb diferents dispositius.
5. L'atenció a les residències suposà una dedicació i un esforç importants d'una part de l'equip amb dedicació exclusiva.
6. La crisi de la covid-19 va suposar l'atenció sanitària pública d'una població que per la seva complexitat requereix un esforç màxim i que fins ara n'havia quedat exclosa.

És una oportunitat per oferir, en termes d'equitat i qualitat, l'atenció i dedicació que es mereixen.

MÀRIA JOSÉ GINER MARTOS  
MARIA TERESA MUNTALÀ ROCA  
IGNACIO MENACHO PACUAL  
MERITXELL DEVANT ALTÍMIR  
PATRÍCIA DIEZ-CASCON GONZÁLEZ  
NOURA BOUHO

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Les Corts*

*Correu electrònic de contacte:*  
*mjmartos@clinic.cat*

### Responsabilitats compartides en situació de pandèmia. Equip d'atenció domiciliària

La forma de treballar de l'assistència domiciliària és preferentment en equip, però per circumstàncies i necessitats del servei, massa sovint cal treballar d'una forma individualitzada que ofereix al pacient una visió parcial de la seva problemàtica i que deixa la responsabilitat de les decisions en una única persona.

Durant la pandèmia de la covid-19 s'han donat situacions a domicili que han fet necessari el replantejament de com es fa l'assistència domiciliària.

La necessitat de treballar molt més en equip i de compartir situacions i responsabilitats entre els membres de l'equip es va fer palesa en moltes circumstàncies: la dificultat d'usar correctament els equips de protecció individual (EPI); les decisions en situació de final de vida, que van augmentar i amb elles la sobrecàrrega física i psíquica dels professionals de l'atenció domiciliària; la saturació dels hospitals i la limitació d'acompanyar els pacients, que feia que les famílies optessin per l'atenció domiciliària i no pel trasllat hospitalari, o la gestió de les emocions de l'equip quan es generaven conflictes ètics en relació amb el maneig del pacient amb sospita d'estar infectat per la covid-19.

Aquesta experiència es desenvolupà a un centre d'assistència primària urbà, ubicat al barri de Les Corts de Barcelona. En concret, en un equip d'atenció domiciliària format per professionals de la salut que es dedicaren en exclusivitat a l'atenció d'aquests pacients.

L'assistència al centre d'atenció primària es va dividir en dos equips diferents formats per metges/esses, infermeria i administració. En dies alterns desenvolupaven la feina de forma presencial o telemàtica, per tal d'evitar que el contagi d'un professional comportés l'aïllament de tot l'equip.

Això reduïa moltíssim el nombre de professionals amb qui es mantenia contacte directe i feia que els grups de professionals fossin més petits.

Dues professionals del centre, una infermera i una metgessa de família que coincidien en el mateix grup, van decidir fer les visites a domicili de forma conjunta independent del seu motiu, és a dir, independentment de si eren visites per motius mèdics o per a cures de pacients amb sospita d'estar infectats per la covid-19.

Aquest tipus de visita va aconseguir reduir l'estrès per les pors al contagi i a equivocar-se en les decisions preses, i va millorar l'ús dels EPI. També va reduir la sobrecàrrega de responsabilitat de les dues professionals. El maneig dels pacients al final de la vida es va fer d'una manera més pausada, molt més treballada i mostrant una compenetració d'equip que generava confiança en les famílies.

Així doncs, segons la nostra experiència, la pandèmia per la covid-19 ha fet palès que el treball en equip és molt més important del que pensàvem i és un valor afegit en l'atenció domiciliària que hauríem de procurar. Les responsabilitats compartides i la disminució de l'angoixa durant l'assistència fan que les visites guanyin en qualitat assistencial i que el professional visqui la situació amb menys estrès.

FRANCESC ALÒS COLOMER  
YOSEBA CÁNOVAS ZALDUA  
ARTUR RAMI PUJADAS  
MARTA LLAGOSTERA ESTRUCH  
IGNACIO TEIXIDOR MONTOYA  
MERCHE UREÑA LOZANO

*Centre d'Atenció Primària:*  
*EAP Passeig de Sant Joan*

*Correu electrònic de contacte:*  
*ycanovas.bcn.ics@gencat.cat*

## Cribratge massiu de l'estat immunitari de pacients amb sospita diagnòstica de covid-19 no confirmada en l'equip d'atenció primària Passeig de Sant Joan

### Introducció

El primer pacient amb covid-19 diagnosticat a Catalunya va ser el 25 de febrer del 2020. Al nostre equip d'atenció primària (EAP) no es van començar a fer proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) a tots els pacients amb sospita clínica de covid-19 de nova aparició fins al 21 de maig del 2020. Per tant, durant els mesos de màxima incidència de la malaltia a molts pacients se'ls va diagnosticar de covid-19 amb criteris clínics i epidemiològics, però sense cap prova diagnòstica confirmatòria. Per aquest motiu, es plantejà la realització d'un test ràpid d'anticossos per saber l'estat immunitari en front del coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2).

### Material i mètodes

Criteri d'inclusió: s'indicà la prova a totes aquelles persones amb diagnòstic de covid-19 possible o de sospita que no tenien una prova de laboratori confirmatòria positiva.

Procediment: es van incloure 290 pacients partir de les dades de l'eCAP. Es creà una agenda pròpia de tests serològics en dos dies consecutius i es trucà als pacients inclosos, 137 dels quals van acceptar fer la prova. La resta no es van fer la prova per diferents motius, entre els quals en destaquen quatre: se l'havien feta mitjançant un laboratori privat; ja eren de vacances; no volien conèixer el seu estat immunitari, i el registre inicial de l'eCAP no era correcte.

S'organitzaren els pacients en tres torns (dos de matí i un de tarda). Van col·laborar en cada torn tres infermers/eres, 1 metge/essa de família i 2 auxiliars d'infermeria.

Es donà un full d'informació a cada pacient.

Els tests ràpids tenien una sensibilitat global d'entre el 81 i el 98,8%, mentre que l'especificitat de la immunoglobulina G (IgG) era del 100% i la de la IgM del 96,4%.

### Tècnica

S'informà els pacients sobre el procediment i es realitza la lectura als 15 minuts.

S'interpretaren els resultats segons el protocol de l'Institut Català de la Salut.

A continuació, es van introduir les dades al programa informàtic eCAP, s'actualitzà el diagnòstic segons el resultat de la prova (de *sospita a confirmació*, i es deixaren com a sospita els casos d'IgG negativa, sense esborrar el diagnòstic previ) i es va fer una visita immediatament posterior al test per informar dels resultats.

### Resultats

N: 137 pacients. El 69% dels pacients (95) van donar negatiu en el test, i el 31%, positiu. En concret, 17 pacients (12%) van donar positiu per a IgG i IgM, 17 pacients (12%) només per a IgG i 8 pacients (7%) només per a IgM. A aquests 8 pacients se'ls va realitzar una PCR el dia següent, que va resultar negativa en tots els casos.

### Conclusió

En tots aquells pacients sospitosos de covid-19 als quals no s'havia fet cap prova, aquest test resultà útil per confirmar la malaltia passada i la immunitat del pacient. També fou útil per descartar la malaltia mitjançant PCR en aquells casos positius només per a IgM i que restaven asimptomàtics. Els tests ràpids poden tenir avantatges des del punt de vista de les mesures d'aïllament i de la reintroducció en la vida laboral, i des d'una perspectiva d'immunització comunitària.

MIREIA AYMAMÍ MARTÍNEZ  
MARIA ROSA VIVES ABELLÓ  
ROSA MARIA LÓPEZ FRAILE  
MARIA TERESA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ  
MARIA DEL MAR ARTIGAU ROFES

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Vila-seca*

*Correu electrònic de contacte:  
maymami@xarxatecla.cat*

## Adaptem el centre d'assistència primària a la covid-19

### Introducció

La pandèmia de la covid-19 ha significat per al sistema sanitari un repte adaptatiu i de reinvençió sense la possibilitat de preveure-ho. N'ha destacat l'adaptació de l'atenció primària.

El centre d'atenció primària (CAP) Vila-seca, que dona atenció a una població establerta de 22.400 habitants i amb gran augment de la població durant els mesos d'estiu, realitzà diverses adaptacions per poder garantir la seguretat en l'atenció durant la pandèmia.

### Material i mètodes

A nivell estructural es va fer una redistribució de tot l'espai del centre, que disposa de tres plantes, per tal de poder agrupar en una zona la patologia respiratòria i a l'altra zona la patologia no respiratòria.

Les visites presencials es van realitzar en una planta diferent d'on es realitzaven les visites telefòniques i telemàtiques, per disminuir el risc de contagi dels professionals. Així mateix, a la població pediàtrica se la va atendre en una altra planta, amb un ascensor exclusiu per disminuir el risc de contagi amb la població adulta.

Per a la població major de 80 anys que requeria un control d'anticoagulants o de cures s'organitzà un equip d'atenció domiciliària per evitar el seu desplaçament al centre. Així mateix, s'utilitzaren noves tecnologies, com el correu electrònic o els serveis de missatgeria, per facilitar als usuaris a domicili les pautes de tractament i evitar els desplaçaments de la població vulnerable.

Quan es va fer necessària la realització de proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) per a la determinació de contagi per covid-19, es col·laborà amb el municipi per instal·lar un espai annex i exterior al centre on fer les proves, que es recollien en el vehicle del propi pacient, fet que evitava la seva entrada al centre sanitari.

El personal sanitari es va distribuir en grups de treball per evitar el risc de contagi entre professionals, i s'afavorí el teletreball en el personal més susceptible.

### Resultats

Els canvis estructurals i organitzatius han permès donar una resposta eficaç i organitzada a les necessitats assistencials de la població en l'etapa covid-19. Diàriament, el personal mèdic i d'infermeria donava resposta a una mitjana de 200-300 consultes telefòniques i telemàtiques, i es va mantenir una agenda específica per a malalts amb patologia sospitosa de covid-19.

### Conclusions

L'organització del nostre centre ha permès, amb l'atenció telefònica i telemàtica, resoldre nombrosos motius de consulta: s'han evitat desplaçaments i s'han realitzat múltiples tasques administratives (renovació de receptes, consultes telemàtiques a l'atenció especialitzada i processos de baixa laboral, entre d'altres) per resoldre les necessitats dels pacients sense patologia complicada. A més, ha permès el cribatge de les patologies que requerien una atenció presencial urgent o derivació hospitalària. Cal destacar que els canvis organitzatius han permès reduir el risc de contagi dels pacients al centre i en desplaçaments innecessaris.

En aquest sistema també s'ha gaudit del treball i la implicació en els equips d'AP de set residents de medicina familiar i comunitària que seguien la seva formació al nostre centre, i s'ha mantingut el servei d'atenció continuada 24 hores.

FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEGURA  
MARTA CASADEMUNT FORTEZA

Centre d'Atenció Primària:  
CAP La Pau

Correu electrònic de contacte:  
fjfernandez.bcn.ics@gencat.cat

## Autoorganització per fer front a la covid-19 a les residències geriàtriques

### Introducció

Amb la Instrucció 02/2020, de 27 de març, els equips d'atenció primària (EAP) van anar assumint l'activitat assistencial i la conseqüent responsabilitat de l'atenció sanitària de moltes de les residències geriàtriques que tenien adscrites i que fins ara gestionaven els equips d'atenció a les residències (EAR).

Durant el període d'estat d'alerta, a Barcelona es van crear uns equips de suport a les residències formats per professionals d'atenció primària (metge/essa de família i infermer/a de família) amb els objectius d'atendre totes aquelles persones que viuen en residències geriàtriques, de protegir, així, el grup de població més vulnerable en front de la infecció pel nou coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) i de gestionar els possibles casos i aïllaments:

- Oferir una atenció al centre residencial, tot assegurant que sigui de qualitat.
- Garantir els nivells adequats de prevenció i control de la infecció per a la protecció dels residents, dels familiars i dels professionals dels centres residencials, i d'aquells professionals del sistema sanitari que els atenguin.

Arriba un moment en què els grups de suport creats i que han estat donant suport a les residències geriàtriques han de deixar aquestes funcions i deixar-les en mans dels professionals sanitaris de cada EAP. Es fa, així, el traspàs als professionals que cada EAP tria per gestionar les residències geriàtriques: en el nostre cas, dos metges de família i una infermera gestora de casos (IGC).

A partir d'aquí, el nostre principal objectiu va ser crear una relació assistencial i professional entre l'EAP i la residència geriàtrica (de titularitat privada) basada sempre en un ús eficient dels recursos i en l'aplicació de les guies de pràctica clínica (GPC) de referència. En resum, vam voler crear un marc assistencial amb aquells elements que, a partir de les GPC i del consens d'experts, són essencials per posar en pràctica la ruta assistencial per a l'atenció de les persones que viuen en residències geriàtriques.

### Mètode

Es decidí fer una reunió on hi van assistir la direcció de la residència geriàtrica, DAR La Pau, metges/esses referents assignats per l'EAP La Pau, la IGC La Pau, farmacologia i una persona adjunta a la direcció del servei d'AP Litoral Esquerra.

D'aquesta reunió es conclou la importància de la bona comunicació entre ambdues entitats.

### Resultats

En aquesta primera reunió es va crear conjuntament un circuit d'assistència per gestionar en equip les incidències a la residència, amb l'objectiu que els professionals sanitaris de la residència i els de l'EAP treballin de forma coordinada i en la mateixa direcció.

A més, amb aquest mateix objectiu, des de l'EAP i amb la col·laboració del farmacòleg, es van preparar uns documents amb apartats per treballar amb homogeneïtat:

- Medicació de manteniment recomanada en patologies cròniques (hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis *mellitus* de tipus 2, cardiopatia isquèmica, malaltia pulmonar obstructiva crònica [MPOC], asma, HBP, insomni i depressió).
- Medicació en patologies infeccioses agudes en geriatria (infeccions del tracte urinari, cel·lulitis, faringitis, pneumònies, broncoaspiracions, exacerbacions de l'MPOC...). S'hi detallen els antibiòtics més indicats, amb les seves dosis, posologies i durada del tractament estàndards recomanades.

S'ha d'insistir que totes aquestes recomanacions havien de ser valorades i ajustades de manera individual segons la patologia aguda i les malalties cròniques de base de cada pacient (funció renal, al·lèrgies, pes...), pel metge de la residència i era el metge d'AP qui ho actualitzava a l'RE.

### Conclusions

El fet que l'AP hagi passat a donar assistència a les residències ha implicat la reorganització d'ambdós àmbits: l'EAP i la residència. S'han creat circuits d'assistència i documents amb medicació recomanada per coordinar i homogeneïtzar el treball. Sempre amb el mateix objectiu: el benestar de la gent gran. És necessari un gran treball en equip per donar la millor assistència mèdica de qualitat a una població molt vulnerable.

Hem de concloure que encara és aviat per considerar que el funcionament hagi estat correcte, ja que queden coses per millorar.

SÒNIA MARTÍNEZ CARMONA  
ENCARNACIÓN DÍAZ CASTRO  
MONTSERRAT ZARAGOZA JUNCOMARTI  
MARTHA TERESA EGOAVIL ROJAS  
AINHOA TEJADO DIEGO  
MONTSERRAT BAIXAS GALTES

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Ramona Via

Correu electrònic de contacte:  
smartinezc@ambitcp.catsalut.net

## EAP Ramona Via. Durant la pandèmia hem lluitat, no per guanyar sinó per no perdre

### Introducció

El 20 de març d'enguany es comunicà als equips directius el Pla de Contingència Territorial i la necessitat de centralitzar l'atenció dels tres equips d'atenció primària (EAP) del Prat a l'EAP Dissset de Setembre. En només 4 dies es requeria una organització que capgirés totes i cadascuna de les actuacions habituals a l'equip.

Aquesta transformació feia necessari establir els principis bàsics per aconseguir-la:

- Garantir la seguretat dels professionals i pacients.
- Focalitzar l'esforç cap a la prevenció, detecció i tractament de nous casos covid-19, sense oblidar l'atenció aguda no respiratòria i la cronicitat.
- Coordinació amb altres àmbits assistencials.
- Desenvolupar les competències de cada professional, independentment de la seva categoria.
- Sinergies amb l'ajuntament.
- Invocar l'autoresponsabilitat de la ciutadania...

### Material i mètodes

El 20 de març, l'equip directiu proposà "assumir" els domicilis de tot el territori del Prat des del Ramona Via. Amb el suport de tot l'equip desenvolupà el procediment i l'algorisme d'actuació d'atenció domiciliària del Prat, centrat i assumit pels propis professionals del centre, tot i no contemplar-se aquesta opció al Pla de Contingència.

Assumir aquesta gran responsabilitat va fer que els professionals haguessin de prendre decisions basades en la seva experiència, mitjançant una anamnesi telefònica detallada del cas i valorar el risc/benefici d'acudir als domicilis. Es van aprofitar espais oblidats del centre, com un jardí posterior que es va reconvertir en entrada i lloc de neteja dels equips de protecció. El paper del personal administratiu va canviar substancialment i assumí tasques clau de manera voluntària, com fer de xofer, gestionar les agendes dels domicilis, mantenir la gestió dels equips de protecció...

Aquesta responsabilitat va ser acompanyada i recolzada per l'ajuntament del Prat en tot moment. Cedí quatre vehicles de la seva flota, equips de protecció, informació per a la ciutadania...

Però l'equip del Ramona Via tenia encara un altre repte: disposar d'un protocol consensuat per fer l'avaluació clínica telefònica dels pacients i facilitar, així, el treball de manera consensuada. Amb el suport d'altres nivells assistencials del territori, es va descriure i es va posar en marxa el procediment d'avaluació clínica telefònica de seguiment domiciliari del pacient amb procés respiratori agut diagnosticat o amb sospita de covid-19, extensible a tota la direcció d'AP Costa Ponent.

De manera proactiva es va contactar amb diferents associacions per aconseguir pulsioxímetres per a l'atenció domiciliària dels pacients amb procés respiratori agut diagnosticat o amb sospita de covid-19. S'aconseguien donacions de diferents laboratoris i especialment de l'ajuntament, que va facilitar 100 pulsioxímetres.

Aconseguir aquestes dotacions va afavorir la posada en marxa d'un circuit de préstec de pulsioxímetres als pacients amb dispnea per controlar la seva saturació d'oxigen. Aquesta informació va ser cabdal per al seguiment dels pacients.

### Resultats

Professionals	Tipus de visita			
	Domicilis	Visites No Presencials		
		CORONAV	NO CORONAV	
Metge de Família	821		5190	
DUI	1242	4919		
PEDIATRIA		249		
<b>Total</b>	<b>2.063</b>	<b>5.168</b>	<b>5.190</b>	<b>12.421</b>
<b>Nombre de préstecs de pulsioxímetres</b>		<b>Mitjana de dies de préstec</b>		
40		7 dies		

### Conclusions

Quan un equip dona sense esperar rebre, les portes es van obrir... Ens podríem haver quedat parats i esperar, però vam decidir actuar.

LLUÍS CUIXART COSTA  
MONTSE FREIXAS LAPORTA  
SILVIA ZAMORA MESTRE  
XAVIER JOANQUET SUILS  
ESTER PARRA ARESTÉ  
DAVID GINESTA LÓPEZ

Centre d'Atenció Primària:  
CAP Roger de Flor. Barcelona.  
EAP dreta Elxample

Correu electrònic de contacte:  
llcuixart@eapdretaeixample.cat

## Descripció dels pacients diagnosticats de covid-19 des de març fins a maig del 2020. Dades d'una pandèmia

### Introducció

La pandèmia de la covid-19 ha significat un gran repte sanitari i ha generat grans canvis organitzatius en el nostre centre d'atenció primària (CAP): ampliació de l'horari d'atenció, priorització de l'atenció no presencial mitjançant les atencions telefònica i digital a través de La Meva Salut (LMS) i videoconsultes, foment del teletreball, utilització de material de seguretat per als professionals...

### Objectiu

Descripció dels pacients diagnosticats de covid-19 durant el període de màxima afectació de la pandèmia.

### Material i mètodes

Estudi descriptiu, longitudinal i retrospectiu de tots els pacients diagnosticats de covid-19 en un CAP urbà, durant el període de màxima magnitud de la pandèmia: del març al maig de 2020. La recollida de la informació s'ha realitzat a partir d'una base de dades existent en el programa informàtic eCAP, que contempla les variables més rellevants en relació amb la covid-19.

### Resultats

La taula 1 mostra els resultats globals. Només 13 d'aquests pacients tenien una edat inferior a 15 anys i d'ells en va fer el seguiment el servei de pediatria (edat mitjana de 7,4 anys i desviació estàndard [DE] de 4,4).

Taula 1

	Resultats globals	Interval de confiança del 95%
N	1.209	
Edat mitja (anys)	55,5	54,4 a 56,7
Temps seguiment (dies)	46,4	45,3 a 47,5
Cas confirmat (%)	34,9	32,2 a 37,7
Radiografia de tòrax (%)	11,8	10,1 a 13,8
Pneumònia (%)	3,9	2,9 a 5,1
Ingrés a l'hospital (%)	3,7	2,7 a 4,9
Èxitus (%)	0,17	0,02 a 0,6
Residències (%)	18,11	16,0 a 20,4
Viu sol (%)	2,5	1,7 a 3,5
Incapacitat laboral transitòria (%)	34,7	32,1 a 37,5

Els seguiment d'aquests pacients es perllongà una mitjana de 46 dies (DE: 19,6).

La majoria de pacients (82,9%) tenien menys de tres factors de vulnerabilitat.

A 622 pacients (51,5%) no se'ls va fer una prova de reacció en cadena de la polimerasa (PCR). Dels 576 a qui es realitzà, 422 (34,9%) van presentar una PCR positiva; 154 (12,9%), negativa i 11 (0,9%), no conclouent.

Es van fer radiografies de tòrax a 142 pacients (11,8%) i es diagnosticaren 47 pneumònies. D'aquestes, només el 15,6% van requerir un ingrés hospitalari.

Va ser necessari l'ingrés hospitalari de 45 pacients (3,7%) i només es van confirmar 2 casos d'èxitus per covid-19 (0,17%). En aquest període van haver-hi altres èxitus, però no s'han pogut diagnosticar de covid-19 per manca de proves complementàries.

S'ha gestionat un total de 420 incapacitats laborals transitòries. De la població atesa per la covid-19 en edat laboral, es tramità aquesta incapacitat per al 50,1%.



### Conclusions

Els professionals d'atenció primària hem hagut de gestionar la incertesa de no disposar, en la majoria de situacions, de proves complementàries que confirmessin el diagnòstic de la covid-19. Això ha generat dificultats, sobretot per les demandes de la població, que volia que se li fessin proves, dificultats agreujades per les informacions dels mitjans de comunicació. A la majoria de pacients, sobretot els mesos de març i abril, no se'ls realitzà cap prova de confirmació diagnòstica. A partir de maig, el CAP va disposar de PCR i va prioritzar inicialment els pacients més vulnerables (sobretot de residències geriàtriques).

A una mica més de la meitat dels 1.209 pacients identificats com a covid-19 no se'ls ha fet cap PCR. El 73,3% d'aquells a qui s'ha realitzat ha estat positiu (la majoria a l'hospital o a les residències).

El perfil del pacient diagnosticat com a covid-19 durant els 3 mesos de màxima intensitat de la pandèmia mostra una edat mitjana una mica per sobre dels 50 anys. A la majoria se'ls ha fet un seguiment prolongat (habitualment superior al mes), sobretot per via telefònica, i s'ha aconseguit en la majoria dels casos un seguiment ambulatori.

Els percentatges de pneumònies i ingressos hospitalaris ha estat molt baix. La majoria de pneumònies (84,4%) han rebut tractament domiciliari amb seguiment dels professionals de primària.

La majoria de pacients afectats pertanyien a franges d'edat laborable, i s'ha hagut de gestionar la Incapacitat laboral transitòria.

Aquest és el resum dels tres primers mesos. En l'actualitat disposem de més recursos, sobretot de PCR que faciliten el diagnòstic de pacients amb infecció pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-19) i la gestió del seu aïllament domiciliari, però queden encara altres reptes: cal gestionar el retorn dels pacients a les consultes del centre, la valoració de les serologies, les seqüeles post-covid-19. En definitiva: nous desafiaments per a l'atenció primària...

ALBA MARTÍNEZ SATORRES  
ARTUR RAMI PUJADAS  
NÚRIA TURMO TRISTAN  
ALBA MAONCLÚS ASTUDILLO  
ANNA TOBELLA CASES  
LUISA PALOMINO PARRA

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Passeig de Sant Joan

Correu electrònic de contacte:  
albasatorres@gmail.com

## Hotels salut. La primària dona resposta a problemes emergents en la pandèmia de covid-19

### Introducció

En el context de la pandèmia de covid-19 resultà essencial l'aïllament dels pacients positius. Per a aquelles persones amb impossibilitat de fer correctament l'aïllament a casa seva, que conviuen amb persones vulnerables o també perquè eren persones grans que vivien soles, s'organitzaren dispositius especials en hotels, coneguts com hotels salut. L'equip d'atenció primària (EAP) Passeig de Sant Joan va ser el primer a fer-se càrrec d'un hotel salut a Barcelona, l'Hotel Cotton House.

### Material i mètodes

#### Objectius

- Aïllar persones amb la covid-19, durant un mínim de 14 dies, per evitar contagis.
- Fer seguiment dels símptomes d'aquestes persones.
- Oferir assistència mèdica.

En el moment d'obertura de l'hotel no es disposava d'un protocol específic i l'única recomanació de l'Agència de Salut Pública (ASP) era mantenir l'aïllament 14 dies des de l'ingrés a l'hotel, sempre i quan el pacient estigués asimptomàtic.

S'assignaren tres metges/esses i dos infermers/eres de l'EAP a aquest dispositiu. Amb l'objectiu de generar un flux de treball assequible i factible, i facilitar la comunicació entre l'EAP i l'hotel, els membres de l'EAP elaboren un protocol propi:

- Ingrés: revisió de l'historial clínic, informes hospitalaris i valoració mèdica telefònica inicial.
- Control telefònic de símptomes 24 h, 48 h i 7 dies després de l'ingrés.
- Control prealta 12 dies després de l'ingrés.
- Visites presencials a hotel: seguiment de la covid-19, malalties intercurrents o cròniques.
- Revisió de constants i d'incidències nocturnes.
- "Pas de la guàrdia" de matí i de tarda (equip de MUTUAM amb metge de família de l'EAP).
- Informes d'alta d'aïllament.
- Notificació d'altres a l'equip de l'hotel amb 48 h d'antelació.

L'hotel disposava de treballadors socials i auxiliars de MUTUAM, que realitzaven la presa de constants (temperatura, pressió arterial, freqüència cardíaca i saturació) cada 12-24 h. Les dades eren revisades per infermeria de l'EAP. Infermeria també realitzava analítiques a l'hotel quan calia.

Dissabtes i diumenges, durant el pic de la pandèmia, un metge de l'EAP va fer guàrdia de 9 a 17 h.

Es treballà amb una agenda única.

### Resultats

Del 22 de març fins al 28 de maig d'enguany s'aïllaren 186 persones d'entre 4 i 91 anys.

No es va disposar de proves ni de reacció en cadena de polimerasa (PCR) ni serològiques per recolzar la decisió d'alta.

Els pacients van ser a l'hotel un mínim de 14 dies, seguint les indicacions de l'ASP.

Els pacients que provenien d'albergs van realitzar un aïllament de 21 dies per decisió dels serveis socials.

Tres persones van reingressar després de l'alta per l'aparició de símptomes.

Alguns pacients van ser derivats a l'hospital perquè els símptomes de covid-19 empitjoraren.

El nivell de satisfacció dels pacients en relació amb l'atenció rebuda va ser majoritàriament alt: es valorà negativament la manca de tests diagnòstics en el moment de l'alta.

### Conclusions

L'hotel salut és un dispositiu per prevenir contagis assumible per l'AP. Els professionals de l'EAP van assumir el control dels símptomes de la covid-19, així com de la patologia aguda i crònica d'aquests pacients amb bona qualitat assistencial. Tanmateix, això va implicar destinar-hi professionals provinents d'equips d'AP que ja estaven mancats de recursos humans i amb sobrecàrrega laboral.

La manca de proves diagnòstiques i de directrius va suposar una dificultat afegida per als professionals, i la impossibilitat de realitzar PCR o serologies fou motiu d'insatisfacció i de preocupació per als usuaris.

MÍRIAM ABALLÍ ACOSTA  
CAROLINA VEGA LÓPEZ  
SÍLVIA BARRO LUGO  
ELISABETH INÉS GREGORUTTI  
ROGER BADIA CASAS  
SÒNIA BARÓ SABATÉ

Centre d'Atenció Primària:  
CAP Larrard

Correu electrònic de contacte:  
maballi@perevirgili.cat

## Covid-19. Gestió proactiva de la demanda assistencial

### Introducció

Superada la fase crítica de la pandèmia de covid-19, cal fer un procés ordenat de transició cap a la nova normalitat, amb l'objectiu de garantir:

- L'atenció assistencial del pacient no-covid-19.
- El diagnòstic precoç i el seguiment dels pacients covid-19.

Per aquest motiu, hem estructurat l'activitat assistencial de la següent manera:

- Separació dels circuits d'atenció presencial per a pacients covid-19 i no-covid-19.
- Potenciació de la telemedicina quan no es requereix atenció presencial.
- Organització de l'activitat amb equips de treball presencial/remot, disminució del risc d'exposició i racionalització de l'ús d'equips de protecció individual (EPI).
- Dotació d'un equip d'atenció residencial.

### Material i mètodes

Per implementar aquest procés esglaonat i que protegeixi la població més vulnerable, el nostre pla d'adaptació s'estructura a partir de la prioritització de pacients mitjançant dos paràmetres:

- L'edat: menor o major de 60 anys.
- Grup de risc per a la infecció per covid-19: més de 60 anys, amb malalties cardiovasculars i hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), càncer, immunodepressió o embaràs.

S'ha estratificat la població en tres grups de risc:

1. Risc baix: joves i menors de 60 anys que no pertanyen a cap grup de risc de patir infecció per covid-19.
2. Risc mig: menors de 60 anys que pertanyen a algun grup de risc de patir infecció greu per covid-19 i majors de 60 anys que no pertanyen a cap grup de risc de patir infecció greu per covid-19.
3. Risc alt: majors de 60 anys que pertanyen a algun grup de risc de patir infecció greu per covid-19.

S'ha gestionat el flux de programació de pacients amb visita presencial/no-presencial segons la fase vigent de la pandèmia, el seu grup de risc i la seva patologia aguda o crònica.

S'han configurat tres equips de treball:

#### Equip 1

Treballa al centre. Atenció presencial del pacient urgent amb covid-19 i no-covid-19 (cribratge per metge/essa de família [MF] al taulell) i atenció domiciliària aguda/crònica.

Agendes no nominals: *box* covid-19-MF, *box* PCR-infermeria, *box* no-covid-19-MF, *box* no-covid-19-infermeria, *box* tècniques-infermeria. Visites: 9C i 9T.

Agenda Domiciliària. Visites: 9D.

#### Equip 2

Treballa al centre. Atenció del pacient assignat en agenda nominal amb visita presencial (programada prèvia valoració telefònica per la pròpia unitat bàsica d'atenció [UBA]) o telefònica programada o espontània (seguiments d'incapacitat temporal, notificació de resultats, resolució de consultes...).

Agendes nominals: presencial-MF, presencial-infermeria. Visites: 9C, 9T i 9E.

#### Equip 3

Teletreball (domicili). Seguiment telefònic de patologies cròniques, amb revisió del sistema integrat de recepta electrònica i programació d'AS/electrocardiogrames en funció del grup de risc del pacient. Visita programada per la pròpia UBA o per la unitat d'atenció a la ciutadania (UAC), en agenda nominal (pacient estable a infermeria, o bé pacient descompensat a MF). Agendes nominals: remota-MF, remota-infermeria. Visites: 9R, 9T i 9E.

Open Acces



## Experiències de Transformació en Centres AP - COVID-19

Seguiment telefònic del pacient de covid-19 lleu. Agendes Coronav Cas i Coronav Contacte-MF, Coronav Cas i Coronav negatiu-infermeria.

Els tres equips treballen amb cadència intercalada: 2 setmanes de presencial i 1 setmana en remot, amb un referent d'equip que vetlla pel funcionament.

L'equip residencial treballa sempre presencialment.

### Resultats

Període març-maig:

Visites totals: 54.896 (33,4% presencials, 66,6% no-presencials). Atenció domiciliària: 15% de la presencial.

Total trucades UAC: 61.242 (30.094 [48%] trucades ateses/rebudes, 31.148 realitzades des de centraleta).

Prevalença de la covid-19 en la població assignada: 3,7%.

2.213 PCR en 21 residències geriàtriques i altres centres residencials.

### Conclusions

La crisi provocada per la covid-19 ens ha portat a treballar un model de transformació de l'atenció reactiva cap a l'atenció proactiva que caldria consolidar.

MARIA GARRO GIMÉNEZ  
ESTHER LLAURADÓ SANCLEMENTE  
MARIBE YERGA MATEOS  
GRUP COL·LABORADOR INFERMERIA

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Vallcarca-Sant Gervasi*

*Correu electrònic de contacte:*  
*mgarro@ebavallcarca.cat*

## Estar llest@ per a les ferides tenint el Whatsapp® a la consulta d'infermeria

### Introducció

En els últims anys hi ha hagut un interès creixent i un augment del nombre d'aplicacions mòbils de salut i han adquirit un paper rellevant com a eina d'intercanvi d'informació de tipus mèdic. L'estudi de Mayer i cols. (2019) sobre l'ús professional es fa de les apps de salut a infermeria afirma que l'eina més utilitzada per comunicar-se amb finalitats professionals és WhatsApp®. Cal tenir en compte que infermeria és el grup professional amb més àmplia representació a l'entorn sanitari a la majoria dels països i que aquest grup professional és fonamental en el futur dels sistemes sanitaris i en la implementació de les tecnologies de la informació.

Durant la crisi de la pandèmia de covid-19 va sorgir la necessitat que infermeria del centre d'atenció primària (CAP) de Vallcarca-Sant Gervasi atengués certes demandes de salut via WhatsApp®, ja que es tracta d'un canal àgil, directe i proper.

L'objectiu d'aquesta experiència va ser avaluar l'ús de WhatsApp® per part de l'equip d'infermeria durant la pandèmia de covid-19 i descriure els motius de consulta i el grau de resolució.

### Material i mètodes

Es va realitzar un estudi descriptiu transversal entre març i juliol de 2020. L'aplicació WhatsApp® es va associar a una terminal mòbil dedicada a aquesta tasca i a d'altres tasques d'investigació, propietat exclusiva del CAP. Dues infermeres referents per torn s'encarregaven d'agilitzar i gestionar el procés de resposta de forma segura i confidencial. Es van recollir: nombre total d'atencions i respostes, patrons d'ús del servei per part dels usuaris, horari d'atenció, tipus i motius de consulta més freqüents. L'anàlisi descriptiva es va fer amb el software IBM® SPSS® Statistics 25.0.

### Resultats

Es van rebre 75 consultes via WhatsApp®. Provenien del propi pacient (41,3%), de les filles, fills o parella del pacient (38,7%) o dels cuidadors formals (20%). La majoria es van rebre durant el torn de tarda (53,3%). Només el 10,7% van requerir una visita al centre. El 74,7% es van resoldre de manera telemàtica i el 14,7% mitjançant visita domiciliària. El temps de resolució de tots els missatges va ser de menys d'1 hora. El perfil de gènere del pacient fou femení (54,7%) i la mitjana d'edat de 72 anys (desviació estàndard: +21). Els motius de consulta més freqüents van ser per lesions a la pell (41,3%; dishidrosi, voltadits, eritemes i petèquies), nafres (25,3%; per pressió o vasculars), ferides per traumatismes (24%), pautes i dubtes sobre el Sintrom® (6,7%) i gestions de receptes (2,7%).

### Conclusions

La revolució comunicativa que ha fet créixer l'ús de WhatsApp® durant la pandèmia és quelcom que, en principi, els professionals d'infermeria no podem desaproveitar. Comporta dos avantatges, principalment: l'asincronia i la ubiqüitat. Això ha suposat un avantatge important respecte a la comunicació via telefònica, que suposa endarreriments i interrupcions. Que la majoria de consultes es resolguin directament a través d'aquest sistema pot contribuir a descongestionar la labor assistencial. Quant a les limitacions de l'estudi, hem de tenir en compte que s'ha implementat de forma ràpida en moments de pandèmia i és necessari consultar una assessoria jurídica sobre la Llei de Protecció de Dades Personals.

LLUÍS CUIXART COSTA  
NURIA DABATÉ LLAUGÉ

*Centre d'Atenció Primària:*  
CAP Roger de Flor. Barcelona.  
EAP dreta Eixample

*Correu electrònic de contacte:*  
llcuixart@eapdretaeixample.cat

## Anàlisi de la prescripció d'antibiòtics durant la pandèmia de covid-19

### Introducció

Durant la pandèmia de la covid-19, l'atenció primària ha tingut un paper fonamental en el seguiment de pacients de covid-19 i dels seus contactes. Ens hem hagut d'adaptar a una nova forma de donar assistència i a prioritzar les visites no presencials (per telèfon i per Internet).

A l'inici de la pandèmia circulaven informacions contradictòries sobre les possibles interaccions entre diferents principis actius (antagonistes del receptor de l'angiotensina de tipus II, antiinflamatoris no esteroïdals, hidroxicloroquina, azitromicina, cefalosporines, heparina de baix pes molecular...) i la infecció pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2).

Per evitar prescripcions innecessàries o incorrectes s'han anat penjant i actualitzant de forma continuada en la intranet del centre d'atenció primària (CAP) el pla de contingències, amb els protocols i algorismes d'actuació en front de la covid-19, i les evidències farmacològiques i els algorismes del seu tractament.

Un dels riscos de les visites no presencials, juntament amb informacions no contrastades sobre la utilització de les cefalosporines i, sobretot, l'azitromicina, era la hiperprescripció inadequada d'antibiòtics.

### Objectiu

Anàlisi de la prescripció d'antibiòtics durant la pandèmia de la covid-19. Valoració de dades quantitatives, qualitatives i del lloc de prescripció (en el CAP, hospital/centre d'urgències d'AP de l'àrea bàsica i altres centres fora de la nostra àrea bàsica).

### Material i mètode

Estudi descriptiu transversal retrospectiu de la prescripció d'antibiòtics a partir de l'anàlisi de les dades de prescripció farmacològica d'un CAP urbà que dona assistència a unes 45.000 persones, durant els 3 mesos de major afectació de la pandèmia (març, abril i maig de 2020). Es van comparar aquestes dades amb la prescripció durant aquests mateixos mesos de l'any 2019.

Anàlisi estadística: prova t de comparació de dues mitjanes en un disseny de dades aparellades segons el lloc de prescripció.

### Resultats

La taula 1 mostra el nombre total d'envasos d'antibiòtics prescrits en els mesos estudiats els anys 2019 i 2020, així com el nombre de prescripcions dels antibiòtics més prescrits: penicil·lines (amoxicil·lina i amoxicil·lina/clavulànic), azitromicina, cefalosporines de 1a, 2a i 3a generació, fosfomicina i ciprofloxacina.

**Taula 1**

	2019				2020			
	TOTALS	Març	Abril	Maig	TOTALS	Març	Abril	Maig
Antibiòtics	4.567	1.549	1.476	1.542	3.216	1.243	1.045	928
Penicil·lines	1.826	630	577	619	1.059	447	294	318
Azitromicina	67	231	225	218	602	227	249	126
Cefalosporina	296	99	70	127	243	78	108	57
Fosfomicina	54	186	182	178	459	148	151	160
Ciprofloxacina	288	101	87	100	370	121	131	181

La taula 2 mostra l'origen de les prescripcions dels antibiòtics.

**Taula 2**

	CAP	Hospital/CUAP	Altres
Nre. envasos totals 2019	3.054	721	792
Envasos totals 2019 (%)	66,86	15,77	17,34
Nre. envasos totals 2020	2.187	408	621
Envasos totals 2020 (%)	67,99	12,66	19,31
Nre. envasos penicil·lina 2019	1.217	284	325
Envasos penicil·lina 2019 (%)	66,64	15,53	17,79
Nre. envasos penicil·lina 2020	746	112	201
Envasos penicil·lina 2020 (%)	70,43	10,56	18,98
Nre. envasos cefalosporina 2019	158	89	49
Envasos cefalosporina 2019 (%)	53,37	30,05	16,55
Nre. envasos cefalosporina 2020	137	63	43
Envasos cefalosporina 2020 (%)	66,37	25,91	17,6
Nre. envasos azitromicina 2019	504	45	125
Envasos azitromicina 2019 (%)	74,77	6,66	18,54
Nre. envasos azitromicina 2020	423	42	137
Envasos azitromicina 2020(%)	70,26	6,97	22,75
Nre. envasos fosfomicina 2019	375	81	90
Envasos fosfomicina 2019 (%)	68,67	14,82	16,48
Nre. envasos fosfomicina 2020	350	41	68
Envasos fosfomicina 2020 (%)	76,24	8,91	14,81

La taula 3 mostra les diferències de prescripcions entre el 2020 i el 2019.

**Taula 3**

	Mitjana 2019	Mitjana 2020	Diferència	Interval de confiança del 95%	T	P mitjana
Envasos totals	761,16	536	225,17	-70,8 a 521,14	1,96	0,10
Penicil·lines	304,33	176,5	127,83	-16,6 a 272,28	2,27	0,07
Cefalosporines	49,33	40,5	8,83	-0,7 a 18,34	2,39	0,06
Azitromicina	112,33	100,33	12	-55,5 a 31,47	0,71	0,5
Fosfomicina	91	76,5	14,5	-25 a 45		0,94

### Conclusions

Els plans de contingències sobre el maneig i el tractament farmacològics de la infecció pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) han permès que els facultatius tinguessin en tot moment la informació sobre la prescripció d'antibiòtics i el seu nivell d'evidència. Això ha evitat la prescripció inadequada d'antibiòtics (sobretot d'azitromicina) en pacients covid-19 no complicats.

Això explica les dades quantitatives, que mostren que no s'ha augmentat la prescripció d'antibiòtics durant la pandèmia, tal com aconsellen les guies clíniques, que només justifiquen la prescripció d'antibiòtics en cas de covid-19 complicada. De fet, la xifra global d'antibiòtics prescrits el 2020 ha disminuït respecte el 2019 (diferència sense significació estadística).

L'anàlisi qualitativa mostra una disminució de la prescripció de tots els antibiòtics (penicil·lina i cefalosporines quasi amb significació estadística), excepte de l'azitromicina, que s'ha mantingut. En els pacients a qui s'ha prescrit azitromicina, ha disminuït el percentatge de prescripció feta en el CAP durant aquests mesos de 2020 respecte al 2019 (70,26 vs 74,77).

CARLES ALSINA  
CLARA CALLEJA  
ALBERT PLANCHUELO

*Centre d'Atenció Primària:*  
CAP Les Hortes - EAP Poble Sec (3A)

*Correu electrònic de contacte:*  
xarxescapleshortes@gmail.com

### Resposta de l'usuari durant la pandèmia de la covid-19

Una enquesta realitzada als usuaris d'una Àrea Bàsica de Salut del barri del Poble Sec de Barcelona durant els dos mesos de màxima incidència de la covid-19 posa de manifest l'opinió sobre l'atenció rebuda i la necessitat d'atenció al centre d'atenció primària (CAP).

L'estratègia de l'atenció sanitària durant la pandèmia ha estat gestionada de forma autònoma pels dispositius sanitaris, sense una planificació prèvia i amb l'esforç i dedicació de tots els professionals implicats.

Les dades d'activitat durant els 2 mesos més crítics del centre on s'ha realitzat l'enquesta, que atén una població de prop de 25.000 usuaris, son reveladores: s'han fet 20.555 atencions telemàtiques, 3.142 visites presencials, 997 visites domiciliàries, 544 diagnòstics clínics de covid-19 i 71 diagnòstics de pneumònia.

En resum, en 2 mesos s'ha atès a més d'una tercera part de la població assignada.

S'han atès i coordinat les residències de gent gran, les llars de persones sense sostre, els centres de menors i de discapacitats i els dispositius d'atenció específica de nova ubicació al barri amb motiu de la covid-19. S'han realitzat tests, proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) i el seguiment de tots els usuaris i treballadors.

Al CAP Les Hortes del Poble Sec de Barcelona s'ha monitoritzat la idoneïtat de les mesures que s'han anat prenent des de mitjan març, amb una enquesta als usuaris que anava guiant els professionals del centre per adaptar l'oferta assistencial a les necessitats de la població. Les dades més rellevants dels resultats, amb 111 respostes, han estat les següents:

- El 28% dels enquestats ha hagut de contactar 4 o més vegades amb el CAP.
- El 80% ha evitat anar a l'UCIE amb l'atenció rebuda al CAP.
- El 98% considera haver rebut l'atenció urgent necessària al CAP.
- El 62,5% considera que les visites urgents s'havien utilitzat correctament fins ara.
- El 77,5% considera la tasca d'AP imprescindible durant la pandèmia.
- El 83% no estaria d'acord amb el tancament dels CAP durant l'emergència sanitària.

#### Conclusions

La tasca d'AP durant la pandèmia ha estat molt invisible però molt intensa, però no es tracta de polemitzar sobre qui ha treballat més o qui ha estat més eficient. Tots els dispositius sanitaris s'han adaptat d'un dia per l'altre a una situació nova i desconeguda, s'han organitzat internament amb els recursos econòmics, tècnics i de persones disponibles, de la millor manera que han pogut i queda demostrat que s'ha fet amb encert i amb resultats impecables.

Els CAP han fet una tasca molt important en la detecció i control de casos lleus i moderats, en l'estudi de contactes, en el suport i assessorament a centres de l'àmbit social i residències del territori, en l'atenció telemàtica i presencial al centre i al domicili de tots els casos detectats i en la derivació a centres hospitalaris per a l'ingrés dels pacients més greus.

La valoració dels ciutadans d'aquesta tasca de l'atenció primària ha estat, segons els resultats de l'enquesta, excel·lent, eficient, resolutiva i imprescindible i ha evitat el col·lapse sanitari ja que ha derivat només 2 de cada 10 pacients que haguessin anat a l'hospital si no haguessin estat atesos abans pel seu equip d'AP.



ESTER PARRA ARESTÉ  
LLUÍS GUIXART COSTA  
CARMEN CAMPMAJÓ ALMODOVAR  
JORDI CASINO ANTON  
LOURDES VILLANUEVA BALLESTEROS  
MARIA DEL MAR BARBERO

*Centre d'Atenció Primària:*  
CAP Roger de Flor. Barcelona.  
EAP dreta Eixample

*Correu electrònic de contacte:*  
llcuixart@eapdretaeixample.cat

### Estudi descriptiu de les residències geriàtriques en una àrea bàsica urbana durant la pandèmia de la covid-19

La crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) ha afectat de forma important la població que viu en residències, per les seves característiques estructurals (dificultat per dividir l'espai en sectors, habitacions compartides amb poca distància entre llits, banys compartits i manca d'espai) i organitzatives (alta variabilitat contractual dels professionals sanitaris i, fins i tot, hi ha residències sense infermeria pròpia), per la vulnerabilitat dels seus residents (persones grans amb gran fragilitat per comorbiditat de malalties cròniques i amb malalties cròniques avançades), per la insuficiència de recursos (manca d'equips de protecció individual [EPI]), per la manca de formació específica dels treballadors i la seva afectació (tant del personal sanitari, com dels treballadors d'atenció directa).

El nostre centre d'atenció primària (CAP), que dona assistència a dues àrees bàsiques de l'eixample de Barcelona, disposa d'una unitat de geriatria formada per una doctora, tres infermers i una administrativa que treballa des de fa 15 anys en la gestió de l'assistència sanitària de les 33 residències geriàtriques existents.

#### Objectiu

Valorar l'afectació de la covid-19 en els pacients ingressats a les 33 residències geriàtriques assignades a un CAP urbà.

#### Material i mètode

Estudi descriptiu transversal retrospectiu de l'afectació dels pacients residencials durant els mesos de màxima intensitat de la pandèmia (1 de març a 31 de maig de 2020).

S'han inclòs tots els pacients ingressats en totes les residències geriàtriques assignades al CAP durant el període d'estudi.

Recollida de la informació: les 33 residències geriàtriques han complimentat un qüestionari de 80 ítems elaborat *ad hoc*, sobre dades estructurals i organitzatives de les residències i dades clíniques, evolutives i diagnòstiques dels pacients residencials.

Anàlisi de les dades: les dades quantitatives s'han analitzat amb regressió múltiple i les dades categòriques amb regressió logística (*odds ratio* [OR]). La comparació de mitjanes s'ha realitzat amb l'estadístic z de la prova W de Wilcoxon. Els intervals de confiança s'han calculat amb el mètode de Wilson. La significació de la p s'ha fixat al 0,005.

#### Resultats

S'han analitzat 870 pacients residencials de 33 centres, amb una mitjana per residència de 26 pacients. El rang de pacients ingressats per residència és molt ampli (148), ja que 30 des les residències (90,91%) tenen menys de 35 residents i la resta (9,09%) en tenen entre 49 i 153. La taula 1 mostra els resultats sobre ocupació, èxits, ingressos hospitalaris, serologies i proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) positives.

Les taules 2 i 3 mostren els ítems amb diferències estadísticament significatives entre les residències de menys de 45 residents i les de més de 45 residents.

**Taula 1**

	Mitjana	Desviació estàndard	Interval de confiança del 95%	Mínim	Màxim	TOTAL
Nre. places	28,06	27,60	18,27 a 37,85	7	156	926
Nre. residents	26,36	27,49	16,61 a 36,11	5	153	870
Ocupació residència (%)	91,35	9,71	87,90 a 94,79	69,23	100	
Nre. èxits covid-19	3,85	3,98	2,44 a 5,26	0	19	127
Èxits covid-19 (%)	16,64	13,19	11,96 a 21,31	0	50	
Residències sense èxits (%)	15,15	0,50	61,39 a 32,77			
Nre. èxits no covid-19	0,30	0,85	0,003 a 0,60	0	4	10
Èxits no covid-19 (%)	0,83	2,20	0,05 a 1,61	0	8,3	
Ingrés hospitalari	3,13	4,45	1,42 a 4,79	0	20	94
Ingrés hospitalari (%)	12,06	13,58	6,99 a 17,13	0	5	8,8
Serologia positiva	4,12	5,38	-0,3 a 8,63	0	16	33
Serologia positiva (%)	14,41	21,20	-3 a 32,14	0	64	
PCR positives residents	4,32	4,42	2,70 a 5,9	0	16	134
PCR positives residents (%)	21,24	22,8	12,87 a 29,62	0	80	
PCR positives treballadors	2,31	0,52	1,25 a 3,37	0	13	74

**Taula 2**

	Mitjana a residències amb <45 usuaris	Amb >45 usuaris	z	p
Espai (m <sup>2</sup> )	315	1.619	-2,81	0,0048
Plantes	1,2	6,3	-3,518	0,0004
Habitacions individuals	3,63	60	-2,57	0,009
Habitacions amb bany individual	1,23	73	-2,11	0,03
Hores setmanals de metge	6,46	22,33	-2,22	0,02

**Taula 3**

	Mitjana a residències amb <45 usuaris	Amb >45 usuaris	OR	p
Èxits no covid-19	10	66,67	18	0,035

### Conclusions

En un mateix territori hi ha residències geriàtriques de característiques molt diferents: a la nostra zona, la majoria són residències amb un màxim de 35 residents, d'una sola planta, d'entre 150 i 600 m<sup>2</sup> i que tenen habitacions individuals, dobles, triples o, en algun cas, quàdruples; però també hi ha tres residències amb una ocupació molta major (la més gran té 153 residents), amb una major superfície, més plantes i on predominen les habitacions individuals amb bany propi.

L'ocupació de les residències a l'inici de la pandèmia era molt alta (superior al 90%). La mortalitat durant el període estudiat per covid-19 superà els 120 residents (16,64%) i no s'observaren diferències significatives entre les residències més grans (11,11%) i la resta (17,19%).

Cal destacar també que hi ha hagut 5 residències (15,5%) sense cap èxits, totes amb menys de 25 residents.

Durant el període d'estudi es diagnosticaren 167 pacients de covid-19 (35,7%), la majoria per PCR (80,24%) i la resta per serologia (19,76%).

Probablement l'alta variabilitat de la tipologia de les residències de la zona i de la presència de professionals sanitaris ha contribuït a la troballa de poques diferències significatives entre els diferents resultats.

De la mateixa manera, probablement, el suport més intens des de primària a les residències amb menys recursos (estructurals, organitzatius i de personal) també ha afavorit que hi hagi menys diferències significatives entre les residències d'allò que esperàvem.

ESTHER PARRA ARESTÉ  
LLUÍS GUIXART COSTA  
CARME CAMPMAJÓ ALMODOVAR  
JORDI CASINO ANTÓN  
LOURDES VILLANUEVA BALLESTEROS  
MARIA DEL MAR BARBERO

*Centre d'Atenció Primària:*  
CAP Roger de Flor. Barcelona.  
EAP dreta Eixample

*Correu electrònic de contacte:*  
llcuxart@eapdretaeixample.cat

## Residències geriàtriques assignades una unitat de geriatria d'un centre d'atenció primària urbà. Dades de mortalitat i derivacions hospitalàries

La pandèmia del coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) ha afectat de forma important la població que viu en l'àmbit residencial, on s'ha comprovat un augment global de la mortalitat entre les persones ingressades.

El nostre centre d'atenció primària (CAP), que dona assistència a 33 residències geriàtriques localitzades a l'eixample de Barcelona, disposa d'una unitat de geriatria formada per una doctora especialista en geriatria, tres infermers i una administrativa. La unitat ha evidenciat que la mortalitat no ha estat igual en les diferents residències.

### Objectiu

Anitzar les característiques clíniques, estructurals i organitzatives que presenten les residències geriàtriques en relació amb les xifres de mortalitat i de derivació hospitalària.

### Metodologia

Estudi descriptiu transversal retrospectiu de l'afectació dels pacients residencials durant els mesos de màxima intensitat de la pandèmia (1 de març a 31 de juny de 2020).

S'han inclòs tots els pacients ingressats a totes les residències geriàtriques assignades al CAP durant el període d'estudi.

Recollida de la informació: les 33 residències geriàtriques han complimentat un qüestionari de 80 ítems elaborat *ad hoc* sobre les seves dades estructurals i organitzatives, i amb dades clíniques, evolutives i diagnòstiques del pacients residencials.

Anàlisi de les dades: les dades quantitatives s'han analitzat amb regressió múltiple i les dades categòriques amb regressió logística (*odds ratio* [OR]). Els intervals de confiança s'han calculat amb el mètode de Wilson. La significació de la *p* s'ha fixat en el 0,005.

### Resultats

S'han analitzat 870 pacients residencials de 33 centres amb una mitjana de 26 pacients per residència.

Es van derivar a l'hospital 94 pacients (12,1%). La mitjana de derivacions hospitalàries per residència fou de 3,13 pacients, amb una desviació estàndard (DS) de 4,14. Van morir 127 residents per la covid-19 (mortalitat global: 16,64%).

**Taula 1**

	Mortalitat <20%	Mortalitat >20%	OR	p
Espai (m <sup>2</sup> )	542	302	0,9	0,2
Nre. residents	31	20,07	0,97	0,336
Nre. plantes	2,21	1,07	0,19	0,008
Habitacions individuals	13,26	2,64	0,88	0,03
Habitacions triples	1,7	3,2	1,9	0,05
Titulació sanitària dels directius (%)	11,11	64,29	14,4	0,004
Infermeria. Formació en pal·liatiu (%)	75	30,77	0,14	0,02
Personal assignat assistencial (%)	75	36,36	0,19	0,052
Medicació i material pal·liatiu (%)	68,42	35,71	0,25	0,05
Derivacions hospitalàries (%)	4,53	21,91	1,25	0,006
Serologies positives (%)	6,78	18,99	1,05	0,48
PCR positives (%)	15,76	27,92	1,03	0,15

Existeix una correlació entre el nombre d'habitacions no individuals i el nombre total d'èxits per covid-19 (Cor Pearson  $r = 0,7$ ; interval de confiança del 95%: 0,40 a 0,81;  $p < 0,001$ ).

L'anàlisi individual de la mortalitat a cada centre mostra un ampli rang: des del 0 fins al 50%.

S'ha diferenciat entre les 19 residències geriàtriques (57,58%) que han presentat una mortalitat inferior al 20% i les 14 (42,42%) que han presentat una mortalitat superior.

### Conclusions

La gestió coordinada de la pandèmia de la covid-19 entre la unitat de geriatria del CAP i les 33 residències geriàtriques ha aconseguit presentar xifres baixes de derivació hospitalària, del 12,1%, i de mortalitat, del 16,64%.

Es veu una tendència de menor mortalitat a les residències geriàtriques amb un nombre més elevat de residents i amb més espai (sense significació estadística). També s'ha comprovat una menor mortalitat en les residències amb més plantes, més habitacions individuals i menys habitacions dobles i triples (amb significació estadística). Aquestes dades confirmen la importància de dividir en sectors un espai (o una planta) de les residències i poder aïllar de forma individualitzada els residents.

A les residències amb una mortalitat més elevada hi ha hagut més derivació hospitalària (amb significació estadística), més serologies positives i més proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) positives (sense significació estadística).

Finalment, es comprova que a les residències amb una menor mortalitat hi ha un percentatge més baix de directius amb titulació sanitària, fet que pot haver dificultat la coordinació i la presa de decisions millors amb la unitat de geriatria del CAP.

M<sup>a</sup> ÀNGELES RÍOS RODRÍGUEZ  
ÀNGELS TUBERT SÁNCHEZ  
SANDRA REYES CARRIÓN  
OLGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ  
MARTA VIAPLANA GUTIÉRREZ  
SONIA ALBALADEJO BELTRÁN

Centre d'Atenció Primària:  
Montornès

Correu electrònic de contacte:  
mrios.cp.ics@gencat.cat

## La lluita contra la covid-19 des de l'atenció primària

### Introducció

A mitjan març d'enguany, arran de l'estat d'alarma del dia 13 d'aquell mes, les nostres tasques habituals van canviar completament. Es van modificar els nostres rols per adaptar-nos a la situació de pandèmia. Es va crear el grup de seguiment telefònic dels pacients afectats.

A l'inici va ser una infermera de l'equip, gestora de casos, qui va començar a realitzar el seguiment d'aquests pacients amb simptomatologia compatible, però en pocs dies l'augment exponencial de casos va obligar a crear un grup de treball compost per sis professionals encarregats del seguiment, atenció i cura de tots els pacients amb símptomes de la covid-19 i els seus contactes.

Aquest grup multidisciplinari estava format per dos pediatres, una odontòloga, una infermera de pediatria, una infermera gestora de casos i una altra d'adults.

### Material i mètodes

Ens vam organitzar amb un grup de WhatsApp® per compartir dubtes, canvis de protocols, situacions complexes i l'organització de l'agenda comú.

Per fer el seguiment ens vam guiar pels protocols de l'Institut Català de la Salut, que anaven canviant constantment, i vam seguir les recomanacions més adients segons les evidències del moment.

En els casos sospitosos d'afectació pneumònica vam programar radiografies de tòrax, en la majoria d'ocasions abans de visitar el pacient presencialment. Es feia mitjançant un circuit organitzat a l'equip per intentar fer menys visites presencials i arribar a un diagnòstic el més aviat possible.

També vam gestionar els fulls de medicació, incapacitats temporals, parts de confirmació i altes laborals, tasques que habitualment no realitzem pel nostre perfil professional.

### Resultats

Vam oferir atenció telefònica als pacients amb la covid-19 lleus i moderats, i als greus donats d'alta de l'hospital, als sospitosos i als contactes. En algunes ocasions vam derivar al metge de família i als serveis socials, entre d'altres, per oferir una atenció multidisciplinària.

En la majoria del casos no es va poder confirmar el diagnòstic de la covid-19 ja que no es disposava de proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) al CAP i, segons els protocols, només es podien fer PCR als pacients que consultaven als hospitals, a les persones que vivien o que treballaven en residències i al personal sanitari.

### Conclusions

La nostra experiència ha estat enriquidora, malgrat que hem tingut dificultats en l'atenció telefònica, sobretot per localitzar els pacients. Finalment, amb perseverança i insistència, aconseguíem contactar amb ells.

Una altra dificultat ha estat que la covid-19 és un virus desconegut i els canvis de protocols de manera constant van dificultar les tasques del dia a dia.

En contraposició amb aquestes dificultats volem expressar que fer teleassistència ha permès que alguns dies es pogués teletreballar, des de casa, i ajudar a les persones afectades a afrontar les seves emocions i acompanyar-los i donar-los suport en moments molt difícils en què se sentien soles, amb moltes pors i sentiments de tristesa, incertesa i impotència.

Pensem que la feina no s'ha acabat, com s'està demostrant per les xifres actuals d'afectats, i cal continuar treballant per preveure totes les situacions possibles en front de la covid-19 i per al seu maneig.

Estem segures que aquest repte l'aconseguirem!

MONTserrat GENS BARBERÀ  
NURIA HERNÁNDEZ VIDAL  
DAVID AYALA VILLUENDAS  
YOLANDA MENGÍBAR GARCÍA  
MARIA DEL PUY MUNIAIN DÍAZ DE CERIO  
YOLANDA LEJARDI ESTÉVEZ

*Centre d'Atenció Primària:*  
*Unitat de Qualitat Camp de Tarragona*  
*ICS*

*Correu electrònic de contacte:*  
*mgens.tgn.ics@gencat.cat*

## Implementació de l'aplicació Proactiva en Seguretat dels Pacients per millorar la gestió clínica de les residències geriàtriques durant la pandèmia de la covid-19

### Justificació

La pandèmia de la covid-19 ha generat una crisi sociosanitària d'especial intensitat entre la població institucionalitzada en l'àmbit residencial i que ha obligat a desplegar intervencions des de l'atenció primària (AP). Per donar resposta a aquestes necessitats assistencials és essencial disposar d'informació estandarditzada, fiable i actualitzada que permeti la presa de decisions. L'aplicació Proactiva en Seguretat dels Pacients (proSP) és una eina dissenyada per millorar la seguretat dels pacients de forma proactiva. Permet la valoració estandarditzada dels processos d'una organització sanitària de manera ordenada. S'hi accedeix amb ordinador, tauletes i apps (Android® o iOS®). Mitjançant llistats de verificació informatitzats es presenta una relació de preguntes formulades pels responsables i que els referents de cada equip assistencial han de respondre periòdicament. L'aplicació genera informació automatitzada i sistemàtica, que garanteix una comunicació eficaç i la presa de decisions per a la millora contínua.

### Objectiu

Desenvolupar i monitoritzar una estratègia per millorar la gestió clínica en l'entorn residencial, amb criteris de fiabilitat, rigor i qualitat que permetin fer operatius els documents marc i faciliti la presa de decisions.

### Metodologia

Des de la Unitat de Qualitat del Camp de Tarragona-Institut Català de la Salut, mitjançant l'aplicació proSP:

- 1) Disseny de llistats de verificació que permetin estandarditzar un pla d'acció. Són dinàmics i s'adapten a actualitzacions periòdiques de guies i documents marc. Les dades incloses fan referència a:
  - a. Informació dels residents: nombre d'usuaris, estratificació (alfa/beta), casos, contactes, aïllaments, necessitats pal·liatives, èxits.
  - b. Mesures estructurals: tipus de residència, divisió en sectors, oxigenoteràpia, etc.
  - c. Mesures organitzatives i assistencials.
  - d. Professionals de la residència (categoria, formació, situació d'aïllament).
  - e. Equips de protecció individual (gestió d'estocs).
- 2) Creació d'un quadre de comandament informatitzat mitjançant programari SAP BO, accessible a tota l'organització i que recull informació rellevant.
- 3) Emissió diària d'informes *ad hoc* (resums executiu i evolutiu per a cada variable) que s'envien a la direcció de l'equip, la direcció d'AP i als responsables de la regió sanitària.
- 4) Publicació del mapa visual global i per a cada residència.

Es realitza una sessió conjunta diària (*briefing*) entre professionals de l'equip d'AP i la residència, i es revisen les variables dels llistats de verificació i la informació imprescindible per poder planificar i executar accions de millora assistencial.

### Resultats

Des de l'inici d'aquesta estratègia (26 de març) fins a l'actualitat (31 de juliol) s'han elaborat cinc llistats de verificació (pla de contingència, desescalada, represa i auditories amb i sense casos), que incorporen un total de 297 variables. Tots el proveïdors de la regió sanitària de Tarragona utilitzen l'aplicació per a la gestió (100% de les residències) dels seus equips. Des del 6 d'abril s'ha anat estenent a d'altres proveïdors i regions sanitàries de Catalunya. Actualment està implantat en 360 residències (regió sanitària de Tarragona: 60; de les Terres de l'Ebre: 33; de Metropolitana Sud: 99; de Barcelona: 32; de Lleida i Alt Pirineu: 119, i de Girona: 15) en les quals s'han realitzat 14.546 revisions de verificació (un 84% de les 17.508 planificades).

### Conclusions

L'aplicació proSP permet estandarditzar, monitoritzar i fer operatius els plans d'acció per a l'estratègia sanitària de la covid-19, adaptant-los a les recomanacions segons la fase de la pandèmia. Aquesta aplicació ha estat implantada fàcilment per diversos proveïdors en tot el territori.

Disposar diàriament d'informes automatitzats, fiables i homogenis permet conèixer la situació a temps real de les residències i gestionar respostes ràpides i adequades segons les necessitats de les persones institucionalitzades.

El treball en equip, la coordinació i cooperació entre l'AP i l'entorn residencial és clau en l'atenció sanitària dels pacients institucionalitzats.

ESTHER LIMÓN RAMÍREZ  
NÚRIA PASTOR IBÁÑEZ  
MONTSERRAT CORONA COLLDEFORN  
CARME ALTAYÓ AGUSTÍ  
M<sup>a</sup> VICTÒRIA MARFÀ RIERA  
ESTHER CABRERA TORRES

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Mataró-7 Ronda Prim*

*Correu electrònic de contacte:*  
*elimonramirez@gmail.com*

## “Mataró et cuida” com a eina d'acció comunitària en temps de covid-19

### Introducció

El 14 de gener de 2019 es va aprovar per unanimitat una declaració institucional conjunta perquè Mataró esdevingués una “ciutat cuidadora”: un referent d'atenció a les persones amb major vulnerabilitat. Es consideren col·lectius prioritaris les persones amb malalties cròniques, en situació terminal, en situació de soledat i de pobresa, i també les seves famílies i l'entorn personal.

Hi participen l'ajuntament de Mataró, el Tecnocampus (càtedra d'envelliment), el Consorci Sanitari del Maresme, l'Institut Català de la Salut, la fundació Hospital, la xarxa de farmàcies de la ciutat i la Fundació TicSalut. És un projecte que es troba en fase inicial i que aspira a englobar més agents de la ciutat.

A principis de febrer de 2020, el nostre projecte tenia tres línies de treball: diagnosi de necessitats, mapa d'agents i millora de la difusió i de la comunicació.

### Material i mètodes

Durant la pandèmia hem reorientat el nostre projecte i hem dut a terme activitats en xarxa, a més a més de l'activitat assistencial pròpia de cada participant. Per fer-ho es van convocar telemàticament els participants en el projecte. Amb metodologia de pluja d'idees i posterior prioritització es van detectar un seguit de situacions que preocupaven i en què l'actuació coordinada era cabdal: intervencions per evitar la solitud i els efectes nocius del confinament a les persones grans, intervencions per coordinar el voluntariat, que ara passava a ser telemàtic (voluntariat ja molt present a la nostra ciutat, sobre tot per al col·lectiu de persones al final de la vida) i intervencions per atendre amb qualitat a col·lectius vulnerables (com les persones amb discapacitat intel·lectual).

### Resultats

Aquestes són les accions que es van dur a terme sota el paraigües del projecte (no exclusives del projecte, però si participades per ell):

- Canalització d'activitats solidàries i de voluntariat (donacions de material, voluntariat per atendre col·lectius vulnerables).
- Coordinació per establir circuits de comunicació perquè la informació de les activitats que s'ofereixen arribés a més població (difusió de les activitats que els participants estava duent a terme).
- Exploració de noves formes de comunicació amb les persones:
  - Seguiment telefònic.
  - Compartir vídeos d'activitat física (via Whatsapp®).
  - Conferències per a gent gran en format Zoom®.
  - Web i Twitter® “Mataró es queda a casa”.
  - Programa estable de prescripció física que s'emet per Televisió de Mataró.
- Redactar un projecte de recerca que es presentà en una convocatòria competitiva sobre l'efecte del confinament a les persones grans.

Al juliol hem fet dues reunions per avaluar tota la feina feta (anomenades *aprenentatges en positiu*) i detectar situacions susceptibles de millora. Encarem la tardor amb un bagatge d'experiències que ens poden ser útils en cas de nous rebrots.

### Conclusions

Abordar la pandèmia de la covid-19 no és només una tasca mèdica o assistencial. La globalitat de les accions que dur a terme fa evident la necessitat del treball en xarxa, en clau territorial. Disposar de xarxes comunitàries o projectes com “Mataró et cuida” i “Mataró ciutat cuidadora” és fonamental per cuidar-nos col·lectivament i aconseguir superar aquesta pandèmia tots plegats.

ESTHER LLAURADO SANTCLEMENT  
MIRIAM PAYAN CRUZ  
ROSA M. YRLA FIGUERES  
GRUP COLLABORATIVO ENFERMERIA  
VALLCARCA-SANT GERVASI

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Vallcarca*

*Correu electrònic de contacte:  
martin@ebavallcarca.cat*

## Infermeria d'atenció primària com a element clau en la gestió residencial de la pandèmia de covid-19

### Introducció

El centre d'atenció primària (CAP) Vallcarca-Sant Gervasi té dins la seva zona d'influència residències geriàtriques i convents religiosos i comunitats. La relació amb aquests centres consistia en tasques administratives i clíniques de suport. Cada residència disposa d'un professional de medicina i un d'infermeria del CAP assignats, que en fan el seguiment corresponent. Tot canvià amb la pandèmia de la covid-19: la relació amb les residències, especialment de l'equip d'infermeria del CAP, s'ha tornat molt intensa, amb una nova manera de treballar conjuntament.

### Objectius

- Testejar mitjançant proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) els residents i treballadors de les residències geriàtriques del CAP Vallcarca-Sant Gervasi durant la pandèmia, sota el lideratge de l'equip d'infermeria del CAP.
- Liderar una nova aliança amb les direccions de les residències geriàtriques que assegurés l'accessibilitat i la comunicació, amb el suport d'AP.

### Desenvolupament

Durant la pandèmia de la covid-19 les residències estaven tancades a les visites. Hi havia casos de residents malalts, d'èxitus i de treballadors malalts per sospita de covid-19. Es produí un canvi i les residències passaren a dependre del Departament de Salut en comptes del de Serveis Socials.

Finalment, la setmana del 20 d'abril s'iniciaren les proves a tots els residents i treballadors. L'estratègia va requerir una organització excepcional pel gran volum de persones. En una primera fase, aquesta feina va ser realitzada per l'equip d'infermeria del CAP (14 infermeres), amb el suport del servei de medicina preventiva de l'Hospital Vall d'Hebron, que disposava de material per fer les PCR i del laboratori per analitzar-les.

Es van posar d'acord i treballaren de manera coordinada els serveis d'infermeria dels diferents àmbits assistencials, primària i hospitalària, i d'entitats proveïdores de serveis. S'abordava el repte de testejar en 5 dies més de 2.000 persones, residents i treballadors, de 23 institucions.

Posteriorment, i seguint les directrius dels protocols establerts, s'han continuat les proves en aquells residents i treballadors amb PCR positiva.

En una segona fase, la infermeria del CAP, de manera autònoma i sense el suport de l'hospital perquè ja disposava de PCR i de circuits, realitzà el seguiment setmanal als pacients negatius.

Disposar de PCR a l'AP permet organitzar el centre segons les necessitats pròpies i donar una resposta ràpida a les residències davant la sospita de contagi per covid-19 d'algun resident.

### Resultats i conclusions

L'equip d'infermeria d'AP ha respost davant d'aquesta situació excepcional i ha visitat les residències per realitzar les PCR i fer-ne el seu seguiment. Actualment totes les residències estan lliures de covid-19.

S'ha creat un vincle molt intens amb les direccions i amb infermeria de les residències, fet que permet una relació de confiança i de treball en equip.

La infermeria d'AP està formada per professionals sanitaris amb alta capacitat de treballar i de coordinar-se amb altres agents de salut, inclosos els diferents proveïdors de serveis, i tenen la capacitat de realitzar tècniques noves sempre amb totes les mesures de seguretat.

### Aplicabilitat

L'AP té la capacitat d'assumir els problemes de salut dels ciutadans i només necessita els materials i recursos necessaris per resoldre amb excel·lència les dificultats generades per una pandèmia.



ELENA MORAL LÓPEZ  
MARIA PARER FARELL  
MONICA PUIG CASANOVAS  
XAVIER BARBA MÁRQUEZ  
GRUP COL·LABORATIU DE GESTIÓ  
COVID-19. VALLCARCA-SANT GERVASI

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Vallcarca-Sant Gervasi*

*Correu electrònic de contacte:*  
*martin@ebavallcarca.cat*

### Infermeria d'atenció primària com a gestors de la covid-19 en època de pandèmia

L'escenari actual de pandèmia ha obligat a millorar la relació de l'atenció primària (AP) amb l'Agència de Salut Pública (ASP). S'ha creat una nova figura, la infermera gestora de la covid-19, que coordina l'atenció de les residències a més dels pacients d'AP.

Registra i declara a ASP els nous casos de covid-19 i els contactes estrets dels positius. Supervisa i dona suport a la figura de rastrejador del centre.

1. Realitza el control de qualitat del circuit d'atenció a la covid-19 en AP i millora els registres en la història clínica dels pacients. Assegura la continuïtat de l'atenció i el seguiment.
2. Organitza i centralitza tots els casos actius i els nous casos de les residències geriàtriques, dels residents i dels treballadors.

En l'àmbit de les residències geriàtriques, el traspàs de competències de Benestar Social a Salut va ser una oportunitat per donar a conèixer i millorar les relacions de l'equip d'AP amb els equips directius i amb els treballadors i treballadores de les residències. L'actuació d'AP s'ha anat adaptant segons les necessitats i els recursos disponibles en cada moment de la pandèmia.

Durant la primera fase de pandèmia, la prioritat va ser la protecció dels professionals per poder garantir una bona continuïtat de l'atenció dels residents:

1. Formació dels professionals de la residència i els equips directius en matèria de seguretat i d'ús dels equips de protecció individual (EPI), i la seva reutilització.
2. Formació en directrius organitzatives i d'infraestructura per al control de la infecció en l'àmbit residencial mitjançant una adequada divisió per sectors.

La segona fase, amb disponibilitat de proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) en l'AP, es va centrar en la seva gestió i organització, fet que va ajudar a dibuixar un mapa real de la situació diària de la pandèmia a les residències:

1. Registre acurat i minucios de cada resident i de cada treballador.
2. Seguiment i remostreig fins a assegurar la negativització per PCR.
3. Detecció precoç de nous casos o de casos índex, i estudi de tots els contactes de la residència.

En tot moment, durant la fase més crítica de la pandèmia, es realitzà també:

1. Suport en situacions de final de vida, amb tractament farmacològic i mesures de confort.
2. Registre de *kits* de sedació i gestió de l'oxigenoteràpia per a pacients amb pneumònia per covid-19.
3. Revisió i verificació dels plans de contingència de les residències i del document per a l'acreditació de residència "verda". La lectura favorable d'aquestes plans es va realitzar a AP.
4. Proactivitat amb la detecció precoç de casos nous i de contenció a les residències.

Assegurar als professionals les adequades mesures de protecció ha estat sempre una prioritat màxima en totes les intervencions.

#### Conclusions

En temps de covid-19, l'actuació d'AP en l'entorn residencial va permetre la realització de pràctiques clíniques adequades i eficients.

L'AP disposa de la capacitat resolutiva suficient per coordinar-se amb els diferents agents de salut.

La figura del l'infermer/a gestor/a de la covid-19 va afavorir la gestió de l'entorn residencial dins del sistema de salut, la coordinació amb altres agents de salut i, fins i tot, la tasca d'adequació dels plans de contingència com a tasca d'AP.

MAR CASANOVAS MARFA  
XAVIER CANTERO GÓMEZ  
GLORIA GODO PIQUÉ  
NÚRIA CARRE LLOPIS  
ROSA GASULLA LLORET  
CARME RIERA MINGUET

*Centre d'Atenció Primària:*  
*SAP Anoia*

*Correu electrònic de contacte:*  
*mrcasanovas.cc.ics@gencat.cat*

### “Infoxicació” de la documentació

Arrel de la pandèmia per la covid-19 s'ha hagut de reorganitzar l'atenció sanitària a l'Anoia per tal d'optimitzar espais i recursos per cobrir l'atenció assistencial. En comparació amb la resta de Catalunya, el servei d'atenció primària (SAP) Anoia ha patit la crisi del coronavirus de manera més intensa a causa del doble confinament d'una gran part dels seus municipis. A la conca d'Òdena, les poblacions d'Igualada, Vilanova, Òdena i Montbui, durant 25 dies, van quedar completament aïllades de la resta del país; i fora de la conca, els municipis de Piera, Capellades, Santa Coloma, Calaf i l'Anoia Rural. Els professionals del SAP Anoia van saber adaptar-se a la nova situació, van assumir noves competències i es van adaptar als nous protocols, que es modificaven diàriament.

Els protocols es van adaptar a les necessitats específiques de cada zona del SAP. Les actualitzacions i repeticions de documents van ser constants i difícils de gestionar: va haver-hi un excés d'informació.

Per facilitar la tasca dels professionals es va pensar en una manera de gestionar tota la documentació generada, i com actualitzar-la, filtrar-la i guardar-la de manera accessible.

#### Material i mètodes

El documents es dividiren en dues categories: generals i específics. Els específics es van dividir en dos grups, segons les zones de confinament: conca d'Òdena o fora de la conca.

Quan es rebien protocols o procediments generals per diferents vies, com el Telegram®, el Canal Salut, l'Institut Català de la Salut, etc., s'enviaven al grup de Whatsapp® del SAP Anoia i per correu electrònic, i es guardaven a la carpeta amb accés a tots els professionals de direcció. Es va designar a una persona del SAP com a responsable d'actualitzar i guardar tots els documents, i així s'evitaven duplicats i errors d'actualització.

Els protocols específics elaborats pel SAP van ser consensuats entre els diferents professionals implicats, basats en l'experiència professional i en l'evidència científica més recent. Per exemple, els algorismes de les proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) fora i dins de la conca, l'algoritme de transport de mostres al laboratori, el procediment de creació de la zona covid-19 a la conca d'Òdena, el procediment de creació fora de la conca, el protocol de gestió de residències, el procediment d'equips de protecció individual (EPI) a domicili, l'algoritme de petició de plaques, el procediment d'ús de fàrmacs al final de la vida, l'algoritme de detecció i tractament de pneumònies a la comunitat, el protocol d'anàlitzes de covid-19 i el protocol de seguiment després de l'alta.

#### Resultats

S'han rebut més de 50 protocols o procediments de caràcter general sense comptar les seves actualitzacions.

S'han elaborat 27 protocols o procediments específics sense comptar les seves actualitzacions.

De tot això, se n'ha fet difusió per correu electrònic i Whatsapp®, i s'ha creat una carpeta específica al servidor on tots els centres hi tenen accés. Per millorar el coneixement i la difusió de l'algoritme de detecció i tractament s'ha fet un *webinar* entre professionals del SAP.

#### Conclusions

S'ha generat molta documentació i era documentació que canviava en poc temps. Caldrà analitzar quina és la documentació més necessària o imprescindible per als professionals i buscar l'evidència més rellevant.

S'han volgut enfortir els canals de comunicació bidireccional entre la direcció i el personal per garantir el coneixement dels protocols.

Pensem que s'hauria pogut fer una gestió de la documentació, de la informació i de la comunicació millors. Per aconseguir-ho, s'ha sol·licitat formació en metodologia Lean per detectar els problemes i trobar-ne solucions.

ELISENDA SANT ARDERIU  
GEMMA GOMIS PASARIN  
SIRA CASABLANCAS FIGUERAS  
JOAN GENÉ BADIA  
VICENTE CAMPELO GARCÍA VALDECASAS  
ETHEL SEQUEIRA AYMAR

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAPSBE Casanova*

*Correu electrònic de contacte:*  
*sequeira@clinic.cat*

## Procediment organitzatiu durant la crisi de la covid-19

### Introducció

El 25 de febrer de 2020 es diagnosticava en el nostre hospital de referència el primer cas confirmat de covid-19 del territori. Un mes abans, l'Organització Mundial de la Salut havia declarat el brot de coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2). El 14 de març es passà de la fase de contenció a la fase de mitigació per l'augment progressiu de casos, que derivà en una transmissió comunitària generalitzada. L'atenció primària (AP) es va veure obligada a canviar de forma sobtada el seu model d'atenció, tot mantenint els valors d'accessibilitat i longitudinalitat, però incorporant la seguretat individual i el maneig d'una patologia amb moltes incerteses i de nous escenaris sense l'assignació de nous recursos.

### Material i mètodes

Es dividí l'equip en grups per facilitar la feina i reduir la possibilitat de contagi. Es creà una comissió multidisciplinària de crisi per facilitar la presa de decisions i es dissenyà un procediment que recollí els objectius, els canvis organitzatius, els equips de protecció recomanats, el maneig clínic de la covid-19 i de la resta de patologies, la relació amb els altres dispositius assistencials i els canvis generats per la situació de pandèmia.

### Resultats

L'equip es dividí en microequips amb "capitans" que alternaven l'activitat presencial amb el teletreball per minimitzar l'impacte de possibles contagis. La comissió de crisi, formada per 14 membres (direcció, medicina, infermeria, administració i treball social), es reunia presencialment o virtualment amb la freqüència necessària per donar resposta a les necessitats de l'equip. El procediment organitzatiu, a data de 29 de juliol, es trobava en la seva 24a versió i està disponible per a tots els professionals del centre, tant a la intranet com al núvol, i, per tant, accessible des de fora del centre. Incorpora agendes i la distribució d'espais, els equips de protecció en els diferents escenaris, i informació sobre la detecció i el tractament de la covid-19, de les novetats en el programa informàtic, de farmàcia i incapacitats laborals transitòries, de seguiment de pacients fràgils, actuació a residències, maneig domiciliari del pacient terminal i maneig clínic de la covid-19 (algorisme d'actuació, seguiment postalta i de covid-19 persistent). L'elaboració dels continguts s'ha anat fent en funció de les necessitats percebudes, amb la col·laboració de diferents professionals del centre i amb el consens d'altres dispositius i proveïdors del territori sanitari (àrea integral de salut Barcelona Esquerra).

### Conclusions

L'adaptació i la flexibilitat que requeria la situació d'emergència han estat facilitades pels canvis organitzatius realitzats. La creació de la comissió de crisi ha apoderat diferents professionals i ha ajudat a distribuir les càrregues de treball. El procediment és una eina organitzativa que ha permès endreçar la feina, incorporar les necessitats canviants i informar els professionals de forma ràpida i asincrònica. La comunicació dels canvis a través del procediment ha presentat dificultats, tot i ser accessible a tots els professionals en tot moment i malgrat que destacava els canvis entre versions de manera gràfica.

ROSA SEGARRA LÓPEZ  
SANDRA ESTÉVEZ CARRERA  
SUSANNA TORRES BELMONTE  
LUÍS MURCIANO  
GEMMA GOMIS PASARIN  
ELISENDA SANT ARDERIU

Centre d'Atenció Primària:  
CAPSBE Casanova

Correu electrònic de contacte:  
sequeira@clinic.cat

## Atenció dels centres residencials en temps de la covid-19 per part de l'atenció primària

### Introducció

A Catalunya, les residències geriàtriques estaven sota la tutela del Departament de Treball i Afers Socials abans de la pandèmia. Les xifres de la covid-19, tant de casos com de morts, van créixer ràpidament. El 8 d'abril la conselleria de Salut es va fer càrrec del comandament únic, mantenint la coordinació amb Afers Socials, i es decidí que el criteri sanitari havia de prevaldre en l'entorn residencial. Al considerar que les residències, tant de gestió pública com privada, són el domicili de les 64.000 persones que hi viuen, l'assistència sanitària a les residències passa a ser responsabilitat dels equips d'atenció primària (EAP), sense que se'ls dotés de cap nou recurs.

### Material i mètodes

El nostre EAP és responsable de tres residències, un convent de monges i dos pisos tutelats amb una capacitat total de 233 residents i 100 treballadors. Per donar resposta a aquesta situació es creà l'equip de residències, format per una diplomada universitària d'infermeria (DUI) gestora de casos, una treballadora social, una metgessa de família i un administratiu. Tots ells van compaginar aquesta nova tasca amb les seves tasques habituals. L'equip de residències i la direcció del centre van fer un seguiment molt acurat de la situació de les residències, de dilluns a diumenge de 8.00 h a 20.00 h, pel que fa a:

- Estat dels residents.
- Estat dels treballadors.
- Necessitats i recerca d'equips de protecció individual (EPI).
- Recerca i realització de proves de detecció.
- Seguiment estricte de totes les necessitats que sorgiren.

### Resultats

Es realitzaren 496 proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) i 181 tests ràpids als residents i treballadors de totes les residències de la zona. Hi va haver quatre casos de covid-19 entre els treballadors i 11 entre els residents, dos d'ells amb necessitat d'hospitalització, i una defunció amb clínica compatible que no es va poder confirmar. Es van atendre diàriament les demandes de les residències. Es va fer atenció presencial, telemàtica i telefònica i es van activar els dispositius pertinents. Es va fer una revisió exhaustiva dels problemes de salut i dels plans de medicació dels pacients de les residències de l'àrea, i es van prendre les decisions clíniques necessàries en cada cas. Davant dels casos sospitosos de covid-19 es van fer aïllaments i primers estudis de contactes. Es van establir circuits "net"/"brut". Es van treballar els protocols i plans de contingència de forma conjunta amb les residències. Es van validar els nous ingressos seguint la normativa establerta. Durant aquest període es van produir diverses incidències que es van comunicar a l'Oficina de Residències del Consorci Sanitari de Barcelona.

### Conclusions

El seguiment dels centres residencials, amb pacients complexos, d'alt risc i poc coneguts anteriorment per l'equip és difícil per a l'EAP per la indefinició dels escenaris i la manca de suport, de recursos i de formació específica en un període especialment exigent. L'EAP Casanova va reclamar a gerència la dotació d'una metgessa i una infermera addicionals per poder fer front a la crisi de les residències i va reclamar més suport per a la supervisió a dins de les residències als organismes pertinents. A data d'avui s'espera resposta.

ETHEL SEQUEIRA AYMAR  
JOSEFINA FILOMENA  
JAUME GAS  
ELENA GÓMEZ  
GEMMA GOMIS PASARIN  
ELISENDA SANT ARDERIU

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAPSBE Casanova*

*Correu electrònic de contacte:*  
*sequeira@clinic.cat*

## Maneig clínic de la covid-19 a un centre d'atenció primària

### Introducció

El 25 de febrer de 2020 es diagnosticava en el nostre hospital de referència el primer cas confirmat de covid-19 del territori. Un mes abans, l'Organització Mundial de la Salut havia declarat el brot de coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2). El 14 de març es passà de la fase de contenció a la fase de mitigació per l'augment progressiu de casos, que derivà en una transmissió comunitària generalitzada. Durant aquests mesos, l'atenció primària (AP) ha atès aproximadament un 80% dels casos sospitosos d'aquesta patologia. El nostre centre d'AP (CAP) ha anat integrant el maneig d'aquesta malaltia d'acord amb l'evidència que s'anava generant i de forma integrada en el territori.

### Material i mètode

Des de l'inici de la pandèmia, totes les propostes d'actuació en el maneig clínic han estat recollides en un procediment d'actuació que s'ha actualitzat permanent en funció de l'aparició de nous protocols, guies i recomanacions de diverses fonts. Actualment es troba en la seva versió 24. La comissió de crisi del CAP Casanova, amb la col·laboració de diferents professionals del centre, ha liderat els protocols de maneig clínic del centre. Quan es modificava la definició de cas sospitós de covid-19 s'establí un doble circuit per atendre els casos sospitosos i els altres problemes de salut. S'anà modificant seguint les recomanacions i, d'acord amb les variacions que anava fent la pandèmia, les actuacions clíniques s'instauraven progressivament.

### Resultats

Priorització de l'atenció telefònica i definició de l'atenció presencial al centre i als domicilis; consens amb el territori sobre els criteris de derivació hospitalària; creació d'una agenda de seguiment de pacients sospitosos; lliurament de pulsioxímetres a pacients amb més risc de complicació per a l'automonitorització al domicili; introducció de l'ecografia pulmonar com a tècnica diagnòstica a peu de llit del malalt; instauració del circuit de radiologia urgent; definició de paràmetres analítics d'alarma i realització d'analítiques de forma urgent amb l'objectiu d'augmentar el maneig ambulatori; protocol propi d'atenció del pacient de covid-19 terminal a domicili, que integrà el protocol d'oxigen domiciliari; participació en l'Estudio Nacional de Seroepidemiologia de la Infección por SARS-CoV-2, del Ministerio de Sanidad; introducció de tècniques diagnòstiques amb proves de reacció en cadena de la polimerasa i serologia amb enzimoimmunoassaig sobre fase sòlida (ELISA) coincidint amb l'inici de la fase de desconfinament i la instauració d'aïllaments; protocol de seguiment postalta consensuat amb el territori, i seguiment dels pacients de covid-19 persistents. Tenint en compte els múltiples interrogants que hem hagut d'afrontar, hem realitzat un estudi de recerca i n'estem analitzant les dades recollides.

### Conclusions

El treball dinàmic, anticipatori, consensuat i multidisciplinari ens ha permès fer un maneig ambulatori òptim del pacient sospitós o confirmat de covid-19. L'objectiu en tot moment ha estat donar la millor atenció, en l'escenari més adient i basant la presa de decisions en les dades més fiables, tot i la incertesa que ens ha envoltat en tot moment. La utilització del procediment consultable dintre i fora del centre ha facilitat la comunicació dels canvis i la uniformitat en la cura dels malalts. La manca de protocols adients del Departament de Salut o la lentitud a disposar-ne han condicionat que constantment calgués avançar o readaptar les directrius que anaven apareixent.

MARIA PARET FARELL  
ELENA MORAL LÓPEZ  
MANUEL CAMPÍÑEZ NAVARRO  
MÓNICA PUIG CASANOVAS  
MERCÈ AGUILAR ANTÓN  
GRUP COL·LABORATIU SEGURETAT  
CAP VALLCARCA

Centre d'Atenció Primària:  
EBA Vallcarca

Correu electrònic de contacte:  
mcampinez@ebavallcarca.cat

## Protecció. Prioritat en temps de pandèmia

### Introducció

Els primers casos de professionals confinats per exposició al coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV2) ens van sobtar i colpir. Immediatament es va plantejar la necessitat d'establir unes mesures de seguretat estrictes per minimitzar els riscos de contagi dels professionals i dels pacients mentre es mantenia l'atenció presencial al centre d'atenció primària (CAP) i al domicili del pacient. La nostra àrea bàsica de salut comprèn un territori extens i orogràficament difícil, amb escàs espai d'estacionament. Tradicionalment, l'atenció domiciliària s'havia fet en motocicleta i de manera individual. La manca de material protector feia necessària l'optimització dels pocs recursos disponibles.

### Material i mètodes

La Unitat Gestora de la Complexitat (UGC) va elaborar el primer protocol d'atenció domiciliària. Es van llogar dos cotxes amb el doble objectiu de poder transportar tot el material sanitari en cada vehicle, establint zones "netes" i "brutes" als maleters, i de poder treballar en parelles, de manera que només un professional s'exposava entrant al domicili mentre l'altre l'assistia des de fora. Alguns companys de l'àrea d'atenció a l'usuari van col·laborar fent de xofers. La UGC va elaborar materials audiovisuals amb les directrius a seguir. Es van difondre a l'equip assistencial. Es va centralitzar la coordinació de les sortides per fer visites domiciliàries en funció de la demanda clínica i de la disponibilitat de vehicles i conductors.

Per atendre les persones amb sospita de covid-19 es va habilitar una consulta a la planta baixa de l'edifici, amb un espai "brut", on es feia la consulta presencial, un espai intermedi "net", on un professional assistia a qui donava l'atenció directa, i un tercer espai per poder fer ús de material informàtic on gestionar baixes, receptes, etc. La UGC va supervisar el protocol de seguretat d'aquesta "consulta covid-19" i se'n va fer difusió en els canals de comunicació interna.

Quan es van reprendre les visites presencials al centre de salut, es va crear una comissió de seguretat amb representació de tots els estaments per discutir i elaborar protocols d'actuació al CAP, tant pel que feia a la circulació de persones i treballadors, i l'atenció al taulell, com en l'àmbit de la pròpia consulta de medicina i infermeria. S'ha elaborat material audiovisual per difondre'n la informació. Alhora, s'han produït canvis físics pel que fa a la distribució d'espais a les sales d'espera, pantalles protectores al taulell i tota una senyalística de circuits d'entrada i sortida.

### Resultats

Actualment, tot el personal coneix i ha pactat el respecte per les normes de seguretat acordades. Es minimitza al màxim la possibilitat de contagi als pacients mentre se'ls atén. La incidència de la covid-19 per contagi en l'àmbit professional en el nostre centre ha estat molt baixa.

### Conclusions

És necessari establir protocols de seguretat en cada àmbit d'atenció en funció de la disponibilitat de recursos i de les característiques de l'entorn on s'ofereix l'atenció sanitària. La col·laboració entre tots els estaments professionals ha estat clau en l'assoliment dels objectius de millora de la seguretat de professionals i pacients.

ELENA PINTATOM OUTUMURO  
EUGENIA CARDEÑOSA VALERA  
CRISTINA DELSO GAFAROT  
RICARD CONDE TORRES  
MERCEDES ESCUDERO HERNÁNDEZ  
NURIA CALAMARDO CARBONELL

*Centre d'Atenció Primària:  
UFACC Delta de Llobregat*

*Correu electrònic de contacte:  
epintado@ambitcp.catsalut.net*

## Organització per fer front a la covid-19 a les residències geriàtriques del servei d'atenció primària Delta de Llobregat

### Introducció

L'atenció a la cronicitat i a la complexitat al servei d'atenció primària (SAP) Delta de Llobregat s'engloba dins la Unitat Funcional d'Atenció a la Cronicitat i Complexitat (UFACC). Durant la pandèmia de la covid-19 s'ha donat servei a les persones institucionalitzades a les residències geriàtriques ubicades a les poblacions de L'Hospitalet de Llobregat, El Prat de Llobregat, Viladecans, Sant Climent de Llobregat, Gavà, Begues i Castelldefels. La població diana el mes de març era de 2.495 persones a centres geriàtrics i 184 a centres per a persones amb discapacitats físiques i mentals greus. L'atenció sanitària durant la pandèmia ha estat un repte que ha requerit redefinir les funcions i reorganitzar la dinàmica d'alguns professionals dels equips d'atenció primària del territori per poder centrar-se en l'abordatge de les persones institucionalitzades. Aquest canvi ha suposat deixar de banda totalment o parcialment les seves funcions ordinàries als equips. Per a la cobertura sanitària de les necessitats emergents derivades de la infecció pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2), la UFACC ha comptat amb els equips de gestió de casos i amb els d'atenció continuada de la cronicitat tardana i d'atenció continuada (SEVIAC).

### Material i mètodes

Els equips de gestió de casos (set especialistes en medicina familiar i comunitària i catorze d'infermeria) i els equips d'atenció continuada (cronicitat tardana i SEVIAC) formats per professionals sanitaris especialitzats i un vehicle a la seva disposició van intensificar l'atenció directa a les 55 residències de la SAP Delta de Llobregat, entre residències geriàtriques i de discapacitat física i intel·lectual. Van fer la contenció dels brots (identificació dels casos index, aïllament de pacients, divisió per sectors de les llars, presa de mostres de les proves de reacció en cadena de la polimerasa amb transcriptasa inversa (RT-PCR), prescripció de concentradors d'oxigen, etc. i van garantir el servei les 24 hores del dia els 365 dies de l'any. Es va implementar un registre diari de cada residència. Hi constaven les característiques dels residents, les mesures organitzatives del centre, la descripció dels perfils professionals, l'estructura i l'equipament, i els equips de protecció individual (EPI) disponibles. Es verificaven, així, les activitats preventives en la seguretat del pacient i el seguiment de les incidències.

### Resultats

L'activitat assistencial acumulada dels equips d'atenció a la cronicitat integrats a la UFACC des de l'1 de març fins al 30 de juliol de 2020 va ser d'11.331 visites presencials, 2.135 atencions telefòniques i 1.929 visites administratives: un total de 15.395 visites. El percentatge de població exposada amb RT-PCR ha estat del 95,91%: el 37,64% de la qual ha resultat positiu per a covid-19 positiu. En total són 460 casos diagnosticats i 36 de probables, amb un total d'èxits de 182 persones.

### Conclusions

Es va poder minimitzar l'expansió de la pandèmia a les llars residencials i es van optimitzar els recursos disponibles. S'ha redefinit el rol dels professionals dels equips de cronicitat i se'ls ha integrat en la cobertura de la població institucionalitzada, amb resultats satisfactoris i sense deixar de banda la seva tasca assistencial habitual d'atenció dels pacients amb malaltia crònica avançada.

M<sup>a</sup> JOSÉ GARCÍA SERRANO  
MONTSERRAT VILARRUBIAS CALAF  
ELISENDA FLORENSA CLARAMUNT  
PEP RICART CASAS  
SANDRA MORENO PAGAN  
ISABEL POLA

*Centre d'Atenció Primària:  
EAP Vilanova del Camí*

*Correu electrònic de contacte:  
mjgarcias.cc.ics@gencat.cat*

## Actuació de l'equip de cronicitat de l'Anoia en la covid-19

Per fer front a l'emergència sanitària de la covid-19 al servei d'atenció primària (SAP) Anoia ens vam organitzar per línies assistencials: atenció diferenciada de la covid-19, pediatria i atenció sexual i reproductiva (ASSIR), atenció telefònica, residències... i també equips de cronicitat dins i fora de la conca d'Òdena. Ens vam plantejar un abordatge proactiu amb l'objectiu d'atendre a casa els pacients crònics complexos (PCC), dins del model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA), d'atenció domiciliària (ATDOM) i pal·liatiu, i es va elaborar un procediment per preservar la seguretat dels professionals, garantir la seguretat clínica, integrar l'abordatge comunitari per disminuir l'impacte de la covid-19, enfortir la xarxa amb els programes d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES) hospitalaris i treball social. Consensuar criteris ètics i tècnics comuns per afrontar la situació es va fer imprescindible.

La longitudinalitat de l'atenció primària permet conèixer millor les necessitats i la situació dels pacients.

### Material i mètodes

1. Detecció precoç, acompanyament i prevenció de la cronicitat. És important que aquesta acció sigui feta per un equip multidisciplinari de treballadors/ores socials, terapeuta ocupacional, infermeria i metges/esses de família, PADES de l'Hospital d'Igualada, farmàcia d'atenció primària o farmàcia comunitàries, ajuntaments, policia local i consell comarcal.
2. Els professionals de l'equip realitzen la categorització de l'agudització de la situació: vinculada a covid-19, de final de vida o de descompensació de malalties cròniques.
  - a. Revisió de la història clínica: diagnòstics, medicació, tractaments, declaració de voluntats anticipades (DVA) o pla de decisions anticipades (PDA) previs.
  - b. Contacte telefònic per fer una valoració general: seguiment del confinament, suport logístic, situació clínica, suport emocional. Valoració de les possibles descompensacions, criteris d'urgència, criteris d'ingrés hospitalari agut o sociosanitari.
  - c. Visita domiciliària inicial i de seguiment per garantir l'atenció sanitària i social a domicili dels pacients PCC, MACA, ATDOM i pal·liatiu, dels pacients covid-19 i no covid-19, i facilitar-los un número de telèfon mòbil de contacte directe.
  - d. Coordinació amb treball social, teràpia ocupacional, PADES hospitalari, especialistes hospitalaris, sociosanitari, metges/esses i infermeria dels diferents equips d'AP.
3. Aspectes ètics. Valoració integral del pacient i no de la malaltia aïllada; evitar la futilitat terapèutica; acompanyar i enfortir els vincles afectius i elaborar un PDA.
4. Preparació de documentació i dels recursos necessaris.
  - a. PDA.
  - b. Medicaments en situació d'últims dies i preparació de kits. Utilització de bombes de perfusió pal·liativa.
  - c. Seqüència d'actuació per a l'atenció domiciliària en cas d'un pacient sospitós o confirmat de covid-19.
  - d. Nivells d'adequació diagnosticoterapèutica.

### Resultats

L'equip de la conca (un/a metge/essa de família i un/a infermer/a) va fer 694 visites (telefòniques: 53%; a domicili: 36%, i 9E: 11%) fins al 12 de juny de 2020. D'aquestes, el 6,8 % van ser a pacients MACA i el 3,5% a PCC.

Els principals motius de visita a domicili van ser el seguiment post-covid-19, insuficiències cardíaques descompensades, malalties neurològiques, neoplàsies avançades, senilitat, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) greu, nafres, dolor no neoplàsic, descompensació de cardiopaties (no ICC) i problemes de salut.

### Conclusions

Cal una valoració integral del pacient i no de la malaltia de manera aïllada. Conèixer els valors i preferències de la persona i fer el DVA o la PDA. Durant la pandèmia, els plans s'han fet molt de pressa i s'han pres moltes decisions que haurien d'haver estat ja tractades en un pla previ correctament treballat.

La creació dels equips de cronicitat i pal·liatiu ha permès mantenir una assistència sanitària de qualitat en els pacients més fràgils que durant la pandèmia necessitaven assistència urgent, i ha permès un seguiment vinculat amb la covid-19 (millora o defunció a domicili) o lligat a altres descompensacions, mantenint la longitudinalitat.

S'ha donat el màxim suport a les famílies als seus domicilis i s'ha fet acompanyament en el dol.

La millor recomanació a partir de l'experiència és evitar la futilitat terapèutica en aquells pacients que desitgen quedar-se a casa, i assumir riscos, treballar amb incertesa, fer seguiments estrets, mantenir la longitudinalitat, mantenir l'accessibilitat i acompanyar, acompanyar... i acompanyar.



ELISENDA SANT ARDERIU  
GEMMA GOMIS PASARIN  
MIREIA PUJOL TRAITÉ  
MARTA CATALÁN ADELL  
VALENTÍ ARAGUNDE MIGUENS  
ETHEL SEQUEIRA AYMAR

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAPSBE Casanova*

*Correu electrònic de contacte:*  
*sequeira@clinic.cat*

## Gestió de la crisi de covid-19 al centre d'atenció primària Casanova

### Introducció

El 26 de febrer de 2020 detectem el primer pacient sospitós al nostre centre. En aquell moment, ens veiem obligats a canviar sobtadament el nostre model d'atenció per mantenir els valors d'accessibilitat i longitudinalitat i incorporar la seguretat individual i el maneig d'una patologia amb moltes incerteses i nous escenaris sense assignació de nous recursos. Cal molta flexibilitat i rapidesa per adaptar l'oferta del centre a una demanda constantment canviant.

### Material i mètodes

El centre d'atenció primària (CAP) Casanova es dotà d'una comissió de crisi interdisciplinària i d'un procediment de treball en constant revisió. Es dividiren els equips en dos per combinar presencialitat i teletreball. Es volcà el gruix de l'activitat en les visites no presencials: telefòniques, eConsulta, en línia i videoconsulta. Es van definir "posicions" de treball i s'establiren ràpidament els circuits de visites presencials: sospitosos i no sospitosos de covid-19.

### Resultats

Microequips amb "capitans" que facilitaren la ràpida introducció de canvis en agendes, consultes i posicions. El teletreball minimitzà el risc de contagi entre els professionals, facilità la conciliació i disminuï la càrrega emocional dels professionals. Alhora, permetia disposar de consultes suficients per establir els circuits de "net" i "brut". La comissió de crisi detectà necessitats i introduí canvis en el procediment de forma dinàmica, i garantí el compliment dels protocols per part de tot l'equip en tot moment. Es va promoure insistentment l'ús de La Meva Salut i de l'eConsulta. Es van definir les posicions de "portes" de medicina (metge/essa de família [MF]) i d'infermeria (INF): detectaven pacients amb clínica sospitosa i resolien qualsevol demanda que tingués solució des d'allà; d'aguts (MF i INF), per a patologies no sospitoses de covid-19, i de respicap (MF i INF), per a patologies sospitoses de covid-19. Inicialment es treballà amb una agenda telefònica comú per a medicina i aguts, i una telefònica per a infermeria. Quan disminuï el nombre de casos de covid-19, es reinstauraren les agendes individuals no presencials i progressivament s'hi introduïren visites presencials (9R; a càrrec només del propi professional sanitari). Es reestablí el control de crònics i es prioritzaren els pacients d'alta complexitat. Per a INF es definiren demandes concretes, que podien programar des de la unitat d'atenció a la ciutadania (UAC): control de l'índex internacional normalitzat (INR), injectables o retirada de punts. Domicilis d'MF i equip d'atenció domiciliària d'INF. Es formà una UAC per ajudar en la retirada d'equips de protecció individual (EPI) dels domicilis.

### Conclusions

La capacitat d'adaptació de l'equip, de les agendes i dels tipus de visita va ser clau per poder donar la millor resposta en cada moment de la pandèmia. Es va donar resposta a totes les demandes urgents i es va poder reintroduir durant unes setmanes el seguiment de la patologia crònica. La comprensió inicial de la població de la situació de crisi va facilitar la gestió, però l'empatia de la població s'està perdent i la demanda per patologia banal és creixent. L'AP no disposa en aquests moments de recursos suficients per donar resposta a la demanda. Cal limitar l'accessibilitat (especialment de demandes no pertinents). El gran problema que hem d'afrontar és la manca d'espais per ubicar els gestors de la covid-19 i de les proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) als contactes de pacients amb covid-19. En aquests moments, tot i la nostra gran versatilitat, no s'hi pot donar resposta.

DOLORS BASAS PRAT  
OLIVIA RUBIO MULA  
YOLANDA ESTANY ALMIRALL  
XAVIER CANTERO GÓMEZ  
CARME RIERA MINGUET  
SEM

*Centre d'Atenció Primària:  
EAP Igualada Urbà*

*Correu electrònic de contacte:  
mdbasas.cc.ics@gencat.cat*

## Carpa del Servei d'Emergències Mèdiques al centre d'atenció primària de l'Anoia durant la pandèmia de la covid-19

### Introducció

El 12 de març de 2020, la conca d'Òdena va ser el primer territori de tot l'estat en patir un confinament total amb l'objectiu de frenar la pandèmia originada pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2).

Davant d'aquesta crisi sanitària, l'atenció primària (AP) del territori va haver de frenar en sec la seva activitat habitual per bolcar-se en la gestió de la pandèmia i prioritzar la detecció de casos, optimitzar la derivació a l'hospital dels casos necessaris i identificar els contactes estrets i el seu seguiment per contenir el contagi comunitari.

### Material i mètodes

1. Unificació de l'assistència: per ser màximament resolutius i disposar del màxim nombre de professionals, des del centre d'atenció primària (CAP) Anoia 1 es va donar l'assistència presencial i domiciliària a pacients tant covid-19 com no covid-19, dels 65.000 habitants de tota la conca (Igualada, Vilanova del Camí, Santa Margarita de Montbui i Òdena). El CAP de Vilanova oferia l'assistència d'atenció sexual i reproductiva (ASSIR), odontologia i treball social; el CAP de Montbui es va convertir en un *call center*, i el CAP Igualada 2 gestionà l'assistència a les set residències.
2. Creació d'agendes gestionades indistintament per professionals de medicina i d'infermeria i unificades segons la cartera de serveis prioritzada en la pandèmia:
  - Agenda RESPI: patologia covid-19. A la carpa es visitaren una mitjana de 48 pacients diaris amb sospita de covid-19 (24 h/dia, tots els dies de setmana).
  - Agenda ATM: patologia aguda no covid-19.
  - Agenda DOMRE: atenció domiciliària de patologia covid-19.
  - Agenda de cronicitat: detecció proactiva de pacients crònics complexos, del model d'atenció a la cronicitat avançada i d'atenció domiciliària i pacients en situació d'últims dies; i el seu seguiment telefònic o domiciliari.
  - Agenda TELEF: consultes telefòniques del dia (amb una mitjana de 350 trucades).
  - Agenda TELEF MGIT: seguiment dels pacients en incapacitat temporal (amb una mitjana de 200 en confinament total).
  - Agenda TELEF COROV: seguiment dels pacients diagnosticats de covid-19, lleu i moderat (amb una mitjana de 80 pacients diaris).
  - Agenda POST: seguiment telefònic i presencial de pacients ingressats i donats d'alta per covid-19 (amb una mitjana de 30 diaris).
3. Creació de l'àrea covid-19: del 12 al 19 de març es va dividir en sectors la primera planta del CAP Anoia per a l'atenció a pacients respiratoris.  
Per tal d'optimitzar aquesta assistència i poder garantir una disminució dels contagis als pacients que anaven al CAP, des del 20 de març i fins al 15 d'abril es va desplegar una carpa del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) de Catalunya, amb activitat 24 h/dia.  
En aquesta carpa hi treballaven cada dia un/a tècnic/a del SEM o un/a administratiu/va sanitari/ària que gestionava els fluxos de pacients amb sospita de covid-19 o no. A dins de la carpa hi havia un/a professional d'infermeria que realitzava una primera valoració amb presa de constants, i un equip format per un/a infermer/era i dos metges/esses del CAP, que realitzaven una valoració completa: anamnesi i exploració física i, si calia, es completava la valoració amb una ecografia i o una radiografia de tòrax, o una analítica amb perfil de covid-19. En funció de l'orientació diagnòstica es decidia el tractament domiciliari o la derivació hospitalària.
4. La carpa era desinfectada diàriament per un equip específic. La disponibilitat d'equips de protecció individual (EPI) estava garantida per torns i professionals.
5. Hi havia un protocol de sospita de la covid-19 (diagnòstic i tractament) disponible per a tots els professionals: actualització diària o setmanal segons les recomanacions nacionals i internacionals.

### Conclusions

La carpa va permetre organitzar-nos millor: es podia atendre els pacients de covid-19 i no covid-19 de manera més segura i amb l'evidència científica de cada moment.

També es va minimitzar al màxim el risc de contagi dels professionals.

BEATRIZ PÉREZ GONZÁLEZ

CARME RODRÍGUEZ FORN

XAVI CANTERO GÓMEZ

DOLORES LÓPEZ GOSP I TOTS ELS

PROFESSIONALS DE L'ANOIA QUE S'HAN

FORMAT DURANT LA PANDÈMIA

CARME RIERA MINGUET

GRUP ECOAP CAMFIC

Centre d'Atenció Primària:

EAP Santa Margarida de Montbui

Correu electrònic de contacte:

[bperez.cc.ics@gencat.cat](mailto:bperez.cc.ics@gencat.cat)

## Ecografia pulmonar en la covid-19 a la conca d'Òdena

### Introducció

En els darrers anys, el Servei Català de la Salut ha equipat els centres d'atenció primària (CAP) amb ecògrafs. Actualment els vuit equips d'AP de l'Institut Català de la Salut a l'Anoia disposen d'ecògrafs.

L'ecografia pulmonar és una exploració nova (consens internacional del 2012), té una corba d'aprenentatge ràpida. La tècnica és senzilla, innòcua, econòmica i no requereix d'experiència prèvia en altres ecografies. També permet fer simultàniament l'exploració radiològica i la clínica.

Durant la pandèmia de la covid-19, l'ecografia pulmonar ha passat a ser la protagonista del diagnòstic precoç.

La conca d'Òdena, formada per 4 municipis (Igualada, Òdena, Santa Margarida de Montbui i Vilanova del Camí) va ser l'epicentre de la pandèmia de la covid-19.

### Material i mètodes

El 27 de març del 2020, al CAP de Santa Margarida de Montbui s'organitzà la primera formació per videoconferència amb el grup de docents d'ecografia clínica a l'AP (ecoAP) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Partíem de 2 professionals formades en ecografia pulmonar a l'Anoia.

El 9 d'abril es va iniciar el curs del grup d'ecoAP de la CAMFIC, gratuït i en línia, amb més de 8.000 inscrits a Catalunya amb l'objectiu d'adquirir competències en una exploració ecogràfica sistemàtica del tòrax, identificar les diferents estructures toràciques i centrar-les en la covid-19. El curs comptà amb vídeos explicatius i debats d'experts i alumnes. Ara a l'Anoia hi ha 60 professionals formats (53 metges/esses de família i 7 infermers/es).

A l'Anoia es creà l'algoritme d'actuació davant la sospita de covid-19 de l'Anoia, que valora la clínica, comorbiditats, criteris de gravetat, tractament i seguiment. L'ecografia pulmonar hi té un paper important. L'ecografia pulmonar té una sensibilitat d'entre el 85 i el 90% per detectar pneumònia, molt superior a la de la radiografia simple, i permet realitzar un cribratge des de l'AP molt més àgil.

Es va adoptar el full de registre d'ecografia del grup ecoAP de la CAMFIC, primer en format paper i després electrònic. Actualment es troba dins d'un full d'intel·ligència activa de l'eCAP.

### Resultats

Al CAP Anoia es va centralitzar l'atenció de covid-19 a la carpa habilitada pel Servei d'Emergències Mèdiques (SEM). S'hi disposava d'un ecògraf per a l'atenció i per donar la màxima resolució al *point of care*. Els professionals formats aplicaven el circuit, que consistia en la presa de constants, l'exploració física, l'ecografia pulmonar i l'analítica, i que permetia estratificar el risc d'afectació pulmonar en una mateixa visita, minimitzar el desplaçament del pacient i prioritzar la derivació hospitalària només d'aquells pacients que ho necessitessin.

El 70% de les visites fetes a l'agenda RESPIRATORI covid-19 tenen ecografies, amb una mitjana de 30 diàries.

Inicialment es realitzaven radiografies pulmonars i ecografies a la majoria dels pacients derivats. En qüestió de setmanes (postformació de la CAMFIC), l'ecografia va passar a ser el *gold standard* del complement a l'exploració. La nostra experiència és que les ecografies compatibles amb la normalitat no van presentar complicacions posteriorment.

L'ecografia pulmonar en la covid-19 va ajudar a ser més resolutius i a treballar amb menys incertesa: fou una bona eina de cribratge. Si hi ha un rebrot, estem preparats: amb més ecògrafs i amb més professionals formats. L'ecografia en l'AP ha arribat per quedar-se en la pràctica diària.

NURIA CARRE LLOPIS  
MARTA SAGARRA CASTRO  
TERESA TORRENTS COMAS  
SUSANA PASQUET AZTARAIN

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Piera

Correu electrònic de contacte:  
ncarre.cc.cis@gencat.cat

## Canvi de model de les residències a l'Anoia a causa de la covid-19

### Introducció

Davant de la crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2), es va fer necessària una intervenció d'alta intensitat assistencial a les residències, amb el lideratge de l'atenció primària i comunitària.

Aquesta experiència està centrada en l'explicació de les mesures de contenció de la pandèmia aplicades a les residències geriàtriques de l'Anoia i també presenta línies de millora de la gestió de l'àmbit residencial.

#### 1. Accions realitzades.

- Identificació del dispositiu de professionals responsables de l'atenció.
- Subministrament d'equips de protecció individual (EPI) i formació sobre el seu ús correcte.
- Coordinació prèvia i criteris de trasllat a l'hospital.
- Sectorització/aïllament i circuits amb visita conjunta amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT).
- Identificació dels pacients i prioritització.
- Identificació dels pacients amb oxigenoteràpia.
- Revisió del Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC), medicació i pla de decisions anticipades (PDA).
- Atenció en el final de la vida.
- Atenció amb patologia covid-19 i no covid-19.
- Cribratge precoç amb proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) de residents i de treballadors (iniciat el 3 d'abril d'enguany i que es completà el dia 17 del mateix mes).
- Intervenció específica d'MSF i del Servei d'Emergències Mèdiques a les residències.

#### 2. Detallar el treball diari dels professionals assignats dels equips d'AP durant la pandèmia.

- Contacte telefònic: prioritzar l'activitat de les residències preguntant per l'evolució dels residents i els equips de protecció individual (EPI).
- Visites presencials als pacients i de seguiment per a demandes assistencials referents a la covid-19 (realització de PCR, ecografia pulmonar, medicació) i no covid-19 (descompensació de comorbiditats).
- Tasques de seguiment: omplir un full de càlcul per disposar d'una imatge de la situació de cada residència i pacient, realitzar un informe i registrar les intervencions que s'envien al CatSalut i a la Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Catalunya Central (UVERCC) diàriament durant la pandèmia.

#### 3. Pla de desenvolupament d'AP a les residències.

- Potenciar el rol autònom d'infermeria: donar la màxima resolució en les activitats/cures (a l'Anoia hi ha protocols de gestió de la demanda aguda, elaborats per un grup multidisciplinari). Fer propostes de millora per a possibles nous problemes. Incrementar la valoració geriàtrica integral.
- El metge de referència ha de ser el responsable de les tasques assistencials i burocràtiques per a què les decisions tinguin la màxima resolució.
- Mesures higienicodietètiques, mesures de prevenció i promoció de la salut.
- Formació d'un equip multidisciplinari (treball social, infermeria, gerontologia, metge/essa, farmàcia i especialistes) per millorar la comunicació i tenir objectius comuns (polifarmàcia, seguiment d'indicadors de seguretat de fàrmacs) i fomentar la realització conjunta de PICC i PDA.
- Incrementar l'ús de videoconsultes.

### Recursos

Els equips sanitaris disposaren de:

- Un full de càlcul de seguiment creat per homogeneïtzar la informació de tots els equips d'AP i residències amb: tipus de residència, responsable higienicosanitari, codi d'identificació personal (CIP), nom, edat, data d'ingrés, data de reingrés a domicili, aïllament, data de trasllat a l'hospital, data d'alta, data de PCR, resultat de PCR, data immunoglobulina (Ig) i resultat, tipus de pacient, oxigenoteràpia. El registre s'inicià el 16 d'abril i finalitzà el 31 de juliol.
- Informe diari de les intervencions realitzades.
- Abordatge del tractament farmacològic al pacient amb covid-19, a domicilis i a residències. Procediment de medicació de final de vida.
- Disposició immediata de medicaments (*sets*) per a tractaments actius i de final de vida a les residències.
- Quadre de comandament amb indicadors de seguiment assistencials, qualitatis i quantitatis de les residències.

### Conclusions

Creiem que l'AP ha de ser l'únic equip sanitari responsable de l'atenció integrada a les residències, amb un únic registre d'informació, i que ha de coordinar els diferents nivells assistencials sanitaris i socials del territori i l'accés a totes les especialitats sanitàries i recursos necessaris per a una atenció de qualitat.

Aquesta pandèmia ha tingut un alt impacte en nombre de vides a les residències.

El cribratge precoç dels residents i treballadors i la divisió en sectors han estat punts clau en el control de la pandèmia, juntament amb el registre homogeneïtzat de les variables necessàries per al seguiment de l'evolució dels pacients.

MONTserrat GENS BARBERÀ  
EULÀLIA ORIOL COLOMINAS  
GASPAR GONZÁLEZ PÉREZ  
OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN  
YOLANDA MENGÍBAR GARCÍA  
NEUS CAMAÑES GARCÍA

*Centre d'Atenció Primària:  
Unitat Qualitat Camp de Tarragona  
ICS*

*Correu electrònic de contacte:  
mgens.tgn.ics@gencat.cat*

## Transformació de l'Hotel SB en l'Hotel salut SB Camp de Tarragona durant la pandèmia covid-19

### Justificació i objectius

L'aïllament domiciliari dels pacients infectats pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) és una de les mesures més efectives per reduir la seva transmissió comunitària. Entre les indicacions del Servei Català de la Salut per fer front a aquesta pandèmia es plantejà la necessitat de transformar hotels en hotels salut (HS) per tal de garantir l'aïllament temporal efectiu dels pacients infectats o dels contactes estrets que no podien realitzar-lo al seu habitatge.

### Metodologia

Des de la Unitat de Qualitat del Camp de Tarragona-Institut Català de la Salut s'elaborà el pla funcional de l'HS SB-Express, que s'ha aplicat des del 7 d'abril de 2020 fins l'actualitat (31 de juliol de 2020). Descriu:

- Criteris d'admissió dels ingressos: 1) perfil dels pacients: pendent del resultat de la prova de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) (P0), asimptomàtic-PCR+ (P1), simptomàtic-lleu (P2), amb simptomatologia que no requereix atenció sanitària de major complexitat (P3, i s'inclou l'escurçament d'estades hospitalàries), contacte estret amb cas sospitós (C0) o amb cas confirmat (C1), i s'exclouen pacients dependents i menors d'edat no acompanyats; i 2) avaluació social, de les característiques de l'habitatge i dels convivents.
- Diagrama de flux dels pacients: detecció i derivació, gestió de la sol·licitud d'ingrés, acollida administrativa, valoració sanitària i procés d'alta amb enquesta de satisfacció. La detecció del cas i el diagnòstic fou realitzat per qualsevol dels proveïdors de serveis sanitaris del Camp de Tarragona d'atenció primària (AP), centres hospitalaris, sociosanitaris o del Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica (SUVEC) de la pròpia regió sanitària.
- Descripció i dotació del servei: estructura arquitectònica (dividida en sectors per perfils d'usuari i complint les normes de control de la infecció), recursos professionals, equipaments i materials. Capacitat màxima de 160 llits.
- Processos assistencials: pivoten sobre els professionals d'AP. Creació d'un equip multidisciplinari amb formació específica, liderat per infermeria i tècnics i tècniques en cures auxiliars d'infermeria (TCAI), amb suport de metges i metgesses de família. En cas necessari, activació de l'assistència social o d'atenció psicològica o psiquiàtrica. Coordinació mitjançant reunions setmanals de seguiment i avaluació.
- Processos de suport: farmàcia, restauració, neteja i desinfecció, manteniment, bugaderia, gestió de residus i seguretat, que es gestionen des de l'hospital de referència.
- Disseny de l'aplicació Hotel Salut.
- Pla de comunicació externa.

### Resultats

Fins a l'actualitat (31 de juliol) s'han realitzat 148 ingressos (112 pacients i 36 professionals de la sanitat). Segons l'origen: 62 (41,9%) d'AP; 75 (50,7%) d'hospital; 11 (7,4%) del SUVEC. Perfil dels pacients: 2 (1,3%) P0, 53 (35,8%) P1, 56 (37,8%) P2, 18 (12,2%) P3 i 19 (12,9%) C1. Activitat total, 880 visites: 824 (93,6%) del personal d'infermeria i 56 (6,4%) de metges i metgesses; 515 (58,5%) virtuals i 365 (41,5%) presencials. Altes: 119 (1.551 dies d'estada totals, amb estada mitjana de 13 dies). Únicament 1 cas (0,8%) derivat a l'hospital de referència. Enquesta de satisfacció (84 respostes sobre 119 altes [70,6%]): satisfacció global (bé o molt bé) del 97,5%; àrees valorades bé o molt bé: acollida (100%), informació rebuda (100%) i tracte rebut (98,3%).

### Conclusions

L'HS ha permès l'aïllament efectiu dels pacients amb dificultats per realitzar-lo al seu domicili. La majoria han estat casos asimptomàtics o poc simptomàtics, i contactes estrets. Destaca el lideratge del col·lectiu d'infermeria durant el seguiment dels pacients. La derivació a l'hospital es pot considerar nul·la. Els usuaris han valorat molt positivament l'atenció rebuda durant l'aïllament. La gestió compartida, amb el lideratge del procés assistencial per part d'AP i dels processos de suport per part de l'hospital, ha estat clau per donar una atenció integral i de qualitat.

EUGENIA CARDEÑOSA VALERA  
ELENA PINTADO OUTUMURO  
CRISTINA DELSO GAFAROT  
CARME KIRCHNER ROVIRALTA  
NÚRIA CALAMARDO CARBONELL  
RICARD CONDE TORRES

*Centre d'Atenció Primària:  
Centre d'Urgències d'Atenció  
Primària Pura Fernández*

*Correu electrònic de contacte:  
ecardenyosa@ambitcp.catsalut.net*

## Reorganització durant la pandèmia de l'atenció domiciliària de l'atenció continuada i urgent de caràcter territorial i de la unitat d'atenció a la cronicitat i a la complexitat Delta de Llobregat

### Introducció

L'atenció continuada i urgent de caràcter territorial (ACUT) i la Unitat d'Atenció a la Cronicitat i a la Complexitat (UFACC) del SAP Delta de Llobregat van desenvolupar una estructura innovadora durant les primeres setmanes de la pandèmia per oferir una atenció domiciliària segura i de qualitat a la població del Baix Llobregat. Es va distingir entre l'atenció a domicili de caràcter agut per a la població general en horari de nits i festius, i aquella que assegurava un continuïum assistencial en l'atenció dels pacients més vulnerables i del seu entorn, fent èmfasi, en tots els casos, en la seguretat dels pacients i dels professionals.

### Material i mètodes

Es van distingir dos tipus d'equips de domiciliària aguda (covid-19 i no covid-19), un equip de cronicitat diürn i altre nocturn de l'equip 7/24 (atenció continuada [SEVIAC]). L'equip de domicilis habitual està format per un auxiliar administratiu, tres metges/esses i tres conductors, amb tres vehicles d'empresa. Durant la pandèmia es va afegir un/a infermer/a amb coneixements en pal·liatius o de l'equip 7/24 (SEVIAC) a un dels equips i es va anomenar *equip covid-19*, mentre que els altres dos equips habituals atendien els pacients sense clínica suggestiva de patir la malaltia. Es va incorporar també durant els caps de setmana una altra figura mèdica per filtrar telefònicament totes les demandes domiciliàries i assegurar l'assignació correcta d'avisos als equips. L'equip de cronicitat estava format per una metgessa i un/a infermer/a gestor/a en torn diürn que rebia els avisos dels diferents equips de cronicitat de la zona. A la nit i durant els caps de setmana assumien la cobertura l'equip SEVIAC (un/a metge/essa i un/a infermer/a experts en atenció pal·liativa), un telèfon de contacte, que es comunicava als cuidadors de pacients fràgils, i un vehicle d'empresa. A tots els professionals se'ls proporcionaven equips de protecció individualitzada adequats.

### Resultats

Des de l'1 de març fins al 28 de juny es van valorar i gestionar 586 atencions de forma telefònica, 1.758 visites domiciliàries no covid-19 i 100 visites domiciliàries covid-19. L'equip de cronicitat i SEVIAC va gestionar 1.816 consultes telefòniques i va realitzar 706 visites a domicili.

### Conclusions

Es va poder fer una atenció domiciliària orientada mitjançant la reorganització dels recursos disponibles al territori segons el tipus de demanda que es requeria en cada cas i tenint cura d'evitar la propagació del virus tot diferenciant els circuits.

NELSON URRÀ  
DANIEL BRON  
EDUARDO LÓPEZ  
ROSER QUINTA  
MAR RODRÍGUEZ  
EVA M<sup>a</sup> CALVO

*Centre d'Atenció Primària:  
Canet de Mar*

*Correu electrònic de contacte:  
ecalvo.mn.ics@gencat.cat*

## Covid-19. Experiència d'organització per fer-hi front a les residències geriàtriques

### Introducció

El maneig de la infecció per coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) a les residències ha estat un dels més importants reptes de l'atenció primària (AP) durant la pandèmia.

La població de les residències presenta més vulnerabilitat en front de la covid-19 que la població general (major gravetat i velocitat de propagació). Són factors causals d'aquesta vulnerabilitat l'edat avançada, més comorbiditat, el contacte estret amb cuidadors i convivents, els entorns tancats i una taxa de mortalitat entre el 27 i el 30%.

### Material i mètodes

A causa de la propagació de la covid-19 en una residència geriàtrica de la nostra àrea, es va haver de reestructurar l'assistència sanitària al centre d'AP.

En pocs dies, ens vam trobar amb un pic inicial de pacients complexos que necessitaven assistència per a la covid-19. Ni la malaltia ni els pacients eren coneguts per l'equip: això suposà un treball inicial ingent per valorar la situació basal de cadascú.

L'equip s'organitzà en torns alterns de 12 hores de treball, dos equips de dos metges/esses i dos infermers/eres per torn, a més de l'equip de residències habitual, que es va encarregar de l'atenció de les residències sense casos positius. Els dos equips nous es van fer responsables de cada una de les dues àrees en què es dividia la residència.

Es van recollir dades de les escales de deteriorament global (GDS) i de fragilitat clínica de Rockwood. Es va elaborar un protocol inicial i de seguiment dels pacients, basat en el protocol de l'Institut Català de la Salut i adaptat a la nostra idiosincràsia. S'hi especificaven tractaments i criteris d'actuació, així com la indicació de derivació.

Es va aconseguir un ecògraf portàtil per fer una ecografia pulmonar a peu de llit, medicació oral i intravenosa, oxigenoteràpia amb concentradors i equips de seroteràpia que no utilitzem habitualment en la nostra pràctica diària.

Diàriament es visitaven els residents, tant els ja valorats com els casos nous. Es contactava telefònicament amb els familiars dels visitats, se'ls informava i es consensuaven les decisions. Es feien els tràmits adients: derivacions, coordinació d'ambulàncies, radiografies... en coordinació amb els serveis de l'hospital de referència. Segons les necessitats de l'equip d'infermeria, es feia una segona visita per ajudar en les cures dels pacients aïllats o de suport a la seroteràpia.

### Resultats

Total: 172 pacients visitats. Proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) positives: 161. El 32% eren homes; edat mitjana: 84,5 anys. Rockwood mitjà: 4. Índex de grups de morbiditat ajustada (GMA) mitjana: 13.

Entre el 20 d'abril i el 20 de maig de 2020 es van realitzar 313 visites domiciliàries a la residència i 313 trucades telefòniques a familiars. Es van fer 32 trasllats a sociosanitari i, a l'hospital de referència, 13 a planta habilitada i 21 a urgències. Seguiment a la residència: 116. Dels quals, 13 per hospitalització a domicili i 103 per equips del CAP. Es van coordinar 11 radiografies urgents ambulatòries. Va haver-hi 35 èxits.

### Conclusions

Les residències, en general, no estan dotades de la infraestructura i, sobretot, del personal necessari per afrontar una epidèmia, molt menys una d'aquesta magnitud.

És indispensable la coordinació i col·laboració estreta entre nivells i amb l'atenció primària, ja que els residents són tributaris d'una atenció pública de qualitat, com la resta de pacients. Això implicaria una transformació del model assistencial que aconseguís models més eficaços i sostenibles que garanteixin l'atenció i la dignitat en el final de la vida i en la mort dels nostres avis.



**MÒNICA SOLANES CABÚS**  
GRUP ECOAP CAMFiC

*Centre d'Atenció Primària:*  
*CAP Onze de Setembre*

*Correu electrònic de contacte:*  
*monicasolanescabus@gmail.com*

### Adaptació i superació en temps de la covid-19

El meu centre d'atenció primària (CAP) es va transformar el dia 2 de març: aquell dia es van anul·lar les cites programades i la direcció del centre, comptant amb la col·laboració dels professionals, va reordenar tots els circuits i activitats.

El nostre centre compta amb dues portes d'accés, bessones però distants. Això va permetre diferenciar, ja des de l'exterior, l'atenció amb orientació a la covid-19 de la resta.

A l'interior, l'organització de l'equip va fer un canvi radical. Sorprenentment, tothom hi va encaixar com ho fan les peces d'un complex engranatge que requereix d'una coordinació precisa. La crisi ha propiciat que cada professional explorés al màxim la seva autonomia i capacitat de treball i aportés la pròpia vàlua quan era imprescindible que així fos:

- Els tècnics i tècniques en cures auxiliars d'infermeria (TCAI) han fet una gran feina informativa a les portes del centre i han explicat el nou sistema d'accés amb trucada prèvia. És una feina difícil, de primer contacte, de contenció d'angoixes i amb algun desacord.
- Els administratius i administratives han fet una gestió telefònica imprescindible. Entendre les necessitats de l'usuari i adequar-hi l'oferta assistencial han estat aspectes clau per generar satisfacció externa i interna sense malbaratar el temps dels professionals.
- Infermeria ha assumit amb més autonomia que mai els pacients crònics, ha seleccionat els més vulnerables per fer un seguiment proactiu i ha fet una gestió de casos brillant.
- El servei de neteja ha incorporat totes les recomanacions per donar seguretat a la nostra feina i als usuaris atesos.
- I els metges i metgesses de família i comunitaris? Com ens hem adaptat nosaltres?

La meva vivència personal a l'inici va ser una barreja intensa de desconeixement, confusió, por, patiment, i frustració. També de determinació i de fortalesa:

- Desconeixement de la malaltia a què estàvem fent front.
- Confusió pel canvi constant de protocols i per la manca d'indicacions clares.
- Por per la manca de material d'autoprotecció.
- Patiment per les decisions preses durant la jornada en l'atenció de pacients amb una nova malaltia que cursava amb deterioraments sobtats.
- I frustració, frustració professional per la manca d'eines diagnòstiques i terapèutiques per ajudar els malalts.
- Però també molta determinació i fortalesa, importants per mantenir la serenitat i la professionalitat necessàries.

Tots aquests sentiments em van impulsar a conèixer i utilitzar una eina al meu abast que podia millorar la meua capacitat de maneig de la covid-19: l'ecografia pulmonar. Jo ja tenia experiència amb l'ecografia i després de fer el curs en línia de la Societat de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) vaig aplicar aquesta tècnica a les visites on calia precisar el grau d'afectació del pacient. La cerca de línies B m'ha reconciliat amb la meua pròpia competència clínica, que havia sentit minvada i dilapidada entre informes i baixes.

He experimentat que enmig de la confusió i la sobrecàrrega, poder orientar la meua activitat professional vers una millora competencial m'ha generat un gran confort personal.

La meua especialitat és la més maca i també la més difícil. Atenem els pacients des de l'inici de qualsevol procés, quan cal jugar anamnesi i exploració, i amb escasses proves complementàries. I en fem el seguiment determinant si en algun moment els companys hospitalaris han de continuar-lo. La incorporació de l'ecografia a l'atenció primària és un salt qualitatiu amb una repercussió àmplia sobre l'assistència a la població.

Retornem la clínica a la medicina familiar i comunitària! Que puguem estimar la nostra professió i que això repercuteixi de forma significativa en el benestar de la comunitat!

EUGENIA CARDEÑOSA VALERA  
CRISTINA DELSO GAFAROT  
NÚRIA CALAMARDO CARBONELL  
ELENA PINTADO OUTUMURO  
RICARD CONDE TORRES  
CARME KIRCHNER ROVIRALTA

*Centre d'Atenció Primària:  
Atenció continuada i d'urgències  
de base Territorial Delta de Llobregat*

*Correu electrònic de contacte:  
ecardenyosa@ambitcp.catsalut.net*

## Coordinació entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària per atendre els pacients de covid-19 des dels dispositius d'urgències d'actuació continuada i urgent de caràcter territorial Delta de Llobregat

### Introducció

La pandèmia del coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) ha posat a prova l'actual sistema sanitari i ha obligat des de l'inici els centres d'atenció continuada i urgent (CUAP), com els nostres d'actuació continuada i urgent de caràcter territorial (ACUT) Delta de Llobregat, a reorganitzar-se per donar resposta a la gran demanda aguda de pacients amb febre, tos i dificultat respiratòria que buscaven atenció mèdica. Com a part del servei d'atenció primària (SAP) Delta de Llobregat, el treball en equip amb els centres d'AP del territori ha estat decisiu per atendre la població afectada per la infecció del SARS-CoV-2 i als pacients ja amb la covid-19. Els equips d'AP han controlat la infecció durant la fase de mitigació de l'epidèmia mitjançant el seguiment clínic telefònic dels pacients amb simptomatologia lleu, i han derivat als nostres centres els pacients amb signes de possible gravetat. Analitzant aquestes derivacions vam detectar que hi havia una cohort de pacients hemodinàmicament estables, però amb pneumònia lleu. Ens veiem obligats a derivar-los dels CUAP a les urgències dels nostres hospitals de referència a on se'ls oferia tractament (que tot i tenir poca evidència científica semblava tenir bons resultats en el control de la malaltia) i eren retornats al domicili sense necessitat d'ingrés. En això vam veure una oportunitat de millora i vam oferir ajut als nostres hospitals de referència, dins de l'àmbit de les urgències extrahospitalàries, per disminuir la pressió assistencial dels seus serveis d'urgències i potenciar el treball en xarxa entre l'AP i l'atenció hospitalària del territori.

### Material i mètodes

Ens vam coordinar amb el servei de diagnòstic per la imatge (SDPI) Pura Fernández, el servei d'urgències, el laboratori clínic, microbiologia i farmàcia de l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) per consensuar un circuit de diagnòstic i tractament de la pneumònia lleu en la covid-19. Es va elaborar un algoritme de diagnòstic i es va crear un circuit de recollida de mostra nasofaríngia, sol·licitud al laboratori de les proves de reacció en cadena de la polimerasa amb transcriptasa inversa (RT-PCR) i enviament propi. Es va poder oferir tractament de la farmàcia de l'hospital als pacients que complien determinats criteris i es va posar en marxa una app, compartida per l'HUB i els equips d'EAP per al seguiment virtual i diari dels símptomes dels pacients. Finalment, es va poder implantar a tots els dispositius d'urgències del Baix Llobregat.

### Resultats

Des del 8 d'abril fins a 30 de juny de 2020 es van recollir 198 mostres per realitzar RT-PCR de pacients simptomàtics als CUAP de l'ACUT Delta de Llobregat. Van acceptar participar en la monitorització de símptomes amb la plataforma digital 23 pacients (10 d'ells positius per RT-PCR).

### Conclusions

Va ser una experiència satisfactòria tant a nivell organitzatiu com a nivell assistencial perquè vam poder atendre els pacients coordinant esforços i recursos amb els diferents nivells assistencials del territori.

LAURA CONANGLA FERRIN  
VERONICA MORENO GÓMEZ  
LLORENÇ PUBILL MONASTERIO  
CRISTINA LLEAL BARRIGA  
SÍLVIA RUIZ OLLÉ

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Badalona Centre Dalt La Vila*

*Correu electrònic de contacte:  
lconangla.mn.ics@gencat.cat*

## Equip d'equips

### Introducció

El nostre és un equip petit i que afrontava l'inici de l'epidèmia amb mancances de personal. Era, per tant, de vital importància evitar contagis o aïllaments dels professionals, que haurien fet insostenible el centre. A l'inici de l'epidèmia per coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2), la primera setmana de març, la direcció de l'equip va prendre la decisió de desprogramar tota l'activitat presencial agendada al centre. Encara no hi havia transmissió comunitària, però hi havia tres objectius fonamentals: prevenir contagis en la població, protegir els professionals sanitaris i assegurar l'assistència en condicions.

### Material i mètodes

L'equip es va dividir en dos. Es van crear un equip A i un equip B, a torns alterns: 3 dies presencials al centre i 3 dies de teletreball o *call center*. Els equips estaven formats per personal d'administració, d'infermeria i per metges/esses de família. Un tercer equip transversal, format per la direcció, treball social i gestió de casos, es trobava permanentment al centre, però en una planta separada de l'activitat assistencial. Així es van distingir des del primer moment de l'epidèmia tres àrees de treball: una planta per a activitat assistencial, una planta separada per al *call center* de nova creació i una altra de consultes i despatxos de l'equip transversal (a la quarta planta). A la planta assistencial, lògicament, es va distingir una zona covid-19 i una no covid-19. L'àrea de *call center* es va equipar ràpidament i de manera improvisada amb taules i ordinadors de consultes i sales de treball, i es va dotar de línies de telèfon. Es va proporcionar accés remot a l'eCAP a tot el personal per poder teletreballar des de casa quan haguessin de fer jornada assistencial presencial. L'atenció a les residències, llars habitatge i pisos tutelats va correspondre a l'equip transversal.

Els tres equips van mantenir contacte virtual permanent, però no van coincidir físicament fins al 13 de juliol. Cada equip comptava amb la figura d'un "capità", designat per la direcció i aprovat per votació, que era el portaveu i responsable de liderar l'equip i mantenir-lo informat de les actualitzacions dels protocols. Periòdicament, la direcció informava els capitans dels canvis i novetats perquè es transmetessin als equips.

### Resultats

1. El nostre ha estat un dels barris de Badalona amb menor índex de casos, segons les dades de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
2. Es van poder minimitzar els contagis de professionals (cap metge o metgessa de família de l'equip va estar malalt de la covid-19).
3. S'han enfortit les relacions interpersonals perquè s'ha treballat en equips petits cohesionats. Cada equip ha tingut capacitat d'autodeterminació i gestió, i certa autonomia en la resolució de conflictes. S'han pres decisions molt diferents, però igualment vàlides davant situacions similars.

### Conclusions

1. Desprogramar l'activitat presencial des de la primera setmana de març, abans que es notifiqués la transmissió comunitària, va contribuir a fer que la taxa de casos al barri es pogués controlar.
2. Mantenir la separació física entre els diferents professionals assistencials des d'un primer moment va permetre disminuir el risc de contagi en el personal.
3. L'activitat en petits equips fomenta la col·laboració i millora la comunicació interna i la gestió de conflictes.

FELIPE SAATDJIAN MALDONADO  
EVA LECEAGA GAZTAMBIDE  
ROSA ESCAMILLA CAMBRES  
NURIA PASTOR IBÁÑEZ  
XAVIER JUSMET MIQUEL  
ESTHER LIMÓN RAMÍREZ

*Centre d'Atenció Primària:  
EAP Mataró 7*

*Correu electrònic de contacte:  
eleceaga@gmail.com*

## Els residents com a motor de canvi i innovació. Ronda Prim i l'ecografia pulmonar

### Introducció

En el document de consens de la Societat Espanyola de Radiologia s'indica que l'ecografia toràcica és una tècnica d'alta sensibilitat i especificitat per avaluar infeccions respiratòries i les seves complicacions. A més, es pot fer a peu de llit, és ràpida i no irradia el pacient. S'ha observat que, en els casos poc avançats, l'ecografia és més complexa i té gran dependència del tècnic que realitza la prova. No obstant això, Buonsenso i cols. comenten que l'ecografia en el primer moment d'atenció al pacient podria reduir el risc d'exposició dels professionals sanitaris sense la necessitat de traslladar el pacient des de la sala de consulta a la sala de radiologia i suggereixen la promoció del seu ús en aquest context clínic. En una altra sèrie de casos s'observà que els resultats de l'ecografia tenen una forta correlació amb els resultats de la tomografia computada toràcica.

L'objectiu d'aquest projecte és utilitzar l'ecografia pulmonar com a complement diagnòstic d'infeccions de covid-19 en atenció primària (AP), amb el valor afegit que el projecte el van liderar dos residents del nostre equip amb coneixements d'ecografia pulmonar.

### Material i mètodes

Objectiu: valorar la utilitat de l'ecografia pulmonar com a complement diagnòstic d'infeccions de covid-19 a tres centres d'AP de l'àrea del Maresme i descriure les àrees ecogràfiques més afectades.

Disseny de l'estudi: estudi descriptiu transversal.

Població d'estudi: pacients visitats a la consulta de triatge respiratori, als domicilis i a les residències amb sospita de covid-19 als quals segons l'algoritme diagnòstic s'hauria de realitzar una prova d'imatge en els centres de Premià de Mar, Arenys de Mar i Mataró-7.

### Resultats

Pacients: 126; edat mitjana: 44,42 anys  $\pm$ 14,65; dones: 58,73%. Van necessitar derivació hospitalària el 15,87%, i es van recuperar un mes de realitzar l'ecografia el 74%. Un 63,78% de les ecografies eren patològiques. D'aquestes, un 29% presentaven la radiografia de tòrax amb alteracions. Les àrees més afectades a l'ecografia són les àrees posteriors i laterals (àrees 4, 8, 10 i 12). Les alteracions més freqüents són les línies B, seguides de les irregularitats de la línia pleural i de les condensacions subpleurals. En cap de les ecografies es va detectar vessament pleural.

### Conclusions

L'ecografia és una tècnica ràpida i barata que pot ajudar a detectar i tractar l'afectació pulmonar en pacients amb covid-19 a l'AP, i evitar, així, el desplaçament innecessari dels pacients simptomàtics. Es tracta, però, d'un estudi descriptiu amb pocs pacients i per poder confirmar les troballes calen més estudis.

MARTA CÁRDENAS-RAMOS  
NATÀLIA RIERA NADAL  
MARIONA ALARCÓN RIDAURA  
ANTONIA VALSERA ROBLES  
FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ MARTÍNEZ  
MARÍA VILLALÓN ROMERO

*Centre d'Atenció Primària:*

*Centre d'Atenció Primària  
Sagrada Família*

*Correu electrònic de contacte:*

*MartaDelia.CardenasRamos@  
sanitatintegral.org*

## Atenció primària, líder en l'atenció a residències geriàtriques del barri de la Sagrada Família de Barcelona durant la pandèmia de la covid-19

### Introducció

L'abril de 2020, en el decurs de la pandèmia de la covid-19, la Generalitat de Catalunya va traspasar les competències sobre les residències de gent gran al Departament de Salut, que va indicar una intervenció d'alta intensitat assistencial amb el lideratge de l'atenció primària (AP) i comunitària.

Des del centre d'AP Sagrada Família vam iniciar un pla d'atenció a les residències (prèviament depenien d'un altre equip) que complien criteris de brot institucional per coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2).

L'objectiu de l'estudi és descriure les característiques de la població institucionalitzada i quantificar l'activitat que va generar l'atenció residencial, especialment la relacionada amb la covid-19.

### Material i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu de les característiques epidemiològiques i clíniques de les persones institucionalitzades al barri de la Sagrada Família i de l'assistència en aquest àmbit des del 8 d'abril fins al 8 de juliol. Les variables analitzades van incloure: edat, sexe, grau de dependència física (índex de Barthel), grau de deteriorament cognitiu (test de Pfeiffer), càrrega de morbiditat (grups de morbiditat ajustada [GMA]) i les activitats domiciliària, clínica no presencial i administratives. Les dades van ser obtingudes de les històries clíniques compartides de Catalunya (HC3).

Es va constituir un únic equip sanitari de referència (dos metges, dues infermeres i una auxiliar d'infermeria) que va oferir atenció proactiva i programada tots els dies de la setmana durant la pandèmia. Per a aquells que complien criteris d'atenció a la residència vam comptar amb la col·laboració de l'equip d'hospitalització a domicili (HAD) de l'Hospital Dos de Maig.

### Resultats

Es va realitzar un mapeig de 396 residents. Va mostrar que l'edat i la distribució per sexes era similar a altres sèries: edat mitjana de 89 anys i un percentatge superior de dones (79%). La majoria (88,1%) presentava algun grau de dependència física i més de la meitat (66,4%) deteriorament cognitiu. Pel que fa a la morbiditat, el 71,5% es trobava en els grups de risc o de complexitat alt i molt alt (GMA 3 i 4).

Es van realitzar 493 visites d'atenció domiciliària, 1.080 accions clíniques no presencials (revisió d'històries, proves complementàries i de plans de tractaments) i es van registrar 30 ingressos per HAD durant la pandèmia.

Seguint els protocols d'actuació, respecte a l'atenció de la infecció per covid-19: es va oferir formació sobre les mesures de prevenció i control de la infecció, criteris d'aïllament i de divisió de l'espai per sectors; es van realitzar proves diagnòstiques i de control del SARS-Cov2 (174 tests ràpids i 660 proves de reacció en cadena de la polimerasa [PCR]), es van valorar i seguir tots els casos, i es va atendre i donar suport en situacions de final de vida en l'entorn residencial.

### Conclusió

L'atenció a residències pels equips d'AP durant la pandèmia de covid-19 ha suposat un gran repte organitzatiu i professional. Ha comportat un augment de l'activitat ambulatoria i domiciliària de pacients amb necessitats complexes (graus de dependència, deteriorament cognitiu i multimorbiditat elevats) sense canvis quantitatius de la plantilla, i una reorganització de l'equip per oferir una atenció integral, coordinada amb el personal de les residències, en una situació epidemiològica extraordinària que va afegir complexitat a l'activitat assistencial.

LAURA CONANGLA FERRIN  
CRISTINA LLEAL BARRIGA  
ESPERANZA NAVAL PULIDO  
SÍLVIA RUIZ OLLÉ  
PAU CANALS AMAT  
TANIA VELAPATIÑO CASTRO

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Badalona Centre Dalt La Vila*

*Correu electrònic de contacte:  
lconangla.mn.ics@gencat.cat*

## Cap covid-19 sense ecografia

### Introducció

Des de fa 6 anys, el nostre centre compta amb una metgessa amb experiència en ecografia pulmonar. Abans de l'epidèmia, aquesta tècnica s'utilitzava al centre per a pacients amb insuficiència cardíaca, per al diagnòstic de pneumònia i per a la detecció d'embassament pleural, fonamentalment. Durant la situació epidèmica, l'ecografia ha resultat una eina de gran utilitat. El centre compta també amb un departament de radiologia, al mateix edifici, amb capacitat de realitzar i informar radiografies de tòrax de forma urgent.

### Material i mètodes

El centre es va equipar a l'inici de l'epidèmia amb dos ecògrafs ultraportàtils Léleman (sonda lineal i convexa) que ofereixen una bona protecció quan s'empren en pacients potencialment contagiosos, essent molt fàcils de netejar i desinfectar. Durant el mes de març es va formar tots els metges i metgesses de família en l'ecografia pulmonar per a la covid-19 (formació teòrica en línia de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària [CAMFiC] amb pràctiques en models sans i amb tutorització en pacients reals supervisada). Es va formar també algun professional d'infermeria i de pediatria. Davant del pacient amb simptomatologia suggestiva de covid-19, es realitzaren de forma rutinària la radiografia de tòrax urgent i l'ecografia de tòrax. L'ecografia era informada en el curs clínic del pacient fins a la inclusió de l'informe estandarditzat eCAP, i s'inclouïa en els informes de derivació hospitalària.

### Resultats

1. Cap pacient es negà a la realització d'una ecografia pulmonar.
2. Tots els pacients derivats a hospital havien estat sotmesos a una ecografia toràcica a l'AP, prèvia a la derivació.
3. A l'hospital, sovint es repetí la valoració ecogràfica de seguiment durant l'hospitalització o l'estada a urgències (per això era important disposar de l'informe de l'ecografia d'AP per monitorar l'evolució).
4. L'ecografia toràcica prèvia a la derivació hospitalària ha estat una informació útil en la valoració i el seguiment del pacient postalta.

### Conclusions

1. L'ecografia pulmonar és una tècnica innòcua ben acceptada pel pacient.
2. La informació aportada per l'ecografia pulmonar ha estat d'especial rellevància, amb els criteris clínics, a l'hora de realitzar derivacions de pacients a l'hospital.
3. La continuïtat assistencial i la monitorització del pacient se simplifica si l'AP i l'hospital disposen dels mateixos mètodes i eines, i la informació està correctament comunicada i enregistrada a la història clínica.
4. En el seguiment del pacient postalta per covid-19 o del pacient amb covid-19 persistent l'ecografia aporta informació d'interès. Disposar d'una ecografia de l'inici del quadre permet comparar amb estats posteriors i detectar millores o empitjoraments.

IGNACIO MENACHO PASCUAL  
CARINA FUENTES CASANOVA  
ALICIA ALCARAZ RODRÍGUEZ  
LORENA MONTERO GARRIDO  
MERITXELL DEVANT ALTIMIR  
PATRICIA DIEZ-CASCON GONZÁLEZ

Centre d'Atenció Primària:  
CAP Les Corts (CAPSBE)

Correu electrònic de contacte:  
imenacho@clinic.cat

## “T’envio un whatsapp!”

### Introducció

Els pacients d'atenció domiciliària (ATDOM) són altament complexos (pluripatologia, fragilitat i dependència), consumeixen molts recursos sanitaris i tenen una elevada demanda de visites presencials i no presencials del seu equip d'ATDOM.

Posar-se en contacte amb el seu metge/essa o infermer/a de referència és laboriós per diferents motius: dificultats per ser atès per telèfon amb les centraletes col·lapsades, dificultats tècniques i pràctiques per fer servir l'eConsulta o la videotrucada, i enviar un correu electrònic no és una opció vàlida perquè no compleix la normativa de protecció de dades de caràcter sanitari vigent. Així, el pacient d'ATDOM, en la gran majoria de casos, queda limitat al telèfon per posar-se en contacte amb els professionals del centre d'atenció primària (CAP).

L'actual pandèmia de la covid-19 ha agreujat aquesta situació a causa de les restriccions dels moviments i els consells d'evitar les visites presencials. El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha aplicat solucions d'emergència per potenciar les visites no presencials: facilitar la manera de donar-se d'alta a La Meva Salut o implementar una plataforma de videotrucades. Tanmateix, segueix essent farragós per als pacients d'ATDOM.

Al nostre centre estem treballant per posar en marxa un projecte de comunicació amb els pacients d'ATDOM amb una aplicació de missatgeria instantània, d'ús senzill per a qualsevol persona avesada a fer servir la popular app WhatsApp®.

### Material i mètodes

L'objectiu principal és implementar l'ús d'una app de missatgeria instantània per facilitar la comunicació entre professionals i usuaris (pacients d'ATDOM, familiars o cuidadors) en un CAP urbà de Barcelona que disposa d'un equip d'ATDOM amb dedicació exclusiva (tres metges/esses de família, quatre infermiers/eres i una administrativa de referència).

Es valorarà l'ús que se'n fa comparat amb altres vies de comunicació (telèfon, eConsulta, videotrucada, etc.) amb les següents dades: nombre de consultes fetes per missatge, telèfon, videotrucada o eConsulta; motius de la consulta; professionals als que van dirigides; satisfacció dels usuaris, i usabilitat.

És compatible amb Android® o iOS®, i és accessible per qualsevol persona amb un *smartphone* connectat a Internet. Permet convidar personalment el pacient a descarregar-se l'app i donar-se d'alta, enviar missatges de text, imatges, vídeos i documents, realitzar trucades de veu o videotrucades. El professional té la possibilitat d'estar connectat (*on line*) o desconnectat (*off-line*), i s'indica al pacient si el professional està disponible per respondre les consultes o si no ho està i que no respondrà fins que és torni a connectar.

L'app es diu MediQuo. La nostra empresa signarà un contracte de col·laboració. L'app ha estat dissenyada expressament amb aquesta finalitat i compleix amb tots els requisits de la normativa vigent en matèria de protecció de dades de caràcter sanitari.

### Resultats

Esperem que es farà un ús intensiu de l'app, que faciliti la comunicació, disminueixi el temps de resposta i alliberi el temps d'administració de la gestió dels pacients d'ATDOM.

Esperem que tant entre els professionals com entre els usuaris tingui una bona acceptació i un elevat grau de satisfacció.

Creiem que aquesta app permetrà en un futur millorar el control remot dels pacients d'ATDOM i que facilitarà el seguiment de nafres, d'insuficiència cardíaca, de la diabetis, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, etc.

LAURA CONANGLA FERRIN  
VERONICA MORENO GÓMEZ  
CELIA MORCILLO ZORRILLA  
NIEVES VILA RODRÍGUEZ  
MARIA RUIZ MARTÍNEZ  
BORIS TRENADO LUENGO

*Centre d'Atenció Primària:  
CAP Badalona Centre i Dalt La Vila*

*Correu electrònic de contacte:  
lconangla.mn.ics@gencat.cat*

## Visió panoràmica i comunitària

### Introducció

Al març vam detectar un cas covid-19 en una usuària del taller per a persones amb discapacitat psíquica. Des de treball social de l'equip es va iniciar una tasca d'investigació i de rastreig de xarxa, que va permetre traçar un mapa de tot el territori a partir dels monitors i usuaris dels diferents tallers de la fundació, que implicaven la població de diverses àrees bàsiques de salut (ABS), amb equips d'atenció primària (EAP) i fins i tot de proveïdors diferents.

### Material i mètodes

Des de treball social es va contactar amb tots els tallers i fundacions del barri per obtenir llistats d'usuaris i professionals, i es van distribuir a les direccions i a treball social dels EAP corresponents. S'alertava, així, de la situació epidemiològica. Des de la direcció de l'equip es va contactar amb suport assistencial i amb el servei de vigilància epidemiològica.

### Resultats

1. Cada EAP va rebre llistats de persones que podien haver estat exposades a possibles focus de contagi en diversos tallers realitzats a la ciutat, afectant a diferents barris i equips.
2. Treball social dels diferents EAP va mantenir la comunicació, coordinació i supervisió de totes les persones afectades.
3. El suport assistencial del servei d'AP va poder obtenir una visió panoràmica de tot el mapa territorial amb els punts d'afectació.

### Conclusions

1. La comunicació entre els diferents EAP d'un territori és fonamental, encara que depenguin de proveïdors diferents.
2. Treball social té un paper clau en una situació d'epidèmia, més enllà de protegir o ajudar col·lectius vulnerables: com a possibles detectors de brots i com a coneixedors de la comunitat i de les activitats que s'hi duen a terme.
3. Tenir una visió panoràmica global del territori facilita l'estudi de contactes en cas de brots. Pensem que és convenient conèixer la població de les comunitats en què s'interacciona, més enllà de casals o residències. Cal considerar també tallers, escoles d'idiomes, centres culturals... Disposar de llistats d'usuaris i professionals de les fundacions i entitats que realitzen activitats comunitàries o acadèmiques (o fins i tot esportives!) al territori és fonamental per a la detecció de brots en situació d'epidèmia.



EVA XICOLA COROMINA  
ELISENDA VIÑALLONGA GURRI  
MARIA ELENA LÁZARO BENEITEZ  
NÚRIA VENTURA CAMP  
ESTHER CALZADA GÓMEZ  
NÚRIA SALARICH SOLA

*Centre d'Atenció Primària:*  
*EAP Montornès-Montmeló*

*Correu electrònic de contacte:*  
*eva.xicola@gmail.com*

## Creant nous equips davant dels nous reptes

### Introducció

En la situació en què ens vam trobar el mes de març a causa de la pandèmia de la covid-19 es va detectar la necessitat d'augmentar l'atenció als domicilis i de donar suport a les residències. Moltes d'aquestes últimes es van quedar sense metges/esses i infermers/eres per aïllaments o per altres motius. Alhora, els domicilis dels pacients més fràgils van perdre la continuïtat amb la seva unitat bàsica assistencial de referència.

### Material i mètodes

En el nostre equip d'atenció primària es va crear una unitat específica per donar suport a aquestes necessitats, formada inicialment per una metgessa i una infermera. Supervisaven les altes de covid-19 a domicili dels pacients més fràgils, les descompensacions de pacients crònics complexos i l'acompanyament al final de vida. A més, s'hi va afegir la supervisió directa de les residències quant a la implementació de protocols nous.

En el nostre cas vam tenir una residència amb la majoria de pacients i de personal afectats per covid-19, i fou necessària la presència dels treballadors de l'equip d'atenció primària (EAP) per donar suport i assistència a aquests residents. S'hi va destinar una metgessa i una infermera. Les dificultats inicials eren que no hi havia cap protocol enfocat a les residències, però es va dividir en sectors l'espai, amb les informacions que teníem i segons les exploracions físiques. Posteriorment es van iniciar els cribratges amb proves de reacció en cadena de la polimerasa (PCR) a tots els residents, fet que va permetre una sectorització completa que evitava nous contagis de la covid-19.

Es va decidir fer una visita a tots els usuaris de la residència a diari per detectar de forma precoç canvis en l'auscultació i evolucions a pneumònies, i així es podia ajustar ràpidament la medicació. En alguns casos, pacients amb pneumònia bilateral sense hipoxèmia van poder ser tractats a la residència. Un cop vam disposar d'oxigenoteràpia també va millorar la qualitat de l'atenció. A causa d'aquest brot es va haver d'afegir una altra metgessa i una altra infermera a l'equip per donar continuïtat al seguiment dels pacients crònics complexos al domicili i a les residències.

### Resultats

Amb la creació d'aquest equip es va poder donar una resposta més eficient als dubtes i supervisar correctament la implementació dels protocols que anaven sortint, detectar nous casos sota sospita, i aïllar i evitar contagis. Així, es va poder fer una atenció més directa a la residència afectada per la covid-19.

Un altre punt important en el nostre cas ha estat el fet de disposar d'auscultació respiratòria i saturació d'oxigen inicial i veure l'evolució. Això permetia, sense poder utilitzar proves complementàries, la detecció precoç de l'aparició de pneumònies o de possibles complicacions.

El contacte directe amb les residències ha permès resoldre dubtes i evitar errors en la implementació de protocols.

### Conclusions

Un equip estable específic per a residències permet conèixer millor els protocols i implementar-los més fàcilment, així com tenir un contacte més directe i proper que faciliti el treball en equip.

Creiem que és important disposar de les dades bàsiques dels pacients institucionalitzats quant a exploració física (auscultació respiratòria, saturacions...) per poder detectar els canvis més ràpidament.

ADRIANA RAMOS ORDÓNEZ  
ROSA BLANCA MUÑOZ MUÑOZ  
MAR MASVIDAL REY  
ROCIO CARDENAS CORONA  
EDUARDO PADILLA ORDÓNEZ  
ÀNGELS PUIGVERT GARCIA

Centre d'Atenció Primària:  
ABS Pineda de Mar

Correu electrònic de contacte:  
rbmunoz.bnm.ics@gencat.cat

## Obstacles per a la propagació de la covid-19 a les residències

### Introducció

L'àrea bàsica de salut Pineda de Mar, va elaborar l'any 2016 un pla de millora per als pacients institucionalitzats i ingressats a les residències geriàtriques. El 2018, tots els usuaris van ser assignats a una unitat bàsica assistencial (UBA) i, l'any 2019, l'infermer o infermera responsable d'aquesta UBA va passar a tenir-hi dedicació exclusiva per poder fer les visites domiciliàries i tota l'activitat no presencial de les residències. Presentem aquesta experiència amb l'objectiu de descriure breument les decisions preses i el seu resultat.

### Material i mètodes

Estudi descriptiu longitudinal des del 10 de març fins al 30 de juny de 2020. La població total de les quatre residències de Pineda de Mar és de 214 residents. La recollida de dades es va realitzar mitjançant la revisió d'històries clíniques.

### Resultats

Entre els dies 9 i 12 de març de 2020, les residències van tancar l'accés a les visites i únicament es va permetre accedir els treballadors essencials i el personal extern amb justificació. Posteriorment es va dividir per sectors els residents, segons la seva simptomatologia respiratòria, i es van estratificar segons el grau de dependència (GD) i el test de Barthel. Un 43,4% (93 pacients) van ser identificats com a pacients alfa (Barthel >50 o GD I o II) i un 56,6% (121) com a pacients beta (Barthel <50 o GD III).

Es va formar a 80 treballadors (66,1%) d'un total de 121 sobre l'ús dels equips de protecció individual (EPI) sanitari i sobre mesures higièniques.

Durant l'activitat de continuïtat assistencial es va detectar l'absència de diferents professionals de les residències, fet que va generar la implicació d'altres professionals del centre d'atenció primària (CAP) per poder assumir la demanda assistencial i una major gestió de la covid-19.

La comunicació habitual es va reorganitzar. Fins aleshores, es disposava d'una direcció de correu electrònic a la qual les residències feien arribar els seus dubtes, sol·licituds... A aquest canal de comunicació es va afegir un telèfon per a situacions d'atenció immediata 24 h/7 dies de la setmana. Durant el cap de setmana tenien accés a un metge/essa de guàrdia, implicat en l'atenció a les residències, per resoldre les consultes telefòniques que sorgissin. També es va crear un grup de Whatsapp® per a l'equip de professionals del CAP que feien l'atenció a les residències i, així, ser més eficaços en la comunicació de la informació.

Les visites assistencials domiciliàries a les residències van augmentar un 185% (de 71 a 202) i les visites no domiciliàries van augmentar un 121% (de 1.055 a 2.333), segons les dades del 2019 i del 2020 en el mateix període.

No hi ha hagut cap cas positiu de covid-19 entre els residents. S'hi van detectar dos casos positius de treballadors no sanitaris sense tracte directe amb els residents. Les quatre residències estan classificades actualment com a centres verds.

### Conclusió

Com a resultat d'aquesta experiència tan satisfactòria es va crear un grup d'atenció a la cronicitat per donar suport a domicili a aguts, pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada descompensats, així com a les residències geriàtriques.

Laura Conangla Ferrin  
Veronica Moreno Gómez  
Celia Morcillo Zorrilla  
Nieves Vila Rodríguez  
Boris Trenado Luengo  
Tania Velapatio Castro

Centre d'Atenció Primària:  
CAP Badalona Centre Dalt La Vila

Correu electrònic de contacte:  
lconangla.mn.ics@gencat.cat

## No deixem enrere ningú

### Introducció

Les residències geriàtriques i les llars habitatge per a persones amb discapacitat física o mental han estat zones especialment crítiques durant l'epidèmia, per la seva vulnerabilitat. Requereixen d'un abordatge especial, multidisciplinari, amb professionals de referència que garanteixin una continuïtat i un missatge coherent i compartit, amb comunicació directa i amb capacitat de presa de decisions.

### Material i mètodes

L'abordatge de residències i llars habitatge va motivar la creació d'un equip multidisciplinari transversal propi, format per:

- Metgessa de família: directora de l'equip d'atenció primària (EAP) i metgessa de referència.
- Infermeria: adjunta a la direcció de l'EAP, infermera de referència i gestor de casos.
- Treball social.
- Tècnic en cures auxiliars d'infermeria (TCAI).

Aquest equip transversal ha garantit la continuïtat assistencial a la residència i ha proporcionat atenció presencial diària durant l'època de major risc i telefònica en situació de baix risc epidèmic. S'han proporcionat pulsioxímetres als centres, així com material de protecció individual quan se n'han detectat dèficits, i telèfons de contacte per garantir una comunicació permanent amb l'equip. L'equip transversal ha realitzat reunions periòdiques de seguiment. S'ha monitoritzat els residents mitjançant fulls propis de creació exprés per a l'epidèmia, de característiques similars als fulls de seguiment d'infermeria hospitalaris. Aquests fulls permetien una visió conjunta de la situació a les residències en cada moment i s'han enviat setmanalment a instàncies superiors per informar de la situació i de les mesures adoptades. S'ha realitzat un traspàs diari de la informació dins l'equip transversal. Addicionalment a les visites presencials s'han realitzat dues trucades diàries de seguiment, una des de treball social al matí i una altra des d'infermeria a la tarda. Tots els professionals de l'equip transversal han acudit presencialment per torns a les residències per valorar-ne la situació i han realitzat visites conjuntes de metgessa, infermera, treball social i TCAI quan ha estat necessari per obtenir una visió de conjunt.

### Resultats

1. A la residència geriàtrica que depèn del nostre EAP no hi ha hagut cap malalt de covid-19. S'han mantingut les recomanacions en tot moment i els dubtes s'han pogut resoldre amb l'equip transversal, amb el suport d'epidemiologia quan s'ha considerat necessari.
2. A una de les llars habitatge es va detectar un brot a l'inici de l'epidèmia i es va poder dividir per sectors adequadament. Tots els usuaris estan recuperats i asimptomàtics.
3. No hem tingut cap èxit de la covid-19 en les nostres residències ni llars habitatge.

### Conclusions

1. L'estratègia de comptar amb un equip transversal multidisciplinari coordinat i ben comunicat en l'abordatge de les residències ha donat un bon resultat.
2. Considerem important que l'atenció sanitària a les residències depengui dels EAP i que comptin amb els recursos (bàsicament humans) suficients i amb un equip de referència amb capacitat de màxima dedicació i cobertura.
3. Tots els estaments de l'EAP s'han d'incloure i implicar en l'abordatge a les residències i és necessari integrar-ne de nous (fisioteràpia, podologia, psicologia...)

ANNA SABATA CARRERA  
ENCARNA SÁNCHEZ FREIRE  
JOSEP VIDAL-ALABALL  
CARME SITJÀ MELCHOR  
LAURA TRULLS FREIXA  
IOLANDA BARON TORRES

Centre d'Atenció Primària:  
EAP Navàs-Balsareny

Correu electrònic de contacte:  
asabata.cc.ics@gencat.cat

## Gestió administrativa d'un equip d'atenció primària de la Catalunya Central durant la pandèmia de la covid-19

### Introducció

La crisi causada pel coronavirus de tipus 2 de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS-CoV-2) ha afectat de ple la Catalunya Central i això ha fet que els centres d'atenció primària (CAP) d'aquesta regió s'hagin hagut d'adaptar per continuar oferint assistència sanitària i protegir la salut dels usuaris i dels professionals. Durant la pandèmia, l'equip d'AP de Navàs-Balsareny va treballar amb el 50-60% de la plantilla habitual a causa de les baixes causades per la pròpia crisi, amb una important pressió assistencial i afrontant un escenari desconegut.

En pocs dies, la gestió al CAP va passar a ser en un 90% no presencial i això va requerir l'adaptació de tots els circuits. Es va decidir que la Unitat d'Atenció a la Ciutadania (UAC) actualitzaria la pantalla de seguretat del pacient, aprofitant les trucades al centre, que oferiria La Meva Salut (LMS) i que faria l'alta en aquell mateix moment. A més, es va enviar un missatge als usuaris amb enllaços d'informació sobre l'LMS, com gestionar videotrucades, fer ús de l'eConsulta, etc.

La taula 1 mostra enllaços enviats per missatgeria de text (SMS).

**Taula 1**

	Links per adjuntar als SMS
LMS	<a href="https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/econsulta/">https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/econsulta/</a>
Com puc accedir a LMS	<a href="https://lamevasalut.gencat.cat/web/cps/manual-d-usuari">https://lamevasalut.gencat.cat/web/cps/manual-d-usuari</a>
Targeta sanitària	<a href="https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/la-tsi/">https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/la-tsi/</a>
Videotrucada	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=YtUwBfo815A&amp;feature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=YtUwBfo815A&amp;feature=youtu.be</a>
Demanar hora / CatSalut cita prèvia	<a href="https://ecap.ics.gencat.cat/Visites/Serveis/programacio_visites/Visites.aspx">https://ecap.ics.gencat.cat/Visites/Serveis/programacio_visites/Visites.aspx</a>
Per obrir PDF	<a href="https://ninite.com/7.zip">https://ninite.com/7.zip</a>
Informació sobre coronavirus	<a href="https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/">https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/</a>
eConsulta	<a href="https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/econsulta/">https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/econsulta/</a>
Pàgina accés	<a href="https://lamevasalut.gencat.cat/es">https://lamevasalut.gencat.cat/es</a>
Alta NASS	<a href="https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/">https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/</a>
Informació i vídeos LMS	<a href="https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/">https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/</a>
LMS explicació al bloc	<a href="https://eapnavasbalsarenyics.files.wordpress.com/2020/08/activaciolms.pdf">https://eapnavasbalsarenyics.files.wordpress.com/2020/08/activaciolms.pdf</a>

El nombre d'incapacitats temporals (IT) va augmentar considerablement. Per fer una bona gestió, la UAC revisava diàriament les IT que s'havien fet el dia anterior i programaven una visita no presencial per al dia que calia fer el proper comunicat. D'aquesta manera es garantia el seguiment d'aquests usuaris.

Un altre canvi important va ser la limitació de l'ús del paper, ja que no es van imprimir ni els plans de medicació ni les baixes i altes, que es publicaven directament a l'LMS.

### Material i mètodes

Estudi descriptiu transversal dels usuaris que es van donar d'alta a l'LMS i del nombre de visites realitzades per l'equip d'AP Navàs-Balsareny a través de l'eConsulta durant el període comprès entre el 10 de març i el 10 de juny de 2020.

### Resultats

Durant el període esmentat es van donar d'alta a l'LMS 697 usuaris nous, 510 dels quals (73,2%) van connectar i la van utilitzar. El mes de març 2020, el percentatge de pacients que utilitzaven l'eConsulta era de l'1,57% i, el mes de juny del 2020, aquesta utilització havia augmentat al 7,12%: un increment del 350%. Pel que fa a l'ús de l'eConsulta per part dels professionals, el 50% l'utilitzava fins al mes de març i a finals de juny ja l'utilitzaven el 93,75%.

Durant aquest període es van fer un total de 961 eConsultes. El nombre de converses per cada 1.000 pacients atesos va passar de 31,68 el març a 159,75 el juny (un augment del 400%). A través de l'eConsulta es van tramitar 394 IT, 2.331 plans de medicació i 228 informes clínics.

### Conclusions

Degut a la crisi sanitària de la covid-19 ens hem adaptat més ràpid a les noves situacions i a les noves eines del que ens hauríem imaginat mai. Hem potenciat les visites no presencials en un temps record i hem après a treballar en equip. A tots els camins hi ha obstacles, però el més important és aprendre a superar-los. Ho hem aconseguit gràcies a la col·laboració de tots els professionals i a la seva excel·lent predisposició.