

APUNTS

Infermeria familiar i comunitària

2n. Grau d'Infermeria | Manresa 2014-2015 | prof. **Ester Colillas i Montserrat Suriñach**

Alumne | **Carles Mayol Bonet**

SESSIÓ 1: Atenció Primària de Salut

Prof. Ester Colillas

EVOLUCIÓ DELS SISTEMES ESPANYOL I CATALÀ DE SALUT:

En l'evolució del sistema sanitari espanyol es poden distingir **dues etapes principals**:

- **PRIMERA ETAPA (1939 - 1975):** comprèn els anys de la dictadura
 - **1942** → “*Ley de seguro obligatorio de Enfermedad*”: només donava cobertura als que treballaven
 - **1944** → “*Ley de bases de la sanidad nacional*”: inici del desenvolupament de l'assistència mèdica ambulatoria. Atenien els metges i la infermera feia tasques administratives (receptes...) era com la seva secretària.
 - **1974** → “*Ley general de la seguridad social*”
- **SEGONA ETAPA (1976 - actualitat):** comprèn els anys de democràcia
 - **1978** → Constitució espanyola + Conferència Alma-Ata
 - **1981** → Inici transferència de les competències en salut a les CCAA
 - **1984** → “*Decreto de Estructuras básicas de Salud*” – Inici reforma APS

- **1986** → “*Ley general de Sanidad*”: Creació Servei Nacional Salut (SNS)

Característiques “*Ley general de Sanidad*”:

- Cobertura universal
- Finançament públic a través d'impostos
- Gratuïtat de les prestacions assistencials/copagament en farmàcia
- Descentralització competencial i coordinació estatal
- Garantia de qualitat de l'atenció prestada
- Potenciació de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia
- Participació comunitària
- Organització territorial en Sectors de Salut i ABS

- **1990** → **Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC):**

Creació del Servei Català de Salut (CatSalut 1991)

Principis de la LOSC:

- Assistència sanitària **universal**
- Sistema sanitari **integrat** (centres/serveis)
- **Organització simple**, eficaç, racional i eficient
- La sanitat és un **servei públic**, finançat públicament
- **Equitat** (territorial i social)
- **Integral**
- **Gestió** (descentralitzar i desconcentrar)
- **Sectorització**
- **Participació comunitària**
- **Control sanitari** (medi ambient)

- **2003** → “*Ley de cohesión y calidad del SNS*” el sistema nacional coordina els diferents serveis de salut per garantir un mínim de serveis iguals i sense fer diferències a totes les CCAA.
- **2006** → “*Ley de dependencia*”
- **Evolució Model Sanitari Català...**
 - **2008** → Pla de salut a Catalunya (horitzó 2010), mapa sanitari, sociosanitari i de SP, plans directors, tramitació legislativa Llei de SP
 - **2009** → Pla d'innovació d'atenció primària (PIAPSC) + Primera Llei de salut pública de l'Estat espanyol.
 - **2011** → Reestructuració del Departament de salut
 - **2012** → Aprovació del Pla de Salut de Catalunya 2011- 2015, l'eix per a la reforma del sistema sanitari + Desplegament del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat i extensió del Programa Pacient Expert
 - **2013** → Reestructuracions del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut
 - **2014** → Pla interdepartamental de salut Pública (PINSAP). Salut en totes les polítiques.

DE L'ASSISTÈNCIA MÈDICA AMBULATÒRIA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

El canvi de l'Assistència Mèdica Ambulatoria (AMA) a l'Atenció Primària de Salut (APS) :		
	ABANS	ACTUALITAT
OBJECTIUS	De... curació en front a la malaltia...	A... prevenció i cura de la salut
CONTINGUT	De... tractament, cures esporàdiques i problemes específics	A... promoció de la salut, cures contínues, cura global
ORGANITZACIÓ	De... metges especialistes, pràctica individual...	A... metges generalistes, intervenció d'altres professionals i treball en equip
RESPONSABILITAT	De... sector sanitari aïllat, domini professional i recepció passiva de les cures	A... col·laboració intersectorial, participació comunitària i autoresponsabilitat

Principals característiques d'aquesta transició de AMA a APS:

- Potenciar la qualitat organitzativa, funcional i científica de l'AP actual
- Intensificar el reciclatge i formació continuada dels professionals sanitaris, introduint elements conceptuals i organitzatius propis de l'atenció primària de salut
- Millorar les condicions econòmiques i la consideració tècnica i social dels professionals sanitaris i no sanitaris
- Perfeccionar els mecanismes de participació ciutadana en el sistema de salut
- Desenvolupar la col·laboració intersectorial en el terreny de l'atenció de salut

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

ORGANITZACIÓ DEL SISTEMA CATALÀ DE SALUT

Administració central:

- El Ministeri de Sanitat, Serveis socials i Igualtat estableix un marc teòric i competencial de la sanitat en relació a les administracions autonòmiques.
- **Coordina** les diferents autonomies i té les competències en sanitat exterior.

Administracions autonòmiques:

- **Planificació sanitària** (Pla de Salut de Catalunya) estableix prioritats d'intervenció i de serveis assistencials, de prevenció i de promoció de la salut.

Administració local:

- **Protecció i Promoció de la Salut comunitària.**

ADMINISTRACIÓ AUTONÒMICA

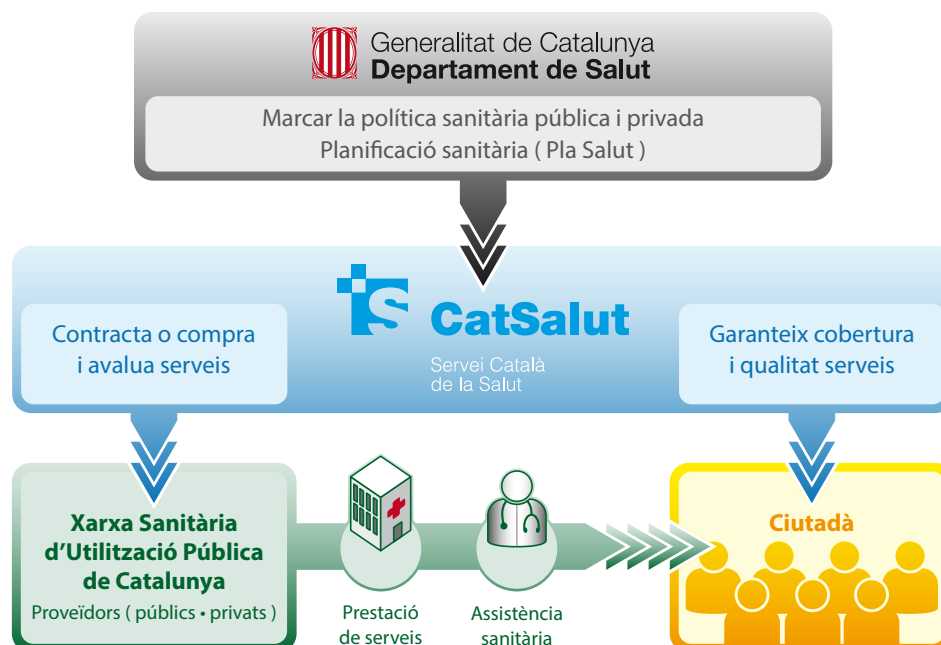
El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya **és l'autoritat sanitària**, marca la política sanitària pública i privada. És l'encarregat de la planificació sanitària.

El Servei Català de la Salut (CatSalut) és un organisme públic depenent del Departament. És l'entitat **encarregada d'assegurar i garantir les prestacions del sistema** sanitari públic.

Funcions:

- Ordenar, planificar, programar, avaluar i inspeccionar el sistema sanitari públic.
- Distribució dels recursos econòmics pel finançament del sistema sanitari públic a través de la compra de serveis als diferents proveïdors de **Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de Catalunya**.

L'estructura del CatSalut és descentralitzada territorialment, de manera que té la funció de Delegació Territorial del Departament de Salut.

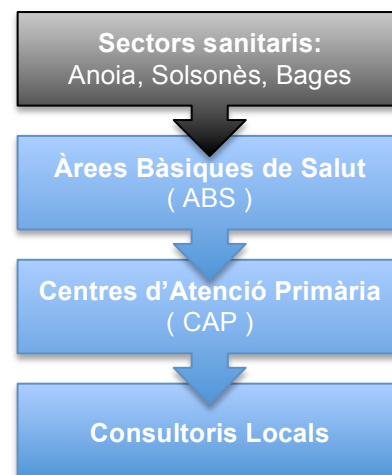


ORGANITZACIÓ TERRITORIAL DEL SISTEMA CATALÀ DE SALUT

El Catsalut té **7 regions Sanitàries**. Cadascuna s'encarrega de planificar els serveis de la seva Regió.

Cada regió sanitària té diferents **Sectors Sanitaris** (coincideixen amb comarques o districtes i en total són 56).

Cada sector Sanitari és responsable de diferents **Àrees bàsiques de Salut, hospitals i sociosanitaris** de la seva zona.



NIVELLS ASSISTENCIALS:

1. Primer nivell assistencial: **Atenció Primària de Salut**
2. Segon nivell assistencial: **Atenció especialitzada**
 - 2.1. Atenció hospitalària
 - 2.2. Atenció sociosanitària
 - 2.3. Atenció psiquiàtrica i salut mental
 - 2.4. Atenció a les drogodependències

Ambdós inclouen l'Atenció farmacèutica + prestacions complementàries (transport sanitari o les prestacions ortoprotètiques)

L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Definició:

L'Atenció Primària de Salut (APS) és el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària. Els seus serveis es presten en Centres d'Atenció Primària (CAP).

Segons la definició de la OMS en la **conferència d'Alma-Ata de 1978**, es va definir com **l'assistència sanitària essencial** i basada en mètodes i tecnologies pràctiques, posades a **l'abast de tothom**, mitjançant la plena **participació** i a un cost que **l'individu i la comunitat** pugui suportar. Primer nivell de contacte amb el sistema sanitari.

ELEMENTS CONCEPTUALS APS:

- **Integral:** entenem a les persones des d'una perspectiva biopsicosocial
- **Integrada:** integra des de l'APS fins a 3er nivell, atenció especialitzada...
- **Continuada i permanent:** 24 h 365 dies l'any i per tota la vida
- **Activa:** promocionen i prevenen la salut amb campanyes i programes
- **Accessible:** a l'abast dels ciutadans
- **Treball en equip:** es coordinen diversos professionals en l'atenció
- **Comunitària i participativa:** interacció amb els ciutadans

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: Ester Colillas, Montserrat Suriñach | curs: 2on. Grau d'Infermeria | alumne: Carles Mayol

- **Programada i avaluable:** registre per poder millorar i assegurar l'assistència continuada
- **Docent i investigadora:** alumnes que fan pràctiques i professionals que els interessa la investigació.

ORGANITZACIÓ DE L'APS:

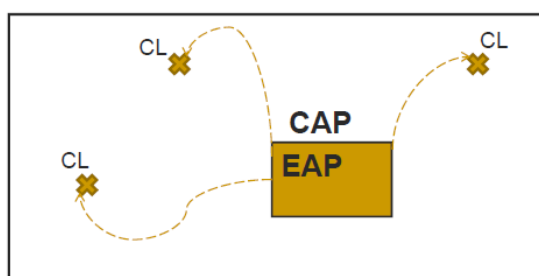
Les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) són **unitats territorials**, elementals a través de les quals s'organitzen els serveis d'atenció primària. Segons el lloc de residència, es pertany a una ABS concreta. Solen comprendre entre 5000 i 25000 habitants.

El Centre d'Atenció Primària (CAP) és **l'estructura física i funcional** en la qual es desenvolupa una part important de les activitats de l'atenció primària de salut. El *consultori local* és un centre de les àrees rurals on l'equip d'atenció primària es desplaça per oferir l'atenció sanitària bàsica. Alguns serveis d'atenció primària i d'àmbit comunitari només s'ofereixen des del CAP.

L'Equip d'Atenció primària (EAP) és el conjunt de **professionals sanitaris i no sanitaris** que dirigeix i desenvolupa les seves activitats d'atenció al conjunt de la població d'una ABS.

El territori de cada ABS, es localitza al centre d'atenció primària (CAP) i els consultoris locals. Cada ABS té assignat un equip d'atenció primària (EAP) que presta l'atenció al CAP i es desplaça als consultoris locals (CL) 1 o 2 dies a la setmana per passar visita.

ABS



Composició de l'Equip d'Atenció Primària (EAP):

- **Metge/essa de família**
- **Infermer/a**
- **Pediatre/a**
- **Treballador/a social**
- **Auxiliar administrativa**
- Radiologia
- Odontologia
- Llevador/a
- Laboratori

NUCLI BÀSIC

ELEMENTS
ESPECIALITZATS

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

Altres serveis d'Atenció comunitària:

Determinats serveis d'atenció especialitzada també es poden considerar d'àmbit comunitàri, com són tots aquells serveis que presten assistència sanitària que no requereix internament:

- Centres de salut mental (CSMA/CSMIJ)
- Serveis de rehabilitació comunitària de salut mental
- CASD
- PADES
- Hospital lleuger

Funcions de l'APS:

- **Diagnòstic i tractament de malalts**
- **Prevenició de la malaltia i promoció de la salut** en les consultes i a la comunitat
- **Atenció domiciliària**
- **Atenció continuada**, o bé informació sobre quin és el centre amb atenció continuada més proper al domicili de l'usuari
- **Vigilància epidemiològica**
- **Derivació de pacients** a altres nivells assistencials

ATENCIÓ FAMILIAR I COMUNITÀRIA:

Es desenvolupa essencialment en el marc de l'APS i constitueix el seu element nuclear d'intervenció. Presta el conjunt de serveis i professionals **enfocant les seves actuacions sota una triple perspectiva:**

- **Personal**
- **Familiar**
- **Col·lectiva**

Abordatge de les necessitats i problemes existents en l'entorn familiar i comunitàri

SESSIÓ 2: Introducció a la infermeria d'Atenció Primària de Salut

Prof. Ester Colillas

Funcions i activitats EAP:

FUNCIONS PRINCIPALS infermeria en l'APS:	FUNCIONS	ACTIVITATS
1. ATENCIÓ CLÍNICA	Assistència	Visita al CAP i al domicili: • Espontània / a demanda • Programada • Urgent
	Promoció de la salut	EpS individual i grupal: • Al CAP • A centres educatius, altres institucions i a la comunitat
	Prevenició de la malaltia	Individual i en grups de risc: • Vacunacions i campanyes de vacunació • Cribatges a nivell individual i poblacional
	Rehabilitació	Processos aguts i crònics Reinserció social
2. DOCÈNCIA 3. INVESTIGACIÓ 4. GESTIÓ I ORGANITZACIÓ	Funcionament intern i suport	Docència i investigació Formació continuada Organització interna Política de qualitat i avaluació Gestió

Paper de la infermeria a l'APS:

Dóna resposta a les necessitats de salut de la població, mitjançant una assistència holística a les persones, famílies i comunitats, amb l'objectiu de promoure, prevenir, mantenir i/o millorar la seva salut

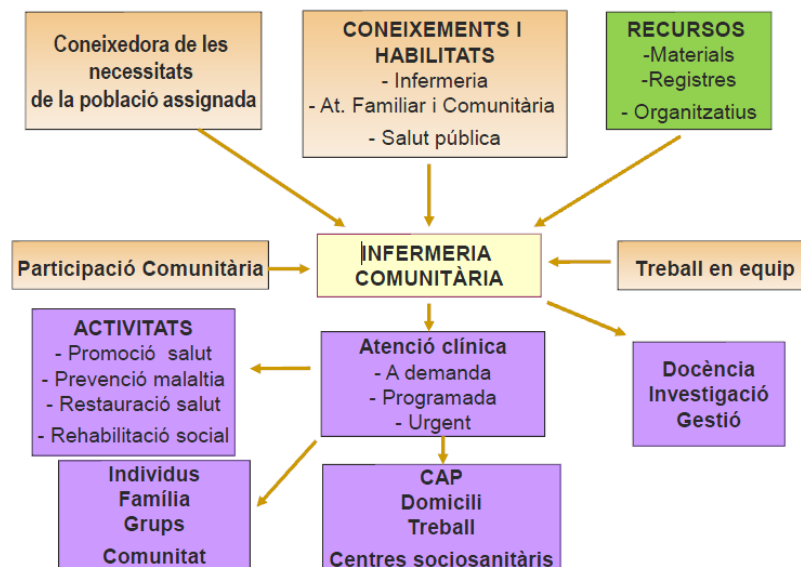
Ha de liderar, dissenyar i aplicar una atenció sanitària i unes cures personals i comunitàries

Proporciona cures integrals i continuades a través de la planificació, desenvolupament i avaluació de plans d'atenció personal, de la família i dels grups comunitaris.

Funcions d'infermeria en l'APS:

- Atenció clínica** (programada, espontània i urgent):
 - + Consulta infermeria (programes d'atenció)
 - + Domicili (atenció domiciliària)
 - + Comunitat (PdS i EpS, vigilància epidemiològica i participació comunitària)
 - + Serveis comuns: procediments diagnòstics o terapèutics (CAP i/o domicili)
- Docència:** formació continuada dels professionals, docència d'estudiants.

3. **Investigació:** ús de la millor evidència disponible, generar coneixement i difondre l'existent
4. **Gestió** de les cures i **organització** dels serveis



CONSULTA D'INFERMERIA:

És l'espai físic on la infermera desenvolupa les seves funcions en el Centre d'Atenció Primària (CAP)

El CAP és l'estructura física i funcional on es desenvolupen una part important de les activitats a l'APS, d'una manera coordinada, integral, continuada i permanent, en base a un treball en equip

El CAP, com a institució, assumeix la responsabilitat de l'atenció d'una comunitat definida social, demogràfica i geogràficament, i en les seves activitats han d'estar complementades activitats tant de promoció i prevenció com les estrictament sanitàries-curatives.

Pautes de treball en la consulta d'infermeria:

1. **Etapla de recepció:** acolliment del pacient
2. **Etapla de valoració i diagnòstic:**
 - Coneixement de l'entorn del pacient, si precisa (domicili)
 - Recollida sistemàtica de dades generals: somatometria, constants, motiu de consulta i activitats que es deriven d'aquesta.
 - Orientació, informació i educació de l'individu i/o família per tal d'afavorir l'autocura en relació, tant a les necessitats generades per la problemàtica de salut que pateixi, com a la resta de 14 necessitats bàsiques de VH.

3. **Etapla de resolució:**

- Aplicació dels protocols establerts per l'equip de l'ABS.
- Aplicació dels tractaments prescrits pel metge
(revisant les darreres anotacions de la historia clínica sempre, per possibles canvis de tractament, etc...)
- Control i seguiment del compliment dels tractaments mèdics
(sobretot, medicació)
- Aplicació de cures tècniques d'infermeria, etc:
 - Cures nafres, sutures, extracció taps sèrum, etc
 - Injectables prescrits pels metges
 - Exploracions complementàries sol·licitades pel metge: ECG, PPD, constants, extracció de sang...
 - Rehabilitació funcional (embenats...)
- Detectar la necessitat de coordinació amb altres professionals: treballador/a social, psicòleg, capellà...

4. **Registrar totes les activitats realitzades a la H. Clínica**

- Ex: e-CAP – Estació Clínica Atenció Primària (ICS)
 - **M** → Motiu de consulta
 - **E** → Exploració
 - **A** → Anàlisi
 - **P** → Planificació

5. **Donar curs a la burocràcia que s'escaigui, derivada de la visita.**

SESSIÓ 3: La família i l'atenció familiar. Visió antropològica

Prof. Montserrat Suriñach

Els éssers humans s'organitzen i viuen de forma diferents. No existeixen formes superiors ni inferiors d'organització. L'organització respon a la necessitat i costum de cada grup en cada època. **Existeixen:**

- **Família d'orientació** (de la que venim)
- **Família de procreació** (la que fundem)

Constants de la família:

- Constants universals i socials: són bàsiques, vestit, menjar, casa...
- Constants biològiques: sexe, edat, ordre de naixement, parentiu

Famílies segons territori

- Família rural
- Família urbana

Família segons nivell econòmic:

- Acomodada (classe alta)
- Classe mitja
- Família treballadora
- Famílies pobres

Parentiu: és un conjunt de símbols, que marquen les característiques dels parents:

- **vincles d'afinitat** derivats de vincles reconeguts socialment: matrimoni, llei, àmbit social
- **vincles de consanguinitat**, com la filiació entre pares i fills o entre germans que descendeixen de un mateix pare, vincles de sang, àmbit biològic.

El nostre imaginari de família: heterosexual, monògama, procreativa i estable
(tot i que pot no ser-ho)

LA NOVA FAMÍLIA (D. Comas)

Indicadors de canvi:

- Increment de llars unipersonals
- Retard en la emancipació dels joves
- Escassa presència de parelles de fet
- Retard en l'edat de matrimoni
- Increment dels divorcis i la inestabilitat conjugal
- Davallada de la fecunditat
- Retardament de la maternitat

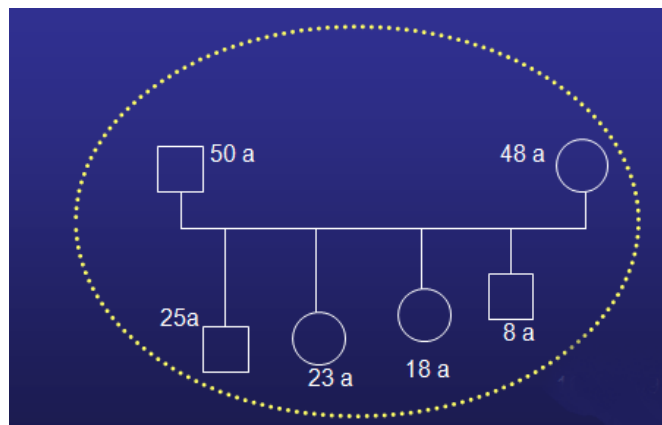
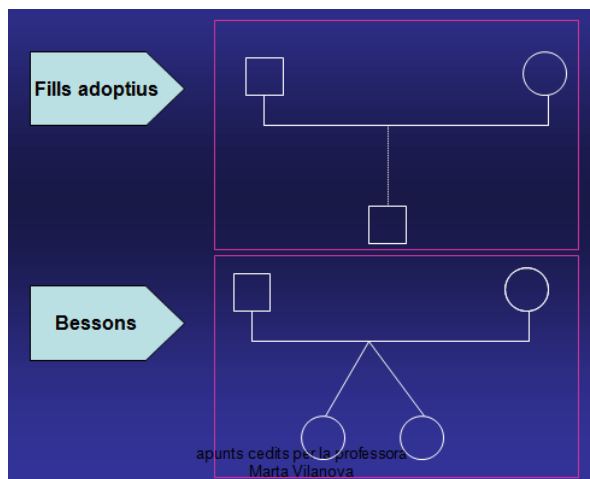
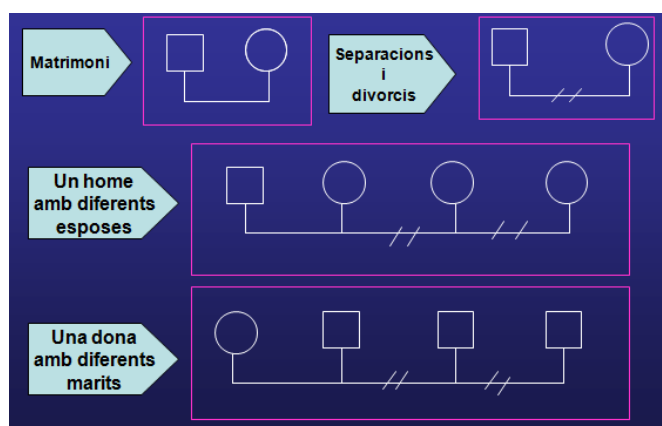
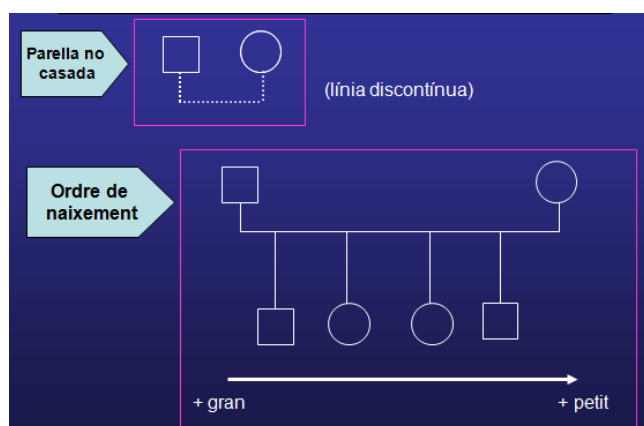
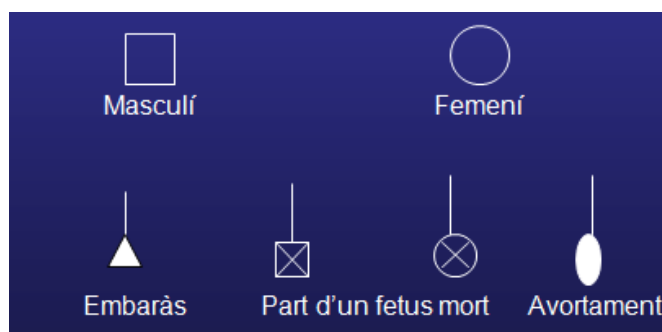
- Del model únic (tot lo demás desviació) a la diversitat de models
- Està en l'esfera pública i privada
- **Conseqüències negatives:**
 - nens del divorci, disminució de la fecunditat, desatenció als ancians
- **És una realitat canviant:**
 - per estructura
 - per canvis de relacions entre els seus components

GENOGRAMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT:

Definició: és la representació gràfica d'un grup familiar multigeneracional (tres generacions) que, mitjançant símbols, permet **recollir, registrar, relacionar i exposar** categories d'informació del sistema familiar, en un moment determinat de la seva evolució, i fer-lo servir per a la resolució de problemes.

La creació d'un genograma suposa tres nivells:

- TRAÇAT DE L'ESTRUCTURA FAMILIAR
- REGISTRE DE LA INFORMACIÓ SOBRE LA FAMÍLIA
- DELINEAT DE LES RELACIONS FAMILIARS



SESSIÓ 4: Conceptes de família.

Prof. Montserrat Suriñach

COM ES POT ESTUDIAR UNA FAMÍLIA?

1. **Sistema social universal**
2. **Microcosmos social**
3. **Sistema obert**
4. **Agent socialitzador**
5. **Institució**

La família com a:

1. **Sistema social universal**

El grup familiar és el primer que entra en contacte amb la persona i el que hi té més influència.

2. **Microcosmos social**

Diferents rols dins la família en funció de la posició dels membres i de les funcions que hi desenvolupen. Segons la societat, la classe social, nivell que ocupa dins la família d'origen o de rebuda, edat, sexe, es distribueixen tasques, funcions i poder dels diferents membres.

Pròpies regles del joc:

- | | |
|--|---|
| • Interdependència:
cada membre té un rol específic | • Rols |
| • Ordre | • Subsistemes: el principal
subsistema és el paternal
(entre el pare i la mare) |
| • Gènere | i el fraternal (entre germans) |
| • Poder | hi han altres subsistemes ... |
| • Límits: | • Regles i normes |
| Límits impermeables: costa
entrar a la família per cuidar-la | • Creences |
| Límits permeables: famílies més
accessibles | • Comunicació |

3. **Sistema obert**

És un sistema obert que a la vegada manté relació amb altres sistemes (escola, etc.), amb el que manté interdependències.

4. **Agent socialitzador**

La família és el primer grup de l'individu, transmissor de cultura, ajuda a mantenir el control social (és el que posa les normes socials)

5. Institució

És la forma més formal de definir la família.

És l'única que es troba a totes les societats (a part de la religió)

Mitjançant la socialització dels seus membres transmet creences socials, valors, normes...

Segons Pierre Bourdieu, la **família** és un constructe social, ja que és font de valors, moralitats i rols per a la societat. És el principi de construcció i d'avaluació de tota relació social

CONCEPTE DE FAMÍLIA:

Des de la **teoria general de sistemes** és un sistema dins del qual tenen lloc interaccions afectives, intercanvis, metes comunes, organització i distribució de rols (complementaris, de dependència, jerarquia, etc)

Segons la **declaració universal dels drets humans**: és l'element fonamental de la societat i té dret a la protecció de la societat i de l'estat.

Qualsevol estructura en la qual els nens puguin desenvolupar-se com a persones

(Lola Abelló)

ESTRUCTURA DE FAMÍLIA:

Els llaços que defineixen una família són de dos tipus:

- **Vincles d'afinitat derivats de vincles reconeguts socialment** (matrimoni)
- **Vincles de consanguinitat**, com la filiació entre pares i fills
o entre germans que descendeixen d'un mateix pare.

Concepte funcional de família: unitat de persones interaccionades, lligades per vincles de matrimoni, naixement i adopció, amb els objectius de crear i mantenir una estructura comuna que faciliti el desenvolupament físic, mental, emocional i social de cada un dels seus membres.

Funcions de la família:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| • Econòmica | • Psicològica |
| • Reproductora | • Identitària |
| • Educadora i socialitzadora | • Responsabilitats legals |
| • Cura i assistència | • Responsabilitats morals |
| • Política i religiosa | |

Crear el marc necessari per afavorir el creixement i la protecció dels seus membres

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

Matrimoni:

Unió de dues o més persones que compleixen els rols de gènere definits socialment, encara que es tracti de matrimonis homosexuals.

És una institució que permet legitimar la descendència d'una dona i crea relacions d'aliança entre els grups de parentiu dels seus membres.

Nucli familiar:

Segons els criteris de recompte estadístic, **a una llar hi ha un nucli familiar només quan conviuen persones emparentades per parentiu de primer ordre:**

- **aliança** (matrimoni o parella de fet)
- **per filiació** (pare+mare+fill/a; pare+fill/a; mare+fill/a).

Existeixen **llars familiars sense nucli familiar** quan les persones que viuen juntes són només parents: una tia i la seva neboda; dues germanes.

Existeixen llars on conviuen **diversos nuclis familiars:**

- nucli format per una parella de avi i àvia (nucli 1) que viuen amb la seva filla i els fills d'aquesta (nucli 2)
- dos nuclis monoparentals que viuen a la mateixa llar amb o sense altres persones

Llar sense nucli familiar:

unipersonals, amb més d'una persona (pis d'estudiants, pis emigrants...)

Diversitat i complexitat de les llars i els vincles familiars:

Llars més petites en nombre de persones i relacions familiars diverses i complexes

Les llars i els vincles familiars a Catalunya:

- Decreix el nombre de fills a les llars
- Creix el nombre de persones grans i molt grans que viuen soles o només amb parella
- S'incrementen de manera significativa:
 - Les llars unipersonals
 - Les parelles de fet
 - Les llars monoparentals
 - Les de famílies reconstituïdes
 - Les llars amb infants en acolliment o en adopció
 - Les llars amb persones de nacionalitat estrangera.
 - Són més visibles les famílies homoparentals.

TIPUS DE FAMÍLIA:

- **NUCLEAR:**
 - **Nuclear simple:** integrada per una parella sense fills
 - **Nuclear biparental:** integrada pel pare i la mare, amb un o més fills
 - **Nuclear monoparental:** integrada per un dels pares i un o més fills
- **EXTENSA:**
 - **Extensa biparental:** integrada pel pare i la mare, amb un o més fills, i per altres parents.
 - **Extensa monoparental:** integrada per un dels membres de la parella, amb un o més fills, i per altres parents.
 - Formada per un sol membre de la parella progenitora
 - En el 80%-90% dels casos està format per la mare i els fills
 - Considerar que tots els infants que viuen a llars i nuclis monoparentals tenen un únic progenitor o un únic adult que es fa càrrec d'ells no és cert
 - Aquest tipus de família augmenta el risc de pobresa
 - **Extensa àmplia** (o família composta): integrada per una parella o un dels seus membres, amb un o més fills, i per altres membres parents i no parents.
- **HOMOPARENTAL:** El matrimoni entre persones del mateix sexe ha suposat un reconeixement legal de les famílies homoparentals (homomaternes o homopaternes).
- **RECONSTITUÏDA O MIXTA:** Formada per una parella adulta en la que almenys un dels membres té un fill d'una relació anterior.
- **ADOPTIVA:** Acollida d'un menor mitjançant el procés d'adopció, establint amb aquest o aquests una relació estable i duradora basada en els principis de l'amor
- **ACOLLIDA:** És una alternativa de convivència no institucional per a aquells nens-es que no puguin viure amb la seva família (risc o desampara). Suposa la integració plena del nen-a en la vida de la família que l'acull, que es compromet a proporcionar estabilitat afectiva, emocional, educacional i material.
- **FAMÍLIA NOMBROSA:** Ascendents amb tres o més fills, siguin o no comuns i dos fills, un dels quals tingui una disminució.

SESSIÓ 5: Famílies disfuncionals.

Prof. Montserrat Suriñach

Característiques:

- **Situacions conflictives** que van en detriment del seu bon desenvolupament de les habilitats dels seus integrants
- **Incapacitat per reconèixer i satisfer les necessitats emocionals** bàsiques dels membres (malgrat el desig de fer-ho bé)
- **Imposició de criteris** amb la destrucció de l'expressió natural anul·lant el desenvolupament com a persones dels altres membres
- **Desordre i confusió de rols** (s'amaguen de problemes, sobreprotecció)
 - Si les regles són massa rígides pot fer al nen més rebel (no poden o no volen reforçar positivament els esforços dels fills: "ja li toca")
 - Si els límits i rols no estan concretats es pot exigir al nen amb massa o en menys
- **Els fills es senten abandonats emocionalment**

Característiques poc habituals:

- Gelosia i comportaments extremadament controladors
- Pares en conflictes permanents malgrat el divorci
- Falta de temps compartit com a família
- Anormal comportament sexual

Famílies multiproblemàtiques:

Si les regles són coherents i clares, en un ambient afectuós, es potenciarà la seguretat i confiança i el nen tindrà més facilitat per adquirir el seu propi paper i autonomia

Signes no saludables de criança:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| • Disciplina dura i inflexible | • Vergonya |
| • Ridiculització | • Sobreprotecció o abandonament |
| • Rebuig entre els membres | • Pare absent |
| • Hipocresia | |

Estils d'educació poc eficaços:

- | | |
|--|-------------------------------|
| • Per mitjà de la por i l'amor incondicional | • Abandonament |
| • Abús | • Manipulació de la lleialtat |
| • Perfeccionista | • Pare paranoic |
| • Desigualtat entre fills | • Polítics |
| | • Etc... |



UNIVERSITAT
A MANRESA

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

Efectes sobre els nens:

- No té capacitat per jugar
- Créixer massa de pressa o massa a poc a poc
- Patir problemes de salut mental (depressió, ansietat, pensaments suïcidis)
- Tenir addiccions
- Intimidar a altres o ser víctima d'intimidació
- Desconfiar dels altres
- Tenir baixa autoestima

SESSIÓ 6: Família i cicle vital.

Prof. Montserrat Suriñach

LA FAMÍLIA ÉS UNA ENTITAT VIVA I VARIABLE QUE PASSA PER DIFERENTS CICLES:

FORMACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> Festeig Construcció de la parella Naixement del primer fill (des de la concepció fins als 3 anys del fill)
EXPANSIÓ	<ul style="list-style-type: none"> Escolarització: Família amb nens preescolars (de 3 a 6 anys) Escolarització: Família amb nens escolars (de 6 a 13 anys) Adolescència
CONTRACCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> Etapa de contracció (niu buit) Etapa madura: vellesa La mort: mort d'un dels dos cònjuges.
DISSOLUCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> Quan es mort el següent conjuga

Objectius:

- Pensar en la família com a grup que afronta crisis evolutives normals.
- Detectar crisis per reconèixer desviacions normals i patològiques
- Acompanyar-ajudar a la reorientació

ETAPA Construcció de la parella ›

Característiques:

Inici de la família → Fins el naixement del primer fill → En un primer moment és molt tancada en ella mateixa per afavorir la consolidació → Es modifica el propi estil per aconseguir una adaptació comuna.

Parella. Tasques fonamentals:

- Negociar per establis una nova identitat familiar
- S'estableix un compromís permanent, definició de les relacions i expectatives familiars

Parella. Possibles dificultats:

- Aliança fraternal entre els seus membres (dificulta la inclusió d'un fill)
- Dependència d'una de les famílies d'origen
- Recerca compulsiva d'un nou membre per consolidar la unió de la parella

ETAPA Naixement del primer fill (des de la concepció fins als 3 anys del fill) ›

Característiques:

- Modificació de la relació
- Reactivació experiències pròpies anteriors
- Noves funcions: pare-mare, avis, germans, tiets...
 - Lligam mare-fill-a: simbòlica
 - Lligam pare-fill-a: relació exterior

Naixement del primer fill. Tasques fonamentals:

Crear un espai al nouvingut afavorint un ambient adequat per a ell i les persones que ja formaven part de la família.

Naixement del primer fill. Possible dificultats:

- Pot aparèixer depressió, cansament, dificultat per establir acords a l'hora de cuidar i educar.
- Dificultat de relació amb la resta de família (que tornen amb el naixement del fill)
- Persistència de la relació mare-fill-a
- Intolerància del pare per ocupar un lloc secundari durant els primers mesos
- Excessiva participació de la resta de família
- Rol d'autorealització de la dona fora de la família s'estronca

ETAPA Escolarització >

Característiques:

- Ensenyar, educar i transmetre valors
- Ensenyar a controlar impulsos i obeir
- Descobrir el potencial dels nens
- Ajudar a formar un ser humà independent, segur i equilibrat
- La xarxa social del nen s'eixampla amb persones que també seran significatives: *amics, professors, etc...*

Escolarització. Tasques fonamentals:

Acceptar l'autonomia del nen que comença un nou procés de socialització i compaginar tasques familiars i professionals.

Escolarització. Possibles dificultats:

- Dipositar en l'escola funcions familiars
- Dificultat d'adaptació
- Dificultat de compaginar criança i tasques domèstiques, treball remunerat, etc...
- La gran dedicació que es dona als fills pot provocar conflictes en la parella que ha perdut espais d'intimitat.

ETAPA Adolescència >

Característiques:

- Canvis dels integrants del nucli familiar
- Canvis de la relació amb l'exterior
- Crisis d'identitat de l'adolescent
- Coincidència de l'adolescència amb l'edat mitjana dels pares

Adolescència. Tasques fonamentals:

És important per l'adolescent sentir que pot allunyar-se de casa sense perdre als pares i mantenir límits amb possibilitat de reorganització

Adolescència. Possibles dificultats:

- Posar límits
- Desprendre's del fill
- Acceptació del creixement biològic i sexual del fill
- Pares que s'identifiquen amb els seus fills

ETAPA de contracció (niu buit) ›

Característiques:

- Comença quan un dels fills marxa de casa i acaba quan ho fa l'últim
- Incorporar nous individus a la família
- Sortida definitiva dels fills de casa
- Etapa d'allunyament entre pares i fills

Etap de contracció. Tasques fonamentals:

Adaptar-se a la buidor que deixen els fills quan marxen i retrobament de la parella original

Etap de contracció. Possibles dificultats:

Les parelles que ho han deixat tot pels fills tenen dificultat perquè no han desenvolupat altres àrees d'interès.

ETAPA Edat madura: vellesa ›

Característiques:

- Acceptació de l'ajuda dels fills
- Actuar com a model d'aprenentatge pels nets a partir de les pròpies experiències
- Acceptació dels nous canvis provocats per l'edat
- Les característiques dels nous vincles dependran de les relacions establertes al llarg de la història familiar.

Edat madura: vellesa. Possibles dificultats:

- Readaptació dels dos membres a la nova situació social: jubilació i fills fora de casa
- Augmenta la possibilitat d'emmalaltir i morir

ETAPA La mort: mort d'un dels dos cònjuges ›

Característiques:

- Un dels membres queda vidu
- Afrontar de manera adaptativa la mort de la parella, amics i d'un mateix
- Risc de pobresa i solitud

CRISIS EN LES FAMÍLIES:

Crisis en xinès (*weiji*) significa perill, oportunitat.

L'adaptació a diverses situacions que provocaran canvis en la forma de relacionar-se i comportar-se. Aquests canvis poden provocar tensions familiars. Totes les famílies s'enfronten a Esdeveniments Vitals Estressants (Acontecimientos Vitales Estresantes – AVE – Revilla). La majoria s'adapten sense necessitat sense ajuda professional.

Objectius de l'equip de salut:

- Entendre la família com a grup que afronta crisis evolutives
- Saber que la família és fruit de la seva història i per la particularitat dels seus membres
- Identificar les crisis i reconèixer normal de anormal
- Actuar a mitjançant l'acompanyament a partir de l'escolta activa

Tensions i crisis:

- Adaptació a diverses situacions que provocaran canvis en la forma de relacionar-se i comportar-se
- Aquests canvis poden provocar tensions familiars.
- **Les 4 crisis principals:** mort d'un membre de la família, divorci, canvi de domicili i canvi a nivell econòmic.

› **Tensions:** com a producte de forces intrínseques o de forces extrínseques que estan fora del seu control. **Tipus:**

- Manifesta o oculta
- Aïllada o habitual
- Permanent o temporal
- Real o imaginada
- Universal o específica

“La malaltia pot ser una tensió que dificulta l'adaptació als canvis dins del cicle vital familiar, per això com a infermeres cal conèixer el tipus de tensió i les crisis que la malaltia provoca per poder ajudar a la família a desenvolupar el seu cicle vital, a adaptar-se saludablement a la situació de malaltia i a demanar ajuda especialitzada si cal.”

► **Crisis:** Es pot passar per més d'una crisi a la vegada:

Crisis TRANSITÒRIES (esperades)

- **Crisis evolutives:** tensions universals i previsibles, els canvis necessiten un període d'adaptació per afrontar nou cicle. Els factors que provoquen la crisi són factors de "maduració de la família". Poden aparèixer per voler evitar el canvi o voler accelerar el canvi. La persona es pot preparar imaginant-se els canvis: nous rols, canvis geogràfics, econòmics... L'atenció de les persones amb malaltia crònica recau sobre la família. Cas omís als pares per part del fill de 14 anys.
Ex: Pas de l'amor en lluna de mel a l'amor més conscient i a la convivència madura.

Crisis NO TRANSITÒRIES (no són esperades)

- **Crisis "desvalidamiento":** desempara, indefensió, abandó. Nens, gent gran, malalts crònics, invàlids de la família són membres funcionalment dependents que mantenen a la família lligada per l'exigència de la seva cura i atenció. Apareix quan hi ha membres disfuncionals i dependents i quan l'ajuda que cal és difícil de trobar o molt especialitzada. Ex: incapacitat física o mental recent (depressió bipolar, demència...)
- **Crisis estructural:** en famílies desestructurades (violència domèstica...)
- **Crisis inesperades:** malalties físiques i lesions (amputació, malaltia, terminal...), mort inesperada (suïcidi, homicidi, accidents), crims (robatoris, violacions, empresonament), desastres naturals i desastres provocats (incendis, inundacions, accident nuclear, tsunami), guerres i conflictes (terrorisme, presoners de guerra), família i economia (migracions, crisis econòmiques, divorcis)

Dificultats en els Cicles Vitals Familiars (CVF):

No podem parlar de cicle vital únic, ja que **les famílies són una realitat canviant**. A occident els canvis són produïts per: major longevitat, descens de la natalitat, modificacions del paper de la dona, més divorcis i segones i terceres núpcies i crisis actual

PROBLEMES CRÒNICS DE SALUT A LA FAMÍLIA:

- L'atenció de les persones amb malaltia crònica recau sobre la família.
- **Tres elements que s'articulen: individu-família-malaltia.**

Tipologia psicosocial de les malalties cròniques:

- | | |
|------------------------|--|
| • Inici agut | 94% pacients tenen discapacitat |
| • Curs progressiu | 78% la incapacitat s'inicia de forma gradual |
| • Pronòstic | 61% procés progressiu |
| • Grau d'incapacitació | 63.8% diagnòstic fatal a mig plaç |

Trets comuns familiars als problemes crònics de salut:

- Aïllament familiar per centrar-se en les cures
- La malaltia domina la vida familiar
- Família fusionada: límits interns permeables, límits externs rígids
- Coalicions entre el malalt i un membre de la família

ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

Dependència "estat depenent en que es troben les persones que per raó d'edat, malaltia o discapacitat i lligades a la pèrdua o falta d'autonomia física, mental intel·lectual o sensorial, precisen de l'atenció d'altres persones o ajudes importants per realitzar ABVD, o amb el cas de persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres recolzaments per la seva autonomia personal.

- Perquè existeixi dependència hi ha d'haver discapacitat
- El grau de dependència és conseqüència del grau de discapacitat
- La intensitat i gravetat de la dependència estan subordinades a la possibilitat que té el pacient de desenvolupar les ABVD i les AIVD
 - **Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD):** activitats bàsiques per la supervivència de la persona, es valora amb el test de Bartel.
 - **Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD):** es valora la capacitat de la persona per desenvolupar-se en el seu medi. Es valora amb el test de Lawton i Brody.
 - **Activitats Avançades de la Vida Diària (AAVD):** capacitats que té una persona d'organitzar-se i planificar-se la seva vida social.

EL FINAL DE LA VIDA I LA FAMÍLIA:

Sensacions i canvis emocionals en els membres (temor, desconfiança, incertesa, tristesa, esperança, irritabilitat. Alteracions en l'organització i funció familiar.

El final de la vida i la família. Patrons segons N. Coyle;

1. **Patró I:** bona comunicació entre pacient, família i professionals, poden parlar obertament de la situació, planificant el futur, posant ordre.
2. **Patró II** (entre I-III)
3. **Patró III:** la família assumeix un paper protector, llei del silenci, comunicació bloquejada, es busquen molts professionals

Família i dol:

Cal restablir rols relacionals, **importància dels rituals per tal que els familiar connectin de nou amb la societat**, el professional ha de donar temps a l'adaptació familiar, ser caut.

Atenció a la salut de la família immigrant:

- **La població immigrant té peculiaritats relacionades amb:**
 - **Propi procés migratori** (motiu, forma de viatjar, etc)
 - **Aspectes personals** (edat, gènere, nivell educatiu, econòmic...)
 - **Condicions socials** (papers en regla, atur, dificultat de comunicació, etc)
- Les circumstàncies condicionen les conductes emocionals i poden facilitar l'aparició de problemes de salut. En general és una població sana.
- La seva por és viure en la incertesa del present i el futur inestables adaptar-se a la cultura, idioma, etc.
- Sentiment de fracàs derivat de les dificultats d'accés al món laboral.
- Pot a estar sotmesos a màfies, etc per a sobreviure

Dols de la migració:

- Família i sers estimats
- La llengua
- La cultura
- La terra
- L'estatus social
- Contacte amb el grup de pertinença
- Riscos per la integritat social

Síndrome de Ulisses:

- **Àrea depressiva:** plor, tristesa
- **Àrea de l'ansietat:** pensaments recurrents, irritabilitat, insomni
- **Àrea somatomorfa:** cefalees, fatiga, molèsties osteo-articulars
- **Àrea dissociativa:** despersonalització, desrealització, confusió temporal i espacial, dèficit d'atenció i memòria

Problemes psicosocials: aquells situacions d'estrès social que produeixen o faciliten l'aparició, en els individus afectats, de malalties somàtiques, psíquiques o psicosomàtiques, donant lloc també a crisis disfuncionals familiars, amb greus alteracions de l'homeòstasi familiar, capaces de generar manifestacions clíniques en alguns dels seus membres. L. De la Revilla.

Causes dels problemes psicosocials:

Esdeveniments Vitals Estressants (**Acontecimientos Vitales Estresantes – AVE**)

AVE i relacions conflictives i problemes relacionals

Classificació Factors AVE (Revilla 1997)			
Familiars	Econòmics	Laborals i escolars	Altres
Discussions, Desavinences	Canvis en l'estatus financer	Atur	Alcoholisme d'un membre
Abandó, separació, divorci	Problemes econòmics importants	Acomiadament	Drogoaddicció d'un membre
Mort del cònjuge o fill		Canvis lloc treball	Violació
Paternitat		Relacions difícils amb el cap	
Relacions difícils amb els fills		Jubilació	
Malalties i accidents de pares o fills		Dificultat adaptació escolar	
Embaràs no desitjat		Retràs escolar	
Transicions de CVF			

Classificació Factors AVE (Revilla 1997)		
Legals	Interpersonals	Ambientals
Judicis	Problemes de relació amics i veïns	Canvis de residència
Detenició	Mort d'amics	Migració
Empresonament	Malalties i accidents d'amics	Desastres naturals
Pleits	Amenaça a la integritat personal	Desastres provocats

SESSIÓ 7: Xarxa suport social.

Prof. Montserrat Suriñach

Paper fonamental dels parents (malgrat la seva invisibilitat)

Canalitza suport i ajut. En els adults aïllats socialment és més alta la taxa de mortalitat.

Tipus de xarxa de suport:

- Natural
- Organitzada

La infermeria centrada en la família té per objectiu:

- 1) Fomentar la prestació i l'aplicació de polítiques socials i de salut que siguin favorables a la família
- 2) Explicar la importància de la família i la funció dels seus membres en la preservació de la salut de forma individual i com a unitat.
- 3) Es dirigeix als membres que estan sans i als que estan malalts.
- 4) La infermeria de família té en compte les relacions que existeixen entre els membres de la família i reconeix que les persones i el grup familiar no aconsegueixen al mateix temps un grau de salut bo.

Infermera i família:

Estableix com una prioritat enfortir les interaccions amb el grup familiar.

Treballa conjuntament amb la família per definir les situacions i els problemes de salut que són prioritaris.

Assessorament familiar: informar

Assessorament familiar anticipat: caràcter preventiu

Models d'actuació infermera cap a la família:

- **La família com a recurs professional**
Informació i assessorament per assegurar la qualitat de cures
- **La família com a cuidadora recolzada pel professional sanitari**
Intervé en la planificació
- **Com a usuària del sistema sanitari**
Planifiquem cuidant al cuidador

Funcions infermeres davant la família: **Educadora de salut**

1. Motivar, promoure i facilitar adopció d'activitats i estils de vida saludable que promouen el benestar, estratègies d'auto-cura, que li permeti conservar la salut
2. Realitzar atenció domiciliària amb les cures pertinents

Funcions infermeres davant la família: **Gestora i coordinadora**

1. Gestionar, col·laborar i servir d'enllaç entre els familiars i els sistemes sanitaris i socials, per facilitar l'accés a recursos i organismes
2. Identificar famílies amb risc
3. Planificar i executar intervencions encaminades a reduir els riscos per la salut i millorar-la
4. Dispensar de forma directa cures
5. Supervisar cures formals i informals (família, SAD, 24h, TF...)

Funcions infermeres davant la família: **Modificadora de l'entorn:**

Contribuir per adaptar l'entorn familiar per tal que les persones discapacitades puguin millorar la seva mobilitat i auto-cura.

Valorar la família per identificar les de risc de presentar problemes:

- Identificació dels membres de la família
- Treball dels membres de la família
- Nivell d'educació i aspiracions de la família
- Estat econòmic
- Serveis socials i comunitaris utilitzats per la família
- Descripció de l'ambient on viuen
- Estat de salut dels seus integrants
- Identificar forces i debilitats. Mecanismes d'adaptació de les famílies (comportaments que utilitza la família per fer front a les tensions)
- Patrons de comunicació familiar
- Creences i objectius sanitaris de la família (conèixer i corregir conceptes erronis)

ENTREVISTA FAMILIAR

És molt útil perquè tota la família rebí el mateix missatge. Va adreçada a més d'un cuidador. Les entrevistes familiars poden ser habituals quan:

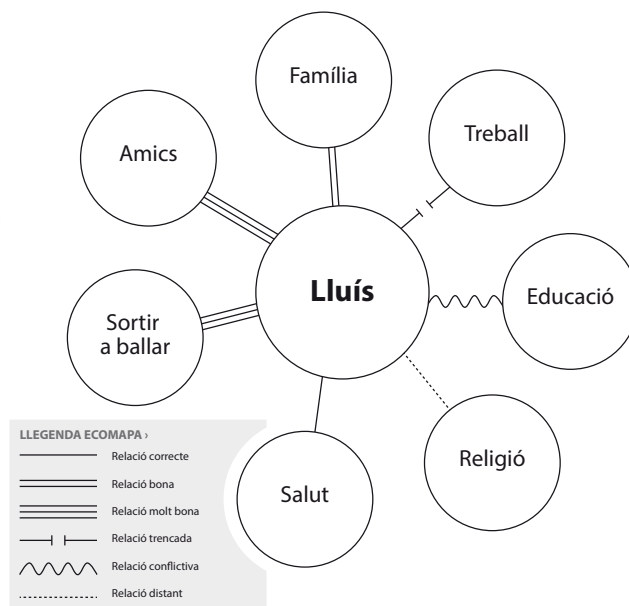
- En pacients terminals.
- Dificultats en ingressos o altes hospitalàries
- Entrevistes pre-part i postpart
- Al moment de la mort
- En el diagnòstic de la malaltia crònica

S'ha de preparar la entrevista i acollir a cada membre de la família per igual. Cal explicitar a l'inici de l'entrevista perquè els hem citat a tots plegats. S'ha d'escoltar a cadascuna de les persones. Sempre cal que hi hagi dos professionals en una entrevista familiar, un entrevistador i un que té un paper d'observador.

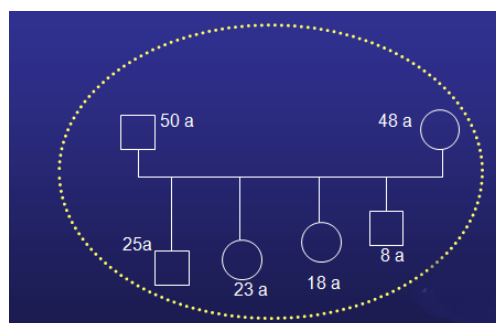
Instruments d'abordatge:

- Ecomapa:**

Per entendre les relacions familiars
Connexions importants que alimenten les relacions (càrrega conflictiva entre la família i el seu món, flux de recursos, pèrdues...)
Recursos que s'han de buscar i modificar i punts de conflicte



- Apgar familiar:** per detectar el grau de funcionalitat o disfuncionalitat familiar
- Mapa familiar:** ús i ocupació de la casa
- Genograma:**



Apgar familiar:

Puntuació:

- Cada pregunta es puntua de **0 a 2** (0 = mai, 1 = a vegades 2 = sempre)
- Igual o superior a 7:** família normo-funcionant
- Entre 4 i 6:** disfunció familiar lleu
- Igual o inferior a 3:** disfunció familiar greu

Apgar familiar. Preguntes	Gairebé sempre 2 punts	Algunes vegades 1 punt	Gairebé mai 0 punts
¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?			
¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que permanecen juntos su familia y usted?			
¿Siente que su familia le quiere?			

SESSIÓ 8 i 9: Cribratges.

Prof. Ester Colillas

Elements fonamentals de l'atenció sanitària de qualitat

- El **tractament apropiat** de les malalties presents
- Les **activitats preventives** per disminuir les malalties futures

Durant les últimes dècades, l'assistència sanitària preventiva i la promoció de la salut han contribuït a significatives millores en la salut de la població.

DIFERÈNCIES ENTRE L'ASSISTÈNCIA CLÍNICA HABITUAL I L'ATENCIÓ PREVENTIVA

Assistència clínica habitual (persones malaltes)	Atenció preventiva (persones saludables)
Iniciativa del pacient <ul style="list-style-type: none"> • Naturalesa de l'assistència imprevisible • Demanada d'assistència immediata • Atenció individual 	Iniciativa del professional sanitari <ul style="list-style-type: none"> • Naturalesa de l'assistència previsible • Assistència no urgent • Atenció centrada en un grup de persones amb un factor de risc
Competència del professional <ul style="list-style-type: none"> • Són útils els registres, documentació clínica,... • Avaluació complexa 	Competència de tots els professionals de l'EAP <ul style="list-style-type: none"> • Documentació i registres absolutament necessaris • Avaluació més simple

NIVELLS D'ACTUACIÓ PREVENTIVA

- Prevenició primària:** Es dirigeix a la població sana, per evitar l'aparició o disminuir la probabilitat de patir la malaltia. Treballant amb activitats de educació per la salut, vacunes, sanejament d'aigües, seguretat alimentària...

Objectiu: disminuir la incidència (nº de casos nous)

Mesures: promoció de la salut i protecció de la salut
- Prevenició secundària:** Es dirigeix a persones malaltes sense encara símptomes. Detectar la malaltia abans de que es manifesti clínicament, amb la finalitat de poder oferir un tractament precoç que permeti millorar el seu pronòstic.

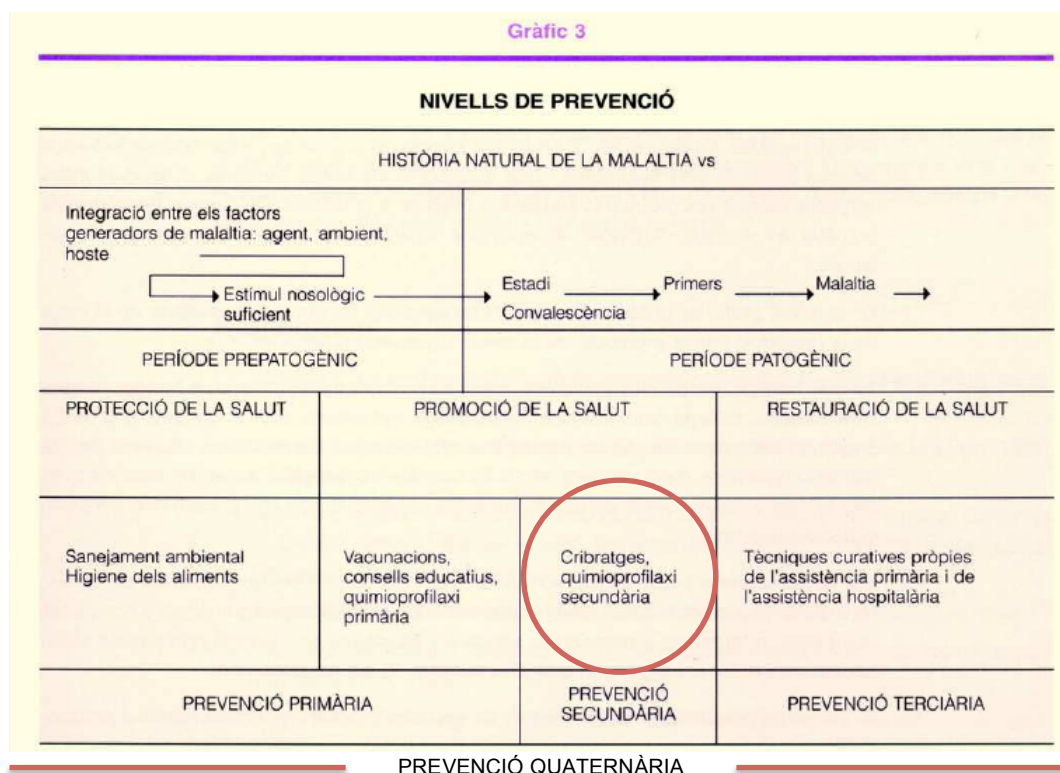
Objectiu: disminuir la prevalença de la malaltia (nº de casos presents)

Mesures: promoció de la salut - cribratge (diagnòstic i tractament precoç)
- Prevenició terciària:** Dirigida a persones ja malaltes que han passat la malaltia o crònics. Busca retardar el curs de la malaltia, limitar les incapacitats i millorar la qualitat de vida

Objectiu: reducció de les complicacions

Mesures: atenció sanitària, rehabilitació física, psíquica i ocupacional
- Prevenició quaternària:** Identificar pacients amb risc de patir intervencions sanitàries poc ètiques, innecessàries o excessivament invasives i que poden significar un risc per la seva salut i seguretat.

Objectiu: evitar intervencions sanitàries poc ètiques, innecessàries o excessivament invasives i que poden significar un risc per la seva salut i seguretat.



Cribratge com a instrument de prevenció secundària: aplicació de procediments de selecció, a poblacions d'individus aparentment "sans", amb l'objectiu d'identificar, en la fase de latència, aquells que poden estar malalts o que presenten un risc important de patir una determinada malaltia perquè presenten un determinat factor de risc.

Estratègies de cribratge:

- 1. Cribratge massiu / poblacional:** s'aplica a grans poblacions no seleccionades. Els professionals que realitzen el cribratge no tenen responsabilitat en el seguiment
- 2. Case finding / oportunista:** s'aplica a pacients concrets, els atesos pel clínic i aquest té responsabilitat de seguiment

PARADOXA DEL RISC

Un gran nombre de persones exposades a un risc petit, pot generar molts més casos de malaltia que un petit nombre de persones exposades a un risc alt. VERDADER

PARADOXA DE LA PREVENCIÓ

Una mesura preventiva que proporciona grans beneficis a la comunitat, ofereix molt poc a cadascun dels individus que en participen. VERDADER

Per tal de prevenir la malaltia en unes quantes persones, cal intervenir-ne moltes. VERDADER

RELACIÓ ENTRE UN TEST DE CRIBRATGE I LA PRESÈNCIA D'UNA MALALTIA:

		MALALTIA	
		+	-
PROVA	+	VERITABLE POSITIU (a)	FALS POSITIU (b)
	-	FALS NEGATIU (c)	VERITABLE NEGATIU (d)

Paràmetres d'una prova de cribratge:

1. SENSIBILITAT

Probabilitat de donar un resultat (+) si s'està malalt.

Probabilitat d'identificar correctament als malalts.

$$S = \frac{a}{a + c}$$

S = 1 o 100% es lo ideal.

	M	No M
+	a	b
-	c	d
S		

2. ESPECIFICITAT

Probabilitat de donar un resultat (-) si s'està sa.

Probabilitat d'identificar correctament als sans.

$$E = \frac{d}{b + d}$$

	M	No M
+	a	b
-	c	d
E		

3. VALOR PREDICTIU POSITIU (VPP)

Probabilitat d'estar malalt si s'ha donat un resultat (+).

De tots els + quants són malalts realment

Factor decisiu x saber si el CRIBRATGE val o no la pena

$$VPP = \frac{a}{a + b}$$

	M	No M	
+	a	b	VPP
-	c	d	

4. VALOR PREDICTIU NEGATIU

Probabilitat de no estar malalt si s'ha donat resultat -

Dels que tenen resultat - quants realment estan sans

$$VPN = \frac{d}{c + d}$$

	M	No M	
+	a	b	
-	c	d	VPN

Taula resum:

	Malaltia	No Malaltia	
Prova +	V+	F+	VPP
Prova -	F-	V-	VPN
	S	E	

Exercici cas: calcula el **VPP** i el **VPN** d'una hipotètica prova de cribratge amb **sensibilitat del 80%** i una **especificitat del 90%** aplicada a diferents poblacions amb les següents **prevalences de la malaltia cribrada. 1% , 5%, i 50%**. Suposem que tenim una **població de 1000 habitants**.

Població 1000 habitants / Sensibilitat 90% Especificitat 80% / càlcul prevalença del 1%

Malaltia	No Malaltia
a = 8	b = 99
c = 2	d = 891
10 malalts	990 no malalts

$$S = \frac{a}{a+c}; \frac{a}{10} = \frac{80}{100}; \frac{a}{10} = 0,8; \mathbf{a = 8}$$

$$E = \frac{d}{b+d}; \frac{d}{990} = 0,9; \mathbf{d = 891}$$

$$VPP = \frac{a}{a+b}; \frac{8}{107} = 0,074 \times 100 = \mathbf{7,4\%}$$

$$VPN = \frac{d}{c+d}; \frac{891}{893} = 0,99 \times 100 = \mathbf{99\%}$$

Població 1000 habitants / Sensibilitat 90% Especificitat 80% / càlcul prevalença del 5%

Malaltia	No Malaltia
a = 40	b = 95
c = 10	d = 855
50 malalts	950 no malalts

$$S = \frac{a}{a+c}; \frac{a}{50} = \frac{80}{100}; \frac{a}{50} = 0,8; \mathbf{a = 40}$$

$$E = \frac{d}{b+d}; \frac{d}{950} = 0,9; \mathbf{d = 855}$$

$$VPP = \frac{a}{a+b}; \frac{40}{135} = 0,296 \times 100 = \mathbf{29,6\%}$$

$$VPN = \frac{d}{c+d}; \frac{855}{865} = 0,988 \times 100 = \mathbf{98,8\%}$$

Població 1000 habitants / Sensibilitat 90% Especificitat 80% / càlcul prevalença del 50%

Malaltia	No Malaltia
a = 400	b = 50
c = 100	d = 450
500 malalts	500 no malalts

$$S = \frac{a}{a+c}; \frac{a}{500} = \frac{80}{100}; \frac{a}{500} = 0,8; \mathbf{a = 400}$$

$$E = \frac{d}{b+d}; \frac{d}{500} = 0,9; \mathbf{d = 450}$$

$$VPP = \frac{a}{a+b}; \frac{400}{450} = 0,888 \times 100 = \mathbf{88,8\%}$$

$$VPN = \frac{d}{c+d}; \frac{450}{550} = 0,818 \times 100 = \mathbf{81,8\%}$$

ACCEPTABILITAT D'UNA PROVA DE CRIBRATGE:

Criteris a tenir en compte (en 4 grans grups):

• **Malaltia o problema de salut:**

- Malaltia comuna i greu (prevalença significativa)
- Coneixement de la història natural de la malaltia
- Tractament en estadi pre-sintomàtic ha de reduir la morbiditat en major mesura que el tractament després de l'aparició de símptomes
- Malaltia tractable
- Disposar de facilitats diagnòstiques i de tractament

• **Test o prova de cribratge**

- Validesa (sensibilitat i especificitat)
- Valor predictiu
- Acceptabilitat
- Cost raonable
- Fiabilitat o grau de reproductibilitat

• **Població diana**

- Prevalença de malaltia elevada
- Consciència del problema de salut i col·laboradora

• **Aplicació del programa**

- Eficàcia (Grau d'assoliment en condicions experimentals)
- Efectivitat (Grau d'assoliment en condicions reals)
- Factibilitat (Quan es compte amb els recursos necessaris)
- Eficiència (Relació cost-benefici acceptable)

Classificació de les recomanacions (USPSTF):

- A) Existeix una evidència molt clara per recomanar la realització d'un examen periòdic de salut
- B) Existeix una evidència valorable per recomanar la realització d'un examen periòdic de salut, però pot aconsellar-se la seva pràctica en circumstàncies determinades (alt risc)
- C) Existeix una evidència valorable per recomanar l'exclusió d'un examen periòdic de salut
- D) Existeix una evidència molt clara per recomanar l'exclusió d'un examen periòdic de salut

Paper clau de l'APS en la prevenció:

La medicina preventiva s'aplica en el nivell assistencial, tant en l'atenció especialitzada com en l'atenció primària. Però en l'atenció primària:

- Són part de l'enfocament biopsicosocial
- El centre de salut és el dispositiu social més utilitzat
- Elevat percentatge de pacients que consulten anualment
- Confiança dels pacients en l'EAP com a font creïble d'informació i assessoria
- Especial coneixement del pacient

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

Complexitat de les activitats preventives efectives:

- En la integració de les activitats de promoció i prevenció influeix **la motivació, la formació i la col·laboració** dels membres de l'equip, així com la **priorització de les activitats**.
- **Els professionals han de gestionar la seva consulta** per tal que les intervencions de prevenció es puguin realitzar de manera eficient dins el context d'una pràctica clínica amb molt demanda
- La població atesa a la consulta rep intervencions de prevenció d'altres institucions sanitàries (programes de cribratge poblacional...)

Avaluació:

- **Estructura** (estat de la malaltia)
- **Procés** (activitats del programa, qualitat i a qui va dirigit)
- **Resultat** (morbidity, mortalitat...)

SESSIÓ 10: Risc cardiovascular.

Prof. Ester Colillas

Magnitud del problema:

A Catalunya les malalties del sistema circulatori són:

- Primera causa de mort en el conjunt de la població (malaltia isquèmica del cor i malaltia cerebrovascular)
- Una de les primeres causes de discapacitat i d'anys potencials de vida perduts
- Primera causa d'hospitalització
- Segon motiu de consulta a l'APS

Per tot això **el risc cardiovascular suposa un problema de salut pública prioritari**

La malaltia isquèmica del cor és la primera causa de mort de malaltia de l'aparell circulatori en **homes** i la **malaltia cerebrovascular la primera entre les dones**

Malgrat que des de 1975 s'observa un descens de mortalitat per malalties del sistema circulatori, l'impacte demogràfic, sanitari i social de les malalties cardiovasculars augmentarà, degut a l'envelliment de la població.

Espanya representa un patró de mort coronària semblant a la d'altres països mediterranis, clarament inferior al dels països del centre i nord d'Europa i Nord Amèrica.

FACTORS DE RISC:

1. PREV. I TRACTABLES

- Hipercolesterolèmia
- Hipertensió arterial
- Diabetis mellitus
- Tabaquisme
- Obesitat
- Inactivitat física
- Estrès
- ...

2. NO MODIFICABLES

- Edat
- Sexe
- Història familiar de malaltia CV

3. FR EMERGENTS

- Processos inflamatoris
- Alteracions coagulació

Les malalties Cardiovasculars són previsibles, això vol dir que **hem d'actuar sobre els Factors de Risc**. La malaltia cardiovascular **és d'etiologia MULTIFACTORIAL**. Factors que actuen **SINÈRGICAMENT**, és a dir, potenciant-se entre sí. Frequentment es presenten **ASSOCIATS** i es fa, per tant, una valoració conjunta dels factors de risc.

HIPERCOLESTEROLÈMIA**CRITERIS DIAGNÒSTICS****Hipercolesterolèmia definida:**

Colesterol total (CT) ≥ 250 mg/dl (6,5 mmol/l).

Hipercolesterolèmia límit:

CT = 200-249mg/dl.

El **diagnòstic** d'hipercolesterolèmia es porta a terme fent la mitjana de dues determinacions obtingudes en un interval d'1-8 setmanes

RECOMANACIONS PER AL CRIBRATGE:

- **Homes dels 35* anys als 75 anys** › controls cada 5 anys
- **Dones dels 45* anys als 75 anys** › controls cada 5 anys

* Abans d'aquesta edat es recomana disposar, almenys, d'una determinació del CT.

HTA**CRITERIS DIAGNÒSTICS:**

Hipertensió definida: PAS ≥ 140 mmHg i/ o PAD ≥ 90 mmHg.

Hipertensió sistòlica aïllada: PAS ≥ 140 mmHg amb PAD < 90 mmHg.

Hipertensió clínica aïllada: HTA registrada únicament a la sala de consulta amb pressió arterial (PA) ambulatoria PAS < 135 mmHg i/o PAD < 85 mmHg (AMPA i MAPA).

Hipertensió resistent: PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg tot i que hi ha un compliment adequat i algun dels fàrmacs és un diürètic.

RECOMANACIONS PER AL CRIBRATGE:

- **dels 14 anys als 40 anys** › controls cada 4 anys
- **A partir dels 40 anys** › controls cada 2 anys
- **PAS 130-139 mmHg i/o PAD 85-89 mmHg** › controls cada any

DIABETIS MELLITUS**CRITERIS DIAGNÒSTICS:**

Glucèmia basal ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l), en dues ocasions.

Glucèmia a les 2 hores (G2H) del test de tolerància oral a la glucosa (TTOG) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), en dues ocasions (en un any).

Glucèmia a l'atzar ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) + símptomes típics.

HbA1c $\geq 6,5\%$, en dues ocasions

(o en una ocasió juntament amb un altre dels criteris anteriors).

RECOMANACIONS PER AL CRIBRATGE:

- **Persones majors de 45 anys: cada 3 anys** (si les glucèmies prèvies són normals) i dins el context de la prevenció cardiovascular multifactorial.

- **Adults amb algun factor de risc** per a la diabetis: **anualment**.
- **Adolescents i infants majors de 10 anys amb obesitat** (percentil 85% o 120% del pes ideal per la talla) **i almenys dos factors de risc de diabetis: cada 2 anys.**

El cribratge s'ha de fer mitjançant la glucèmia en dejú (basal) en plasma venós

SOBREPÈS / OBESITAT

CRITERIS DIAGNÒSTICS:

Càlcul IMC:

Sobrepès › IMC entre 25,0 i 29,9 Kg/m²

Obesitat › IMC \geq 30 Kg/m²

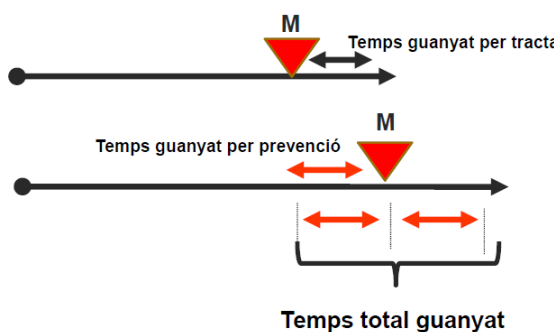
Obesitat abdominal:

Homes › Perímetre abdominal > 102cm

Dones › Perímetre abdominal > 88 cm

Es recomana el cribratge poblacional a la població general

Prevenió sobre la malaltia i possibles guanys:

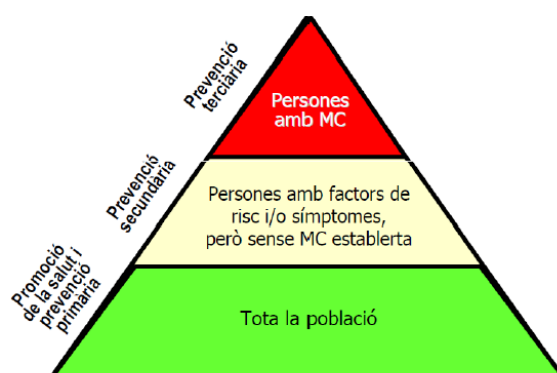


NIVELLS I ESTRATÈGIES DE PREVENCIÓ:

PREVENCIÓ PRIMÀRIA:

Població diana: tota la població

Objectiu: prevenció del desenvolupament de factors de risc



INTERVENCIÓ:

- Educació mitjançant els mitjans de comunicació
- Activitats de promoció i educació sanitàries en la comunitat, escoles, llocs de treball i àmbit sanitari
- Polítiques de suport a estils de vida saludables i ambientals (etiquetat alimentari; els aliments processats han de tenir poca sal; espais sense fum; eliminació de màquines expeditores de tabac...)

Infermeria familiar i comunitària | APUNTS

professores: **Ester Colillas, Montserrat Suriñach** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

La majoria dels primers episodis Cardiovasculars es produeixen amb individus amb FR que no són considerats d'alt risc i per tant no es tracten com a tals.

Importància de l'estratègia poblacional per tal de modificar estils de vida i ambient.

ACTIVITATS de prevenció primària recomanades:

Dieta saludable:

- Substituir els àcids grassos saturats (fonts: productes làctics, carn, llard), per monosaturats (oli d'oliva) i poliinsaturats (oli de soja, de girasol...)
- Consumir olis vegetals i peix rics **en olis poliinsaturats essencials** (àcid linoleid i alfa-linoleic: són omega-3)
- Consumir una dieta rica en fruites, verdures, fruits secs, cereals i gra, i baixa en greixos i menjars d'alt contingut energètic
- Evitar menjars especialment rics en greixos o sucres
- Mantenir un pes corporal adequat. En cas d'obesitat o sobrepès, intentar perdre pes augmentant l'activitat física i disminuint el nombre de calories diàries ingerides.

TA, exercici físic, tabaquisme:

- Disminuir la ingesta de sodi en la dieta i incorporar més potassi
- Controlar de manera periòdica les xifres de glucosa en cas de diabetis i de tensió arterial en cas d'HTA
- Realitzar regularment un mínim de **30 minuts d'activitat física diària**
- Evitar el tabac i l'estar exposat al seu fum: planejar deixar-ho en cas de ser fumador.

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA:

Població diana: persones amb factors de risc però sense MCV desenvolupada

Objectiu: prevenció d'esdeveniments cardiovasculars

INTERVENCIONS:

identificar les persones amb factors de risc; estimació del risc (estratificació);

gestió dels factors:

- **HTA:** disminució
- **Hipercolesterolèmia:** disminució
- **Tabac:** cessació
- **Diabetis:** maneig
- **Inactivitat física:** estimulació de l'exercici
- **Dieta inadequada:** reformulació
- **Sobrepès:** reducció

CÀLCUL DEL RISC CARDIOVASCULAR:

Tradicionalment les guies de prevenció es centraven en el maneig d'un factor de risc particular (HTA o hipercolesterolèmia)

La major part del RCV és atribuïble a la combinació de FR individuals, mentre que l'atribuïble a cada FR per separat és relativament petit.

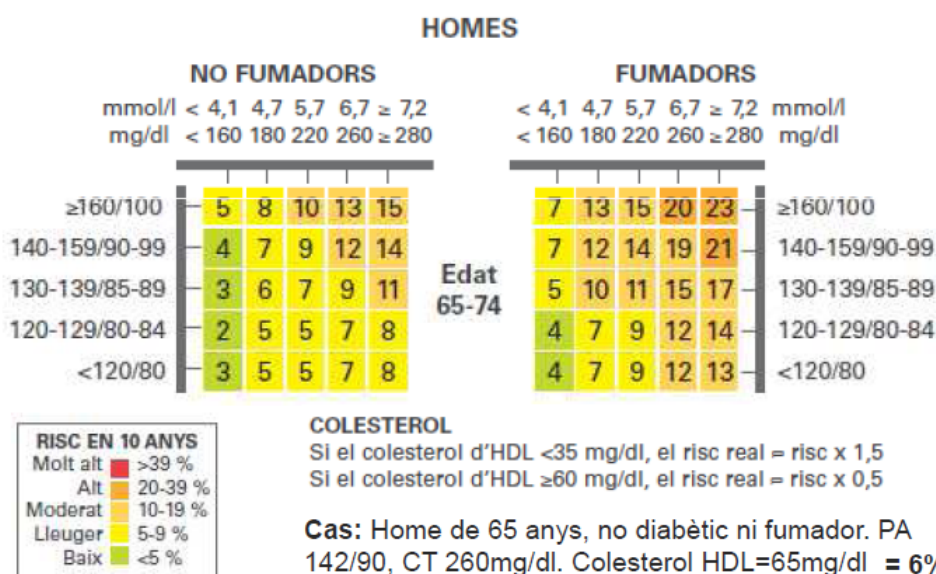
Càlcul del risc CV en la prevenció primària i secundària de les malalties CV:

El risc CV és un càlcul que expressa la **probabilitat** d'una persona a partir d'una malaltia cardiovascular (mortal i no mortal) en els propers **10 anys**

L'estimació es realitza a partir de les **taules de Framingham adaptades** a la població de Catalunya. **Cal buscar:**

- Presència de diabetis, el sexe, l'edat i l'hàbit tabàquic.
- A continuació cal buscar a la taula el **punt d'intersecció de la pressió arterial amb el colesterol total**, i cercar la columna de valor central més o menys 20 mg/dl (més o menys 0.5 mmol/dl)
- **El valor inscrit** en la casella trobada per aquest procediment **indica el risc en 10 anys** (en percentatge)
- Si es disposa del valor del colesterol d'HDL, es pot corregir el risc multiplicant per 1.5, si es troba per sota de 35, i per 0.5, si es troba per sobre de 59. La lectura és directa si el valor es troba entre 35 i 59 mg/dl

Com ho fem ?



Exemple dels resultats:

Impacte de l'exposició a un únic o a múltiples factors de risc sobre el risc coronari absolut d'un home de 50 anys

Colesterol total (mg/dl)	Colesterol- HDL (mg/dl)	Diabetis	Pressió arterial (mm Hg)	Consum de tabac	Risc coronari a 10 anys*
275	62	No	115/76	No	3 %
210	50	No	170/94	No	5 %
210	50	No	138/88	Sí	5 %
230	34	No	152/94	Sí	10 %
250	32	Sí	144/90	Sí	19 %

*Risc calculat amb l'equació REGICOR, validada per a la població espanyola.

PREVENCIÓ TERCIÀRIA:

Població diana: Persones amb patologia coronària o altres MCV

Objectiu: Prevenció de recurrències en esdeveniments cardiovasculars

INTERVENCIIONS:

Control dels factors de risc associats a tractaments adequats:

- Antiagregants plaquetaris/anticoagulants
- IECAs
- Betabloquejants

Actuació urgent: *Codi Ictus i Codi IAM*

SESSIÓ 11: Alcohol

Prof. Ester Colillas

- És una droga legal i popular, de gran consum.
Notable indulgència de la població vers el seu consum
- Té conseqüències variades: salut, treball, trànsit, relacions socials i familiars...
- Els principals danys deriven de les persones que fan un consum mitjà i no pas bevedors en excés
- És un problema de Salut Pública, ja que, produeix una elevada morbiditat i mortalitat (5.5% - 6.6% de les morts/anys a Catalunya; 7.5% de la càrrega de la malaltia a Europa).
- Grans repercussions socials i comporta elevats costos

Contingut d'alcohol a les begudes:**1 Unitat de Beguda Estàndard (UBE)= 10 gr alcohol pur****Tipus de consum:****Consum general d'alcohol** → mitjana de consum per càpita en una població**A. Conceptes epidemiològics i de salut pública****1. CONSUM BAIX RISC:**

per sota o igual a 28 UBE/setmana en els homes
i per sota o igual a 17 UBE/setmana en dones

2. CONSUM DE RISC:

- **Consum setmanal** d'alcohol per sobre de 28 UBE en homes (4-6 UBE/dia)
i per sobre de 17 dones (2.4-4 UBE/dia)
- **Per ocasió de consum** per sobre de 6 o igual UBE en homes
i per sobre de 5 o igual UBE en dones (*binge drinking*)
- **Individu que consumeix alcohol en determinades situacions**
(embaràs, conducció de vehicles...)

3. CONSUM PERJUDICIAL: consum diari mitjà d'alcohol de més de 6 UBE en homes
i més de 4 UBE en dones

B. Conceptes clínics:

4. **CONSUM NOCIU:** quan existeixen problemes laborals, socials i/o familiars degut a l'alcohol → **Trastorns Relacionats amb l'Alcohol (TRA):**
 - Totes les limitacions en el funcionament físic, psíquic o social d'un individu on es pugui inferir raonablement que l'alcohol hagi estat part del nexa causal de la limitació
 - No complir amb les responsabilitats del treball, escola i/o família
 - Beure alcohol durant activitats físicament perilloses com operar màquines o conduir automòbil
 - Tenir problemes freqüents, com fer mal físic a alguna persona o ser detingut per conduir sota els efectes de l'alcohol.
5. **CONSUM D'ALT RISC / ALCOHOLISME:** Apareix quan hi ha dependència a l'alcohol → **Síndrome de la Dependència Alcohòlica (SDA):**
 - Vinculació patològica d'un individu amb l'alcohol, independentment que aquest hagi generat algun tipus de patologia física, psíquica o social. Equiparable a Malalt alcohòlic.

Criteris per al diagnòstic de SDA:

- Desig intens o compulsió per consumir alcohol (*craving*)
- Disminució de la capacitat de control: dificultats per controlar l'inici de consum i per posar fi a la ingesta o controlar-ne la quantitat
- Simptomatologia d'abstinència
- Tolerància o neuroadaptació
- Abandonament progressiu d'activitats
- Persistència en el consum malgrat les conseqüències perjudicials

Els factors que determinen el consum d'alcohol són múltiples: genètics, religiosos, culturals, tipus de personalitat, edat, sexe, ocupació, entorn social: classe social, lloc de residència, actituds i creences en relació al producte.

Alcohol i MCV:

- Consumir una petita dosi d'alcohol regularment redueix el risc de patir malalties cardíaques
- L'evidència científica mostra que la major part de la reducció del risc es pot aconseguir ingerint una mitjana de 1 UBE cada dos dies
- L'efecte protector de l'alcohol és més important:
 - Atacs cardíacs no fatals vs atacs cardíacs fatals
 - Homes vs dones
 - Persones països mediterranis vs resta de països

Aquest efecte protector només és rellevant per a persones de mitjana edat i adults d'edat més avançada

Magnitud del consum: dades epidemiològiques

1. Prevalença de consum:

- **Consum habitual:** el 61.1% de la població d'entre 15-64 anys refereix haver consumit begudes alcohòliques en el curs dels darrers 30 dies (70.4% homes i 51.8% dones)
- **Prevalença de consum de risc:** el 4.7% de la població de 15 anys i més fa un consum d'alcohol de risc (el 7.2% en homes i el 2.3% en dones). Ambdós grups presenten les freqüències de consum de risc més elevada en els grups d'edat més joves.

2. Danys atribuïbles:

- La mortalitat atribuïble a l'alcohol és difícil de quantificar per la manca de consens en les fraccions atribuïbles en determinades malalties
- A Catalunya s'atribueixen directa o indirectament al consum d'alcohol el 5.5% dels morts del període 1988-1997 (tabac 14-15%)
- L'alcohol és l'únic factor responsable de la mortalitat per algun tipus de malalties, mentre que en altres trastorns la fracció atribuïble pot oscil·lar notablement.
- L'alcohol està implicat directament en els accidents de trànsit (40%) i se li atribueixen també el 33% dels accidents laborals
- El 32.6% dels conductors morts per accident presentaven una alcoholèmia superior a 0.5g/l en sang

3. Nivells de risc i criteris d'intervenció:

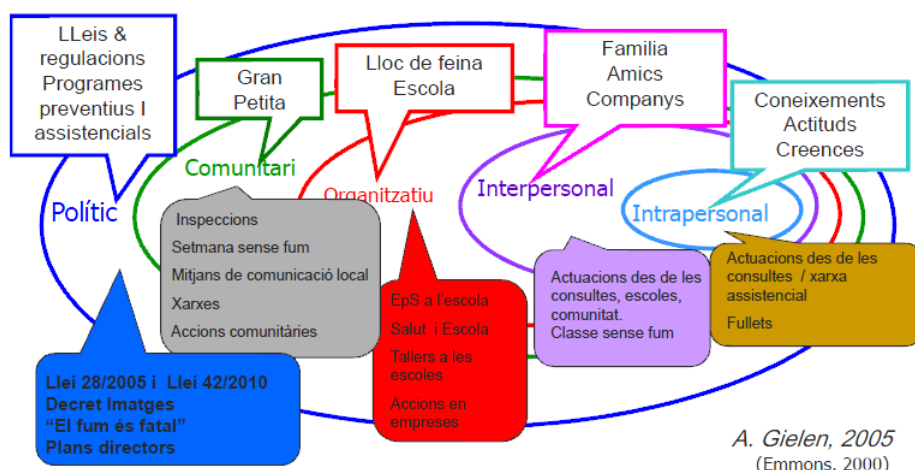
Nivell risc	Criteris		Intervenció	Paper EAP
	Home	Dona		
Risc Baix	≤ 280 g/set (28 UBE/set)	≤ 168 g/set (17 UBE/set)	Prevenció primària	Educació, suport i modelatge
Consum de risc	> 280 g/set (28 UBE/set)	> 168 g/set (17 UBE/set)	Intervenció breu	Identificació, assessorament, consell breu i seguiment
Consum nociu	Presència de TRA			
Consum alt risc	Presència de SDA		Tractament especialitzat	Identificació, assessorament, derivació i seguiment

SESSIÓ 12: Tabac

Prof. Ester Colillas

- **Fumador:** és qualsevol persona que diu que fuma, sigui quina sigui la quantitat. No hi ha cap nivell ni tipus de consum que sigui segur.
- **No fumador:** és l'individu que mai no ha fumat cigarretes almenys durant un mes de forma diària.
- **Exfumador:** és l'individu que essent prèviament fumador es manté almenys 12 mesos sense fumar.
- **Fumador passiu:** es considera tota persona no fumadora exposada de manera mantinguda al fum del tabac.

Enfocament ecològic de les actuacions: **prevenció i control del tabaquisme**



La detecció del tabaquisme s'ha de fer per anamnesi.

En aquesta anamnesi haurem de valorar:

- La motivació
- La dependència
- La identificació de la fase del procés de canvi

Anamnesi del fumador:

1. Grau de dependència: **Test Fagerström**
2. Grau de motivació per deixar de fumar: **Test Richmond**
3. Estadi del procés de canvi: **Prochaska**
 - **Fase de precontemplació:** no vol deixar de fumar.
 - **Fase de contemplació:** deixarà de fumar en els propers sis mesos.
 - **Fase de preparació:** deixarà de fumar en el proper mes.
 - **Fase de recaiguda:** havia deixat de fumar però ha tornat a fumar.
4. Recolzaments i dificultats de l'entorn

Tipus d'intervencions a l'AP:

✓ Intervencions clíniques breus

- ☑ Dirigides a persones que volen deixar de fumar, a persones que no vulguin deixar de fumar i a fumadors que han abandonat recentment el tabac.
- ☑ Consisteix en preguntar si fuma, aconsellar abandonament tabac, valorar disponibilitat per intentar deixar de fumar, ajudar a cada persona de manera individualitzada i fixar visites de seguiment.

✓ Intervencions intenses:

- ☑ Visites de preparació
- ☑ 1a visita
- ☑ 2a visita (2-3 dies abans del dia "D")
- ☑ 3a visita (3-8 dies després del dia "D"): FASE D'EUFÒRIA
- ☑ 4a visita (10-15 dies després del dia "D"): FASE DE NORMALITZACIÓ
- ☑ 6a visita (2-3 mesos després del dia "D"): FASE DE CONSOLIDACIÓ

Un cop finalitzada l'intervenció intensiva, es poden donar dos fets:

- **Abstinent amb èxit:** la persona ha deixat de fumar definitivament.
- **Fase de recaiguda:** forma part del procés de deixar de fumar i no s'ha de viure com un fracàs. Fins i tot es pot positiu en el sentit que es una oportunitat per aprendre a no recaure en el proper intent. Les causes més freqüents són: la síndrome d'abstinència, l'augment de pes, els estats d'ànim negatius, depressius, l'estrès, l'excés de confiança o les circumstàncies socials.

Important tenir present, durant els contactes amb el pacient, tant en els de preparació com en els de seguiment, la possible aparició dels problemes que més freqüentment poden portar a aquesta recaiguda.

SESSIÓ 13: ITS i VIH

Prof. Ester Colillas

Definició d'ITS:

- Infeccions causades per agents infecciosos en les quals la transmissió sexual té importància epidemiològica
- Causades per més de 20 agents etiològics com virus, bacteris, protozous i paràsits
- Afecten, sobretot, els òrgans genitals, però també es localitzen en altres llocs (boca i anus)
- Acostumen a aparèixer a partir de les tres setmanes després de la infecció. **Els símptomes més comuns són:** sensació de coïssor al orinar, secreció purulenta i de color groguenc al penis, dolor abdominal, dolor durant les relacions sexuals, necessitat d'orinar més de l'habitual, sagnat entre períodes menstruals, dolor, picor, sagnat i/o secreció de mucositat del recte, febre, augment en la secreció vaginal...
- **La majoria es poden contraure més d'una vegada**, tot i que la persona s'hagi infectat i tractat per alguna d'aquestes infeccions es pot reinfectar
- **Es transmeten en cadena**, és a dir, la persona afectada les pot encomanar a moltes altres persones i cadascuna d'elles originar a la vegada nous contagis
- **Afavoreixen la transmissió del VIH/SIDA**. La presència de determinades ITS incrementa substancialment el risc de transmissió del VIH.

Conductes sexuals de risc:

	Pràctica sexual
Risc ALT	Penetració anal receptiva sense preservatiu (persona penetrada en la relació sexual) Penetració vaginal receptiva sense preservatiu (persona penetrada en la relació sexual) Penetració anal insertiva sense preservatiu (persona que penetra en la relació sexual) Penetració vaginal insertiva sense preservatiu (persona que penetra en la relació sexual)
Risc BAIX, però possible	Fel·lació (contacte orogenital a un home) sense preservatiu i amb ejaculació a la boca Cunnilingüi (contacte orogenital a una dona) sense barrera Fel·lació sense preservatiu però sense ejaculació a la boca Petó negre (contacte oroanal) sense barrera Compartir joguines sexuals sense barrera
SENSE RISC	Petons humits (de boca a boca) Masturbació mútua Carícies i massatges Petonejar o llepar el cos

Importància per la SP:

Les complicacions i les seqüeles que poden originar si no es diagnostiquen i no es tracten adequadament (infertilitat, embarassos ectòpics, parts prematurs, afectació greu en nadons, càncer de cèrvix, demència...)

Interrelació de les ITS amb el VIH:

- Augmenta el risc de contraure i transmetre el virus per mecanismes biològics diversos
- Algunes infeccions són més freqüents en persones infectades pel virus

Intervencions:

1. **Prevenció primària:** trencar la cadena de transmissió
2. **Prevenció secundària:** diagnosticar i tractar el més aviat possible (Cribratge)
3. **Prevenció terciària:** control i seguiment dels malalts

Exemple cribratge VIH:

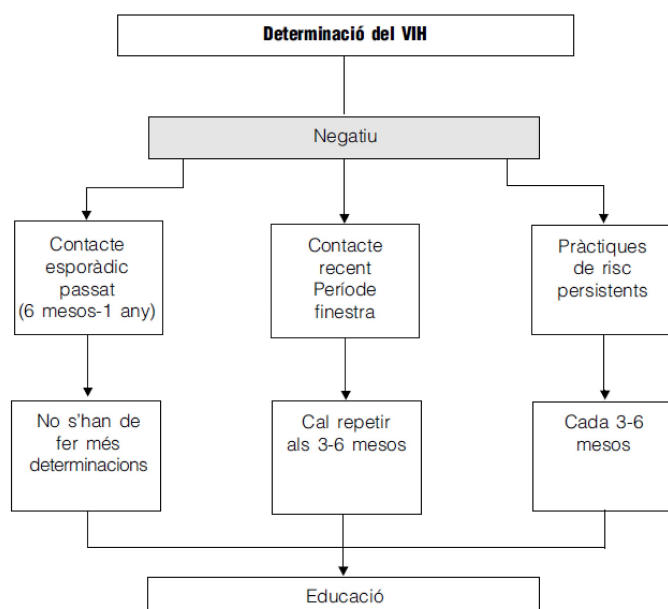
- 1) Consentiment informat:
 - 1.1) Aspectes tècnics
 - 1.2) Repercussions personals, mèdiques, socials i psicològiques del resultat
 - 1.3) Significat del resultat
- 2) Realització prova cribratge (ELISA)
- 3) Realització prova confirmació (Western Blot)
- 4) Garantir confidencialitat i cautela

Counselling: les tasques principals del counselling sobre l'HIV, per ordre de prioritats són les següents:

1. Mostrar empatia o respecte
2. Escoltar activament
3. Deixar que l'usuari expressi les seves emocions
4. Ajudar l'usuari a definir les seves necessitats
5. Ajudar l'usuari a prendre decisions després de reflexionar-hi

Si el resultat és negatiu:

- 1) Comunicació del resultat
- 2) Avaluar **període finestra**
- 3) Avaluar **falsa seguretat**
- 4) Educació sanitària
- 5) Reducció riscos
- 6) Xarxa de suport
- 7) Oferir ajuda
- 8) Noves entrevistes



Si el resultat és positiu:

- 1) Comunicació del resultat
- 2) Donar temps per emocions
- 3) Informació clara i objectiva
- 4) Suport emocional
- 5) Confidencialitat
- 6) Edu.Sanit. : reducció de riscos (Breu!)
- 7) Xarxa de suport (telèfon, ONG...)
- 8) Necessitat de compartir el resultat
- 9) Seguiment a les **24-48 hores**
- 10) **Estudi contactes** (notificació per part del professional i/o del propi afectat)

Prova ràpida de cribratge del VIH:

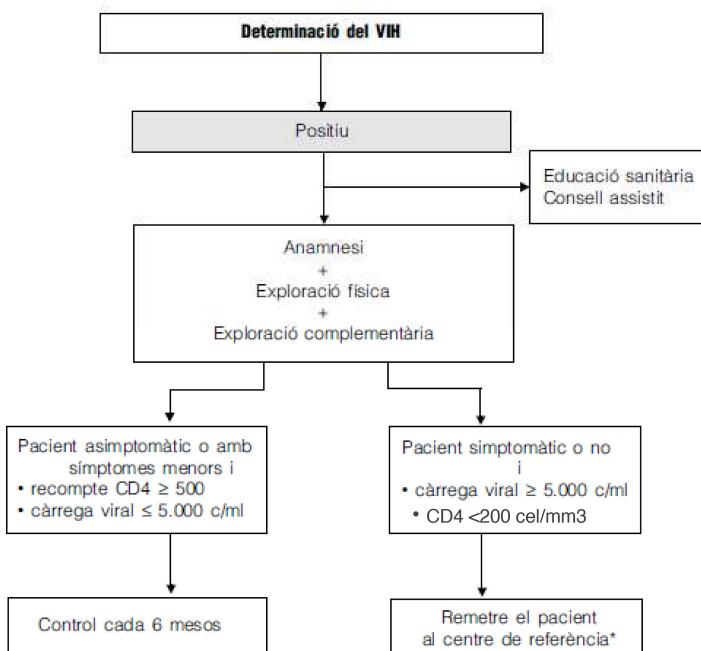
- Test de lectura visual
- Requereix un equip mínim
- Baix cost
- Rapidesa en l'obtenció dels resultats (15 min aprox)
- El resultat negatiu es considera definitiu (període finestra?)
- En el cas de resultar positiu requereix ser confirmat (Western Blot o LIA)

Indicacions prova ràpida:

- Pacient reticent a tornar a la consulta
- Possibilitat que no torni a buscar el resultat
- No accepta fer-se la prova estàndard
- Pacient que rebutja la punció venosa
- Ansietat, no pot esperar al resultat
- Si la venopunció es fa únicament pel VIH
- Exposició accidental ocupacional
- Malaltia aguda possiblement relacionada amb el VIH i es desconeix l'estat serològic
- Altres situacions d'emergència

Organització territorial: tres grans eixos (Departament de Salut):

1. **Reforç i ampliació dels sistemes d'informació** per a la vigilància epidemiològica de les ITS i els seus determinants
2. **Adequació de l'atenció sanitària:**
 - **Model assistencial integrat** (activitats preventives i clíniques)
 - Activitats basades en la millor evidència científica possible (GPC)
 - Formació adequada dels professionals sanitaris
3. **Millora de l'efectivitat i l'eficiència de les activitats preventives**



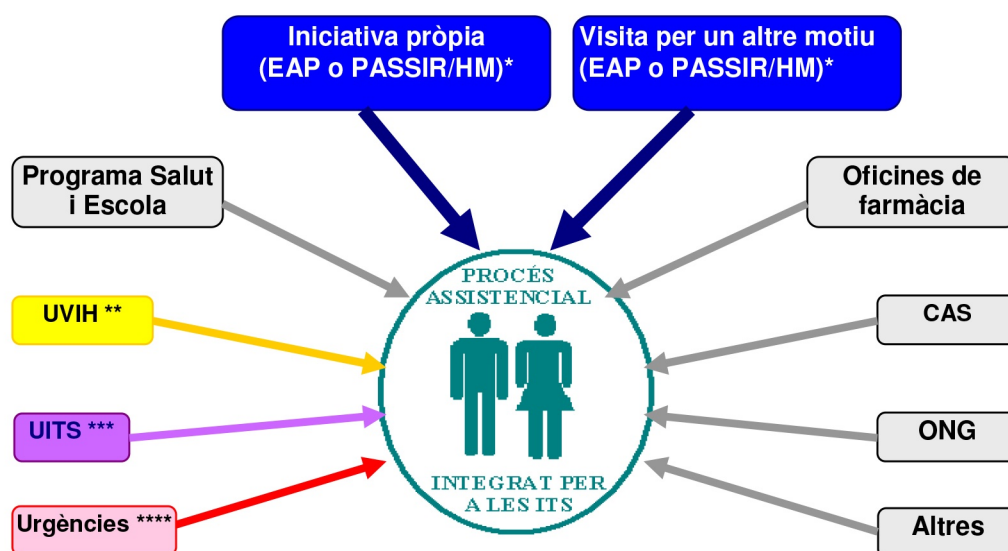
Model assistencial integrat:

Procés d'atenció a les persones de 13 anys o més amb risc o amb manifestacions clíniques d'infecció de transmissió sexual (ITS), que inclou:

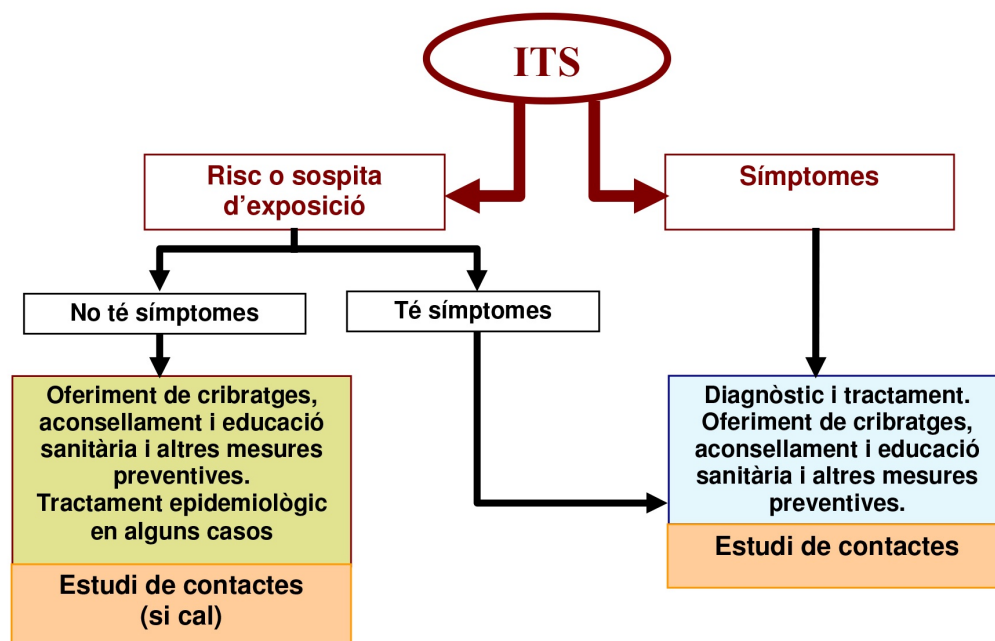
- **Cribatge i el seguiment d'aquestes persones:** activitats de diagnòstic, tractament i prevenció (consell, educació sanitària i vacunació)
- **Seguiment de les persones infectades**
- **Activitats de coordinació amb organitzacions de suport social i d'intervenció comunitària** (ONG, agents comunitaris, etc)

Població diana: totes les persones sexualment actives que poden estar exposades a una ITS o que pateixen una ITS, i les seves parelles.

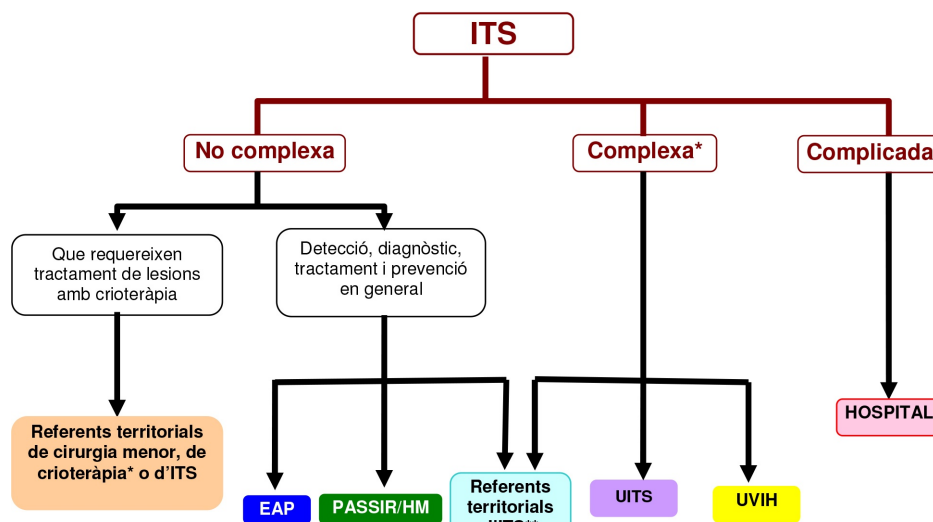
Entrada al procés assistencial:



Esquema del procés d'Atenció a les ITS:



**Unitats i serveis que intervenen en l'atenció d'una ITS,
d'acord amb el seu grau de complexitat:**



Competències professionals d'infermeria:

Activitat	Serveis assistencials	Professionals preferents
Prevenició primària i secundària de les ITS i del VIH:		
- detecció de situacions de risc	EAP, PASSIR/HM, altres UITs, UVIH <i>(especialment en grups de població amb risc conductual molt alt)</i>	Tots els professionals implicats
- aconsellament prediagnòstic i postdiagnòstic		Metges/esses de l'EAP Obstetraginecòlegs/òlogues Dermatòlegs/òlogues Uròlegs/òlogues Metges/esses de les unitats monogràfiques Infermers/eres, llevadors/ores Psicòlegs/òlogues (si escau)
- consentiment informat i sol·licitud de proves		
- cribratges		Infermers/eres, llevadors/ores
- vacunacions		Infermers/eres, llevadors/ores
- activitat comunitària i educació sanitària		Infermers/eres, llevadors/ores

SESSIÓ 14: Atenció domiciliària

Prof. Ester Colillas

Situació actual:

L'índex d'envelliment (> o iguals a 65a / <15a, resultat inferior a 1 = població jove, resultat superior a 1 = població envellida) quasi s'ha triplicat en els darrers anys (va passar de 44% a **126%**, des de l'any 1981 al 2001).

L'any 2006, el **95.7%** de les persones de 65 anys i més que vivia a Catalunya manifestava tenir algun **problema de salut crònic** i el **13.8%** d'aquest mateix grup presentava com a mínim un tipus de **discapacitat física, sensorial o psíquica**.

L'augment de l'activitat hospitalària sense ingrés i l'escurçament del temps d'estada en els hospitals fa que **es coordinin els serveis assistencials hospitalaris i d'AP per garantir l'atenció domiciliària**.

Definició de l'atenció domiciliària:

L'atenció domiciliària és un conjunt d'activitats de caire **sociosanitari i d'àmbit comunitari** que es realitzen al domicili de la persona quan aquesta no té capacitat o independència suficients per acudir al centre de salut (caràcter temporal o permanent). La **finalitat**, és detectar, valorar i donar suport i seguiment als problemes de salut de l'individu i la família.

Quan parlem d'atenció domiciliària cal pensar en:

- EAP
- Hospital
- Serveis socials

**Atenció
integral**

Tipus de necessitats:

- Sanitàries
- Socials
- Econòmiques
- Altres

RECURSOS:

1. Propis del CAP i serveis sanitaris

- Propis del CAP: Programa ATDOM**
- Altres serveis sanitaris:** programes sanitaris com:
 - **Salut a casa**
 - **Prealt:** programa a nivell hospitalari, s'avisava a l'infermer de referència del CAP per dir-li que surt d'alta

- **Infermera d'enllaç:** ubicada a l'hospital, fa d'enllaç entre CAP i hospital per agilitzar processos i tràmits
- **Gestora de casos:** ubicada al CAP, gestiona casos més complexos (sense recursos, patologies greus...)
- **Hospitalització a domicili (HaD):** professionals de l'hospital van a veure al pacient a casa igual que ho farien a l'hospital (ex: pacient amb ATB EV) durant 3 mesos
- **PADES:** Programa d'Atenció Domiciliària Equip de Suport

<i>Diferències entre HaD i ATDOM:</i>	HaD	ATDOM
Procedència dels professionals	Hospital	CAP
Procedència dels pacients	Hospital	Domicili
Tecnificació	Més tecnificat	Menys tècnic
Objectius	Reduir l'estada al H	Prevenir hospitalització
Activitats	Les mateixes que al H	Les mateixes que al CAP
Temps de seguiment	Període limitat	Pot ser limitat, però normalment són processos crònics i el temps és il·limitat.

2. Serveis sociosanitaris:

Centre sociosanitari (residències, centres de dia...)

- **Mitja estada:** convallescència i cures pal·liatives
- **Llarga estada:** llarga estada i centre de dia

3. Serveis socials:

- Treballadores familiars
- Centres de dia
- Ajuts a domicili
- Àpats a domicili
- Prestacions econòmiques

4. Comunitaris:

- Associacions
- Voluntaris
- Grups d'ajuda
- Veïns

Programa **ATDOM**:

L'atenció domiciliària s'organitza com un **programa de salut** en interrelació amb els altres programes assistencials existents (programa de la gent gran, de l'adult, del nen sa, de cures pal·liatives).

Es basa en el treball interdisciplinari de professionals de medicina, infermeria i treball social que conformen l'EAP.

Es defineixen **objectius, criteris d'inclusió i exclusió, activitats** que s'han de fer per aconseguir els objectius específics establerts per a cada pacient, i **indicadors d'avaluació**.

Identificació de la població diana: l'atenció domiciliària va dirigida a la població amb una patologia aguda, crònica o en procés de final de la vida, o a persones grans allitades o confinades al seu domicili.

Criteris d'inclusió en el programa: no poder desplaçar-se al centre per ser ateses, per motius de salut o de condició física o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent.

Classificació actual de les persones usuàries del Programa:

- Pacients amb patologia crònica
- Malalts terminals
- Deteriorament cognitiu
- Persona usuària grup de risc
- Pacient transitori > d'un mes

Nova proposta de classificació de les persones incloses en el Programa:

Segons el grau de dependència per a la realització de les ABVD:

- *Autonomia* (Barthel 100, 90 si va en cadira de rodes)
- *Dependència lleugera* (Barthel > o igual a 60)
- *Dependència moderada* (Barthel 40-55)
- *Dependència severa* (Barthel 20-35)
- *Dependència greu* (Barthel < 20)

Activitats del programa:

- | | |
|--|--|
| • Activitats de promoció i prevenció de la salut | • Activitats de l'equip i de coordinació (interna i externa) |
| • Activitats assistencials | • Activitats de registre (HC3) |
| • Activitats de valoració i avaluació | • Activitats de formació, docència i recerca |
| • Activitats rehabilitadores | |

Característiques del programa:

Les característiques que la diferencien de l'atenció donada al centre:

- **Família implicada** directament en el pla de cures
- **Importància de l'entorn per valorar l'estat de salut** i el context social i familiar
- **Equip multidisciplinari amb treball programat**

Professionals:

- **Metge i infermera.**
- **Treballadora social:** proporciona ajuda a les persones o famílies amb dificultats per tal de millorar el seu benestar físic, social o afectiu mitjançant el desenvolupament de certes funcions.
- **Treballadora familiar:** atén al malalt dins la pròpia família i realitza les activitats de suplència o ajuda en les activitats bàsiques de la vida diària.

ETAPES DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA:

1. **Valoració inicial de la persona, entorn i família:** permet recollir, seleccionar i analitzar les dades que ens donen una primera informació de l'estat de salut i els problemes detectats.

De manera específica, al fer la valoració per necessitats tindrem en compte:

1.1 L'entorn físic – vivenda:

- Planta baixa o pis amb ascensor
- Escales o no a l'interior
- Serveis higiènics interiors
- Bona temperatura i ventilació
- Aigua calenta
- Animals domèstics
- Domicili de propietat, lloguer...

- 1.2 **L'entorn familiar:** valorar els components familiars (membres), la seva col·laboració o la persona cuidadora i si podran assumir les despeses econòmiques

2. **Diagnòstic:** una vegada recollida tota la informació es farà un anàlisi de la informació registrada i es formularan els diagnòstics corresponents (d'independència, d'autonomia i de col·laboració)

3. **Planificació:** **Objectius (NOC):** és l'expressió formal d'allò que volem aconseguir.

Recursos/Activitats (NIC i pla de cures):

- **Humans:** professionals sanitaris i socials, malalt i/o família
- **Materials:** quins són, disponibilitat, provisió
- **Activitats:** activitats a realitzar, recursos necessaris, qui desenvolupa l'activitat i mecanisme de supervisió

Qui porta a terme l'activitat ?

Executades directament pel propi professional, derivades a un altre professional o executades pel propi malalt i/o persona cuidadora (activitats bàsiques de la vida diària, petites cures... administració de medicació com la insulina)

Cal recordar que la infermera forma part del medi on viu la família però no del sistema familiar, per tant, cal respectar metes i desitjos i ajudar a aconseguir els resultats TANT SI HI ESTEM D'ACORD COM NO QUI DECIDEIX ÉS LA FAMÍLIA, NO LA INFERMERA.

4. Execució

5. Avaluació

Taula resum del Programa d'Atenció Domiciliària

