

Anàlisi de la situació de salut. Diagnòstic de salut de la comunitat.

És el procés d'estudi sistemàtic d'una comunitat del que s'obté una descripció i anàlisi de les necessitats de salut i dels factors que la determinen a afavoreixen. La informació que es recull ha de permetre:

- Definir la magnitud del problema i la seva repercussió.
- Identificar els factors causal condicionants o causals.
- Analitzar les relacions entre el nivell de salut i els factors condicionants amb la finalitat de reconèixer les possibles intervencions per a controlar el problema.

Els objectius dels anàlisi del sistema de salut són.

- Fonamentar les decisions en la mateixa planificació de serveis.
- Base per a prioritzar les problemes de salut.
- Base per a avaluar les decisions tomades.

Elements per a l'anàlisi.

- **Estructures generadores de riscos.**
- **Estructura demogràfica.**
 - Composició per edat i sexe.
 - Població real que viu a la zona: Població de fet.
 - Població censada o empadronada: Població de dret.
 - Dinàmica i previsions de canvi.
 - Moviment natural: Natalitat/ Mortalitat.
 - Moviment migratori. Migració/ emigració.
 - Estructura familiar.
 - Índex de dependència: Pes que tenen els més joves i els més vells.
 - Índex d'envelliment: Pes dels majors de 65 anys respecte als menors de 15.
- **Estructura física i medioambiental:**
 - Entorn geogràfic.
 - Aigües d'abastiment i residuals.
 - Eliminació de residus sòlids.
 - Graus de contaminació atmosfèrica.
 - Sorolls ambientals.
 - Higiene i conservació dels aliments.
 - Serveis de transport i comunicacions.
 - Urbanisme, serveis.
 - Estat de vivendes– índex sintètic de les condicions de la vivenda:
 - Antiguitat: % < de 10 anys.
 - Espai vital, superfície útil.
 - Higiene, bany i lavabo.
 - Benestar, gas natural, calefacció, aire condicionat.
- **Estructura social i econòmica:**
 - Distribució de la població per classe social.
 - Situació laboral:
 - Situació laboral/professió.
 - Tasa d'activitat i atur.
 - Tipus de contractació que predomina.
 - Distribució de població per categories professionals.

- Nivell d'estudis: Proporció d'analfabets.
- Centres d'ensenyança–
- Situació familiar.
- Ancians que viuen sols.
- Desenvolupament econòmic de la zona:
- Indústries, comerç.
- Economia submergida.
- Distribució de la població segons renda per càpita.
- Grups d'especial interès.
- **Nivell de salut:** Indicadors coneguts i avaluats: negatius
- Mortalitat:
- Útils en planificació:
- Necessitat de salut.
- Desigualtats socials.
- Tasa de mortalitat bruta.
- Tasa de mortalitat específica per edat i causa.
- Tases estandarditzades.
- Esperança de vida al néixer:
- Comparar zones.
- Detectar desigualtats.
- Anys potencials de vida perduts: medeix l'impacte de les morts prematures.
- Morbilitat: És qualsevol separació subjectiva o objectiva de l'estat psicològic o fisiològic.
- Morbilitat diagnosticada: Estat de no salut percebut per haver sol·licitat atenció sanitària (demanda satisfeta)
- Informació obtinguda mitjançant registres:
- Enfermetats de declaració obligatòria (EDO)
- Hospitalàries.
- Enfermetats cròniques.
- Atenció primària. (menys coneguda)
- Enquestes a sanitaris:
- Informació subjectiva.
- Enfermetats que produeixen major demanda.
- És vàlid per seleccionar 5–6 malalties més freqüents.
- Accidents (laborals, tràfic)
- Empreses.
- Serveis d'urgències.
- Incapacitat laboral transitòria (ILT)
- Incidència i/o prevalència:
- Informació sesgada per planificar.
- Buscar factors condicionants i de utilització de recursos.
- Nens sense vacunes
- Nens sense escolaritzar.
- Ancians que viuen sols.
- Embarassades que no es controlen.
- Morbilitat percebuda: Estat de no salut percebuda que no genera demanda. La informació és obtinguda per:
- Enquestes de salut:

- Percepció pròpia de la salut.
- Morbilitat aguda, amb restricció de les tasques diàries (2 setmanes anteriors a l'entrevista)
- Cost elevat, no recomanat en **ABS**.
- Morbilitat no sentida: Estat de no salut que no es percep, sol es pot conèixer a partir de mètodes de diagnòstic precoç.
- Exàmens de salut escolar.
- Programes preventius.
- **Hàbits i estils de vida:**

La relació entre hàbits i estils de vida ha estat demostrada per molts estudis epidemiològics. Es tenen en compte en les polítiques de salut i són base fonamental en l'anàlisi de la salut.

Aquestes són el reflex de les desigualtats socials i estan lligades a actituds i creences de la població. Les mesures que s'utilitzen són.

- Prevalença de l'hàbit tabaquic.
- Consum d'alcohol.
- Hàbits dietètics.
- Realització d'exercici físic.
- **Deficiències, discapacitats, minusvalies (OMS)**

Constitueixen les conseqüències de la malaltia sobre l'activitat física i social dels individus.

- **Deficiència:** És la pèrdua, malformació o anomalia d'un òrgan , estructura o funció mental; psicològica, fisiològica o anatòmic (sordesa, retràs mental,...)
- **Discapacitat:** És la conseqüència de la malaltia sobre la persona, es a dir, la restricció o falta d'habilitat per a realitzar una activitat dins dels límits considerats normals, per exemple: dificultat per parlar, treballar, etcètera.
- **Minusvalia:** Constitueix la conseqüència de la malaltia en el pla social, es a dir , produït per una deficiència o discapacitat.
- **Qualitat de vida de la població:** Aspecte subjectiu que percep la persona, per això es difícil buscar un indicador.

Salut laboral.

Morbilitat produïda per factors de risc específics de l'entorn laboral:

- **Incapacitat laboral permanent.**
- **Morbilitat per accidents de treball.**
- **Tases de mortalitat global i específic per sectors.**
- **Tases d'accidentalitat:** Mesures de seguretat i protecció utilitzada.

Serveis.

Serveis sanitaris i sociosanitaris:

- Serveis d'A.P.
- Hospitals.
- Serveis d'urgències.
- Serveis socials i comunitaris.
- Recursos privats.

- Anàlisi dels serveis:
 - ◆ Marc legal.
 - ◆ Estructura organitzativa.
 - ◆ Oferta.
 - ◆ Coordinació entre nivells.
 - ◆ Accessibilitat
 - ◆ Sistemes de registre i informació.
 - ◆ Grau de participació d'usuaris i satisfacció.
 - ◆ Conèixer: recursos personals, materials i funcions.

Serveis d'altres sectors relacionats:

- Serveis de medi ambient.
- Benestar social.
- Educació i seguretat vial.
- Indústria.
- **Problema:** Coordinació entre Sanitat, benestar social, ajuntament,... Els CAPs no tenen informació del medi ambient per què això no depèn de Sanitat sinó de l'ajuntament i encara que aquests tinguin la informació no l'envien. Amb benestar social passa el mateix.

Utilització dels serveis:

Ús que se'n fa dels serveis que s'estan gestionant: És un paràmetre per mesurar les necessitats i limitacions d'aquesta:

- **Fragmentació dels serveis.**
- **Activitats realitzades per professionals en diferents nivells d'atenció.**
- **Tasa d'interconsulta a especialistes en AP:** O quantitat de vegades que un metge demana consultes a altres professionals; per exemple el metge de família que envia al pacient a un metge respiratori (especialista); depèn de la formació del personal (quant més informació tingui menys derivació hi haurà). A l'AP s'intenten donar programes de solució de casos en els que intervinguin conjuntament els metges d'AP i els de l'hospital.
- **Tasa de sol·licitud d'anàlisis i proves diagnòstiques:**
 - ◆ Ús de medicaments: és la despesa farmacèutica (utilitzen únicament els medicaments que siguin necessaris) Amb la reforma de l'AP no baixa la despesa farmacèutica i per això s'han de mirar altres estratègies alternatives per evitar l'ús de medicaments, com per exemple laxants,... que es poden suplir amb una dieta equilibrada.
 - ◆ Tasa de derivació a hospitals.
 - ◆ Tasa d'hospitalització, estancia mitja.

Altres fonts de dades poden ser:

- **Els propis professionals:** Demanar-los quins problemes veuen ells en la població adjudicada per a un centre d'AP.
- **Farmacèutics:** Informadors claus dels problemes de la població, hi ha gent que no va al metge i va directament al farmacèutic per a demanar-li consell sobre el fàrmac que ha d'utilitzar. S'ha fet el llibre blau on s'estableixen les qüestions sobre les que poden donar informació a la gent.
- **Demanar informació als líders informals** (pobles) per que tenen informació privilegiada. Anar als llocs on viu i treballar els llocs d'esbarjo de la gent i conèixer els problemes que tenen per què. En el cas que vulguem fer una investigació sobre un problema determinat.
- **Mestres d'escola:** I tota la gent dels serveis (carnisseres, gent de la cafeteria, associacions de veïns,...)

- **Les infermeres d'AP que mes coneixen a la gent que demanda serveis.**
- **Cens, padró, registres de mortalitat, registres de patir malalties,... que estan publicats.**

Nosaltres com a estudiants hem d'intentar conèixer a la població del centre a partir de les dades que ens trobem al centre.

Problemes de l'anàlisi de la situació de salut.

- **Recollida d'informació de tipus quantitatiu:** per què ens deixem de banda dades qualitatives, com per exemple, de com ho viu la gent, com se sent, que expressa...
- **Recollida indiscriminada de dades:** Hem de saber quines dades volem i per a que ens serviran. No s'haurien de recollir dades que després no ens serviran per a res.
- **Poca utilitat d'alguna informació recollida en àrees geogràfiques petites:** Per què són dades poc representatives.
- **No correspon àrees geogràfiques amb registres oficials:** Per què a nosaltres no ens proporcionen la informació.
- **No es detecten necessitats de grups marginals:**
- **No es recull informació procedent de la comunitat:** És la crítica més gran, no es surt a la comunitat per a conèixer a la gent,
- **Falta d'actualització:** Cada cop les necessitats varien i per tant la informació s'ha de renovar.
- **Falta d'aplicació.**

Metodologia del DSC.

- **Definició de la població de referència:** De quina població recollim les dades.
- **Formulació d'objectius:** En termes de coneixement de la freqüència, distribució i determinants de la situació escollida.
- **Selecció i divulgació operativa de les variables d'estudi.**
- **Selecció de les fonts de dades i dels mètodes d'anàlisi de la informació.**
- **Disseny dels registres.**
- **Decisió del mètode d'anàlisi.**
- **Mobilització dels recursos materials i humans econòmics i humans necessaris per fer la tasa.**

Pla de Salut de Catalunya.

És una recollida de tota la població catalana i del seu estat de salut . s'esposa en dades (tabulació) a nivell de tota Catalunya i a partir d'aquí s'estableix els principals problemes de salut de la població. És l'instrument del govern i el marc de referència per a les actuacions públiques en l'àmbit de salut:

- **Identificar les necessitats de salut de la població catalana.**
- **Fixar objectius de salut:** Per què esta basat en una recollida de problemes i per a cadascun d'ells es marquen un objectiu determinat.
- **Establir prioritats de polítiques de salut i els serveis:** És aprovat pel parlament de Catalunya i un cop aprovat es pública.
- **És un procés dinàmic, participatiu i descentralizat.**
- **El pla de salut de 1996-98 incorpora l'avaluació i l'experiència del pla 1993-95:** Per què hi havia objectius marcats i activitats per fer i prioritats. El del 1996-98 podia ja presentar dades sobre l'avaluació dels objectius exposats al pla anterior (1993-95). Les avaluacions es realitzen al llarg de l'any i per tant es presenten cada any. Sempre surten algun retràs per què abans de publicar-les es fan l'avaluació dels objectius.

Els productes del **Pla de Salut** són:

- **Enquestes de salut de Catalunya** : Abans sempre es posava la ciutat de Barcelona.
- **Estudi de la situació dels objectius generals de salut i de la disminució de risc per l'any 2000**: A qui es volia arribar que a l'any 2000 baixés l'índex de càncer, tabaquisme, accidents de trànsit.
- **Enquesta dels professionals de salut**: Per identificar les primeres causes de problemes de salut de la població en funció de les demandes rebudes sobre una mateixa causa i també detectar els principals problemes de salut de la població.
- **Avaluació de les activitats preventives**: Índex de freqüència del tabac,...factors de risc que afecten a la salut de la població i que poden millorar-se.
- **Criteris comuns per a l'atenció dels problemes de salut.**
- **Línia de búsqueda avaluativa** .
- **Avaluació del grau d'incorporació dels continguts del Pla de Salut en el contracte per a la compra de serveis**: proposta de nous objectius per als pròxims anys i avaluació dels objectius que s'han lograt d'aquells que s'havien preparat. Aquesta qüestió va de forma econòmica (quant més aconsegueixen més diners rebran)

Les etapes del **Pla de Salut**:

L'avaluació es sempre en espiral creixent per què mai serà igual

Definició d'objectius i avaluacions.

Priorització de problemes de salut.

És un espiral per què si realment s'ha fet una nova anàlisi mai pot donar igual que l'anterior. L'espiral va modificant-se a partir de les avaluacions, activitats i procediments que es van afegint.

El **Servei Català de la Salut** distribueix els diners:

Usuaris

Atenció especialitzada Cobertura i qualitat de serveis

Proveïdors de serveis

Xarxa sanitària Servei Català de Salut:

d'utilització pública

- *Planificació: Marca els objectius, els hospitals i els CAP i han de decidir com aconseguir-los*
- *Finançament : Paga i compra*
- *Comprador.*
- *Educador.*
- *Pla de serveis sanitaris i sociosanitaris.: Quina oferta de serveis haurien de donar.*
- *Contracte per a la compra de serveis.*
- *Instrument a través del qual la xarxa sanitària fa enquesta de com aconseguir els majors objectius possibles exposats pel SCS aquests donaran els diners a qui presenti el millor programa i aconsegueixi els majors objectius possibles: Qui dona una millor oferta a la població rebrà més recursos. Aquí entra la competència entre els hospitals per veure qui es queda els recursos i pressupostos.*
- *L'ICS esta compost per una sèrie d'hospitals i CAPs . els SCS li demana compte de les diferents avaluacions fetes en cadascun dels hospitals i centres que el componen. Abans l'ICS era qui tenia el pressupost i els distribuïa però ara ja no. Aquest és un procés que encara pot variar ja que no està*

EPIDEMIOLOGIA

Una de les definicions és de Rey Colero: La epidemiologia és una ciència que estudia els fenòmens que condicionen la malaltia i determinen la seva freqüència i distribució en la població.

La epidemiologia només té sentit quan es treballa amb grans grups de població i no en problemes individuals.

Senicek: La epidemiologia és un raonament i un mètode de treball objectiu proposat en medicina i a altres ciències de la salut i aplicats a la descripció dels fenòmens de salut, a l'explicació de la seva etiologia i a la investigació dels mètodes d'intervenció més eficaços i efectius.

Estratègies de l'epidemiologia:

- **Distingir entre malalties i patologies individuals** (parla del conjunt de persones que tenen una malaltia. Ex: infart agut de miocardi, també parlen de persones, problemes de població, factors de risc en la població,...) Per saber el comportament dels factors de risc a les poblacions hem de parlar de grups.
- **La noció de fenomen de grup no és exclusiva de les malalties infeccioses sino també de les cròniques:** Abans no es plantejaven les malalties cròniques perquè no eren tan freqüents com les contagioses.
- **Definir la noció de xarxes epidemiològiques:** Causes o factors de risc que poden donar un problema de salut. Ex: Quin pes pot tenir el tabac a l'IAC ? o la diabetis ? o la obesitat ?. la epidemiologia estudia com es relacionen aquestes xarxes.
- **No recórrer únicament a la estadística per establir una relació causal:** S'ha d'utilitzar la estadística com a instrument. No sempre es poden utilitzar mètodes experimentals.
- **Intentar establir una relació causal a través de mecanismes biològics i/o socials:** Relació entre causa-efecte. Ex: Relació entre el tabac i el càncer de pulmó.
- **Entendre que un model epidemiològic per bo que sigui no es pot equiparar a una experiència equiparada en condicions naturals:** A un laboratori, tots els factors estan controlats però amb el treball de camp (població) hi ha molts factors que no es poden controlar d'una forma precisa (com apareix la malaltia i com s'esten, factors estresants,...)
- **Integrar la intervenció epidemiològica en el conjunt del treball:** Els estudis i el resultat es deuen integrar al treball i al treball s'han d'incorporar estratègies per paliar els factors de risc (Ex: els professionals de salut hem d'incloure estratègies per a què la gent deixi de fumar i l'epidemiologia integrarà aquestes estratègies per veure com pot baixar el consum de tabac a la població.
- **Facilitar l'evolució dels mètodes diagnòstics mitjançant l'estudi epidemiològic:** Fins quin punt la prova és capaç de donar errors o establir els diagnòstics. Ex. Prova de detecció de l'embaràs, es a dir, fins a quin punt és exacte i eficaç aquesta prova)
- **No avaluar un problema de salut fora del seu context i de la seva relació amb altres problemes sanitaris:** Els problemes no es poden avaluar a nivell aïllat sinó amb tota la xarxa de problemes que poden estar relacionades. Ex: úlceres per decubit poden ser provocades per una falta de mobilització encara que també pot ser per dèficit nutricional,...
- **Saber relacionar un problema de salut amb el seu context socioeconòmic.**
- **No oblidar la població diana a la que es deuen aplicar els resultats d'un estudi epidemiològic:** Aquesta població és la fonamental a l'hora de fer les intervencions. Ex: la epidemiologia estudia a quina població o tipus de població és més factible i eficaç recopilar-la, i a quin grup poden donar-se amb més freqüència determinats tipus de problemes i quins proves poden realitzar-se.

L'epidemiologia no és:

- **Únicament la ciència de les grans epidèmies:** Encara que va haver un temps en que sí ho era.
- **No s'interessa únicament de les malalties contagioses.**
- **No és ni microbiologia ni estadístiques aplicades.**
- **No és política de salut ni una denúncia a la medicina:** La epidemiologia és un instrument per a la planificació sanitària però no pretén denunciar a la medicina, sinó informar de la prevalença de determinades malalties a un determinat lloc. Ex: identificar la quantitat d'infeccions nosocomials que hi ha a un determinat hospital per identificar les causes i poder buscar solucions.

Finalitats pràctiques de l'epidemiologia:

- **Contribuir millor a l'elecció dels mètodes de diagnòstic, definir millor les malalties i contribuir a la seva classificació.**
- **Identificar la magnitud de la malaltia i/o de la salut d'una població definida:**
 - ◆ Identificar els grups d'especial interès.
 - ◆ Definir els programes de salut que s'han d'establir.
- **Descobrir la causa per què apareix i persisteix una malaltia en una comunitat:** Fonament de la mides preventives. (medicina preventiva)
- **Avalua l'eficàcia dels programes de salut.**
- **Vigilància epidemiològica**

Xifres absolutes: No ho relaciona amb res. Ex: Podem contar el nombre de canvis posturals, però no ho relaciona amb el nombre de pacient. Una xifra absoluta no em serveix per a valorar problemes si no ho comparo amb res.

Xifres relatives: Estableixen una relació entre variables la que ens permet comparar.

Mesures de freqüència

Paràmetres matemàtics:

- **Raó:** Relació entre dos entitats que tenen característiques diferents.

R= A/B

Ex: Raó de masculinitat: Homes / Dones.

- ◆ **Índexs:** Raó x 100, la raó serveix per a veure la relació de mortalitat per a sexes, per exemple, quantes dones es moren per cada home
- **Proporció:** Relació d'una entitat amb el total de la població (oscil·la entre 0 i 1): **P= A / A+B**
 - ◆ **Percentatge:** Proporció x 100.
- **Taxa:** És una proporció inclosa en un temps per una constant. Ex: Quantitat de malalts d'hepatitis A a Catalunya durant 1 any. La Taxa és una proporció per una constant

Les mesures de freqüència més utilitzades en epidemiologia són:

- **Prevalença:** Tots (sense tenir en compte el temps) els casos de persones amb una malaltia determinada en relació a la població total (població que ens interessa segons l'edat,...) això és un tall en el temps sense tenir en compte el pas del temps.
- **Incidència:** No. Total de persones que passen de sanes a malaltes en un període determinat, per tant tenim dos nous factors: 1. *Casos nous de malaltia.* 2. *Període de temps.* La diferència que hi ha entre tots dos es que la prevalença són casos antics i nous i la incidència només són casos nous.

Ex: de 5000 persones 25 tenien ja càncer i ara hi ha 10 casos nous: $10 / 4975$. Dintre de les mesures d'incidència podem parlar:

- ♦ **Incidència acumulada:** No. de casos nous que apareixen en un nombre de temps determinat/ Població a l'inici del període, per tant la població total és la població en risc. Aquí la paraula acumulada significa l'acumul de persones que s'esrudien (la població) i partim de la població que tenim a l'inici de l'estudi, no del temps d'observació
- ♦ **Taxa d'incidència o densitat d'incidència:** No. de casos nous en un període determinat / la suma de tots el períodes d'observació fins que apareix el problema de cada una de les persones que estan en risc evident de patir una malaltia. Aquí el denominador és la suma dels diferents períodes de temps en què s'ha estudiat la malaltia. La taxa d'incidència és més sensible i més difícil de realitzar ja que reflecteix la variabilitat dels diferents períodes de seguiment, a contra de la incidència acumulada aquí parlem de temps i a l'altre ho fem de persones

Incidència i prevalença

Subjectes	Moments en el període				
T0	T1	T2	T3	T4	

1 O C (curar)

2 O E (malaltia)

3 C

4 C

5 O E

6

7

8 C

9 O E

Exemple: Taxa d'incidència

Llits

5 Alta sense infecció urinària

4 Infecció urinària

3 C Estància al'hospital

2 A B

1

1 2 3 4 5 6 7

$$TI = 1 (B) + 1 (C) / 2 (A) + 3 (B) + 5 (C)$$

A no té infecció urinària per això no surt al denominador

Taxa d'incidència o densitat d'incidència

Persones

A 3

B 2

C 5

D 2

E 4

F 5

85 86 87 88 89 90 91 92

: Se'n va de l'estudi

: Desenvolupament de la malaltia.

Taxa d'incidència: Casos nous (3) / Suma dels diferents períodes de temps de l'estudi (21 Anys) = $3 / 21 = 0'143 \cdot 100$: 14'3 casos de la malaltia per any de seguiment en cent persones.

Incidència acumulada: No. de casos nous (3) / població a l'inici del període (6) = $3 / 6$.

El risc

És la població de que succeeixi un fenomen epidemiològic en un temps determinat.

Fenomen epidemiològic

Risc relatiu

És una mesura d'associació on indica la probabilitat de que la malaltia es desenvolupi en un grup exposat amb relació al grup no esposat.

Grup exposat ! Relació ! Grup no esposat.

El risc relatiu informa de la força d'associació però no hi ha relació entre el factor d'estudi i la enfermetat.

	Sí	No
P.F.	a	b
P.F.	c	d

$a+b I_e$ (Incidència dels exposats) = a (Sí)/ $a+b$ (P.F.)

$c+d I$ (Incidència dels no exposats) = c (Sí)/ $c+d$ (P. F.)

$RR = I_e / I = a / a+b \div c / c+d = a \cdot (c+d) / c \cdot (a+b)$

Un exemple sobre risc relatiu:

- Mortalitat de càncer de pulmó és = 1000 persones de 35 anys.
 - ♦ $[I_e]$ Fumadors: 0'96 %
 - ♦ $[I]$ No fumadors: 0'07 %

$RR = 0'96 / 0'07 = 1.7$ probabilitat – per a les persones fumadors.

Llavors el risc serà de que per cada 13'71 morts per càncer de pulmó fumadors hi ha un mort per càncer de pulmó no fumador. (risc de tenir-ne molt alt)

$RR > 1$: Associació positiva entre factor de estudi i malaltia (factor de risc)

$RR = 1$: No hi ha relació entre el factor d'estudi i la malaltia.

$RR < 1$: Associació negativa entre el factor d'estudi i la malaltia (factor protector)

Risc atribuïble

És la diferència de la incidència en els exposats respecte la incidència dels no exposats.

$RA = I_e - I$

Informa de l'excés de risc que poden tenir els exposats en relació amb els no exposats i la seva utilitat pràctica es mostrar l'excès de casos associats a l'exposició que es podrien evitar si aquesta s'eliminés. Seguint l'exemple anterior:

$RA = 0'96 - 0'07 = 0'89$! s'atribueix al tabac

Percentatge de risc atribuïble

És el percentatge de risc global equivalent al factor al de risc atribuïble al factor estudiat multiplicat per cent.

$\% RA = (I_e - I / I_e) \cdot 100$

Serveix no només per a mesurar sinó també per a prevenir i informa sobre el percentatge de risc que es pot atribuir al factor estudiat, representa l'x % del total dels factors estudiats i la seva utilitat pràctica es que si s'aconsegueix controlar l'exposició a tal factor serien previnguts l'x % de malalties o morts. En el cas anteriorment estudiat:

$\% RA: 0'96 - 0'07 / 0'96 = 92'7$ % de les morts per càncer de pulmó estan provocades pel tabac.

Fracció preventiva

Calcular el risc atribuïble quan la incidència de la malaltia és major en els no exposats que en els exposats no té sentit. Per a què tingui sentit hem de calcular la fracció preventiva (FP).

$$FP = I - I_e / I$$

Un exemple seria en cas de les vacunacions on les persones vacunades tindran menys risc de patir la malaltia que els no vacunats i així es mesura els factors de risc i l'eficàcia i / o efectivitat de les vacunes.

CAUSALITAT

Associació.

És una relació entre dos o més variables, significativament major o menor de la que s'explicaria a l'atzar, sobre la base de presentació de cadascuna d'aquestes per separat.

Concepte d'associació

L'associació és la condició necessària per a produir un efecte.

Causa segons Mach Mahon.

La que existeix entre dues categories d'aconteixements en els que s'observa un canvi en la qualitat o freqüència de cadascun que segeueix a l'alteració de l'altre.

Tipus d'associació

• Associació espúria

Són les associacions no causals, fortuïtes on el seu origen es deguda a biaixos, atzar o poc control de variables estranyes.

• Associació causal:

La relació entre variables, un factor i el seu efecte, però un procés de causa–efecte no s'ha d'expressar solament per una associació estadística. Cal una associació estadística més 5 criteris per admetre la causalitat que són:

- ◆ La constància de l'associació:
 - ◇ Mètodes i estudis diferents han de conduir a les mateixes conclusions.
- ◆ La força de l'associació.
 - ◇ Ve determinada per la precisió amb la que una variable és capaç de preveure una altre.
 - ◇ Es mesura per l'increment d'intensitat (quantitat) o per la duració de l'exposició.
 - ◇ Quan més risc relatiu hi ha més força d'associació hi ha entre el fet de risc i la malaltia.
- ◆ La especificitat de l'associació.
 - ◇ Indica que un determinat factor de risc produeix una malaltia específica.
 - ◇ Relació tabac amb càncer de pulmó: 9 de cada 10 casos el malalt és fumador.
- ◆ La seqüència temporal (temps–resposta) i dosis– resposta.
 - ◇ L'inici de la malaltia ha de ser precedit en el temps per l'exposició al suposat agent causal que la provoca
- ◆ La coherència de l'associació.
 - ◇ Ser admesa biològicament i acceptada científicament: tabac: hidrocarburs políciclics (cancerígens) en el fum i quitrà de les cigarretes.

Models causals.

Model determinista.

Causalitat és la perfecta, constant, única i recíproca connexió entre variables: Causa C i efecte E (sistema tancat) on hi ha dos criteris:

- Especificitat de causa: C es causa única d' E
- Especificitat d'efecte: E és només efecte de C .

Model multicausal

Tot succés es produït per una quantitat important de factors, o el principal d'aquests està acompanyat per molts altres que es relacionen amb ell, establint un conjunt de sistemes interactuants amb múltiples interconnexions.

Factor hereditari Diabetis HTA Estrès Obesitat Mala dieta

Infart Agut de Miocardi

Model determinista modificat

- Les causes no poden ocórrer després dels efectes.
- Els efectes unicausals no existeixen.
- El temps d'inducció d'una malaltia no es constant ja que es deu a cada factor causal contribuent (el pes de cadascun dels factors)

Causa suficient

- És aquella que inevitablement produeix una conseqüència
- Conjunt de condicions mínimes que inevitablement produeixen una malaltia.
- Les causes de la malaltia aïllada rares vegades són causes suficients (exposició a micobacteria TBC)

Causa necessària.

- És una causa que inevitablement ha d'estar present per a que ocorreixi la malaltia. L'exposició al bacil tuberculós és una causa necessària però no suficient.

Causa complementària o contribuent.

- És una causa que no es causa suficient.
- Una malaltia pot estar provocada per varies causes complementàries diferents. Un exemple seria l'IAM on pot estar provocat per l'HTA, l'hiperlipidèmia i el tabac.

Estudis epidemiològics

Estudis descriptius (observacionals)

Descriuen la freqüència d'un problema de salut en una població amb les seves característiques en base a 3 aspectes:

- **Variables de persona:**
 - ◆ Edat.
 - ◆ Sexe.
 - ◆ Raça.

- ◆ Genètica.
- ◆ Classe social.
- ◆ Religió.
- ◆ Estat Civil.
- ◆ Lloc de naixement.
- **Variables de Lloc:**
 - ◆ Zona a nivell geogràfic.
 - ◆ A nivell d'empresa.
 - ◆ Clima.
- **Variables de temps:**
 - ◆ Calendari.
 - ◆ Cronològic.
 - ◆ Biològic.
 - ◆ Social.
 - ◆ Temps 0: Moment en que comença l'estudi.
 - ◆ El temps pot reflectir patrons de freqüència de les malalties:
 - ◇ Període curt.
 - ◇ Estacions.
 - ◇ Anys.
 - ◇ Segles.

La classificació dels estudis descriptius poden ser:

- Estudis transversals o de prevalença:

La seva finalitat es estimar algun fenomen d'interès en un moment donat on ha d'haver una bona selecció de persones de la població que es objecte de l'estudi (mostra representativa). Les variables es mesuren en un període curt de temps. El seu plantejament es:

No respostes Malalts

No Malalts

Població Mostreig

Malalts

No malalts

Simultani

Les avantatges dels estudis de prevalença són:

- ◆ Útils per a malalties de llarga evolució.
- ◆ Poc temps, baix cost.
- ◆ Es poden estudiar varies malalties.

En canvi els seus inconvenients són:

- ◆ Mostra representativa.
- ◆ Determinen al moment exposició i malaltia (Si en aquell moment teníem un problema respiratori queda reflectit així).

- **Sèrie de casos clínics:**

- ◆ Es caracteritzen per descriure fenòmens poc freqüents.
- ◆ Aporten dades sobre:
 - ◇ Malalties recents.
 - ◇ Manifestacions d'un procés no conegut.
 - ◇ Efecte secundari de fàrmacs.

Aquests estudis es fan quan passen fenòmens a poques persones (pocs casos d'una situació). Les seves característiques són:

- Longitudinals (Al llarg del temps)
- Els pacients comparteixen alguna cosa en comú (signes, símptomes).
- Permeten comparacions però amb precaució. Per exemple, casos apareguts a Manhattan i a Espanya, però s'ha d'anar en compte per què les condicions són diferents.

Les seves avantatges són:

- Poden generar hipòtesis.

I els seus inconvenients són.

- No hi ha grup control per tant no es poden contrastar hipòtesis (comparar-les)
- **Ecològics:**

La unitat d'anàlisi es un conjunt de persones d'una area geogràfica, descriuen la situació de salut-malaltia d'una àrea determinada però tampoc proven hipòtesis.

- **Estudis de morbi-mortalitat:**

Descriuen el patró i freqüència d'un problema de salut, partint d'informació continguda en registres.

- ◆ Cens de població.
- ◆ Altes hospitalàries.
- ◆ Estadístiques de mortalitat.
- ◆ Exàmens laborals.

Les seves avantatges són:

- ◆ Econòmics.
- ◆ Ràpida execució
- ◆ Es coneixen grups afectats per malaltia.
- ◆ Responen a les preguntes: Qui ? On ? Quan ?

Els seu inconvenient es que no permet generar hipòtesis per què no seguim a la població, no fem un seguiment d'aquesta

- **Estudi de cohorts (observacional)**

Les persones que no tenen la malaltia d'estudi es classifiquen en exposats o no exposats als factors de risc i es segueixen durant un període de temps per a observar amb quina freqüència apareixen la malaltia en cada grup. El seu plantejament és:

Pèrdues Morts per altres causes Malalts

Exposats Seguiment

No malalts

Pèrdues Morts per altres causes Malalts

No exposats Seguiment

No malalts

Ens permet registrar incidències (casos nous de malaltia) que és la cosa que ens interessa. Per tant també podem calcular el risc relatiu , es a dir, la força d'associació . També podem calcular el risc atribuïble.

Abans de fer un estudi de cohorts haurem de fer un estudi transversal per saber qui no té la malaltia en un moment donat, el moment en que comencem a fer l'estudi de cohorts. Els objectius són.

- Estudiar la incidència.
- Calcular el risc relatiu.
- Calcular el risc atribuïble.
- Identificar la incidència poblacional.

La selecció dels grups es farà d'acord amb:

- Característiques similars per a ambdós grups (esposats/ no esposats)
- Comparables en les variables excepte amb el factor a estudiar.
- Font de la cohort:
 - ◆ Població general.
 - ◆ Grup exposat i no exposat:
 - ◇ Treballadors en un fàbrica exposat i no exposats.
 - ◇ Habitants d'un pobles exposats i no exposats.

El seguiment serà igual per al dos grups i durant un període de temps significatiu en la història natural de la malaltia. Les seves avantatges són:

- Incidència i risc relatiu.
- Càlcul de quantitat i temps d'exposició.
- Estudi de factors d'exposició rars.
- Precisos.
- Pocs biaixos de memòria per què són seguiments de persones en períodes de temps curts, estudi prospectiu.
- Avaluar relació entre exposició a factor de risc i varies malalties.

En canvi els seus inconvenients són:

- Necessitat de mostra gran per a avaluar exposicions rares.
- Seguiment llarg per a malalties cròniques.
- Cars.
- Dificultat de mantenir una metodologia i criteris estandaritzats.
- Pèrdua de persones.
- Díficils de reproduir.

- **Estudis de cas-control:**

L'objectiu es identificar si l'exposició passada és més freqüent en els casos (afectats) o en els controls (no afectats)

Són estudis observacionals. L'elecció dels subjectes es realitza en funció de la malaltia (malalts – no malalts).

Es estudia la història d'exposició prèvia (es una gran diferència amb un estudi de cohorts)

En aquest tipus d'estudi s'escull a un grup de persones amb una malaltia determinada (cas) i altre que no té aquesta malaltia (control). Ambdós grups es comparen respecte a una exposició que es sospita que està relacionada amb dita malaltia.

Els criteris de selecció són:

- Persones que han pogut estar exposat.
- Definir la malaltia.
- Subjectes

Exposats

Malalts (casos)

No exposats

Exposats

No malalts (control)

No exposats

ARA PASSAT

La informació sobre l'exposició s'aconsegueix de:

- Entrevistes i trobades.
- Històries clíniques.
- Història de treball.
- Registres.

Aquesta informació té 2 tipus de biaixos:

- Biaix de memòria:
 - ◆ Casos > controls.
 - ◆ > probabilitat a > N° de factors de risc.
- Biaix de l'entrevistador:
 - ◆ Interès pels resultats positius.
 - ◆ Es preferible que l'entrevistador sigui una persona aliena a la investigació.
 - ◆ Ignorar qui son els casos i quins son els controls.

En les anàlisis de les dades no podem estudiar la incidència per què no ho seguim a llarg del temps, i com no

es pot calcular la incidència no podem calcular ni el risc relatiu ni el risc atribuïble. Els risc relatiu es pot estimar a través de la raó d'avantatge que seria un equivalent, la mesura es fa amb els ODDS Ratio (estimador puntual de la força d'associació) que es semblant al risc relatiu en els estudis de cohorts.

	Exposició	
	Sí	No
Casos	A	B
Controls	C	D

Oportunitat a exposició a malalts: A/C

Oportunitat d'exposició en no malalts: B/D

$$(A/C) (B/D) = A \cdot D / B \cdot C = \text{ODDS RATIO}$$

Bronquitis crònica	Exposició a pols	
	Sí	No
Casos	40	60
Controls	15	85

$$\text{Odds Ratio} = (40 / 15) (60 / 85) = 40 \cdot 85 / 60 \cdot 15 = 3.78$$

Mesura de l'efecte. ODDS RATIO:

- 0: Màxim efecte d'un factor protector.
- 1: l'exposició és positiva entre exposició i malaltia.
- > 1: L'associació és positiva entre exposició i malaltia (hi ha més associació quant major sigui de 1)

Avantatges:

- **Estudi de malalties:**
 - ◆ Pocs freqüents.
 - ◆ Amb llargs períodes de latència.
- **Fàcils de realitzar.**
- **Curta durada**
- **Econòmic.**
- **Avaluar varis factors de risc simultaniament.**

Inconvenients:

- **Possibles errors sistemàtics.**
 - ◆ Selecció.
 - ◆ Informació.
- **Difícil establir seqüència temporal entre exposició i malaltia.**
- **No estudi de varies malalties simultaniament.**
- **No estimen la incidència.**

Estudis experimentals o d'intervenció.

En aquests l'investigador intervé alternat un o més factors i seleccionant als subjectes que rebran l'intervenció.

- Existeix control sobre el factor d'estudi.
- Són prospectius (van cap endavant)
- Hi ha dos grups de persones: experimentals i de control.

L'objectiu es avaluar l'eficàcia de qualsevol intervenció preventiva, curativa o rehabilitadora, fer estratègies d'intervenció, tècniques, fàrmacs i pla de cures.

Les tècniques d'emascament són els procediments realitzats amb el fi de que els investigadors i/o participants d'un estudi no coneguin alguns fets que puguin influir esbiaixar els resultats

	Tipus d'emascament		
	Simple	Doble	Triple
Subjecte			
Observador			
Analista de dades			

_____ Cec respecte al grup d'assignació al subjecte

_____ Pot conèixer el grup d'assignació del subjecte.

Assaig clínic aleatori

Assaig clínic aleatori

Població

Criteri de selecció

Població experimental

Consentiment

No participants

Participants

Assignació aleatòria

Grup d'estudi Grup control

Tractament tradicional o placebo

(intervenció A) (Intervenció B)

Comparació

Resultats

El placebo es un preparat amb característiques organolèptiques i pauta d'administració iguals a les d'un fàrmac posseïdor del principi actiu que s'administra però sense activitat farmacològica.

L'esquema general del protocol per a un assaig clínic:

- **Justificació i antecedents de l'assaig.**
- **Objectius específics de l'assaig.**
- **Exposició concisa del disseny propi per a la investigació (emmarascament, model d'al·leatorització, tipus i duració dels tractament, nombre de pacients)**
- **Criteris per a incloure i excloure els subjectes de l'assaig.**
- **Bosquejament dels procediments del tractament.**
- **Definició de totes les tècniques: clíniques, de laboratori,...**
- **Mètodes per a garantir la integritat de les dades.**
- **Punts de referència principals i menors (p.e: infart de miocardi, mort)**
- **Provisions per a observar i registrar efectes col·laterals.**
- **Procediment per al maneigament de casos problemàtics.**
- **Procediments per a obtenir l'acceptació conscient dels subjectes de l'assaig.**
- **Apèndix: Formularis que seran utilitzats.**

Assaig clínic creuat

Cada individu rep aleatòriament una de les dues intervencions en el primer període i en el segon període rep l'altre, separats per un període de bloquejament. Cada persona actua amb el seu propi control

Població experimental

Consentiment

Participants

Assignació aleatòria

Grup 1 Grup 2

(intervenció A) (Intervenció B)

Seguiment

Resposta A1 Resposta B1

Període de bloquejament

Grup 2 Grup 1

(intervenció A) (Intervenció B)

Resposta A2 Resposta B2

Comparació dels resultats (A1+A2) (B1+B2)

Assaigs comunitaris no aleatoris

Estudis abans-després

Hi ha una recollida de dades per avariguar com eren les persones abans de l'estudi i es fa la intervenció

diferent de la que s'estava aplicant (en el mateix grup, sol 1) i després es fa una valoració tenint en compte que en aquest cas no hi ha grup control

Les avantatges dels **estudis experimentals** es que permeten contrastar hipòtesis etiològiques i atribuir una relació de causalitat en l'associació entre el factor i el resultat i a més possibiliten determinar l'eficàcia d'una intervenció per a modificar un risc. Però d'altre banda els inconvenients que tenen els estudis experimentals es que les condicions experimentals són diferents a les habituals, hi ha problemes ètics al sotmetre als individus a una situació de risc o privar els control d'una intervenció probablement més eficaç i per últim cal dir que són llargs i generalment costosos.

Cribatges o screenings.

És una identificació precoç de persones malaltes que fins ara han passat desapercebudes, amb preres d'aplicació ràpides que permeten diferenciar els que probablement no ho estan.

Altres definicions es la que diu que és l'aplicació de procediments de selecció (qüestionaris, exàmens físics, test) a població de persones aparentment 2 sanes 2 amb l'objectiu d'identificar en la fase de latència a aquells que poden estar malalts o presenten un risc incrementat de patir una determinada malaltia per què presenten un determinat factor de risc.

Els cribatges s'apliquen a una determinada fase de la malaltia, a la fase en que comencen els primers canvis fisiològics i patològics. No serà important el cribatge quan apareguin els símptomes, s'ha de fer abans. Els cribatges estan relacionats amb la prevenció secundària i la seva utilització es en epidemiologia, problemes d'investigació i al iniciar situacions inicial en problemes de salut. Podem diferenciar dos tipus de cribatge:

- **De població o massiu:** S'aplica a grans poblacions.
- **Busqueda activa de casos:** S'apliquen poves a un pacient que consulta per altres motius.

El criteri de la prova són:

- S'ha de disposar de prova adient.
- S'ha de disposar de prova econòmica.
- Fàcils d'aplicar (no molestes per a les persones)
- Acceptades per part de la població.
- També acceptada pel professional que l'ha de fer.
- Que els resultats siguin vàlids i fiables. (especificitat i sensibilitat)

Els resultats es desglossaran en.

- **Vertaders positius (A):** No. De persones amb malaltia i resultat de la prova positiva.
- **Vertaders negatius (D):** No. De persones sense la malaltia i resultat negatiu.
- **Fals positiu (B):** No. De persones sense la malaltia i resultats positius.
- **Fals negatiu (C):** No. de persones amb la malaltia i resultat negatiu.

	Malaltia	
	Positiva	Negativa
Test positiu	+ A	+ B
Test negatiu	- C	- D

Valor predictiu positiu: $A / A + B \cdot 100$

Valor predictiu negatiu: $D / B + C \cdot 100$

Sensibilitat: $A / (A + C) \cdot 100$

Especificitat: $D / (B + D) \cdot 100$

La validesa d'una prova la farem en base :

- **Sensibilitat:** Probabilitat de resultat positiu en persones malaltes.
- **Especificitat:** Probabilitat de resultat negatiu en persones sanes.

Condicions que han de reunir un programa o intervenció:

- Efectivitat: Beneficis de la salut en la població objecte del programa.
- Factibilitat:
 - ◆ Acceptació.
 - ◆ Cost.
 - ◆ Serveis.
 - ◆ Rendiment: Prevalença detectada, valor predictiu positiu

Educació:

És una intervenció en la cultura dels individus, en els seus costums, els seus hàbits, en definitiva, en el seu estil de vida.

Educar:

És un procés que produeix un canvi relativament permanent en la manera de pensar, sentir i actuar de l'individu.

La ensenyança:

És un conjunt de medis que s'han de posar en pràctica per a facilitar els canvis previstos de l'estudiant.

Aprendre:

És un canvi de conducta més o menys permanent causat per la pràctica o l'experiència que permet un canvi d'actuació. És un procés personal que depèn de qui aprèn i serà facilitat o destorbat per la influència dels factors externs

Educació per a la salut:

Combinació d'experiències d'aprenentatge planificat per adquirir coneixements, actituds i habilitats que facilitin canvis de comportaments voluntaris i saludables.

Objectius de l'OMS:

- La salut com a valor.
- Modificar comportaments
- Crear o inculcar costums sanes.
- Promoure la modificació dels factors externs
- Examen crític dels problemes de salut, responsabilitzant persones i grups en eleccions de comportament individual i col·lectiu.

Les definicions d'educació per a la salut estan en relació amb:

- Medi Ambient.
- Participació de joves i grups
- Intervenció en grups específics
- Cultura
- Avaluació.

El camps d'actuació de l'educació per a la salut són:

- **Atenció domiciliària:** Tant al pacient com a tota la família on s'haurà també d'atendre també al cuidador principal.
- **Comunitat.**
- **Àmbit laboral:** Hi ha empreses que tenen infermeres contractades i donen educació per a la salut.
- **Escola:** Es vol integrar l'educació per a la salut en totes les àrees en lloc d'una assignatura apart.
- **Hospital i atenció primària.**
- **Centres de dia...**

Són agents de salut:

- El sistema sanitari
- El sistema educatiu.
- La família.
- Els mitjans de comunicació.
- Ho pot ser tothom.

TEMA 2. MODELS D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Anàlisi etimològica d'educació:

1. educare (fonètica i morfològicament): conduir, guiar, orientar.

- **Model directiu o d'intervenció:**

La importància resideix en llei, teories científiques i en el contingut i estan basats en uns prototips de coneixements i de conductes que suposa uns límits als comportaments, es a dir, et diu el que ha de fer i el que no has de fer i considera la conducta com un component estàtic, o sia, sempre ets pesat o simpàtic o intel·ligent o tonto i no ho pots canviar.

El tipus d'educació es passiva ja que es basa en la memorització i en el professor resideix el saber i l'autoritat.

2. Educere: Fer sortir, extraure.

- **Model d'educació interactiva.**

Esta basat en el procés d'educació i la seva finalitat és el desenvolupament de l'educat. Considera la cultura, les creences, els valors , el passat, el present i el futur de la persona (aprendre a aprendre) .

Part de les necessitats culturals i espirituals de l'alumne on aquest es el descobridor i el professor és l'acompanyant del procés.

Considera que l'educació es formar persones lliures que exerceixen la llibertat mitjançant la cooperació i la

reflexió crítica que compromet en l'acció; l'alumne fa una anàlisi de la realitat.

REALITAT ALUMNE

L'educador i l'alumne creixen junts, ambdós són indicadors crítics en el diàleg on ningú educa a ningú i ningú s'educa sol, les persones ens eduquem plegades.

Actualment, la tendència i l'enfasi de la pedagogia no està en l'ensenyança sinó en l'aprenentatge

- **Modificació dels comportaments de salut. Teories de la modificació dels comportaments de salut.**
- **Una teoria psicològica. El model de carències de salut.**
 - Explica factors que influeixen en el comportament.
 - Conducta determinada per creences dels individus
 - Seguir les recomanacions preventives està en funció de la percepció:
 - Susceptibilitat personal a l'enfermetat.
 - Gravetat probable de l'enfermetat.
 - Beneficis potencials.
 - Dificultats trobades.
 - S'ha d'estimular l'acció; Campanyes i consells determinats.
 - No té en compte el medi ambient tant físic com social.
 - No explica la modificació dels comportaments en persones sanes.
- **Model teòric derivat de la investigació en comunicació. Model KAP (coneixements, actituds i comportaments)**

Mitjançant informació veraç i comprensible es canvia de comportament, posteriorment s'afegeixen la motivació per a canviar actituds i comportaments.

Actualment no és acceptada perquè el receptor de la comunicació persuasiva desenvolupa mecanismes de defensa i no canvia actituds (selecció)., es a dir, el canvi d'actitud no garanteix un canvi de comportament i no té en compte els grups primaris i el medi ambient.

- **Model basat en la teoria econòmica.**

La salut i la malaltia estan distribuïdes de manera desigual, les poblacions amb un nivell econòmic més alt té un millor nivell de vida. En els casos extrems la culpa recau en el malalt per no haver pres les mesures de prevenció.

Aquest model diu que la malaltia ve provocada pels comportaments que adopta la societat i per això l'estat no ha de prendre mesures. Aquestes polítiques han de influir en la persona, família i el medi ambient.

- **Model pragmàtic.**

És aquella comunicació que només dona informació, no és útil per l'educació sanitària. Havem de efectuar una comunicació persuasiva però que subministri els coneixements que necessita aprendre per que li aportï una motivació necessària per canviar actituds i comportaments de manera que adoptin un comportament determinat. Les etapes de la persuasió segons el model de Yale són:

- Exposició del missatge per part de l'infermer.
- Atenció al missatge per part del pacient (atenció selectiva).
- Comprensió del missatge.
- Acceptació o rebuig de l'opinió presentada en el missatge.
- Persistència del canvi d'actitud
- Canvi de conducta.

Concepte d'actitud en el context d'educació sanitària.

L'actitud és una predisposició mental adquirida i duradora que invita a comportar-se d'una manera determinada davant un determinat tema de salut. Els components de les actituds són tres:

- **Cognitiu:** Observar, consensuar conèixer.
- **Afectiu:** Sentiments.
- **Conatiu:** Valoració positiva o negativa (reflexió)

És fàcil canviar actituds pero és més facil quan es fa a diferents nivells.

Formes de modificació d'actituds:

- Contacte directe amb l'estímul social.
- Conseqüència dels comportaments forçats.
- Pressions del grup i els seus líders.
- Per modificació de les opinions en relació amb els atributs de l'estímul.
- Per modificació de les opinions normatives.
- Per efecte directe sobre el comportament afectiu.

Per tal de canviar una actitud es necessari una força interna, fins arribar a que aquest canvi d'actitud es converteixi en un acte automàtic, es a dir, que s'hagi convertit en un hàbit.

Ens consta de canviar actituds per què depenen del eles necessitats (piràmide de Maslow).

Contingències situacionals en la modificació dels comportaments de salut:

- **Institucionals:** En el moment en que les recolzem han de donar un missatge.
- **Serveis assequibles:** Quan una persona hagi acceptat, ha de tenir un servei a l'abast de la mà amb suport de grups de suport/ ajuda, consultes d'infermeria, grups d'educació...
- **Influència del medi ambient:** Ha de ser favorable.

TEMA 3. LA COMUNICACIÓ I L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

La comunicació és un procés en el que l'individu transmet informació, sentiments, idees i actituds entre ells

Diagrama del procés de comunicació.

Font

Codificació

Senyal

Canal de comunicació

Destinatari

No hem d'utilitzar un llenguatge científic amb les persones que no l'entenen, hem d'intentar parlar al seu nivell cultural i respondre a les seves necessitats de convivència per fer la vida més agradable.

Classificació de la comunicació.

- **Simbòlica.**

El símbol es qualsevol objecte o succés que ha arribat socialment ha significar alguna cosa. Ex: Colors, cartells

- **Comunicació verbal:**

Pot ser oral o escrita.

La comunicació oral permet:

- Feed back.
- Adaptar missatge.
- Intercanvi d'informació
- Contacte directe.
- Ser reforçada amb altres mitjans.
- Economitzar.
- La comprensió sense alfabetització.

Els seus inconvenients són:

- No sempre arriba a tothom.
- Pot interpretar-se mal el missatge oral.
- En un moment determinat ho recordes, però en altre no.
- No és pot comprovar allò dit.

Les avantatges de la comunicació escrita són:

- Informació que en qualsevol moment es pot revisar
- Pretén reforçar la comunicació oral tant en la consulta de infermeria com en una dinàmica de grups.
- Pot donar molta més informació que la oral.

Els seus desavantatges són:

- No permet aclarir dubtes
 - La limitació econòmica dificulta la comunicació escrita ja que la publicació de llibres, revistes,... es cara
 - És un element fred que no transmet cap emoció.
 - No tot el món sap llegir.
- **La comunicació no verbal:**

És difícil de controlar des de el punt de vista conscient i les emocions que s'expressen amb els gestos són difícils de disfressar i per això ens hem de fixar si el que ens diuen és coherent amb el que expressa la comunicació no verbal però per això hem de desenvolupar la capacitat d'observació. El que hem de tenir en compte és:

- Expressions facials.
- Postures.
- Expressions verbals
- Situacions.
- Gestos.

Aspectes de la comunicació.

- Aspectes psicològics:
 - Objectiu: Hem de tenir molt clar el que volem transmetre i per tant el nostre missatge ha de ser concret i clar.
 - Actituds: És la predisposició de comprendre i entendre els altres. L'actitud de la comprensió és molt important i hem d'identificar el que està passant, motius...
 - Aptituds: És la capacitat d'interpretar, relacionar, entendre,... situacions

2. Aspectes tècnics:

- Pertinença: El missatge ha de ser l'adequat a les característiques del receptor i depèn de cada moment i situació. Hem de saber escollir el missatge acertat.
- Simplicitat: Hem d'utilitzar un llenguatge assequible amb missatges clars i entenedors.
- Estructurat: El missatge ha de estar estructurat amb una seqüència lògica, hem de començar pels fonament i anar pujant
- Repeticions: De les paraules i idees primordials i claus.
- Comparacions i contrast: Posant exemples, associant idees, comparant situacions, fets específics amb fet quotidians.
- Recolzament selectiu: Reforçar allò més important i que ens interessa

3. Aspectes estratègics:

- Aspectes ambientals i estructurals: Aconseguir els nivells d'intimitat adients.

Obstacles del procés comunicatiu:

- Donar solucions: Es tendeix a fer estandarditzacions iguals per a tothom sense identificar les necessitats, situacions personals,...
- Culpabilitzar: Hi ha molts factors que condicionen que cada situació i cal conèixer quins són.
- L'amenaça.
- Donar ordres
- Passar comptes, revisar.
- Ridiculitzar.
- No donar importància o treure-li
- Evitar reaccions negativistes, no implicació personal

Mètodes d'educació sanitària

- Unidireccionals:

Està relacionat amb el docent que es dirigeix a unes persones. El receptor no intervé en la comunicació i només rep. (Televisió, radio)

- **Bidireccionals:**

Hi ha feed-back entre l'emissor i el receptor. (entrevista, diàleg, treballs en grup)

Segons la distància entre el temps/ espai.

- **Mètodes directes:**

- El diàleg o entrevista.
- Discussió en grup
- Classe.
- Xerrades.

- **Mètodes indirectes:**

- Audiovisuals:
 - Murals.
 - Pamflets.
 - Cartes.
 - Premsa.
- Sonors: Ràdio.
- Mixtes Audiovisuals:
 - Televisió.
 - Cinema.
 - Vídeo.

Mètodes directes:

- **L'entrevista.**

S'ha de saber escoltar i conversar, recollir les dades necessàries amb profunditat de les necessitats bàsiques, aprofundir en la informació i relacionar les dades.

L'entrevista s'ha de preparar amb els registres (p.e: H^a clínica, diagnòstics) ja realitzats.

- **La classe.**

Útil per a què les persones recullin informació. No és un mètode per canviar actituds, per això últim s'ha escollir mètodes eficaços (entrevista, grup de treball).

- **La parla o les xerrades.**

- Promocionada pel propi grup social on l'orador ha de conèixer el tema, El tema escollit ho serà en funció de les necessitats de l'auditori.
- Condicions del local.

- Consideracions tècniques:

- Breu: 30–45 minuts.
- Llenguatge adaptat.
- Introducció amb interès
- Missatge persuasiu.
- Introducció per l'acció
- És parlada, no llegida.
- Temps de diàleg i col·loqui.
- Ha de ser parlada, no llegida.

- S'han d'unificar criteris

- **Dinàmica de grup:**

Les entrevistes i les dinàmiques de grup són les formes més efectives per canviar actituds. Els mètodes indirectes (p.e: audiovisuals) reforcen aquestes dinàmiques. Els missatges a donar s'adaptaran segons les necessitats del grup.

Sempre estan programades i s'han de tenir en compte les característiques dels components (edat, sexe, malalties que tenen, nivell de coneixements i nivell de motivació)

El grups efectius són de 7 a 8 persones on els components tenen uns objectius comuns i són escollits en una entrevista prèvia. S'hauran de concretar quins objectius ens marquen per a cada sessió.

En la primera sessió farem que es presentin entre ells per tal de fomentar la seva confiança i s'han de posar normes implícites i explícites. Les normes explícites han de ser:

- Arribar puntual.
- Les coses que es tracten en el grup no han de sortir del grup
- No és permeten les agressions.

Aquí hi ha una gran dependència de la persona que guia el grup. Els participants esperaran que el guia solucioni el problema que ells tenen. Però el guia del grup no té la solució; encara que ho sabi ha de saber desviar l'atenció centrada en ell i encaminar a les persones a buscar per ells mateixos el camí cap a la solució.

En la **segona sessió** s'ha de guardar temps per recordar la primera sessió i plantejar els dubtes del dia anterior i després es continua amb la programació. Cada membre del grup pot aportar una col·laboració molt valuosa pel progrés del grup

Arribarà un moment en que s'originarà un conflicte, cada individu busca el seu lloc en el grup, a més les expectatives no queden satisfetes i es comença a qüestionar al guia del grup (infermera). Per això s'ha d'entrar en un diàleg i intentar obrir totes les expectatives

El grup per avançar ha d'explotar la problemàtica, si no explota el grup no avançarà. S'ha d'intentar que el grup superi els problemes recolzant-se entre ells i en les seves experiències.

Mètodes indirectes.

.

Les cartes són un altre mètode indirecte, per comunicar sessions i informar. L'única inconvenient és l'alt cost.

Les funcions dels mitjans de comunicació de masses són:

- Crear una opinió pública.
- Concienciar i establir normes relacionades amb la salut.
- Donar informació.
- Fomentar la participació comunitària.

Els seus avantatges són:

- Arriba a un gran nombre de persones.
- El seu cost és baix.
- Reforcen actituds.
- Contribueixen a crear una cultura de salut positiva.

Les seves limitacions són:

- Només sensibilitzen a l'inici de la campanya.
- La informació s'oblida.
- Els missatges no estan adaptats a les necessitats del receptor.
- No produeixen canvis de comportament.

- **El pamflet:**

Els cartells atrauen l'atenció cap a un element determinat a la vegada que donen un missatge molt precís. Els butlletins donen un missatge teòric sobre la pràctica ensenyada, aquest és estàndar i per tant s'haurà d'adaptar segons a les persones que estiguin destinades. Les seves avantatges són:

- *Reforça la comunicació oral.*
- *Ajudar a completar l'entrevista.*

Els seus inconvenients no obstant són:

- *Requereix alfabetització i visió adient.*
- *Requereix selecció dels receptors.*
- *Requereix alt nivell de comprensió: S'han de fer amb un nivell de llenguatge senzill.*

- **La carta:**

Els seus avantatges són:

- *Es selectiva, va dirigida a una/es persones concretes.*
- *La seva funció és la de recordatori*

En canvi, el seu inconvenient és que es massa car: (segell, carta, paper, fotocopia)

- **La premsa:**

La premsa influeix positivament en les persones, la gent hi creu molt i s'estén molt ràpidament gràcies a la seva forta difusió i té les següents característiques:

- ◆ *Sensacionalista: restringeix la informació, es centra en les informacions que li proporciona més nombre de ventes.*

- ◆ Mitjà restringit a determinats grups de població: els adolescents, per exemple, llegeixen poc els diaris.
- ◆ No s'han de despreciar revistes de la premsa rosa ja que poden desorientar i mal informar a la població
- ◆ Pensar amb els contes com un recurs educatiu pels nens

• **La radio:**

Per escoltar la ràdio no es necessari cap habilitat especial (no cal llegir), es poden realitzar altres activitats mentre s'escolta, però difícilment pot canviar comportaments.

• **La televisió:**

La televisió arriba a grans grups de població i hauria d'encaminar els missatges sanitaris en tipus de l'audiència. Són beneficiosos per què no modifica el missatge en funció del públic i pot influir si algun gran ídol promociona l'adaptació d'hàbits saludables

TEMA 5. METODOLOGIA PEDAGÒGICA. MÈTODES I TÈCNiques DIDÀCTIQUES EN L'EDUCACIÓ SANITÀRIA

Definició de mètode:

Manera de fer les coses d'una manera determinada.

Camí que se segueix d'una manera determinada per assolir una fi.

L'educació per a la salut és una eina que utilitzem per dur a terme canvis en el comportament de les persones, no és una fi.

Hem de tenir en compte dins de la metodologia que generalment aprenem a partir de les nostres experiències. Hem d'ensenyar de manera pràctica donant al pacient l'oportunitat de tenir varies experiències sobre el que volem que aprengui. Hem d'oferir aspectes pràctics.

Si volem posar en marxa un programa d'educació per la salut hem d'informar a la gent que es portarà a terme. Tothom al centre de salut ho ha de saber per poder informar als interessats. Hem de divulgar la informació tant entre els treballadors de la institució com els interessats.

S'ha d'adaptar la metodologia a les necessitats de cada grup, els objectius s'han d'anar canviant depenent de les necessitats i interessos del grup. Depenent de les circumstàncies s'haurà de canviar el programa previst.

Planificació d'un programa d'educació per a la salut.

Planificar és aplicar un procés que condueix a decidir que fer, com fer-lo, com evaluar-lo i que és farà abans de l'acció (Guegin, 1979).

Definició de planificació segons Schaefer, M (1975)

És un procés metòdic consistent en definir un problema per anàlisi, per a satisfer les necessitats i les demandes no satisfetes que constitueixen el problema, fixar uns fins realistes i possibles, determinar l'ordre de prioritats. Consegir i projectar les accions administrades, considerant les diverses estratègies d'intervenció possibles per resoldre els problemes. Hi ha diferents etapes:

- *Definició problema*
- *Anàlisi recursos/ demandes no satisfetes*
- *Finalitats possibles i reals*
- *Priorització*
- *Inventari de recursos/ gestió d'accions a administrar*

- **Etapas:** Anàlisi de la situació de salut per a identificar els problemes prioritaris. (si hi ha molts HTA o diabètics o...)

És un anàlisi específic per poder portar a terme un programa dirigit a un determinat grup de persones amb un mateix problema (ver fotocopia) per a identificar els problemes que té una comunitat. En el diagnòstic educacional estudiarem el problema més a fons. Seguirem aquest esquema:

Problemes socials Problemes de salut Que fan per tenir aquests problemes Diagnòstic educacional Diagnòstic administratiu.

Fase de diagnòstic educacional.

- **Factores predisponents:**

Són factors interns y suposen una modificació per actuar.

- **Factores facilitadors:**

Són factors que precedeixen al comportament i permeten posar al dia la motivació.

- **Factores de reforç:**

Són factors consecutius al comportament que contribueixen al manteniment o cessació de la conducta (Rocgon, 1991)

Mètodes de priorització.

El mètode Hanlon és un mètode per establir prioritats amb base a 4 components:

- **Magnitud del problema:**

- Quants individus estan afectats?
- Escala de valor del 0 al 10
- Relacionar nombre d'afectats amb la població total.

- **Severitat del problema:**

- La repercussió del problema sobre la salut de la persona és molt greu?
- Escala de valors del 0 al 10.
- Criteris amb dades objectives (mortalitat,etc..) o subjectius (cost social,...)

- **Eficàcia dels programes d'intervenció.**

- Hi ha accions al voltant del problema que hagin demostrat la seva eficàcia ?
- Escala de valor del 0'5 al 1'5, l'5 correspon als problemes que contenen amb accions més resolutives.

- **Factibilitat del programa d'intervenció.**

- És pertinent el programa ?
- És econòmicament factible ?
- És acceptat per la població, els professionals i les organitzacions ?
- És disposa de recursos ?
- És legal i èticament factible ?
- Escala de valor del 0 si no es factible i de l'1 si ho és.
- El valor global assignat al problema segueix la formula :

$$(A+B) \cdot C \cdot D$$

- La factibilitat és decisiva per a prioritzar.

El procés de planificació pot definir-se en 7 etapes.

- **Identificació dels problemes:** Anàlisi de la situació de salut.
- **Establiment de prioritats.**
- **Definició d'objectius.**
- **Determinació de les activitats i elecció de la metodologia d'intervenció.**
- **Previsió dels recursos.**
- **Execució.**
- **Avaluació.**

Per a prioritzar tenim diverses tècniques:

- **Els informadors clau:** Son persones que viuen o treballen a la comunitat i tenen bon coneixement del tema.
- **La tècnica DELPHI:**
 - **Objectiu:** Conèixer l'opinió d'algunes persones sobre els problemes prevalents en la comunitat.
 - **Qüestionaris enviats per correu.**
 - Cada qüestionari és formula a partir de les respostes donades en els qüestionaris anteriors.
 - El procés acaba quan la informació és suficient o hi ha consens.
 - **Avantatges:**
 - És anònima.
 - Hi ha temps per a la reflexió.
 - Evita la influència de persones del grup,...

Definició d'objectius:

- **Finalitat del programa:** Ensenya la direcció i missió del programa.
- **Objectius del programa:**
 - **Objectius de salut (generals):** Indicadors sanitaris, prevalença, mortalitat.
 - **Objectius intermitjos:** defineixen els comportaments esperats. Objecte del programa.
 - **Objectius específics (educatius):** Relacionats amb les causes que produeixen els comportaments que es vulguin modificar i defineixen les conductes esperades en relació als objectius d'índole superior. Per a un objectiu intermig es defineixen diversos objectius específics.
 - **Objectius cognitius:** Dirigits a l'adquisició de coneixements, acudeixen a la memorització, comprensió i la solució d'un problema. Verbs: classificar, enumerar, distingir. S'ha de formular de manera que

tingui uns indicadors que diguin si s'ha aconseguit o no.

- **Objectius afectius:** Es descobrir modificacions de l'interès, actituds i valors de la persona. Les actituds tenen unes components que són el cognitiu, afectiu i conatiu. Per marcar un objectiu hem de saber la predisposició que té l'individu per canviar d'actitud i aquests són els objectius afectius
- **Objectius de l'àmbit psicomotor:** Són els gestos i accions per a proposar a la persona. Primer observar, després imitar, controlar el gest, automatisme. Verbs: Dosificar, injectar, curar.

Grup nominal: Es posar en comú la reflexió individual en la qual cada persona fa la seva prioritització. Es negocia i es valora en un grup la prioritització. Aquest és més subjectiu. El mètode de torrent d'idees és un mètode més utilitzat.

Els objectius específics estan relacionats amb la recollida de dades de la part educativa, n'és un exemple: Un objectiu estaria relacionat amb la informació sobre la dieta equilibrada, relacionat amb els coneixements i serien objectius cognitius.

Exemple:

- **Objectiu general:** Baixar la incidència d'infarts de miocardi i baixar un 50% la prevalença en un temps de 5 anys
- **Objectiu intermig:** Que mengin una alimentació equilibrada i deixar de menjar greix, deixar de fumar i que facin exercici.

Un objectiu és l'expressió d'un resultat desitjat, previst i que es pot aconseguir. L'objectiu ha de intentar respondre a aquestes preguntes:

- Qui ? : No solament el malalt sinó també el cuidador, per exemple.
- Com ?
- En quina mesura ?
- Quan ?
- Que fa ?

Una tasca ha de descriure:

- **L'acte:** Descripció de la tasca amb la forma de verbs ambigus.
- **El contingut:** La matèria del tema, l'assumpte, corresponent a l'acte a realitzar
- **La condició:** La descripció de la situació on l'acte ha de produir-se (dades, restriccions i limitacions).
- **El criteri:** Definició del nivell acceptable d'actuació que pot assolir l'estudiant.

Hi ha paraules que s'utilitzen sovint però que són susceptibles de nombroses interpretacions: Saber, discutir, comprendre bé, adonar-se, adonar-se plenament, creure, tenir fe amb,...

Hi ha altres que tenen menys interpretacions: Identificar, diferenciar, resoldre, construir, enumerar, escriure.

Després dels objectius marcats ens hem de preguntar sobre:

- Els continguts que hem de donar (aquests estan molt relacionats amb els objectius).
- Relacionar les informacions o continguts.

- Dividir el contingut en parts molt petites (reduïts i concrets)
- Intentar buscar exemples per a que ho entengui
- Preguntar-nos que hem de fer per explicar-lo, que seria dissenyar la intervenció.

Determinació de les activitats i elecció de la metodologia.

- Que fa ?
- Com desenvoluparé l'entrevista ?:
- Per a qui ?
- Amb quins recursos?: D'estructura (seients, local), d'audiovisuales, de recursos materials. Aquests aniran canviant i per això els he de tenir anotats i precisos.
- Quan ?

•

Si els programes estan preparats l'èxit és molt més elevat. S'ha d'intentar tenir el recolzament de l'organització haver un compromís personal i una modificació d'horaris-

Per a l'èxit del programa s'ha de tenir unes avantatges que abans no es tenien, per exemple, reunir a un grup de cuidadors i explicar-los com cuidar a un malalt i veure que això solventa dubtes i té èxit. Cadascun explica les seves experiències. Al final hi ha avantatges superiors a les que s'estaven fent fins ara.

El programa i la seva estructura han de ser senzill i adequats a les necessitats de les persones, aquestes han de ser lliures a venir i poden participar en l'evolució del projecte.

Per part de l'equip per afavorir la participació aquest ha d'estar preparat, donar una imatge de credibilitat que doni confiança als participants i s'ha de mostrar interès.

Els professionals de la salut hem de ser capaços d'adaptar-nos al projecte, el personal sanitari té que ser assequible, flexible, disposat a parlar amb les persones i per últim amable ja que totes les queixes estan relacionades amb el tracte.

Avaluació.

És un procés que consisteix en determinar i aplicar criteris i només amb la finalitat d'emetre un judici sobre els diferents components del programa, tant amb l'estat de la seva concepció, com la seva execució, així com en les etapes del procés de planificació que són previs a la programació.

Avaluació en educació sanitària.

Cada tipus d'avaluació ha de tenir la capacitat de donar informació sobre la conveniència de repetir o generalitzar una intervenció així com d'identificar els elements que han de ser modificats

L'avaluació proporciona les bases d'un judici de valors que permet trobar millors decisions pedagògiques. El seus components són la mesura, judici de valors i decisió. La fita de l'avaluació es realitzar un judici sobre una activitat, un curs o un resultat. El judici es basa en criteris i normes

El criteri és una característica observable, és un indicador variable que correspon als elements del programa.

La norma o estàndard és el punt de referència del criteri que permet realitzar un judici i converteix en operatiu el criteri atribuint-li valors numèrics. L'estàndard és imprescindible per a poder avaluar.

L'avaluació en educació sanitària es pot dividir en:

- **Evaluació dels resultats:** En quin grau s'aconsegueixen els objectius ?
- **Evaluació del procés:** Metodologia i qualitat del procediment utilitzat.
- **Evaluació de l'estructura:** Compren els recursos en quantitat i qualitat i també compren els instruments.

En l'avaluació s'han de determinar fins a quin punt les accions emprendides són eficaços, es sol dir que una acció resulta eficaç en la mesura en que aconsegueix els objectius prèviament definits. Per això la definició dels objectius constitueix una de les condicions per a l'avaluació i s'han de tenir en compte una gran diversitat de punts de vista i d'interessos en l'elaboració d'objectius. Al definir els objectius es tracta de precisar amb la màxima claredat on es vol arribar o que es vol obtenir.

L'avaluació s'ha de fer mirant si s'han aconseguit els objectius del programa (objectius de salut, intermitjos, específics, cognitius i de l'àmbit psicomotor)

Les qualitats d'un objectiu específic són.

- **Pertinent:** D'acord amb el fins que s'han d'assolir.
- **Precís:** Expressat de forma concreta (verbs concrets relacionats amb...)
- **Realitzable:** S'ha d'assegurar la possibilitat real de poder assolir -lo en el temps previst i amb els recursos disponibles.
- **Lògic:** No deu contenir contradiccions internes.
- **Observable:** S'ha de poder avaluar si s'ha aconseguit o no. Si no es pot observar serà impossible determinar si s'ha aconseguit.
- **Mesurable:** S'ha d'inclure la norma o el nivell acceptable d'educació.

La definició concreta d'un objectiu ha de respondre:

- **Què ?:** Descriu la naturalesa de la situació desitjada, el resultat que es desitja assolir en la població.
- **Qui ?:** A quina població es dirigeix el programa. La població diana pot ser la persona, la família, els amics,...
- **On ?:** Àmbit d'aplicació del programa: barri ciutat, escola, indústria, hospital,...
- **Quant:** Criteris i normes que ens permetran apreciar el grau d'èxit o fracàs.

La definició d'objectius no garanteix la seva conveniència primer es necessari que siguin pertinents ja que el programa de l'educació per al salut ha de ser justificable. Llavors la pertinença ha d'estar en relació al grup específic de població. El criteri més adequat és la seva necessitat (de la població)

L'eficiència es quan es pregunta fins a quin punt els cost dels recursos empleats resulta raonable en relació als beneficis obtinguts:

$$\text{Eficiència} = \frac{\text{Objectius assolits}}{\text{Recursos utilitzats}}$$

Quan es valua la participació s'ha de mirar:

- **Participació en L'avaluació:**
- Com es participa.
- En que es participa.
- Com utilitzar el servei de la participació
- Com el servei estimula i incentiva la participació.

Per muntar un programa s'ha de fer:

- **Recollir dades.**
- **generals**
- **Necessitats de la gent del CAP.**
- **Necessitats de les institucions,...**
- **Veure quins són els problemes de la població (anàlisi i continguts)**
- **Establir els objectius i els continguts.**
- **Planificar les activitats**
- **Avaluacions (auditoris, pròximes visites en el CAP)**

Un problema d'una persona ingressada: Formular un objectiu i veure quin contingut és el que s'hauria de donar i quines activitats es poden realitzar.

ESTRUCTURA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Els elements conceptuals de l'atenció primària de salut són:

- **Integral:** Aspectes biopsicosocials.
- **Integrada:** Tots els nivells d'atenció.
- **Continuada i permanent:**
 - *De tota la vida*
 - Diversos àmbits.
 - Diverses circumstàncies.
- **Activa:**
 - Professional actiu.
 - Identificar necessitats
 - Promoció i prevenció.
- **Accessible:** De fàcil accés, amb justícia social i equitat.
- **Basada en el treball en equip**
- **Comunitària i participativa:** Atenció als problemes de salut col·lectius, participació de la comunitat.
- **Programada i avaluable:** Programes de salut.
- **Docent i investigadora.**

Continguts:

- **Conjunt d'activitats:**
 - Educació sanitària
 - Provisió d'aliments.
 - Nutrició adequada
 - Salubritat de l'aigua.
 - Sanejament bàsic.
 - Cuidats maternoinfantils
 - Immunització.
 - Prevenció i control de malalties endèmiques.
 - Tractaments bàsics.
 - Abastiment de fàrmacs.

- **Un nivell d'assistència**

- Primer pla de contacte amb el sistema de salut.
- Coordinació de l'atenció primària de salut i el nivell hospitalari.

- **Una estratègia d'organització:**

- Disseny i coordinació per atendre a tota la població.
- Redistribució de recursos.

- **Una filosofia:** Dret a la salut en el marc als drets fonamentals i a augmentar la qualitat de vida en tota la població.

Funcions de l'APS.

- Promoció de la salut.
- Prevenció de la malaltia.
- Tractament dels problemes de salut.
- Rehabilitació.
- Reinserció.

El canvi de l'assistència ambulatoria a L'APS

<u>Abans</u>	<u>Ara</u>
Objectius: De la malaltia (curació)	A la salut (Prevenció i cures)
Continguts: Del tractament i cuidat ocasional Problemes específics	A la promoció de la salut. Cuidat continu i global
Organització. D'especialitats mèdiques i pràctiques individuals	A metges general i altres professionals. Treball en equip
Responsabilitat: Del sector sanitari aïllat Domini professional Recepció passiva de les cures	A la col·laboració intersectorial. A la participació comunitària. Autorresponsabilitat

Característiques diferenciadores dels centres reformats i no reformats

	Model tradicional	Model reformat
Assignament persona	Cup de cartilles	N habitants/professional
Horari	Metges: 2-2'30 hores Infermera: 2-2'30 hores	6 hores tot déu

	Infermera d'institucions obertes: 6 hores	
Pediatría	0-7 anys	0-14 anys
Infermera	Ajudant del metge	Membre del equip. Funcions i espai propi
Retribució	Metges i infermeres de zona per cup i cartilles Infermera d'institucions obertes: nòmina fix	Per habitant + complements.

Avantatges de la reforma.

- Les consultes baixen. Si la persona té un horari de visita la població està més controlada.
- Les consultes de pediatria funcionen millor per què es vigila el nen des de tots els aspectes i s'ha produït un canvi: la pediatria i ara l'APS
- Disminueix el gast farmacèutic.
- Les persones estan millora ateses i baixa la demanda
- Baixa la despesa sanitària.
- Baixa l'atenció especialitzada.

Reforma de l'atenció primària.

Estructura bàsica de salut (Reial decret 137/84)

Els aspectes fonamentals són:

- **Zona de salut** (ABS-zona de salut).
- **Centre d atenció primària** (CAP, local).
- **Equip d'atenció primària.**

Àrea bàsica de salut (ABS)

La zona bàsica de salut és el marc territorial de l'APS, és la demarcació poblacional i geogràfica fonamental: delimita una determinada població, sent accessible des de tots els punts i capaç de proporcionar una atenció de salut continuada integral i permanent amb la fi de coordinar les funcions sanitàries afins. Es diu Àrea Bàsica de Salut (ABS). Els factors per la demarcació de l'ABS són.

- **Distància i isocrones:** No més de 30 minuts.
- Concentració o dispersió de la població: 5.000 a 25.000 habitants.
- Característiques epidemiològiques de la zona.
- Les instal·lacions i recursos sanitaris de la zona.

Centre de salut: CAP

Estructura física i funcional, (Edifici) que possibilita el desenvolupament de l'atenció primària de salut coordinada, globalment, integral, permanent i continuada, i basat en el treball en equip dels professionals sanitaris i no sanitaris que actuen en aquest.

Equip d'atenció primària.

Format per professionals sanitaris i no sanitaris que actuen en l'àmbit territorial de l'àrea bàsica de salut i la localització física de la qual és el CAP.

El conjunt de les àrees de salut (la pau, el Clot,...) tenen una direcció d'AP (Sant Martí), la suma d'aquestes forma la regió primària i l'objectiu que es persegueix es que cadascun funcioni de manera independent: que tinguin els seus propis recursos, pressupostos,... en funció dels objectius que assoleixi cada centre al cap de l'any i per això s'està intentant que cada centre gestioni els diners.

Un exemple seria que a totes les unitats que treballen entorn als serveis cardiovasculars se'ls hi dona un cert capital i les diferents unitats haurien de gestionar, distribuir,...els diners.

Definició d'equip: Grup de persones que realitzen diferents aportacions que treballen amb una metodologia compartida per aconseguir objectius comuns. És una unitat operativa de planificació dels programes, gestió dels recursos,... Cada membre té assumit les seves pròpies funcions, tots els membres tenen clar quins són els objectius comuns i comparteixen la responsabilitat dels resultats.

Les avantatges del treball en equip són:

- **L'activitat conjunta és millor que la suma d'individus.**
- **Les tècniques habituals s'utilitzen millor.**
- **Facilita i potencia les activitats de l'educació sanitària.**
- **El pacient rep millor el tractament.**

Per funcionar bé en un equip, hauríem de preguntar-nos:

- **Quines decisions hem de prendre per satisfer la missió.**
- **Quin és el nostre funcionament.**
- **Funció que tenim.**
- **Tasques que hem de fer.**
- **Procediments a utilitzar.**
- **Relacions interpersonals: com son ?, les tenim ?:** És necessari per la comunicació de la missió, la comunicació entre els diferents membres de l'equip. Hem de dir-nos el que creiem que està bé, i és més, el que no ho està.

Causes que dificulten la presa de decisions:

- **Lleialtats conflictives**
- **Percepció conflictiva de la situació.**
- **Por a les conseqüències,** es bo que els problemes surtin a la llum.
- **Conflictes interpersonals.**
- **Rigidesa metodològica.**
- **Lideració no distribuïda.**

La cohesió d'un equip s'incrementa amb:

- **Metodologia compartida.**
- **Objectius comuns.**
- **Assumpció de les funcions.**
- **Interessos comuns.**
- **Compartiment de les responsabilitats.**
- **Citant els treballs que estan ben fets.**
- **Comentant que els objectius són comuns.**

L'equip està format per:

- **Infermera.**
- **Metges generals i pediatres.**
- **Assistents socials**
- **Personal no sanitari:** Recepció, atenció al públic.

Els **elements de recolzament** en especialitats de l'equip:

- Odontologia.
- Salut mental.
- Atenció a la dona.
- Salut pública i medicina comunitària
- Laboratori.
- Radiologia.
- Farmàcia.
- Veterinària.

L'assistència primària s'organitza en àrees funcionals:

- Atenció directa a les persones:

L'àrea bàsica de salut ha de tenir un horari determinat, amplis i assequibles a les necessitats de la població. La unitat bàsica assistencial té:

- **Unitat de medicina general.**
- **Unitat de pediatria.**
- **Una població assignada.**

Abans el metge i la infermera passaven visita conjuntament actualment s'intenta que el metge tingui la seva consulta i la infermera realitzi consultes d'infermeria i visites domiciliàries.

Les persones han d'emplenar altes i baixes, hi ha d'haver una història clínica i s'han d'ofertar exploracions complementàries.

En les activitats, l'oferta de serveis d'infermeria té:

- **Atenció en consulta:**

És una atenció de caràcter no urgent, és espontània i sol·licitada per l'usuari i està programada pels propis professionals.

- **Atenció domiciliària.**

S'oferta a les persones amb problemes de salut i que no es poden desplaçar al centre. Hi ha dues modalitats:

- **Programada:** Per exemple 1 dia al mes.
- **Urgent:** Atenció domiciliària urgent, per exemple, si truquen dient que la seva mare es vol llençar per la finestra.
- **Atenció continuada:**

S'efectua fora dels horaris normals al centre o al domicili en persones que no tenen adjudicades cap horari, ni cap programa .. per què necessiten ajut

- **Atenció a les urgències:**

Problemes de salut que necessiten una atenció immediata a causa del risc intrínsec vital i a la integritat física de la persona des d'un punt de vista objectiu tenint en compte la vivència de la necessitat d'atenció immediata per part de la persona.

El problema dels equips d'AP es que no tenen una infraestructura adequada per atendre una demanda d'urgències i sol derivar-los a l'hospital. L'ídoni seria dotar a l'AP de recursos per tractar urgències no greus i deixar a l'hospital les grans urgències. Ja que d'aquesta manera no es col·lapsarien els hospitals

- **Activitats preventives:** Hi ha un horari en el qual les infermeres realitzen sessions de tècniques:
 - Immunitzacions.
 - Educació sanitària.
 - Detecció de factors de risc.
 - Seguiment i control d'embarassos.
 - Orientació i planificació familiar.
 - Detecció precoç de problemes de salut.

- Salut de la comunitat.

És necessita:

- Conèixer la població assignada
- Conèixer canvis demogràfics
- Conèixer cobertura de l'equip

Té com objectiu.

- Identificar i prioritzar problemes
- Planificar.
- Impulsar la cooperació entre institucions sanitàries i socials de la població

- Administració i coordinació.

Les funcions que es voles assolir són.

- **Organització interna.**
- **Administració dels recursos de l'ABS.**
- **Garantir la qualitat de l'atenció**
- **Deixar constància anual de les activitats.**
- **Coordinar altres serveis.**

- Investigació i docència.

S'obren comissions per a seguir de més a prop algun programa que es vol implantar:

- Estudiants de medicina general i infermeria.
- Metges i infermeres amb història extra de formació.
- Estudiants de postgrau

Cronograma de implantació d'activitats

- **De 0 a 6 mesos:**
 - Racionalitzar la demanda.
 - Organització inicial de l'èquip.
- **De 6 a 12 mesos:**
 - Anàlisi de la situació de salut.
 - Establiment de protocols.
 - Docència reglada.
 - Visites domiciliàries programades.
 - Participació ciutadana.
 - Coordinació amb el nivell especialitzat.
- **De 12 mesos endavant:**
 - Aprofundir en tot l'anterior.
 - Investigació.
 - Garantia de qualitat.
 - Programes de salut

Els registres en l'atenció primària.

És un vehicle important en infermeria i que actualment es fa imprescindible.

Hem de tenir una bona història (completa, precisa, clara i no té res a veure amb una bona visita. El que fem s'ha d'enregistrar i si no s'ha registrat és com si no s'hagués fet.

La història de infermeria serveix per millorar l'assistència al malalt, i la coordinació entre nosaltres. Ha de garantir una continuïtat assistencial i fer registres per observar i valorar l'avaluació del malalt al llarg de la seva vida.

La història clínica és un registre de dades recopilades amb la finalitat d'atendre sanitàriament a un pacient, tant al present com al futur, tan en el camp estrictament assistencial com als àmbits preventius i rehabilitadors (Gol Gurina. 1984). La utilitat de la història clínica:

- **Assistencial** (metge, infermer, altres)
- **Informació sanitària.**
- **Avaluació** (del procés, l'estructura, els resultats)
- **Investigació.**
- **Docència.**
- **Medicolegal.**

Les premisses de treball en la història clínica són:

- **Registre de dades que s'integren de manera organitzada.**
- **Les dades es refereixen a un pacient concret:** poden obtenir-se directa o indirectament.
- **Registre de dades exactes, complets i pertinents.**
- **Característiques variables de les dades segons l'àrea i l'aspecte considerat.**
- **Dependència dels sistemes d'informació de la qualitat dels registres**

Les preguntes al registrar una informació:

- **Per què es registra aquesta informació ?**
- **Per a què s'utilitzarà ?**

- Qui la utilitzarà ?
- Com s'utilitzarà la informació ?
- Quant de temps serà útil aquesta informació ?

Història clínica de l'assistència primària.

Les característiques generals són:

- Disseny obert
- Història dinàmica.
- Manejabilitat.
- Dimensió personal.
- Confidencialitat.
- Informatització.
- Intercanvi d'informació entre nivells.

Els objectius específics són:

- Descriure el perfil de la història sanitària del malalt.
- Funció de síntesi.
- Vehicular la informació
- Comunicació interna de l'equip, continuïtat assistencial.
- Identificar malalts exposats a factors de risc.
- Avaluar la qualitat.
- Banc de dades per a estudis.

El disseny per l'HCAP:

- Dades generals.
- Llista de condicionants i problemes.
- Full de consultes.
- Aspectes administratius.
- Dades i formularis complementaris

Les fases del mètode de registre són:

- Recollida de dades.
- Formulació de problemes.
- Enunciat dels plans d'actuació per cada problema.
- Control de l'evolució utilitzant notes d'evolució enumerades i encapçalat pels problemes. Té 4 elements:
 - **M:** Motiu (Subjectives)
 - **E:** Exploració (Objectives)
 - **A:** Avaluació global.
 - **P:** Pla d'actuació.

En castellà en el full de consultes trobarem:

- **S:** Subjetivos.
- **O:** Objectivos.
- **A:** Evaluación (opinión del profesional)

- **P:** Planes de actuación.

ESTRUCTURA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Els elements conceptuals de l'atenció primària de salut són:

- **Integral:** Aspectes biopsicosocials.
- **Integrada:** Tots els nivells d'atenció.
- **Continuada i permanent:**
 - *De tota la vida*
 - Diversos àmbits.
 - Diverses circumstàncies.
- **Activa:**
 - Professional actiu.
 - Identificar necessitats
 - Promoció i prevenció.
- **Accessible:** De fàcil accés, amb justícia social i equitat.
- **Basada en el treball en equip**
- **Comunitària i participativa:** Atenció als problemes de salut col·lectius, participació de la comunitat.
- **Programada i avaluable:** Programes de salut.
- **Docent i investigadora.**

Continguts:

- **Conjunt d'activitats:**
 - Educació sanitària
 - Provisió d'aliments.
 - Nutrició adequada
 - Salubritat de l'aigua.
 - Sanejament bàsic.
 - Cuidats maternoinfantils
 - Immunització.
 - Prevenció i control de malalties endèmiques.
 - Tractaments bàsics.
 - Abastiment de fàrmacs.
- **Un nivell d'assistència**
 - Primer pla de contacte amb el sistema de salut.
 - Coordinació de l'atenció primària de salut i el nivell hospitalari.
- **Una estratègia d'organització:**
 - Disseny i coordinació per atendre a tota la població.
 - Redistribució de recursos.
- **Una filosofia:** Dret a la salut en el marc als drets fonamentals i a augmentar la qualitat de vida en tota la

població.

Funcions de l'APS.

- Promoció de la salut.
- Prevenció de la malaltia.
- Tractament dels problemes de salut.
- Rehabilitació.
- Reinserció.

El canvi de l'assistència ambulatoria a L'APS

<u>Abans</u>	<u>Ara</u>
Objectius: De la malaltia (curació)	A la salut (Prevenció i cures)
Continguts: Del tractament i cuidat ocasional Problemes específics	A la promoció de la salut. Cuidat continu i global
Organització. D'especialitats mèdiques i pràctiques individuals	A metges general i altres professionals. Treball en equip
Responsabilitat: Del sector sanitari aïllat Domini professional Recepció passiva de les cures	A la col·laboració intersectorial. A la participació comunitària. Autorresponsabilitat

Característiques diferenciadores dels centres reformats i no reformats

	Model tradicional	Model reformat
Assignament persona	Cup de cartilles	N habitants/professional
Horari	Metges: 2-2'30 hores Infermera: 2-2'30 hores Infermera d'institucions obertes: 6 hores	6 hores tot déu
Pediatría	0-7 anys	0-14 anys
Infermera	Ajudant del metge	Membre del equip. Funcions i espai propi
Retribució	Metges i infermeres de zona per cup i cartilles	Per habitant + complements.

	Infermera d'institucions obertes: nòmina fix	
--	---	--

Avantatges de la reforma.

- Les consultes baixen. Si la persona té un horari de visita la població està més controlada.
- Les consultes de pediatria funcionen millor per què es vigila el nen des de tots els aspectes i s'ha produït un canvi: la pediatria i ara l'APS
- Disminueix el gast farmacèutic.
- Les persones estan millora ateses i baixa la demanda
- Baixa la despesa sanitària.
- Baixa l'atenció especialitzada.

Reforma de l'atenció primària.

Estructura bàsica de salut (Reial decret 137/84)

Els aspectes fonamentals són:

- **Zona de salut** (ABS–zona de salut).
- **Centre d atenció primària** (CAP, local).
- **Equip d'atenció primària.**

Àrea bàsica de salut (ABS)

La zona bàsica de salut és el marc territorial de l'APS, és la demarcació poblacional i geogràfica fonamental: delimita una determinada població, sent accessible des de tots els punts i capaç de proporcionar una atenció de salut continuada integral i permanent amb la fi de coordinar les funcions sanitàries afins. Es diu Àrea Bàsica de Salut (ABS). Els factors per la demarcació de l'ABS són.

- **Distància i isocrones:** No més de 30 minuts.
- Concentració o dispersió de la població: 5.000 a 25.000 habitants.
- Característiques epidemiològiques de la zona.
- Les instal·lacions i recursos sanitaris de la zona.

Centre de salut: CAP

Estructura física i funcional, (Edifici) que possibilita el desenvolupament de l'atenció primària de salut coordinada, globalment, integral, permanent i continuada, i basat en el treball en equip dels professionals sanitaris i no sanitaris que actuen en aquest.

Equip d'atenció primària.

Format per professionals sanitaris i no sanitaris que actuen en l'àmbit territorial de l'àrea bàsica de salut i la localització física de la qual és el CAP.

El conjunt de les àrees de salut (la pau, el Clot,...) tenen una direcció d'AP (Sant Martí), la suma d'aquestes forma la regió primària i l'objectiu que es persegueix es que cadascun funcioni de manera independent: que tinguin els seus propis recursos, pressupostos,... en funció dels objectius que assoleixi cada centre al cap de l'any i per això s'està intentant que cada centre gestioni els diners.

Un exemple seria que a totes les unitats que treballen entorn als serveis cardiovasculars se'ls hi dona un cert capital i les diferents unitats haurien de gestionar, distribuir,...els diners.

Definició d'equip: Grup de persones que realitzen diferents aportacions que treballen amb una metodologia compartida per aconseguir objectius comuns. És una unitat operativa de planificació dels programes, gestió dels recursos,... Cada membre té assumit les seves pròpies funcions, tots els membres tenen clar quins són els objectius comuns i comparteixen la responsabilitat dels resultats.

Les avantatges del treball en equip són:

- **L'activitat conjunta és millor que la suma d'individus.**
- **Les tècniques habituals s'utilitzen millor.**
- **Facilita i potencia les activitats de l'educació sanitària.**
- **El pacient rep millor el tractament.**

Per funcionar bé en un equip, hauríem de preguntar-nos:

- **Quines decisions hem de prendre per satisfer la missió.**
- **Quin és el nostre funcionament.**
- **Funció que tenim.**
- **Tasques que hem de fer.**
- **Procediments a utilitzar.**
- **Relacions interpersonals: com son ?, les tenim ?:** És necessari per la comunicació de la missió, la comunicació entre els diferents membres de l'equip. Hem de dir-nos el que creiem que està bé, i és més, el que no ho està.

Causes que dificulten la presa de decisions:

- **Lleialtats conflictives**
- **Percepció conflictiva de la situació.**
- **Por a les conseqüències,** es bo que els problemes surtin a la llum.
- **Conflictes interpersonals.**
- **Rigidesa metodològica.**
- **Lideració no distribuïda.**

La cohesió d'un equip s'incrementa amb:

- **Metodologia compartida.**
- **Objectius comuns.**
- **Assumpció de les funcions.**
- **Interessos comuns.**
- **Compartiment de les responsabilitats.**
- **Citant els treballs que estan ben fets.**
- **Comentant que els objectius són comuns.**

L'equip està format per:

- **Infermera.**
- **Metges generals i pediatres.**
- **Assistents socials**
- **Personal no sanitari:** Recepció, atenció al públic.

Els **elements de recolzament** en especialitats de l'equip:

- Odontologia.
- Salut mental.
- Atenció a la dona.
- Salut pública i medicina comunitària
- Laboratori.
- Radiologia.
- Farmàcia.
- Veterinària.

L'assistència primària s'organitza en àrees funcionals:

- Atenció directa a les persones:

L'àrea bàsica de salut ha de tenir un horari determinat, amplis i assequibles a les necessitats de la població. La unitat bàsica assistencial té:

- **Unitat de medicina general.**
- **Unitat de pediatria.**
- **Una població assignada.**

Abans el metge i la infermera passaven visita conjuntament actualment s'intenta que el metge tingui la seva consulta i la infermera realitzi consultes d'infermeria i visites domiciliàries.

Les persones han d'emplenar altes i baixes, hi ha d'haver una història clínica i s'han d'oferir exploracions complementàries.

En les activitats, l'oferta de serveis d'infermeria té:

- **Atenció en consulta:**

És una atenció de caràcter no urgent, és espontània i sol·licitada per l'usuari i està programada pels propis professionals.

- **Atenció domiciliària.**

S'oferta a les persones amb problemes de salut i que no es poden desplaçar al centre. Hi ha dues modalitats:

- **Programada:** Per exemple 1 dia al mes.
- **Urgent:** Atenció domiciliària urgent, per exemple, si truquen dient que la seva mare es vol llençar per la finestra.

- **Atenció continuada:**

S'efectua fora dels horaris normals al centre o al domicili en persones que no tenen adjudicades cap horari, ni cap programa .. per què necessiten ajut

- **Atenció a les urgències:**

Problemes de salut que necessiten una atenció immediata a causa del risc intrínsec vital i a la integritat física de la persona des d'un punt de vista objectiu tenint en compte la vivència de la necessitat d'atenció immediata

per part de la persona.

El problema dels equips d'AP es que no tenen una infraestructura adequada per atendre una demanda d'urgències i sol derivar-los a l'hospital. L'ídoni seria dotar a l'AP de recursos per tractar urgències no greus i deixar a l'hospital les grans urgències. Ja que d'aquesta manera no es col·lapsarien els hospitals

- **Activitats preventives:** Hi ha un horari en el qual les infermeres realitzen sessions de tècniques:
 - Immunitzacions.
 - Educació sanitària.
 - Detecció de factors de risc.
 - Seguiment i control d'embarassos.
 - Orientació i planificació familiar.
 - Detecció precoç de problemes de salut.

- Salut de la comunitat.

És necessita:

- Conèixer la població assignada
- Conèixer canvis demogràfics
- Conèixer cobertura de l'equip

Té com objectiu.

- Identificar i prioritzar problemes
 - Planificar.
 - Impulsar la cooperació entre institucions sanitàries i socials de la població
- Administració i coordinació.

Les funcions que es volen assolir són.

- **Organització interna.**
 - **Administració dels recursos de l'ABS.**
 - **Garantir la qualitat de l'atenció**
 - **Deixar constància anual de les activitats.**
 - **Coordinar altres serveis.**
- Investigació i docència.

S'obren comissions per a seguir de més a prop algun programa que es vol implantar:

- Estudiants de medicina general i infermeria.
- Metges i infermeres amb història extra de formació.
- Estudiants de postgrau

Cronograma de implantació d'activitats

- **De 0 a 6 mesos:**
 - Racionalitzar la demanda.
 - Organització inicial de l'equip.
- **De 6 a 12 mesos:**

- Anàlisi de la situació de salut.
- Establiment de protocols.
- Docència reglada.
- Visites domiciliàries programades.
- Participació ciutadana.
- Coordinació amb el nivell especialitzat.
- **De 12 mesos endavant:**
- Aprofundir en tot l'anterior.
- Investigació.
- Garantia de qualitat.
- Programes de salut

Els registres en l'atenció primària.

És un vehicle important en infermeria i que actualment es fa imprescindible.

Hem de tenir una bona història (completa, precisa, clara i no té res a veure amb una bona visita. El que fem s'ha d'enregistrar i si no s'ha registrat és com si no s'hagués fet.

La història de infermeria serveix per millorar l'assistència al malalt, i la coordinació entre nosaltres. Ha de garantir una continuïtat assistencial i fer registres per observar i valorar l'avaluació del malalt al llarg de la seva vida.

La història clínica és un registre de dades recopilades amb la finalitat d'atendre sanitàriament a un pacient, tant al present com al futur, tan en el camp estrictament assistencial com als àmbits preventius i rehabilitadors (Gol Gurina. 1984). La utilitat de la història clínica:

- **Assistencial** (metge, infermer, altres)
- **Informació sanitària.**
- **Avaluació** (del procés, l'estructura, els resultats)
- **Investigació.**
- **Docència.**
- **Medicolegal.**

Les premisses de treball en la història clínica són:

- **Registre de dades que s'integren de manera organitzada.**
- **Les dades es refereixen a un pacient concret:** poden obtenir-se directa o indirectament.
- **Registre de dades exactes, complets i pertinents.**
- **Característiques variables de les dades segons l'àrea i l'aspecte considerat.**
- **Dependència dels sistemes d'informació de la qualitat dels registres**

Les preguntes al registrar una informació:

- **Per què es registra aquesta informació ?**
- **Per a què s'utilitzarà ?**
- **Qui la utilitzarà ?**
- **Com s'utilitzarà la informació ?**
- **Quant de temps serà útil aquesta informació ?**

Història clínica de l'assistència primària.

Les característiques generals són:

- Disseny obert
- Història dinàmica.
- Manejabilitat.
- Dimensió personal.
- Confindencialitat.
- Informatització.
- Intercanvi d'informació entre nivells.

Els objectius específics són:

- Descriure el perfil de la història sanitària del malalt.
- Funció de síntesi.
- Vehicular la informació
- Comunicació interna de l'equip, continuïtat assistencial.
- Identificar malalts exposats a factors de risc.
- Avaluar la qualitat.
- Banc de dades per a estudis.

El disseny per l'HCAP:

- Dades generals.
- Llista de condicionants i problemes.
- Full de consultes.
- Aspectes administratius.
- Dades i formularis complementaris

Les fases del mètode de registre són:

- Recollida de dades.
- Formulació de problemes.
- Enunciat dels plans d'actuació per cada problema.
- Control de l'evolució utilitzant notes d'evolució enumerades i encapçalat pels problemes. Té 4 elements:
 - **M:** Motiu (Subjectives)
 - **E:** Exploració (Objectives)
 - **A:** Avaluació global.
 - **P:** Pla d'actuació.

En castellà en el full de consultes trobarem:

- **S:** Subjetivos.
- **O:** Objectivos.
- **A:** Evaluación (opinión del profesional)
- **P:** Planes de actuación.

MESURES PREVENTIVES, CONTROL I VIGILÀNCIA

Entenem com actituds preventives totes aquelles relacionades amb la millora de la qualitat de vida. Les preventives es mesuren en base a un grup d'experts. Dins de les preventives es prioritzen són moltes les

activitats que es poden fer. Els problemes es prioritzen en relació amb les conseqüències que tenen.

Factors de risc.

Consum de tabac.

Es considera fumador quan es fuma habitualment durant l'últim més independent de la quantitat.

El fum conté 4.000 substàncies diverses. La nicotina és la més coneguda, aquesta és un estimulant del sistema nerviós produint una dependència física i es considerada com una droga. Té una alta toxicitat.

El quitrà és una substància cancerígena del tabac i es responsables del càncer de pulmó, 10 cigarretes al dia suposen 365 grams de quitrà en 5 anys. El que fuma 10 cigarretes al dia té un risc relatiu de mortalitat el 3 %

Les substàncies irritants lesionen la mucosa de la superfície bronquial, produint constricció bronquial, estimulant la secreció de la mucosa i alterant el funcionament dels cilis. També provoquen alteracions de la mucosa bronquial i tos podent arribar a bronquitis crònica. Per últim cal esmentar que es comporten com cancerígens.

El monòxid de carboni es combina amb l'hemoglobina ja que es creu que ocupa el lloc de l'oxigen fent que a altes concentracions puguin produir alteració dels sentits i disminució de l'agilitat mental

Tabac i salut.

El tabac provoca:

- Malaltia isquèmica coronària.
- Malaltia pulmonar obstructiva crònica
- Malaltia cerebrovascular.
- Càncer:
 - ◆ Broncopulmonar.
 - ◆ De cavitat bucal.
 - ◆ De laringe.
 - ◆ D'Esofag.
 - ◆ De bufeta urinària.
 - ◆ De coll uterí.

Un exfumador sempre té l'avantatge sobre la persona que fuma en relació a la qualitat de vida. Sempre hi ha beneficis per la persona que ha deixat de fumar sobretot a nivell coronari i del càncer.

A Catalunya la prevalença de l'hàbit tabàquic des de l'any 84-94 als homes s'ha reduït en un 20'8 % en canvi a les dones ha pujat un 27'5 % ja que les dones han estat sempre més marginades i han rebut menys programes d'educació (Segur ? o es què en el fons són unes vicioses i quan es llencen no hi ha qui les aturi). Una de les coses que fa que les dones fumin és el valor de la independència de la dona, es a dir, voler assemblear-se als homes (si, però en qüestió sexual no hi ha qui les canviï tu). La dona vol el progrés a través del tabac (i la mort es veu).

Una altre dada important és l'edat:

	Homes	Dona	Ambdós sexes
15-64	49'7	25'7	36'7
15-29	45	36	40'5

12-15	56'5	46'5	51'9
-------	------	------	------

També es pot diferenciar el tabac per les diferents professions. En tot cas la prevenció s'ha de fer abans dels 14 anys, abans de què comencin a formar de forma regular.

Els factors lligats a l'inici del tabaquisme són:

- **Adolescència als 15 anys.**
- **Experimentació.**
- **Prohibit.**
- **Identitat grupal.**
- **Norma d'adults.**
- **Disponibilitat del tabac en cas de família fumadora.**
- **Addició.**

És difícil deixar el tabac a causa de la nicotina. Crea dependència ja que la falta de nicotina fa que es desconcentrin, afecta a l'estrès,... Aquesta dependència psicològica i social és difícil d'eliminar si no es fa en grup. Ja que també s'apren en grup. Hi ha molts factors lligats amb el manteniment de l'hàbit tabàquic:

- **Cafè.**
- **Soledat.**
- **Estrès**
- **Que el convidin.**
- **Factors psicològics.**
- Després de....

Els factors que dificulten deixar de fumar són:

- La indústria tabaquera associa el tabac a un estil de vida molt bonic i fa una propaganda indirecta (no, no sabia gens d'això, escolta)
- Les tabacaleres han fet investigacions per a determinar quin nivell de nicotina provoca dependència.
- Interessos entre l'estat (que no vegis com xucla dels impostos indirectes) i les indústries tabacaleres.
- Respostes alternatives per les indústries tabaqueres:
- El tabac és accessible per a tothom.
- Propaganda de tabacaleres en samarretes, clauers,... que inciten a fumar. Infiltració de mecanismes publicitaris.
- El tabac no s'ha considerat una prioritat social.

Actualment trobem:

- Polítiques de control del tabac.
- Augment del preu del tabac, tot i que això no és un problema per:
 - ◆ Es pot comprar més be de preu. (Andorra)
 - ◆ Venedors ambulants.
 - ◆ Contrabandisme de tabac.

La majoria de fumadors s'han iniciat molt joves i ho deixen a llarg temps, el que comporta que ja hi hagi seqüeles.

Els primers 15 dies al deixar de fumar la persona tindrà una necessitat imperiosa de fumar (molt perillós, sobretot si t'agafa pel mig), irritabilitat (es a dir, molta mala llet), somnolència, insomni, sensació de gana.

L'actuació de l'infermer serà amb un rol exemplar (res de fumar davant d'ell), col·laborant amb les iniciatives de deixar de fumar i en les preventives i interrogar sistemàticament als malalts.

Els beneficis de no fumar són.

- ◆ Disminueix la predisposició de tenir tos i de patir infeccions de l'aparell respiratori.
- ◆ Regeneració de les cel·lules de l'epitel·li i així hi ha una millora del cutis.
- ◆ Redueix el mal alé del fum del tabac.
- ◆ Recuperació de l'olfacte i el gust (si no està refredat), amb la qual cosa es descobreixen nous gusts en els aliments.
- ◆ Disminueix el risc d'incendi i cremades.
- ◆ Disminueix el risc de patir ulcus gastroduodenal (les persones que tenen ulcus i deixen de fumar sentim millora de forma ràpida)
- ◆ Disminueix el risc de tenir fills amb pes molt baix.
- ◆ Els fills de pares i mares fumadors tenen més risc de patir problemes respiratoris.
- ◆ La probabilitat de que els fills siguin fumadors augmenta si els pares també ho són.

1 de cada 4 persones deixa de fumar amb èxit la 1a. vegada (i una de cada 7 utilitzen mistol per a rentar els plats). Després de deixar de fumar se l'ha d'ajudar per tal que aguantí els símptomes d'abstinència. S'han de buscar estratègies.

Els resultats més positius sobre el deixar de fumar apareixen sobre els 20 Anys:

• **Etape de precontemplació:**

La persona es troba en els 10 anys de tabaquisme, en els quals no es considera la possibilitat de deixar de fumar per què encara que es coneixen els riscos de fumar es veuen molt llunyans. Les intervencions d'infermeria seran:

- ◆ Aportar informació.
- ◆ Personalitzar riscos i beneficis.

• **Etape de contemplació:**

La persona està prenent la decisió de canviar en els pròxims 5–6 mesos. Les intervencions d'infermeria seran:

- ◆ Aportar informació i fer que ells sapiguin que nosaltres podem ajudar-los a deixar de fumar quan ell ho decideixi.

• **Etape de preparació:**

La persona percep un risc personal de patir un càncer o qualsevol altre patologia. Les nostres experiències van dirigides a que sàpiga que nosaltres el podem ajudar. La persona ha de començar a valorar:

- ◆ Quan desitja deixar de fumar.
- ◆ Quan fuma.
- ◆ Per què fuma.

La infermera ha d'oferir suport a la persona i ajudar-la en la valoració de les seves decisions. En aquesta etapa s'aconsella deixar de fumar JA. Aleshores, en el CAP se l'ajudarà a treballar i a disminuir la síndrome d'abstinència tant amb el tractament físic com psicològic.

• **Etape d'acció.**

És el moment del canvi; el moment que ha decidit la persona deixar de fumar, per tant aquí no té cap sentit explicar el riscs del tabac. Aquí, el que hem de fer es ajudar a la persona a millorar o sobreportar la síndrome d'abstinència. Existeixen diferents ajudes.

- ◆ Pedaços de nicotina (xiclets, parxes,...) per soportar el síndrome d'abstinència.
- ◆ Proporcionar ajuda psicològica i averiguar per a que fuma: l'ajuda a establir relació amb els altres, per què el fa sentir segur, per què li agrada,...

Aquest és el moment més difícil de suportar, els símptomes de la síndrome d'abstinència són:

- Necessitat imperiosa de fumar: és important cercar les estratègies per a no caure de nou (procurar no passar davant d'un banc, tabacalera,...)
- Irritabilitat.
- Ansietat.
- Disminució de la capacitat de la concentració mental: Per aquest motiu es important pautar el moment ideal per a deixar de fumar.
- Somnolència.
- Increment de les ganes d menjar per a substituir la cigarreta

Aquesta simptomatologia duren aproximadament 15 dies i els símptomes disminueixen al llarg del temps. Cal dir però, que no tothom respon de la mateixa manera.

El pla d'actuació dels professionals hauria de ser:

- Hem de deixar de fumar i si no ho fem, mantindrem el nostre vici dins de les àrees permeses.
- Col·laborar activament amb les iniciatives antitabac.
- Saber detectar qui és fumador i qui no i incentivar els que ho siguin per a què formin part d'un programa antitabac.
- Identificar quins són els avantatges i inconvenients de deixar de fumar:
- Buscar elements motivadors:
 - ◆ Millora en l'esport.
- Hem de demanar que volen: Hem de deixar clar que quan ell vulgui deixar de fumar nosaltres l'ajudarem. S'ha d'escollir un Dia i una hora i plantejar-se. Avui no fumaré (Collons !!!). Així, cada dia quan s'aixequin ho han de repetir (Collons, avui no fumaré ?) D'aquesta manera serà molt més fàcil deixar de fumar que no pas si es pensés: ja no fumaré.
- Donar consells senzills:
 - ◆ Investigar les raons de per què va començar a fumar.
 - ◆ Investigar les raons de per què segueix fumant.
 - ◆ Investigar quines són les situacions en les quals té necessitats de fumar i valorar per què en aquell moment té ganes de fumar (avorriment, estrès , etcètera)
 - ◆ Buscar estratègies per cada una de les situacions, es a dir, plantejar el que farem quan ens invitin a fumar. Això dependrà de l'autoestima de cada persona. SI augmenta l'autoestima, augmenta la capacitat per a deixar de fumar.
 - ◆ Fer visites de control i seguiment a aquestes persones.

Les activitats a fer són:

- Els programes que tenen més èxit són aquells en els quals **es deixa de fumar de cop**.
- Les persones que deixen de fumar poden patir insomni (a causa de la dependència a la nicotina durant aproximadament dues setmanes)
- Quan es deixa de fumar pot aparèixer més tos per què augmenta la capacitat dels cil·lis pulmonars i així la persona té més força per a poder expectorar: **Això es bo (i no es conya)**

- La manca de nicotina pot provocar cansament durant la 1a. setmana. També poden aparèixer cefalees i augment de la gana.
- Buscar alternatives com xiclets, agafar un paper, un tap, un boli com a substitutiu dels tabac (però no te'ls fumis). Cada persona tindrà les seves pròpies estratègies.

Principals causes de mortalitat a Espanya.

- **Malalties cardiocirculatories.** 40 %.
- **Tumors:** 25 %.
- **Malalties de l'aparell respiratori:** 9 %.
- **Malalties de l'aparell digestiu:** 5 %
- **Causes externes:** 5 %.
- **Resta:** 15 %

Cardiopatia isquèmica

La cardiopatia isquèmica té 3 factors prioritaris:

- **Hipercolesterolemia.**
- **HTA.**
- **Hàbit tabàquic.**

I també ho són.

- **Sedentarisme.**
- **Dieta.**
- **Obesitat.**
- **Anticonceptius orals.**
- **Psicosociolaborals.**
- **Altres.**

Els factors no modificables són:

- **Edat.**
- **Sexe.**
- **Antecedents familiars de cardiopatia isquèmica.**

Dislipèmies

Les estratègies de detecció i control són:

- **Campanyes de cribatge a nivell poblacional** (es la menys eficient)
- **Campanyes oportunistes:** Determinar el nivell de colesterol a l'acudir a la consulta.
- **Cribatge a persones d'alt risc de cardiopatia isquèmica**

Hipertensió

La hipertensió és una evolució crònica de les xifres de pressió sistòlica, diastòlica o amdues, a les arteries

La classificació segons l'etiologia és

- **Pressió arterial làbil:** Té una gran variabilitat en les xifres de pressió.

- **Pressió arterial definida:** Mai varien les xifres de pressió, sempre són les mateixes
- **Hipertensió essencial:** Causa desconeguda (95 % dels casos).
- **Hipertensió secundària a una malaltia coneguda:** 5 %.

Els factors associats amb la hipertensió són:

- **Edat.**
- **Sexe:** Més freqüent en els homes a partir dels 45 anys, a partir dels 50–60 és més freqüent en les dones.
- **Raça:** És més freqüent en la raça negra.
- **Obesitat:** La hipertensió és 6 vegades més gran en persones obesas.
- **Consum de sal a la dieta:** Hi ha persones sensibles a la sal i altres que no.
- **Altres.**

Classificació de la Pressió arterial en adults		
Categoria	Pressió arterial sistòlica	Pressió arterial diastòlica
Normal	< 130	< 85
Normal–alta	130–139	85–89
HTA estadi 1 (lleu)	140–159	90–99
HTA estadi 2 (moderada)	160–179	100–109
HTA estadi 3 (greu)	180–209	110–109
HTA estadi 4 (molt greu)	" 210	" 120

En el cas de la hipertensió hi ha unes mesures d'eficàcia inqüestionable que modifiquen l'estil de vida de la persona:

- **Reduir el pes en obesos:**
 - ♦ La hipertensió és 10 vegades major amb un pes superior al 20%.
 - ♦ La pressió arterial diastòlica disminueix 2 mmHg per Kg de pes perdut.
- **Consum d'alcohol:**
 - ♦ Indueix a la hipertensió.
 - ♦ Es considera un consum excessiu la que supera els 30 grams/dia.
 - ♦ El consum excessiu pot contribuir en un 25–30 % dels casos d'hipertensió essencial.
 - ♦ L'alcohol limita les respostes al tractament.
- **Dieta hiposòdica:**
 - ♦ Ingestes de sodi:
 - ◊ D'1 a 3 grams: Prevalença de HTA = 0 %.
 - ◊ Més de 25 grams/ dia: Prevalença del 30 %.
 - ♦ Una reducció del sodi pot controlar el 20 % dels hipertensos essencials, aconseguint descensos tensionals:
 - ◊ De 10 a 15 mmHg en P.A. sistòlic.
 - ◊ De 5 a 10 mmHg en P.A. diastòlic.
 - ♦ Solament el 40 % de la població es mostra sensible a la sal.
 - ♦ Les dietes de menys d'un gram de sodi per dia són mlt tolerades a nivell poblacional.
- **Altres mesures:**
 - ♦ Exercici físic aeròbic:
 - ◊ 20–30' durant 3–4 cops a la setmana.
 - ◊ Pot reduir 10 mmHg.
 - ♦ Potasi: Fruites, verdures
 - ◊ Pot reduir 5 mmHg
 - ♦ Calci:

◇ 1000 mg/ dia efecte similar a K.

Hauríem de mirar la T.A. en adults a partir dels 15 anys cada dos anys i si en un control trobem que té una T.A. elevada li direm que vingui a la setmana següent per tal de fer les tres presses de T.A. per determinar una HTA i si en té haurà de seguir un protocol de l'atenció primària

S'ha vist que el tabac amb els anticonceptius orals augmenta el risc de hipertensió en les dones joves. Hi ha factors de risc més importants que altres, per exemple, en el tabac encara no s'ha provat científicament que pugi la tensió en canvi l'obesitat o la dieta si que són factors importants. Per últim cal dir que en la hipertensió maligna hi ha més risc de patir un aneurisme de l'aorta.

Les condicions per la correcta mesura de la T.A. són.

- **Còmodament assegut o ajagut.**
- **No ha d'haver fumat, pres café ni haver realitzat exercici físic durant els 30 minuts previs.**
- **El manguet en una persona adulta ha de ser d'uns 12–13 cm, en canvi en una persona obesa ha de ser d'uns 16–18 cm.**

Càncer.

Hi ha una tendència a l'augment de la prevalença del càncer. La tasa més alta és la de càncer de pulmó, per tant serà important el deixar de fumar.

Els factors de risc del càncer són:

- **Tabac:** Associació causal entre l'hàbit de fumar i el càncer de:
 - ◆ Pulmó.
 - ◆ Cavitat bucodental,
 - ◆ Laringe.
 - ◆ Esòfag.
 - ◆ Bufeta urinària.
 - ◆ Ronyó.
 - ◆ Pancrees.
- **Consum excessiu d'alcohol:** Associació amb tumors malignes
 - ◆ **Fetge.**
 - ◆ Cavitat bucal.
 - ◆ Farónge,
 - ◆ Esòfag, laringe.
 - ◆ L'acció com a únic agent es desconeix però:
 - ◇ Potència l'efecte cancerígen d'altres substàncies.
 - ◇ El tabac amb l'alcohol duplica el risc de cada una d'aquestes per separat.
- **Alimentació:** És difícil estudiar la relació dieta–càncer.
 - ◆ Carn a la brasa s'associa amb càncer de colon i recte.
 - ◆ Fumats, salats i fermentats es relaciona amb el càncer gàstric a Xina i Japó.
 - ◆ Nitrits i nitrats.
- **Obesitat:** Es desconeix per què el risc augmenta en les persones obesas
- **Infecció:**
 - ◆ Infecció crònica per virus B o C.
 - ◆ Infecció per virus del papil·loma humà.
- **Ocupació:**
 - ◆ Exposició a substàncies tòxiques en el lloc de treball.
 - ◆ S'atribueix un 4 % de tots els càncers i el 12 % dels càncers de bufeta

- **Radiacions ionitzants.**
- **Radiacions ultravioleta**

Càncer de mama

Els factors de risc associat al càncer de mama són.

- Factors de risc alt (risc relatiu " 3x)
 - ◆ Edat superior a 40 anys.
 - ◆ Ha. Personal de càncer de mama
 - ◆ Ha. Familiar de càncer de mama.
 - ◆ Mastopatia fibroquística severa.
 - ◆ Dones múltiples o amb embaràs a terme després dels 30 anys.
 - ◆ Exposició a radiacions
- Factors de risc intermig:
 - ◆ Menarquia precoç i/o menopausa tardia.
 - ◆ Estrògens orals.
 - ◆ Ingesta crònica de begudes alcohòliques.
 - ◆ Ha. Personalde càncer d'ovari, endometri o còlon.
- Factors que disminueixen el risc:
 - ◆ Embaràs a terme abans dels 18 anys.
 - ◆ Menopausa precoç.

Sembla ser que el càncer de mama s'associa al consum de greixos però no està provat científicament. Hi ha molts estudis, però encara no hi ha evidència científica. Això, la investigació, seria la prevenció primària, però es gairebé nul·la, per això haurem de fer prevenció secundària:

- **Exploració clínica de la mama:**
 - ◆ No efectiva en la mortalitat.
 - ◆ La sensibilitat es del 50 al 74 %.
 - ◆ La especificitat del 985 al 99%.
 - ◆ Amb mamografies.
 - ◆ Útil en neoplasies de mama (no contrast)
- **Mamografia:**
 - ◆ Especificitat: 87-99 %.
 - ◆ Sensibilitat: 78-96 %.
 - ◆ Personal preparat.
 - ◆ Reducció de la mortalitat
 - ◇ En dones majors de 50 anys, en les menors no.
- **Exploració clínica més mamografia:**
 - ◆ Detecten el 97 %.
 - ◆ Sensibilitat del 75 %.
 - ◆ Especificitat del 98-99 %

El cribatge del cancer de mama serà:

- **Mamografia:**
 - ◆ Cada 2 anys en dones entre 50 i 64 anys.
 - ◆ Cada any en dones d'alt risc a partir dels 40 anys.
 - ◆ Un cop coberts aquest grups es pot plantejar en dones de 65 a 69 anys i eventualment en dones de 45 a 49 anys.

Càncer del coll uterí.

Els factors de risc són:

- **Inici precoç de les relacions sexuals abans dels 20 anys.**
- **El nombre de companys (del parxís ?).**
- **Virus del papiloma humà.**
- **Antecedents de neoplasia cervical.**
- **Anticonceptius orals i consum de cigarretes.**
- **Nivell socio-econòmic humà.**

El cribatge del càncer de coll uterí serà:

- **Citologia Papanicolau:**
 - ◆ Sensibilitat: 74–97 %.
 - ◆ Especificitat: 50–91 %
- **Recomanacions:**
 - ◆ Cada 3 anys en dones de 20 a 34 anys.
 - ◆ Cada 5 anys en dones de 35–64 anys.
 - ◆ Després dels 64 anys no es necessari si es que ha estat en el programa.

És més freqüent el càncer de mama que el de cèrvix, però les dones es fan més citologies que mamografies. El infermer ha d'actuar sobre això.

Càncer d'endometri.

Els factors de risc són.

- **Obesitat.**
- **Intolerància a la glucosa.**
- **Ús d'estrògens**

Un símptoma es l'hemorràgia post-menopàusica en el 80 % de dones amb càncer, per això es recomana preguntar-lo a les dones majors de 50 anys cada any.

Cribatge de càncer colorectal.

- **Detecció de sang oculta en fems:**
 - ◆ Redueix la mortalitat en un 33% amb intervals anuals.
 - ◆ Falsos negatius:
 - ◇ Quantitat de sang insuficient.
 - ◇ Àcid ascòrbic.
 - ◆ Falsos positius:
 - ◇ Aliments: Carns rojes, fruites i verdures.
 - ◇ Fàrmacs: Ferro, cimetidina,...
- **Examen digital:**
 - ◆ Es detecten menys del 10 %.
- **Rectosigmoidoscopia:**
 - ◆ No es bo recomendar-ho a persones asíptomàtiques (per la senzilla raó que la gent no es deixa posar un tub pel cul així com així).
 - ◆ El rectosigmoidoscòpi és flexible i llarg (60–65 cm) i pot detectar el 50–60 % dels càncer.
 - ◆ Es recomana a persones amb història de poliposis colònica que s'ho faci un cop a l'any.

Malalties de l'aparell respiratori.

Hi ha una elevada morbi-mortalitat, la mortalitat en Catalunya a 1994 és la següent:

- 3a. Causa de mortalitat
- 71'94 morts/ 1000 habitants.
- 3a. causa de mort en majors de 64 anys.
- Per malaltia pulmonar obstructiva crònica i el asma la tasa de mortalitat és de 46'3 morts/ 1000 habitants.
- L'objectiu general de salut d'aquí al 2000 es descendre la mortalitat en un 10%

MPOC

Es caracteritza per la disminució dels fluxos aeris respiratoris que no es modifiquen significativament amb alguns mesos d'observació. Hi ha tres malalties formen el grup:

- **Bronquitis crònica.**
- **Enfísema.**
- **Malalties de petites vies (inflamació dels bronquiols).**

Bronquitis crònica

Es la presència d'expectoració crònica recurrent, o com a poc durant 2 mesos a l'any en els últims 2 anys consecutius i que no estigui produït per malalties específiques com les bronquiectasies o tuberculosi.

Bronquitis crònica simple

És la presència de tos pels matins, expectoració escassa i mucoïde amb un lleugera baixada de la funció ventilatòria, és la forma més freqüent en fumadors.

La prova diagnòstica es fa amb el volum espiratori forçat en el primer segon (FEV1). Cal dir que a partir dels 25 anys aquesta capacitat espiratòria va disminuint.

Els factors de risc són.

- **Tabac:**
 - ◆ Hipersecreció de moc per irritació hipertròfica de les glàndules.
 - ◆ Alteració de l'elasticitat del moc.
 - ◆ Paralisi, deformació i destrucció dels cilis.
 - ◆ Disminució de la capacitat fagocítica i bactericida dels macròfags alveolars.
 - ◆ Constricció dels músculs bronquials.

Els factors de risc a la infància són.

- **Nens exposats a tabaquisme passiu:**
 - ◆ Malalties respiratòries agudes.
 - ◆ Síntomes respiratoris crònics.
 - ◆ Disminució de la FEV1 fins a un 5 %.

Els factors de risc a l'adult són.

- **Exposició laboral:**

- ◆ Díficil de valorar.
- ◆ Caiguda de la FEV1 en treballadors exposats a:
 - ◇ Pols mineral, carbó i or.
 - ◇ Fundicions,
 - ◇ Pols vegetal: Gra i cotó
- ◆ No evidència entre EPOC i gasos químics.

En prevenció i control farem.

- **Prevenció primària:**

- ◆ Evitar dependència del tabac.
- ◆ Intervenció estatal amb el tabac.
- ◆ Estratègies per a abandonar-ho:
 - ◇ Consell dels professionals de la salut.
 - ◇ Ajuda farmacològica, parxes de nicotina, eficàcia a curt plaç.
 - ◇ Tècniques de recolzament grupal.
 - ◇ Recordatori continuat.

- **Prevenció secundària.**

- ◆ Abandonar tabac.
- ◆ Estudi per avaluar canvis en malalts amb EPOC després del tabaquisme va aconseguir l'abstenció del 27 % de persones.
- ◆ Estudi de cohorts als 18 anys
- ◆ Vacunació de la grip.
- ◆ Rehabilitació espiratòria.
- ◆ Espirometria: No efectiva, no prediu la caiguda ràpida de la funció pulmonar.

- **Prevenció a domicili:**

- ◆ Problemes que trobem i que ha de saber i fer.
 - ◇ No fumar (ni ell, ni la família)
 - ◇ Evitar aerosols.
 - ◇ Ambient humit.
 - ◇ Calefacció d'aigua.
 - ◇ Temperatura uniforme.
 - ◇ Evitar objectes que acumulin pols.
 - ◇ Roba ample.
 - ◇ Exercici físic.
 - ◇ Dieta.
 - Fraccionar 5 ingestes dia.
 - 2 litres d'aigua al dia si no hi ha cap contradicció.
 - ◇ Obesitat: Reduir pes.
 - ◇ Explicar tractament.
 - ◇ Higiene: Segons les seves possibilitats (cansanci)

- **Educació respiratòria:**

- ◆ Forma correcta de respirar (1 inspiració/ 2 espiracions)
- ◆ Respiració diafragmàtica.
- ◆ Tos productiva.
- ◆ Clapping o percussió.

- **Oxigenoteràpia a domicili:**

- ◆ Funcionament.
- ◆ Dosis: % O2 – 1 l / min.
- ◆ Horari de 15 a 18 hores/ dia.
- ◆ Indicacions: Dormir, després de dinar, al efectuar exercici.
- ◆ Neteja: Ulleres.

- ♦ Canvi d'aigua destil·lada (humidificadors)
- ♦ Normes de seguretat (inflamable)

Les causes freqüents de descompensació són:

- **Infecció.**
- **Inhalació irritants inespecífics.**
- **Estrès psicològic.**
- **Esforços.**
- **Fàrmacs:** Sedants, hipnòtics.
- **Supressió brusca de broncodilatadors.**

Consum d'alcohol

Consumidors segons tipus de beguda en %			
Tipus	Homes	Dones	Total
Vi	67'3	62'1	65
Cervesa	81'1	61'1	72'5
Aperitius	22'2	27'9	24'7
Licors	37'3	16'5	28'2

Tipus de beguda	Grups d'edat en anys			
	16-25	26-45	46-65	> 66
Vi	39'3	65'4	31'1	81'9
Cervesa	62'6	80'8	61'4	44'9
Aperitius	26'3	30'5	22'1	10'9
Licors	30'4	33'9	22'5	16'7

Els països productors són els que tenen més consum d'alcohol.

Les recomanacions que fan es fer entrevistes per a identificar el consum d'alcohol a partir dels 14 anys cada 2 anys i fer recomanació preventiva per a evitar el consum excessiu d'alcohol a partir de l'edat escolar.

Les equivalències d'alcohol són:

- 1 unitat (drink) és igual a 8 grams d'alcohol al 100 %
- 100 cc = una canya de 200 cc de cervesa = a un carajillo de conyac = ½ copa de combinat = 1 copa de 50 ml de xereç (una recomanació, no cal que provis les equivalències o acabaràs massa alegre)

Criteris diagnòstics:

Consum excessiu d'alcohol		
Persones	Ingestes d'alcohol pur	
	Diària	Setmanal
Homes/ grams/ setmana	" 40 gr / dia (5 unitats)	> 280 gr (35 unitats)
Dones/ grams/ setmana	" 24 gr / dia (3 unitats)	> 168 gr (21 unitats)

Qualsevol consum en:

- Dones gestants.
- Menors de 18 anys.
- Persones en patologies o tractament on es desaconsella el consum.

Malalties de transmissió sexual.

Tendència epidemiològica

En augment:

- Uretritis i cervicitis no gonococciques per clamidia.
- Malalties víriques: Condiloma acuminada.

En descens:

- Sifilis.
- Infeccions gonococciques.
- Xancres.

Infeccions genitals per clamidia.

A vegades és asimptomàtica en el home produeix una secreció opaca, prurit uretral i disúria i es pot complicar cap a epididimitis i infertilitat. En la dona provoca una secreció endocervical purulent, edema eritema i hemorràgia endocervical, que pot complicar-se a salpingitis, infeccions asimptomàtiques cròniques d'endometri i trompes de fal·lopi. Durant l'embaràs provoca infecció de la conjuntiva, pneumònia del recent nascut, i cal dir que la candidiasis endocervical augmenta el risc de patir VIH.

El diagnòstic es fa si no es troba *Neisseria gonorrhea* per frotis o cultiu, l'agent infecció és la *Chlamydia trachomatis*, la seva distribució es comuna i està en augment des de els últims 20 anys, el reservori és l'home (i la dona no ?) i la seva transmissió és per contacte sexual amb un període d'incubació no definit però pot ser s'estipula de 7 a 14 dies o més, el seu període de transmissió es desconeix i referent a la seva susceptibilitat i resistència es sap que afecta per general a tota la població (que manté relacions sexuals, es evident) i no hi ha demostrada cap immunitat.

Les seves mesures de control són:

• Mesures preventives:

- ◆ Educació per a la salut i sexual:
 - ◇ Identificar al germen (amb lupa o microscopi)
- ◆ Protecció de la comunitat
 - ◇ Evitar i controlar malalties de transmissió sexual.
 - ◇ Ús de condons.
- ◆ Serveis de diagnòstic i tractament aviat:
 - ◇ Accessibles.
 - ◇ Acceptables.

• Control del pacient, contactes i del medi

- ◆ Notificació.
- ◆ Precaucions amb drenatges i secrecions de pacients infectats: Recomana abstinència de relacions sexuals fins al final del tractament
- ◆ Cures al eliminar coses contaminades amb secrecions uretrals i vaginals.
- ◆ No s'aplica immunització per a contactes.
- ◆ Investigació de contactes i de la font d'infecció

- ◇ Tractament de parelles sexuals i consorts (DI: Alt risc de divorci o separació relacionat amb presència d'unes banyes com un cervol i manifestat per patir una malaltia de transmissió sexual)

Malalties víriques: Condiloma acuminat.

En aquesta malaltia es detecten diverses lesions en pell i mucoses, exactament unes verruges venoses (neoformacions amb aspecte de col·li-flor) que apareixen en zones humides dels genitals i zones perianals o dins del conducte anal, a vegades es troba associat a VIH.

Es diagnòstica per lesió o per estudi histològic, l'agent infecció és el virus del papiloma humà i la seva distribució és mundial, el reservori (torna a ser) l'home i el mena de transmissió és per contacte directe on el període d'incubació és de 2 a 3 mesos amb límits d'1 a 20 mesos, el període de transmissió és desconegut, però es sospita que es probablement davant lesions durant les lesions sexuals, per últim en la seva susceptibilitat i resistència cal dir que és més freqüent en adults joves sexualment actius. Els mètodes de control són:

- **Mesures preventives:**

- ◆ Evitar contacte directe amb lesions.

- **Control de pacients, contactes i ambient:**

- ◆ Tractament amb persones infectades.
- ◆ Notificació
- ◆ No hi ha immunització per contactes.
- ◆ Investigació de contactes i font d'infecció (Amb qui ho has fet en els últims 20 mesos ? – Com ho vol, pel cognom o per el nom del carrer ?)
- ◆ Valorar la necessitat de tractament davant contactes sexuals.
- ◆ Tractament.

Herpes genital

L'herpes simple és una infecció vírica sistèmica caracteritzada per una lesió primària localitzada, en una fase de latència i una tendència a la recurrència localitzada. El virus herpes simple del tipus 2 (VHS) es localitza en boca (que haurà fet per arribar fins aquí ?) i específicament en l'home al gland (o petit, no impolta), prepuci, anus i recte, i en la dona en el coll uterí, vulva i pot abarcar la pell perineal, cames i glutis. Cal dir que la dona infectada en el part té un alt risc d'infecció de tipus visceral disseminada, encefalitis i mort. També cal dir que el VHS 2 és un factor de risc de patir càncer de coll uterí.

El diagnòstic es fa a partir d'un examen microscòpic d'una extensió procedent de la base de les vesícules, un cultiu de teixits vírics i la detecció d'anticossos.

L'agent infecció és el virus de l'herpes simple tipus 2 i la seva distribució és mundial, d'inici amb l'activitat sexual, els anticossos tipus 2 es localitzen en el 20 % dels adults i té una prevalença alta, sobretot en grups socioeconòmics baixos i amb gent sexualment molt promiscua.

El reservori és l'home i el mode de transmissió és per contacte sexual, activitat homosexual i per contacte oral-genital o oral-anal. El període d'incubació és de 2 a 12 dies i el període de transmissió és variat; en pacients amb lesions genitals prèvies és de 7 a 12 dies, si la malaltia és recurrent és de 4 dies a 1 setmana, pot reactivar-se en un 50 % de les dones i poden existir infeccions asimptomàtiques amb disseminació transitòria del virus. Les mesures de control són:

- **Mesures preventives:**

- ◆ Educació per a la salut.
- ◆ Evitar contaminació de la pell en malalts acematosos.

- ◆ Personal de salut: ús de guants.
- ◆ Cesàrea.
- ◆ Condó de làtex.
- **Control de pacients, contactes i ambient:**
 - ◆ No es notifica
 - ◆ Mantenir recent nascuts allunyats d'infeccions.
 - ◆ Investigar contactes: No és útil.
 - ◆ No immunitzar contactes.
 - ◆ Tractament:
 - ◇ Aciclovir.
 - ◇ Iode- 2 desoxiuridina (idoxuridina R)

Sida

És el síndrome d'immunodeficiència adquirida i és el conjunt de manifestacions definides que constitueixen el resultat final de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).

La infecció per VIH inicia un procés de destrucció gradual i accelerada del sistema immunitari especialment de les cèl·lules CD4. Quan abans es comença el tractament és millor el procés i el diagnòstic. Les 4 C:

- **Consentiment informat.**
- **Confidencialitat.**
- **Consell assistit (garantir el recolzament abans de fer-se la prova,...)**
- **Cautela amb la interpretació dels resultats.**

Tuberculosis

El fet d'estar en contacte amb el bacil de Koch no vol dir que s'estigui infectat. Les prioritats en el control de la tuberculosi són:

- Localitzar i tractar als malalts bacilífers.
- Compliment terapèutic.
- Detecció i tractament de persones infectades.

La via de contagi és aèria (tos, esternut, parla,...) la capacitat d'infectar depèn de la quantitat i la virulència i està relacionada amb nivell socioeconòmic baixos.

Una persona que estigui infectada pot desenvolupar la malaltia o permanèixer en estat latent (4-12 setmanes), en les persones que han estat en contacte és més important el risc en els primers anys. Els símptomes de la tuberculosi a vegades no es detecten, del 2-10 % del casos són asimptomàtics. Els grups d'alt risc són:

- **Incidència > 100/100.000 habitants**
- **Persones amb VIH.**
- **Contactes amb persones portadores.**
- **Reaccions amb MANTOUX (prova tuberculina)**
- **Rx tòrax compatibles amb lesions residuals de tuberculosi no tractades.**
- **Persones amb tractaments amb immunosupressors.**
- **Minories ètniques.**
- **Internats en:**
 - ◆ Instituts socio-sanitaris.
 - ◆ Centres penitenciaris.
- **Professionals.**

Es considera que hi ha infecció:

- **Si la prova de tuberculina (intradermoreacció de MANTOUX, PPD): positiu, sense malaltia ni vacunació previa.**
- **Prova de la tuberculina:** Es fa mitjançant el diàmetre transversal de la induració sense tenir en compte l'eritema.
- **Lectura a les 72 hores (entre 48 i 96 hores).**
- **Es considera que hi ha infecció si,**
 - ◆ Induració de 5 mm o més (en no vacunats) o superior als 15 mm en els vacunats

El diagnòstic de la malaltia es farà mitjançant:

- **PPD positiu.**
- **Clínica i/o radiografia.**
- **Cultiu d'esput.**
 - ◆ Durant 2-8 setmanes.
 - ◆ 3 mostres durant el matí en dejú.
- **Examen microscopi directe.**

Quan una persona té tuberculosi, el repós té un valor terapèutic escàs. Ha d'estar en aïllament respiratori les 2-3 primeres etmanes i pot treballar al cap d'un o dos mesos.

El malalt ha de tenir en compte les mesures higièniques (tapar-se la boca al tossir, no escopir al terra,...). Molts malalts deixen el tractament a mitges, cosa que fa que augmentin les resistències, per això hem de controlar molt això, per què estarem entrant en salut pública, no solament en salut individual. Se li ha d'explicar que encara que ja no tingui símptomes s'ha de pendre la medicina en dejú i no deixar caps d'els sense haver-s'ho consultat amb el metge.

Hem de fer un seguiment del malalt (com és el tractament, fer les anàlisi d'orina sense avisar per a veure si es prenen els medicaments) i s'ha de tenir un control de quan li faran falta les receptes.

En l'estudi dels contactes es farà:

- **Prova de la tuberculina.**
- **Si és negatiu i viu amb el malalt:** Quimioprofilaxis primària.
- **SI PPD positiu:** Rx de tòrax: Rx normal quimioprofilaxis secundària durant sis mesos.
- **Si contacte esporàdic i PPD negatiu:** Suspendre contacte amb el malalt (volem tancar la cadena epidemiològica).