

Treball final de grau

GRAU D'INFERMERIA

Escola Universitària d'Infermeria
Universitat de Barcelona

PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER LA SALUT A L'ÀMBIT COMUNITARI PER MILLORAR LA QUALITAT DE VIDA AMB PACIENTS QUE TENEN EL VIRUS DE L'HEPATITIS C

Magdalena Allés Bosch

Tutor/a: Montserrat Puig

Àmbit docent: Ciències Psicosocials

Curs acadèmic 2014-15

Agraïments

Dedico aquest treball a tots els pacients de la unitat 7.3 (medicina hepàtica) de l'Hospital Clínic i a la meva infermera Núria, qui em van ensenyar com viuen la malaltia i tota l'ajuda que necessiten. Em van donar lliçons de la importància de tenir una bona qualitat de vida, de tenir salut. Qui em van mostrar tots els coneixements que no estan escrits en un llibre.

Agraeixo a un amic de la família que pateix hepatitis C, per l'entrevista que em va concedir. Em va explicar quines eren les seves preocupacions i limitacions que sentia pel fet de tenir aquesta patologia. Amb això, em va fer pensar amb molts aspectes que s'haurien de tenir en compte per poder realitzar el programa.

Finalment, també agreixo a la meva tutora, qui en tot moment m'ha ajudat a que aquest treball es portés cap endavant, amb constància i ànims, per finalitzar-ho amb una gran satisfacció.

Resum

L'hepatitis C és una malaltia vírica que afecta un 3% de la població mundial. Quan progressa a la cronicitat, poden aparèixer greus problemes com són la cirrosi hepàtica o el trasplantament hepàtic. A més, influeix en la part emocional augmentant la prevalença en depressió i ansietat perquè afecta a la qualitat de vida.

Després d'analitzar la situació actual, s'ha detectat que hi ha una falta de coneixements i d'autocura en relació a l'hepatitis C. Això repercuteix amb l'afrontament que en fan davant la malaltia. Per aquest motiu, el treball presenta un programa d'educació per la salut amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i l'afrontament emocional per les persones amb hepatitis C crònica. D'aquesta manera, s'evitarà que la malaltia progressi o ho faixi més lentament.

La metodologia que s'ha utilitzat per desenvolupar el programa és grupal per descobriment amb un grup de 6 persones. A través de set sessions, adquiriran els coneixements necessaris sobre l'hepatitis C, parlaran sobre la qualitat de vida i com els hi afecta en el dia a dia, quines tècniques de relaxació poden utilitzar en un moment angoixant provocat per la malaltia i crearan un vincle de confiança per explicar els sentiments i inquietuds que els hi provoca tenir una patologia estigmatitzant. Cada sessió serà avaluada per disposar d'un control sobre l'adquisició dels objectius marcats.

Per poder dur a terme aquest projecte, s'ha dissenyat un pla de difusió i establert un calendari de treball perquè l'equip d'infermeria d'un CAP el posi en marxa.

Paraules clau: hepatitis C, *treatment*, *depression*, *fatigue*, *health program*

Abstract

Hepatitis C is a viral disease that affects 3% of the world population. When it progresses to chronic, serious problems may occur such as cirrhosis or the needed for liver transplantation. It also affects the sufferers emotionally; depression and anxiety.

After analyzing the current situation, we found that there is a lack of knowledge and self-care in relation to hepatitis C. This affects coping with the disease. For this reason, the work presents a program of health education in order to improve the quality of life, emotional and physically for people with chronic HCV. This prevents the disease from progress as quickly.

The methodology used to develop the program is by discovery group; it is a group of 6 people. Through seven sessions, they will acquire the necessary knowledge about hepatitis C, they will talk about quality of life and how it affects them every day, relaxation techniques which can be used in an agonizing moment of caused extreme pain, they will learn how to talk about their disease with confidence despite the stigma of HCV. Each session will be assessed to have control over the acquisition of targets.

To carry out this project, we have designed a dissemination plan and set up a work schedule for the nursing staff of the CAP put it in place.

Keywords: Hepatitis C, treatment, depression, fatigue, health program

Índex:

Introducció 1

1.1. Justificació	1
1.2. Població	2
1.3. Factors ambientals i socials	3
1.4. Necessitat del projecte i diagnòstic de salut	4
2. Objectius	6
3. Metodologia	7
3.1. Sessió 1	8
3.2. Sessió 2	9
3.3. Sessió 3	9
3.4. Sessió 4	10
3.5. Sessió 5	12
3.6. Sessió 6	12
3.7. Sessió 7	13
4. Avaluació	14
5. Pla de difusió	16
6. Calendari de treball	17
7. Pressupost	20
Bibliografia	22
Annexes	28

Introducció

Aquest treball pretén presentar un programa d'educació per a la salut grupal a pacients amb el virus de l'Hepatitis C (VHC) crònics, enfocant-lo a la seva qualitat de vida i a com afronten dita malaltia. El que es desitja, és una millora d'aquests dos aspectes. Per entendre millor el desenvolupament del treball, convé primer descriure un parell de conceptes.

L'educació per a la salut (EpS) és un dels instruments de promoció de la salut i de l'acció preventiva. Segons l'OMS (1986), aborda no només la transmissió d'informació, sinó també el foment de la motivació, les habilitats personals i l'autoestima, necessàries per adoptar mesures destinades a millorar la salut. (1) Per proporcionar una correcta EpS existeixen diversos models d'infermeria en els quals convé basar-se. Per escollir correctament el model, és necessari conèixer primer les necessitats i el diagnòstic de salut. Una vegada s'ha decidit el model, s'elabora el programa d'EpS. Aquest és una tècnica d'infermeria en el qual s'organitzen un conjunt d'activitats i recursos per destinar-los a l'adquisició d'estils de vida saludables per a una persona o grup, a través d'objectius precisos i en un temps determinat, per fer front a un o més problemes de salut. (1,2)

1.1. Justificació

Per motius personals, he decidit fer el programa d'EpS a persones amb HC per l'experiència que vaig tenir l'any passat fent pràctiques a l'Hospital Clínic, a la unitat d'hepatologia. Estar en contacta diàriament amb pacients cirròtics a causa del VHC em va ensenyar la realitat que ells viuen. Cada vegada que ingressen a l'hospital ho senten com si els hi robessin anys de vida. Els hi és un sofriment passar-se dues setmanes ingressat i, alhora, una tortura perquè saben que no serà l'últim cop i que el proper ingrés encara estaran en pitjor estat. Veure que aquestes persones s'ho passen tan malament, no només quan ingressen, sinó també a casa, durant el seu dia a dia (per les converses que vaig mantenir amb ells), vaig pensar que no volia que ningú es trobi en aquestes condicions, i que s'hauria de fer el possible per intentar evitar que arribin al punt d'un ingrés rere l'altre. Almenys, si no es pot evitar, que ells coneguin tot el que poden fer per

intentar allargar fins al màxim l'aparició de símptomes de la malaltia i de la cirrosi hepàtica descompensada.

Per altra banda, també justifico el tema escollit pels antecedents que existeixen.

Per l'elevada prevalença mundial d'infectats amb VHC. Segons l'OMS, estima que és d'un 3% de la població (170 milions de persones) (3). Nacionalment, es tracta d'unes 900.000 persones (4) i autonòmicament (Catalunya) parlem d'unes 200.000, de les quals només un 30% ho saben. (5,6)

Per considerar que el VHC és la causa principal de trasplantament de fetge i de mort per malalties del fetge (4). I també és el causant del 40% de la cirrosi hepàtica. (6)

Per l'existència d'evidència científica que revela un augment de prevalença en depressió i ansietat en malalts amb VHC sense (7) o amb tractament (8,9). Això és degut, entre d'altres, a: factors psicosocials que modulen la depressió, com la capacitat de recuperació(3); les preocupacions relacionades amb la malaltia i estrès per tractar-se d'un problema que pot arribar a ser mortal(10); naturalesa estigmatitzant de tenir el VHC (11); fenomen conegut com a "obnubilació mental" (fa referència al fet que els pacients es queixen de tenir un deteriorament de la concentració, fatiga i depressió) (10); etc.

Per estudis basats en evidència científica que demostren que les persones infectades per VHC amb fatiga crònica i deteriorament cognitiu, tenen alteracions en la neurotransmissió dopaminèrgica i serotoninèrgica (10). I això, conjuntament amb altres estudis, demostren que el mateix virus afecta en les alteracions psicològiques. (3,7)

En pacients amb VHC, tenir nivells més alts de suport social i sentit de la coherència es relacionen en nivells més baixos de depressió i ansietat. (10,12)

I, finalment, per la relació entre l'empitjorament de la qualitat de vida, l'aparició de problemes psicològics com depressió o afectació emocional i el VHC. (3)

1.2. Població

Per definir la població a qui va dirigit el programa d'EpS es farà a través d'uns criteris selectius.

Els criteris d'inclusió seran: homes i dones sense discriminació de l'edat, diagnosticats de malaltia crònica pel VHC. Per tant, hauran de tenir un seguiment de mínim 12 mesos amb la realització de les proves pertinents, perquè hi hagi

una confirmació certa de la cronicitat. L'interval de temps des del diagnòstic fins a l'actualitat serà indiferent.

No he volgut fer una discriminació del grau de la malaltia en què es troben perquè sigui quin sigui l'estat actual de la HC, si no es cuiden i coneixen què és el que tenen, la malaltia podrà progressar més ràpid,(13,14) lo qual suposarà una pitjor qualitat de vida i repercussió en l'afrontament emocional i això, és el que vull evitar amb el programa.

Els criteris d'exclusió seran tots aquells que tenen diagnosticada una cirrosi ja establerta amb un o més episodis de descompensació perquè crec necessari fer una educació individual per aquest tipus de malalts (ja que cada un ho viu d'una manera diferent i té unes conductes individualitzades per tractar). I tots els diagnosticats de VHC aguda o sense tenir una confirmació clara del diagnòstic de la cronicitat.

1.3. Factors ambientals i socials

Una vegada he contextualitzat el tema del projecte, he justificat per què l'he escollit i he especificat a qui anirà dirigit, convé conèixer una mica més sobre el tema principal (la HC) per poder detectar les necessitats de salut que s'hauran de tractar en el programa.

L'Hepatitis C és una malaltia vírica que pot cursar com una infecció aguda i/o crònica. Aproximadament, un 15-45% eliminen el virus sense necessitat de tractament en un termini de sis mesos. Però la resta (55-85%) progressaran a la cronicitat ocasionant una malaltia crònica al fetge, dels quals entre un 15-30% desenvoluparan una cirrosi i/o hepatocarcinoma al cap de 20 anys.(15–17)

És un problema de salut mundial i, actualment, en els països occidentals és la primera causa d'hepatopatia crònica i de trasplantament hepàtic. A pesar de la contínua disminució de la seva incidència, encara existeix una elevada prevalença mundial. Estimar la incidència de l'hepatitis C és difícil ja que la majoria d'infeccions agudes passen per desapercebudes i les cròniques tarden molts anys a donar símptomes fins que no hi ha un empitjorament de la malaltia o no en donen mai. Així, la incidència que es va notificar el 1977 van ser 6,82 casos per 100.000 habitants, en el 2003 van ser 2,3 i només un cas en el 2006. Aquesta reducció és deguda a la disminució dels factors de risc. (4,16,18)

La transmissió de la malaltia és a través de la sang. L'exposició pot ocórrer per pràctiques d'injecció poc adequades (com l'ús de drogues en el 80% de casos) (16), iatrogènicament per una esterilització inapropiada, per l'ús de sang i productes sanguinis sense analitzar (antigament per moltes transfusions de sang) o també per via maternofilial però és més poc comú. (19)

Pel que fa a la simptomatologia, en els casos d'infecció aguda, normalment es presenta de forma asimptomàtica.

Però en els casos de cronicitat i la consegüent fibrosis hepàtica, el símptoma més característic és la fatiga, la qual exigeix uns canvis en els hàbits de vida. Altres símptomes poden ser: falta de gana, nàusees, indigestió, cefalea, dolor abdominal, dolor muscular o articular, canvis d'humor i confusió. (18,20)

El mal pronòstic de la malaltia sorgeix quan la fibrosi ha avançat a una cirrosi hepàtica i aquesta es descompensa. Aquí els símptomes que poden aparèixer són: la hipertensió portal, la icterícia, l'encefalopatia, l'ascitis i l'hemorràgia digestiva (per ruptura de les varius esofàgiques)(21). En aquests casos es requereix hospitalització. Arribats a aquest punt, la taxa de mortalitat en relació a la patologia hepàtica és d'un 88,89%. Per alguns d'ells (30%) tindran l'oportunitat de ser indicatius per un trasplantament hepàtic, però la recurrència de la infecció a l'òrgan trasplantat succeeix a quasi la totalitat dels casos i la supervivència a llarg termini és de 5 anys en el 65% de casos. (19)

Actualment no existeixen vacunes pel VHC(21), però és cert que en els últims anys els tractaments amb antivírics han avançat molt. L'últim que ha sorgit (agost del 2014) assegura quasi un 100% de la curació en pacients que tenen els genotips 1 i 4 (22). Les limitacions però, és la inexistència de tractaments per a tots els tipus de VHC que hi ha, els criteris d'inclusió estrictes per poder aplicar els tractaments i la gran variabilitat de reaccions adweres que poden aparèixer (23), a més de l'alt cost econòmic que suposa aquest tractament i motiu pel qual actualment hi ha tantes disputes i manifestacions. (24–26)

1.4. Necessitat del projecte i diagnòstic de salut

Després d'analitzar la situació actual de la HC, les necessitats de salut detectades són la falta de coneixements que tenen les mateixes persones que pateixen la malaltia i com progressa aquesta, quina autocura han de tenir i

l'afectació en la qualitat de vida pels canvis en els hàbits i l'estat emocional (depressió i ansietat) que els fa desenvolupar la HC.

Així, el diagnòstic de salut que el treball presentat tractarà d'aportar solucions mitjançant el programa d'EpS, és el dèficit d'autocura relacionat amb l'afrontament inadequat i els canvis establerts en la qualitat de vida davant la HC. D'aquesta manera, la finalitat del programa serà que els pacients siguin capaços de no sentir-se angoixats ni deprimits per tenir un virus molt estigmatitzat a través de l'aportació de coneixements i ensenyament de tècniques. Que els canvis en l'estil de vida que hauran de seguir els puguin afrontar d'una manera positiva. I sobretot, que portin una autocura exigent, evitant així la progressió de la malaltia, que arribin a una cirrosi que es podrà descompensar, el qual suposaria un empitjorament molt gran en salut per reingressos i sentiments de frustració perquè ja seria massa tard per canviar les conductes que els haurien fet arribar en aquell estat (14,21).

Finalment, tal com s'havia dit al principi de la introducció, per poder dur a terme un programa d'EpS correctament, convé basar-se en un model d'infermeria. En aquest cas, s'utilitzarà el model de la Dorothea Orem perquè la finalitat del programa gira en volta a l'autocura i de la mateixa manera ho fa la teoria que va descriure ella. Aquesta és la "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado". Està basada en tres de més específiques interrelacionades: teoria de l'autocura (TAC), teoria del dèficit d'autocura (TDAC) i teoria dels sistemes d'infermeria (TSI). El que explica aquesta teoria és *"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"*. (26,27) I, això mateix és el que es vol aconseguir amb el programa, ajudar a l'individu a què afronti la HC i les seves conseqüències mitjançant una correcta autocura. Per poder entendre millor la teoria de la D. Orem, a l'annex 1 hi ha una graella amb els conceptes que ella defineix i que són més clarificadors. A més a més, durant el treball aniran apareixent referències sobre la teoria.

2. Objectius

Segons les necessitats educatives detectades, l'objectiu general és: realitzar un programa de salut per millorar la qualitat de vida i l'afrontament emocional per les persones amb Hepatitis C crònica moderada i/o severa.

Àmbit cognitiu; en acabar les set sessions del programa, els sis participants:

- Demostraran tenir els coneixements generals sobre què és l'hepatitis C crònica (què és, símptomes, evolució, tractaments existents...)
- Identificaran les complicacions pròpies de la HC i com prevenir-les.

Àmbit afectiu: els sis participants

- Identificaran el seu estat d'ànim per poder treballar sobre ell durant les sessions del programa.
- Clarificaran els valors propis respecte als canvis d'autocura necessaris per mantenir una bona qualitat de vida.

Àmbit conductual::

- En un termini de tres setmanes, els sis participants utilitzaran tècniques de relaxació quan es trobin angoixats perquè es vegin limitats per la malaltia.

He considerat que els objectius d'aprenentatge s'han de realitzar a través dels tres àmbits, perquè al tractar-se d'una malaltia que afecta molt la part emocional és necessari tractar l'àmbit afectiu. També són persones que han hagut de canviar algunes conductes que repercuteixen en la seva qualitat de vida, per tant, convé incidir amb l'àmbit psicomotor. I finalment, perquè considero que si tenen coneixements de per què han sofert tots aquests canvis els hi serà més fàcil tenir una autocura adequada i constant (àmbit cognitiu).

Per reforçar aquesta idea i justificar l'aplicació dels objectius als tres àmbits, faré referència al model d'Orem. Aquest diu que l'autocura són conductes dirigides cap a la mateixa persona per regular els factors que afecten el benefici de la seva vida, salut i benestar (4). Així, si l'autocura són conductes, ens haurem de dirigir a l'àmbit psicomotor. Per regular els factors que afecten la salut, s'hauran de tenir uns coneixements sobre com es regula aquesta, així també haurem de tractar l'àmbit cognitiu. I, per regular els factors que afecten el benestar, haurem de dirigir-nos a l'àmbit afectiu, a la part emocional i motivacions de la persona.

3. Metodologia

La importància de proporcionar una correcta educació (amb promoció i prevenció a través del programa de salut) als malalts amb VHC crònics vindrà donada per prevenir el progrés de la lesió hepàtica, evitant els casos extrems de cirrosi descompensada o com a mínim allargar fins al màxim el nombre d'anys fins a la seva aparició. A més, si s'aconsegueix establir la majoria de pacients amb VHC crònic des del principi, podrien guanyar en qualitat de vida i millorar l'afrontament de la malaltia. També, repercutiria amb una disminució de la morbi-mortalitat (14,21) i de les despeses econòmiques que suposen els reingressos dels malalts amb cirrosi descompensada i dels trasplantaments de fetge.

Perquè tot això pugui ser possible, els pacients hauran de tenir un gran nivell d'autocontrol de la malaltia i gran autocura. Ho aprendran mitjançant els continguts que s'abordaran educativament i que es desenvoluparan a través de les activitats del programa d'educació per la salut. Els continguts que es tractaran són:

- Hepatitis C: què és, com es contagia, símptomes, com es diagnostica i quines proves es poden fer, tractaments possibles i pronòstic.
- Complicacions de la Hepatitis C crònica.
- Què s'entén per una bona qualitat de vida.
- Conductes i/o factors de risc que empitjoren la HC crònica.
- Tècniques de relaxació per disminuir l'ansietat i afrontar l'obnubilació mental.
- Identificar els hàbits en què els pacients s'han vist més perjudicats per la malaltia i trobar-ne solucions

La metodologia que s'utilitzarà per realitzar el programa d'EpS és grupal per descobriment (o d'investigació a l'aula). Aquesta es caracteritza perquè els participants són el motor del mateix aprenentatge, comparteixen coneixements i experiències. L'educador facilita l'aprenentatge i ajuda a proporcionar una educació correcta. Les tècniques que s'utilitzen, entre d'altres, són: pluja d'idees, foto-paraula, "parlanchín"... (28) D'aquesta manera podrem tractar els tres àmbits i les sessions no es faran tan pesades, ja que parlar sobre la pròpia malaltia, a vegades, pot arribar a ser molt dur.

El nombre de persones que formaran el grup serà de 6 perquè amb aquest tipus de metodologia és necessari utilitzar molt de material, així el pressupost serà més assequible. També perquè és un número parell, en el qual si s'ha de realitzar alguna activitat en parella, no hi haurà problemes. I, perquè així tothom tindrà temps per exposar els seus coneixements i experiències. Si es tractés d'un nombre més gran, segurament hi hauria gent que no parlaria o no hi hauria suficient material per a tothom.

Arribats a l'explicació general de la metodologia, em centraré a explicar com es durà a terme aquesta: nombre de sessions, quines activitats es faran a cada una, per quin objectiu es faran aquestes, etc. (Annex 2)

El nombre total de sessions serà de set. Algunes sessions compartiran el mateix objectiu perquè seran una continuació d'una amb l'altra. La durada de cada sessió és d'una hora i mitja aproximadament. A l'inici de cada sessió sempre es farà una introducció de què es va fer en la sessió anterior, què es farà a la d'avui i què es veurà a la pròxima. I, al final de cada sessió sempre s'avaluaran els coneixements (en algunes es fa al començament i final).

3.1. Sessió 1

L'objectiu que es vol abordar amb aquesta primera sessió (conjuntament amb la segona) és: demostrar tenir els coneixements generals sobre la HC crònica.

He prioritzat començar amb l'àmbit cognitiu perquè és una manera de donar-se a conèixer i perdre la vergonya a parlar. A més, per poder treballar amb les emocions, sentiments (à. Afectiu) primer s'ha de crear un vincle de confiança i seguretat. I perquè, per canviar una conducta és molt necessari saber per què s'ha de fer aquest canvi.

Així, els continguts que es volen tractar són: què és la HC, quina prevalença hi ha mundial, nacional i autonòmicament, com es contagia el VCH, quins són els símptomes, com es diagnostica i quines proves complementàries se'n fan. (29–31)

Per començar la sessió, primer es farà una acollida dels membres: es presentarà la infermera i informará de què es farà, quant temps durarà i quin és l'objectiu general d'aquest programa. Després, es demanarà que cada una dels membres es presenti explicant el que cregui oportú sobre la seva personalitat i/o hobbies i sobre la seva malaltia (quant temps fa que li van diagnosticar, si coneixia abans

què era, com ho porta... el que senti que vol contar en aquell moment per donar-se a conèixer).

Després, s'informarà de les normes de les sessions (respectar el torn de paraula, no jutjar, comprendre que tots estan allà perquè comparteixen una mateixa malaltia i que es poden ajudar uns amb els altres) i la confidencialitat de les sessions.

Es farà una pluja d'idees (s'anotaran a una pissarra) sobre què coneixen de la HC (segurament apareixeran mites i creences que al final de la sessió els mateixos participants podran adonar-se'n de què és real i què són mites (32,33)). A continuació, s'exposarà i presentarà mitjançant un *power point* els continguts anomenats anteriorment. (Annex 3)

Finalment, es resoldran els dubtes i es donarà l'oportunitat de fer tots els comentaris que els participants vulguin.

3.2. Sessió 2

Tal com s'havia dit a l'inici de la primera sessió, l'objectiu d'aquesta segona és el mateix que la primera perquè l'àmbit que es tracta és el cognitiu i es continua donant informació sobre els coneixements generals de la HC.

Aquí el contingut de la sessió serà únicament dels tractaments que existeixen . He volgut utilitzar una única sessió per aquest tema perquè actualment hi ha moltes disputes sobre qui pot optar a un tractament (que va sortir l'agost del 2014) i crec que els participants estaran més interessats i animats en donar la seva opinió (així també és una manera de crear més vincle i conèixer-los una mica més).

Com a la sessió anterior, primer es farà una pluja d'idees perquè tots aportin quins tractaments creuen que n'hi ha (i comentar si alguns d'ells se'ls hi ha donat). A continuació, es farà una exposició i presentació amb *power point* dels tractaments que n'existeixen (annex 4). (34–37) Finalment, es resoldran dubtes i es faran comentaris.

3.3. Sessió 3

Continuant amb l'àmbit cognitiu, l'objectiu d'aquesta tercera sessió és: identificar les complicacions pròpies de la HC i com prevenir-les.

Així, els continguts que es tractaran són: pronòstic i complicacions de la HC, i factors de risc per l'aparició de les complicacions.

L'activitat que es realitzarà per donar a conèixer les complicacions a mesura que progressa la malaltia és mitjançant el sistema de foto-paraula. Aquest consisteix a ensenyar unes imatges/il·lustracions (enumerades) que reflecteixin les complicacions de la HC. Cada membre del grup tindrà un full i un bolígraf per escriure la paraula que correspon a cada imatge (per exemple, una imatge serà un dibuix dels *simpsons* que representarà la icterícia. D'aquesta manera els hi serà més fàcil recordar-ho perquè solen esser uns personatges molt coneguts). Quan tots els membres hagin intentat identificar cada foto, s'explicaran els conceptes un per un i es resoldran dubtes.

A continuació, conjuntament s'intentarà fer un esquema que es relacionin les complicacions i els seus símptomes (16,19,38)

Després, es farà el mateix (tècnica de foto-paraula) però amb els factors de risc que poden afavorir l'aparició de les complicacions (per exemple, una imatge serà una botella d'alcohol). I es comentarà com influeix cada factor en la malaltia (39–41).

Finalment, es completarà l'esquema amb els factors de risc (annex 5) i es deixarà un torn de paraula per comentar els dubtes.

Al final de la sessió es repartirà l'esquema imprès en color per a cada un dels membres.

Segurament, aquesta sessió tindrà una durada de dues hores per la seva complexitat i la quantitat de temari que s'explicarà.

3.4. Sessió 4

A partir d'aquesta sessió els objectius es relacionen amb l'àmbit afectiu: Identificaran el seu estat d'ànim per poder treballar sobre ell durant les sessions del programa. I, clarificaran els valors propis respecte als canvis d'autocura necessaris per mantenir una bona qualitat de vida

Per poder parlar amb una mica d'objectivitat sobre la qualitat de vida, primer haurem de saber què s'entén per tenir una bona qualitat de vida segons cada membre del grup. A partir d'aquí, es podrà aprofundir en quins són els factors que la poden modificar i quins la modifiquen específicament en la HC. Així, aquests tres seran els continguts que es tractaran en la quarta sessió.

Les activitats que es realitzaran per abordar aquests continguts són dues: la meua filosofia i aquí està la meua foto.

La meua filosofia: cada membre del grup i també la infermera, escriu la seva filosofia de vida a un full (principis o fonaments d'acció, reglaments personals, refranys preferits, moments o activitats que aporten una bona qualitat de vida, etc.). Perquè sigui més fàcil, primer es comentarà en veu alta què creu cada un què és tenir una bona qualitat de vida (així podran anar agafant idees i motivar-se per escriure). A continuació, es passarà un full a cadascú per anotar "la meua filosofia". I, finalment, s'exposarà individualment per a tot el grup i es faran preguntes de reflexió (de prioritats en la vida, d'objectivitat...).

Aquí està la meua foto: s'exposaran a la pissarra una sèrie de fotos enumerades de persones fent activitats i/o gestos (annex 6). Cada participant haurà de triar una foto i explicar per què creu que el/la representa. Haurà d'expressar com es sent mirant aquella foto. Després de parlar tots, es reflexionarà si tenen en comú mateixes preocupacions i/o sentiments.

Al final, s'anotarà a la pissarra els termes que s'han repetit més i es relacionaran amb les conductes que s'haurien d'evitar amb la HC (els factors de risc que es van explicar a la sessió anterior). D'aquesta manera es reflectirà si la qualitat de vida que creuen com ideal està realment influenciada o no per la malaltia que tenen. A partir d'aquí, es deixarà uns minuts per a la reflexió i es comentarà els termes que sí que estan lligats amb la HC. D'aquesta manera, també s'hi introduirà una mica la pròxima sessió acabant amb la pregunta "Què feu vosaltres quan veieu que la vostra qualitat de vida està limitada per la HC?".

Aquesta quarta sessió pot aparentar que no aprendran gaire sobre la malaltia, però realment aquesta haurà de ser la clau perquè els membres del grup agafin seguretat amb ells mateixos a través de poder compartir els seus sentiments i angoixes que els hi provoca tenir la HC. En aquesta, el que pretenc és que se n'adonin realment de què els afecta directament la malaltia, de veure que, a vegades, poden culpar a la malaltia com a la causant d'altres canvis a la vida quan aquesta en realitat no hi està lligada. I també al revés, veure que hi ha moments de fatiga i tristesa que estan directament relacionats amb la HC per tot el que pot desgastar. Aquí, igual que en la pròxima sessió, consisteix en que alliberin tensions i càrregues que senten per tenir la malaltia i que no tinguin vergonya, sinó al contrari, que vulguin lluitar perquè aquesta repercuteixi al

mínim durant el dia a dia. Ha de ser la sessió clau perquè comencin a afrontar la malaltia d'una altra manera.

3.5. Sessió 5

Continuant amb la sessió anterior, l'objectiu d'aquesta cinquena trobada està lligada amb l'àmbit afectiu perquè també es continuarà parlant de l'angoixa que els hi suposa a vegades quan es veuen limitats per la HC, però també comença a relacionar-se amb l'àmbit psicomotor, perquè es parlarà de les tècniques que utilitzen. Així l'objectiu és: utilitzarà tècniques de relaxació quan es trobi angositat perquè es veu limitat per la malaltia.

El contingut que es tractarà és: quines tècniques de relaxació coneixen i què fan davant una situació d'impotència per la HC.

L'activitat que es farà serà mitjançant la tècnica de grup nominal: durant uns minuts els participants anoten les tècniques que utilitzen (no cal que sigui una tècnica descrita com de relaxació, pot ser sortir a passejar o beure un got d'aigua. Ha de ser el que realment fan). Després, cada participant exposa una sola idea en cada ronda (sense fer comentaris, només s'exposa) i el moderador (la infermera) anota les idees a la pissarra. Quan estan totes escrites, es resolen dubtes. A continuació, en silenci, cada participant anota jeràrquicament les aportacions que li han semblat més interessants. Es farà un recompte de les anotacions i les dues més votades seran les que es practicaran a la pròxima sessió.

Finalment, es donarà un temps a cada membre perquè expliqui quan ha utilitzat la tècnica que havia dit i com es va sentir després. Es deixarà opinar i fer preguntes entre ells per aprendre com reacciona cadascú davant situacions diferents.

3.6. Sessió 6

Seguint amb la sessió anterior, en aquesta l'objectiu serà el mateix (aprendre una tècnica de relaxació) però estarà totalment relacionat amb l'àmbit psicomotor, ja que hauran d'aprendre una conducta nova.

El contingut consistirà a explicar i realitzar les dues tècniques més votades de la sessió anterior. Per aquest motiu, les activitats s'hauran de planejar després de saber quines són les tècniques que s'han escollit. Cal tenir en compte que els

membres del grup que van proposar les tècniques haurien de col·laborar per ensenyar-les als altres.

3.7. Sessió 7

Finalment, en aquesta sessió l'objectiu és que tots els membres del grup demostrin tenir els coneixements i les tècniques apreses durant les sessions anteriors, és a dir, en aquesta haurem de comprovar que els objectius marcats s'han aconseguit i fer una avaluació final perquè l'objectiu general també s'hagi assolit gratament.

Els continguts seran un repàs dels donats anteriorment però sintetitzats i molt clars. I, reflexionar sobre què els hi ha semblat el programa i què han après.

Les activitats que es duran a terme seran motivadores perquè els participants tornin a casa amb ganes de posar en pràctica tot el que han après. Per aquest motiu, s'exposarà un vídeo sobre la HC i es resoldran els possibles dubtes que hagin quedat. Per acabar, es farà la tècnica del "parlanchín" que consisteix a deixar uns minuts perquè cada integrant del grup pugui expressar el que cregui oportú sobre la trajectòria del programa i sobre si ha notat canvis amb la convivència de la malaltia d'ençà que va iniciar el programa.

4. Avaluació

Per saber si el programa funciona i els membres del grup assoleixen els continguts de cada sessió a partir de les activitats realitzades, en quasi totes les sessions es passarà un qüestionari/esquema dos cops (un a l'inici i l'altre al final de la sessió i/o de l'últim dia del programa).

Per avaluar la primera sessió, es passarà un qüestionari a l'inici de la trobada sobre la HC. Serà tipus test, de quatre opcions i amb una única resposta correcta possible. Es donarà 20 minuts per realitzar-lo. (Annex 7). Al final del programa (en la sessió 7), es passarà el mateix qüestionari però ampliat (amb continguts de les altres quedades).

La segona sessió s'avaluarà passant un llistat de tractaments (de tot tipus de patologies) i hauran d'identificar els que considerin propis de la HC. (Annex 8) Aquesta mateixa llista es tornarà a donar al final de la sessió, per comprovar que han après els tractaments que s'hauran explicat.

Per avaluar la tercera sessió, es passarà un esquema en blanc, a l'inici i final de la trobada, sobre les complicacions i factors de risc que influeixen en l'empitjorament de la HC. Tindran el llistat de paraules que el completen i l'estructura de l'esquema però, els participants hauran d'intentar col·locar tots els conceptes.

En el cas de la quarta sessió, avaluar l'àmbit afectiu és més complicat. Per això, el que es farà serà passar dues escales d'avaluació infermera: Goldberg i Hamilton (42,43) (annex 9 i 10). Amb aquestes podrem conèixer l'estat d'ànim dels integrants del grup i al final del programa, es tornaran a passar per comparar si han millorat els resultats. I, a més a més, cada infermera responsable del pacient que ha derivat al programa d'educació, durant un mes haurà de fer un seguiment més estricte de dit pacient. Uns dies abans de començar el programa, cada infermera haurà de fer L'escala GENCAT (44) al pacient (annex 11). Aquesta és un instrument que valora la qualitat de vida, a través d'aspectes objectivables de vuit àrees diferents que conformen la qualitat de vida d'una persona. Té una durada d'uns 20 minuts i convé que es faixi amb l'ajuda d'algun familiar o persona que conegui molt bé a l'entrevistat. També és necessari que la infermera rebi tota la informació de com s'ha de valorar, ja que és extensa i cal tenir en compte molts aspectes. L'escala, es tornarà a avaluar un

mes després i sis mesos després d'haver acabat el programa perquè així es podran comparar els resultats sobre la qualitat de vida i si l'educació rebuda els hi ha fet produir canvis en la seva vida.

Per a la cinquena sessió, es donarà un qüestionari amb preguntes semi obertes sobre si utilitzen tècniques de relaxació, quines i quan les fan servir (annex 12). D'aquesta manera coneixerem com controlen les seves emocions provocades per la HC. Al final del projecte s'introduiran algunes preguntes per identificar si han posat en pràctica cap de les tècniques apreses i per comprovar que en un estat d'angoixa saben recórrer als continguts apresos en aquesta i a la sisena sessió.

Per avaluar la sisena trobada és més complicat, perquè no hi ha una manera objectiva per fer-ho. Per això, serà la infermera qui haurà de saber avaluar visualment si els participants saben fer les dues tècniques de relaxació ensenyades.

Per acabar, la darrera sessió és la més completa, ja que s'haurà d'avaluar que els objectius marcats s'han assolit. Tal com he anat dient, es passarà el mateix qüestionari que en la primera sessió però ampliat (annex 13). També s'hi deixarà un espai per fer propostes per un nou programa i per reflexions personals. Es tornaran a passar les escales de la sessió quatre. I en veu alta, es comentaran les tècniques que van aprendre anteriorment (si poden explicar quines es van ensenyar, si les han utilitzades en algun moment, com els hi ha anat després de posar-la en pràctica...).

Finalment, es donarà l'oportunitat de donar a conèixer tots els resultats amb unes gràfiques (comparant el primer dia que es va passar cada avaluació amb el darrer), a través de la infermera. Aquí s'inclourà l'escala GENCAT.

Crec que això és important fer-ho perquè és un element motivador perquè els membres del grup continuïn posant en pràctica tot el que han après.

5. Pla de difusió

Per fer la difusió del programa es repartiran una sèrie de pòsters a les diferents plantes del centre d'atenció primària (CAP) i es col·locaran en llocs molt visibles (devora l'ascensor, a les escales, al taulell, a l'entrada del CAP, etc.). En aquests hi haurà una lleugera informació (molt visual) sobre la promoció del programa.

També, es repartiran uns tríptics a les infermeres perquè puguin repartir a les persones interessades amb el programa. En el tríptic estarà explicat en què consisteix, per què seria interessant fer-lo i els dies en què es farà cada sessió (cronograma).

Finalment, informaria totes les infermeres mitjançant un correu electrònic del dit programa perquè puguin oferir-lo a tots els seus pacients que estiguin dins dels criteris d'inclusió.

Tot això fent referència a com es faria el pla de difusió dins del CAP que fos el pioner del programa. Després seria interessant plantejar l'ensenyament del programa als altres centres de salut de la regió sanitària escollida, mitjançant els tríptics i la recol·lecció de les gràfiques on hi apareix el progrés dels pacients en relació a la seva autocura i coneixements.

Per acabar, també cal dir que seria interessant agafar els pacients que han participat en el programa com a pacients experts, ja que si assoleixen correctament els objectius tindran uns coneixements molt elevats per poder ajudar a altres persones que tenen la mateixa patologia.

6. Calendari de treball

Per desenvolupar el programa correctament és necessari que s'inverteixi molt temps per preparar-lo i portar-lo a terme. A l'annex 14 hi ha una graella amb la síntesi del calendari de treball.

Per començar, durant la quarta setmana del mes de novembre, la supervisora del CAP farà una sessió informativa explicant la idea del programa i els seus objectius (general i específics) a fi de trobar tres infermeres que es faixin responsables per portar a terme el programa. La sessió tindrà una durada d'una hora més o menys.

Durant el mes de desembre i les dues primeres setmanes del mes de gener, les infermeres que s'hauran responsabilitzat del programa hauran de buscar informació sobre l'hepatitis c per augmentar els seus coneixements i poder desenvolupar correctament el treball.

Després de sentir-se suficientment preparades, tindran la resta del mes de gener fins tot el mes de mars per preparar el material necessari del programa (elaborar els *powers points*, buscar les imatges, fer l'esquema, preparar les escales de valoració d'infermeria, fer els qüestionaris i elaborar el vídeo). En total, serà un temps de dos mesos i mig per realitzar totes les sessions.

Una vegada tot el material estigui correctament elaborat, disposaran d'un mes i mig (abril fins primera quinzena de maig) per elaborar el pla de difusió. Aquest consistirà a fer un pòster molt visual per cridar l'atenció de les persones que tenen hepatitis C i, a més a més, fer un tríptic on s'expliqui en què consistirà el programa. Aquest està pensat per donar-lo a les persones que estan interessades en participar, perquè es faixin una idea més clara de què faran i el què aprendran, així com de la seva durada i lloc de realització.

Quan tot estigui elaborat i pensat, però no imprès encara, tindran dues setmanes (les dues darreres de maig) per fer un càlcul aproximat del pressupost que els hi suposaria fer totes les còpies del pla de difusió i del material que s'haurà de repartir als membres que participaran en el programa. També s'haurà de tenir en compte l'aula o lloc on es farà el programa (si es necessita un lloguer o és del mateix CAP). Segons el pressupost que calculin, hauran de reajustar-ho o no perquè s'adapti a la realitat.

Durant les tres primeres setmanes de juny, hauran de fer una revisió del material. Comprovar que les dades i coneixements explicats en els *powers points* són correctes i estan actualitzats, que les sessions estiguin ordenades amb coherència, les escales i enquestes s'entenguin i hi hagi suficients còpies per repartir a tots els membres, el pla de difusió no tingui falls i també n'hi hagi suficients còpies, etc.

Finalment, durant l'última setmana de juny, les tres infermeres responsables faran una sessió informativa a la resta del personal infermer del CAP per exposar el projecte del programa. L'objectiu d'aquesta sessió serà que tothom entengui què és el programa i quins són els criteris d'inclusió d'aquest perquè cada infermera ofereixi l'oportunitat de participar-hi als pacients que identifiquin com a possibles membres del grup.

Una vegada el programa està correctament elaborat, el pla de difusió està disponible i totes les infermeres saben què és, s'haurà de formar el grup perquè hi assisteixin. Aquesta recaptació de participants es farà durant dos mesos, els de juliol i agost. És un marge suficientment ampli perquè totes les infermeres tinguin temps de visitar als seus pacients amb hepatitis C i oferir-los l'oportunitat de participar gratuïtament al programa. També, s'ha donat un marge llarg perquè són els mesos d'estiu i de vacances, els quals costa més estar en contacta amb els pacients. Si així i tot no fos suficient, s'hauria d'estendre una mica més.

Durant el mes de setembre, cada infermera que ha trobat un participant pel programa, haurà de fer-li un seguiment durant tot el mes perquè se'ls hi ha de fer una valoració prèvia a l'inici del programa de la qualitat de vida, a fi de comparar resultats una vegada s'hagi acabat aquest. L'escala GENCAT és la que he escollit per fer una valoració de la qualitat de vida i, aquesta, necessita que l'informador conegui molt bé al pacient per fer-la correctament. S'ha de tenir en compte que la infermera li farà una setmana abans de començar les sessions del programa i, durant aquesta entrevista, convindrà que hi hagi una persona de confiança de l'entrevistat per ajudar a corroborar algunes preguntes.

El dijous 8 d'octubre s'iniciarà el programa. La segona sessió serà el dimarts 13 d'octubre. La tercera, el dijous 15 d'octubre. I així es continuaran fent les sessions els dimarts i dijous. Cada una tindrà una durada d'una hora i mitja aproximadament. És important que la sessió 5 es faixi un dijous, ja que per preparar la 6a es necessitarà més temps perquè serà l'única sessió que s'haurà

d'elaborar durant el programa (perquè desconexem quines tècniques de relaxació sorgiran i voldran escollir els membres del grup en la cinquena sessió). Si s'inicia la primera sessió en un dijous (tal com està planificat) aquesta coincidència del dia per a la sessió 5 es complirà. El programa finalitzarà el dijous 29 d'octubre. Fent dues sessions per setmana, s'aconseguiria que hi hagi una continuïtat i un seguiment de l'estat dels membres del grup.

Per acabar, durant el mes de novembre, les tres infermeres responsables del programa hauran de recollir totes les enquestes i fer unes gràfiques comparant els resultats, mantenint l'anonimat i la confidencialitat. A finals de novembre, cada infermera haurà de repetir als seus pacients les escales de GENCAT sobre la qualitat de vida, amb les mateixes condicions, per valorar si hi ha hagut canvis. Una vegada estiguin totes fetes, s'adjuntaran amb la resta de gràfiques comparatives i es repartiran a cada membre del grup perquè puguin veure els resultats de l'esforç que els hi haurà suposat assistir dos cops per setmana al CAP durant quasi un mes. D'aquesta manera es veurà l'evolució de coneixements, canvis en l'estil de vida i en la qualitat de vida. Aquestes gràfiques seran les que aportaran informació sobre si el programa ha estat efectiu o no. En cas que els resultats siguin positius, es podran utilitzar per incentivar a altres centres perquè el posin en pràctica. A més a més, al cap de sis mesos d'haver realitzat el programa, es tornarà a repetir l'escala Gencat per valorar si els canvis en la qualitat de vida s'han mantingut amb els coneixements i reflexions que van fer els participants durant totes les sessions.

La idea és fer un calendari de treball condicionat perquè el programa es faixi en una època de l'any que fa bon temps (així fa més ganes sortir de casa i no suposa tant d'esforç). I també, ha de ser un mes en què no hi hagi vacances per part de les infermeres i si fos possible, també per part dels pacients. Per aquest motiu, he fet coincidir l'inici del programa en el mes d'octubre.

7. Pressupost

En tractar-se d'una metodologia grupal per descobriment (o d'investigació a l'aula), el pressupost serà una mica elevat perquè es necessita molt material i recursos.

Com a recursos no materials, es necessitaran tres infermeres encarregades d'elaborar el programa. En principi, aquestes treballaran en el CAP i les hores de feina estaran validades amb els punts que necessiten per arribar al nivell de feina exigit, per tant, no se'ls hi pagaria un pressupost addicional al seu sou. Elles seran les encarregades de decidir qui, de les tres, donarà les sessions. Convé que només sigui una infermera per establir un millor vincle de confiança i confidencialitat amb els participants del programa. Si contem les hores "extres" que farà l'encarregada de donar dites sessions, en total seran unes 16. (Tenint en compte els minuts abans que ha de ser a l'aula per preparar el material i els minuts que es puguin allargar després de cada sessió). Sempre i quan el pressupost ho permetés, seria molt interessant poder donar una petita recompensa econòmica al final del programa per motivar-la i que faixi la feina amb més gust.

Com a recursos no materials, també hi ha el lloc on es durà a terme el programa. Aquest s'intentarà que sigui una aula del mateix CAP on s'hi pugui projectar els *powers points* i hi hagi suficients cadires per a tots.

Pel que fa als recursos materials, es necessitarà un ordinador i un projector per les exposicions. Una pissarra per apuntar la pluja d'idees i fer l'esquema. Vuit còpies de cada qüestionari (de les sessions 1, 5 i 7), vuit còpies del llistat de tractaments (sessió 2), les imatges en blanc i negre (sessió 3 i 4), vuit còpies de l'esquema en blanc i vuit de l'esquema complet (sessió 3), vuit fulls en blanc per escriure la meua filosofia de vida (sessió 4), vuit còpies de les escales de valoració infermera Goldberg i vuit de la Hamilton (sessió 4) i sis còpies de les gràfiques que comparen resultats.

He decidit que s'han de fer dues còpies de més de cada material perquè la infermera en tingui una i per si algun membre del grup en necessita una de nova. A més a més, de les còpies anteriors, se li han de sumar les escales de valoració infermera que es repetiran a l'última sessió (en total setze còpies entre les dues escales) i les setze còpies de l'escala GENCAT (perquè es fa dos cops també).

Per poder contestar totes aquestes enquestes es necessitaran bolígrafs (aquests es podran deixar o donar al final del programa, depenent del pressupost disponible).

Concloent, fent un recompte del pressupost aproximat del programa, es necessitaran uns 300 euros per fotocòpies que es repartiran als participants, els textos d'avaluació i les escales Goldberg, Hamilton i Gencat. I uns 500 euros pels pòsters i tríptics.

Bibliografia

1. World Health Organization. Education for health: a manual on health education in primary health care. Organ Mund la Salut [Internet]. 1989;1–25. Disponible a: file:///C:/Users/Elena/Downloads/9243542257_spa.pdf
2. Dr. J. Grijalvo DPI y DML. Programa de educación para la salud. Inst adicciones Madrid Salud. 1(Salud-Enfermedad):137.
3. Golden J, O'Dwyer AM, Conroy RM. Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2005 [citat 2014 Oct 24];27(6):431–8. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16271658>
4. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Hepatitis C: la pandèmia escondida [Internet]. Institut Català de la Salut. 2012 [citat 2015 Feb 28]. Disponible a: http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/cas/salud_hepatitis_c.htm
5. Solà R, Cruz E, Castro D, Hombrados M, Planas R, Catalana S, et al. Prevalencia de las hepatitis B y C en diversas comarcas de Cataluña: estudio transversal. 2015;119(3):90–5.
6. ASSCAT. Incidencia política en el Parlament de Catalunya: Presentación de propuestas al Grupo Parlamentario CIU [Internet]. [citat 2015 Feb 27]. Disponible a: <http://asscat-hepatitis.org/blog/incidencia-politica-parlament-catalunya-presentacion-propuestas-a-ciu/>
7. Fábregas BC, De Ávila RE, Faria MN, Moura AS, Carmo RA, Teixeira AL. Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: a cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological and psychiatric determinants. Braz J Infect Dis [Internet]. Elsevier Editora Ltda; 2013 [citat 2014 Oct 24];17(6):633–9. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23916456>
8. Mullish BH, Kabir MS, Thursz MR, Dhar a. Review article: depression and the use of antidepressants in patients with chronic liver disease or liver transplantation. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2014 Oct [citat 2014 Oct

- 9];40(8):880–92. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175904>
9. Colagreco JP, Bailey DE, Fitzpatrick JJ, Musil CM, Afdhal NH, Lai M. Watchful waiting: role of disease progression on uncertainty and depressive symptoms in patients with chronic Hepatitis C. *J Viral Hepat* [Internet]. 2014 Oct [citat 2014 Oct 24];21(10):727–33. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280230>
 10. Erim Y, Tagay S, Beckmann M, Bein S, Cicinnati V, Beckebaum S, et al. Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Mar [citat 2014 Oct 14];47(3):342–9. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766994>
 11. Strauss E, Porto-Ferreira FA, de Almeida-Neto C, Teixeira MCD. Altered quality of life in the early stages of chronic hepatitis C is due to the virus itself. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2014 Feb [citat 2014 Oct 24];38(1):40–5. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239318>
 12. Sublette V a, Hopwood M, George J, Smith SK, Nicholson Perry K, McCaffery K, et al. Instrumental support to facilitate hepatitis C treatment adherence: Working around shortfalls in shared-care. *Psychol Health Med* [Internet]. 2014 Jul 7 [citat 2014 Oct 24];(October):1–12. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24998883>
 13. Lubega S, Agbim U, Surjadi M, Mahoney M, Khalili M. Formal hepatitis C education enhances HCV care coordination, expedites HCV treatment and improves antiviral response. *Liver Int*. 2013;33(8):999–1007.
 14. Hagan LM, Schinazi RF. Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int* [Internet]. NIH Public Access; 2013 Feb 1 [citat 2015 Mar 1];33 Suppl 1(0 1):68–79. Disponible a: [/pmc/articles/PMC4110680/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4110680/?report=abstract)
 15. ASSCAT. Hepatitis C - información de interés sobre la Hepatitis C [Internet]. [citat 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://asscat-hepatitis.org/hepatitis-c-informacion-general/>

16. Miriam Romero JG-S. Epidemiología e historia natural de la hepatitis C [Internet]. Unidad de Hepatología. Hospital «Carlos III». CIBERehd. Madrid. 2014 [citad 2015 Feb 27]. Disponible a: http://www.sietediasmedicos.com/formacion/curso-de-formacion-continuada-acreditada/hepatitis-c/item/1585-epidemiologia-e-historia-natural-de-la-hepatitis-c#.VPDO0fmG_Pu
17. Swiss Med. Characteristics of patients with chronic hepatitis C who develop hepatocellular carcinoma [Internet]. doi:10.4414/smw.2012.13651. [citad 2015 Mar 1]. p. 12. Disponible a: <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13651/>
18. ASSCAT. EVOLUCIÓN NATURAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C [Internet]. [citad 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://asscat-hepatitis.org/hepatitis-c/evolucion-naturalinfeccion-virus-de-hepatitis-c/>
19. V.Carreño IC. Hepatitis C. In: Ibérica S-V, editor. Hepatitis víricas Biología, clínica y tratamiento. 2a edición. Barcelona; 2001. p. 249–300.
20. Bailey DE, Barroso J, Muir AJ, Sloane R, Richmond J, McHutchison J, et al. Patients with chronic hepatitis C undergoing watchful waiting: Exploring trajectories of illness uncertainty and fatigue. Res Nurs Health [Internet]. NIH Public Access; 2010 Oct 1 [citad 2015 Mar 1];33(5):465–73. Disponible a: [/pmc/articles/PMC3525323/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC3525323/?report=abstract)
21. Aman W, Mousa S, Shiha G, Mousa SA. Current status and future directions in the management of chronic hepatitis C. Virol J [Internet]. BioMed Central; 2012 Jan [citad 2015 Mar 1];9:57. Disponible a: [/pmc/articles/PMC3325870/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC3325870/?report=abstract)
22. ASSCAT. Opciones de tratamiento para la hepatitis C [Internet]. [citad 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://asscat-hepatitis.org/tratamiento-hepatitis-c/opciones-tratamiento-para-hepatitis-c/>
23. Fernández-Montero J V, Soriano V. [Future perspective in the treatment of chronic hepatitis C]. Rev española Sanid Penit [Internet]. 2011 Jan [citad 2015 Mar 1];13(1):21–9. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21484075>

24. El periodico. Sanidad limitará la terapia de la hepatitis C a 52.000 personas [Internet]. [citat 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/sanidad-limitara-terapia-hepatitis-52000-personas-3973026>
25. 20 minutos. Unos 250 pacientes de hepatitis C en Andalucía reciben ya nuevas terapias contra el virus, con eficacia superior al 90% [Internet]. [citat 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://www.20minutos.es/noticia/2374125/0/250-pacientes-hepatitis-andalucia-reciben-ya-nuevas-terapias-contra-virus-con-eficacia-superior-al-90/>
26. El mundo. Una polémica que podría haberse evitado [Internet]. Salud. [citat 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/21/54e78aea268e3e270d8b4573.html>
27. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Glob [Internet]. 2010 Jun;(19):1–14. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Sales M. Técnicas de grupo. Univ Politécnica Cart. 2000;(Dinámicas de Grupo):14.
29. Adela-Emilia Gómez Ayala D en F. Cirrosis hepática. Farm Prof [Internet]. [citat 2015 Mar 4];26. Núm 04:6. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-90150227>
30. Marco A, Lonca M, Laliga A. Estrategias para el manejo de la infección por el virus de la hepatitis C [Internet]. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2012 [citat 2015 Mar 4]. Disponible a: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/228/504>
31. Contreras AM. Anticuerpo a hepatitis C: ¿verdadero o falso positivo? Nuevas estrategias de diagnóstico. Rev Investig clínica [Internet]. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2006 [citat

- 2015 Mar 4];58(2):153–60. Disponible a: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Hepatitis FA. Si convives con el virus... Mitos de la hepatitis C Fundación Apoyarte [Internet]. [citat 2015 Mar 4]. Disponible a: <http://fundapoyarte.org/sitio-hepa/fun-articulo/sm-2/cont-329-mitos-de-la-hepatitis-c-a.html>
 33. Mitos y verdades sobre la hepatitis C | HepC.com/es [Internet]. [citat 2015 Mar 4]. Disponible a: <https://www.hepc.com/es/mitos-y-verdades-sobre-la-hepatitis-c>
 34. Fox AN, Jacobson IM. Recent successes and noteworthy future prospects in the treatment of chronic hepatitis C. Clin Infect Dis [Internet]. 2012 Jul 15 [citat 2015 Mar 1];55 Suppl 1(suppl_1):S16–24. Disponible a: http://cid.oxfordjournals.org.sire.ub.edu/content/55/suppl_1/S16.long
 35. J H, F M. sobre el tratamiento de la hepatitis C ? Grup Trab sobre Trat del VIH i Assoc Catalana Mal d'Hepatitis. 2012;1:24.
 36. Review CE. Treatment for Hepatitis C Virus Infection in Adults. Eff Heal Care Progr. 2012;12 (13)(76):1–6.
 37. Tratamiento de la hepatitis C crónica: Revisión de la investigación para adultos [Internet]. AHRQ Effective Health Care Program. 2013 [citat 2015 Mar 1]. Disponible a: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=1420&pageaction=displayproduct>
 38. SOZA DA. Várices esofágicas [Internet]. 2013 [citat 2015 Mar 4]. Disponible a: <http://hepatitis.cl/141/varices>
 39. Macaluso FS, Maida M, Minissale MG, Li Vigni T, Attardo S, Orlando E, et al. Metabolic factors and chronic hepatitis C: a complex interplay. Biomed Res Int [Internet]. Hindawi Publishing Corporation; 2013 Jan [citat 2015 Mar 1];2013:564645. Disponible a: </pmc/articles/PMC3730187/?report=abstract>

40. Dr. Guillermo Valladares Álvarez. Factores de riesgo para la progresión de la infección crónica. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2003 [citad 2015 Mar 4];23 (2):126–33. Disponible a: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_23n2/factores_.htm
41. ASSCAT. Nutrición y Dieta equilibradas en la hepatitis C [Internet]. [citad 2015 Mar 4]. Disponible a: <http://asscat-hepatitis.org/informacion-para-pacientes/nutricion-dieta/>
42. Purriños MJ. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Serv Epidemiol [Internet]. 2013;1–4. Disponible a: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
43. Pr a SDE, CI C, En N, Sns EL. Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad. Guías práctica clínica en el SNS. :116–8.
44. Verdugo Alonso MA, Arias Martinez B, Gomez Sanchez L SR. Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida. Insitut Català d'Assistència i Serveis Soc. 2008;467.1(364.65).

Annex 1

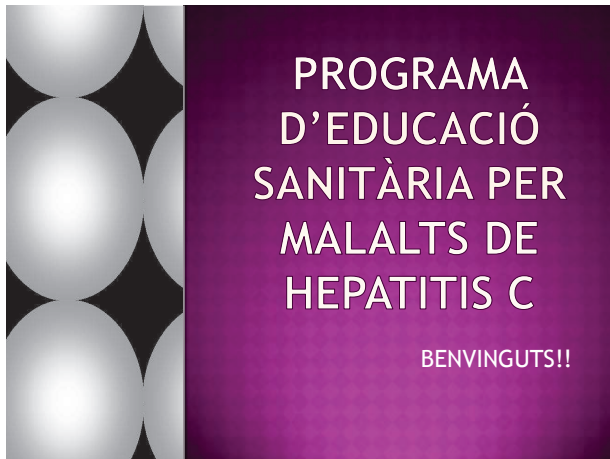
[**Taula I:** Paral·lelisme entre el Model de Dorothea Orem i les Etapes del Procés d'Infermeria]

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Enfermería
<u>Teoría de Autocuidado:</u> • Autocuidado • Requisitos de Autocuidado	<u>Valoración</u> • Detectar los requisitos de autocuidados que comparten los integrantes del grupo comunitario.. • Evaluar situación de autocuidado de los integrantes del grupo comunitario.
<u>Teoría de Déficit de Autocuidado</u> • Demanda terapéutica • Agencia de Autocuidado • Déficit de Autocuidado	<u>Continúa la valoración</u> • Evaluar la agencia de autocuidado de los integrantes del grupo • Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen en común el grupo comunitario. <u>Diagnóstico</u> • Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. • Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
<u>Teoría de Sistemas</u> • Agencia enfermería • Sistema enfermería	<u>Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones</u> • Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. • Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda

OBJECTIU	CONTINGUT	SESSIÓ	ACTIVITATS	AVALUACIÓ
Demostrar tenir coneixements generals sobre la Hepatitis C crònica	Què és Prevalença Com es contagia Síntomes Diagnòstic Proves complementàries	1	Pluja de idees (on apareixeran mites i creences) Exposició i presentació amb power point dels continguts Resoldre dubtes i comentaris	Passar un qüestionari al inici de la sessió sobre la Hepatitis C.
	Tractament	2	Pluja de idees Exposició i presentació amb power point dels continguts Resoldre dubtes i comentaris	Passar un llistat de tractaments al inici de la sessió i hauran de seleccionar els que pertanyin a la HC
Identificar les complicacions pròpies de la HC i com prevenir-les.	Pronòstic i complicacions de la HC. Factors de risc per l'aparició de les complicacions	3	Foto-paraula: imatges/il·lustracions de les complicacions de la HC Després es farà un esquema amb les foto-paraula i s'explicaran els conceptes que no saben. Es passarà un llistat amb els factors de risc que poden afavorir a l'aparició de les complicacions i es comentarà.	Es passarà un esquema en blanc (al inici i al final de la sessió) sobre les complicacions i hauran d'intentar resoldre'l (tindran el llistat de les paraules que apareixen al esquema).
Identificaran el seu estat d'ànim per poder treballar sobre ell. Clarificaran els valors propis respecte als canvis d'autocura necessaris per mantenir una bona qualitat de vida.	Què entenem per una bona qualitat de vida. Quins factors la poden modificar i quins específicament en la HC.	4	La meua filosofia: cadascú escriu la seva filosofia de vida . Exposar-ho individualment i es qüestionarà la objectivitat. Aquí està la meua foto: es passaran una sèrie de fotos de persones fent activitats i gestos diferents. Cada participant triarà una foto i explicarà el per què pensa que el representa. Es reflexionarà si tenen en comú mateixes preocupacions o sentiments davant les fotos.	Escales d'avaluació: Gencat, Goldberg i Hamilton.
Utilitzarà tècniques de relaxació quan es trobi angoixat perquè es veu limitat per la malaltia.	Quines tècniques coneixen i/o què fan davant una situació d'impotència per la HC.	5	Tècnica de grup nominal: durant uns minuts els participants anoten les tècniques que utilitzen... Es farà un recompte de les anotacions i les dues més votades seran les que es practicaràn a la pròxima sessió.	Es passarà un qüestionari amb preguntes semi obertes sobre si utilitzen tècniques de relaxació, quant i quines.
	Explicar i fer dues tècniques de relaxació escollides a la sessió anterior.	6	Dependrà de les tècniques que s'hagin escollit a la sessió anterior.	S'avaluarà si els participants han sabut fer les dues tècniques de manera visual.
Demostraran tenir els	Repasar els continguts de	7	S'exposarà un vídeo sobre la HC i es resoldran els	Es passarà el mateix

coneixements i les tècniques dels objectius marcats durant les sessions anteriors.	les sessions anteriors sintetitzats. Reflexionar sobre les sessions.		possibles dubtes que hagin quedat. El “parlanchín”: es deixaran uns minuts perquè cada integrant del grup pugui expressar el que cregui oportú sobre les sessions i/o sobre com viu ara la malaltia.	qüestionari que a la primera sessió però més ampliat (amb conceptes de les altres sessions). Es deixarà un espai per propostes i reflexions. I es tornaran a passar les escales de la sessió 4. Els resultats (en gràfics) es donaran a conèixer a través de la infermera (si ho volen).
---	---	--	---	---

Annex 3

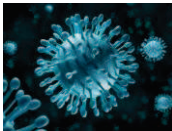


CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

- ◉ Sessió 1: Coneixements generals de la HC
- ◉ Sessió 2: Tractaments
- ◉ Sessió 3: Complicacions i factors de risc
- ◉ Sessió 4: Com influeix la HC en la qualitat de vida
- ◉ Sessió 5: Què fan quan es troben angoixats per la HC
- ◉ Sessió 6: Aprendre dues tècniques de relaxació
- ◉ Sessió 7: Demostrar tenir els coneixements de les sessions anteriors.

QUÈ ÉS LA HEPATITIS C

- ◉ Malaltia vírica → Virus Hepatitis C
- ◉ Pot ser aguda → 15-45%
en 6 mesos eliminen el virus
(sense necessitat de tractament)
- ◉ Pot ser CRÒNICA → 55-85%
→ 15-30% = cirrosis i/o
hepatocarcinoma
al cap de 20 anys



PREVALENCIA

- ◉ Nivell mundial
 - 3% de la població (170 milions de persones)
- ◉ Nivell nacional
 - 900.000 persones
- ◉ Nivell autònom (Catalunya)
 - 200.000 persones i només un 30% ho saben.

CONTAGI

- ◉ SANG
 - Drogues (pràctiques injecció poc adequades)
 - Iatrogènicament
 - Esterilització inapropiada
 - Ús de sang i productes sanguinis sense analitzar (moltes transfusions antigament)
 - Materno-filial (poc comú)
 - Relacions sexuals amb risc de lesió, sense protecció



SÍMPTOMES

- ◉ Asintomàtica (aguda i estats poc avançats)
- ◉ Simptomàtica (fins a baix nivell de cirrosis):
 - Fatiga (el més característic)
 - Altres: falta de gana, nàusees, indigestió, cefalea, dolor abdominal, dolor muscular o articular, canvis d'humor i confusió
- ◉ Simptomàtica en cirrosis descompensada:
 - Orina obscura (colúria)
 - Femta pàl·lida (acòlia)
 - Edemes de les extremitats inferiors
 - Asterixis (*flapping*)
 - Icterícia i prurit
 - Encefalopatia
 - Ascitis
 - Hemorràgia digestiva (ruptura varius esofàgiques)
 - Hematèmes i melenes
 - (Hipertensió portal)

DIAGNÒSTIC

- ◉ Seguiment durant 12 mesos per confirmar la cronicitat, mitjançant proves complementàries.

PROVES COMPLEMENTÀRIES

- ◉ ELISA (analítica dels enzims)
- ◉ RIBA per confirmar Dx si ELISA +
- ◉ ARN-VHC si contradictoris resultats anteriors
 - Detecta virèmia VHC
- ◉ Biòpsia hepàtica
- ◉ Ecografia abdominal (descartar hepatomegàlia)
- ◉ Fibrogastriscòpia (si presència varius esofàgiques)
- ◉ Cateterisme suprahepàtic (mesura HTP)
- ◉ Biòpsia transyugular
- ◉ Paracentesis diagnòstica/tractament

MITES I CREENCES

- La HC no té cura
- No hi ha manera de reduir el risc de contagiar-se per HC
- Puc contreure HC si comparteixo utensilis de menjar
- La HC es pot curar amb tractaments alternatius
- No hi ha res que pugui fer referent a la HC
- Es pot saber si una persona té HC en mirar-la
- No existeixen diferents tipus d'hepatits C

A LA PRÒXIMA SESSIÓ...

• Tractaments

- Quins n' existeixen
- Quins medicaments n'hi ha
- Efectes secundaris
- Què fer si estic fent un tractament

Annex 4

TRACTAMENTS PER A L'HEPATITIS C

Benvinguts a la sessió 2!

QUINS TRACTAMENTS HI HA?

- **Tractament immediat**
 - Quant el fetge està molt danyat
- **Espera i seguiment**
 - Quant el fetge encara no està malament.
 - Es manté un control regular de l'estat del fetge per decidir quant s'ha d'intervenir amb un tractament.

ABANS DE DECIDIR AMB QUIN MEDICAMENT S'HA DE TRACTAR LA HC...

- **Biòpsia hepàtica**
 - S'extreu un fragment del fetge
 - S'analitza
 - Es determina el grau de dany hepàtic
 - Es valorar si iniciar tractament o no
- **Conèixer el genotip**
 - Existeixen 6 genotips de la HC (1, 2, 3, 4, 5 i 6)
 - El tipus de tractament dependrà del genotip
 - El genotip 1 és el més freqüent (75%) però és el que costa més de respondre al tractament (juntament amb el 4).

AMB QUINS MEDICAMENTS ES TRACTA LA HC CRÒNICA?

- Interferons (injecció setmanal)
 - Ajuden al sistema immune perquè ataquí al virus
 - **Peginterferon alfa-2a** (Pegasys®)
 - **Peginterferon alfa-2b** (PegIntron®)
- Medicament antiviral anàleg dels nucleòsids (pastilla)
 - Inhibeix el creixement del virus
 - **Ribavirina** (Copegus®, Rebetol®, Ribasphere®)
- Medicament antiviral inhibidors de la proteasa (pastilla)
 - Inhibeixen un enzim i dificulta la multiplicat el virus
 - **Boceprevir** (Victrelis®)
 - **Telaprevir** (Incivek®)

COMBINACIÓ DE MEDICAMENTS

- **Tractament doble**
 - **Ribavirina** (pastilla oral) + **Interferó** (injecció sc 1 vegada a la setmana, durant 24-48 setmanes)
 - Poden aplicar-lo qualsevol dels 6 fenotips.
 - Igual d'eficaç els dos tipus d'interferons
 - Eficàcia???
 - 70-80% pels genotips 2 i 3
 - 40-50% pel genotip 1
 - <50% pel genotip 4

COMBINACIÓ DE MEDICAMENTS

- **Tractament doble**
 - **Ribavirina** (pastilla oral) + **Interferó** (injecció sc 1 vegada a la setmana, durant 24-48 setmanes)
 - Poden aplicar-lo qualsevol dels 6 fenotips.
 - Igual d'eficaç els dos tipus d'interferons
 - Eficàcia???
 - 70-80% pels genotips 2 i 3
 - 40-50% pel genotip 1
 - <50% pel genotip 4

EFFECTES SECUNDARIS



Un dels principals problemes d'aquests tractaments és la duresa que comporten dur-los a terme correctament, perquè tenen molts efectes secundaris que fan abandonar el tractament abans d'hora.

EFFECTES SECUNDARIS EN LA TERÀPIA TRIPLE

- Amb Boceprevir:
 - 50% desenvolupen anèmia
 - Fins al 5% desenvolupen anèmia greu
 - 25% tenen un número baix de glòbuls blancs
 - Fins al 15% tenen un número molt baix de glòbuls blancs
 - Nàusees, vòmits, diarrea, fatiga, marejos
- Amb Telaprevir:
 - Entre 25% i més del 75% desenvolupen anèmia
 - Fins al 10% desenvolupa anèmia greu
 - Entre 33 i 66% desenvolupa erupció cutània i fins al 10% és greu.
 - Picors, hemorroides, nàusees, vòmits, diarrea, fatiga

NOUS MEDICAMENTS PER LA TRIPLE TERÀPIA

- Sorgeix 1 agost 2014.
- Espanya: és aprovat el novembre 2014
- Pels genotips 1 i 4
- Simprevir/sofosbuvir (Sovaldi®) + interferó + ribavirina
- S'elimina l'interferó injectable (així més persones seran aptes pel tractament)
- Reducció de la durada del tractament (suposa una major adherència i menys abandonaments)
- Expectatives de més curació.

FACTORS QUE INFLUEIXEN EN EL NIVELL D'ADHERÈNCIA

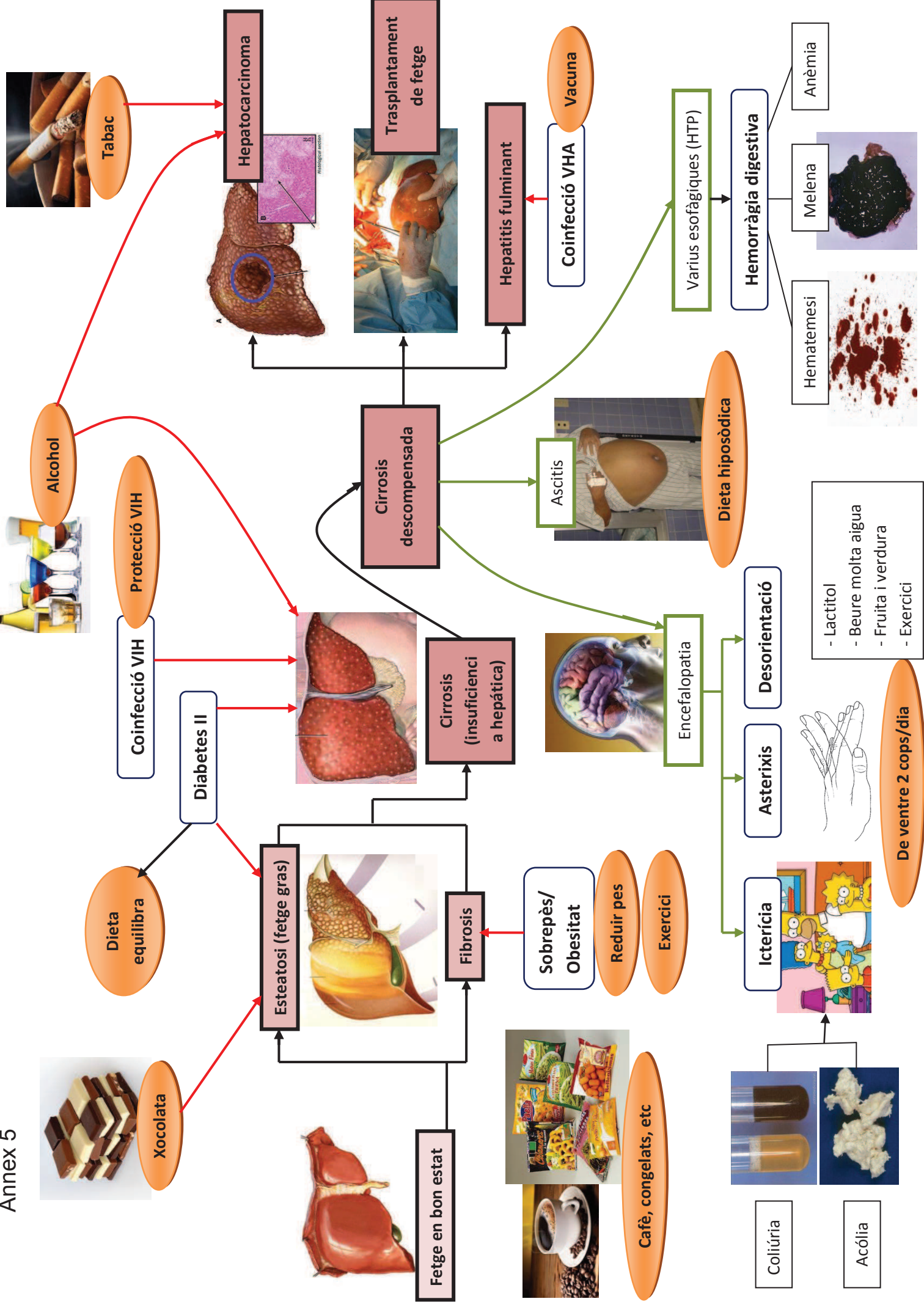
- Presència de depressió
 - Associada normalment al HC
 - Com efecte secundari greu dels tractaments
 - Tenir ajuda perquè et recordin continuar amb el tractament, evitar l'abandonament o oblots de dosis
- Efectes secundaris propis del tractament
- Rutina diària controlada
 - Mateix horari de menjars i dormir
- Consum de drogues
- Interacció amb altres fàrmacs

QUÈ FER MENTRE FAIG UN TRACTAMENT?

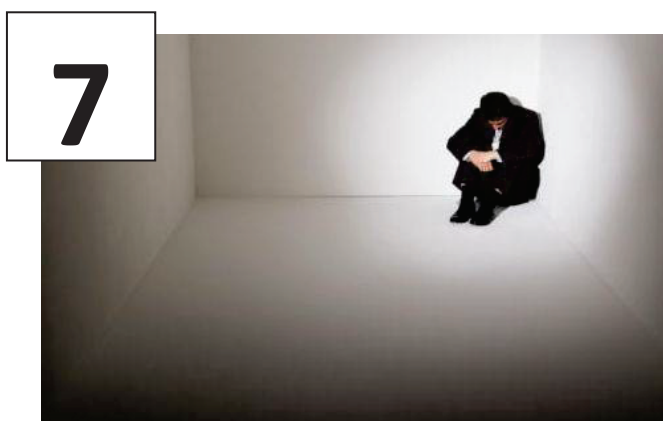
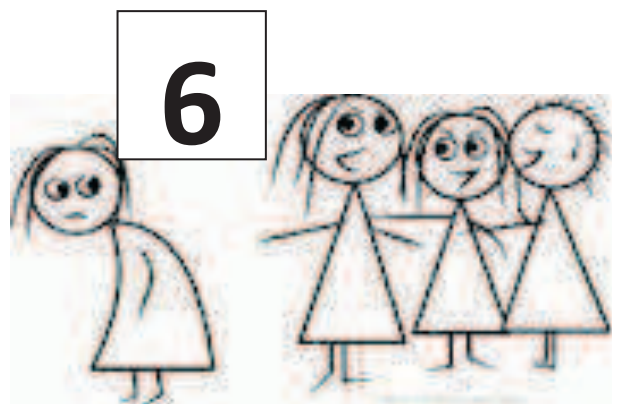
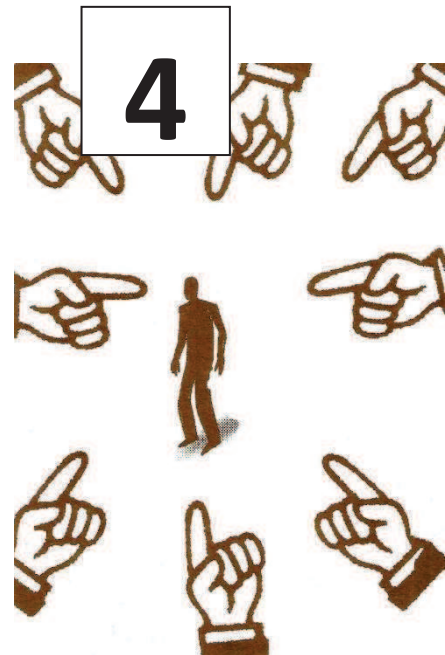
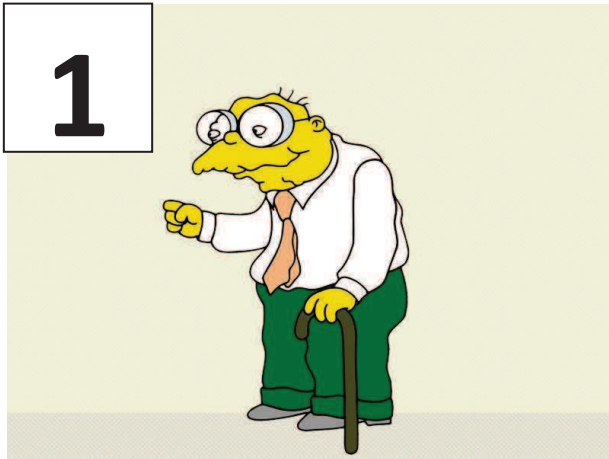
- Estar motivat, sentir-se fort i amb ganes per complir el tractament.
- Conèixer els efectes secundaris que podran aparèixer.
- Tenir un recolzament familiar/amistat.
- Intentar fer una vida saludable:
 - Dormir i descansar les hores necessàries amb horari regular
 - Fer exercici físic regularment
 - Dieta equilibrada (consum fruites, verdures, peix)
 - Acudir a totes les revisions i tenir control del tractament

A LA PRÒXIMA SESSIÓ....

- Complicacions de la Hepatitis C
- Quins factors influeixen per a la seva aparició
- Quin estil de vida és el més adequat



Annex 6



8



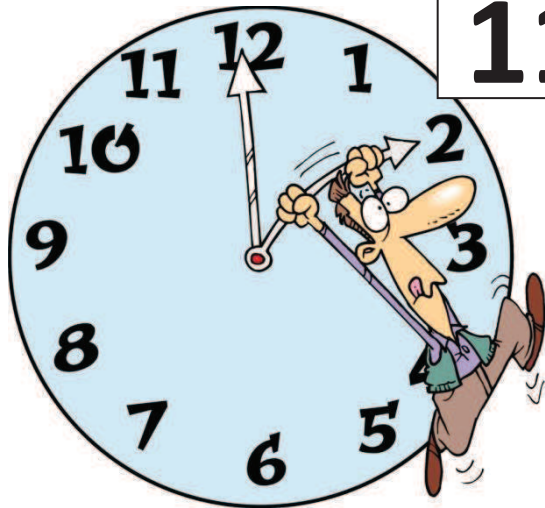
9



10



11



Annex 7

QUÈ EN SAPS SOBRE LA HEPATITIS C?

1- Què es la hepatitis C?

- a. És una malaltia bacteriana que cursa únicament com a crònica.
- b. És una malaltia vírica provocada pel VHC que pot cursar com a aguda o crònica.
- c. És una malaltia vírica provocada pel VHC que només cursa com a crònica.
- d. És una malaltia bacteriana que afecta al fetge i no té cura.

2- Quina pot ser la progressió de la HC?

- a. Fall hepàtic, fibrosis, cirrosis, asimptomàtica
- b. Cirrosis, fall hepàtic, fibrosis, asimptomàtica
- c. Asimptomàtica, fibrosis, cirrosis, fall hepàtic
- d. Asimptomàtica, cirrosis, fibrosis, fall hepàtic

3- Quina d'aquestes maneres de contagi de la HC, és FALSA?

- a. Es transmet per via maternofilial, encara que és poc comú.
- b. Iatrogènicament
- c. A través del contacta amb sang infectada, com en l'ús d'una mateixa xeringa.
- d. Compartint utensilis per menjar amb una persona que té HC.

4- Quin dels següents símptomes NO pertany a la cirrosis descompensada?

- a. Encefalopatia
- b. Hipertensió arterial
- c. Ascitis
- d. Icterícia

5- Quin dels següents símptomes és el més comú en la HC?

- a. Fatiga
- b. Ruptura de varius esofàgiques
- c. Obesitat
- d. Hipertiroïdisme

6- Senyala l'afirmació que sigui VERTADERA:

- a. El VHC es pot eliminar en 6 mesos sense necessitat de tractament.
- b. La HC no té cura.
- c. Només existeix un sol tipus de VHC.
- d. La HC es pot curar amb tractaments alternatius com herbes medicinals.

7- Quan una persona amb HC té ascitis, la millor mesura per tractar-ho és mitjançant:

- a. Paracentesis
- b. Enema
- c. Dejú durant 24 hores.
- d. Fer exercici per perdre el pes que ha augmentat en els darrers dies.

8- Senyala l'afirmació FALSA. Quan una persona amb HC té encefalopatia...

- a. Està desorientada, fa moviments anormals i presenta asterixis.
- b. Fa conductes incoherents i està irritable/agressiu.
- c. La millor mesura per tractar-ho és posar un enema.
- d. No hi ha perill en que condueixi i continuï fent vida normal.

9- Una de les següents proves complementàries NO pertany al diagnòstic i seguiment de la hepatitis C. Senyala-la:

- a. Control de la glicèmia capil·lar.
- b. Biòpsia hepàtica.
- c. Ecografia abdominal.
- d. Prova RIBA.

10-Sobre el diagnòstic de la HC, quina de les següents afirmacions és CERTA?

- a. Amb la prova ELISA es pot fer el diagnòstic.
- b. Per confirmar la cronicitat de la HC convé fer un seguiment de 12 mesos.
- c. La primera prova que es fa en sospita de la HC és una biòpsia hepàtica.
- d. És fàcil arribar al diagnòstic de la HC perquè és una malaltia que dona molts símptomes des de l'establiment del virus.

Annex 8

Per tractar la Hepatitis C existeixen diversos tipus de tractaments. De la següent llista, senyali quins són els propis de la HC:

- Tractament immediat.
- Tractament a llarg termini.
- Tractament doble.
- Tractament triple.
- Tractament bivariant.
- Tractament multimodal.

Per dur a terme els tractaments específics, són necessaris una sèrie de medicaments. Senyali quins pertanyen específicament a la HC:

- Clonazepam (Rivotril®)
- Peginterferon alfa-2a (Pegasys®)
- Peginterferon alfa-2b (PegIntron®)
- Diclofenaco (Voltarén®)
- Furosemida (Seguril®)
- Ribavirina (Copegus®)
- Salbutamol (Ventolín®)
- Tramadol (Adolonta®)
- Omeprazol (Losec®)
- Boceprevir (Victrelis®)
- Telaprevir (Incivek®)
- Metilprednisolona (Urbason®)



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Ansiedad psíquica - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	0 1 2
Hipocondría - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0 1 2 3
Pérdida de peso - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0 1 2
Introspección (insight) - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	0 1 2 3



BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23): p. 56-62.
2. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967(6): p. 278-296.
3. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
4. Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1988(22): p. 21-28.
5. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin, 2003. 120(18): p. 693-700.
6. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
7. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. Primary Psychiatry, 2006. 12(4): p. 73-82.
8. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? J Nerv Ment Dis, 2005. 193(3): p. 170-5.

Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad

HAD⁵⁷: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

HAD⁵⁷: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca
D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Eadg⁵⁶: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada)
(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.

Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
 - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

Dades de la persona avaluada. Adults (18 anys i més)

Número d'identificació

Nom

Cognoms

Gènere

☐

Home

☐

Dona

Adreça

Localitat/Província/CP

Telèfon

Llengua parlada a casa

Servei

Col·lectiu

Dia

Mes

Any

Data d'aplicació

Data de naixença

Estat cronològic

Dades de la persona informant

Nom de la persona que completa el qüestionari

Lloc de treball

Agència/Afiliació

Llengua parlada a casa

Adreça

Correu electrònic

Telèfon

Nom d'altres informants

Relació amb la persona

Llengua parlada a casa

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

Instruccions

A continuació es presenten una sèrie d'afirmacions relatives a la qualitat de vida de la persona que esteu avaluant. Si us plau, marqueu l'opció que descrigui MILLOR la persona esmentada i no deixeu cap qüestió en blanc.

BENESTAR EMOCIONAL		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
1	Es mostra satisfet/a amb la seva vida present.	4	3	2	1
2	Presenta símptomes de depressió.	1	2	3	4
3	Està alegre i de bon humor.	4	3	2	1
4	Mostra sentiments d'incapacitat o inseguretat.	1	2	3	4
5	Presenta símptomes d'ansietat.	1	2	3	4
6	Es mostra satisfet/a amb si mateix/a.	4	3	2	1
7	Té problemes de comportament.	1	2	3	4
8	Es mostra motivat/ada a l'hora de realitzar algun tipus d'activitat.	4	3	2	1
Puntuació directa TOTAL					

RELACIONS INTERPERSONALS		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
9	Fa activitats que li agraden amb altres persones.	4	3	2	1
10	Manté amb la seva família la relació que desitja.	4	3	2	1
11	Es queixa de la falta d'amics/igues estables.	1	2	3	4
12	Valora negativament les seves relacions d'amistat.	1	2	3	4
13	Manifesta sentir-se infravalorat/ada per la seva família.	1	2	3	4
14	Té dificultats per iniciar una relació de parella.	1	2	3	4
15	Manté una bona relació amb els seus companys i companyes de treball.	4	3	2	1
16	Manifesta sentir-se estimat/ada per les persones que són importants per a ell/a.	4	3	2	1
17	La majoria de les persones amb qui interactua tenen una condició similar a la seva.	1	2	3	4
18	Té una vida sexual satisfactòria	4	3	2	1
Puntuació directa TOTAL					
ÍTEM 15: si la persona no treballa, valoreu la seva relació amb els companys del centre.					
ÍTEM 17: tenen discapacitat, són persones grans, van ser o són drogodependents, problemes de salut mental, etc.					

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

BENESTAR MATERIAL

		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
19	El lloc on viu li impedeix portar un estil de vida saludable (sorolls, fums, foscor, ventilació escassa, desperfectes, inaccessibilitat, etc.).	1	2	3	4
20	El lloc on treballa compleix les normes de seguretat.	4	3	2	1
21	Disposa del béns materials que necessita.	4	3	2	1
22	Es mostra descontent/a amb el lloc on viu.	1	2	3	4
23	El lloc on viu està net.	4	3	2	1
24	Disposa dels recursos econòmics necessaris per cobrir les seves necessitats bàsiques.	4	3	2	1
25	Els seus ingressos són insuficients per permetre-li accedir a capritxos.	1	2	3	4
26	El lloc on viu està adaptat a les seves necessitats.	4	3	2	1
Puntuació directa TOTAL _____					
ÍTEM 20: si la persona no treballa, valoreu la seguretat del centre.					

DESENVOLUPAMENT PERSONAL

		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
27	Mostra dificultat per adaptar-se a les situacions que se li presenten.	1	2	3	4
28	Té accés a noves tecnologies (Internet, telèfon mòbil, etc.).	4	3	2	1
29	El treball que exerceix li permet aprendre habilitats noves.	4	3	2	1
30	Mostra dificultats per resoldre amb eficàcia els problemes que se li plantegen.	1	2	3	4
31	Desenvolupa el seu treball de manera competent i responsable.	4	3	2	1
32	El servei al qual acudeix pren en consideració el seu desenvolupament personal i l'aprenentatge d'habilitats noves.	4	3	2	1
33	Participa en l'elaboració del seu programa individual.	4	3	2	1
34	Es mostra desmotivada en el seu treball.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL _____					
ÍTEMS 29, 31 i 34: si la persona no treballa, valoreu si les activitats que fa al centre li permeten aprendre habilitats noves, si fa aquestes activitats de manera competent i responsable, i si es mostra desmotivada quan les fa.					

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

BENESTAR FÍSIC		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
35	Té problemes de son.	1	2	3	4
36	Disposa d'ajudes tècniques si les necessita.	4	3	2	1
37	Els seus hàbits d'alimentació són saludables.	4	3	2	1
38	El seu estat de salut li permet portar una activitat normal.	4	3	2	1
39	Té una bona higiene personal.	4	3	2	1
40	En el servei al qual acudeix se supervisa la medicació que pren.	4	3	2	1
41	Els seus problemes de salut li produeixen dolor i malestar.	1	2	3	4
42	Té dificultats d'accés a recursos d'atenció sanitària (atenció preventiva, general, a domicili, hospitalària, etc.).	1	2	3	4

Puntuació directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necessita ajudes tècniques, valoreu si en disposaria en el cas que arribés a necessitar-les.

ÍTEM 39: es pregunta si la persona va polida o no; no importa que faci la higiene personal per si mateixa o que compti amb suports per fer-la.

ÍTEM 40: si la persona no pren cap medicació, marqueu l'opció que considereu més adequada si la prenguéu. Es refereix a si es revisa periòdicament l'adequació de la medicació.

ÍTEM 41: si la persona no té problemes de salut, marqueu "Mai o gairebé mai".

AUTODETERMINACIÓ		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
43	Té fites, objectius i interessos personals.	4	3	2	1
44	Escull com passar el seu temps lliure.	4	3	2	1
45	En el servei al qual acudeix tenen en compte les seves preferències.	4	3	2	1
46	Defensa les seves idees i opinions.	4	3	2	1
47	Altres persones decideixen sobre la seva vida personal.	1	2	3	4
48	Altres persones decideixen com gastar els seus diners.	1	2	3	4
49	Altres persones decideixen l'hora a la qual va a dormir.	1	2	3	4
50	Organitza la seva pròpia vida.	4	3	2	1
51	Escull amb qui viure.	4	3	2	1

Puntuació directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 i 50: en el cas de persones amb drogodependències, valoreu si les seves metes, objectius i interessos són adequats, si elegeix activitats adequades per passar el seu temps lliure i si organitza la seva pròpia vida de manera adequada. Amb *adequats* ens referim que no tingui relació amb el consum de drogues.

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

INCLUSIÓ SOCIAL		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
52	Utilitza entorns comunitaris (piscines públiques, cinemes, teatres, museus, biblioteques, etc.).	4	3	2	1
53	La seva família li dóna suport quan ho necessita.	4	3	2	1
54	Existeixen barreres físiques, culturals o socials que dificulten la seva inclusió social.	1	2	3	4
55	Li manquen els suports necessaris per participar activament en la vida de la seva comunitat.	1	2	3	4
56	Els seus amics/igues li donen suport quan ho necessita.	4	3	2	1
57	El servei al qual acudeix fomenta la seva participació en diverses activitats en la comunitat.	4	3	2	1
58	Els seus amics/igues es limiten als que assisteixen al mateix servei.	1	2	3	4
59	És rebutjat/ada o discriminat/ada pels altres.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL _____					

DRETS		Sempre o gairebé sempre	Freqüent- ment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
60	La seva família vulnera la seva intimitat (llegeix la seva correspondència, entra sense trucar a la porta, etc.).	1	2	3	4
61	En el seu entorn és tractat/ada amb respecte.	4	3	2	1
62	Disposa d'informació sobre els seus drets fonamentals com a ciutadà/ana.	4	3	2	1
63	Mostra dificultats per defensar els seus drets quan aquests són violats.	1	2	3	4
64	En el servei al qual acudeix es respecta la seva intimitat.	4	3	2	1
65	En el servei al qual acudeix es respecten les seves possessions i el seu dret a la propietat.	4	3	2	1
66	Té limitat algun dret legal (ciutadania, vot, processos legals, respecte a les seves creences, valors, etc.).	1	2	3	4
67	En el servei al qual acudeix es respecten i defensen els seus drets (confidencialitat, informació sobre els seus drets com a usuari/ària, etc.).	4	3	2	1
68	El servei respecta la privacitat de la informació.	4	3	2	1
69	Pateix situacions d'explotació, violència o abusos.	1	2	3	4
Puntuació directa TOTAL _____					

GENCAT. Escala de Qualitat de vida

Número d'identificació:

Nom i cognoms

Informant

Data d'aplicació

Barem utilitzat

☐ **A** Barems per a la mostra general

☐ **B** Barems per a gent gran (a partir de 50 anys)

☐ **C** Barems per a persones amb discapacitat intel·lectual

☐ **D** Barems per a persones d'altres col·lectius (persones amb drogodependències, VIH, sida, discapacitat física i problemes de salut mental)

Secció 1a. Escala de Qualitat de vida GENCAT
1. Introduïu les puntuacions directes totals de cada una de les dimensions
2. Introduïu les puntuacions estàndard i els percentils
3. Introduïu l'Índex de Qualitat de vida

Dimensions de qualitat de vida	Puntuacions directes totals	Puntuacions estàndard	Percentils de les puntuacions
Benestar emocional			
Relacions interpersonals			
Benestar material			
Desenvolupament personal			
Benestar físic			
Autodeterminació			
Inclusió social			
Drets			
Puntuació estàndard TOTAL (suma)			
ÍNDEX DE QUALITAT DE VIDA (Puntuació estàndard composta)			
Percentil de l'Índex de Qualitat de vida			

Secció 1b. Perfil de Qualitat de vida Encercleu la puntuació estàndard de cada dimensió i de l'Índex de Qualitat de vida. Després uniu els cercles de les dimensions amb una línia per a formar el perfil.										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índex de QV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

Annex 12

SESSIÓ 5: TÈCNIQUES DE RELAXACIÓ

1. Segons la evidència científica, les persones amb el virus de la hepatitis C tenen tendència a estar més angoixats i deprimits. S'ha sentit així alguna vegada com a conseqüència directa de la malaltia?
 - a) No, no m'hi he sentit mai.
 - b) Sí
2. Si a la pregunta anterior ha contestat que "sí", indiqui més o menys amb quina freqüència:
 - a) Una vegada
 - b) Molt de tan en quan (anualment)
 - c) De tan en quan (mensualment)
 - d) Freqüentment (setmanalment)
 - e) Sovint (més de 2 cops a la setmana)
 - f) Sempre (diàriament)
3. Podria dir quins altres sentiments negatius ha sentit que sorgeixen com a conseqüència directa de la malaltia? (Pot senyalar més d'una opció)
 - a) Impotència
 - b) Soledat
 - c) No acceptat/da pels altres
 - d) Nervios/a
 - e) Irritable
 - f) Cansat/da
 - g) Altres (escriu quins).....
.....
.....
4. Davant d'una situació angoixant/deprimida, com ha actuat?
 - a) Ha intentat afrontar-ho
 - b) No li ha donat importància
 - c) No ha actuat i s'ha deixat endur pels sentiments
 - d) Altres (digui què ha fet).....

.....
.....

5. Coneix alguna tècnica de relaxació?

- a) No
- b) Sí (digui quina/es).....
.....
.....

6. Ha practicat alguna vegada una tècnica de relaxació quan s'ha trobat emocionalment malament com a conseqüència directa de la malaltia?

- a) No
- b) Sí (digui quina/es).....
.....

7. Ha posat en pràctica alguna vegada, un canvi de conducta quan s'ha trobat angositat/deprimit perquè es veu limitat per la malaltia? (pot senyalar més d'una opció)

- a) No, no he sabut què fer.
- b) No, perquè no volia actuar.
- c) No, vaig deixar que se'm passés sol.
- d) Sí, vaig sortir a passejar.
- e) Sí, vaig posar-me a llegir/mirar la televisió
- f) Sí, em vaig posar a plorar per treure els meus sentiments.
- g) Sí, vaig beure un got d'aigua/suc.
- h) Sí, vaig menjar xocolata/galetes/etc.
- i) Sí, vaig.....
.....
.....
.....

8. Ha deixat de practicar alguna activitat a causa de la malaltia? (Pot escollir més d'una opció)

- a) No, he continuat fent vida normal.
- b) Sí, he deixat de beure alcohol
- c) Sí, he deixat de fumar.
- d) Sí, he deixat de sortir als bars i restaurants per evitar les ganes de beure alcohol o sentir-me diferent.

e) Sí, he deixat de practicar l'esport que més m'agradava per la fatiga que em causa la malaltia.

f) Sí, he deixat de trucar als amics perquè em veig diferent.

g) Sí, he.....
.....
.....
.....

9. Creu que posar en pràctica algun exercici de relaxació quant es vegi limitat per la malaltia li seria útil?

a) No, crec que és una estupidesa.

b) Sí, crec que tota ajuda pot ser bona.

c) Per què no, es podria provar de fer.

10. Comenti el que cregui més important sobre les limitacions que té com a conseqüència directa de la malaltia.

.....
.....
.....
.....

11. Ha pensat mai si les limitacions o sentiments que li produeixen aquestes es podrien evitar o mitigar amb tècniques de relaxació i/o canvis de conducta? Per què?

.....
.....
.....
.....

Annex 13

QUÈ HAS APRÈS SOBRE LA HEPATITIS C?

1- Què es la hepatitis C?

- a. És una malaltia bacteriana que cursa únicament com a crònica.
- b. És una malaltia vírica provocada pel VHC que pot cursar com a aguda o crònica.
- c. És una malaltia vírica provocada pel VHC que només cursa com a crònica.
- d. És una malaltia bacteriana que afecta al fetge i no té cura.

2- Quina pot ser la progressió de la HC?

- a. Fall hepàtic, fibrosis, cirrosis, asimptomàtica
- b. Cirrosis, fall hepàtic, fibrosis, asimptomàtica
- c. Asimptomàtica, fibrosis, cirrosis, fall hepàtic
- d. Asimptomàtica, cirrosis, fibrosis, fall hepàtic

3- Quina d'aquestes maneres de contagi de la HC, és FALSA?

- a. Es transmet per via maternofiliar, encara que és poc comú.
- b. Iatrogènicament
- c. A través del contacta amb sang infectada, com en l'ús d'una mateixa xeringa.
- d. Compartint utensilis per menjar amb una persona que té HC.

4- Quin dels següents símptomes NO pertany a la cirrosis descompensada?

- a. Encefalopatia
- b. Hipertensió arterial
- c. Ascitis
- d. Icterícia

5- Quin dels següents símptomes és el més comú en la HC?

- a. Fatiga
- b. Ruptura de varius esofàgiques
- c. Obesitat
- d. Hipertiroïdisme

6- Senyala l'afirmació que sigui VERTADERA:

- a. El VHC es pot eliminar en 6 mesos sense necessitat de tractament.
- b. La HC no té cura.
- c. Només existeix un sol tipus de VHC.
- d. La HC es pot curar amb tractaments alternatius com herbes medicinals.

7- Quan una persona amb HC té ascitis, la millor mesura per tractar-ho és mitjançant:

- a. Paracentesis
- b. Enema
- c. Dejú durant 24 hores.
- d. Fer exercici per perdre el pes que ha augmentat en els darrers dies.

8- Senyala l'afirmació FALSA. Quan una persona amb HC té encefalopatia...

- a. Està desorientada, fa moviments anormals i presenta asterixis.

- b. Fa conductes incoherents i està irritable/agressiu.
- c. La millor mesura per tractar-ho és posar un enema.
- d. No hi ha perill en que condueixi i continuï fent vida normal.

9- Una de les següents proves complementàries NO pertany al diagnòstic i seguiment de la hepatitis C. Senyala-la:

- a. Control de la glicèmia capil·lar.
- b. Biòpsia hepàtica.
- c. Ecografia abdominal.
- d. Prova RIBA.

10- Amb quins medicaments es pot tractar la Hepatitis C crònica?

- a. Antibiótics
- b. Tractaments alternatius com amb herbes medicinals.
- c. Antivirals i interferons
- d. No existeixen medicaments per tractar la HC crònica.

11- La teràpia triple està indicada per tractar...

- a. HC de genotip 2 i 3
- b. Únicament HC de genotip 1
- c. Tots els tipus de genotips de la HC
- d. Únicament HC de genotip 4

12- Els factors que influeixen amb el nivell d'adherència al tractament de la HC són:

- a. Depressió i efectes secundaris del tractament
- b. Ús de drogues i rutina diària
- c. A i B són correctes
- d. Cap de les anteriors és certa

13- Què puc fer mentre faig un tractament per la HC crònica? Senyali la FALSA

- a. Estar motivat, sentir-se fort i amb ganes per complir el tractament.
- b. Conèixer els efectes secundaris que podran aparèixer.
- c. Tenir un recolzament familiar/amistat i intentar fer una vida saludable.
- d. Beure alcohol per incentivar el funcionament del fetge i fer exercici.

14- L'esteatosi hepàtica significa que...

- a. El fetge és gras. El xocolata és un aliment que afavoreix la seva progressió.
- b. El fetge és gras. El xocolata és un aliment que ajuda a la seva desaparició.
- c. El fetge s'està inflamant i acumulant fibres de colagen.
- d. El fetge ha acumulat teixit necrosat (cicatrius) i va deixant de funcionar.

15- Els factors de risc que influeixen en la progressió de la fibrosi en la HC crònica són:

- a. El cafè, congelats i xocolata.
- b. Sobrepès i obesitat.
- c. Alcohol i tabac.
- d. Tots els anteriors.

16- En la cirrosi descompensada pot aparèixer:

- a. Encefalopatia
- b. Ascitis
- c. Varius esofàgiques
- d. Totes les anteriors.

17- Quines mesures es poden fer per cuidar el fetge i evitar a la progressió de la HC?

- a. Dieta equilibrada i fer exercici
- b. Dieta equilibrada, deixar el tabac i no beure alcohol.
- c. No beure alcohol, no fumar i protegir-se dels virus VIH, VHA i VHB.
- d. A i C són correctes.

Ara, ens agradaria saber la teva opinió. Què t'ha semblat el programa?

.....

.....

.....

Quina o quines sessions t'han agradat més? Per què?

.....

.....

.....

Quins aspectes creus que s'haurien de millorar?

.....

.....

.....

Podries dir quins altres temes t'hauria agradat tractar?

.....

.....

.....

Recomanaries aquest programa a altres persones que tenen hepatitis C?

.....

.....

Et deixem un espai per fer una reflexió personal sobre el desenvolupament del programa.

.....

.....

.....

.....

.....

Annex 14

TEMA	CONTINGUT	DURADA	CALENDARI
Sessió informativa	Explicar idea del programa i objectius (general i específics) Trobar 3 infermeres responsables	Una sessió d'una hora	4a setmana NOVEMBRE
Ampliació de coneixements	Recerca d'informació sobre la HC i preparació per tenir les competències adequades al programa	Un mes i mig	DESEMBRE fins 2a setmana GENER
Preparació del material	powers points, imatges, esquema, escales de valoració infermera, qüestionaris i el vídeo	Dos mesos i mig	Des de 3a i 4a setmana GENER i fins finals MARS
Pla de difusió	Elaboració d'un pòster i el tríptic informatiu	Un mes i mig	ABRIL i 1a i 2a setmana MAIG
Càlcul del pressupost	Càlcul aproximat del pressupost del programa i reajustament en cas necessari	Dues setmanes	3a i 4a setmana MAIG
Revisió del material	Comprovar que les dades i coneixements explicats als powers points són correctes i estan actualitzats, que les sessions estiguin ordenades amb coherència, les escales i enquestes s'entenguin, el pla de difusió no tingui falls...	Tres setmanes	1a, 2a i 3a setmana JUNY
Segona sessió informativa	S'exposarà el projecte del programa a la resta d'infermeres perquè busquin possibles pacients	Sessió d'una hora	4a setmana JUNY
Formació del grup	A través de les infermeres, informaran als pacients que compleixin els criteris d'inclusió per si voluntàriament volen assistir al programa	Dos mesos	JULIOL i AGOST
Valoració Escala GENCAT	Seguiment dels pacients per fer una correcta valoració de la qualitat de vida	Un mes	SETEMBRE
Inici del programa	1a sessió	Una hora i mitja aproximadament cada una	Dijous 8 OCTUBRE
	2 a sessió		Dimarts 13 OCTUBRE
	3 a sessió		Dijous 15 OCTUBRE
	4 a sessió		Dimarts 20 OCTUBRE
	5 a sessió		Dijous 22 OCTUBRE
	6 a sessió		Dimarts 27 OCTUBRE
	7 a sessió		Dijous 29 OCTUBRE
Elaboració gràfiques	Repetir Escala GENCAT. Recolliment dels resultats i elaboració de gràfiques.	Un mes	NOVEMBRE
Seguiment dels pacients	Realitzar per 3r cop l'escala Gencat	1 dia	MAIG