



UNIVERSITAT DE BARCELONA



'i) EU d'Infermeria

Avaluació dels mecanismes de suport a l'alta del pacient crònic complexa ingressat en una unitat d'Hospitalització

Autor: Toni Lázaró Carreras

Tutor/a: M^a Rosa Girbau

Curs acadèmic 2011-2012



Index

Resum	pàg 3
Marc conceptual	pàg 4
Antecedents	pàg 5
Justificació	pàg 6
Objectius	pàg 7
Hipòtesi	pàg 7
Metodologia	pàg 8
Aspectes ètics	pàg 13
Limitacions	pàg 13
Aplicabilitat	pàg 13
Cronograma	pàg 14
Bibliografia	pàg 15
Annexos	pàg 18



Resum

Introducció: L'augment de l'esperança de vida comporta un increment de la cronicitat. Aquests pacients generen gran part de la despesa en salut. Aquest fet necessita una adequada identificació i una valoració integral que ens permeti la previsió de la demanda i un model de continuïtat assistencial que ens condueixi a millorar la seva qualitat i reduir el propi consum de recursos, per tant, es fa necessària una millor coordinació entre l'Atenció Primària i l'hospital.

Objectiu: Avaluar els mecanismes d'infermeria a l'alta del pacient crònic complex.

Metodologia: L'estudi es realitzarà durant un any a la unitat de Medicina Interna de la Fundació Salut Empordà. Es tracta d'un estudi quasi-experimental, grup intervenció i grup control, amb una mostra no aleatòria consecutiva, de 175 participants per grup. Les dades es recolliran amb instruments validats (4) i adaptats (2) per la investigació. La intervenció consistirà: Elaboració d'un pla d'intervencions NIC al pacient ingressat prèvia valoració dels coneixements relacionats amb el seu procés i a l'alta es redacta un informe de continuïtat de cures. El grup control rep la intervenció habitual definida com a pre-alt. Als 3 mesos s'analitzaran els reingressos dels dos grups per identificar si hi ha hagut una reducció en el grup intervenció.

Paraules clau: Infermeria, Procés crònic, complexitat, coneixements, NIC, reingrés.

Abstract

Background: Increased life expectancy leads to an increase of chronicity. These patients generated much of health spending. This question requires an appropriated identification and effective assessment that empower us to forecast a better request and a model that will guide us to continuity of care, improve their quality and reduce expenditure. We need a better coordination between primary care and hospital.

Objective: To evaluate the nurses mechanisms to complex chronic patients at hospital discharge moment.

Methodology: The study will take one year to the Internal Medicine service of Fundació Salut Empordà. It is a community research with intervention group and control group, with a sample, not randomized consecutive group of 175 participants. The database will be collected with validated instruments (4) and adapted (2) for this research. The intervention will consist of: Preparation of a nurse interventions NIC to patients after knowledge related to the chronic disease and at discharge will be edited a report for community. The control group received the intervention as a pre-defined standard. At 3 months we reanalyze readmissions of the two groups to identify if there was a reduction in the intervention group.

Keywords: nursing, chronic disease, complexity, knowledge, NIC, re-admission.

Marc conceptual

En els darrers anys s'estan produint canvis demogràfics importants a nivell mundial. A Europa el percentatge de persones majors de 65 anys es duplicarà en els propers 40 anys⁽¹⁾. aquesta modificació de la piràmide poblacional està relacionada en l'augment de l'esperança de vida i els baixos índex de natalitat. Segons Cabré i Domingo⁽²⁾, l'evolució demogràfica de Catalunya ha fet un canvi espectacular passant dels 6 milions l'any 1996 als 7 milions d'habitants al 2006. Aquest ràpid creixement poblacional ha adquirit proporcions més notables durant el primer quinquenni del segle XXI, fruit sobretot de les migracions que han modificat lleugerament la figura de la piràmide poblacional al ser responsables del 90,3% d'aquest augment i, al mateix temps, cal destacar l'impacte que l'augment de l'esperança de vida, (situada entre les més elevades del món, amb 76,3 anys als homes i 83,4 anys les dones) pot tenir en la despesa de recursos de la salut⁽²⁾. Caldrà veure però, com influeix en un futur, l'actual context socioeconòmic dels darrers tres anys, on les polítiques d'austeritat i la manca d'ocupació està provocant el retorn de molts immigrants als seus països d'origen i per tant podem preveure una nova modificació de l'estructura demogràfica.

Aquest augment en l'esperança de vida i en conseqüència el número de persones d'edat avançada comporta un increment de les malalties cròniques. S'estableix la relació entre la freqüentació dels serveis sanitaris i l'edat, multiplicant-se per 10 en majors de 85 anys respecte al grup d'edat entre 15 i 34 anys⁽³⁾. Diferents treballs d'investigació^(1,3,4,5,6) posen de manifest que les malalties cròniques generen fins el 80% de les consultes a l'Atenció Primària, el 60% dels ingressos hospitalaris i generen el 70% de la despesa sanitària de manera que només el 10% de pacients consumeixen la meitat dels dies d'hospitalització. A Catalunya, actualment el 50% del total de persones dependents (6% de la població) desenvolupen malalties cròniques múltiples amb una clara tendència a doblar aquesta incidència en majors de 65 anys durant els propers 20 anys⁽⁷⁾.

Amb aquesta realitat, es fa necessària una adequada identificació d'aquests pacients, una valoració integral que ens permeti la previsió de la demanda i un model de continuïtat assistencial que ens condueixi a millorar la qualitat d'aquestes persones i la vegada reduir el propi consum de recursos que actualment generen. A l'estat Espanyol han sorgit diferents iniciatives^(1,3,5,6) de les Comunitats Autònomes per l'abordatge d'aquesta problemàtica i han posat en funcionament diferents models d'atenció al malalt pluripatològic/fràgil. Tots aquest programes tenen dues característiques comuns: La importància de l'atenció conjunta entre els diferents nivells d'assistència, Primària i Hospital, i la inclusió dels serveis socials com a part fonamental de l'atenció a aquest tipus de persones. Tots aquest models es basen en la idea de la continuïtat assistencial entre nivells que tal com la defineixen Terraza et al⁽⁵⁾ s'enten com



la connexió entre els serveis assistencials mitjançant la transferència d'informació. És important destacar la conveniència de tenir un objectiu comú que faciliti la creació d'un pla unificat d'atenció al pacient i la sincronia entre les parts per que l'atenció es doni en el moment i lloc adequats, amb una clara tendència al lideratge per part de l'Atenció Primària (AP), i més concretament de la infermera gestora de casos (IGC). Segons aquests autors, només en un cas dels diferents models revisats, aquest lideratge era compartit amb la infermeria hospitalària⁽⁵⁾.

A Catalunya, la continuïtat de cures entre els diferents nivells assistencials es basa en el model del *National Health System (NHS)* de IGC. L'any 2009 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va definir el model de gestió de les unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aquestes unitats funcionals pretenen donar resposta a aquelles persones amb situacions de salut complexes, oferint atenció individualitzada i coordinant els serveis de salut i serveis socials per detectar de manera sistemàtica situacions de risc. El model de IGC fa un abordatge integral (complexitat-dependència-fragilitat) i assegura la continuïtat de les cures fent d'enllaç entre els diferents nivells assistencials⁽⁷⁾. Aquest model defineix quins són els tipus de pacients que han de ser detectats i inclosos en el programa i que es defineixen com a pacients complexes (annexa 4).

Tot i la posada en marxa d'aquest model, la realitat del nostre territori i la distribució d'aquests recursos, no a totes les regions s'ha implantat el model de IGC, en determinades comarques la figura que vetlla per la continuïtat de les cures és la infermera d'enllaç. Si acceptem com a vàlida la definició que Garcia Fernández *et al*⁽⁸⁾ donen a la infermera d'enllaç precissant la seva figura com la IGC de l'àmbit hospitalari al compartir el mateix objectiu: Facilitar la coordinació entre els professionals dels diferents nivells i sectors, potenciant una resposta única més eficient per l'atenció integral de les necessitats de salut de la població; identifiquem com a figura clau dins el procés de continuïtat de les cures a la infermera d'enllaç.

Antecedents i estat actual del tema

A l'Alt Empordà no es disposa d'IGC, la gestió dels malalts aguts ingressats a la Fundació Salut Empordà (FSE), que requereixen un seguiment per part de l'AP en el moment de l'alta, recau fonamentalment i en funció del tipus de pacient en quatre Serveis: El Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES), la Unitat Funcional Interdisciplinària SocioSanitària (UFISS), la treballadora social i la infermera d'enllaç com a figura principal per assegurar la continuïtat de les cures. Tots aquests instruments formen part de la pròpia estructura de la FSE. Cal tenir present també que dins l'equip d'infermeria es disposa de dues infermeres de pneumologia, una infermera de cardiologia i una infermera educadora de diabetis. És important destacar que a la comarca



coincideixen tres models diferents de gestió de l'AP: Les que depenen de l'Institut Català de la Salut (6 EAP), de la pròpia FSE (1 EAP) i una Entitat de Base Associativa. Aquesta particularitat del territori fa encara més necessari el assegurar una millor coordinació entre nivells⁽⁹⁾ sobretot en el moment de l'alta hospitalària i la continuïtat de les cures. La FSE és el centre de referència hospitalària de la comarca de l'Alt Empordà amb una activitat l'any 2011⁽¹⁰⁾ de 11.524 ingressos, dels quals 3.854 corresponen a malalts mèdics. Els resultats obtinguts en un estudi descriptiu⁽¹⁰⁾ realitzat el segon semestre del mateix any sobre el tipus de malalt ingressat a la unitat de medicina interna, evidencien que més de la meitat dels pacients compleixen els criteris de complexitat definits en el model de gestió de casos i que la taxa de reingressos d'aquest perfil de pacient és superior als identificats com a no complexes.

Justificació

El Departament de Salut defineix dins el Pla de Salut 2011-2015 la línia d'actuació 2: Un sistema més orientat als malalts crònics, que es basa en sis projectes dels quals destaquem: Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat (hospital de dia de crònics) i desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos (atenció proactiva i model de gestió de casos)⁽¹¹⁾. Tanmateix, el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) inclòs dins el Pla de Salut destaca el paper fonamental de les TIC's com a instruments crítics pel desenvolupament i posta en marxa del programa⁽¹²⁾. En aquest sentit, la recepta electrònica, el diagnòstic per la imatge electrònica, la telemedicina i la Història Clínica Compartida de Catalunya permeten compartir informació i per tant, ocupen un lloc essencial com a eines facilitadores del seguiment d'aquests pacients, a la vegada que constitueixen un dels pilars bàsic per assegurar la continuïtat assistencial entre nivells, el que permet des de un punt de vista de gestió, l'increment de la qualitat reduint costos mèdics i administratius (barreres financeres) i crear nous models de salut; i des de una visió més assistencial ens permeten unificar criteris (estàndards), una major seguretat i confidencialitat de la informació i augmentar la informació sanitària (bases de dades).

La gestió de pacients complexos dins les pròpies unitats d'hospitalització des del moment de l'ingrés podria permetre segons Cano et al⁽¹³⁾ una reducció dels dies d'estada d'aquests pacients i una disminució en el número de reingressos que presenten part dels malalts amb patologia crònica. Cal tenir en compte, que en l'actualitat aquesta intervenció per part de les infermeres d'especialitats mèdiques es fa el mateix dia de l'alta, així com la treballadora social per aquells casos on el factor complex sigui la part social del pacient i de la infermera d'enllaç en el moment de planificar l'alta segons el protocol pre-alt pel seguiment per part dels professionals de l'Atenció Primària; Tot això des de una visió hospitalària però sense oblidar el paper principal de l'Atenció Primària en quan a la continuïtat de les cures, el seguiment del tractament i l'educació

d'aquests pacients.

Per tot això, es fa necessari que ens formulem la següent pregunta: Podem millorar els mecanismes de suport a l'alta dels pacients mèdics complexos amb intervencions d'infermeria des de el moment de l'ingrés?

Objectius i hipòtesi

Objectiu principal

– Avaluar els mecanismes de suport a l'alta hospitalària dels pacients crònics complexos.

Objectius secundaris:

- Identificar quins són els mecanismes de suport a l'alta a disposició d'aquests pacients.
- Dissenyar i aplicar un programa d'intervencions d'infermeria segons la valoració del pacient crònic complex a l'ingrés.
- Comparar les estades hospitalàries de pacients mèdics complexos abans i després de l'aplicació del circuit.

Hipòtesi

L'activació d'infermeres de suport als pacients crònics complexos des del moment del seu ingrés afavoreix el procediment d'alta, la continuïtat de les cures d'infermeria i redueix els reingressos d'aquests pacients.

Metodologia

Àmbit de l'estudi:

L'estudi es realitzarà a la unitat de Medicina Interna de la Fundació Salut Empordà durant un període de 1 any.

Tipus d'estudi:

Quasi-Experimental, assaig comunitari amb grup control - grup intervenció amb assignació no probabilística consecutiva, en el nostre cas seguint l'ordre d'ingrés a la unitat.

Població i mostra:

La població són tot els pacients crònics de l'Alt Empordà i la mostra els ingressats a la unitat durant el període d'estudi, amb diagnòstic d'ingrés de malaltia crònica: MPOC, Diabetes o ICC.

Mida de la mostra:

Segons la bibliografia consultada, el percentatge de reingressos de malalts crònics similars als que estudiem oscil·la al voltant del 30%. Per una diferència esperada d'un 10% en el percentatge de reingressos entre el grup intervenció i el grup control, un nivell de confiança del 95% (bilateral), una potencia del 80% i un 20% de pèrdues igual pels dos grups, la mostra final és de 350 pacients (175 per grup).

Criteris d'inclusió i exclusió:

Criteris d'inclusió:

Tots els pacients crònics que presentin 4 o més indicadors de complexitat i d'aquests, dos han de ser: Amb 3 o més visites a urgències i/o 2 o més ingressos a l'hospital per agudització de la seva malaltia en l'últim any (annexa 4).

Diagnòstic d'ingrés de: MPOC, Diabetes o ICC.

Criteris d'exclusió:

Barthel <20 i/o Pfeiffer amb 5 o més errors.

Pal·liatius amb expectativa de vida <6 mesos.

No residents en l'àrea geogràfica de referència de l'hospital.

Pacients que no vulguin participar a l'estudi.

Variables:

1-Variables socio-demogràfiques: Inclou edat, sexe, domicili entès com a població on resideix de forma habitual, Àrea Bàsica de Salut a la qual pertany i patologia crònica principal (MPOC, ICC, Diabetes). La recollida d'aquestes variables, 1 dicotòmica i 4 contínues, es realitzarà amb l'instrument elaborat

per l'estudi i que anomenen fitxa del pacient. .

2-. Variables relacionades amb la definició de pacient complexa (annexa 4). Es mesuraran les 9 variables dicotòmiques amb un document elaborat adhoc.

3-. Variables de coneixements. Es mesuraran els coneixements del pacient vers la seva malaltia amb els instruments validats, o adaptats, corresponents depenent del procés crònic estudiat. Dels 3 qüestionaris, dos es mesuren amb escales de tipus likert i un amb variables dicotòmiques (si/no).

4-. Variables de l'activitat amb els grups control-intervenció: Número de pacients amb intervenció i sense intervenció, número d'altres d'infermeria, número d'avísos a Atenció Primària i número d'estades hospitalàries per pacient i per grup. Totes aquestes variables són contínues i es recolliran a la fitxa del pacient i posteriorment a la base de dades de l'estudi (annexa 3).

5-. Variable dels reingressos als 3 mesos (ambdós grups): Número de vegades que ha reingressat desde el primer episodi estudiat, número de dies de cada reingrés. Es tracta de variables contínues que també es consultaran la Història Clínica de cada pacient i es recolliran tant a la fitxa del pacient com a la base de dades de l'estudi.

Instruments de mesura:

1. Fitxa del pacient: Full de recollida de dades creat exclusivament per aquesta investigació, on es recolliran les dades socio-demogràfiques, les variables de la intervenció o no segons el grup al que s'assigna al pacient i les variables relacionades amb reingressos durant els tres mesos posteriors. Es tracta d'una fitxa resum de cada participant i la seva evolució al llarg de l'estudi (annexa 2).

2. Qüestionari pacient complex: Forma part de la fitxa del pacient. Per determinar si un pacient es considera complexe o no. Consta de 9 variables dicotòmiques (si/no) que corresponen als criteris definits en el document *"Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut"* i que tal com ho defineix; es considera pacient complex aquell que compleix 4 o més dels ítems. (annexa 4) .

3. Test de deteriorament cognitiu de Pfeiffer. Inclòs dins la valoració de la complexitat del pacient. Va ser dissenyat per Pfeiffer el 1975 com a test de screening de deteriorament cognitiu. Validat al nostre país per García-Moltalvo. Es tracta d'un qüestionari que consta de 10 elements, sobre qüestions molt generals i personals. S'anoten les respostes errònies. Detecta tant la presència de deteriorament cognitiu com el grau d'aquest. Les qüestions amb diverses respostes només s'accepten com a correctes si tots els elements de la mateixa ho són. (annexa 5).



4. Escala d'autonomia per les activitats de la vida diària de Barthel. Inclòs dins la valoració de la complexitat del pacient. Va ser dissenyat pels hospitals de crònics de Maryland l'any 1955. És un instrument validat que mesura la capacitat d'una persona per realitzar deu activitats de la vida diària (AVD), considerades com a bàsiques, obtenint una estimació quantitativa numèrica del seu grau d'independència, amb valors que oscil·len de 0 a 100 considerant valors inferior a al total com persona dependent però a la vegada estableix una relació directa entre menor puntuació i major grau de dependència. (annexa 6)

5. Qüestionari diabetes quality of life, esdqol: Versió espanyola adaptada del qüestionari validat Diabetes Quality of Life⁽¹⁴⁾. Aquest instrument es va crear per avaluar l'efecte d'un tractament intensiu en diabetes tipus 1. Explora 4 dimensions: Satisfacció amb el tractament, impacte del tractament, preocupació social i preocupació relativa a la diabetes amb un total de 46 ítems que en la versió adaptada es queden amb 43 al treure tres preguntes de la dimensió impacte del tractament i que creaven confusió. El qüestionari es basa en una escala tipus likert de 5 punts. (annexa 7).

6. Qüestionari de coneixements Insuficiència Cardíaca elaborat per la Universitat de Carolina del Nord^(15,16). Aquest instrument validat es va crear per avaluar el grau de coneixements que el pacient amb insuficiència cardíaca tenia sobre la seva malaltia. Consta de 14 preguntes amb 4 possibles respostes cadascuna i es basa en una escala likert de 1 a 14 punts (annexa 8).

7. Qüestionari de coneixements MPOC de la Consejería de salud de la Junta de Andalucía⁽¹⁷⁾. Creat per valorar el grau de coneixements que té el pacient amb MPOC respecte la seva malaltia i l'ús de dispositius. Consta de 2 apartats; un primer referent al procés mèdic i l'altre en funció del tipus de tècnica inhalatòria. Tots els apartats es mesuren amb respostes dicotòmiques si/no i en funció dels resultats s'obté el nivell de coneixements total. (annexa 9).

Mètode de recollida de dades:

La captació del pacient es durà a terme en el moment de l'ingrés, el pacient serà informat (de forma verbal i escrita) de l'estudi a realitzar i se li demanarà consentiment per participar-hi. En cas d'acceptar participar en l'estudi se li inclourà en la cohort d'intervenció o en la cohort de no intervenció, segons mostreig no probabilístic continuu.

En el moment de l'ingrés del pacient a la unitat es recolliran una sèrie de dades generals (socio-demogràfiques i de pacient complex) referents a les variables de l'estudi i s'avisarà a les infermeres de pneumologia, cardiologia o diabetes dependent del motiu d'ingrés, però la intervenció no es durà a terme fins el dia següent.

Les variables sociodemogràfiques es recullen de l'explotació de dades del

sistema d'informació (Història Clínica Informatitzada) de la FSE i els indicadors de pacient complexa es recullen en el moment de la valoració d'infermeria a l'ingrés (Seguint el model de Virginia Henderson) mitjançant un qüestionari específic que consta dels 9 indicadors. Totes les dades queden recollides en la Fitxa del pacient.

Grup intervenció:

La infermera d'especialitats mèdiques recollirà les dades relacionades amb els coneixements* del pacient i la seva malaltia mitjançant qüestionaris específics de cada patologia (annexos 7-8-9). Els resultats servirán per elaborar un pla d'intervenció basat en diagnòstics NANDA i els seus corresponents NIC i NOC i que es desenvoluparan diàriament a partir del segon dia d'ingrés, cada sessió tindrà una durada de 20 minuts (Annexa 10), fins 24 hores abans de l'alta que es redactarà l'informe de continuïtat de cures conjuntament amb la infermera d'enllaç i es contactarà amb el professional referent del pacient a l'AP. El dia de l'alta s'avaluaran novament els coneixements amb els mateixos qüestionaris del primer dia.

Grup control:

Procediment habitual**. Sense intervenció específica de les infermeres d'especialitats mèdiques fins el mateix dia de l'alta; aplicant únicament el protocol pre-alt de la infermera d'enllaç.

Per identificar les possibles diferències en el número de reingressos posteriors entre el grup intervenció i el grup control i segons estudis similars^(5,13,16) establím un període de tres mesos desde el moment de la inclusió del pacient en la investigació (episodi inicial). L'avaluació del número de reingressos dels dos grups es farà consultant la Història Clínica Informatitzada de cada pacient a la FSE, més concretament, el registre del número d'episodis d'ingrés durant el temps establert de l'estudi.

*Coneixements: Identifiquem 3 àrees de coneixements del pacient en relació a la seva patologia: Procés malaltia (inclou signes i símptomes d'alarma), Hàbits saludables i tractament farmacològic.

**Intervenció a l'alta en diabetes: Recomanacions referents al tractament, administració de medicació i de la dieta; amb una durada de 20 minuts. Sense informe de continuïtat de cures.

** Intervenció a l'alta en MPOC: Recomanacions referents a l'administració d'inhaladors amb o sense càmera i oxigen a domicili; amb una durada de 20 minuts. Sense informe de continuïtat de cures

** Actualment no hi ha Intervenció a l'alta en ICC per part de la infermera de cardiologia.

Anàlisi de dades:

Per la base de dades s'utilitzarà el programa Microsoft Office Excel versió 2007 (annexa 3) i l'anàlisi estadístic de les dades es tractarà amb el programa SPSS versió 19. Les variables categòriques s'analitzaran mitjançant descripció de freqüències i percentatges. Per les variables quantitatives es calcularan la mitja i la desviació estàndar.

Per la comparativa del grup intervenció i el grup control i les diferències entre els dos grups en el temps, s'utilitzarà la *t de student* per les mitjes i el test de Fischer per la varianza entre proporcions.

Prova pilot:

Abans de la realització de l'estudi es realitzarà una prova pilot amb 20 pacients per verificar la validesa dels qüestionaris i l'adequació de les intervencions d'infermeria. Seguint el cronograma, aquesta prova està previst realitzar-la una vegada obtinguts els permisos corresponents i s'hagi informat a l'equip assistencial. La durada prevista és de 15 dies i els resultats obtinguts ens servirán per valorar la necessitat de modificar o no algún aspecte relacionat amb la investigació.

Aspectes ètics

L'investigador s'adhereix als principis fonamentals de la Declaració de Helsinki així com al Codi Deontològic de la professió Infermera en referència al respecte a la persona. Les dades clíniques i la informació personal dels pacients es tractaran segons la normativa legal vigent.

En primer lloc es sol·licitarà el permís a la Direcció del centre y posteriorment al Comité d'Ètica (annexa 14).

Al tractar-se d'un estudi quasi-experimental amb intervenció es demanarà als pacients la seva participació prèvia signatura del consentiment informat (annexa 15).

Limitacions

Una de les limitacions dels estudis quasi-experimentals és la falta de mostra que pot estar relacionada amb una falta de participants o una durada de l'estudi no adequada. També hi pot haver pèrdua de subjectes durant el temps d'ingrés per causes com l'empitjorament del seu estat de salut, èxits o abandonament voluntari de l'estudi.

Al realitzar-se l'estudi en un únic centre els resultats poden perdre potencia.

Aplicabilitat

Els resultats d'aquest estudi ens poden permetre objectivar que la intervenció educativa en malalts crònics durant el seu ingrés pot ajudar a incrementar el seva educació vers la malaltia, fet que afavoreix la disminució dels reingressos per agudització de la mateixa.

Aquest estudi també ens permetrà identificar aquelles persones que precisen major control a l'alta desde l'atenció primària, creant un canal de comunicació directe entre nivells assistencials. A la vegada, i a nivel institucional, l'investigador creu que l'aplicació dels indicadors de pacient complex pot conduir a crear hipòtesis relacionades amb un canvi de model organitzatiu en funció de les necessitats del pacient i la continuïtat de cures i no com el model tradicional basat en patologies.



Cronograma

Cronograma	2012				2013							
Activitats	setembre	octubre	novembre	desembre	gener	febrer	març	abril	maig	juny	juliol	agost
Revisió bibliogràfica												
Sol·licitut autoritzacions (Direcció i Comitè d'ètica)												
Reunió amb l'equip												
Revisió dels qüestionaris												
Prova pilot i valoració												
Període de recollida de dades												
Recollida de dades de reingressos dels 3 mesos posteriors												
Anàlisi de dades												
Actualització bibliogràfica												
Presentació de resultats												



Bibliografia

- 1-. Ollero Baturone M. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Gestión Clínica 2.0. 2009. [accés 01.12.2011].
Disponible: <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/09/3.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos.-Ollero-M.pdf>
- 2-. Cabré A.; Domingo A.; Demografia i immigració 1991-2005. Centre d'Estudis Demogràfics. Barcelona 2007. [accés 07.05.2012].
Disponible: <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text324.pdf>
- 3-. Ramírez Duquea N.; Ollero Baturone M.; et al. El paciente pluripatológico. Manejo coordinado entre atención primaria y especializada. JANO 2009;1751; 15. [accés 01.12.2011].
Disponible: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1751/15/00150020_LR.pdf
- 4-. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. Març 2006. [accés 02.12.2011].
Disponible: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- 5-. Terraza Núñez R.; Vargas Lorenzo I.; et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria 2006; 20(6):485-95. [accés 01.12.2011].
Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n6/revision.pdf>
- 6-. Oyanguren J.; Osés M.; et al. Resultados enfermera promic, clínica, educadora, soporte psicosocial y coordinadora del equipo, del paciente de IC: reduce ingresos hospitalarios. Comunicación 99 VII Jornadas de Enfermería del País Vasco 2011. [accés 06.12.2011].
Disponible: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkdocc06/es/contenidos/informacion/material_enfermeria_2011/es_enfer/adjuntos/099C.pdf
- 7-. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut. Barcelona 2010. [accés 06.11.2011].
Disponible: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf
- 8-. Garcia F.; Carrascosa M.; et al. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009; 20 (4): 152-158. [accés 06.12.2011].
Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion1.pdf>
- 9-. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Memoria d'activitat RS Girona. Barcelona 2010. [accés 09.05.2012].
Disponible: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2009/09_rsgirona.pdf



- 10-. Lázaro A.; Grau de complexitat dels pacients ingressats a una unitat d'hospitalització mèdica. XIV Jornades d'Infermeria de MI de Girona 2012.
- 11-. Generalitat de Catalunya. . Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Versió 1.0. Barcelona 2011. [accés 08.01.2012].
Disponible: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3619/plasalut_vfinal.pdf
- 12-. Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Barcelona 2011. [accés 02.12.2011].
Disponible: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/05/18/21/6bb2b9bc-ce7b-4c9b-af29-f1ceb7f88d35.pdf
- 13-. Cano A.; Martin M.; et al. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Aten Primaria 2008;40: 291-5. [accés 08.01.2012].
Disponible: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/eficacia-planificacion-alta-enfermeria-disminuir-los-reingresos-13123681-originales-2008>
- 14-. Lafuente N.; Cruz R.; et al. Guía de atención enfermera a la persona con diabetes. Servicio Andaluz de Salud. 2ª Edición 2006. 28-29. [accés 26.03.2012].
Disponible: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=4>
15. Artinian NT.; Magnan M.; et al. What do patients know about their heart failure?. Applied Nursing Research 2002; 15: 200-208. [accés 09.05.2012].
Disponible: [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(02\)00022-8/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(02)00022-8/abstract)
- 16-. Yera A.; Mateos S.; et al. Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. Enfermería Clínica 2008.11.003. [accés 14.03.2011].
Disponible: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v19n04a13140228pdf001>.
- 17-. Ordóñez P.; Nieto C.; et al. Programa de educación sanitaria al paciente con EPOC en el Hospital Alto Guadalquivir de Andujar. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(3). [accés 26.03.2012].
Disponible: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0443.php>
- 18-. Hospital Reina Sofía. Plan de cuidados estandarizado en Insuficiencia Cardíaca. [accés 08.05.2012].
Disponible: www.agefec.org/Almacen/.../Plan%20cuidados%20insuficiencia_cardiaca.pdf
- 19-. Iniesta J.; Royo T.; et al. Utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC durante el desarrollo de un programa de planificación del alta hospitalaria en pacientes con EPOC. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2008 Vol. 9(4). [accés 08.05.2012].



Disponible: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/2008r9%204%20p11.pdf>

20-. González F.; Aranzazu C. Asma en paciente adulto hospitalizado: Plan de cuidados estandarizado. Nure Investigación 2008;33. [accés 08.05.2012].

Disponible: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo_333012008111842.pdf

21-. NANDA internacional. Diagnòsticos Enfermeros 2009-2011: Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier 2010.

Annexos

Annexa 1-. Mapa conceptual.

Annexa 2-. Fitxa del pacient.

Annexa 3-. Base de dades (Microsoft Office Excel versió 2007).

Annexa 4-. Qüestionari pacient complex.

Annexa 5-. Test de Pfeiffer.

Annexa 6-. Escala de Barthel.

Annexa 7-. Qüestionari EsDQOL (Adaptació del Diabetes Quality Of Life).

Annexa 8-. Escala de coneixements de la ICC elaborat per la Universitat de Carolina del Nord.

Annexa 9-. Qüestionari MPOC Hospital Alto Guadalquivir.

Annexa 10-. Descripció de la intervenció

Annexa 11-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en adults diabètics⁽¹⁴⁾.

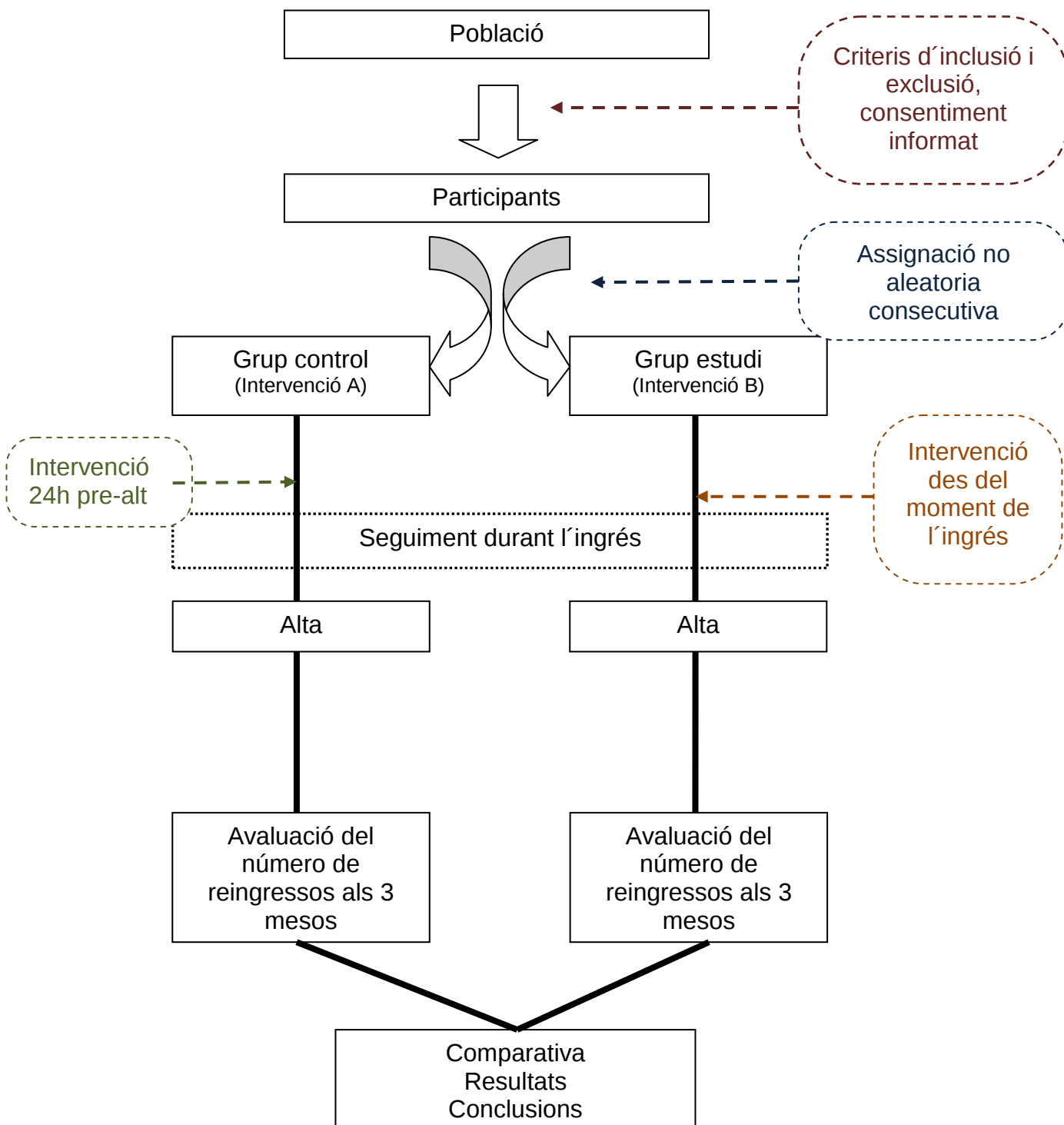
Annexa 12-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en ICC^(16,18).

Annexa 13-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en MPOC^(17,19,20).

Annexa 14-. Sol·licitut Comité d'Ètica.

Annexa 15-. Consentiment informat.

Annexa 1-. Mapa conceptual.





Annexa 2-. Fitxa del pacient.

Avaluació dels mecanismes de suport a l'alta del pacient crònic complex ingressat en una unitat d'Hospitalització																																			
Fitxa del pacient																																			
N° pacient: _____ Edat: _____ Sexe: M / F	Població: _____ ABS de referència: _____ Patologia crònica: MPOC / ICC / Diabetes																																		
Data ingress: _____ Data alta: _____ Dies totals: _____																																			
Grup: INTERVENCIÓ / CONTROL																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: center;">CRITERI</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">COMPLIMENT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edat major de 65 anys</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Amb 4 o més patologies cròniques invalidants (física i/o psíquica) *</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Pacient pal·liatiu</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Més de 5 fàrmacs o psicofàrmacs contínuament</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>3 o més ingressos a urgències de l'hospital per exacerbacions (1 any)</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>2 o més ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació (1 any)</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Pèrdua funcional de les ABVD: Barthel < de 55 punts</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Més de 2 caigudes en els últims 2 mesos</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Deteriorament cognitiu. Pfeiffer 5 o > errors</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> <tr> <td>Persona que viu sola o amb una família amb capacitat limitada de suport</td> <td style="text-align: center;">sí</td> <td style="text-align: center;">no</td> </tr> </tbody> </table>			CRITERI	COMPLIMENT		Edat major de 65 anys	sí	no	Amb 4 o més patologies cròniques invalidants (física i/o psíquica) *	sí	no	Pacient pal·liatiu	sí	no	Més de 5 fàrmacs o psicofàrmacs contínuament	sí	no	3 o més ingressos a urgències de l'hospital per exacerbacions (1 any)	sí	no	2 o més ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació (1 any)	sí	no	Pèrdua funcional de les ABVD: Barthel < de 55 punts	sí	no	Més de 2 caigudes en els últims 2 mesos	sí	no	Deteriorament cognitiu. Pfeiffer 5 o > errors	sí	no	Persona que viu sola o amb una família amb capacitat limitada de suport	sí	no
CRITERI	COMPLIMENT																																		
Edat major de 65 anys	sí	no																																	
Amb 4 o més patologies cròniques invalidants (física i/o psíquica) *	sí	no																																	
Pacient pal·liatiu	sí	no																																	
Més de 5 fàrmacs o psicofàrmacs contínuament	sí	no																																	
3 o més ingressos a urgències de l'hospital per exacerbacions (1 any)	sí	no																																	
2 o més ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació (1 any)	sí	no																																	
Pèrdua funcional de les ABVD: Barthel < de 55 punts	sí	no																																	
Més de 2 caigudes en els últims 2 mesos	sí	no																																	
Deteriorament cognitiu. Pfeiffer 5 o > errors	sí	no																																	
Persona que viu sola o amb una família amb capacitat limitada de suport	sí	no																																	
Grup INTERVENCIÓ: ☐ Valoració infermera. Qüestionari. ☐ Pla d'intervenció. ☐ Sessió 1: Coneixements malaltia. ☐ Sessió 2: Coneixements malaltia. ☐ Sessió 3: Hàbits saludables. ☐ Sessió 4: Tractament farmacològic. ☐ Informe de continuïtat de cures. ☐ Pre-alt 24-48h. ☐ Resolució de dubtes. ☐ Valoració infermera. Qüestionari. ☐ Informe d'alta infermeria. ☐ Avís Atenció Primària.	Grup CONTROL: ☐ Pre-alt 24-48h infermera d'enllaç. ☐ Educació sanitària a l'alta. ☐ Informe d'alta infermeria. ☐ Avís Atenció Primària.																																		
Número de reingressos als 3 mesos: _____																																			
Dies totals de reingrès: _____																																			



Annexa 3-. Base de dades (Microsoft Office Excel versió 2007)

BASE DE DADES GRUP CONTROL

Número pacient	Edat	Sexe	Data ingrès	Data alta	Dies totals	Població	ABS referència	Procés crònic	pre-alt 24-48h	Educació a l'alta	Informe d'alta d'infermeria	Avís Atenció Primària	Número reingressos als 3 mesos	Dies totals reingressos
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

i successivament fins arribar a la mostra de 175 pacients.

Edat:

0= <65 anys 1= 66-75 anys 2= 76-85 anys 3= >85 anys

Sexe:

0=masculí 1=Femení

Data ingrès:

dia/mes/any.

Data alta:

dia/mes/any.

Dies totals:

Numèrica.

Població i ABS de referència:

0= Figueres 1= Roses 2= Llançà 3= La Jonquera
4= Bàscara 5= Vilafant 6= L'Escala 7= Perelada

Procés crònic:

0= MPOC 1= ICC 2= Diabetes

Pre-alt 24-48h:

0= SI 1=NO

Educació a l'alta:

0= SI 1=NO

Informe d'alta infermeria (infermera d'enllaç):

0= SI 1=NO

Avís Atenció Primària:

0= SI 1=NO

Número de reingressos als 3 mesos:

Numèrica.

Número de dies totals dels reingressos:

Numèrica



BASE DE DADES GRUP INTERVENCIÓ

Número pacient	Edat	Sexe	Data ingrés	Data alta	dies totals	Població	ABS referència	Procés crònic	Qüestionari coneixements	Pla d'intervencions NANDA-NIC-NOC	Sessió 1	Sessió 2	Sessió 3	Sessió 4	Informe continuïtat de cures	pre-alt 24-48h	Qüestionari	Informe d'alta d'infermeria	Avís Atenció Primària	Número reingressos als 3 mesos	Dies totals reingressos
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

i successivament fins arribar a la mostra de 175 pacients.

Qüestionari de coneixements:

MPOC: Número de respostes correctes.

ICC: Escala likert de 1 a 14 respostes correctes.

Diabetes: Escala likert (0-5)

Pla d'intervenció NANDA-NIC-NOC:

0= SI 1=NO

Sessió 1:

0= SI 1=NO

Sessió 2:

0= SI 1=NO

Sessió 3:

0= SI 1=NO

Sessió 4:

0= SI 1=NO

Informe de continuïtat de cures (infermera especialista i infermera d'enllaç):

0= SI 1=NO

Qüestionari (revaloració de coneixements)

MPOC: Número de respostes correctes.

ICC: Escala likert de 1 a 14 respostes correctes.

Diabetes: Escala likert (0-5)



Annexa 4-. Qüestionari pacient complex.

Pacient complex: Per definició ha de complir 4 o més dels següents criteris.

CRITERI	COMPLIMENT	
Edat major de 65 anys	si	no
Amb 4 o més patologies cròniques invalidants (física i/o psíquica) *	si	no
Pacient pal·liatiu	si	no
Més de 5 fàrmacs o psicofàrmacs contínuament	si	no
3 o més ingressos a urgències de l'hospital per exacerbacions (1 any)	si	no
2 o més ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació (1 any)	si	no
Pèrdua funcional de les ABVD: Barthel < de 55 punts	si	no
Més de 2 caigudes en els últims 2 mesos	si	no
Deteriorament cognitiu. Pfeiffer 5 o > errors	si	no
Persona que viu sola o amb una família amb capacitat limitada de suport (conviu amb persones amb alguna discapacitat)	si	no

* AVC amb seqüeles / Coronariopatia (IAM o IC) / Malaltia de Parkinson / MPOC / Malaltia osteoarticular incapacitant / Dèficit visual sever / Hipoacúcia profunda / Depressió crònica / Deteriorament cognitiu / Caigudes recurrents.

Annexa 5-. Test de Pfeiffer.

PREGUNTA	RESPOSTA
Quin dia és avui (número)	
Dia de la setmana	
On es troba?	
Diguí'm el seu número de telèfon o la seva adreça	
Diguí'm la seva edat	
Quan va néixer (data/any)	
Nom del president actual del govern	
Nom del president anterior	
Diguí'm els dos cognoms de la seva mare	
Resti 3 de 30 i continuï restant fins al final	
PUNTUACIÓ TOTAL	

Puntuació:

0-2 Intacte **3-4** Det. intel. lleu **5-7** Det. intel. Moderat **8-10** Det. Intel. greu

Es permet 1 error més si el subjecte només té educació primària.

Es permet 1 error menys si el subjecte té educació de grau mitjà o superior

Es permet 1 error més en persones procedents de grups segregats



Annexa 6-. Escala de Barthel. Activitats de la vida diària.

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Menjar	- Independent	10
	- Necessita ajuda per tallar la carn...	5
	- Depenent	0
Rentar-se	- Independent: entra i surt sol del bany	5
	- Depenent	0
Vestir-se	- Independent: Posar-se i treure's la roba, cordons, botons...	10
	- Necessita ajuda	5
	- Depenent	0
Arreglar-se	- Independent per rentar-se la cara, mans, pentinar-se, afaitar-se...	5
	- Depenent	0
Deposicions	- Continent	10
	- Ocasionalment algun episodi de incontinència	5
	- Incontinent	0
Micció	- Continència normal, o capacitat per cuidar de la sonda.	10
	- Un episodi diari com a màxim de incontinència,	5
	- Incontinent	0
Bany	- Independent para anar al bany.	10
	- Necessita ajuda per anar al bany.	5
	- Depenent	0
Mobilitat	- Independent per anar de la butaca al llit	15
	- Mínima ajuda física per fer-ho.	10
	- Necessita gran ajuda	5
	- Depenent	0
Deambular	- Independent, camina sol 50 metres	15
	- Necessita ajuda física	10
	- Independent en cadira de rodes.	5
	- Depenent	0
Escalons	- Independent para pujar i baixar escales.	10
	- Necessita ajuda física	5
	- Depenent	0

Puntuació:

100	Independent
>60	Depenent lleu
55/40	Dependent moderat
35/20	Dependent sever
<20	Dependent total



Annexa 7-. Qüestionari EsDQOL (Adaptació del Diabetes Quality Of Life).

1. Està vostè satisfet amb la quantitat de temps que triga a controlar la seva diabetis?
2. Està vostè satisfet amb la quantitat de temps que ocupa en revisions?
3. Està vostè satisfet amb el temps que tarda a determinar el seu nivell de sucre?
4. Està vostè satisfet amb el seu tractament actual?
5. Està vostè satisfet amb la flexibilitat que té en la seva dieta?
6. Està vostè satisfet amb la càrrega que suposa la seva diabetis en la seva família?
7. Està vostè satisfet amb el seu coneixement sobre la diabetis?
8. Està vostè satisfet amb el seu somni?
9. Està vostè satisfet amb les seves relacions socials i amistats?
10. Està vostè satisfet amb la seva vida sexual?
11. Està vostè satisfet amb les seves activitats a la feina, escola o llar?
12. Està vostè satisfet amb l'aparença del seu cos?
13. Està vostè satisfet amb el temps que fa exercici?
14. Està vostè satisfet amb el seu temps lliure?
15. Està vostè satisfet amb la seva vida en general?
16. Amb quina freqüència sent dolor associat amb el tractament de la seva diabetis?

Molt satisfet 1

Més o menys satisfet 2

Cap 3

Més o menys insatisfet 4

Molt insatisfet 5

17. Amb quina freqüència se sent avergonyit per haver de tractar la seva diabetis en públic?
18. Amb quina freqüència se sent físicament malalt?
19. Amb quina freqüència la seva diabetis interfereix en la seva vida familiar?
20. Amb quina freqüència té problemes per dormir?
21. Amb quina freqüència troba que la seva diabetis limita les seves relacions socials i amistats?
22. Amb quina freqüència se sent restringit per la seva dieta?
23. Amb quina freqüència la seva diabetis interfereix en la seva vida sexual?
24. Amb quina freqüència la seva diabetis li impedeix conduir o utilitzar una màquina (per exemple., Ordinador)?
25. Amb quina freqüència la seva diabetis interfereix en la realització d'exercici?
26. Amb quina freqüència abandona les seves tasques a la feina, col·legi o casa per la seva diabetis?
27. Amb quina freqüència es troba vostè mateix explicant què significa tenir diabetis?
28. Amb quina freqüència creu que la seva diabetis interromp les seves activitats de temps lliure?
29. Amb quina freqüència fan broma amb vostè per causa de la seva diabetis?
30. Amb quina freqüència sent que per la seva diabetis va a la cambra de bany més que els altres?
31. Amb quina freqüència menja alguna cosa que no ha de menjar abans de dir-li a algú que té diabetis?

Mai 1

Molt poc 2

Algunes vegades 3

Amb freqüència 4

Tot el temps 5



32. Amb quina freqüència amaga als altres el fet que vostè està tenint una reacció insulínica?
33. Amb quina freqüència el preocupa si es casarà?
34. Amb quina freqüència li preocupa si tindrà fills?
35. Amb quina freqüència li preocupa si aconseguirà la feina que desitja?
36. Amb quina freqüència li preocupa si li serà denegada una assegurança?
37. Amb quina freqüència li preocupa si serà capaç de completar la seva educació?
38. Amb quina freqüència li preocupa si perdrà l'ocupació?
39. Amb quina freqüència li preocupa si podrà anar de vacances o de viatge?
40. Amb quina freqüència li preocupa si perdrà el coneixement?
41. Amb quina freqüència li preocupa que el seu cos sembli diferent a causa de la seva diabetis?
42. Amb quina freqüència li preocupa si tindrà complicacions degudes a la seva diabetis?
43. Amb quina freqüència li preocupa si algú no sortirà amb vostè a causa de la seva diabetis?

Mai 1
Poc 2
Algunes vegades 3
Amb freqüència 4
Sempre 5
No s'aplica 0

44. Comparant-se amb altres persones de la seva edat, vostè diria que la seva salut és:

Excel·lent 1
Bona 2
Regular 3
Pobre 4



Annexa 8-. Qüestionari de coneixements ICC.

- 1 -. La insuficiència cardíaca és un problema en el qual:
 - a) existeix excés de sang en l'organisme.
 - b) el cor és feble i no és capaç de bombar sang suficient.
 - c) els vasos sanguinis del cor estan obstruïts.
 - d) no sap
- 2 -. Completeu amb la resposta correcta. És important que pacients amb insuficiència cardíaca es pesin regularment en el mateix horari, diàriament, i que anotin el seu pes. Vostè ha de procurar suport de l'equip d'infermeria si augmenta més de _____ kg en una setmana:
 - a) 2kg
 - b) 6kg
 - c) 10kg
 - d) no sap
- 3 -. Els inhibidors de l'enzim conversor d'angiotensina (per exemple, Captopril, Enalapril) són medicaments usats per pacients amb insuficiència cardíaca. Aquests medicaments actuen:
 - a) en la disminució de l'excés de líquids i sals de l'organisme.
 - b) en la dilatació dels vasos sanguinis de l'organisme.
 - c) promovent un batec cardíac més fort.
 - d) no sap
 - e) no s'aplica
- 4-. Els inhibidors de l'enzim conversor d'angiotensina (per exemple, Captopril, Enalapril) són medicaments que poden generar certs senyals o símptomes anomenats "efectes col · laterals". Vostè ha d'avisar al seu metge o equip d'infermeria si té els següents efectes col · laterals.
 - a) depressió o tristesa.
 - b) tremolors o calfreds.
 - c) tos.
 - d) no sap
 - e) no s'aplica
- 5 -. Les persones que presenten insuficiència cardíaca prenen un remei denominat digoxina perquè...:
 - a) seus ronyons produeixin més orina.
 - b) els vasos sanguinis de l'organisme es dilatin.
 - c) el cor bategui més fortament.
 - d) no sap
 - e) no s'aplica
- 6 -. L'acumulació de digoxina en l'organisme porta a l'aparició de senyals i símptomes denominats d "'efectes col · laterals". Vostè ha d'informar el seu metge o equip d'infermeria si apareixen qualsevol d'aquests efectes col · laterals. A la llista d'avall, assenyali un efecte col · lateral comú de la digoxina.
 - a) eritema (una taca vermellosa) en els braços i cames.
 - b) pèrdua de gana o gust dolent a la boca
 - c) ferides a la boca.
 - d) no sap
 - e) no s'aplica
- 7 -. Del llistat possibles símptomes deguts a la insuficiència cardíaca. Quin símptoma no pertany a aquesta llista?
 - a) falta d'aire - alè curt.
 - b) inflor dels peus, mans o abdomen.
 - c) pèrdua inesperada de pes.
 - d) no sap
- 8 -. Les persones amb insuficiència cardíaca usen diürètics (Furosemida) perquè...:
 - a) els seus ronyons produeixin major quantitat d'orina.
 - b) els batecs cardíacs siguin més regulars.



- c) el cor bategui més fortament.
 - d) no sap
- 9 -. Si vostè té insuficiència cardíaca i consumeix begudes alcohòliques com ara cervesa, vi o destil·lats, ha de parar de beure o ingerir:
- a) No més de 1 dosi per dia.
 - b) No més de 2 dosi per dia.
 - c) No més de 3 dosis per dia.
 - d) no sap
- 10 -. Quins aliments no contribueixen a la suma de líquids ingerits per dia?
- a) síndria
 - b) pa
 - c) Taronja
 - d) no sap
- 11 -. Sabent que l'activitat física va bé per a la salut. En la seva condició de salut vostè:
- a) pot practicar qualsevol activitat física, sense restriccions.
 - b) pot practicar activitat física, si té una malaltia estable, però sense esforç.
 - c) no pot practicar exercicis físics de cap forma.
 - d) no sap
- 12 -. Ja que el sodi (sal) provoca retenció de líquids en l'organisme, les persones amb insuficiència cardíaca necessiten consumir menys sodi (sal). Assenyaleu l'aliment de la llista que conté el mínim de sal.
- a) sopes enllaunades o en saquet.
 - b) aliments en conserva (exemple: blat de moro, cogombre, pastanaga).
 - c) fruites i verdures fresques.
 - d) no sap
- 13 -. Menjar menys sal ajuda al seu cor a bategar millor. Què més vostè pot fer per millorar la seva insuficiència cardíaca? (Assenyaleu totes les alternatives que considera correctes).
- a) perdre pes si estigués amb excés de pes.
 - b) no fumar.
 - c) vacunar-se contra la grip i pneumònia.
 - d) no sap
- 14 -. Les persones amb insuficiència cardíaca poden sentir-se millor si segueixen el pla de tractament recomanat pel metge o equip d'infermeria. Mantenir aquest programa de tractament és la millor manera d'evitar l'hospitalització. Els motius que porten als pacients a presentar símptomes d'insuficiència cardíaca i tornar a ser hospitalitzat són: (Assenyaleu l'alternativa correcta).
- a) utilitzar poca sal a la dieta.
 - b) controlar el pes freqüentment
 - c) no prendre els medicaments diàriament.
 - d) no sap



Annexa 9-. Qüestionari de coneixements MPOC i tècnica inhalatoria

Respostes: SI / NO

Coneixements:

1. La MPOC és una malaltia crònica.
2. És una malaltia que es cura?
3. Es pot fer exercici físic tenint aquesta malaltia
4. Els inhaladors són el tractament principal?
5. Els inhaladors de rescat s'usen només per tractar les crisis?
6. Quan et trobes bé, pots deixar la medicació inhalatòria?
7. És obligatori portar a sobre sempre l'inhalador de rescat?
8. És veritat que a través de la via inhalatòria els medicaments arriben directament al pulmó?
9. La dosi dels medicaments inhalats és la mateixa que si els prenguéssim via oral (pastilles)?
10. Per la presa del medicament, és important la tècnica d'inhalació?
11. Si s'administra oxigen i augmenta l'ofec, ¿Ha d'augmentar el flux (els litres) d'oxigen?
12. Si sent ofec, ¿ha de trucar ràpidament al servei d'urgències?
13. És bo tossir quan té augment de mucositat?
14. És bo beure aigua quan es té augment de mucositat?
15. És veritat que ha de evitar exposar-se a ambients amb fum, canvis de temperatura, canvis d'humitat i olors irritants (pintures, etc)?
16. És veritat que el tabac és el principal causant d'aquesta malaltia?
17. Fumar empitjora la malaltia?
18. He de tenir l'oxigen al costat de l'estufa o fonts de calor?
19. És important vacunar-se contra la grip?
20. És recomanable menjar plats pesants?
21. Coneix algun exercici per millorar la respiració i / o expulsar la mucositat?

Tècnica inhalatòria:

Tipus de dispositiu: Cartutx pressuritzat:

1. No agita l'inhalador suaument
2. Manté l'inhalador en posició incorrecta
3. Espira pel filtre de l'inhalador humitejant
4. Dirigeix l'aerosol fora de la cavitat bucal
5. No inclina el cap cap enrere
6. No fa una espiració completa
7. No sincronitza l'activació del sistema amb la inspiració forçada
8. Fa una inspiració superficial, insuficient i curta
9. No manté l'apnea de 10 segons després de la inhalació
10. No sap quan acaba l'inhalador
11. No fa glopeigs

Tipus de dispositiu: Càmera inhalatòria.

1. Muntatge incorrecte de les peces de la càmera
2. No agita l'inhalador
3. No acciona l'inhalador
4. No realitza una espiració completa
5. No fa una inspiració màxima
6. No manté l'apnea de 10 segons després de la inhalació
7. No renta ni seca la càmera periòdicament
8. Guarda la càmera en ambients humits
9. No fa glopeigs



Tipus de dispositiu: Càmera inhalatòria amb mascareta.

1. No s'acobla bé la mascareta a la cara (fuites)
2. No manté la càmera perpendicular a la cara
3. Fa la inspiració pel nas

Tipus de dispositiu: Cartutx de pols seca.

1. No sap obrir / activar l'inhalador
2. No realitza una espiració completa
3. Bufa a través del broquet
4. Interposa la llengua
5. Realitza una inspiració superficial, insuficient, curta
6. No manté l'apnea de 10 segons després de la inhalació
7. Repeteix la maniobra pensant que la realitzada no ha estat efectiva
8. No tanca l'inhalador
9. No fa glopeigs
10. No sap comprovar les dosis restants
11. No fa glopeigs



Annexa 10-. Descripció de la intervenció:

Intervenció infermera es defineix , segons la NIC com *“tot tractament basat en el coneixement i el judici clínic, que realitza un professional d’Infermeria per afavorir el resultat esperat pel pacient”*⁽²¹⁾.

En funció dels coneixements que presenta el pacient referent a les tres dimensions de la seva malaltia, procés malaltia que inclou signes i símptomes d’alarma, hàbits saludables i tractament farmacològic, programarem les intervencions tenint en compte dos aspectes: Els diagnòstics d’infermeria més prevalents segons la bibliografia consultada^(14,15,16,17,18,19,20) i l’estada mitja hospitalària que, en el nostre cas és de 8 dies⁽¹⁰⁾.

Cronograma:

Dia	Professional	Intervenció	Temps
Dia 1 (ingrès)	Infermera de la unitat	• Valoració inicial d’infermeria • Sol·licitut de participació • Assignació de grup • Avís infermera especialista	30´
Dia 2	Infermera especialista	• Valoració de coneixements (qüestionari) • Elaboració del pla de cures: NANDA-NIC-NOC	60´
Dia 3	Infermera especialista	• Sessió sobre coneixements de la malaltia. NIC.	20´
Dia 4	Infermera especialista	• Sessió sobre coneixements de la malaltia. NIC.	20´
Dia 5	Infermera especialista	• Sessió sobre hàbits saludables. NIC.	20´
Dia 6	Infermera especialista	• Sessió sobre tractament farmacològic. NIC.	20´
Dia 7	Infermera especialista i d’enllaç	• Informe de continuïtat de cures.	30´
Dia 8 (alta)	Infermera especialista i d’enllaç	• Resolució de dubtes. • Re-valoració de coneixements (qüestionari) • Alta d’infermeria	45´



Annexa 11-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en adults amb diabetes.

Diagnòstic NANDA	Resultats NOC	Intervenció NIC
00126 Coneixements deficients	1820 Coneixement: control de la diabetis	5602 Ensenyament procés malaltia (Diabetis) 5616 Ensenyament medicaments prescrits (Insulina / ADO). Autoanàlisi de glucèmia 5614 Ensenyament dieta prescrita 5612 Ensenyament activitat física 2130 Maneig de la hipoglucèmia 2120 Maneig de la hiperglucèmia 1660 Cura dels peus 7073 Planificació a l'alta
00078 Gestió ineficaç del règim terapèutic personal	1609 Conducta terapèutica: malaltia o lesió	5602 Ensenyament procés malaltia 5616 Ensenyament medicaments prescrits 5614 Ensenyament dieta prescrita 4360 Modificació de la conducta
00079 Incompliment del tractament	1601 Conducta de compliment	4420 Acord amb el pacient 4360 Modificació de la conducta
00069 Afrontament inefectiu	1302 Superació de problemes	5230 Augmentar l'afrontament 1460 Relaxació muscular progressiva
00070 Deteriorament de l'adaptació	1300 Acceptació estat de salut	5230 Augmentar l'afrontament 5602 Ensenyament procés: diabetis
00062 Risc de cansament en l'exercici del rol del cuidador	2508 Benestar del cuidador familiar	7040 Suport al cuidador principal
00120 Desequilibri nutricional per excés	1802 Coneixement: Dieta	5614 Ensenyament dieta prescrita 1612 Control de pes 1260 Maneig del pes
00085 Deteriorament de la mobilitat física	0200 Deambulació: Caminar	5612 Ensenyament activitat prescrita
00047 Risc de deteriorament de la integritat cutània	1902 Control del risc	1660 Cura dels peus
00059 Disfunció sexual	0119 Funcionament sexual	5248 Assessorament sexual



Annexa 12-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en Insuficiència Cardíaca.

Diagnòstic NANDA	Resultats NOC	Intervenció NIC
00126 Coneixements deficients 00078 Gestió ineficaç del règim terapèutic personal	1803 Coneixement de la seva malaltia	180303 Descripció de la causa o factors que contribueixen a la ICC. 180304 Descripció dels factors de risc 180306 Descripció dels signes i símptomes. 180309 Descripció de les complicacions. 180310 Descripció dels signes i símptomes de les complicacions 4046 Cures cardíaques. Rehabilitació 7370 Planificació a l'alta
	1612 Control de pes	161201 Supervisa el pes corporal cada dia 161260 Maneig del pes
	1802 Coneixement: Dieta	180203 Descripció dels avantatges de seguir la dieta hiposòdica. 180206 Descripció dels aliments permesos a la dieta. 180207 Descripció dels aliments que cal evitar.
	1808 Coneixement: Medicació.	180802 Declaració del nom correcte de la medicació prescrita. 180804 Descripció de l'acció de la medicació 180805 Descripció dels efectes indesitjables de la medicació. 180806 Descripció de les precaucions amb la medicació.



Annexa 13-. Diagnòstics d'infermeria més prevalents en MPOC.

Diagnòstic NANDA	Resultats NOC	Intervenció NIC
00126 Coneixements deficients	1803 Coneixement de la seva malaltia	181301 Descripció de la justificació del règim terapèutic. 181302 Descripció de les responsabilitats dels propis cures per al tractament actual. 181303 Descripció de les responsabilitats dels propis cures per a les situacions d'emergència. 181305 Descripció de la dieta prescrita. 181306 Descripció de la medicació prescrita 181307 Descripció de l'activitat prescrita. 181316 Descripció dels beneficis del tractament de la malaltia 5602 Educació sanitària: procés de la malaltia. 5616 Educació sanitària: medicaments prescrits. (Oxigen, nebulitzacions; inhaladors). 5614 Educació sanitària: dieta prescrita. 5612 Educació sanitària: activitat / exercici prescrit. 5618 Educació sanitària procediment.
00078 Gestió ineficaç del règim terapèutic personal	0704 Autocontrol de l'asma	3210 Maneig de l'asma
00069 Afrontament inefectiu	1312 Superació de problemes	5230 Augmentar l'afrontament 5250 Suport en les decisions

Annexa 14-. Sol·licitut Comité d'Ètica.

Em dirigeixo a vostès per sol·licitar l'aprovació del comitè pel que fa a la realització d'un treball de recerca en el Servei de Medicina Interna de la Fundació Salut Empordà.

El motiu de l'estudi és la necessitat de millorar els mecanismes de suport a l'alta dels pacients crònics ingressats a la nostra unitat i que presenten criteris de complexitat. Aquest tipus de pacient requereix d'un seguiment específic per tal de disminuir les probabilitats d'un reingrés hospitalari. A més a més, la avanç en la preparació a l'alta des de el mateix moment que ingressa pot afavorir el seu seguiment posterior per part de l'atenció primària.

L'objectiu de l'estudi és determinar si una valoració de coneixements sobre la seva malaltia i un pla de cures individualitzat que millori els mateixos permet programar més eficaçment l'alta i el posterior seguiment a primària.

El disseny del treball és quasi-experimental no aleatori, amb grup intervenció i grup control. El grup intervenció rebrà l'actuació des de el moment de l'ingrés i durant tot el procés d'hospitalització i el grup control seguirà el circuit habitual establert de pre-alt en 24-48 hores.

Donades les característiques de l'estudi de tipus quasi-experimental i per tant amb intervenció, es demanarà el consentiment informat a cada pacient que compleixi els criteris d'inclusió.

La durada prevista de l'estudi és de vuit mesos, de setembre 2012 fins abril 2013, desde l'aprovació per part de la Direcció i del Comité d'ètica, essent el període per la recollida de dades durant el mesos de novembre a març.

Els resultats obtinguts probablement ens permetin identificar una millora en el tractament de les altes i un millor fluxe d'informació amb l'atenció primària, fets que han de permetre una millora de l'estat de salut del pacient i del control de la malaltia així com una disminució en el número de reingressos.

Annexa 15-. Consentiment informat

Consentiment informat per participar en un estudi d'investigació

Títol de l'estudi:

Avaluació dels mecanismes de suport a l'alta del pacient mèdic complex ingressat en una unitat d'Hospitalització

Investigador principal: Toni Lázaro Carreras

Lloc de realització: Fundació Salut Empordà.

Nom del pacient: _____

A vostè se l'està convidant a participar en aquest estudi d'investigació. Abans de decidir de prendre-hi part o no, ha de conèixer i comprendre cada un dels següents apartats. Aquest procés es coneix com consentiment informat. Te absoluta llibertat per preguntar sobre qualsevol aspecte que l'ajudi a aclarir els seus dubtes sobre això. Un cop hagueu comprès l'estudi i si vol participar, llavors se li demanarà que signi aquesta forma de consentiment, de la qual se li lliurarà una còpia signada i datada.

Aquest estudi és important perquè els resultats ens permetran valorar un nou model assistencial més enfocat a la persona i les seves necessitats individuals, el control de la malaltia per part seva i un millor intercanvi d'informació amb el seu metge i infermera de capçalera.

A vostè se li està convidant a participar en un estudi de recerca que té com a objectius Millorar els mecanismes de suport a l'alta hospitalària dels pacients crònics complexos.

Està demostrat en altres estudis de característiques similars que el seguiment de tot el procés de la malaltia crònica tant desde l'atenció primària com en el cas d'ingrés a l'hospital, així com una comunicació efectiva entre els dos, comporten una millora pel pacient i una disminució dels ingressos. Aquest estudi permetrà que en un futur altres pacients puguin beneficiar-se del coneixement obtingut.

En el cas que accepti a participar, se li realitzaran unes preguntes relacionades amb la seva malaltia i es planificaran unes actuacions per part d'infermeria per tal de millorar els seus coneixements i hàbits. Cal tenir present que el fet d'acceptar la participació no suposa cap risc per la seva salut.

Aclariments:

La seva decisió de participar en l'estudi és completament voluntària. No hi haurà cap conseqüència desfavorable per a vostè, en cas de no acceptar la invitació. Si decideix participar en l'estudi pot retirar en el moment que ho



desitgi i poden informar o no, les raons d'aquesta decisió, la qual serà respectada en la seva integritat. No haurà de fer cap despesa durant l'estudi. No rebrà pagament per la seva participació. En el transcurs de l'estudi vostè podrà sol·licitar informació actualitzada sobre el mateix a l'investigador responsable. La informació obtinguda en aquest estudi, utilitzada per a la identificació de cada pacient, s'ha de mantenir amb estricta confidencialitat pel grup d'investigadors.

Si considera que no hi ha dubtes ni preguntes sobre la seva participació, pot, si així ho desitja, signar la Carta de consentiment informat que forma part d'aquest document.

CARTA DE CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, _____ he llegit i entès la informació anterior i les meves preguntes han estat respostes de manera satisfactòria. He estat informat i entenc que les dades obtingudes en l'estudi poden ser publicades o difoses amb fins científics. Convinc participar en aquest estudi d'investigació. Rebré una còpia signada i datada d'aquesta forma de consentiment.

Signatura del participant o del pare o tutor

Data

Testimoni 1

Data

Testimoni 2

Data

Aquesta part ha de ser completada pel Investigador (o el seu representant): He explicat al Sr (a). _____ La naturalesa i els propòsits de la investigació, li he explicat sobre els riscos i beneficis que implica la seva participació. He contestat a les preguntes en la mesura del possible i he preguntat si té algun dubte. Accepto que he llegit i conec la normativitat corresponent per fer recerca amb éssers humans i em afecció a ella. Un cop conculsa la sessió de preguntes i respostes, es va procedir a signar el present document.

Signatura de l'investigador

Data

CARTA DE REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Títol de l'estudi:

Avaluació dels mecanismes de suport a l'alta del pacient mèdic complex ingressat en una unitat d'Hospitalització

Investigador principal: Toni Lázaro Carreras

Lloc de realització: Fundació Salut Empordà.

Nom del paciente: _____

Per aquest conducte desitjo informar de la meua decisió de retirar-me d'aquest protocol de recerca per les següents raons:

Si el pacient així ho desitja, podrà sol·licitar que li sigui lliurada tota la informació que s'hagi demanat sobre ell, amb motiu de la seva participació en aquest estudi.

Signatura del participant o del pare o tutor

Data

testimoni

Data

testimoni

Data

(S'ha d'elaborar per duplicat quedant una còpia en poder del pacient)