

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO PARA PACIENTES CON SINDROME DE APNEA DEL SUEÑO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/a: Juana M^a González López

TUTOR: Dr. José Luís Medina

CURSO ACADÉMICO 2016 - 2017



Health Universitat de
Barcelona
Campus

i) Escola d'Infermeria



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

INDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT	
2. INTRODUCCIÓN-----	PÁG 1
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN-----	PÁG 6
4 .OBJETIVOS-----	PÁG 6
4.1 OBJETIVO GENERAL-----	PÁG 5
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS-----	PÁG 6
5. METODOLOGIA-----	PÁG 6
5.1 POSICION PARADIGMATICA-----	PÁG 6
5.2 TIPO DE ESTUDIO-----	PÁG 9
5.3 ÁMBITO DE ESTUDIO-----	PÁG 12
5.4 PARTIPANTES DEL ESTUDIO -----	PÁG 12
5.5 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS-----	PÁG 13
5.6 TIPO DE ANALISIS DE DATOS -----	PÁG 16
6. ASPECTOS ETICOS-----	PÁG 17
7. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR-----	PÁG 18
8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES-----	PÁG 19
9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA-----	PÀG 19
10 PRESUPUESTO -----	PÀG 20
11 CRONOGRAMA-----	PÀG 20
12 BIBLIOGRAFIA-----	PÁG 21
13. ANEXOS-----	PÁG 31

RESÚMEN:

El Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), es una patología respiratoria crónica con un elevado índice de mortalidad y con importantes complicaciones a nivel neurológico, cardiológico y metabólico. Una enfermedad infra diagnosticada en aumento con escasas unidades especializadas para su control y seguimiento, planteándose la atención primaria como una posibilidad para conseguir un cuidado holístico de este tipo de enfermos. El objetivo principal de este estudio es promover la mejora en el seguimiento de los pacientes con SAOS desde el Centro de Atención primaria de la Creu Alta y bajo la perspectiva de los profesionales implicados.

El diseño para dar respuesta fue descriptivo de tipo cualitativo a través de la metodología Investigación Acción Participativa que nos permitirá conocer la posibilidad de la implantación de un plan de curas. Los sujetos de estudio son 12 enfermera/os mediante la triangulación de datos a través de la observación participante, grupos de discusión, diario de campo, seguido de un análisis del contenido mediante la creación de categorías temáticas con un software informático Atlas ti 7.5. Se tuvieron en cuenta los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confiabilidad. Todos los participantes firmarán un consentimiento informado.

Palabras clave: Enfermería, SAOS, cuidado enfermero, atención primaria.

ABSTRACT:

Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is a chronic respiratory disease with a high mortality rate and significant neurological, cardiological and metabolic complications. An underdiagnosed disease with few specialized units for its control and follow-up, with primary care being considered as a possibility to obtain a holistic care of this type of patients. The main objective of this study is to promote the improvement in the follow-up of patients with OSAS from the

Primary Care Center of the Creu Alta and from the perspective of the professionals involved.

The design to respond was qualitative descriptive through the Research Participatory Action methodology that will allow us to know the possibility of implementing a cure plan. The study subjects were 12 nurses by means of triangulation of data through participant observation, discussion groups, field diary, followed by a content analysis by creating thematic categories with a computer software Atlasti7.5. They had into account the criteria of credibility, transferability, dependence and reliability. All participants will sign an informed consent.

Key Words: SAHS, nursing, Care nurse, primary care.

2. INTRODUCCIÓN

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El estudio de los trastornos respiratorios durante el sueño, se inició en 1956 en que Burwell y colaboradores realizaron la primera descripción clínica de una entidad ya definida por Osler (1892) como síndrome de Pickwick (tomado de un personaje de la obra de Pickwick de Charles Dickens llamado Joe, un sujeto obeso y roncador que se quedaba dormido en cualquier situación). Mr Pickwick fue incorporado a la historia de la medicina en 1956 por el doctor Sidney Burwell, siendo ya Osler catedrático de medicina interna en la recién creada facultad de medicina de la Universidad de Johns Hopkins de Baltimore, donde publicó su obra *The principles and practice of medicine*, que se convertiría en el libro de texto de medicina interna más leído de Estados Unidos durante mucho tiempo. Este síndrome fue descrito originalmente por la aparición de somnolencia diurna, insuficiencia respiratoria, cianosis y cor pulmonare en pacientes que tenían en común una marcada obesidad y ser grandes roncadores. En 1956, Gastaut realizó la primera aproximación fisiopatológica al síndrome de Pickwick: describió por primera vez la existencia de pausas respiratorias (apneas) durante el sueño en estos pacientes, especulando que esa era la probable causa de este trastorno. A pesar de que la fisiopatología de esta enfermedad seguía siendo una incógnita, por primera vez se daba una definición clínica al problema. En 1975 un neurólogo francés Christian Guilleminault aplica el término síndrome de apnea del sueño tal y como hoy lo conocemos, pero no es hasta 1981 cuando Sullivan incorpora, la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) al tratamiento. Desconocida hasta hace poco se trata de una enfermedad que por su gran frecuencia y por sus consecuencias sobre la salud representa un importante problema (1)(2).

El Síndrome de Apnea del Sueño (SAOS) es una patología que ha ido evolucionado científicamente con un aumento sustancial del conocimiento. En apenas un cuarto de siglo esta enfermedad se ha convertido en una de las derivaciones más frecuentes que desde Atención primaria se realiza a especializada(3). Este camino del SAOS ha sido debido a varios factores, entre ellos, al descubrimiento de que es una enfermedad enormemente frecuente ya

que afecta a un 2-6% de la població general(4), sobre a todo a grups de risc de gran importància en términos epidemiol gics com els ancians, els obesos, o els roncadors (3). La Gestió del SAOS es complexa per als sistemes de salut de atenció primària que són la porta d'entrada de esta patologia i on se lleva a cabo el cribado i derivació(5)(6) a unitats especialitzades (7)(8). Es aquí, en els CAP, on acuden per consultar la clínica característica: ronquidos, despertares recurrentes, asf xias repetidas durant el sueño, percepci o de sueño no reparador, cansancio, fatiga, somnolencia diurna i dificultades de concentraci o(9)(10).

La Acadèmia Americana de Medicina del sueño (AAMS) define el SAOS com "una enfermedad que se caracteriza por episodios repetitivos de obstrucci o total (apnea) o parcial (hipo apnea) de la vía aérea superior debido al colapso de las partes blandas durante el sueño. Estos eventos provocan una disminuci o de la saturaci o sanguínea de oxígeno >90% que finalizan en un breve despertar secundario a episodios repetidos de obstrucci o de la vía aérea superior durante el sueño"(11)(12)(4). Por definici o los eventos de apnea tienen una duraci o mínima de 10 segundos (4), la AASM sugiere la siguiente clasificaci o del SAOS dependiendo del número de apneas por hora: de 5-15 ligero, de 16-30 nivel moderado y más de 31 nivel severo(10)(6) (13). El diagnóstico control y seguimiento se realiza en las unidades especializadas del sueño a través de la poligrafía ambulatoria (14)(15)(16) y el test de Epworth.(17)(18)(19)(20).

Debido al escaso número de unidades especializadas (3), cada vez más se est n llevando a cabo pruebas diagnósticas a nivel ambulatorio (8) y en la búsqueda de una alternativa, se han desarrollado equipos domiciliarios con una relaci o coste efectividad bastante aceptable (21)(22)(23)(24)(25). Los principales tratamientos para el control del SAOS s n: pérdida de peso y medidas higiénico dietéticas, higiene del sueño, tratamiento postural (26)(27) colocaci o de aparatos mecánicos, y de presi o continua de aire (CPAP) (*continuous positive airflow presi o*) (28) y procedimientos quirúrgicos en los casos más graves (29)(30)(31)(32). La presencia del SAOS afecta de manera negativa a la calidad de vida de los pacientes puesto que interfiere con las

actividades de la vida diaria y en las relaciones sociales. La obesidad(33)(34)(35) es uno de los factores de riesgo (24) más importantes asociados a esta enfermedad con altas tasas dando lugar a una mayor incidencia del SAOS, que es comparable ya a otras patologías crónicas, mientras que los servicios de salud no están preparados para atender a este gran número de afectados.

A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAOS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad (4)(36)(32), evidencian que aún existe un elevado número de personas portadoras de un SAOS relevante, que no están en seguimiento control y tratamiento, y que tan solo se han diagnosticado y tratado un numero muy reducido de esta población (3). Esta situación nos indica que este tipo de patología aún está lejos de ser situada en una situación optima (37).

Aunque se trata de una enfermedad infra diagnosticada (3) en la sociedad occidental la sufren el 15% de hombres, y un 5% de las mujeres de mediana edad, que aumenta con la edad (4) y se asocia a trastornos metabólicos(38) (39)(40) y cardiovasculares (41)(42)(43)(44). Además se asocia a una elevada mortalidad y accidentabilidad (11)(45)(46)(7) respecto a las personas sin trastorno del sueño. Por ello y teniendo en cuenta las complicaciones médicas del SAOS, así como las repercusiones socio laborales y su negativo impacto en la calidad de vida (47)(4) y supervivencia se puede considerar que esta enfermedad es un problema de salud pública (48)(49)(3)(23) que obliga a los diferentes centros a identificar los pacientes sin tratamiento, incluso recientes estudios demuestran que no diagnosticar, tratar y controlar a los pacientes con SAOS supone un consumo de recursos entre 2 y 3 veces mayor que el de la población sin SAOS (15) .

La alta prevalencia del SAOS y el aumento de la conciencia de sus serias consecuencias potenciales para la salud ha supuesto un importante cambio sobre las unidades especializadas de esta patología generando de esta forma un incremento de la presión asistencial. Hasta hace poco, el control y seguimiento de estos enfermos se llevaba a cabo en estas unidades del sueño,

sin embargo, este enfoque es caro (8) y aunque su número se ha triplicado en los últimos años, se consideran insuficientes, y genera unos elevados costes sanitarios en equipamiento y personal a la vez que no están adecuadamente dotadas para atender este volumen de demanda que cada vez más va en aumento, y que ocasiona largas listas de espera (6)(48)(21). Esta situación, genera una serie de retrasos (48) en el control de esta patología que en ocasiones llega a varios años (50). En consecuencia, y como solución a este problema, se ha detectado un notorio aumento en el interés del uso de modelos ambulatorios y domiciliarios mucho más simplificados de atención (51) que incluyen el diseño de protocolos y cuestionarios de cribado previo de pacientes, herramientas clínicas de predicción, así como el monitoreo del sueño en el hogar (52) y el manejo ambulatorio del SAOS (51). La finalidad de estos modelos ambulatorios (3) son reducir la necesidad de llevar a cabo pruebas complementarias disminuyendo las listas de espera (53), ahorrando costes sanitarios, acelerando el acceso al diagnóstico y tratamiento, para poder alcanzar un nivel de diagnóstico que se aproxima a un 90%(9), es por ello que en todo el mundo se han buscado diferentes alternativas para el diagnóstico, control y seguimiento de estos pacientes (54). De esta forma y trabajando en coordinación con las unidades de referencia (49) para los casos más difíciles o dudosos, se intenta crear una nueva alternativa en la línea de diagnóstico, control y seguimiento del SAOS (4).

En la actualidad se está estudiando la posibilidad de gama más amplia de servicios de salud (46) que incluyan enfermeros capacitados y médicos generalistas, en la atención primaria (55) del SAOS, ya que es en este nuevo escenario, donde existe un gran interés por la continuidad asistencial (49) de estos pacientes y en involucrar a otros profesionales de la salud en el tratamiento, control y seguimiento de esta enfermedad crónica. El personal sanitario de atención primaria (AP)(56) deben estar implicados en el manejo y la gestión de cualquier enfermedad crónica y común (3).

Algunos estudios recientes llevados a cabo que evalúan la eficacia clínica de las estrategias de manejo ambulatorio (19) versus atención tradicional basada en el laboratorio para pacientes con SAOS, y que han podido demostrar

reiteradamente que se pueden lograr resultados comparables de los pacientes(50)(52).

La Atención Primaria se plantea como una alternativa coste efectiva (23) para asegurar el correcto cumplimiento del tratamiento prescrito en personas con SAOS, incluso un reciente estudio (15)(57) revela que el seguimiento de los pacientes con SAOS en las consultas de atención primaria es tan efectivo o más que el seguimiento ofrecido desde las unidades hospitalarias especializadas del sueño (6)(9) para mejorar el estado de salud de los pacientes(58). Además, este seguimiento realizado desde los CAPS permite un ahorro del 60% de los costes sanitarios (7).

Este estudio propone la atención primaria como una alternativa coste efectiva para asegurar el cumplimiento del tratamiento de los pacientes y mejorar, así, su estado de salud y su calidad de vida (5). Es importante concienciar a los CAPS sobre la existencia e importancia de los trastornos del sueño y lanzar el mensaje a los afectados de que estos problemas deben identificarse y tratarse para evitar complicaciones y patologías graves. Los CAP son los centros de referencia para el control y seguimiento de la cronicidad a través de los planes de cuidados (59) (60) y bajo el modelo de Virginia Henderson basado en la valoración de las 14 necesidades obteniéndose un control holístico del paciente. En síntesis consideramos que estos planes asistenciales podrían ser utilizados con el objetivo de mejorar el estado de salud (60) y que pueden ser tan efectivos como el ofrecido por las unidades hospitalarias especializadas, permitiendo una mejor gestión y control de la patología, una reducción de las listas de espera (48), además de un ahorro de los costes sanitarios hospitalarios, pudiendo ser destinados a efectos de investigación.

Para llevar a cabo este estudio se han consultado las bases de datos de Pub Med, Elsevier y Fistera llevándose a cabo una selección de 70 artículos para el estudio.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué repercusiones tiene en la autonomía y la calidad de vida del paciente diagnosticado de SAOS un programa de control y seguimiento realizado desde la Atención primaria?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Promover la mejora en el control y seguimiento de los pacientes con diagnóstico de SAOS en relación al programa de la cronicidad desde CAP Creu Alta (C.Alta) de Sabadell.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar a través de la evidencia científica las necesidades y los aspectos de mejora en el control de los pacientes con SAOS mediante la valoración enfermera.
- Definir las intervenciones y actividades de enfermería, así como los instrumentos de recogida de datos para el control y seguimiento de los pacientes con SAOS.
- Determinar las estrategias de cambio para el control y seguimiento de estos pacientes.
- Evaluar la efectividad de los planes de cuidados implementados.
- Comprender la experiencia del proceso de cambio desde el punto de vista de las enfermeras de atención primaria y de los pacientes diagnosticados de SAOS.

5. METODOLOGÍA:

5.1 POSICIÓN PARADIGMATICA.

Este estudio se origina en el marco de la investigación cualitativa, reconocida como un amplio campo en el que se lleva cabo una serie de teorías, métodos y análisis que pretenden comprender la realidad y en ocasiones transformarla.

Por lo tanto consideramos que la Investigación cualitativa es la mas adecuada para poder adquirir una perspectiva sobre la naturaleza de la realidad, del conocimiento y las personas.

La perspectiva paradigmática de este estudio es la Constructivista según Guba & Lincoln (61), ya que entendemos que la realidad sólo existe en forma de múltiples construcciones mentales y sociales (62), que puede haber elementos compartidos y aspectos únicos en la realidad de cada cual que incluso, después de la interacción, pueden cambiar y construir conocimiento. Así pues, podemos decir, que el propósito último de la investigación es entender y reconstruir las construcciones que la gente, investigador incluido, sostiene inicialmente con el objetivo de obtener un consenso, pero aún estar abierto a nuevas interpretaciones al ir mejorando la información y sofisticación. La defensa y el activismo son conceptos clave de este paradigma. Ontológicamente el paradigma constructivista que da sustento a esta investigación es relativista. Se entiende que las enfermeras de atención primaria trabajan en un sistema organizativo diferente a las enfermeras de atención especializada, esto hace que tengan vivencias y realidades diferentes u opuestas ante un mismo hecho, aunque también a menudo, hay elementos compartidos. Los conceptos sobre el programa que ambos grupos de enfermeras tienen por separado, se verán mejorados al tener más información sobre la coordinación entre grupos de trabajo y al desarrollar nuevos conocimientos consensuados sobre esa nueva realidad sujeta a revisiones continuas. El conocimiento de las enfermeras de atención primaria será cada vez más informado y más sofisticado a través del diálogo constructivo entre ellas.

Desde el punto de vista epistemológico (el tipo de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido) es transaccional y subjetivista. En este paradigma, el investigador y el grupo de enfermeras de atención primaria están vinculados interactivamente. El investigador les guía, juega un papel de participante y facilitador a la hora de aportar información, analiza las observaciones recogidas después de la implantación de los cambios y la reflexión sobre lo ocurrido, pero son las enfermeras de AP quienes

decidirán hacia dónde va la investigación y qué cambios se realizan. Los hallazgos sobre cómo mejorar el control y seguimiento de los pacientes con SAOS serán creados al ir avanzando la investigación.

Este paradigma se desarrolla metodológicamente a través del círculo hermenéutico (interpretativo). A medida que avance la implementación del programa se irán produciendo discusiones, negociaciones y reinterpretaciones mediante las cuales, las enfermeras de atención primaria en colaboración con el investigador serán capaces de reconstruir por ellas mismas su conocimiento inicial sobre la coordinación del control y seguimiento de estos pacientes entre grupos y ahora sí de una forma consensuada y más informada. Aquí el investigador hace explícitas sus intenciones, intereses y responsabilidades. Su papel es el de facilitador del trabajo de las enfermeras de atención primaria y a sí mismo de la construcción de nuevos conocimientos. Ayuda a las enfermeras a que elaboren sus reconstrucciones y al sentirse éstas estimuladas a actuar sobre ello.

La dimensión axiológica de este paradigma considera que los valores no son neutros. Es más, los valores se consideran ineludibles en la creación de los resultados de las investigaciones. Los valores de las enfermeras de atención primaria y del investigador estarán siempre incluidos en la creación del nuevo conocimiento y dando la misma importancia tanto a los valores de las enfermeras como a los del mismo investigador.

El principal objetivo de la investigación cualitativa es describir e interpretar un fenómeno para que se conozca de manera más compleja y profunda, por ello se seleccionarán aquellas respuestas que mejor describan el fenómeno que intentamos explicar. Investigar implica actos creativos, y en caso de la investigación cualitativa, también actos intuitivos. Los diseños cualitativos son guías flexibles que sitúan al investigador en el campo, y es aquí, dentro del propio campo, donde el diseño se va construyendo, el diseño emerge durante el propio estudio. Este carácter emergente, sin embargo, no excluye la necesidad de un diseño previo. A continuación, se muestra la concreción del paradigma constructivista en un diseño de Investigación-Acción- Participativa (IAP)

5.2 TIPO DE ESTUDIO:

El diseño escogido para realizar este estudio es la investigación acción participante según el modelo definido por Kemmis y Mc Taggart, (1988)

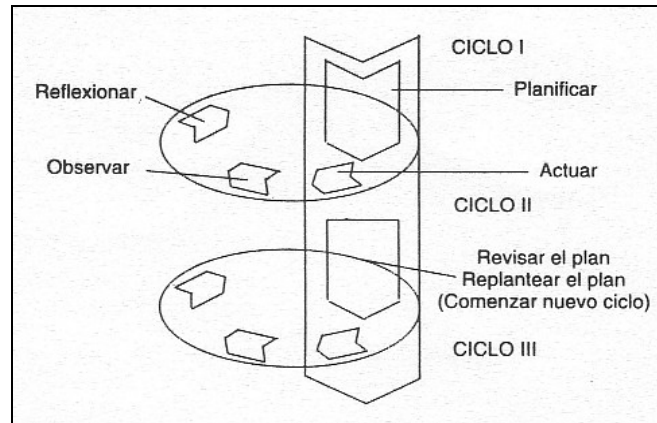


Figura 1.- Los momentos de la investigación acción participativa (Kemmis y McTaggart, 1988)

Según autores como Eliot, J (1993) Kemmis, S , Mc Taggart, R (1988) y Lewin, K (1946) la IAP es un proceso cíclico y recursivo que implica la planificación de una acción de naturaleza exploratoria que pretende resolver un problema previamente identificado y en el que los protagonistas de la acción se constituyen como investigadores de ese proceso (63)(64)(65). Las siguientes son algunas de sus características principales que han sido recogidas en el diseño de esta investigación:

La investigación-acción integra conocimiento y acción (66) frente a otras concepciones que separan la investigación (cuyo objeto es conocer la realidad y la práctica asistencial que se vale de las técnicas y recomendaciones extraídas de aquélla). En la investigación-acción, conocer y actuar, la investigación y la práctica, forman parte del mismo fenómeno (67).

Llevamos a cabo la IAP en este estudio como proceso abierto, holístico e igualitario entre investigadores y prácticos y en el que las enfermeras decidirán y llevaran a cabo los cambios en su práctica (66).

En la investigación-acción la acción planificada al mismo tiempo que pretende resolver el problema incorpora una actitud intencionalmente indagadora de la situación que se pretende mejorar. El foco de la investigación será el proceso de acción (el programa de control y seguimiento) para lograr la mejora: la situación problemática llega a ser comprendida a través del intento de cambiarla y cambiada a través del intento de comprenderla.

La investigación-acción la llevan a cabo los propios implicados en la situación que se investiga. El que investiga y el que actúa, la enfermera, reúne en su persona el conocimiento y la acción. La acción mediante la cual se prueba la "hipótesis" (conocimiento) es también un proceso mediante el cual se intenta llevar a cabo un cambio o mejora deseada en la atención de enfermería (acción).

El objeto de la investigación-acción no es únicamente desarrollar conocimiento, sino mejorar la práctica, tanto de sus cualidades procesuales como de las condiciones en las que tiene lugar. Como consecuencia del proceso de investigación-acción se produce un conocimiento que está siempre al servicio del cambio y la mejora asistencial.

De estos rasgos, los dos más relevantes son los que se refieren al "objeto" de la Investigación-acción y al papel que en ella juega el investigador. El punto de partida de la investigación son las preocupaciones y problemas que las enfermeras perciben como tales y no las cuestiones que investigadores ajenos a la realidad del cuidado profesional puedan plantear. La otra característica clave es que actúa "con" las enfermeras y no "sobre" ellas, la enfermera y su práctica son simultáneamente objeto y sujeto de investigación.

Todas estas características hacen que la IAP se adapte a nuestro estudio y consideramos que es el enfoque metodológico más adecuado porque nuestro propósito es generar cambios a nivel individual i/ o colectivo en el seguimiento de los pacientes con SAOS del CAP y especializada pero siempre bajo la opinión y participación de estos profesionales siendo ellos los que aportan la participación más activa, su compromiso y responsabilidad.

Con este método facilitaremos un lugar de encuentro en donde ellos dialogan,

colaboran analizan la situación, planean y elaboran estrategias de acción que posteriormente son sometidas a observación reflexión y cambio.

En definitiva, la IAP es el método que integra el conocimiento y la acción. Su finalidad es cambiar la práctica y no solo el aumento del conocimiento.

DISEÑO DE LAS ETAPAS DEL ESTUDIO:

1º ciclo

Reconocimiento del terreno: consiste en obtener información relacionada con el conocimiento del contexto sobre el problema del control y seguimiento de los pacientes con SAOS ya sea a través de las enfermeras de AP, las personas o de la documentación sobre el tema.

1. Planificación. Con la finalidad de que las enfermeras de AP describan las acciones que realizarán en la siguiente etapa para diseñar el plan de cuidados de los pacientes con SAOS y que posteriormente será experimentado además de la elaboración de su propio plan de ruta. Se establece un contrato con los roles de cada participante.

2-3. Acción y observación. Las enfermeras de AP aplican su actuación a la vez que junto al investigador se auto observan y documentan sus acciones para ver lo que sucede.

4. Reflexión. Las enfermeras de AP y el investigador primero a nivel individual y después colectivo, evalúan la actuación observada, el proyecto y el proceso a través de la discusión y de la reflexión.

Una vez finalizada esta fase se llevará a cabo un segundo ciclo con sus 4 etapas (proceso en espiral) volviendo a re planificar para poder aplicar en esta segunda vuelta todo lo aprendido en la anterior.

2º ciclo

1. Re planificación: Las enfermeras de AP elaboran un nuevo plan de cuidados utilizando toda la información obtenida en el primer ciclo, y enfocada a realizar nuevas acciones de mejora para poderlas implantar en la actuación habitual.

2-3. Acción y Observación: El grupo de enfermeras del CAP II llevarán a cabo durante un tiempo las intervenciones definidas en el nuevo plan a fin de establecerlas como habituales. Y volverán a observar que sucede después de aplicar estas acciones.

4. Reflexión: El grupo evalúa, como en el ciclo anterior a través de la discusión y la reflexión individual y colectiva, el efecto de las nuevas acciones implantadas en este segundo ciclo y todo el proceso realizado.

En este caso el grupo investigador considera necesario realizar 2 ciclos inicialmente para conseguir los objetivos que perseguían.

5.3 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el CAP C.Alta de Sabadell, un centro público de la zona del valles occidental perteneciente al área metropolitana Norte y gestionado por el Institut Català de la Salut (ICS).

5.4 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO, CARACTERÍSTICAS O PERFIL

La población de nuestro estudio será: las 9 enfermeras del CAP junto con las tres enfermeras de la Unidad del sueño del Hospital Universitario Parc Taulí (HUPT) de Sabadell. Disponemos de un único perfil, enfermera de AP diplomada en enfermería y que trabaja en el ámbito de la atención primaria / consultas externas en el área de Vallés Occidental con formación adecuada al cargo profesional.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Participarán en el estudio el personal DI con experiencia en AP de más de dos años, con estudios de master en A. primaria y estar trabajando en cualquiera de los dos centros de Sabadell que den su consentimiento voluntario para participar en él.

Se excluirá al personal no titulado como Diplomado en Enfermería y que no contemple ninguno de los requisitos anteriormente mencionados.

TÉCNICAS DE MUESTREO Y RECLUTAMIENTO

Emplearemos un muestreo no probabilístico, (individuos que tienen un conocimiento profundo del tema bajo estudio y se considera que la información aportada por esas personas es vital para la toma de decisiones) intencionado homogéneo. El motivo de esta elección es que queremos incluir a todas las enfermeras del CAP C. Alta y la unidad del sueño del HUPT y que acepten formar parte del estudio.

Para empezar, se realizará una reunión con la Dirección enfermera del CAP Creu Alta de Sabadell donde se explicará el objetivo y el desarrollo del estudio y se entregará una copia escrita del proyecto de investigación. Una vez explicado el proyecto y obtenido el beneplácito, seguiremos con el proyecto.

Iniciaremos la fase de reclutamiento: se enviará un correo electrónico a las posibles participantes del estudio citándolos en el CAP C. Alta para realizar una sesión informativa. Allí se realizará una aproximación al estudio, se explicarán los objetivos, el desarrollo de la investigación y la aplicabilidad de este. En este momento aprovecharemos para explicar y entregar un documento de consentimiento informado para que los participantes puedan leerlo y firmarlo, aceptando participar en la investigación.

5.5 TECNICAS DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

La metodología empleada combinará el proceso de adquisición de información bibliográfica y documental legislativa con el uso de diversas técnicas cualitativas como son la Observación Participante, grupos de discusión y el diario de campo.

A. OBSERVACION PARTICIPANTE

Según Gold (1958) la postura del *observador como participante* faculta al investigador a participar en las actividades grupales como es deseado (68).

El investigador participa en las actividades que el grupo investigado realiza con el objetivo de obtener otro punto de vista que desde el exterior simplemente no se observa.

La observación será realizada por el investigador y se registrará lo observado en su diario de campo. La observación será llevada a cabo durante 3-4 meses a través de notas organizadas y estructuradas además de la grabación en video de todas las entrevistas realizadas para posteriormente no solo transcribirlas textualmente, sino también para observar y analizar el lenguaje no verbal (Anexo 3)

Como nos basamos en el modelo de Kemmis y Mc Taggart que afirma que podemos objetivar un cambio analizando las 3 dimensiones incluidas en la cultura de los grupos que son el lenguaje, las actividades y las relaciones, focalizaremos la observación en estas 3 dimensiones, en el momento del manejo de casos nuevos de pacientes con SAOS

La observación participante contiene una aproximación más ética dado que las actividades de observación del investigador son conocidas para el grupo estudiado, si bien el énfasis para el investigador es recoger datos, más que participar en las actividades observadas.

B. GRUPOS DE ANALISIS Y DISCUSION

Esta estrategia se utilizará en el primer momento (planificación) y en el cuarto momento (reflexión) de los dos ciclos de IA que desarrollaremos.

GRUPO DE PLANIFICACIÓN (primer ciclo) Los participantes planificarán cómo van a realizar la acción observación de su práctica y el investigador distribuirá a los participantes documentación sobre la descripción del modelo de Kemmis y McTaggart y la observación participante. Además, se entregará a los participantes el instrumento de recogida de información diaria en forma de diario de campo.

GRUPO DE REFLEXIÓN (primer ciclo). Una vez finalizados los planes y procesos de cuidados de los pacientes los participantes pondrán en común lo que piensan de su práctica.

REUNIONES DE REFLEXION COLECTIVA (primer ciclo)

Los participantes pondrán en común lo que piensan de su práctica, al responder a 6 preguntas (ANEXO 2) presentando los datos de sus diarios de campo.

La reflexión del grupo llevará a un plan revisado para poder empezar el segundo ciclo de IAP.

GRUPO DE PLANIFICACIÓN (segundo ciclo): A partir de las reflexiones críticas y los datos que recogieron en la observación se establece un listado de mejoras que tras la priorización por parte del grupo derivan en el plan de acción de mejora que llevaran a cabo para a posteriori poder realizar la nueva observación.

GRUPO DE REFLEXION (Segundo ciclo): La reflexión colectiva se basará de nuevo en las reflexiones individuales de los participantes. Los participantes analizarán lo ocurrido en relación a los cambios aplicados.

La duración de la reunión será de entre 60-90 minutos.

Se realizará un registro de la reunión mediante 2 grabadoras de voz en los extremos de la mesa. El registro literal de la reunión se transcribe al ordenador añadiendo las anotaciones sobre la comunicación no verbal registradas por el observador y se envía a los miembros del grupo para que lo validen (Anexo 2).

C. DIARIO DE CAMPO DEL INVESTIGADOR

Lo realiza el investigador y se utilizará durante toda la investigación. Se recogerán de una forma narrativo-descriptiva las observaciones, reflexiones y reacciones sobre lo vivido, percibido y sentido. El diario de campo nos permite recopilar toda la información tanto objetiva como subjetiva tanto del investigador como de los participantes.

* Primeras intuiciones (*insights*), interpretaciones, análisis e hipótesis acerca de lo que está ocurriendo.

* Notas metodológicas, relacionadas con la historia metodológica del estudio: número de personas entrevistadas, fecha, hora, lugar, duración de los encuentros, problemas encontrados, modificaciones introducidas en el proyecto inicial.

* Notas descriptivas, describiendo las situaciones observadas (sujetos, naturaleza de la relación, acontecimientos producidos, aspecto físico de los lugares, etc.).

* Notas teóricas, proceso de interpretación y comprensión durante el proceso de recogida de datos. Notas personales: las vivencias, percepciones, sentimientos y reacciones del investigador (Anexos 4 y 5).

5.6. TIPO DE ANALISIS DE DATOS Y PROGRAMA INFORMATICO:

Para el estudio que queremos realizar, hemos decidido utilizar el análisis de contenido que va en la línea de nuestro paradigma constructivista donde perseguimos la búsqueda del conocimiento desde el punto de vista de los participantes. Para realizar el análisis de los datos, organizaremos y sistematizaremos las informaciones obtenidas, en los grupos de discusión, la observación y los diarios de campo que hayamos realizado, basándonos en los criterios de la relevancia teórica del material para la investigación obteniendo de esta manera un marco explicativo que establezca una relación entre la información. El método de análisis de datos será el propuesto por Miles y Huberman (69) que se desarrolla en tres fases:

En primer lugar, realizaremos una reducción de datos este procedimiento se realizará en tres sub etapas: 1. separación de unidades de contenido, 2. Identificación y clasificación de los elementos, 3. Síntesis y agrupamiento

La segunda fase consiste en la disposición y agrupamiento de los datos. Aquí utilizaremos los diagramas propuestos por Strauss y Corbin (1990) que son representaciones gráficas o imágenes visuales de las relaciones entre conceptos.

Por último, en la tercera fase se realizará la obtención de resultados y verificación de las conclusiones, que implican el uso de metáforas y analogías,

así como la inclusión de viñetas donde aparezcan fragmentos narrativos e interpretaciones del investigador. Esta fase culmina con las oportunas estrategias de triangulación, auditoría y validación con el resto de investigadores y los participantes. En la actualidad existen programas que facilitan el análisis de datos ayudando a sistematizar y optimizar los datos manteniendo la calidad sin alterar la creatividad de los investigadores, la pluralidad de los tipos de análisis y las características de la metodología cualitativa (flexibilidad y razonamiento inductivo) pero son solo una herramienta más. En este proyecto usaremos Como medio para la gestión de datos el programa informático ATLAS.ti7.5. Este software nos permitirá el tratamiento de los datos textuales y auditivos, así como de las imágenes de vídeos mediante la codificación intuitiva, permitiéndonos un número ilimitado de códigos, segmentos y notas que nos facilitará las tareas mecánicas del análisis ya que nos permite fragmentar, buscar y recuperar los datos.

6. ASPECTOS ÉTICOS:

Antes de iniciar el estudio se llevará a cabo una solicitud de los permisos a los responsables clínicos de enfermería de los diferentes centros y al Comité de Ética en investigación de la zona para su aprobación.

Se pactará, previamente con el responsable clínico de enfermería de cada centro, para la realización del proyecto.

Antes se obtendrá el consentimiento informado de los participantes que deben estar de acuerdo con ser informados y reconocer sus derechos a través de un documento escrito en el que se detallará el propósito del estudio resaltando el trato de los datos con la máxima confidencialidad. Se asegurará la protección de la identidad de las personas que participan: en todo momento se guardará la confidencialidad de los datos recogidos siguiendo las normativas bioéticas de la legislación vigente. El tratamiento la comunicación y la cesión de datos de los sujetos se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Se seguirán las indicaciones de la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona.

Por último, se respetará en todo momento el principio de no maleficencia y beneficencia establecidos para trabajar con personas.

7.CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR:

En este punto se detallan los procedimientos que, desde la óptica cualitativa se utilizarán para tratar la veracidad de esta investigación, es decir las estrategias usadas para alcanzar niveles elevados de rigor, credibilidad y validez en el conocimiento producido.

Para Guba & Lincon existen cuatro criterios que deben ser cumplidos para que los resultados de una investigación cualitativa puedan ser considerados como científicos: *Credibilidad* (Valor de verdad o validez interna en la investigación de corte positiva), *Transferibilidad* (aplicabilidad o validez externa), *Dependencia*(consistencia o fiabilidad) *Confirmabilidad* (neutralidad u objetividad de los estudios de corte positivista)(70).

CREDIBILIDAD: Explicaremos en el proyecto como realizaremos la recogida de datos mediante la observación participante, los grupos de discusión, los diarios de campo y las entrevistas en profundidad.

En el cronograma del estudio hemos previsto intercalar continuamente la recolección con la interpretación y el análisis de datos.

Tras las entrevistas y los grupos de discusión devolveros a cada participante el texto transcrito literalmente de lo que ha expresado para su revisión y validación.

Se llevará a cabo la triangulación de técnicas (grupo de discusión, observación participante, diario de campo, entrevista en profundidad).

TRANSFERIBILIDAD: describirá con todo detalle el método de muestreo y se realizará una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se llevará a cabo la investigación y los sujetos participantes. Así mismo, se describirá detalladamente el diseño del estudio.

CONFIRMABILIDAD: Se realizará una descripción exhaustiva del rol del investigador y una transcripción textual de las entrevistas, de la observación y

de los diarios. Además Se utilizarán las grabadoras de voz y se contrastará la información con los participantes y se llevara la contrastación de la literatura existente con el tema a tratar.

DEPENDENCIA (en cuanto a la estabilidad de datos)

Llevaremos a cabo la triangulación de datos, investigadores y de métodos (Denzin 1970). Descripción detallada de las técnicas de recogida de datos y el método de análisis, así como la descripción exhaustiva del contexto. Se describirá el rol de los investigadores y la toma de decisiones será llevada a cabo en el contexto de las etapas de reflexión y acción de la IAP.

8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

El estudio pueda verse afectado por la propia subjetividad del investigador principal, para evitarlo se llevarán a cabo las estrategias descritas en el punto anterior.

Otra limitación es la posibilidad de perder participantes durante el proceso de recogida de datos. Para minimizar esta posible limitación se llevará a cabo una fidelización de los participantes manteniéndolos informados de forma continuada del avance de la investigación.

9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Este estudio puede contribuir a una mayor comprensión del fenómeno de estudio que podría orientar estrategias de mejora para el manejo de los pacientes con SAOS y proporcionar una mejora de la calidad en los cuidados y en la seguridad clínica del paciente. Además, aportará un valor social y científico obteniendo un beneficio en la práctica asistencial en cuanto a la gestión de los pacientes con SAOS. Este estudio nos permitirá poder catalogar las necesidades, y las dudas características que facilitarán llevar a cabo la implantación de un programa de gestión de curas para los pacientes con SAOS tanto desde la perspectiva asistencial como de gestión.

10. PRESUPUESTO

➤ Transporte para cada participante.....	200 euros
➤ Video cámara.....	52,14 euros
➤ Grabadora de voz (X2).....	72,00 euros
➤ Material de oficina (Block de notas bolígrafos folios).....	30 euros
➤ Software datos cualitativos.....	400 euros
➤ Material perdurable (2 pen drives).....	25 euros
➤ Café para las pausas	20 euros
➤ Servicio de traducción	900 euros
➤ Fotocopias	100 euros
➤ Gratificación inscripción cursos y congresos.....	700 euros
TOTAL PRESUPUESTO:	2.499,14 euros

11. CRONOGRAMA

El proyecto será llevado a cabo en septiembre del 2017 tras la obtención de permisos llevándolo a fin en diciembre del 2018, presentándose la propuesta de cambio a la dirección del CAP (Anexo1).

12. BIBLIOGRAFIA

1.

[Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Guilleminault%20C%5BAut hor%5](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Guilleminault%20C%5BAut%20hor%5). The sleep apnea syndromes. *Annu Rev med.* 1976;27:465–84.
2. Escobar DV. Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño*. *Rev Medica Hered.* 2000;11(1729–214X):136–43.
3. Martínez-García MA, Durán-Cantolla J. Apnea del sueño en Atención Primaria. Puntos clave. [Internet]. 2009. 224 p. Available from: <http://www.semg.es/documentos-semg/consensos/362-apnea-del-sueno-en-atencion-primaria-puntos-clave.html>
4. Luis J, Alduenda C, Arredondo Del Bosque FM, Zúñiga MR, Maldonado AC, Vázquez García JC, et al. www.medigraphic.org.mx Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta. *Revisión Neumol Cir Torax Neumol Cir Torax.* 2010;69(2).
5. Papel de la atención primaria en el diagnóstico y control del SAHS. Criterios de derivación a las unidades de sueño y/o al especialista. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2005;41:43–4. Available from: <http://www.archbronconeumol.org/es/papel-atencion-primaria-el-diagnostico/articulo/13084324/> ER
6. Corral-Peñafiel J, Pepin J-L, Barbe F. Ambulatory monitoring in the diagnosis and management of obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur Respir Rev.* 2013;22:312–24.
7. Sanchez-de-la-Torre M, Nadal N, Cortijo A, Masa JF, Duran-Cantolla J, Valls J, et al. Role of primary care in the follow-up of patients with obstructive sleep apnoea undergoing CPAP treatment: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2015;70(4):346–52.
8. Andreu AL, Chiner E, Sancho-Chust JN, Pastor E, Llombart M, Gomez-Merino E, et al. Effect of an ambulatory diagnostic and treatment programme in patients with sleep apnoea. *Eur Respir J.* 2012;39(2):305–

- 12.
9. Hui DS, Ng SS, To K-W, Ko FW, Ngai J, Chan KKP, et al. A randomized controlled trial of an ambulatory approach versus the hospital-based approach in managing suspected obstructive sleep apnea syndrome. *Sci Rep*. 2017;7.
10. Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García MÁ, Marín JM, Ferrer A, Corral J, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconeumol* [Internet]. Elsevier; 2011 Mar [cited 2017 Apr 22];47(3):143–56. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289611000238>
11. Schwab RJ, Badr SM, Epstein LJ, Gay PC, Gozal D, Kohler M, et al. An official american thoracic society statement: Continuous positive airway pressure adherence tracking systems the optimal monitoring strategies and outcome measures in adults. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2013;188(5):613–20. Available from: www.atsjournals.org
12. Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García MÁ, Marín JM, Ferrer A, Corral J, et al. Diagnosis and treatment of sleep apnea-hypopnea syndrome. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Apr 26];47(3):143–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21398016>
13. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2017;13(3):479–504. Available from: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.6506>
14. Chai-Coetzer CL, Antic NA, McEvoy RD. Ambulatory models of care for obstructive sleep apnoea: Diagnosis and management. *Respirology*. 2013.
15. Chiner E, Al A, Jn S-C, -La-Torre S-D, Barbé F. The use of ambulatory

- strategies for the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in adults. *Expert Rev Respir Med.* 2013;71319(3):259–73.
16. Chai-Coetzer CL, Antic NA, McEvoy RD. Ambulatory models of care for obstructive sleep apnoea: Diagnosis and management. *Respirology.* 2013;18(4):605–15.
 17. British Snoring & Sleep Apnoea Association Epworth Sleepiness Scale Situation / Chance of Dozing. Available from:
<http://www.britishsnoring.co.uk>
 18. Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I. Validación de la versión española del test de somnolencia Epworth en pacientes con síndrome de apnea de sueño Validation of the Spanish versión of the Epworth Sleepiness Scale in patients with sleep apnea syndrome. *Arch Bronconeumol.* 1999;35:422–7.
 19. Primaria G de T de la G de PC para el M de P con T de A en A. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. 2008.
 20. Ramar K, Dort LC, Katz SG, Lettieri CJ, Harrod CG, Thomas SM, et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Snoring with Oral Appliance Therapy: An Update for 2015. *J Clin Sleep Med [Internet].* 2015 Jul 15 [cited 2017 Apr 26];11(7):773–827. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26094920>
 21. Cost-effectiveness of Continuous Positive Airway Pressure Treatment in Moderate-Severe Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Arch Bronconeumol.* 2016;52(9):461–9.
 22. Terán Santos J. Acreditaciones en neumología. Unidades de sueño. *Arch Bronconeumol.* 2009;45(6).
 23. Palanca Sánchez I, Barbé Illa F, Puertas Cuesta F, Elola Somoza J, Bernal Sobrino J, Paniagua Caparrós J. Unidad del sueño: estándares y

- recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid Minist Sanidad, Política Soc e Igual. 2011;
24. Araoz Illanes R, Katherine Virhuez Salguero Y, Guzmán Duchén H. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño como factor de riesgo para otras enfermedades Obstructive Sleep Apnea Syndrome as a Risk Factor for other diseases. *Rev Cient Cienc Medica*. 2011;14(1):25–30.
 25. González Mangado N, Egea Santaolalla C, Chiner Vives E, Capelastegui Saiz A de LRP. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. *Monogr Arch Bronconeumol* . 2015;2:156–77.
 26. Electronica R, Arina T, Publicado O, Ojer TA, Zona S, Ballaz LO, et al. Apnea del sueño. Cuidados de enfermería al paciente con apnea del sueño. 2011;1–8.
 27. Santos Ruiz S. Ayuda enfermera para el manejo de los síndromes de apnea del sueño. *Metas de enfermería*. 2009;12(7):51–6.
 28. Qaseem A, V P, Owens DK, Dallas P, Starkey M, Shekelle P. Management of Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. American College of Physicians; 2013 Sep 24 [cited 2017 May 5];123(7):532–5. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-159-7-201310010-00704>
 29. Westlake K, Plihalova A, Pretl M, Lattova Z, Polak J. Screening for obstructive sleep apnea syndrome in patients with type 2 diabetes mellitus: a prospective study on sensitivity of Berlin and STOP-Bang questionnaires. *Sleep Med* [Internet]. 2016;29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.009>
 30. Brown LK, Angus DC, Marin MG, Balmes JR, Barker AF, Ewart G, et al. An official American Thoracic Society statement: Position statement on ATS activities for the promotion of respiratory and sleep/wake health and the care of the critically ill in the United States. *Am J Respir Crit Care*

Med. 2009;

31. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2009 Jun 15 [cited 2017 Apr 26];5(3):263–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960649>
32. Camacho M, Certal V, Abdullatif J, Zaghi S, Ruoff CM, Capasso R, et al. Myofunctional Therapy to Treat Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2015;38(5):669–75.
33. Salord N, Gasa M, Mayos M, Fortuna-Gutierrez AM, Montserrat JM, Sánchez-De-La-Torre M, et al. Impact of OSA on Biological Markers in Morbid Obesity and Metabolic Syndrome. *J Clin Sleep Med* Mar. 2014;15(103):263–70.
34. Balachandran JS, Masa JF, Mokhlesi B. Obesity hypoventilation syndrome: Epidemiology and diagnosis. *Sleep Med Clin*. 2014;9(3):341–7.
35. Wosu AC, Vélez JC, Barbosa C, Andrade A, Frye M, Chen X, et al. The Relationship between High Risk for Obstructive Sleep Apnea and General and Central Obesity: Findings from a Sample of Chilean College Students. *ISRN Obes* [Internet]. 2014;2014:871681. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4040193&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Owens JA. Update in pediatric sleep medicine. *Curr Opin Pulm Med* [Internet]. 2011 Nov [cited 2017 Apr 26];17(6):425–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21921795>
37. El RPOR. Consenso Nacional Sobre El Síndrome De Apneas-Hipopneas Del Sueño (Sahs). Doc consenso Nac sobre el Sindr apneas-hipoapneas del sueño (Grupo español del sueño). 2016;7–9.
38. Rusu A, Bala CG, Craciun A-E, Roman G. HbA1c levels are associated

- with severity of hypoxemia and not with apnea hypopnea index in patients with type 2 diabetes: results from a cross-sectional study. [Internet]. Journal of diabetes. 2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27447735>
39. K. S, T. Y. Arterial stiffness, as monitored by cardio-ankle vascular index, is affected by obstructive sleep apnea, blood glucose control, and body weight - a case with 8 years follow up. *Int Med Case Rep J* [Internet]. 2016;9:231–5. Available from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=31793>
 40. Lin Y, Liu P, Lin S, Chuang L, Ho W, Chou Y, et al. Simple obstructive sleep apnea patients without hypertension or diabetes accelerate kidney dysfunction : a population follow-up cohort study from Taiwan. *Sleep Breath* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11325-016-1376-2>
 41. Lévy P, McNicholas WT. Sleep apnoea and hypertension: Time for recommendations. *Eur Respir J*. 2013;41(3):505–6.
 42. Mehta V, Mehta A, Lokhandwala Y, Mehta S. Is obstructive sleep apnea more common in adults with arrhythmias? *Lung India* [Internet]. 2016;33(5):575. Available from: <http://www.lungindia.com/text.asp?2016/33/5/575/188994>
 43. Reynaldo Araoz Illanes, Yblin Katherine Virhuez Salguero DHGD. Síndrome de Apnea obstructiva del sueño como factor de riesgo para otras enfermedades. *Rev Cient Cienc Medica*. 2011;14(1):25–30.
 44. Walia HK, Li H, Rueschman M, Bhatt DL, Patel SR, Quan SF, et al. Association of severe obstructive sleep apnea and elevated blood pressure despite antihypertensive medication use. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2014;10(8):835–43. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4106935&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 45. Spicuzza L, Caruso D, Di Maria G. Obstructive sleep apnoea syndrome

- and its management. *Ther Adv Chronic Dis* [Internet]. 2015;6(5):273–85. Available from:
http://apps.webofknowledge.com.libproxy2.usc.edu/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=9&SID=N14CpUJndn7yOu2WpjP&page=1&doc=5
46. Strohl KP, Brown DB, Collop N, George C, Grunstein R, Han F, et al. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: Sleep apnea, sleepiness, and driving risk in noncommercial drivers - An update of a 1994 statement [Internet]. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013. p. 1259–66. Available from:
<http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.150.5.7952578>
 47. María A, López V, Anido T, Otaño N, Rosa A Da. Seguimiento del uso de CPAPn en una población de pacientes con síndrome de apnea obstructiva de sueño *. *Rev Argentina Med Respir*. 2005;83:3–7.
 48. Masa Jiménez JF, Illa FB, Capote Gil F, Vives EC, Díaz De Aauri J, Cantolla JD, et al. Recursos y demoras en el diagnóstico del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) Resources and Delays in the Diagnosis of Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome. *Arch Bronconeumol*. 2007;43(4):188–98.
 49. Hernández MBA, Lorenzo IV, Pérez IS, Martínez DH, De Lassaletta JC, López JRL, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;4.
 50. Tarraubella N, De Batlle J, Nadal N, Castro-Grattoni AL, Gómez S, Sánchez-De-La-Torre M, et al. GESAP trial rationale and methodology: management of patients with suspected obstructive sleep apnea in primary care units compared to sleep units. *npj Prim Care Respir Med*. 2017;278.
 51. Randomized Trial Ching Li Chai-Coetzer A, Antic NA, Sharn Rowland L, Richard Reed MnL, Esterman A, Catcheside PG, et al. Primary Care vs

- Specialist Sleep Center Management of Obstructive Sleep Apnea and Daytime Sleepiness and Quality of Life. *Am Med Assoc.* 2013;309, No. 1:997–1004.
52. Fields BG, Pathak Behari P, McCloskey S, True G, Richardson D, Thomasson A, et al. SLEEP DISORDERED BREATHING Remote Ambulatory Management of Veterans with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep.* 2016;39(3).
53. Borsini E, Delgado Viteri C, Chertcoff M, Blasco M, Bosio M, Quadrelli S, et al. *Revista americana de medicina respiratoria* [Internet]. Vol. 13, *Revista americana de medicina respiratoria.* [s.n.]; 2013 [cited 2017 Apr 22]. 123-132 p. Available from:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
54. Alumnos E, Bozzo S. Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño. In: Gutierrez Alvarez, Angela maria ..(et.al) *Guías clínicas. Síndrome de Apnea/hipoapnea obstructiva del sueño /Albeerto velez VanMeerbeke, Marco Aurelio vegas Mariño- Bogotá: centro Editorial Universidad del Rosario, 2006;35p:cuadros tablas.-(medicina. SDB de investigación;3) I 1692-7753, editor. Guías clínicas síndrome de Apnea/hipoapnea obstructiva del sueño /1. centro edi. Bogotá; 2006. p. 1–36.*
55. Alonso ML, Teran J. Early diagnosis, follow-up and control of patients suffering from sleep apnoea-hipoapnoea syndrome [Spanish] *Diagnostico precoz, seguimiento y control del paciente con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. Vigilia Sueno.* 2007;18(SUPPL. 1):32–9.
56. Samra R, Car J, Majeed A, Vincent C, Aylin P, Aylin P. How to monitor patient safety in primary care? *Healthcare professionals' views. J R Soc Med.* 2016;7(8).
57. La Atención Primaria asumirá el seguimiento a largo plazo de los pacientes con apnea del sueño. *Hospital Universitari de Bellvitge.*

Barcelona;

58. Lavanguardia Lleida. Un estudi revela l'efectivitat dels centres d'atenció primària en el seguiment dels pacients amb apn. Lavanguardia. Lleida; 2015 Mar 20;
59. Patiraki E, Katsaragakis S, Dreliozzi A, Prezerakos P. Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015;1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26472136>
60. Romero Gallardo M, Marín MG, Luisa M, López B. Mejora de la calidad de vida en un paciente con apnea del sueño. *Rev Enfermería Docente*. 2015;(104):44–8.
61. Guba EG, Guba YAL. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Sage; 1994;105–17.
62. Heron J. *cirhc*. SAGE, editor. London; 1996.
63. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. Deakin University; 1988. (Action research and the critical analysis of pedagogy).
64. Elliott J. *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Morata; 1993. (Colección : Pedagogía. Manuales).
65. Kemmis S, MacTaggart R, Salcedo RG. *Cómo planificar la investigación-acción*. Laertes; 1988. (Laertes (Serie)).
66. Abad E, Delgado P CJ. La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest Educ Enferm*. 2010;28(3):464–74.
67. Isern MTI, Segura AMP, Garrido EM D-HP. *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. Metodología 19, editor. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2012.
68. ROLES IN SOCIOLOGICAL FIELD OBSERVATIONS. 2014; Available

from: <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

69. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. SAGE Publications; 1994.
70. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry [Internet]. Sage Publications Ltd., editor. london: SAGE Publications; 1985. (Sage focus editions). Available from: <https://books.google.es/books?id=2oA9aWINEooC>

13 ANEXOS

ANEXO 1: CRONOGRAMA

	SEPT 2017	OCT	NOV	DIC	ENE 2018	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
Obtención permisos																
Recogida de datos																
Transcripción de datos																
Codificación datos																
Redacción informe																
Presentación en CAP C.alta																
Presentacio dirección del centro																

ANEXO 2: GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN COLECTIVA

1. Presentación del investigador principal
2. Agradecer su participación
3. dar orientaciones sobre la dinámica a seguir
3. Informar sobre el estudio y describir objetivo de éste
4. Hacer referencia a la confidencialidad y privacidad de la información que aporten los participantes.
5. solicitar consentimiento verbal y escrito de las grabaciones
6. Comprobación de la grabadora y pilas antes de la llegada de los participantes e inicio de la audio grabación
7. Presentación de los participantes
8. Inicio de las preguntas de la sesión
 - ¿Puede describir con sus propias palabras el papel que desempeña como enfermera de Atención primaria ?"
 - ¿Cree que la enfermera de A primaria hace todo lo que le corresponde por su rol referente a los pacientes con diagnostico de SAOS?"
 - ¿Qué demandas o necesidades percibe para llevar a cabo la implantación de un proceso de curas en los centros de Atención de curas a los pacientes con SAOS?
 - ¿Qué dudas o preocupaciones tiene ante un cambio en el control y seguimiento de este tipo de pacientes?
 - ¿Qué factores considera de ayuda para contribuir a la implantación de un proceso de curas en este tipo de pacientes?
 - ¿Que aspectos podrían ser mejorados en cuanto al control y seguimiento de los pacientes con diagnostico de SAOS?
8. Se formula conclusiones, por consenso o por votación y se registran.
9. Agradecer la participación y colaboración en el proyecto

ANEXO 3: GUIÓN OBSERVACION PARTICIPANTE

OBSERVACIONES:

➤ Observaciones descriptivas

➤ Observaciones enfocadas

➤ Observaciones selectivas

ANEXO 5: GUIÓN DE LAS NOTAS DE CAMPO

FECHA:

LUGAR:

HORA:

- ¿Quién había en la escena?
- ¿Cuántos participantes son y cual es su distribución de la escena?
- ¿Qué hacen los individuos en la escena?
- ¿Cómo se relacionan y vinculan los individuos?
- ¿Qué idioma utilizan? ¿cual es el contenido de sus conversaciones?
¿qué lenguajes verbales y no verbales utilizan para comunicarse? ¿Los temas y las expresiones lingüísticas esconden algún estereotipo o prejuicio?
- ¿Cuánto tiempo se mantiene estable la composición del grupo?
¿interacciona con otros grupos del entorno?
- Otras informaciones descriptivas relevantes

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Valorar la respuesta como una media de todos los días y a lo largo de todo el día

	Nunca se adormilaria	Pocas posibilidades de adormilarse	Moderadas posibilidades de adormilarse	Grandes posibilidades de adormilarse
Sentado leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo, en un lugar público (por ejemplo en un teatro, un acto público, una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un coche una hora seguida	0	1	2	3
Descansando echado por las tardes cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentado charlando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente despues de una comida sin alcohol	0	1	2	3

En un coche, al pararse unos minutos en el tráfico	0	1	2	3
--	---	---	---	---

SUMA TOTAL DE PUNTOS: /24

INTERPRETACIÓ: < 11 11-14

15-18 >18

Normal. No somnolència significativa Somnolència

Ileu Somnolència moderada Somnolència greu

Fundación Jimenez Díaz Unidad respiratoria de Sueño. Neumología

