

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. VALORACIÓ (4.1)

PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA A ENFERMOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS

FORMULARIO DE VALORACION PSICOLÓGICA.

Fecha de solicitud:.....

1- Datos del Paciente:

Nombre y apellidos:.....Edad.....
Nº SS.....Nº Hª Clínica.....
Telfs.....

CUESTIONARIOS de CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICA- RESPIRATORIA:

☐ St. George:

☐ CRQ:

Puntuación:.....

Puntuaciones:

Disnea:.....

Fatiga:.....

Función Emocional:.....

Control de la Enf.....

CUESTIONARIOS de CALIDAD DE VIDA GENERAL:

☐ Nottingham Health Profile:

Puntuación:.....

ESCALAS DE DISNEA:

☐ MRC:

☐ Malher:

Puntuación:.....

Puntuación:.....

☐ Borg S.:

Puntuación:.....

Observaciones:.....
.....
.....

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. QÜESTIONARI DE QUALITAT DE VIDA GENERAL – NHP - (4.2)

PERFIL DE SALUD DE NOTTHINGNAM

A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SI" y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO". Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar "SI" o "NO", señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.

SI NO

- 1 - Siempre estoy fatigado.
- 2 - Tengo dolor por las noches.
- 3 - Las cosas me deprimen.
- 4 - Tengo un dolor insoportable.
- 5 - Tomo pastillas para dormir.
- 6 - He olvidado qué es pasarlo bien.
- 7 - Tengo los nervios de punta.
- 8 - Tengo dolor al cambiar de postura.
- 9 - Me encuentro solo.
- 10 - Sólo puedo andar dentro de casa.
- 11 - Me cuesta agacharme.
- 12 - Todo me cuesta un esfuerzo.
- 13 - Me despierto antes de hora.
- 14 - Soy totalmente incapaz de andar.
- 15 - Últimamente me resulta difícil contactar con la gente.
- 16 - Los días se me hacen interminables.
- 17 - Me cuesta subir y bajar escaleras.
- 18 - Me cuesta coger las cosas.
- 19 - Tengo dolor al andar.
- 20 - Últimamente me enfado con facilidad.
- 21 - Creo que soy una carga para los demás.
- 22 - Me paso la mayor parte de la noche despierto/a.
- 23 - Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a.
- 24 - Tengo dolor cuando estoy de pie.
- 25 - Me cuesta vestirme.
- 26 - Enseguida me quedo sin fuerzas.
- 27 - Me cuesta estar de pie mucho rato (ejemplo: haciendo cola)
- 28 - Tengo dolor constantemente.
- 29 - Me cuesta mucho vestirme.
- 30 - Creo que no tengo a nadie en quién confiar.
- 31 - Las preocupaciones me desvelan por la noche.
- 32 - Creo que no vale la pena vivir.
- 33 - Duermo mal por las noches.
- 34 - Me cuesta llevarme bien con la gente.
- 35 - Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ejemplo: bastón, muletas o alguien que me ayude)
- 36 - Tengo dolor al subir y bajar escaleras.
- 37 - Me despierto desanimado.
- 38 - Tengo dolor cuando estoy sentado/a.

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. QÜESTIONARI DE QUALITAT DE VIDA ESPECÍFICA RESPIRATÒRIA PER MPOC - SAINT GEORGE (4.3)

En la lista siguiente señale "SI" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "NO" para aquellos aspectos que no estén afectados

SÍ NO

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con su puesto de trabajo?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con los trabajos domésticos?
(ejemplo: limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones).....

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas en su vida social?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas en su vida familiar?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con su vida sexual?

Actualmente, su estado de salud
¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficciones?

(ejemplo: hacer deporte, ver la TV, hacer media, etc...)

Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los días de fiesta?
(vacaciones, navidades, fines de semana...)

ENERGÍA ☐ DOLOR ☐ MOVILIDAD FÍSICA ☐

REACCIONES EMOCIONALES ☐ SUEÑO ☐

ASLAMIENTO SOCIAL ☐

ÁREAS LIMITADAS POR SU ESTADO DE SALUD ☐

El cuestionario de Saint George, validado en España, es uno de los más utilizados y se caracteriza por ser auto administrado, aunque en algunos centros es imposible hacerlo así, porque muchos pacientes tienen dificultades para responderlo solos. En estos casos se intentará no inducir las respuestas. Contestarlo demora alrededor de 20 minutos, consta de 76 preguntas y mide síntomas, actividad e impacto en la vida diaria.

La magnitud de los síntomas se evalúa en la pregunta 7: "Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos?", con respecto a los problemas respiratorios. Las posibilidades son:

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

El impacto en las actividades se evalúa con la pregunta 12, que enuncia las siguientes situaciones, en las que se debe optar por Verdadero o Falso:

- Me falta la respiración estando sentado o incluso des cansando
- Me falta la respiración cuando me lavo o me visto
- Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano
- Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras
- Me falta la respiración al caminar en subida
- Me falta la respiración al hacer deportes o jugar

Para determinar el impacto en la vida diaria aparece en el cuestionario: "A continuación, ¿podría marcar sólo una frase que

usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?"Y las alternativas son:

- No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer
- Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer
- Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer
- Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer

Esta última pregunta del cuestionario de Saint George es bastante gráfica sobre cómo afecta al paciente su enfermedad respiratoria crónica. Los pacientes optimistas tienden a tener mejor respuestas que los pesimistas, y a veces con el mismo VEF1.

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. QÜESTIONARIS DE VALORACIÓ DE LA DISPNEA – MRC I EVA - (4.4)



CLASIFICACION DE LA DISPNEA SEGUN EL GRADO (MRC)		
NO NOTA DISPNEA EXCEPTO CON EL EJERCICIO INTENSO	0	NINGUNA
NOTA DISPNEA AL CAMINAR DEPRISA O SUBIR UNA PENDIENTE (DISPNEA AL SUBIR DOS PISOS)	1	LIGERA
CAMINA MAS DESPACIO EN LLANO QUE LAS PERSONAS DE LA MISMA EDAD, DEBIDO A LA DISPNEA (DIS. AL SUBIR 1 PISO)	2	MODERADA
SE DETIENE PARA RESPIRAR TRAS CAMINAR UNOS 100 m. O ALGUNOS MINUTOS EN TERRENO LLANO	3	SEVERA
DISPNEA AL VESTIRSE O DESVESTIRSE, DISPNEA EXCESIVA PARA SALIR DE CASA	4	MUY SEVERA

ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE LA DISPNEA		
0		10
NO DISPNEA		MÁXIMA DISPNEA

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. QÜESTIONARI DE VALORACIÓ DE LA DISPNEA –BORG -- (4.5)



EVALUACION DE LA DISNEA SEGUN LA ESCALA DE BORG BASAL

SIN DISNEA	0
MUY LIGERA, PR ÁCTICAMENTE NO SE NOTA	0.5
MUY LIGERA	1
LIGERA	2
MODERADA	3
EN OCASIONES SEVERA	4
SEVERA	5 6
MUY SEVERA	7 8
MUY SEVERA, EN OCASIONES MAXIMA	9
MÁXIMA	10

ANNEX 4: REGISTRES DE PSICOLOGIA. QÜESTIONARI DE VALORACIÓ DE LA DISPNEA – 6' WALKING TEST -- (4.6)

La caminata de 6 minutos se utiliza habitualmente para evaluar la disnea con el ejercicio, en protocolos de investigación, para evaluar la respuesta a una terapia, para clasificar a los pacientes con EPOC, para la evaluación de los candidatos a trasplante pulmonar y para evaluar los pacientes cardiopatas. Requiere de un pasillo largo, de 30 a 35 m y está todo estandarizado; incluso, algunas normas establecen que cada 1 minuto se le debe decir al paciente: "Buen trabajo, lo está haciendo bien". Se le debe explicar todo al paciente y se le debe interrogar antes y después sobre la nota que le pone al cansancio que siente para respirar y sobre el malestar o cansancio que siente en las piernas; se le mide la saturación arterial y la frecuencia cardiaca y se le hace caminar. A los 6 minutos, aunque si el paciente no logra este tiempo se interrumpe antes, se registra la peor saturación y la nota que le puso a la disnea.

Se han desarrollado otras formas cuantitativas para evaluar el impacto de la disnea en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.

ANNEX 5: REGISTRES DE L'ÀREA DE TREBALL SOCIAL. VALORACIÓ I SEGUIMENT (5.1)

DOCUMENT QUE AFECTA A LA INTIMITAT DE LES PERSONES, SUBJECTE A RESERVA I CONFIDENCIALITAT (Art. 18 C. E.)

FORMULARI DE VALORACIÓ I SEGUIMENT DE LA UNITAT DE TREBALL SOCIAL

HOSPITAL JOAN MARCH
UNITAT DE TREBALL SOCIAL

N° expedient:.....

Data:

Data:

Data:.....

DADES PERSONALS

DADES PERSONALS			
NON ILLINATGES			
Lloc i data de naixement:		Estat:	
DNI:	Seg. Social:	Estat civil:	
Domicili:	Localitat:	Telf.:	

CURADORS I PERSONES DE REFERÈNCIA

Nom i llinatges	
Relació amb el malalt	Tel.:
Disponibilitat	

Centre de Salut		Tel.:
Dr./a.	Infermer/a	Trab. Social

Sector Serveis Socials	Telf.:	Trab. Social
------------------------	--------	--------------

Diagnòstic	Procedència	Data ingrés
Unitat	Habitació/llit	Metge

Index Barthel de dependència a l'ingrés:

Total (0-20)	Greu (20-35)	Moderat (40-55)	Lieu (+ de 60)
--------------	--------------	-----------------	----------------

Total (0-25)	Greu (0-10)	Moderat (10-25)
Pfeiffer: greu / moderat / leu	GDS: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7	Karnofsky:

EVALUACIÓ DE PROBLEMES – NECESSITATS I DIAGNÒSTIC SOCIAL

1000 Problemàtica de vivenda:	7000 Dificultats d'autonomia personal:
2000 Situació econòmica:	8000 Dificultats familiars i de convivència:
3000 Dificultats relacionades amb la salut:	9000 Altres:
4000 Dificultats d'àmbit laboral:	
5000 Dificultats inserció escolar:	
6000 Dificultats integració social:	

ACORDS D'ACTUACIÓ – RESOLUCIÓ A L'ALTA

Retorn al domicili + sol·licitud de RR.SS.PP.	Hospitalització a l'espera de trasllat a RS. (EXITUS)
Domicili amb col·laboració familiar	Trasllat a centre de llarga estada
Domicili + derivació a RR privats	Trasllat a centre d'acollida
Domicili + Deriv a SS per a sol·licitar RR.SS.	Inclusió en programa terapèutic
Retorn al domicili amb revalorització de RR ja sol·lic	Trasllat a residència pública
Acolliment a domicili fam + Sol·licitut RR.SS.PP.	Trasllat a residència privada
Acolliment a domicili familiar+deriv. RR privats	Trasllat a hospital d'aguts
Domicili familiar+Deriv a SS per sol·licit RR.SS.PP.	Domicili
Domicili amb SAD	Altres:
Domicili amb Centre de Dia	

SEGUIMENT

Data	Procès

SOL·LICITUDS I GESTIONS REALITZADES

Data	Gestió
	Sol·licitut de SAD
	Sol·licitut de Residència Pública
	Sol·licitut de Centre de Dia
	Sol·licitut de Estància Temporal
	Sol·licitut de Ajuda Econòmica
	Sol·licitut de revalorització d'expedient de
	Sol·licitut d'invalidesa
	Altres:

Data d'alta hospitalària:	Data d'èxitus:
Data d'alta hospitalària:	
Data d'alta hospitalària:	

Índex Barthel de dependència a l'alta:		
Total (0-20)	Greu (20-35)	Moderat (40-55)
Lleu (+ de 60)		

Pfeiffer: greu / moderat / lleu GDS: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 Karnofsky:

OBSERVACIONS

--

FULL DE VALORACIÓ SOCIAL

NOM I LLINATGES:				
Edat:	Diagnòstic:	Data d'ingrés:		
Centre de Salut:			Metge:	
SITUACIÓ SOCIO-FAMILIAR				
Viu sol	Amb parella	Sol, però amb cuidadors	No família	Si família
Amb fills	Nº fills:	Família 2on grau o altres:		
Disponibilitat de la família:		Rebuig	Claudicació	Esgotament
		Necessita Suport	Suficient	Bona
Nom del cuidador i relació amb el malalt:				
Telèfon:				
Situació del cuidador ☐		Bona	Precària	Temporalment precària
El malalt viu a una residència ☐			Pública	Privada

GENOGRAMA (gràfic i/o definir per escrit la situació de l'entorn familiar)

--

ESTAT GENERAL DEL MALALT PER LES ÀVD

Autònom
Demència
Dependència total

Li cal ajuda
Problemes de conducta
Altres:

Rehabilitable
Déficit auditiu important

No rehabilitable
Déficit visual important

ESCALA D'AVALUACIÓ SOCIO-FAMILIAR. (ESCALA DE GIJÓN MODIFICADA)

Viu amb parella o familiar. No hi ha problemàtica per la atenció del malalt	1
Viu amb família però hi ha dificultats per cuidar-lo.	2
Viu amb parella o familiar de edat semblant.	3
Viu sol. Té fills però no satisfan les necessitats del malalt.	4
Viu sol. La família no l'atén, viu lluny o no hi ha família.	5

El malalt manté contactes amb l'exterior. Es capaç de sortir de casa.	1
El malalt només es relaciona amb familiars i veïnats. Es capaç de sortir del domicili.	2
El malalt només es relaciona amb la família. Surt del domicili.	3
El malalt no pot sortir però rep visites.	4
El malalt no pot sortir i no rep visites.	5

No necessita assistència.	1
Rep assistència de familiars, amics i/o veïnat.	2
Disposa de ajuda domiciliària, voluntariat, acudeix a un centre de dia.	3
Rep assistència social però no és suficient.	4
No rep assistència i la necessita.	5

> 10 impacte social sever,
8 – 9 impacte social mitjà,
6 – 7 bona situació social.
< 5 molt bona situació social.

105

ANNEX 6: QÜESTIONARIS DEL PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME. TEST DE RICHMOND (6.1)

VALORACIÓ DELS MOTIUS PER DEIXAR DE FUMAR (RICHMOND)

Mide nivel de MOTIVACIÓN para dejar de fumar (0 a 10)

CUESTIONARIO	RESPUESTA	PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	NO	0
	SI	1
2. ¿Cuánto Interés tiene en dejarlo?	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SI	2
	Definitivamente SI	3
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SI	2
	Definitivamente SI	3

Menor o igual a 4: Motivación Baja
Entre 5 y 6: Motivación Media
Más de 7: Motivación Alta

ANNEX 6: QÜESTIONARIS DEL PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME. GRAU DE DEPENDÈNCIA A LA NICOTINA- FAGERSTRÖM MODIFICAT- (6.2)

GRAU DE DEPENDÈNCIA A LA NICOTINA (FAGERSTRÖM MODIFICAT)

- 1.- ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos..... 3 puntos
 - De 6 a 30 minutos..... 2 puntos
 - De 31 a 60 minutos.....1 punto
 - 61 o más minutos.....0 puntos
- 2.- ¿Encuentra difícil fumar en los lugares donde está prohibido?
 - Si..... 1 punto
 - No.....0 puntos
- 3.- ¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana.....1 punto
 - Otros.....0 puntos
- 4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Menos de 10 cigarrillos.....0 puntos
 - De 11 a 201 punto
 - De 21 a 302 puntos
 - 31 ó mas cigarrillos.....3 puntos
- 5.- ¿Fuma más en las primeras horas después de levantarse?
 - Si..... 1 punto
 - No.....0 puntos
- 6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama?
 - Si.....1 punto
 - No.....0 puntos

- ☐ Dependencia leve: de 1 a 3 puntos
☐ Dependencia moderada: 4 a 6 puntos
☐ Dependencia alta: 7 o más puntos

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. VALORACIÓ DE LES ALTERACIONS RESPIRATÒRIES I ASSISTÈNCIA -- (7.1)

REGISTRO DE FISIOTERAPIA. Alteraciones respiratorias

Fecha inicio programa ____/____/____ Desplazamiento _____

Fisioterapeuta _____ Médico _____

Diagnóstico principal _____

Diagnósticos asociados _____

VALORACIÓN

Estado emocional _____ Actitud ante lto _____

Locomoción: Con ayuda ☐ Autónomo ☐

Hábitos _____

Situación laboral _____ Antecedentes laborales _____

Oxigenoterapia _____ N° ingresos _____

Morfología tórax _____

ASISTENCIA (x = asistencia - = no asistencia)

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															

FECHA			
ALTERACIONES PIEL			
TIPO DE RESPIRACIÓN			
DINÁMICA COSTAL			
RUIDOS			
MÚSCULOS ACCESORIOS			
FRECUENCIA RESPIRATORIA			
RITMO RESPIRATORIO			
PATRÓN RESPIRATORIO			
DISNEA			
TOS			
DOLOR TORÁCICO			
EDEMAS			

VALORACIÓN CAPACIDAD DE ESFUERZO
PARÁMETRO ASTRAND: 70 % de 220 - edad =

PARÁMETRO ASTRAND: 70 % de 220 – edad =

[illegible]

OBSERVACIONES

RECOGIDA DE DATOS

Fecha		
Espirometria		
Gasometria		
PIM		
PE PEM		
MRC		
Índice BODE		
Índice Barthel		
Test calidad de vida		
Nivel de comprensión		
Walking Test		

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. REGISTRE DIARI D'ENTRENAMENT A L'ESFORÇ -- (7.2)

[illegible]

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. REGISTRE DE L'ACTIVITAT EN EL DOMICILI -- (7.3)

[illegible]

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. PLA DE MANTENIMENT. EXERCICIS DOMICILIARIS -- (7.4)

PLA DE MANTENIMENT DE FISIOTERÀPIA. EXERCICIS DOMICILIARIS

CONSEJOS PARA LOS EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Los ejercicios que se detallan a continuación forman parte de un protocolo de rehabilitación respiratoria. Sólo se explican estos ejercicios como recordatorio y no deben olvidarse los consejos que se han recomendado para realizarlos.

Estos ejercicios deben realizarse entre 2 y 3 veces cada día pudiendo elegir cada uno de ellos para cada una de las diferentes sesiones. Se repetirán 10 veces incluyendo periodos de descanso entre ejercicio y ejercicio.

Como norma se deben evitar la fatiga y los dolores articulares y musculares. Si aparece algo de lo anteriormente citado se debe suspender el ejercicio y consultar al fisioterapeuta o a su médico.

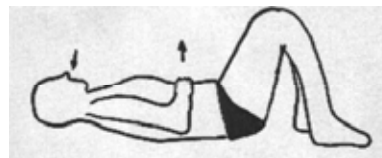
Recuerde que las respiraciones deberán ser siempre suaves sin forzar la entrada ni la salida de aire.

Cuando tenga que realizar un esfuerzo por pequeño que sea, siempre tendrá que hacerlo soltando aire por la boca, mientras se deshinchaba la barriga.

PROGRAMA DE EJERCICIOS DOMICILIARIOS.

1) RESPIRACIÓN ABDOMINODIAFRAGMÁTICA.

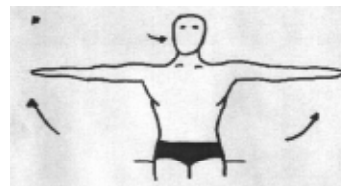
Se puede realizar tumbado boca arriba, de lado o sentados. Se colocan ambas manos en la barriga sin apretar, tomamos aire por la nariz a la vez que hinchamos la barriga y después soltamos el aire por la boca deshinchando la barriga.



2) EJERCICIO DE BRAZOS.

Estos ejercicios se pueden realizar sentados o de pie.

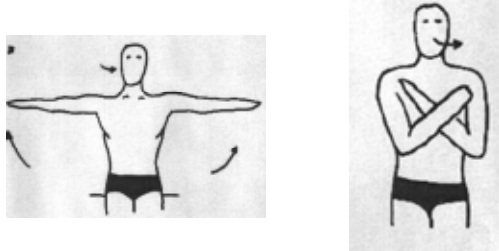
Subimos los brazos a los lados del cuerpo mientras cogemos aire por la nariz hasta la horizontal y bajamos los brazos echando aire por la boca.



Subimos los brazos por delante del cuerpo mientras cogemos aire por la nariz hasta la horizontal y bajamos los brazos echando aire por la boca.



Abrimos los brazos en la horizontal tomando aire por la nariz y nos damos un abrazo echando aire por la boca.

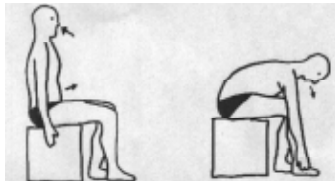


Relajación de brazos: hacemos círculos con los hombros a la vez que respiramos lentamente.

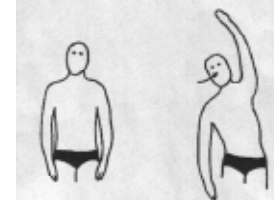
3) EJERCICIOS DE TRONCO.

Se realizan sentados.

Tomamos aire por la nariz y lo echamos inclinándonos hacia delante y se vuelve tomando aire.



Tomamos aire por la nariz inclinándonos hacia un lado a la vez que levantamos el brazo. Volvemos a la postura inicial echando el aire por la boca.



4) EJERCICIOS DE PIERNAS.

4.1 Caminatas y escaleras.

4.2. Los siguientes ejercicios se harán cuando las caminatas y las escaleras no sean posibles:

a) Sentados, cogemos aire por la nariz y lo echamos por la boca mientras separamos el muslo de la silla hasta volver a la posición inicial.



b) Sentados, cogemos aire por la nariz y lo soltamos por la boca mientras estiramos la pierna hasta volver a la posición inicial.

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. AVALUACIÓ DE RESULTATS -- (7.5)

FISIOTERÀPIA. TEST DE EVALUACIÓ DEL PROGRAMA

GRUPO:.....
 NOMBRE:.....
 FECHA.....
 INICIO:.....

A NIVEL GENERAL, HA NOTADO USTED MEJORÍA?

COMO SE ENCUENTRA AL...

ANDAR: PEOR
 IGUAL
 MEJOR

SUBIR ESCALERAS: PEOR
 IGUAL
 MEJOR

BICICLETA: PEOR
 IGUAL
 MEJOR

AVD (VESTIRSE, ASEARSE, COCINAR...): PEOR
 IGUAL
 MEJOR

QUEJAS Y SUGERENCIAS:

.....

ANNEX 7: REGISTRES DE FISIOTERÀPIA. CONSELLS PER AL PACIENT -- (7.6)

CONSELLS DE FISIOTERÀPIA PER AL PACIENT RESPIRATORI CRÒNIC AVANÇAT

1. Establecer una rutina a la hora de hacer el programa de tareas y que sea factible. Darse tiempo. Repartirlas.
2. Sentarse siempre que se pueda.
3. Eliminar tareas innecesarias.
4. Evitar actividades fuertes de brazos.
5. Mantenerse fresco (de temperatura) especialmente al hacer la tareas.
6. Vigilar la comida (evitar estimulantes y la sal).
7. Incrementar gradualmente el nivel de sus actividades.
8. Evitar el levantamiento de pesos y las contracciones isométricas (Valsalva).
9. Organizar el área de trabajo para hacerlo fácil.
10. Ajustar la altura del plano de trabajo a su medida.
11. Utilizar ayudas mecánicas.
12. Evitar posturas mantenidas (cambiar de posición frecuentemente).

**ANNEX 8: REGISTRES DE TERÀPIA OCUPACIONAL.
VALORACIÓ I DIAGNÒSTIC (8.1)**

VALORACIONS DE TERÀPIA OCUPACIONAL PER A MALALTS RES-
PIRATORIS CRÒNICS

NOM:

COGNOM:

EDAT:

DATA D'INICI:

DIAGNÒSTIC PRINCIPAL:

DIAGNÒSTICS ASSOCIATS:

ENTORN HUMÀ I FÍSIC:

- Viu sol?

- Li costa desplaçar-se per casa?

- Tipus de calefacció:

- Habitació: alçada llit, armari...

-WC: distribució:

-Cuina: distribució:

AVD'S BÀSIQUES:

TRANSFERÈNCIES:

Té dispnea en la mobilitat al llit?

Presenta dispnea per aixecar-se/tombar-se al llit?

Dispnea per entrar/sortir de la banyera?

AL LLIT:

En quina posició sol dormir?

Quants coixins utilitza?

BANY/DUTXA:
Freqüència:

Temps que tarda:

Quina part del cos li costa més:

Què utilitza per assecar-se li costa?

VESTIT:
On es vesteix?

Què li costa més?

Nota alguna diferència segons l'hora del dia?

Tipus de roba que sol portar?

ALIMENTACIÓ:
Nota alguna diferència al berenar, dinar, sopar?

AVD'S INSTRUMENTALS:

Qui prepara les menjades?

Li costa preparar-les?

Quines feines de la cuina li costen més?

Realitza algunes feines domèstiques?

Quines li costen més? I quines parts d'aquestes?

Condueix? Li costa?

Treballa? En què? En quines feines del seu treball es fatiga més?

OCI:

Tipus, freqüències, nivell de dispnea:

INFORME.

OBJECTIUS PRINCIPALS I TRACTAMENT DE TO.:

ACTITUD DAVANT EL TRACTAMENT:

RESULTATS A DESTACAR:

ANNEX 8: REGISTRES DE TERÀPIA OCUPACIONAL. AUTOVALORACIÓ AVD (8.2)

AUTOVALORACIÓ AVD																			
AVDB		Nom i Cognoms:																	
		Data:										Data:							
ITEMS		0	0,5	1	2	3	4	5	6-7	8-10	0	0,5	1	2	3	4	5	6-7	8-10
Mobilitat al liti	Girar-se																		
	Tapar-se/ Destapar-se																		
	Del illit																		
	Del wáter																		
Aixecar-se	De la banyera																		
	De la cadira																		
	De l'automòbil																		
	Escalles																		
Higiene bàsica	Cara																		
	Mans																		
	Pentinar-se																		
	Afaitar-se																		
Vestit	Maquillar-se																		
	Desvestir-se part superior																		
	Vestir-se part superior																		
	Desvestir-se part inferior																		
	Vestir-se part inferior																		
	Posar-se mitjons																		
	Calçar-se																		
	Beure en got / tassa																		
Alimentació	Servir-se la beguda																		
	Tallar amb forquilla i ganivet																		
	Pelar fruita																		
Dura	Rentar-se part superior																		
	Rentar-se part inferior																		
	Rentar-se																		
	esquena																		

ANNEX 8: REGISTRES DE TERÀPIA OCUPACIONAL. GUIA DE
CONSELLS PRÀCTICS PER LA REALITZACIÓ DE LES AVD (8.3)

AVDI		Nom i Cognoms:																	
		Data:								Data:									
ITEMS		0	0.5	1	2	3	4	5	6-7	8-10	0	0.5	1	2	3	4	5	6-7	8-10
Anar a comprar	Desplaçar-se fins l'establiment																		
	Agafar els aliments pesants																		
	Transportar els aliments a casa																		
Preparar els aliments	Agafar els estris en armaris d'alçada																		
	Agafar els estris en els armaris baixos																		
	Sostenir olles/safates																		
	Desplaçar-se amb estris de cuina																		
	Parar la taula																		
Rentar la roba Cuidar la casa	Posar la roba a la rentadora																		
	Treure la roba de la rentadora																		
Cuidar la cuina	Estendre la roba																		
	Planxar																		
	Fregar els plats																		
	Fregar																		
	Escombrar																		
	Treure la pols																		
	Fer el llit																		

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. DIRIGIDOS A PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.	CONSELLS PRÀCTICS PER LA REALITZACIÓ DE LES ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA. DIRIGITS A PACIENTS QUE PATEIXEN MALALTIES RESPIRATÒRIES.
HOSPITAL JOAN MARCH.	HOSPITAL JOAN MARCH

☐ GENERALIDADES A TENER EN CUENTA: - o Descansar al más mínimo signo de fatiga. - o Alternar actividades ligeras con otras más pesadas. - o Evite usar siempre la misma mano y/o brazo. - o Intente realizar las actividades sentado, evitando esfuerzos estando de pie. - o Antes de realizar alguna actividad procure tener la cosas preparadas cerca de usted.	☐ GENERALITATS A TENIR EN COMPTE: - o Descansar al més mínim signe de fatiga. - o Alternar activitats lleugeres amb altres més pesades. - o Eviti utilitzar sempre la mateixa ma i/o braç. - o Intenti realitzar les activitats assegut, evitant esforços. - o Abans de realitzar alguna activitat procureu tenir les coses preparades a prop.
---	--

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. 1 BÁSICAS: 	ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA. 1 Bàsiques: 
Alimentación: ☐ Intente tener las cosas preparadas encima de la mesa antes de empezar a comer. ☐ Debe utilizar una silla adecuada a la altura de la mesa, que le permita apoyar los dos brazos en ella y mantener la espalda recta. ☐ Si come con la mano derecha utilice la izquierda para coger el vaso, el pan... Y viceversa si utiliza la izquierda. ☐ Intente comer despacio recordando las respiraciones que le ha indicado el fisioterapeuta.	Alimentació: ☐ Intenti tenir les coses preparades sobre la taula abans de començar a menjar. ☐ Ha d'utilitzar una cadira adequada a l'alçada de la taula, que li permeti recolzar els braços i mantenir l'esquena recta. ☐ Si menja amb la mà dreta utilitzi l'esquerra per agafar el tassó, el pa... i a l'inrevés si utilitza l'esquerra. ☐ Intenti menjar a poc a poc recordant les respiracions que li ha indicat el fisioterapeuta.

Levantarse y sentarse de la silla y cama:

- ☐ Recuerdo que debe coger aire antes de empezar a levantarse o sentarse e ir soltando el aire con los labios fruncidos a medida que se va levantando.
- ☐ Debe recordar la importancia de tener una cama con una altura adecuada.
- ☐ Antes de acostarse debe usted preparar las cosas que pueda ir necesitando a lo largo de la noche como puedan ser pañuelos, inhaladores, agua.
- ☐ También deberá preparar la almohada de manera que usted duerma un poco inclinado.



Aixecar-se i asseure's de la cadira i llit:

- ☐ Recordi que ha d'agafar aire abans de començar a aixecar-se o asseure's i anar-lo deixant amb els llavis tancats a mesura que es va aixecant.
- ☐ Ha de recordar la importància de tenir un llit amb l'alçada adequada.
- ☐ Abans d'anar a dormir ha de preparar les coses que pugui anar necessitant al llarg de la nit, com poden ser mocadors, inhaladors, aigua.
- ☐ També hauria de preparar el coixí de manera que dormi una mica inclinat.



ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

- 2 INSTRUMENTALES:

Algunas tareas de casa:

- ☐ Planifique las tareas de limpieza.
- ☐ Transporte siempre los pesos cerca del cuerpo, así tendrá un menor gasto de energía.
- ☐ Plancha sentado/a y utilice planchas de poco peso (plancha sólo lo necesario).
- ☐ Para hacer la cama le será más fácil utilizar edredones nórdicos.
- ☐ Utilice un aspirador.
- ☐ Para fregar puede instalar un dispositivo con ruedas debajo del cubo.



ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA.

- 2 INSTRUMENTALS:

Algunes feines de casa:

- ☐ Planifiqui les tasques de neteja.
- ☐ Transporti sempre els pesos prop del cos, així tindrà menor consum d'energia
- ☐ Planxi assegut/da i utilitzi planxes de poc pes (planxi només el necessari).
- ☐ Per fer el llit li serà més fàcil utilitzar edredons nòrdics.
- ☐ Utilitzi l'aspirador.
- ☐ Per fregar pot posar un estri amb rodes sota el cubell per tal de no haver d'arrossegar-lo.



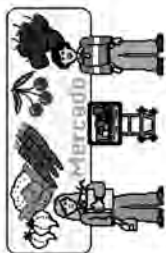
Realitzar las compras:

- ☐ Hacer una lista de la compra.
- ☐ Utilizar carritos de la compra en lugar de bolsas.
- ☐ Intentar comprar en pocas cantidades.
- ☐ Tener en cuenta que hay supermercados que le traen la compra a casa.



Realitzar les compres:

- ☐ Fer una llista amb les coses que ha de comprar.
- ☐ Utilitzi carros de compra en lloc de bosses.
- ☐ Intenti comprar en poques quantitats.
- ☐ Tingui en compte que hi ha supermercats que li poden portar els aliments a casa.

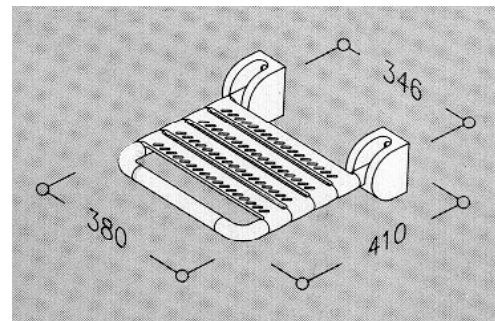


ANNEX 8: REGISTRES DE TERÀPIA OCUPACIONAL. BANY ADAPTAT PER DUTXA (8.4)

RECOMANACIONS GENERALS PER A UN BANY SENSE BARRERES ARQUITECTÒNIQUES

Per tal de fer accessible de forma còmoda i segura el bany, següentment detallarem una sèrie de consells a tenir en compte:

1. El primer que es recomana és posar un terra antilliscant en lloc d'un plat de dutxa, que és menys accessible degut al petit esglaó que s'ha de salvar.
2. Cal pensar que el terra ha de tenir un petit desnivell per facilitar la sortida de l'aigua pel desaigüe.
3. Seguidament cal col·locar un seient que li facilitarà la tasca d'ensabonar-se i esbandir-se amb menys fatiga. Cal conèixer les mides del seient i la seva col·locació.



Es recomana instal·lar un seient fix a la paret, al mercat n'hi ha de diferents formes i materials, el més recomanable és el que pot trobar d'acer i si pot ser amb potes amb tacs de goma que descansen sobre el terra, proporcionen més seguretat, de models n'hi ha varis, fins i tot de plegables.

4.Finalment haurà de tenir en compte que la griferia queda a una alçada adequada que li permeti estar assegut utilitzar les aixetes i els comandaments per regular la temperatura. Així com els sabons i les esponges.

També pot ser útil col·locar una barra per tal de facilitar les transferències, és a dir, asseure's i aixecar-se. Tal com es mostra en la imatge.

Les barres més aconsellables són les que tenen petites curvatures que eviten que la mà llisqui, també és convenient que no siguin totalment llises per el mateix motiu.



Si necessita més consells sobre l'adaptació del bany demani assessorament.

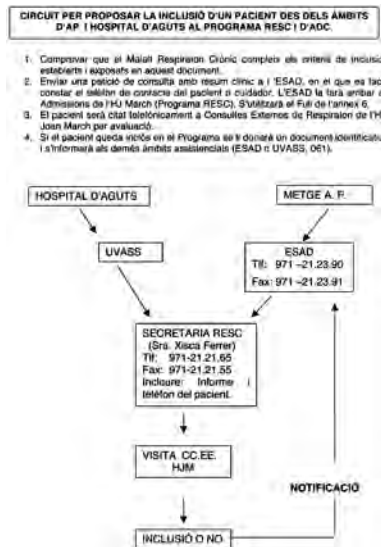


Àrea de Teràpia Ocupacional.

ANNEX 9: REGISTRES DEL PROGRAMA ACD. CIRCUIT D'INCLUSIÓ DES DE AP I H. AGUTS A PROGRAMA RESC I ACD (9.1)

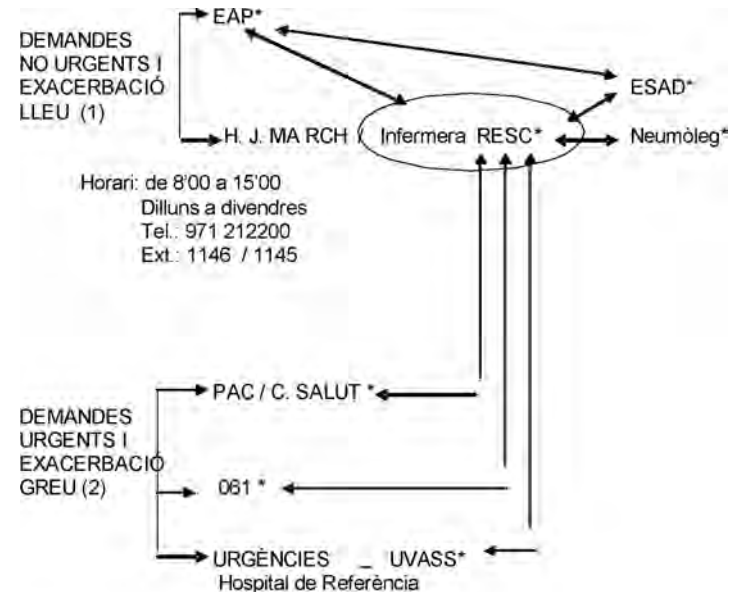
CIRCUIT PER PROPOSAR LA INCLUSIÓ D'UN PACIENT DES DELS ÀMBITS D'AP I HOSPITAL D'AGUTS AL PROGRAMA RESC I D'ADC

1. Comprovar que el Malalt Respiratori Crònic compleix els criteris de inclusió establerts i exposats en aquest document.
2. Enviar una petició de consulta amb resum clínic a l'ESAD, en el que es faci constar el telèfon de contacte del pacient o cuidador. L'ESAD la farà arribar a Admissions de l'HJ March (Programa RESC). S'utilitzarà el Full de l'annex 9.5.
3. El pacient serà citat telefònicament a Consultes Externes de Respiratori de l'H. Joan March per avaluació.
4. Si el pacient queda inclòs en el Programa se li donarà un document identificatiu i s'informarà als demés àmbits assistencials (ESAD o UVASS, 061).



ANNEX 9: REGISTRES DEL PROGRAMA ACD. CIRCUIT D'ATENCIÓ A DEMANDES I EXACERBACIONS DEL MALALT RESPIRATORI INCLÒS AL PROGRAMA RESC (9.2)

CIRCUIT D'ATENCIÓ A DEMANDES I EXACERBACIONS DEL MALALT RESPIRATORI INCLÒS EN PROGRAMA RESC



***INCIDÈNCIES**

Inclusions	Altes
Canvis evolutius.	Tract. Domiciliari.
Hospitalització y Alta Hospitalària	
Introducció de noves tecnologies a domicili	
Èxits	

(1) EXACERBACIÓ DE L'MPOC:

Aparició d'un canvi en la situació basal, que cursi amb un increment més o menys brusc de la simptomatologia: augment de la

tos, augment de l'expectoració (esput purulent), augment de la dispnea, o qualsevol combinació d'aquests tres símptomes.

(2) EXACERBACIÓ GREU. CRITERIS D'HOSPITALITZACIÓ:

- Resposta inadequada al tractament correcte ambulatori.
- Dispnea en repòs o a petits esforços en pacients que no la tenien prèviament.
- Manca de possibilitats de maneig domiciliari per problemàtica socio-familiar.
- Alt risc per comorbiditat (cardíaca, diabetes, insuficiència renal...).
- Alteracions mentals o cognitives.
- Símptomes molt prolongats o progressius.
- Insuficiència respiratòria aguda o crònica aguditzada o aparició nova de hipoxèmia important.
- Hiperquèmia nova o empitjorament de la preexistent.
- Empitjorament de cor pulmonale o cor pulmonale agut.
- Alteracions hemodinàmiques com taquiàrritmia aguda, hipotensió....

Es considera que la situació és molt greu quan detectem:

- Confusió, letàrgia progressiva.
- Fatiga muscular amb moviments paradoxals abdominals / toràcics.
- Empitjorament de la hipoxèmia malgrat l'oxigenoteràpia o necessitat de FiO₂ per damunt del 40%.
- Acidosi respiratòria amb pH < 7,30.
- Necessitat immediata de ventilació mecànica.

ANNEX 9: REGISTRES DEL PROGRAMA ACD. CIRCUIT D'ATENCIÓ A L'EXACERBACIÓ DEL MALALT RESPIRATORI INCLÒS AL PROGRAMA D'ACD (9.3)

CIRCUIT D'ATENCIÓ A L'EXACERBACIÓ DEL MALALT RESPIRATORI INCLÒS EN PROGRAMA DE ACD

1. EXACERBACIÓ URGENT:

- Telefonar al 061: Identificació de pacient inclòs en Programa RESC. Mobilitza els recursos més adequats a la demanda. Inclou gestió de reserva de llit d'hospitalització a HJM, directe o, preferiblement, després de valoració pels Serveis de Urgències (SUAP, Hospital d'Aguts).

2. EXACERBACIÓ NO URGENT:

- Telefonar al Metge d'Atenció Primària o de l'Hospital Joan March. Un o altre atén la demanda inicial i decideix la resposta més adequada:

o Visita a curt termini en el Centre de Salut o en el domicili per l'EAP.

o Visita avançada a CC.EE. o a H. de Dia de l'HJM.

o Visita a domicili per l'ESAD-Respiratori - "Valorar hospitalització domiciliària".

o Trasl·lat de la demanda al 061.

o Recomanació de visita domiciliària urgent (EAP o SUAP) o trasllat a Serveis de Urgències d'Hospital d'Aguts.

ANNEX 9: REGISTRES DEL PROGRAMA ACD. APUNTS PER A L'ORGANITZACIÓ D'UNA LÍNEA D'ESAD - RESPIRATORI (9.4)

APUNTS PER L'ORGANITZACIÓ D'UNA LÍNEA D'ESAD-RESPIRATORI

EQUIP INTERDISCIPLINAR BÀSIC:

- **MÈDIC:**
 - o Neumòleg de l'equip de l'HJM
 - o Metge de l'ESAD
 - o Metges dels EAP (grup de respiratori)
- **INFERMERIA:**
 - o Infermera de Respiratori de l'HJM
 - o Infermera de l'ESAD
 - o Infermeres dels EAP
- **FISIOTERAPEUTA** de l'HJM
- **TREBALLADORS SOCIALS** de l'HJM, d'AP i dels Serveis Socials
- **PSICÒLEGS** de l'HJM i de l'ESAD.
- **COORDINACIÓ ADMINISTRATIVA** a càrrec de l'ESAD.

FORMACIÓ, HOMOGENEITZACIÓ DE CONEIXEMENTS I PROTOCOLS:

És necessari un període previ de formació específica dels components de l'equip que hagi de treballar en l'ESAD-RESPIRATORI. Aquest període serà útil per promoure el coneixement, la relació i la coordinació entre els components de l'equip.

Convé que aquesta formació es faci a l'HJM, on ja s'està treballant en el Programa d'Atenció Continuada a Respiratoris Crònics (RESC), i es disposa de totes les dades dels pacients actius del Programa.

La formació s'haurà de fer segons un temari de contingut i temps ben definits, que podem consensuar prèviament, amb capítols d'interès comú i altres específics per cada estament de l'equip.

FUNCIONS IMMEDIATES DE L'ESAD-RESPIRATORI.

- Visita inicial conjunta amb l'EAP a domicili de tots els malalts inclosos al programa RESC.
- Visita mensual amb la infermeria d'EAP per a monitorització.
- Visita domiciliària bimensual per fisioterapeuta del programa de rehabilitació, dels malalts que han realitzat aquest programa o facin fisioteràpia individualitzada.
- Atenció pal·liativa domiciliària del pacient respiratori terminal, de manera coordinada amb l'EAP.

FUNCIONS A CURT TERMINI.

- Identificació dels pacients inclosos al programa per coordinar l'abordatge urgent de l'exacerbació i les decisions "d'ingrés necessari" amb 061 i SUAP.

FUNCIONS A MIG TERMINI.

- Organització de l'atenció de l'exacerbació del malalt respiratori al propi domicili. Hospitalització domiciliària.
- Control de pacients amb ventilació domiciliària, en coordinació amb els Serveis de Pneumologia dels Hospitals d'Aguts.

FUNCIONS A LLARG TERMINI.

- Aplicació de la Telemedicina a l'atenció d'aquest grup de pacients amb tanta demanda assistencial.

NECESSITATS MATERIALS I INSTRUMENTALS.

- Vehicle per desplaçaments
- Espiròmetre portàtil
- Pulsioxímetre
- Material Fungible en relació a tecnologies respiratòries i per tractaments parenterals
- Ordinador, fax i telefonia fixa i mòbil

És molt important que els pacients inclosos disposin d'un DOCUMENT IDENTIFICATIU amb les seves dades administratives i clíniques més rellevants, identitat i telèfon de contacte dels seus responsables sanitaris i dels nivells assistencials que pot requerir. També podria contenir dates de vacunació gripal i pneumocòccica i anotació de visites a urgències i dates de Ingress i alta hospitalària.

ACTIVITATS INICIALS DE L'ESAD RESPIRATORI

a) VALORACIÓ DE LES DEMANDES DELS METGES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA.

CONTROL DE FLUX.

REMETRE A SECRETARIA RESC, HJM.

b) COORDINACIÓ AMB L'EQUIP RESC. REUNIÓ SETMANAL:
Definir necessitat de visita inicial i composició de l'equip.

c) VALORAR CONTROLS PERIÒDICS A DOMICILI, FREQUÈNCIA, OBJECTIUS I COMPOSICIÓ DE L'EQUIP (INCLOU FISIOTERÀPIA).

d) DEMANDES ESPECIALS:

- Visita per introducció de nova tecnologia.
- Visita per exacerbació no urgent (veure annex 9.2).

e) ATENCIÓ PAL·LIATIVA A DOMICILI DEL MALALT RESPIRATORI TERMINAL

f) FORMACIÓ EN TEMES RELACIONATS AMB EL PROGRAMA A CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA, HOSPITAL D'AGUTS

g) CIRCUITS DE COMUNICACIÓ: Altes, Plans de Cures, Visites als Serveis d'urgències, Visites a Domicili...

h) DOCUMENTACIÓ:

- Cartilla d'identificació de malalt inclòs a RESC.
- Full informatiu de RESC.
- Història Clínica per domicili.
- Full de Registres d'infermeria.

INTERVENCIÓ DE L'EQUIP D'ESAD-RESPIRATORI EN PACIENTS DE PROGRAMA RESC:

1. VISITA 1ª DE L'EQUIP AL PACIENT DE NOVA INCLUSIÓ:

Valoració de l'entorn del pacient al seu domicili. Tecnologies
Omplir Annex. Aportarlo (còpia) a la fitxa de l'HJM (Infermera RESC).

2. SEGUIMENT. VISITES SUCCESSIVES.

Acordar control bimensual amb l'equip interdisciplinar RESC segons necessitats detectades.

a) PACIENTS DE SEGUIMENT PREFERENTMENT HOSPITALARI:

Visites de infermeria: suport al pla de cures infermer programat (x 12 mesos, i a demanda de Infermera RESC).

Visites mèdiques puntuals per exacerbació no urgent: a demanda del pacient, AP o Infermera RESC.

b) PACIENTS DE SEGUIMENT PREFERENTMENT DOMICILIARI:

(Pal·liatiu, no desplaçables...)

Visites domiciliàries programades i a demanda per equip ESAD (metge i infermera).

Visites puntuals hospitalàries (x 12 mesos, i a demanda d'ESAD, AP o pacient).

**ANNEX 9: REGISTRES DEL PROGRAMA ACD.
FULL DE DERIVACIÓ DES DE AP AL PROGRAMA RESC (9.5)**

Atenció Primària MALLORCA		TU-salut Diputació de Mallorca	
FULL DE DERIVACIÓ DES D'A.P. A PROGRAMA RESC (Atenció Continuada al Malalt Respiratori Crònic Avançat)			
Data valoració:			
Nom:	Primer Llinatge:		
	Segon Llinatge:		
Data naix.	Edat:	Sexe: M – F	
Domicili:			
Població:	Tfn.:		
Nº S.S.:	DNI:		
Cuidador principal (nom i telèfon de contacte):			
Procedència:			
Centre de Salut:	U.B.S:		
Metge de Capçalera:			
Infermera de referència :	Fax:		
Telèfon de contacte:			
e-mail:			
Críteri(s) de inclusió:			
MALALTS RESPIRATORIS CRÒNICS AVANÇATS AMB ALTA DEPENDÈNCIA I FREQUÈNCIA DE SERVEIS SANITARIS, QUE COMPLEIXIN UN O MÉS DELS SEGÜENTS PUNTS:			
☐ Més de dos ingressos hospitalaris en el darrer any.			
☐ Insuficiència respiratòria crònica i O2 domiciliari. Necessitat de qualsevol altra tecnologia sanitària: ventilació no invasiva, aerosolteràpia...			
☐ Predomini de la dispnea tot i fer el tractament convencional.			
☐ Necessitat de tècniques de fisioteràpia especials o individualitzades.			
☐ Estadis terminals de la malaltia. Atenció pal·liativa.			
Comentaris:			
.....			
.....			
Signatura i data de remissió			

9. Bibliografía

9.1 PROTOCOL DE INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME:

- 1 Tabaquismo. Manuales SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica). Volumen 1 (1995). Director: Dr. C.A. Jiménez Ruiz.
- 2 El tabaquismo en Baleares. Situación y propuestas para su abordaje. Atención Primaria INSALUD Baleares y A.E.C.C. (1993). E. Benito...
- 3 Normativas SEPAR: Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Grupo de trabajo del tratamiento del tabaquismo del área de tabaquismo. C.A. Jiménez Ruiz... Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506.
- 4 Intervención mínima en tabaquismo en España. F. Carrión Valero... Arch Bronconeumol 2000; 36: 124-128.
- 5 Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultado con chicles de 2 y 4 mg de nicotina. C.A. Jiménez Ruiz... Arch Bronconeumol 2000; 36: 129-132.
- 6 Tabaco y Salud Pública. G. Cañas y E. de Benito. EL PAIS, 26-abril-2000.
- 7 Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. Revisión. A.Pérez Trullén. Arch Bronconeumol 2001; 37: 184-196.
- 8 Aiding reduction of smoking with nicotine replacement medications. Hope for recalcitrant smokers?. Fageström KO. Tobacco Control. 1997; 6:311-316
- 9 Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco-related harm. Jimenez Ruiz C. Eur Respir J. 1998; 11:473-79
- 10 Bases farmacológicas del tratamiento sustitutivo con nicotina. J.E. Henningfield. Prev Tab 2000; 2(1): 63-65
- 11 Protocolos de intervención en pacientes fumadores hospitalizados. P. Roig Cutillas. Prev Tab 2001, 3(3): 124-31

- 12 Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. C.A. Jiménez Ruiz. Arch Bronconeumol 2003;39(1):35-41

9.2 CURES PAL·LIATIVES A LA MALALTIA RESPIRATORIA CRÒNICA AVANÇADA:

- 1 Gore JM, Brophy CJ; Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? a comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Thorax 2000;55:1000-6.
- 2 Abraham J, Hansen-Flaschen J. Hospice care for patients with advanced lung disease. Chest 2002;121:220-90.
- 3 Terry P. Hospice and pulmonary medicine. Chest 2002;121(1):11-2.
- 4 Cuidados paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas. Rev Patol Respiratoria 2002; 5 Suppl 1: 3-4.
- 5 Phillips RS, Hamel MB, Covinsky KE, Lynn J. Findings from SUPPORT and HELP. J Am Geriatr Soc 2000; 48 (Suppl 5): S1-S223.
- 6 O'Brien T, Welsh J, Dunn FG. Non malignant Conditions. ABC of palliative care. BMJ 1998; 316: 286-9.
- 7 Chavannes N. A palliative approach for COPD and heart failure?. Eur J Pall Care 2001; 8: 225-7.
- 8 Lynn J, Ely EW, Zhong Z, Mc Niff KL, Dawson NV, Connors A, et al. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease.. J Am Geriatr Soc. 2000; 48 (Suppl 5): S91- S100.
- 9 Rubí M, Bertán de Lis M, Renom F, García de Ancos JL, Benito E. Cuidados paliativos en las enfermedades respiratorias cró-

- nicas en fase avanzada. Situación actual y propuesta de organización asistencial. Med Pal 2005;12:39-46.
- 10 Selecky PA, may RI, Varkey B, McCaffree R. Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases. Chest 2005;128:3599-36109

9.3 PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA AMBULATÒRIA:

- 1 American Thoracic Society. ATS statement: Pulmonary Rehabilitation-1999. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1666-1682.
- 2 Lacase Y, Wong E, Guyat et al. Meta-Analysis of Respiratory Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Lancet 1996; 348: 1115-9.
- 3 American College of Chest Physicians/ American Academy of Cardiopulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation Evidence based guidelines. Chest 1997; 112: 1363-93.
- 4 Wedzicha JA, Bestall JC, Garrod R, et al. Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnea scale. Eur Respir J 1998; 12: 363-369.
- 5 Celli BR. Pulmonary Rehabilitation . Sem in Resp Crit Care 1999; 20: 331-339.
- 6 Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, et al. Long-term effectiveness of pulmonary rehabilitation in patients with chronic airway obstruction. Eur Respir J 1999; 13: 125-132
- 7 Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. R. Güell, A Gonzalez, F. Morente, M. Sangenis, C. Sotomayor, C. Caballero, J. Sangenis. Arch Bronconeumol 1998; 34: 541-546.
- 8 P. de Lucas Ramos. ¿Cuánto debe durar la rehabilitación respiratoria?. Editorial. Arch. Bronconeumol. 2001; 37, 459-61
- 9 Rosa Güell y Pilar Lucas de Ramos. Rehabilitación Respiratoria. Médica Marketing Communications. Dep.

Legal: M-46741-1999

- 10 Pilar Lucas de Ramos, Germán Peces-Barba Romero. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Monografías Neumomadrid. Dep. Legal: M-4045-2001
- 11 Montemayor T, Ortega F. Estrategias de entrenamiento muscular en la EPOC. ¿Entrenamiento de resistencia, de fuerza o combinado? Arch Bronconeumol 2001;37:279-85
- 12 Griffiths TJ, Philips CJ, Davies S, Burr ML, Campbell A. Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. Thorax 2001;56:799-84
- 13 Güell R. Rehabilitación Respiratoria. Fundamentos y resultados. Arch Bronconeumol 2002;38(Supl 6):45-50.
- 14 Güell R. Cómo organizar la rehabilitación respiratoria. Selección y evaluación del candidato. El equipo de rehabilitación. Arch Bronconeumol 2002;38(Supl 6):60-5
- 15 De Lucas P, De Miguel J, Rodríguez JM. Rehabilitación respiratoria. Componentes terapéuticos y organización de programas. Arch Bronconeumol 2002;38(Supl 6):66-72
- 16 Emtner M, Porszaz J, Burns M, Somfay A, Casaburi R. Benefits of supplemental oxygen in exercise training in nonhypoxemic COPD patients. Am J Respir Crit Care Med 2003;168:1034-42
- 17 Baltzan MA, Kamel H, Alter A, Rotaple M, Wolkove N. Pulmonary rehabilitation improves functional capacity in patients 80 years of age or older. Can Respir J 2004;11(6):407-13.
- 18 Vogiatzis I, Nanas S, Kastanakis E, Georgiadou O, Papazahou O, Roussos CH. Dynamic hyperinflation and tolerance to interval exercise in patients with advanced COPD. Eur Respir J 2004;24:385-90.
- 19 Nagaage DL, Hasney K and Cowen ME. The functional impact of an individualized, graded, outpatient pulmonary rehabilitation in end-stage COPD. Heart & Lung 2004;33(6):381-9

- 20 Ambrosino N, Strambis S. New strategies to improve exercise tolerance in COPD. *Eur Respir J.* 2004;24:313-22.
- 21 Cote CG and Celli BR. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *Eur Respir J.* 2005;26:630-36
- 22 Troosters T, Casaburi R, Gosselink R and Decramer M. Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172:19-38

9.4 TERAPIA OCUPACIONAL:

- 1 Durante Molina, Pilar; Pedro Tarres, Pilar. "Terapia Ocupacional en geriatría: principios y practica" Ed: Masson, 1998
- 2 Hopkins H. Smith. "Willard Spackman Occupational Therapy Philadelphia 1993.
- 3 Poloño Lopez, Begoña. "Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional". Ed. Panamericana
- 4 Gomez Tolón, Jesús. "Habilidades y destrezas en Terapia Ocupacional" Ed: Mira 2000.
- 5 Terminologia Uniforme per a Terapeutes Ocupacionals.

9.5 ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CONTINUADA. LÍNIA ESAD-RESPIRATORI:

- 1 Cockcroft A, Bagnall P,...Controlled trial of respiratory health worker visiting patients with chronic respiratory disability. *Br Med J* 1987; 294:225-28.
- 2 Servera E, Simó I,...Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:437.
- 3 Zapater J, Farré MR,...Efecto de la asistencia domiciliaria en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria (abstract). *Arch Bronconeumol* 1990; 26(supl 1): 15.

- 4 Littlejohns P, Baveystock CM,...Randomised controlled trial of the effectiveness of a respiratory health worker in reducing impairment, disability, and handicap due to chronic airflow limitation. *Thorax* 1991; 46: 559-64.
- 5 Farrero E, Maderal M. Preliminary results of a respiratory home care program. *Eur Resp J.* 1996; 9 (supl 23): 112s.
- 6 Escarrabill J, Farrero E. Unidad funcional interdisciplinaria respiratoria. *Med Clin* 1996; 107: 438-9
- 7 Clini E, Vitacca M,...Long-term home care programmes may reduce hospital admissions in COPD with chronic hypercapnia. *Eur Respir J.* 1996; 9: 1605-10.
- 8 Güell R, González A,...Mejor en casa. Un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 541-46.
- 9 Farrero E, Prats E,...Utilidad dela visita a domicilio en el control y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia continua domiciliaria. *Arch Bronconeumol.* 1998; 34: 374-78.
- 10 Gravit JH, Al-Rawas OA, Cotton MM. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998 Jun 20;351(9119):1853-5
- 11 Escarrabill J, Casolívé V. Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. En: Güell R, De Lucas P eds. *Rehabilitación Respiratoria.* Madrid: Medical Marketing Communication. 1999; 329-44.
- 12 J. J. Soler, L. Sánchez...Impacto asistencial hospitalario de la EPOC. Peso específico del paciente con EPOC de alto consumo sanitario. *Arch. Bronconeumol.* 2001; 37, 388-93
- 13 M. Miravittles y M. Figueras. El coste de la EPOC en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch. Bronconeumol.* 2001;37, 388-93
- 14 R. Estopá Miró, C. Villasante...Normativa sobre la ventilación mecánica a domicilio. *Normativas SEPAR. Arch. Bronconeumol.* 2001;37, 142-49

- 15 Farrero E. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 2001 Feb;119(2) 364-9
- 16 Escarrabill J. Cuidados paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas. *Rev Patol Respir* 2002;5 Suppl 1:3-4
- 17 World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002. WHO document nº. WHO/NMC/CCH/02.01.
- 18 Ojoo JC, Moon T. Patients' and carers' preferences in two models of care for acute exacerbations of COPD: results of a randomised controlled trial. *Thorax* 2002;57:167-69
- 19 Hernandez C, Casas A, Escarrabill J...CHRONIC project. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*. 2003 Jan;21(1):58-67
- 20 Pascual-Pape-T, Badia JR, Marrades RM. Resultados de dos programas de intervención domiciliaria dirigidos a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada. *Med Clin* 2003; 120(11):408-11
- 21 NHLBI / WHO Workshop. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD). 2003 Update. <http://www.goldcopd.com>
- 22 Rodriguez-Roisin R. Conferencia de consenso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39(supl 3):1-47
- 23 Escarrabill J. Costes sanitarios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Arch Bronconeumol* 2003;39(10):435-6
- 24 Rea H, A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with COPD. *Intern Med J*. 2004 Nov;34(11):608-14

9.6 PROCÉS INFERMER

- Luis Rodrigo, María Teresa, et al. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson. Barcelona. 2002.
- Luis Rodrigo, María Teresa. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson, Barcelona 2002.
- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003-2004. NANDA (American Nursing Diagnosis Association). Harcourt. Madrid.
- Mayans Santos, José Manuel. Enfermería En Cuidados Sociosanitarios. Serie Cuidados Avanzados. Ediciones DAE (Grupo Paradigma), 2005.
- McCloskey, J.C, et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Colección Salud y Sociedad. Síntesis. Madrid. 1999.
- Johnson, M. et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Segunda edición. Harcourt. Madrid.
- Toronjo Gómez, Ángela María, et al. Enfermería del anciano. Enfermería 21. Ediciones DAE (Grupo Paradigma), 2005.
- Tucker, S et al. Normas de cuidados del paciente. Guía de planificación de la práctica asistencial. Sexta edición.
- Sánchez-Lafuente Gémar, Carlos, et al. Protocolo de EPOC en pacientes mayores. Servicio de Neumología y Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria" Málaga. Disponible en <http://www.geriatrianet.com/numero2/privado2/articulo21.html#14>
- Documentación del Área de Enfermería y Fisioterapia de la SEPAR, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Disponible en http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_areas.muestradoc?p_id_menu=14
- Documentación de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Disponible en <http://www.neumomadrid.org/index2.htm>

- Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: proceso asistencial integrado. 2002 Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/epoc/inicio.pdf>
- Actualización en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Boletín INFAC. Volumen 9, Octubre 2001. Disponible en: http://www.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac_v9n9.pdf
- GEMA. Guía española para el manejo del asma. Educación del paciente con asma. Archivos de Bronconeumología 2003; 39 (Supl.5): 24-26
- Barberá JA et al. (Grupo de trabajo SEPAR). Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Archivos de Bronconeumología 2001; 37: 297-316
- GOLD. Estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC. Am Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76
- GOLD. Estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC. Actualización 2003. Disponible en: http://goldcopd.com/exec_summary/espanish.pdf
- EPOC. El Médico interactivo. Diario electrónico de la Sanidad. Aula Acreditada, Programa anual 2001-2002 de formación continuada para médicos de Atención Primaria. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema2/epoc.htm#3>
- Patología crónica de las vías aéreas: Bronquitis crónica, enfisema pulmonar, bronquiectasias, bronquiolitis obliterante. Disponible en la Web de Medicina i Cirurgia de l'Aparell Respiratori. Universitat de Lleida. <http://web.udl.es/usuarios/w4137451/webresp>
- La respiración con los labios fruncidos. Archivos de Bronconeumología, Revisiones. Volumen 40, nº 6, Junio-2004
- Manifiesto del grupo europeo de pacientes con EPOC. Disponible en <http://www.asmayepoc.com/asmayepoc/index.html>
- Ventilación no invasiva. Ventilación con presión positiva no invasiva. Disponible en <http://www.uninet.edu/tratado/c020503.html>
- Guía de EPOC. Grupo MBE Galicia y Núñez Temes, María. Penín España, Susana y Moga Lozano, Silvia. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/epoc.htm>
- Guía de práctica clínica de EPOC. Grupo de Respiratorio de la SAMFYC, Disponible en http://www.cica.es/aliens/samfyc-gr/guia_epoc/epoc_pdf.htm
- XXX CONGRESO INTERNACIONAL SEPAR. Consenso español sobre la clasificación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. España, 2000.
- Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de medicina – Ascofame. Disponible en <http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/epoc.pdf>
- Información on line sobre la EPOC disponible en: <http://www.epocnet.com/>
- Rehabilitación respiratoria. CEMIC, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas. Disponible en <http://www.cemic.edu.ar/publicaciones/marcopublicaciones.htm>
- Barnum HN. La política del Banco Mundial sobre el tabaco. IX conferencia sobre el tabaco en la salud. París, 1994.
- Resumen del informe del Banco Mundial sobre el tabaquismo. Disponible en http://ficnet.org/onet/files/rec_imagenes/banco%20mundial.doc
- Tratamiento del tabaquismo. Servicios de Neumología Hospital Juan Canalejo, La Coruña. Disponible en <http://www.sogapar.org/neuprat/neuprat12.html>
- Tabaquismo. CDC. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/tabaco.htm>

- Adicción al tabaco, alcohol y otras drogas. El Médico interactivo, Diario electrónico de la Sanidad. Aula Acreditada, Programa anual 2001-2002 de formación continuada para médicos de Atención Primaria. Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema17/adiccion1.htm>
- Sanabria Arena, Fernando. Los riesgos del fumador. Disponible en <http://www.gaymexico.com.mx/articuloanterior/fumador.html>
- Tabaquismo en Atención Primaria. Estilos de vida saludables sin tabaco. Disponible en http://tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.htm
- Tabaquismo y dejar de fumar. Disponible en http://www.tuotromedico.com/temas/dejar_de_fumar.htm