

PROGRAMA D'ATENCIÓ CONTINUADA A MALALTS RESPIRATORIS CRÒNICS AVANÇATS

(PROGRAMA RESC)



**Govern
de les Illes Balears**

GESMA
Gestió Sanitària de Mallorca

AUTORS:

Dr. Feliu Renom (Neumòleg) - Coordinador Programa RESC -
Dra. Isabel Mir (Neumòloga)
Dr. Salvador Pons (Neumòleg)
Dr. Mateu Rubí (Neumòleg)
Sra. Magdalena Medinas (Psicòloga)
Sra. Margarita Camps (Infermera)
Sra. Maite Gorriz (Infermera)
Sra. M^a José Centeno (Infermera)
Sra. Noemi Sansó (Infermera)
Sra. Francisca Miquel (Fisioterapeuta)
Sra. Soledad Pozo (Fisioterapeuta)
Sra. Eulàlia Crespí (Fisioterapeuta)
Sra. Esperança Bauçà (Terapeuta Ocupacional)
Sra. Anna Martí (Terapeuta Ocupacional)
Sra. Sandra Mut (Trebballadora Social)
Dr. Sebastià Serra (Sotsdirector Metge A. Primària)
Sr. Josep Lluís Ferrer Perelló (Director Infermeria A. Primària)

COL·LABORADORS:

Sra. Francisca Ferrer (Administrativa)
Sra. Tina Alorda (Psicòloga)

AGRAÏMENTS:

Dr. Francesc Albertí.
Sra. Teresa Pou.
Sra. Soledad Gallardo.
Sra. Isabel Román.
Sr. Miquel Guarinos.

Dr. Matías Poblador.
Sra. Concha Quiles.
Sra. Paula Verd.
Dra. Marta Verdaguer.

EQUIP ASSISTENCIAL:

Dr. Feliu Renom (Cap de Secció Respiratori)
Dr. Mateu Rubí (Neumòleg)
Dr. Ferran Ramis (Metge Adjunt)
Sra. Magdalena Medinas (Psicòloga)
Equip de infermeria de la Unitat d'Hospitalizació de Respiratori
Sra. Maite Gorriz (Infermera de Respiratori)
Sra. M^a José Centeno (Infermera de Respiratori)
Sra. Francisca Miquel (Fisioterapeuta)
Sra. Soledad Pozo (Fisioterapeuta)
Sra. Eulàlia Crespí (Fisioterapeuta)
Sra. Gloria Cardenal (Terapeuta Ocupacional)
Sra. Sandra Mut (Trebballadora Social)
Sra. Francisca Ferrer (Administrativa)
Sr. José Herrera (Infermer ESAD-Respiratori)
Dr. Tomàs Salvà (Metge ESAD-Respiratori)
Sra. Lola Fournier (Infermera ESAD-Respiratori)

ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ	7	6. METODOLOGIA	18
2. FONAMENTACIÓ I CONCEPTE	9	6.1 CAPTACIÓ. CIRCUITS	18
3. DESTINATARIS	11	6.2 VALORACIÓ	19
4. OBJECTIUS	12	6.2.1 VALORACIÓ PER ATENCIÓ PRIMÀRIA I EQUIPS DE SUPORT DOMICILIARI-ESAD	19
4.1 OBJECTIUS GENERALS	12	6.2.2 VALORACIÓ ALS SERVEIS DELS HOSPITALS D'AGUTS. UVASS	19
4.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS	12	6.2.3 VALORACIÓ INTERDISCIPLINAR. MATERIAL I MÈTODES	20
5. LOCALITZACIÓ, DOTACIONS I ORGANITZACIÓ	13	6.2.4 VALORACIÓ MÈDICA ESPECIALITZADA	21
5.1 COMPOSICIÓ DE L'EQUIP	13	6.2.5 VALORACIÓ INFERMERA	21
5.1.1 COORDINADOR	13	6.2.5.1 VALORACIÓ INFERMERA A LA PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ	21
5.1.2 EQUIP ASSISTENCIAL MÈDIC	13	6.2.5.2 VALORACIÓ INFERMERA EN EL PROGRAMA D'ATENCIÓ CONTINUADA AL MALALT RESPIRATORI CRÒNIC AVANÇAT	23
5.1.3 EQUIP DE INFERMERIA	13	6.2.6 VALORACIÓ PSICOLÒGICA	23
5.1.4 PSICÒLOGA	14	6.2.6.1 VALORACIÓ PSICOLÒGICA GENERAL	24
5.1.5 EQUIP DE FISIOTERÀPIA I TERÀPIA OCUPACIONAL	14	6.2.6.2 VALORACIÓ COGNITIVA DEL PACIENTE	24
5.1.6 TREBALLADORA SOCIAL	14	6.2.6.3 VALORACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA	24
5.1.7 SUPORT ADMINISTRATIU	14	6.2.6.4 VALORACIÓ DE LA DÍSPNEA	24
5.2 ÀREES D'ATENCIÓ	14	6.2.6.5 VALORACIÓ/TRACTAMENT DEL CUIDADOR/ES	25
5.2.1 PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ	14	6.2.7 VALORACIÓ SOCIAL	25
5.2.2 HOSPITAL DE DIA	14	6.2.7.1 PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	25
5.2.3 CONSULTES EXTERNES	15	6.3 PLA TERAPÈUTIC INTEGRAL	26
5.2.3.1 CONSULTA EXTERNA D'INFERMERIA	15	6.3.1 TRACTAMENT MÈDIC	27
5.2.4 ÀREA DE REHABILITACIÓ	15	6.3.2 PROTOCOL D'ACTUACIÓ A L'EXACERBACIÓ DE LA MPOC	27
5.2.5 ÀREA D'ATENCIÓ A DOMICILI	16	6.3.2.1 DEFINICIÓ D'EXACERBACIÓ DE LA MPOC	27
5.3 ORGANITZACIÓ DE L'EQUIP	16	6.3.2.2 ETIOLOGIA	28
5.3.1 REUNIÓ INTERDISCIPLINAR DE PROGRAMA RESC	16		
5.3.2 REUNIÓ INTERDISCIPLINAR DE PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ	17		

6.3.2.3 AVALUACIÓ DE L'EXACERBACIÓ. PROVES COMPLEMENTÀRIES.....	28	6.3.5.2 PROCÉS INFERMER D'ATENCIÓ CONTINUADA AL MALALT RESPIRATORI CRÒNIC AVANÇAT	40
6.3.2.4 CRITERIS D'INGRÉS.....	29	6.3.5.3 PROCÉS D'ATENCIÓ INFERMERA AL MALALT RESPIRATORI CRÒNIC AVANÇAT A LA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA - REHABILITACIÓ.....	45
6.3.2.5 TRACTAMENT DE L'EXACERBACIÓ DE LA MPOC.....	29	6.3.6 TRACTAMENT PSICOLÒGIC.....	47
6.3.2.6 PREVENCIÓ DE LA MALALTIA TROMBO-EMBÒLICA VENOSA.....	33	6.3.6.1 EL PAPER DE LES VARIABLES PSICOLÒGIQUES EN LA MPOC.....	47
6.3.2.7 MANEIG DOMICILIARI DE LES EXACERBACIONS DE LA MPOC.....	33	6.3.7 INTERVENCIÓ SOCIAL	48
6.3.3 PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME.....	33	6.3.8 TRACTAMENT REHABILITADOR.....	49
6.3.3.1 CONCEPTE.....	33	6.3.8.1 PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA.....	47
6.3.3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	34	6.3.8.2 PLA D'ACTUACIÓ DE FISIOTERÀPIA.....	55
6.3.3.3 COMPONENTS DE LA INTERVENCIÓ MÈDICA ESPECIALITZADA ENFRONT EL TABAQUISME.....	34	6.3.8.3 PLA D'ACTUACIÓ DE TERÀPIA OCUPACIONAL.....	57
6.3.4 CURES PAL·LIATIVES EN LES MALALTIES RESPIRATÒRIES CRÒNIQUES.....	35	6.3.9 ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CONTINUADA (ADC). LÍNEA ESAD - RESPIRATORI.....	62
6.3.4.1 CRITERIS DE SELECCIÓ PER A LA INCLUSIÓ EN UN PROGRAMA DE CURES PAL·LIATIVES.....	36	6.3.9.1 INTRODUCCIÓ.....	62
6.3.4.2 DIFICULTATS PER APLICAR AQUESTS CRITERIS A LES CURES PAL·LIATIVES RESPIRATÒRIES.....	36	6.3.9.2 OBJECTIUS DEL PROGRAMA DE ADC.....	64
6.3.4.3 CRITERIS D'INCLUSIÓ DE PACIENTS AMB MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA EN UN PROGRAMA PAL·LIATIU (NATIONAL HEART ORGANIZATION, 1999).....	36	6.3.9.3 CRITERIS D'INCLUSIÓ AL PROGRAMA D'ATENCIÓ CONTINUADA DOMICILIÀRIA.....	64
6.3.4.4 ORGANITZACIÓ DE L'ATENCIÓ ASSISTENCIAL.....	38	6.3.9.4 ACTIVITATS DEL PROGRAMA DE ADC.....	65
6.3.4.5 CURES PAL·LIATIVES. CONTROL DE SÍMPTOMES I CONFORT.....	38	6.4 SEGUIMENT I COORDINACIÓ. SUPORT ADMINISTRATIU.....	67
6.3.4.6 CONCLUSIONS	39	6.4.1 BASE DE DADES DE PACIENTS ACTIUS.....	67
6.3.5 PLA DE CURES D'INFERMERIA.....	40	6.5 FORMACIÓ I INVESTIGACIÓ	68
6.3.5.1 INTRODUCCIÓ.....	40	6.5.1 ROTACIÓ DE MIR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA, I DE RESPIRATORI. INFERMERIA I FISIOTERÀPIA	68
		6.5.2 INVESTIGACIÓ.....	68

7. REGISTRE I AVALUACIÓ	69
7.1 REGISTRE DE VARIABLES CLÍNIQUES I TERAPÈUTIQUES. PROCESSAMENT SPSS. ESTUDI DE RESULTATS. CONTROLS DE QUALITAT	69
7.1.1 CRITERIS DE QUALITAT. GESTIÓ INFERMERA	69
8. ANNEXES	71
8.1 ÍNDEX ANNEXES.....	71
9. BIBLIOGRAFIA.....	126

1. Introducció

LES MALALTIES RESPIRATÒRIES

Les malalties respiratòries representen, a Espanya, el tercer problema de salut que major morbi-mortalitat genera després de les malalties cardiovasculars i el càncer; essent responsables del 10% de totes les morts i del 5% dels anys potencials de vida perduts. (Ministeri de S. i C. 1995).

L'any 1993 el cost de l'assistència a aquestes malalties va ser de 607.000 milions de pessetes, el 13,5% de la despesa sanitària total a Espanya, superat únicament per les malalties circulatòries amb un 14,8% de la despesa.

A Balears, el nombre d'altres hospitalàries anuals atribuïdes a malalties de l'aparell respiratori va ser (INE. 1997) de 1.474 x 100.000 habitants, quasi un 50% per damunt de la mitja espanyola: 986 x 100.000 habitants. La diferència es manté a la darrera enquesta de morbiditat hospitalària (INE 2002), amb 1593 x 100.000 habitants / any a Balears, mentre la mitja espanyola és de 1062 x 100.000.

El paradigma de la malaltia respiratòria crònica, la més prevalent, la que justifica, sustenta i és font d'evidència científica pels distints apartats d'aquest programa és la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC).

LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC):

La MPOC és, d'entre les malalties de l'aparell respiratori, una de les patologies de major transcendència:

Lligada estretament al tabaquisme des de intensitats baixes de consum, s'ha trobat que el 25% dels fumadors entre 60 i 69 pateixen la malaltia. Per aquest motiu entre d'altres, la OMS considera el tabac "la causa aïllada més important de morbiditat i mortalitat prematura prevenibles". "Poques intervencions mèdiques son tan rentables com la cessació en l'hàbit de fumar en la producció d'un benefici sanitari a la població". (Br. Med. J. Gener-00).

EPIDEMIOLOGIA DE L'MPOC:

La MPOC te, segons l'estudi epidemiològic IBERCOP (1999), una prevalença a Espanya de 9,1% en la població de 40 a 69 a. Això vol dir, si hi sumem la mateixa proporció en majors de 70 anys, que afecta a aproximadament 1,7 milions d'espanyols.

Balears, amb prop d'un milió d'habitants, pot tenir 40.000 afectats de malaltia pulmonar obstructiva crònica.

La MPOC reaguditzada apareix constantment en el primer òrgon lloc de totes les altres hospitalàries de l'Àrea Mèdica en els Hospitals de tots els Nivells de l'INSALUD, essent una de les principals responsable dels col·lapses en els sistemes sanitaris a l'època hivernal.

S'atribueix a la MPOC 39.000 hospitalitzacions anuals, i el 2% de tots els costos d'hospitalització, tot i que només el 8% de les aguditzacions requereixen tractament hospitalari.

La resta genera unes 38.000 visites mèdiques per milió d'habitants, que suposen prop d'un 9% de totes les visites a l'Atenció Primària.

A Espanya la MPOC representa la 4ª causa de mortalitat, amb una taxa global de 33 x 100.000 habitants, que augmenta a 176 x 100.000 habitants majors de 75 anys. (V. Sobradillo, 1995).

Els costs estimats de la MPOC a Espanya estan al voltant dels 912 milions de euros anuals (35% directes i 65% indirectes), el 0,2% del PIB el 1995.

Es calcula que cada malalt costa de mitja, des del diagnòstic de la malaltia fins el seu final, uns 30.000 euros.(Figueras, 1999).

El factor que més incideix en el cost és la gravetat, de manera que els casos greus (22% del total) ocasionen el 71% de les despeses, i aquestes son tres vegades superiors a les de la MPOC moderada i més de set vegades superiors a les de la MPOC lleu (Arch Bronconeumol 2004;40(2):72-9).

2. Fonamentació i concepte

La MPOC es caracteritza per una lenta i progressiva obstrucció al flux aeri en les vies respiratòries, causada per una reacció inflamatòria anòmala en front el fum del tabac i només produeix símptomes evidents quant ja està avançada, i, molt especialment, en els episodis d'agudització produïts, en més de la meitat dels casos, per infeccions respiratòries.

La dispnea, o sensació d'ofec davant petits esforços i fins i tot en repòs és el símptoma més comú de la MPOC, provocant-li una progressiva disminució de la capacitat funcional que el limita en les activitats més simples de la vida quotidiana, així com una pèrdua de l'autonomia i un alt grau de invalidesa, que es tradueixen en una alteració intensa de la qualitat de vida i una transformació lenta i progressiva de la seva relació amb l'entorn sociofamiliar, afavorint una forta dependència de les estructures sanitàries.

El malalt entra en un cercle viciós en el que, quanta més dispnea menys mobilitat, i quanta menys mobilitat més dispnea.

La única manera demostrada i àmpliament reconeguda de trencar aquest cercle, és a través de la programació d'exercicis físics de manera controlada i sistematitzada tal com es fa en els Programes de Rehabilitació Respiratòria. (Rosa Güell. Arch Br N. Octubre 2000).

La Societat Espanyola de Neumologia i Cirurgia Toràcica (SEPAR), la European Respiratory Society (ERS), La British Thoracic Society (BTS), i la American Thoracic Society (ATS), coincideixen, en les seves recents normatives sobre el tractament de la MPOC, en ressaltar la importància de la supressió del tabac i la immunització antigripal, i recolzen la indicació de la rehabilitació respiratòria

en la millora de la dispnea, la capacitat d'esforç, i l'autonomia i qualitat de vida de la MPOC simptomàtic.

La Conferència de Consens Nacional de MPOC realitzada a Madrid el novembre de 2002 dona suport als programes de rehabilitació controlada, per la seva eficàcia en la millora dels símptomes, la capacitat d'exercici i la qualitat de vida, indicant-la en els pacients que segueixen simptomàtics tot i fer un tractament farmacològic òptim.

La mateixa Conferència es fa sensible a l'atenció multidisciplinària de la MPOC així com a la coordinació entre els diferents nivells assistencials, i emfatitza la necessitat de prestar atenció a l'educació en la complimentació terapèutica, la nutrició, l'exercici i les activitats de la vida diària.

Igualment promou la col·laboració i participació del pacient en la presa de decisions diagnòstiques i terapèutiques a través d'una millora de la informació i incentivant la pràctica del consentiment informat.

Es valora la importància de l'atenció al pacient en els estadis finals de la malaltia, en el que s'ha de fugir tant del nihilisme com del sobretractament, i fa esment a l'ajut que suposa el testament vital i les voluntats anticipades.

La publicació de la OMS "Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action", de 2002, explica que, així com front els problemes aguts es poden obtenir èxits amb un proveïdor d'atenció, els resultats positius en front de les malalties cròniques s'obtenen tan sols quan els pacients, els seus familiars la

comunitat i els equips de salut estan informats, preparats, motivats i treballen en col·laboració. La organització d'atenció a la salut ha de fomentar la continuïtat i la coordinació, assegurar la qualitat a través del lideratge, organitzar i dotar els equips de salut, usar els sistemes de informació i donar suport a l'autogestió i a la prevenció.

3. Destinataris

Malalts respiratoris crònics avançats amb alta dependència i freqüentació dels serveis sanitaris, que compleixin un o més dels següents punts:

- Que hagin precisat dos o més ingressos hospitalaris el darrer any.
- Amb insuficiència respiratòria crònica i o₂ domiciliari, o que precisin qualsevol altra tecnologia sanitària: ventilació no invasiva, aerosolteràpia...
- En els que predomini la dispnea tot i fer el tractament convencional.
- Que precisin tècniques de fisioteràpia especials o individualitzades.
- Estadis terminals de la malaltia. Atenció pal·liativa

4. Objectius

4.1 Objectius generals

- Superar la concepció del malalt respiratori crònic avançat com un malalt molt abundant, de fàcil abordatge no especialitzat, que retorna i freqüenta circularment tots els dispositius sanitaris al seu abast, sense que s'hi trobi remei fora de l'atenció convencional.
- Procurar l'atenció integral i la continuïtat assistencial del malalt respiratori crònic avançat a través de la coordinació entre els diferents nivells assistencials i l'abordatge multidisciplinari de les seves necessitats.
- Aproximar i facilitar l'accés als recursos sanitaris adequats a malalts amb gran dependència d'aquests, que pateixen exacerbacions molt freqüents i que sovint estan afectats per alts graus de invalidesa.
- Procurar que aquesta aproximació es doni simultàniament i amb homogeneïtat de criteris a l'àmbit del domicili del pacient, de l'atenció primària, dels serveis especialitzats d'aguts i dels serveis sociosanitaris.

4.2 Objectius específics

- Millorar la Qualitat de Vida del malalt respiratori crònic avançat a través de la millora de la seva autonomia. I aquesta a través de la millora de la dispnea i de la capacitat d'exercici.

- Posar en funcionament, per aquest fi, el Programa de Rehabilitació Respiratòria, les tècniques de fisioteràpia respiratòria i les de teràpia ocupacional i d'estalvi d'energia en les activitats de la vida diària
- Desenvolupar els programes d'educació del pacient, familiars, cuidadors i professionals sanitaris, per millorar el coneixement de les malalties respiratòries cròniques i l'ús òptim dels recursos terapèutics existents (inhaladors, aerosolteràpia, oxigenoteràpia, ventilació no invasiva, rehabilitació...)
- Atendre les Exacerbacions de la MPOC preservant la continuïtat assistencial: homogeneïtzant la resposta dels distints dispositius sanitaris, facilitant l'accés a l'Hospital de Dia avaluador i terapèutic i procurant la correcta elecció del recurs més adequat a cada demanda. Com dispositiu de coordinació entre nivells i de suport a l'atenció domiciliària, promoure una Línia d'ESAD-Respiratori.
- Protocol·litzar l'abordatge del tabaquisme en aquests pacients, tant amb l'objectiu de la cessació com de la reducció de consum i danys, segons els casos.
- En el període terminal de la malaltia respiratòria crònica, posar l'atenció a les necessitats del pacient i el seu entorn des de l'òptica dels programes de cures pal·liatives.
- Registrar l'activitat assistencial i les característiques dels nostres pacients per comprendre millor la malaltia respiratòria crònica i poder avaluar els resultats de la nostra intervenció.

5. Localització, dotacions i organització

El Programa d'Atenció Continuada a Malalts Respiratoris Crònics ha nascut a l'Hospital Joan March gràcies a la seva tradició en l'atenció d'aquestes malalties donats els seus orígens com "Hospital del Tòrax". Això s'ha traduït en una presència contínua de professionals d'aquesta especialitat i un històric reconeixement i acceptació de l'Hospital per un bon nombre de malalts respiratoris crònics.

La reconversió de l'Hospital Joan March en centre Sociosanitari ha facilitat poder completar les bases d'aquest Programa i, a hores d'ara, l'Hospital és centre de referència, per aquest grup de malalts, per tota l'àrea sanitària de Mallorca.

El Programa RESC és un programa de continuïtat assistencial de base hospitalària però dissenyat amb la pretensió d'atendre les necessitats del malalt respiratori d'alta dependència dels recursos sanitaris, sempre que sigui possible, fora de l'Hospital, a través de la consulta externa mèdica i infermera freqüent, la rehabilitació respiratòria ambulatoria, l'accessibilitat telefònica, la coordinació entre nivells assistencials i l'atenció al domicili del pacient.

Per tant l'equip assistencial del programa està present i compleix funcions tant a l'àmbit hospitalari com a l'ambulatori.

5.1 Composició de l'equip

5.1.1 COORDINADOR

Metge especialista en pneumologia. Lidera i és responsable d'acordar la fixació dels objectius de l'equip, de procurar la obtenció i coordinació dels medis necessaris per assolir-los i de fer

seguiment i avaluació dels resultats per poder-ne respondre davant la Direcció Mèdica i altres responsables superiors.

5.1.2 EQUIP ASSISTENCIAL MÈDIC:

A dia d'avui, compostat per:

- 1 Cap de Secció especialista en pneumologia i Coordinador del programa.
- 1 Metge Adjunt especialista en pneumologia.
- 1 Metge Adjunt especialista en MFIC.

L'equip mèdic es responsabilitza de l'atenció a tots els pacients ingressats a la planta d'hospitalització, siguin o no inclosos en programa RESC, de la consulta externa mèdica centrada bàsicament en pacients del programa, i de la presa de decisions mèdiques respecte els pacients atesos per l'equip a l'àmbit domiciliari.

5.1.3 EQUIP DE INFERMERIA

- 2 Infermeres especialitzades en respiratori, alternen la seva atenció principal al programa RESC: consulta infermera, gestió i coordinació de cassos, avaluació de pacients i proves funcionals respiratòries, amb l'atenció a la planta d'hospitalització.
- 1 Infermer de l'equip del programa està integrat en un Equip de Suport Domiciliari de Respiratori (ESAD-Respiratori) junt amb un Metge i una altra Infermera que ja pertanyien als ESAD (gerència d'Atenció Primària). Les seves funcions es descriuen exhaustivament al capítol 6.3.9

- La dotació infermera de la planta d'hospitalització és de una Infermera Supervisora, nou infermeres i nou auxiliars d'infermeria. L'equip és expert i format en malalties respiratòries.

5.1.4 PSICÒLOGA

La Psicòloga de l'Hospital Joan March ha estat sempre vinculada laboralment a l'àrea de respiratori. Per la seva dedicació a l'estudi de la Qualitat de Vida relacionada amb la salut, està especialment implicada amb el programa.

5.1.5 EQUIP DE FISIOTERÀPIA I TERÀPIA OCUPACIONAL:

El componen tres Fisioterapeutes i una T. Ocupacional que atenen tota l'activitat de l'hospital i, per tant, les teràpies individualitzades dels malalts ingressats per convalescència i rehabilitació, però també, específicament, el Programa de Rehabilitació Respiratòria Ambulatoria a grups de pacients ambulatoris que venen a l'Hospital 3 dies per setmana durant un total de 8 setmanes. (Cap. 6.3.8.1)

5.1.6 TREBALLADORA SOCIAL

Una Treballadora Social atén les necessitats de tot l'hospital. Per tant, a banda de la seva participació en les reunions interdisciplinàries, només se li demana intervenció específica quan en la primera avaluació infermera es detecta un alt risc social.

5.1.7 SUPORT ADMINISTRATIU:

Una Auxiliar Administrativa atén les tasques derivades de la planta d'hospitalització i al temps du i actualitza la base de dades administrativa dels pacients inclosos al programa amb els calendaris de visites a les diverses consultes i el registre de les incidències que li corresponen.

5.2 Àrees d'atenció

5.2.1 PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ

La Planta d'hospitalització és la 1ª B de l'Hospital Joan March. Disposa de 28 llits, 6 d'ells en habitació individual i la resta en 11 habitacions dobles.

Hi ingressen malalts inclosos al programa, quan ho precisen per exacerbació però, amb major freqüència, malalts respiratoris subaguts, o amb necessitats de mitja estada per convalescència i rehabilitació, procedents dels hospitals d'aguts de Mallorca que ocasionalment són inclosos al programa però més sovint són donats d'alta a domicili, sense seguiment posterior.

A la Planta es disposa d'aparells de Ventilació no Invasiva Bi-PaP, sistemes d'Aerosolteràpia, Oxigenoteràpia, O2 líquid, Pulsioxímetres i material fungible corrent per l'atenció de malalts subaguts i convalescents.

L'equip assistencial hi té despatxos mèdics, despatx administratiu, office de infermeria i despatx compartit de planta, adequats per la feina diària i per les reunions interdisciplinàries de planta d'hospitalització i per les referents als malalts inclosos al programa.

5.2.2 HOSPITAL DE DIA

Dotat de dos llits, situat a la planta baixa B, junt a l'àrea de Consultes Externes.

És compartit per totes les unitats de l'hospital i es destina a l'avaluació i tractament de malalts descompensats o inestables. Està dotat amb carro d'aturades amb el material necessari per RCP.

5.2.3 CONSULTES EXTERNES

Hi ha un despatx de Consulta Externa Mèdica i un despatx per la Consulta de Infermeria i Proves Funcionals Respiratòries.

A la mateixa àrea hi ha els despatxos per la Consulta de Psicologia, i el despatx de Treball Social.

Per la seva especial importància en la configuració del Programa RESC ampliem la informació referent a la Consulta d'Infermeria:

5.2.3.1 Consulta Externa d'Infermeria

- Estructura física: La consulta d'infermeria del Programa d'Atenció Continuada al Malalt Respiratori Crònic Avançat (RESC), es troba a l'àrea de Consultes Externes situada a la planta baixa de l'Hospital Joan March, al costat de l'Hospital de Dia Avaluador d'aquest Centre, i prop del Servei de Rehabilitació i Fisioteràpia.

L'espai físic es distribueix de manera que la infermera pugui atendre al pacient tant des de el seu rol autònom, valorant i duent a terme el seu pla de cures, com des de el rol interdependent o col·laborador, executant les tècniques prescrites pel metge.

Precisa dues àrees independents: la dedicada a les proves funcionals respiratòries, i la que s'utilitza per a les entrevistes i sessions educatives. Dintre aquesta darrera ha de tenir cabuda l'instrumental de suport informàtic i comunicació.

- Material i tecnologia: La infermera de respiratori disposa de:
 - Material audiovisual per dur a terme sessions educatives al pacient i família.
 - Suport informàtic.
 - Telefonia fixa i mòbil.
 - Material d'oficina per a arxiu.

- Dispositius relacionats amb l'oxigenteràpia líquida, aero solteràpia, ventilació mecànica i dispositius per a inhalació de fàrmacs.
- Instrumental necessari per a realitzar les proves funcionals respiratòries.
- Laboratori de funció pulmonar, amb capacitat per a medició d'espirometria forçada, volums pulmonars, capacitat de difusió i pressions inspiratòries i espiratòries màximes.
- Pulsioxímetre.

5.2.4 ÀREA DE REHABILITACIÓ

Ocupa quasi tota la Planta Baixa B i és una de les àrees recentment renovades per adaptar-la a l'activitat sociosanitària de convalescència.

Disposa d'un espai acotat per la rehabilitació de malalts que precisen aïllament aeri i de contacte per les cada vegada més freqüents infeccions per gèrmens multirresistents.

Disposa de tota la dotació adequada per la rehabilitació respiratòria:

- Preses d'oxigen.
 - Pulsioxímetres.
 - Bicicletes estàtiques.
 - Peses i Bandes Elàstiques.
 - Circuit amb esglaons i rampes
 - Pista de Walking-Test
 - Espai físic, i Material per la Teràpia Ocupacional
- Així com despatxos de treball per avaluacions i registres.

5.2.5 ÀREA D'ATENCIÓ A DOMICILI

L'Infermer integrat en l'ESAD-Respiratori té la ubicació principal a l'àrea dels ESAD de l'Hospital General de Palma, on disposen de despatxos de reunions i de treball i d'àrea administrativa.

Disposa de:

- Vehicle que pertany als referits ESAD
- Pulsioxímetre
- Espiròmetre portàtil.
- Telèfon mòbil.
- Documentació i registres propis del programa.

5.3 Organització de l'equip

L'equip treballa de manera interdisciplinària i, dintre d'ell, cada estament és autònom per organitzar-se de la forma més eficient per assolir els objectius comuns, sempre que no se'n ressenti la coordinació entre tots els membres del grup i la metodologia de treball estigui d'acord amb els coneixements acceptats per la comunitat científica en el moment actual.

A més de l'activitat professional inherent a cada membre de l'equip, tots han participat en l'elaboració del present programa en les àrees que els correspon i tenen cura de la seva aplicació pràctica.

El centre de l'activitat de l'equip és el pacient i el seu entorn, i en el seu benefici es procura la coordinació de l'activitat dels distints estaments del grup.

Cada estament valora els pacients segons els seus recursos professionals, després d'haver acordat uns criteris de valoració apropiats a les finalitats assistencials del programa (Cap. 6.2)

Per decidir el Pla Terapèutic comú i fer-ne el seguiment es realitzen les Reunions Interdisciplinàries.

Donat que es treballa en dos camps que tenen especificitats i equips propis: el programa de continuïtat assistencial RESC i la planta d'hospitalització de convalescència i rehabilitació, fem dues reunions interdisciplinàries setmanals.

5.3.1 REUNIÓ INTERDISCIPLINÀRIA DE PROGRAMA RESC

Es realitza cada dilluns a les 13,30h al despatx del Coordinador. Hi participen tots els membres de l'equip citats a l'apartat 5.1, excepte l'equip infermer de planta d'hospitalització, que està representat per la Supervisora de Infermeria.

• ORDRE DEL DIA:

- Es proposa i decideix la inclusió de nous pacients al programa segons els resultats de l'avaluació interdisciplinària.
- S'acorda el pla terapèutic més adequat per ells, decidint si faran control freqüent a les Consultes Externes interdisciplinàries, si s'inclouran en grups de RHB ambulatoria o si se'ls farà atenció de predomini domiciliari per l'ESAD.
- Quan és el cas, s'acorden altes o es notifiquen èxits
- Es comenten incidències de pacients ja inclosos (evolució, exacerbacions, ingressos...)
- En un apartat es comenten les incidències dels pacients amb atenció preferent domiciliària per l'ESAD-Respiratori
- Es discuteix la composició dels nous grups de RHB Respiratòria Ambulatoria o es comenta l'evolució del grup en procés de RHB en aquell moment.
- Es comenten temes organitzatius quan fa falta.
- Ocasionalment es realitzen sessions teòriques.

5.3.2 REUNIÓ INTERDISCIPLINAR DE PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ

Es realitza cada dijous a les 13,30h al despatx de treball de la planta.

Hi participa l'equip mèdic, infermera RESC, tot l'equip de infermeria i auxiliars de la planta que ho desitja, una Fisioterapeuta, la Treballadora Social i la Psicòloga.

- ORDRE DEL DIA:

Es comenten tots els malalts ingressats:

- Diagnòstic i evolució mèdics, pla de cures de infermeria, necessitats especials d'educació en relació a la malaltia i dispositius terapèutics al pacient i a la família, evolució de la fisioteràpia quan és el cas i possibilitats d'alta i destí a l'alta.
- Es presta especial atenció als nous ingressats comentant la valoració mèdica i infermera, establint un pla terapèutic interdisciplinar i detectant riscos psicològics, socials i relacionats amb els cuidadors.

6. Metodologia

6.1 Captacio. Circuits

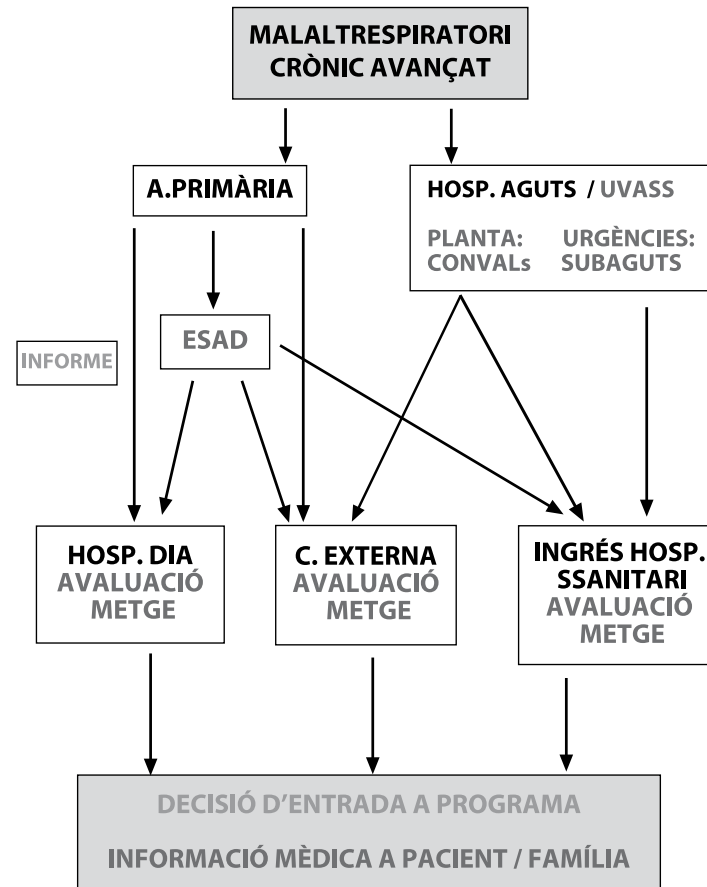
El malalt respiratori crònic s'adscriu a alguna de les àrees del programa, només després de ser avaluat per un especialista de pneumologia de l'Hospital Joan March a la Consulta Externa o les Plantes de Convalescència o de Subaguts de l'Hospital.

A aquests dispositius hi pot accedir enviat tant pel seu Equip d'Atenció Primària a través dels ESAD com des de la Consulta Externa i les àrees d'Hospitalització i Urgències dels Hospitals d'Aguts, en aquests darrers casos a través de les UVASS.

La via habitual de inclusió des d'Atenció Primària ha de ser cursar el Formulari de Derivació al Programa RESC (Annex 9.5) al Fax dels ESAD (971.21.23.91). L'equip de l'ESAD-Respiratori registrarà i valorarà la demanda i, si és adequada, la remetrà a la Secretària de Respiratori de l'Hospital Joan March qui contactarà telefònicament amb el pacient per citar-lo a la Consulta Externa de Respiratori.

La majoria dels malalts inclosos al Programa RESC poden precisar avaluació urgent i accés a medis de suport vital només existents als Hospitals d'Aguts, durant les exacerbacions greus. Per tant, només excepcionalment els dispositius d'atenció Primària, a través dels ESAD, poden fer arribar el malalt a la consulta externa y sol·licitar l'ingrés a la planta de Respiratori de l'Hospital Joan March del pacient extern amb malaltia respiratòria crònica exacerbada, en tot cas atenent als criteris, circuits i valoració integral prèvia que normalment segueixen els ESAD.

CIRCUITS



6.2 Valoració

6.2.1 VALORACIÓ PER ATENCIÓ PRIMÀRIA I EQUIPS DE SUPORT DOMICILIARI-ESAD

Criteris de inclusió:

El malalt respiratori crònic que es pot beneficiar de la inclusió en el programa es descriu en el punt 3: DESTINATARIS.

Normalment es tracta de malalts respiratoris crònics avançats, principalment MPOC / Emfisema (però també Asma Crònica, Bronquiectàssis, Seqüeles Post-Tuberculosos, Alteracions Ventilatòries i de la Caixa Toràcica, Fibrosi Pulmonar, etc.), sovint amb comorbiditat cardíaca associada, freqüentment –però no sempre– d'edat avançada, amb factors de fragilitat i amb alta freqüentació i demanda de recursos sanitaris.

6.2.2 VALORACIÓ ALS SERVEIS DELS HOSPITALS D'AGUTS. UVASS

Criteris de inclusió:

El malalt respiratori més indicat per ser traslladat a les plantes de convalsència i rehabilitació de l'Hospital Joan March és el descrit en el punt anterior.

El malalt respiratori crònic que precisa ventilació no invasiva (MPOC amb BiPaP, SAHOS amb CPAP), o el traqueotomitzat amb respirador volumètric, pot ser traslladat a l'Hospital Joan March, però sempre ha de ser rebut, a la seva arribada, per un metge pneumòleg amb el que s'haurà contactat prèviament. L'ingrés es farà sempre a la Planta de Respiratori que és la més preparada per atendre malalts d'aquestes característiques.

Els malalts respiratoris crònics inclosos al Programa RESC, o altres amb característiques semblants, poden ser traslladats des del Servei D'Urgències de l'Hospital d'Aguts a la Planta de Convalsència / Respiratori de l'Hospital Joan March, directament, amb l'acord dels respectius Serveis D'Admissions, una vegada valorats per la UVASS.

Els requisits pel trasllat són, com en altres patologies:

1. L'estabilitat clínica del malalt.
2. La supervisió de l'staff d'urgències i, preferentment, de la UVASS.
3. El contacte previ amb el Servei d'Admissions o el Metge de Guardia de l'Hospital receptor.
4. L'enviament de l'Informe Clínic, les proves complementàries essencials pel diagnòstic i seguiment del malalt, i els tractaments realitzats.

Criteris d'exclusió pel trasllat:

El malalt respiratori crònic exacerbada que en la fase aguda evoluciona amb una insuficiència respiratòria hipercàpnica, amb acidosi respiratòria, ha de ser acuradament seguit i valorat per decidir si és candidat a ventilació mecànica invasiva a UCI, o a ventilació no invasiva (VMNI).

El malalt amb $\text{pH} < 7,30$, o superior a $7,30$ però amb greu comorbiditat, és candidat a ventilació no invasiva i, aquesta, es farà en un àmbit amb fàcil accés a la UCI si fracassa (Hospital d'Aguts). Només és traslladable a l'Hospital Joan March un malalt agut amb VMNI, si està descartada de manera explícita la indicació de ventilació invasiva a UCI en cas de empitjorament. En aquest cas el trasllat es farà com s'exposa en el punt anterior (Criteris de inclusió)

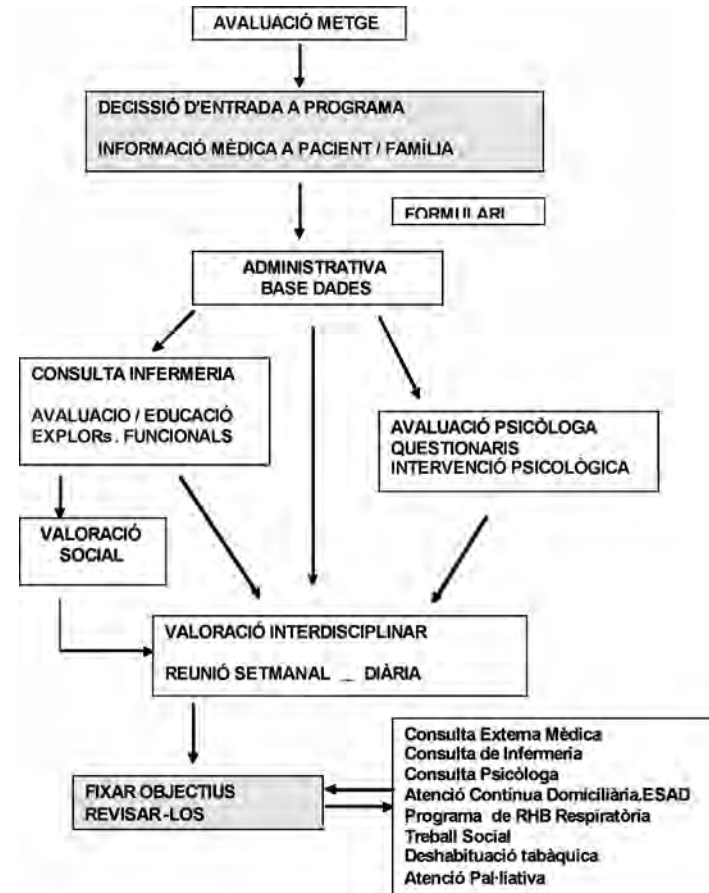
6.2.3 VALORACIÓ INTERDISCIPLINAR. MATERIAL I MÈTODES:

L'atenció integral a la persona és considerada el pilar on es fonamenta l'atenció sociosanitària; exigint que sigui realitzada per l'equip interdisciplinari.

La valoració integral serà l'instrument per a dur a terme aquesta atenció, realitzada per tots els membres del Equip Interdisciplinari (metges, infermers, treballador social, fisioterapeutes, terapeuta ocupacional, etc.), aportant cada un d'ells la seva visió i coneixements professionals al Pla Terapèutic Interdisciplinari, establint objectius i estratègies adients per aconseguir la satisfacció de les necessitats del pacient / família.

OBJECTIUS:

- Identificar la situació de salut del pacient respiratori crònic.
- Assolir un pla de tractament global.
- Ajudar a prevenir complicacions associades.
- Optimitzar la utilització dels recursos assistencials.
- Garantir la continuïtat de les cures.
- Possibilitats d'ajuda domiciliària.



6.2.4 VALORACIÓ MÈDICA ESPECIALITZADA

La VALORACIÓ MÈDICA ESPECIALITZADA, és el primer pas per decidir la inclusió d'un malalt al Programa.

Es pot fer durant l'ingrés d'un malalt respiratori a la planta d'Hospitalització de l'Hospital Joan March, on haurà arribat procedent del Servei d'Urgències o Planta d'Hospitalització d'un Hospital d'Aguts, preferentment filtrat per l'UVASS; o a la Consulta Externa de Respiratori de l'H. J. March, on haurà estat enviat des d'un altre Hospital o des d'Atenció Primària i ESAD.

Consta dels següents elements:

1. Història Clínica complerta amb especial atenció als antecedents de tabaquisme, professions de risc respiratori, història respiratòria prèvia, ingressos hospitalaris i atenció urgent a l'any anterior per malaltia respiratòria, tractament habitual i dispositius terapèutics empleats, detecció i registre de comorbiditat i exploració física especialment centrada a l'àrea cardiorespiratòria.
2. Sol·licitud i valoració d'Exploracions Complementàries: Rx Tòrax, Gasometria, ECG i, imprescindiblement: Proves Funcionals Respiratòries, Test de Marxa de 6' i Escala de díspnea MRC.
3. Obtenció, amb les dades recollides, d'un Diagnòstic, classificació de Gravetat, nivell de Dependència i d'una puntuació d'ÍNDIX BODE, nova forma de valoració multidimensional de l'MPOC, en fase de validació, que pretén millorar la capacitat de percebre l'evolució, pronòstic i resposta als tractaments instaurats, salvant les insuficiències que mostren els sistemes d'avaluació tradicionals.

Si el malalt compleix els criteris d'entrada al Programa, se li ofereix la informació dels continguts a ell i els seus familiars pròxims i/o cuidadors (Annex1), i si accepten la inclusió, es complimenta el Formulari de Valoració Mèdica (Annex 2), que es fa arribar a la Secretària del Programa per registrar-lo a la Base de Dades, i a la Infermera de Respiratori, Psicòloga, Treballadora Social i ESAD-Respiratori, per completar l'avaluació en visites successives.

El nou cas es presenta a la REUNIÓ INTERDISCIPLINAR, a la que participen tots els membres de l'EQUIP ASSISTENCIAL del Programa, per confirmar la inclusió i establir el PLA TERAPÈUTIC.

6.2.5 VALORACIÓ INFERMERA

L'Equip de Infermeria disposa d'eines d'avaluació del malalt respiratori crònic.

Tot i que els objectius i el model són compartits, hi ha una distinció entre les eines d'avaluació del malalt respiratori que ingressa a la planta d'hospitalització de l'hospital Joan March des dels Hospitals d'Aguts, amb finalitat de convalsència i rehabilitació, respecte les que són necessàries en l'avaluació del malalt que s'inclou en el programa de continuïtat assistencial RESC.

6.2.5.1 Valoració infermera a la planta d'hospitalització

El procés d'atenció infermera al malalt respiratori crònic és una eina racional, lògica i sistemàtica que es recolza en el model de cures de Virginia Henderson.

Virginia Henderson defineix la Infermeria en termes funcionals: "La funció de la infermera és ajudar l'individu, malalt o sa, en la realització d'aquelles activitats que contribueixen a la salut o a

la seva recuperació (o a una mort tranquil·la), i que ell realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat o els coneixements necessaris. I fer això de tal manera que l'ajudi a ser independent com més aviat millor”.

La informació que proporciona el procés constitueix una font de dades analitzable i avaluable per a dur a terme les cures oportunes, mantenir i millorar la qualitat de vida dels malalts.

•Valoració: La valoració es realitza mitjançant un registre normalitzat i validat per la Comissió de Cures (Annex 3.1)

A més, existeix una guia per facilitar l'emplenament del registre (Guia de complimentació de la valoració enfermera / 2005). (MANUAL DE PROTOCOLS I PROCEDIMENTS EN INFERMERIA. GESMA. 2005. Protocol de recepció i acollida del pacient a l'hospital. Pàg. 9).

Dintre la valoració, la infermera analitzarà les catorze necessitats bàsiques de salut segons el model Henderson, anotant:

- Les dades d'interès.
- Les manifestacions d'independència.
- Les manifestacions de dependència.

Aquesta etapa és molt important, per que d'una bona valoració sortirà un bon diagnòstic i, en definitiva, un bon producte infermer.

La valoració es realitzarà:

- Directament del pacient, mitjançant:
 - L'entrevista.
 - L'observació.
 - L'exploració física.
- Indirectament:
 - A través dels familiars.

- Mitjançant l'història clínica.

La valoració començarà a l'arribada del pacient a la unitat. Si és necessari, s'ampliarà i completarà en els dies posteriors al ingrés. Quedarà reflectida en el registre de valoració.

Tot el procés d'atenció infermera és un sistema dinàmic que s'ha d'adaptar a la situació de salut canviant del pacient, de tal manera que la valoració s'ha de revisar a les successives intervencions. A més, també es registren les següents escales, amb una periodicitat de 15 dies:

- Escala de Barthel per a valorar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). (Annex 3.12)
- Escala de Braden, per a valorar el risc d'úlceres per pressió. (Annex 3.13)
- Escala de Downton, per a valorar el risc de caigudes. (Annex 3.14)

• Diagnòstic infermer: De l'anàlisi de les dades recollides obtindrem els problemes infermers, que es divideixen en:

- Problemes d'independència – diagnòstics infermers– (Annex 3.4)
- Problemes d'autonomia (Annex 3.5)
- Problemes de col·laboració / complicacions potencials (Annex 3.6)

• Avaluació contínua: L'avaluació formal consta de tres passes:

- Valoració de la situació actual del pacient.
- Comparació amb els objectius marcats i emissió d'un judici.
- Manteniment, modificació o finalització del pla.

- Aportació infermera a la valoració integral:

L'aportació de la infermera a la valoració interdisciplinària es centra en la visió de les cures integrals i continuades que pot oferir. És primordial la prevenció i la intervenció a les síndromes geriàtriques, d'aparició freqüent durant els ingressos hospitalaris.

La infermeria té un paper molt important dintre del equip interdisciplinari. Aquest serà el de mediador entre el pacient / família i la resta de professionals que presten cures dintre del equip.

Tanmateix, coordinar les cures i les activitats del equip, garantint la continuïtat assistencial, és part essencial de la seva tasca.

6.2.5.2 Valoració infermera en el programa d'atenció continuada al malalt respiratori crònic avançat

A la consulta infermera, la valoració es realitza amb el mateix format que a la Unitat d'Hospitalització (Annex 3.1), amb la peculiaritat que, a la consulta es valora una sèrie de dades específiques (Annex 3.2), donades les característiques de l'atenció ambulatoria.

A més, també es valoren i registren les següents escales i qüestionaris:

- Escala de Barthel per a valorar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). (Annex 3.12)
- Escala de Braden, per a valorar el risc d'úlceres per pressió. (Annex 3.13)
- Escala de Downton, per a valorar el risc de caigudes. (Annex 3.14)
- Qüestionari sobre l'ús i maneig de dispositius per a l'administració del tractament inhalat. (Annex 3.15)

- Ús de sistemes pressuritzats
- Ús de cambres d'inhalació
- Ús de sistemes de pólvora seca-1
- Ús de sistemes de pólvora seca-2
- Ús de sistemes de pólvora seca-3
- Ús de nebulitzadors (Annex 3.16)
- Ús de B-pap / C-pap (Annex 3.17)
- Escala de Zarit, per a valorar el risc de cansament del cuidador (Annex 3.18) (si és procedent)
- Escala de dispnea MRC (Annex 4.4), i
- Escala de BORG (Annex 4.5), per a valorar el grau de dispnea.
- Escala de valoració socio-familiar (Annex 5.2) . Si es detecta risc es fa una interconsulta a la Unitat de Treball Social.

Quan el pacient inclòs en el Programa RESC ingressa a la Unitat d'hospitalització de respiratori, du a terme la valoració la infermera de la unitat, complementant-se amb la de consultes, ja que la situació del pacient reagutitzat serà diferent, i hi haurà canvis a la mateixa i a la planificació immediata de les cures.

6.2.6 VALORACIÓ PSICOLÒGICA

Dins del programa d'atenció continuada a malalts respiratoris crònics es contempla l'avaluació psicològica dins de diferents àmbits de treball: en primer lloc, l'avaluació de l'estat psicològic en general (estat d'ànim, nivell d'adaptació a la malaltia i presència psicopatològica), en segon lloc la presència de deteriorament cognitiu motivat per l'avançada edat de molts d'aquests pacients, en tercer lloc, la percepció del propi nivell de qualitat de vida, i en darrer terme, la percepció de dispnea i sensació de desconfort respiratori. Un punt apart correspondria a l'avaluació i tractament de les alteracions psicològiques dels familiars/cuidadors (cansament, claudicació, depressió, etc.) que s'hagi pogut detectar per algun dels membres de l'equip d'atenció continuada. Aquests paràmetres s'objectiven mitjançant la realització

d'entrevistes psicològiques estructurades i de l'administració de qüestionaris específics, validats i estandarditzats. Les característiques d'aquestes qüestionaris seran les detallades en els punts següents:

6.2.6.1 Valoració psicològica general

Es realitza una primera entrevista on es confeccionarà la història clínica psicològica del pacient segons un model estructurat per tal efecte (annex 4.1). Alguns dels paràmetres a explorar comprenen la presència de factors psicosocials i/o familiars (soledat, manca de cuidadors, cansament dels cuidadors, etc.) que puguin alterar el grau d'adaptació a la malaltia crònica de cadascun dels pacients. Alhora s'explora la presència/absència de psicopatologia que pogués interferir en el mencionat procés adaptatiu.

6.2.6.2 Valoració cognitiva del pacient

Per causa, fonamentalment, de l'edat avançada dels pacients atesos en el programa d'atenció continuada no és estrany trobar la presència d'alteracions i dèficits cognitius relacionats amb la hipòxia o amb processos de demència. En aquests casos es fa necessària una avaluació exhaustiva on s'avaluïn els aspectes relacionats amb la memòria, l'atenció, el llenguatge i la concentració, al temps que es presta atenció als canvis de conducta que es produeixen, sobre tot, en les demències. Per aquesta avaluació es procedeix a passar una bateria de tests i qüestionaris validats per a la població anciana i que constitueixen un protocol d'avaluació neuropsicològica aplicable a aquests pacients.

6.2.6.3 Valoració de la qualitat de vida

- Qualitat de vida en general: la seva medicació es realitza a través de qüestionaris amplis que valoren tots els aspectes de la vida del pacient, des dels seus problemes amb el dolor, la

son, l'adaptació general i psicosocial i la disponibilitat de recursos. Aporten una visió global de les activitats de la vida diària del pacient des del seu punt de vista.

El Nottingham Health Profile (NPH) (annex 4.2): és un qüestionari de qualitat de vida general que consta de 38 preguntes amb dues modalitats de resposta. Detecta presència/absència de dèficits en la vida del pacient.

- Qualitat de vida específica: són qüestionaris de qualitat de vida relacionada específicament amb la patologia que es desitja objectivar, en aquest cas la patologia respiratòria. Així, avarca només àrees on el pacient té dèficits produïts per la seva malaltia, pel tractament en el qual es sotmet o per l'adaptació que precisa.

El Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) (no disponible en format text): és un instrument que valora la qualitat de vida específicament per a malalts de MPOC. En aquest qüestionari el pacient valora els problemes que li provoca la seva malaltia dins el seu entorn físic i social, al mateix temps avalua el suport social i familiar. Avalua. Dispnea, fatiga, funció emocional i control de la malaltia.

El qüestionari de Saint George (annex 4.3): valora la qualitat de vida específicament en malalts MPOC fent molta incidència en la percepció de la salut del pacient.

6.2.6.4 Valoració de la dispnea

Aquesta valoració es du a terme a través d'escalas clíniques validades, que aporten informació sobre la percepció que té el pacient de la intensitat de la dispnea. La majoria d'aquestes escalas avaluen el grau subjectiu de dispnea basant-se en una puntuació numèrica.

- Escala de la Medical Research Council (MCR): escala que valora la percepció de dispnea. La puntuació va des del 0, absència de dispnea, fins el 4, dispnea severa. (annex 4.4)
- Escala de Borg (annex 4.5): en una escala de 12 punts, el pacient valora la seva dispnea des de la puntuació de "cap sensació de dispnea" fins a "dispnea molt severa". Aquesta és una escala molt indicada per administrar després de la realització d'una prova d'esforç tipus 6' Walking test. (annex 4.6)

6.2.6.5 Valoració/tractament dels cuidadors

Les dificultats d'adaptació dels membres de la família o cuidadors sorgeixen, habitualment, arran del desconeixement dels processos físics i psicològics que són subjacents a les malalties cròniques. Els objectius del psicòleg es centren en aconseguir, a través del treball multidisciplinari, avaluar i tractar adequadament aquestes alteracions sociofamiliars que, sense l'adequat control, dificulten la convivència i fins i tot l'adheriment al tractament del pacient amb MPOC.

6.2.7 VALORACIÓ SOCIAL

L'objectiu de la valoració social es la identificació de situacions ambientals, familiars i socioeconòmiques que condicionen la vida del malalt.

Mitjançant la detecció de condicionants que impedeixen i/o obstaculitzen que el malalt dugui a terme el seguiment del tractament podem intervenir amb la finalitat d'orientar-lo a ell i/ a la seva família per la millora de la seva qualitat de vida.

En moltes ocasions les dificultats per seguir les indicacions mèdiques són conseqüència de situacions sociofamiliars desfavorables per lo que és donen freqüentment recaigudes i reingressos hospitalaris evitables. Per tot això es important conèixer, mitjançant la entrevista quina

es la relació del malalt amb el seu entorn.

Haurem de saber la composició de la seva família i amb qui viu i quines relacions mantenen, on viu i amb quines condicions, de quins recursos econòmics disposa i quin tipus de suport té (cuidador familiar, veïnats, ajuda pública...)

S'adjunta el full de valoració social on queden recollides les dades de cada malalt i que s'utilitza a tots el casos que passen per la unitat de treball social (Annex 5.1).

La escala de valoració annexa (escala de valoració sociofamiliar) (Annex 5.2.), ens permetrà detectar situacions on hi ha risc o problemàtica social. És una escala simple, que també ens ajudarà a elaborar un perfil del malalt respiratori a nivell social i relacionar aquesta situació amb el seguiment que té de la malaltia. La infermera del programa RESC, que té un contacte continuat amb tots els malalts que ingressen al programa serà qui durà a terme aquesta primera valoració i derivarà a la treballadora social les situacions en que es doni risc o problemàtica social.

Si cal, hi ha altres escales que ens ajudaran a aprofundir en la valoració social: escala de recursos socials OARS, Family Apgar, escala de valoració de la càrrega del cuidador (ZARIT).

6.2.7.1 Programa d'atenció domiciliària

El programa d'atenció domiciliària dirigit a malalts respiratoris crònics requereix la intervenció del treballador/a social a fi de realitzar una adequada valoració del malalt i del seu entorn i d'intervenir, juntament amb l'equip, en aquells aspectes que dificulten el tractament de la malaltia.

La treballadora social del centre hospitalari quan detecti determinades situacions farà el primer contacte amb el malalt i/o família quan aquest està ingressat al Hospital per tal de començar a esbrinar quina és la situació sociofamiliar d'aquest.

Després coordinarà la tasca amb la treballadora social dels equips d'atenció domiciliària.

La treballadora social de atenció domiciliària, juntament amb la infermera, realitzarà la visita inicial al domicili del malalt per aprofundir en el coneixement del mateix i del seu entorn. Si es necessari es coordinarà amb la treballadora social d'atenció primària (centres de salut o serveis socials municipals) organitzant un pla de intervenció.

Amb la infermera, si es possible, identificaran un cuidador responsable.

6.3 Pla terapèutic integral

6.3.1. TRACTAMENT MÈDIC.....	27
6.3.2. PROTOCOL D'ACTUACIÓ A L'EXACERBACIÓ DE L'MPOC..	27
6.3.3. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME	33
6.3.4. CURES PAL·LIATIVES A LES MALALTIES RESPIRATÒRIES CRÒNIQUES.....	35
6.3.5. PLA DE CURES D'INFERMERIA.....	40
6.3.5.1. Procés infermer d'Atenció Continuada al Malalt Respiratori Crònic Avançat.....	40
6.3.5.2. Procés infermer al Malalt Respiratori Crònic Avançat a la Unitat d'Hospitalització (Convalescència - Rehabilitació).....	45
6.3.6. TRACTAMENT PSICOLÒGIC.....	47
6.3.7. INTERVENCIÓ SOCIAL.....	48
6.3.8. TRACTAMENT REHABILITADOR.....	49
6.3.8.1. Rehabilitació Respiratòria.....	49
6.3.8.2. Fisioteràpia en el Malalt Respiratori Crònic.....	55
6.3.8.3. Teràpia Ocupacional en el Malalt Respiratori Crònic.....	57
6.3.9. ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CONTINUADA. LÍNEA ESAD.....	62

6.3.1 TRACTAMENT MÈDIC.

El tractament mèdic del malalt respiratori crònic avançat ha de prestar atenció a una sèrie de components que donen sentit al desenvolupament d'un Programa d'aquestes característiques:

Des del punt de vista científic els plans terapèutics han d'estar basats en les darreres evidències existents en el maneig d'aquest grup de malalties, siguin diagnostic i classificació correctes i operatius, atenció als factors agreujants i tot allò que complica l'evolució i pronòstic, mesures preventives, novetats farmacològiques, tècniques de suport...

Donada la tipologia dels pacients que atenem, prestem una especial atenció a àrees com:

- Oxigen-teràpia crònica domiciliària i O2 líquid portàtil.
- Aerosolteràpia
- Tractament de la colonització bronquial.
- Antibiòtic-teràpia Nebulitzada.
- Detecció i tractament de les immunodeficiències.
- Tabaquisme
- Millora de la Q. De Vida i la Dispnea: Tractaments Rehabilitadors.
- Atenció a la latrogènia. Osteoporosi
- Indicació i control de Suport Ventilatori.
- Atenció Pal·liativa al malalt respiratori terminal.

Per altra banda, el Programa potencia un canvi de valors al atendre el malalt respiratori crònic avançat d'una manera integral, donant una gran importància a les innovacions organitzatives, promovent:

- Abordatge interdisciplinari: El malalt només pot ser correctament atès després de la discussió per un equip ampli en el que cada estament juga un paper fonamental en coordinació amb tots els demés.

- Continuitat i Proximitat: El pacient inclòs en el Programa és citat a Consulta Externa Mèdica cada 2 mesos. Se li facilita un telèfon de contacte amb la Infermera de Respiratori (Gestora de Cas) per si necessita atenció a l'Hospital de Dia Avaluator/ Terapèutic, atenció domiciliària per l'equip d'ESAD - Respiratori, i coordinar accions amb els altres Nivells Assistencials.

Donat que el motiu de demanda d'atenció mèdica més freqüent del malalt respiratori crònic a tots els nivells assistencials (A. Primària, SUAP, 061, Urgències Hospitalàries) és l'exacerbació de la seva malaltia i que el grup més representatiu i ben identificat d'entre aquests malalts és el de la MPOC, convé tenir elaborat un protocol d'abordatge de l'exacerbació que pugui servir de base per acordar la coordinació de la resposta dels diferents nivells.

6.3.2 PROTOCOL D'ACTUACIÓ A L'EXACERBACIÓ DE LA MPOC

COMPLEX HOSPITALARI DE MALLORCA
Gener-2001 / Revisió Desembre-2005

6.3.2.1 Definició d'exacerbació de la MPOC

Es considera exacerbació de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), l'aparició d'un canvi en la situació basal del pacient, 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.

Altres símptomes que es poden presentar són febre, alteració de l'estat de consciència, dolor toràcic, descompensació del cor pulmonal i inestabilitat hemodinàmica.

Si es desconeix l'existència de proves de funció pulmonar prèvies, s'accepta un diagnòstic de MPOC exacerbada quan el pacient presenta símptomes de bronquitis crònica, o refereixi història de tabaquisme (passat o actual) i dispnea prèvia en situació d'estabilitat clínica.

6.3.2.2 Etiologia

El 70-80% de les exacerbacions de la MPOC són per causa infecciosa, i el 50% per causa bacteriana.

És important conèixer que el 50% d'aquests pacients presenten colonització de via aèria inferior per bacteris patògens dels quals la seva càrrega bacteriana augmenta en les aguditzacions.

A la resta d'exacerbacions no es demostra una etiologia infecciosa i s'ha de pensar en altres causes:

- Exposició a contaminants atmosfèrics (pols, fum...)
- Exposició a canvis ambientals (boira, fred...)
- Tromboembolisme pulmonar.
- Arítmies.
- Insuficiència cardíaca esquerra.
- Pneumotòrax.
- Traumatismes toràcics.
- Intervencions quirúrgiques de tòrax o abdomen.
- Fàrmacs: hipnòtics, sedants, betabloquejants, diürètics...
- Febre, sèpsies, hemorràgies digestives.
- Administració incorrecta de l'oxigen.

6.3.2.3 Avaluació de l'exacerbació. Proves complementàries

La història clínica ha d'intentar recollir informació sobre la situació basal del pacient, la durada i progressió de la simptomatologia, la severitat de la dispnea, la limitació al esforç o la dificultat

per a menjar i dormir, el tractament domiciliari previ, la comorbiditat, les característiques de l'esput...

L'exploració física ha de valorar la presència o no de broncospasme, crepitants, inestabilitat hemodinàmica, alteracions mentals, presència de cor pulmonale, la utilització de la musculatura accessòria i respiració paradoxal.

Les proves complementàries a realitzar són:

- A. CONSTANTS
- a. Freqüència respiratòria
 - b. Freqüència cardíaca
 - c. Temperatura
 - d. Tensió arterial

- B. ANALÍTICA
- a. Hemograma
 - b. Glucosa
 - c. Funció renal
 - d. Ionograma
 - e. Teofil·linèmia, si cal

C. GASOMETRIA

S'ha de realitzar en tota agudització que requereix ingrés hospitalari

En exacerbacions lleus/moderades que pensem que seran donades d'alta, amb una saturació arterial en aire ambient >93% i sense història de descompensació hipercàpnica es podria evitar la gasometria.

Es recorda la necessitat de seguir les indicacions per a la correcta realització de la gasometria (SEPAR) que insisteixen en la utilització d'anestèsia local previa.

D. RADIOGRAFIA DE TÒRAX postero- anterior i lateral.

E. ELECTROCARDIOGRAMA

F. CULTIU D'ESPUT

Es sol·licitarà, abans d'iniciar el tractament antibiòtic, si es sospita infecció com a causa de la descompensació.

S'ha de ser molt curós en la seva interpretació i considerar només els cultius en esputs de bona qualitat: >de 25 leucòcits polimorfonuclears (inflamació) i < de 10 cèl·lules epitelials per camp (via respiratòria inferior)

Per a l'obtenció d'un esput de qualitat s'ha de remetre entre 2 i 10 ml de quantitat dins un flascó estèril de boca ampla i hermètic. S'ha d'enviar de forma immediata al laboratori (no >2 hores). Si no fos possible el conservarem dins un frigorífic a 4°C.

6.3.2.4 Criteris d'ingrés

Les indicacions per a l'hospitalització dels malalts de MPOC són:

- Resposta inadequada al correcte tractament ambulatori.
- Dispnea de repòs en pacients que no la presentaven abans.
- Dispnea a petits esforços (passejar per l'habitació) en pacients que no la presentaven abans.
- Falta de possibilitat de maneig en domicili per problemàtica familiar i/o social.
- Alt risc de comorbiditat (cardíaca, diabetis, insuficiència renal.)
- Edat avançada.
- Alteracions mentals o cognitives.
- Síntomes molt prolongats o progressius.
- Insuficiència respiratòria aguda o crònica aguditzada o hipoxèmia perillosa.

- Hipercàpnia de nova presentació o empitjorament de la preexistent.
- Empitjorament del cor pulmonale a cor pulmonale agut.
- Alteracions hemodinàmiques com la arrítmia aguda, hipotensió...
- Procediments diagnòstics o terapèutics que requereixen analgèsics o sedants que puguin agreujar la funció pulmonar.

Són indicacions per a valorar l'ingrés a una unitat de cures intensives, si el pacient tenia una qualitat de vida i situació prèvia bona, la presència de:

- Dispnea severa que no respon al tractament inicial.
- Confusió, letargia progressiva.
- Fatiga muscular amb moviment paradoxal del diafragma.
- Empitjorament de la hipoxèmia malgrat el tractament amb oxigen, o bé la necessitat d'utilitzar FiO2 per sobre del 40%.
- Acidosi respiratòria amb un Ph <7,30.
- Necessitat immediata de ventilació mecànica.

6.3.2.5 Tractament de l'exacerbació de la MPOC

Les bases terapèutiques es fonamenten en 5 pilars:

- Oxigenoteràpia.
- Broncodilatació.
- Corticoteràpia.
- Suport de la ventilació.
- Tractament de la causa.

A. OXIGENOTERÀPIA

La insuficiència respiratòria (IR) es defineix com el valor de pressió arterial d'oxigen (PaO2) inferior a 60 mmHg, respirant aire ambient, a nivell de la mar.

Els valors de pressió arterial de diòxid de carboni (PaCO_2) i pH arterial són de gran valor clínic en pacients amb exacerbació de MPOC perquè permeten tipificar la IR, valorar l'ús de mesures terapèutiques addicionals i monitoritzar la seva evolució.

És precís recordar que els problemes clínics més rellevants són la hipoxèmia i l'acidosi, i que la hipercàpnia, per ella mateixa, presenta menor importància clínica.

El tractament de la IR es centra en dos aspectes fonamentals: millorar la oxigenació i evitar l'acidosi arterial.

S'aconsella utilitzar la FiO_2 mínima necessària per aconseguir un valor de PaO_2 superior a 60 mmHg ($\text{SaO}_2 > 90\%$) sense que es produeixi una disminució important del valor del pH arterial ($< 7,30$).

En alguns casos de MPOC greu es pot considerar com a objectiu de l'oxigenoteràpia una $\text{PaO}_2 > 55$ mmHg. En la pràctica clínica sol ser suficient una FiO_2 entre el 24 i el 28%.

Existeixen dues formes tradicionals per a l'administració d'oxigen, les denominades sondes d' O_2 nasal ("lents") (GN) i les mascaretes tipus Venturi. Amb ambdues es sol aconseguir l'augment de la PaO_2 fins a les xifres mencionades anteriorment.

És més recomanable la utilització de les mascaretes tipus Venturi en el maneig inicial de la IR durant l'exacerbació de la MPOC. Perquè:

- S'aconsegueix un control més precís de la FiO_2 .
- L'oxigenació arterial es manté millor.
- Hi ha menys risc de depressió del centres respiratoris en comparació a la utilització de les GN (encara que amb l'ús de FiO_2 baixes, 1-2 l pm, no sol succeir).

- Es pot acceptar la utilització de GN, en principi, en pacients sense hipercàpnia ni acidosi, ni història prèvia de descompensació hipercàpnica.

Per a comprovar que s'aconsegueix el valor de PaO_2 indicat i no es produeix un increment no desitjat de la PaCO_2 o acidosi respiratòria:

Es recomana començar l'oxigenoteràpia amb FiO_2 baixes (24, 26 o 28%), i realitzar una gasometria arterial de control després de 30-60 minuts, sobre tot en pacients amb acidosi respiratòria i/o hipercàpnia inicial.

Posteriorment s'ajustarà la FiO_2 segons la resposta de la PaO_2 i del pH. Les variacions de la PaCO_2 tenen menys valor si no van acompanyades del descens del pH o bé de deteriorament de l'estat mental.

Si és necessària una FiO_2 superior al 40%, la PaCO_2 augmenta de forma progressiva amb repercussió clínica o el pH és $< 7,30$ està indicat valorar l'ingrés del pacient a una unitat de major vigilància i s'ha de plantejar l'ús de ventilació mecànica no invasiva per al maneig de la IR.

B. BRONCODILATADORS

L'ús d'una associació de fàrmacs broncodilatadors d'acció ràpida, a dosis altes, per via nebulitzada, és el tractament d'elecció en l'exacerbació de la MPOC

- Salbutamol (ventolin): 2,5 a 10 mg (0,5 a 2 ml)
- Bromur d'ipratropi (atrovent): ampolles de 500mcg.

La medicació nebulitzada s'ha d'administrar cada 4-6 hores, segons la gravetat de la crisi.

Si no hi ha una bona resposta inicial pot ser necessària la repetició de les nebulitzacions als 30-60 min abans de plantejar-s'hi mesures més agressives.

Les dosis altes de salbutamol no sempre són ben tolerades (taquicàrdia, tremolors...) i han de ser disminuïdes, mentre que la dosi de 500 mcg de bromur d'ipratropi ho solen ser.

En l'exacerbació de MPOC greu en pacients que no responen al tractament broncodilatador nebulitzat de forma inicial es pot valorar l'ús addicional de teofil·lines intravenoses.

La dosi inicial és de 2,5 a 5 mg/kg en 250 cc de sèrum glucosat a passar en 30 minuts (màxim 2 ampolles d'eufil·lina); després es seguirà amb una perfusió contínua de 0,2 a 0,5 mg/kg/h dins un sèrum de 500 cc (normalment 4 ampolles d'eufil·lina com a màxim).

La dosi inicial és reduirà a la meitat si el pacient segueix un tractament domiciliari de teofil·lina.

La utilització de teofil·lines requereix la determinació dels nivells en sang d'aquesta medicació, ja que existeix un petit marge entre la dosi terapèutica i la tòxica. També s'han d'tenir en compte els efectes secundaris i les interaccions medicamentoses.

Teofil·linèmia: valors terapèutics: de 10 a 20 mcg/ml)

En alguns pacients amb aguditzacions molt intenses, si no s'aprecia resposta al tractament nebulitzat o bé aquest tractament és impossible per la disminució de l'estat de consciència i/o no poder realitzar, el pacient, inspiracions eficaces, es pot plantejar l'ús de salbutamol sbc

C. CORTICOTERÀPIA

Consens internacional GOLD (2003):

Els glucocorticoides sistèmics són beneficiosos en el tractament de l'exacerbació de la MPOC. Redueixen el temps de recuperació i acceleren la restauració de la funció pulmonar (evidència A).

Però després de les primeres 72 h augmenta el risc de reaccions adverses i no s'obté evidència de majors beneficis (Cochrane 00)

Es recomanen, en exacerbacions de MPOC amb FEV1 < 50% de referència, a dosis de 40 mg/dia, per via oral o IV, durant 10 dies (Evidència D)

La via IM no aporta beneficis i és millor evitar-la.

D. SUPORT DE VENTILACIÓ RESPIRATÒRIA NO INVASIVA

La ventilació mecànica no invasiva (VMNI) té com a objectiu reduir el treball dels músculs respiratoris, millorar la ventilació alveolar i afavorir l'intercanvi gasos.

El sistema més emprat és la VMNI amb pressió de suport tipus BiPAP (bi-level positive airways pressure) que permet la utilització de pressions diferents en la inspiració (normalment entre 12 i 20 cm d'aigua) i l'expiració (entre 4 i 6 cm d'aigua). Permet també l'administració d'O2 suplementari.

L'horari d'utilització, períodes de descans i pressions òptimes són, encara ara, motiu d'investigació.

L'aplicació de VMNI precisa de personal amb experiència per dur a terme les tècniques d'adaptació, valorar la tolerància del pacient, la seva eficàcia i el control de fuites. Es recomana que

el pacient estigui, inicialment, amb monitorització cardio-respiratòria. Per tal s'ha d'utilitzar en unitats adequades (unitats de cures intensives o mitjanes)

En els pacients en què el tractament és eficaç s'obtenen millores clíniques i gasomètriques de forma ràpida (30-60 minuts). Però en pacients que no responen en aquest interval de temps és probable que la VMNI no sigui eficaç i s'hagi de valorar la VM Invasiva. Es recomana valorar la seva utilització en:

- Aguditzacions Graus amb un pH < a 7,30.
- En pacient que es deterioreni malgrat el tractament Farmacològic.
- En pacients on no s'aconsegueixen nivells de PaO₂ acceptables perquè empitjora el pH o la PaCO₂

La BiPAP està contraindicada si el pacient presenta inestabilitat hemodinàmica, moltes secrecions, falta de cooperació o deteriorament mental.

E. ANTIBIOTERÀPIA

El paper de la infecció en l'exacerbació de la MPOC segueix sense estar del tot clara. Es creu que el 70-80% de les aguditzacions són causades per infeccions i que el 50% de totes elles tindran una etiologia bacteriana.

Els bacteris que principalment estan implicats en les exacerbacions de la MPOC són l'*Haemophilus influenzae* (HI), l'*Streptococcus pneumoniae* (SN) i la *Moraxella catharralis* (MC)

D'altres gèrmens com els Bacils entèrics gram negatius i pseudomonas aeruginosa augmenten la seva presència en pacient amb MPOC greu (FEV₁ < 50%), en aguditzacions molt severes que requereixen VM, quan s'associen a bronquièctasis, amb edat molt avançada i si es presenta immunodepressió.

El tractament antibiòtic s'ha demostrat eficaç (disminució de la gravetat dels símptomes, menys durada, recuperació funcional més ràpida) en les aguditzacions moderades - greus de la MPOC que cursen amb símptomes clínics que ens suggereixen clarament una infecció.

Segueixen essent vàlids els criteris de n'Anthonisen que veu beneficis en la seva utilització si es presenten al manco dos dels símptomes clàssics de l'exacerbació infecciosa de la MPOC:

- Augment del volum i purulència de l'espüt (més important).
- Augment de la dispnea.
- Augment de la tos.

També es recomana la utilització dels antibiòtics davant la presència de febre o leucocitosi important en pacients amb MPOC greu, sobretot si presenten història de freqüents exacerbacions o comorbiditat cardiovascular associada.

L'exacerbació moderada/greu de la MPOC evoluciona millor amb antibioteràpia (Evidència B)

En l'exacerbació lleu l'antibiòtic no ens aporta diferències significatives (Evidència A)

L'elecció de l'antibiòtic adequat es basa en:

1. Patró local de sensibilitat del:
 - a. *Haemophilus Influenzae*.
 - b. *Streptococcus Pneumoniae*.
 - c. *Moraxella catharralis*.a i c són oroductors de B-Lactamasa.
2. Edat / gravetat / comorbiditat
3. Ús previ i repetit de cicles d'antibiòtic (risc de Pseudomonas)

GRUP I: MPOC lleu, <65 a. Sense comorbiditat, el tractament d'elecció és per via oral:

- Amoxicil·lina / Clavulànic 875 mg x 8h (8 a 10 dies)
- Macròlits (Azitro / Claritromicina)
- Noves Quinolones (Moxifloxacino, Levofloxacino)

GRUP II A: MPOC moderada – greu, amb comorbiditat, sense risc d'infecció per pseudomones:

- Tractament oral: Amoxicil·lina / Clavulànic
Noves Quinolones (Moxifloxacino, Levofloxacino)
- Tractament IV: Levofloxacino
Cefalosporines no antipseudomones (III generació)
Amoxicil·lina / Clavulànic

GRUP II B: MPOC moderada – greu amb risc d'infecció per pseudomones:

- Tractament oral: Ciprofloxacino (antibiograma)
- Tractament IV: Betalactàmic antipseudomònic: Cefepima, Piperacil·lino/Tazo. Carbapenem, +/- aminoglicòsid (és millor el tractament amb dos antibiòtics)

El tractament empíric ha de ser revisat durant el transcurs de l'ingrés, segons l'evolució clínica i els resultats microbiològics.

6.3.2.6 Prevenció de la malaltia tromboembòlica venosa

la profilaxi de la trombosi venosa profunda d'extremitats i del tromboembolisme pulmonar és recomanable en les aguditzacions severes i durant l'ingrés per exacerbació de la MPOC, si precisa d'allitament, mentre que el pacient presenti limitació de la mobilitat, de forma especial si hi té associada comorbiditat.

S'aconsella emprar Enoxaparina 40 mg (4000 unitats) via sbc, cada 24 hores

6.3.2.7 Maneig domiciliari de les exacerbacions de la MPOC

Els pacients amb aguditzacions menors de la MPOC o amb MPOC lleu poden realitzar el tractament de forma ambulatoria seguint les següents indicacions:

- A. Control per part del seu metge d'atenció primària les primeres 48-72 hores i revisió en urgències si no millora.
- B. Insistir i repassar la correcta tècnica d'inhalació.
- C. Pautar i augmentar la dosi de broncodilatadors d'acció ràpida com el salbutamol (0.4-0.6 mg= 4 a 6 inh.); terbutalina (0.5-1 mg = 2 a 4 inh.) i/o bromur d'ipratropi (0.08-0.12 mg= 4 a 6 inh.) cada 4 – 6 hores. Sembla aconsellable combinar un beta-2 adrenèrgic i un anticolinèrgic.
- D. Si el pacient està seguint tractament amb corticoides inhalats i beta-2 de llarga durada, mantenir-ho amb la mateixa pauta.
- E. Tractament corticoide: pot plantejar-s'hi l'ús de prednisona oral o metil-prednisolona (0.5 mg/kg/24 hores= 30 mg prednisona o 40 mg de metil-prednisolona / dia), en pauta descendent. No està justificada la via IM en el maneig ambulatori.
- F. Antibiòtics: no s'han d'emprar en l'exacerbació de la MPOC lleu, excepte quan no existeix milloria amb el tractament adequat o si hi ha indicis evidents d'infecció respiratòria bacteriana. El tractament d'elecció i les alternatives estan descrits a l'apartat 6.3.2.5 E. ANTIBIOTERÀPIA

6.3.3 PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DEL TABAQUISME

6.3.3.1 Concepte

El tabaquisme es considera una malaltia crònica que afecta al sistema respiratori i cardiovascular, i que pot generar processos neoplàsics de diferents localitzacions a l'organisme.

6.3.3.2 Epidemiologia

Uns 12 milions d'espanyols són fumadors (37,5% de la població). A Balears és fumadora el 34% de la població, amb la particularitat de ser la Comunitat en la que més augmenta el consum de tabac al temps que disminueix la mitja nacional, segons publica l'INE.

Segons publicà el Instituto Carlos III (1997), les malalties relacionades amb el tabaquisme van causar la mort a 621.678 espanyols entre 1978 i 1992 (uns 45.000 morts per any). Les causes van ser: Càncer broncopulmonar (30%), Malalties respiratòries obstructives cròniques (20%), Cardiopaties (14,5%) i malalties cerebrovasculars (12,6%). La resta es reparteix entre altres neoplàsies i problemes respiratoris.

El Banc Mundial considera que el cost sanitari del tabaquisme oscil·la entre el 6% i el 15% dels pressupostos sanitaris nacionals dels països rics. Això suposa a Espanya uns 450.000 milions anuals. (El País, abril de 2000).

A finals de 2002 s'ha aprovat el pla de tabac de la comunitat autònoma i el del ministeri de sanitat espanyol, i només recentment s'ha posat en marxa la primera Unitat de Tabaquisme de titularitat pública a Balears, en el Servei d'ORL de l'H.S.Dureta.

6.3.3.3 Components de la intervenció mèdica especialitzada enfront el tabaquisme

A. PRIMERA VISITA

1. Anamnesi

- a. Complimentació dels Qüestionaris "escala d'estrès percebut", i "valoració dels motius per deixar de fumar" (Test de Richmond). (Annex 6.1)
- b. Mesura del grau de dependència a la nicotina: "Test de Fagerström modificat" (Annex 6.2)

- c. Qüestionari d'avaluació de la síndrome d'abstinència.
- d. Història clínica del pacient i, específicament, història detallada del seu tabaquisme.

2. Exploració física

- a. Exploració física general
- b. Imprescindibles: pressió arterial, freqüència cardíaca i pes corporal.

3. Exàmens complementaris

- a. Estudi de funció pulmonar. Espirometria.
- b. Cooximetria a l'aire espirat, per objectivar l'abstinència o el nivell de consum.

4. Tractament. Les bases són:

- a. Suport psicològic.
- b. Elecció del dia per deixar de fumar.
- c. Tractament de les recaigudes (de la síndrome d'abstinència).
- d. Cooximetria a l'aire espirat, per objectivar l'abstinència o el nivell de consum.

Els mitjans que s'ha de posar a l'abast del pacient, pel tractament, són:

- a. Consells higiènic-dietètics (dieta, esport...).
- b. Suport psicològic individual o en grups de teràpia.
- c. Tractaments farmacològics: *Bupropion. *Tractaments substituïts amb nicotina (bàsicament mastegada o transdèrmica).

5. Intervenció de reducció de danys

Alguns malalts respiratoris, fins i tot els més greus, i encara durant els ingressos hospitalaris, no es veuen capacitats per abandonar l'habit tabàquic perjudicant l'evolució de la seva malaltia. En aquests casos convé recordar que els principals danys del tabaquisme no provenen del consum de nicotina sino de la inhalació del fum de la combustió del tabac.

Per això podem plantejar polítiques de reducció de danys oferint tractament substitutiu de nicotina si aconseguim una reducció significativa del consum de tabac (que s'hi considera quan la reducció és superior al 50% del consum).

Aquesta intervenció s'ha provat en plantes d'hospitalització i també a la consulta externa.

En els casos en que s'ha avaluat la seguretat de simultanejar el tractament substitutiu amb nicotina amb la persistència del consum de tabac no s'han observat problemes significatius.

B. SEGUIMENT

És aconsellable extreure els controls en el primer mes, fer controls freqüents els primers mesos i després als 6 i 12 mesos.

Les visites serien les següents: 1ª Visita, i, després de deixar de fumar: 1ª, 2ª i 4ª setmanes, i 2on, 3er, 6è i 12è mes.

Total: 8 visites

C. AVALUACIÓ DE RESULTATS

És imprescindible avaluar els resultats als 6 i 12 mesos, per comparar amb altres unitats semblants i detectar i corregir possibles desviacions

D. EQUIP HUMÀ

1. Metge pneumòleg, responsable del programa.
2. Infermera especialitzada en tècniques de pneumologia.
3. Psicòloga, per avaluació inicial i tractaments individuals o de grup.

E. INSTRUMENTAL

Un Cooxímetre

6.3.4. CURES PAL·LIATIVES EN LES MALALTIES RESPIRATÒRIES CRÒNIQUES

Els pacients amb Malalties Respiratòries Cròniques Avançades (MARCA) sofreixen un deteriorament progressiu (mesurat per qüestionaris específics de qualitat de vida com el SGRQ o el CRDQ) comparable o pitjor al dels pacients amb càncer de pulmó. (Thorax 2000).

Els símptomes dels pacients amb càncer de pulmó poden ser més severos però els dels pacients no neoplàsics tenen tendència a ser més complexos de manejar per la durada en el temps, les repetides aguditzacions i la incapacitat que produeixen.

L'índex de mortalitat de les MARCA és comparable al de la majoria dels càncers més comuns.

En un seguiment del Medical Research Council s'objectiva que la supervivència de tres anys dels pacients amb oxigenoteràpia domiciliària era tan sols del 42% en homes i 28% en dones. Aquesta supervivència tan baixa és més pobre que la de la majoria de tumors comuns.

Malgrat les necessitats assistencials dels pacients amb MARCA en fase avançada i dels pacients neoplàsics són equiparables i no defereixen de forma significativa, es tracta de manera distinta els pacients amb MARCA respecte els pacients que pateixen un càncer no operable.

Davant aquestes dades es va realitzar un estudi a EEUU (Hospice Care for patients with advanced lung disease, Chest 2002) on s'intentà comprovar el nivell d'atenció i les solucions que es poden oferir a aquest tipus de pacients.

S'inicià l'estudi amb l'exposició dels criteris d'ingrés a una unitat de pal·liatius a EEUU:

6.3.4.1. Criteris de selecció per a la inclusió en un programa de cures pal·liatives

- El pacient ha de ser seleccionat a partir dels serveis mèdics habituals i allistat en un programa acceptat de cures pal·liatives.
- El metge de referència i el director de l'hospital ha de certificar que:
 - El pacient presenta una malaltia terminal i que la seva perspectiva de vida és inferior a 6 mesos si segueix el seu curs habitual.
 - El pacient i la família han d'acceptar que, a partir de les hores, les cures pal·liatives substituïran l'assistència convencional.

6.3.4.2 Dificultats per aplicar aquests criteris a les cures pal·liatives respiratòries

- La incertesa del pronòstic.
- Rebuig mèdic. Alguns metges són contraris a comunicar el mal pronòstic fins a les fases molt terminals de la malaltia.
- Rebuig del pacient. Alguns pacients rebutgen l'entrada a un programa pal·liatiu al relacionar-lo amb un pronòstic fatal a curt termini: "em duen allà a morir".

Malaltia crònica d'un òrgan és aquella que ens durà de forma indefectible cap a la mort, però amb un ritme i unes fases difícils de predir.

En pacients amb MARCA, és molt difícil desenvolupar criteris que ens permeti predir el risc de mort per a un pacient individual.

Han estat diversos els protocols que han intentat predir la mortalitat seleccionant els pacients que tenien una esperança de vida inferior a 6 mesos. Tots aquests models intenten seleccionar els pacients en base al compliment d'uns criteris clínics, funcionals i gasomètrics que, en teoria, ens permetria predir la mortalitat. Dins d'aquests models destaquen els de la National Hospice Organization (NHO) de EEUU (Tabla 6.3.4.3), els criteris del Medicare (basats en els anteriors) i els criteris del model pronòstic SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preference for Outcome and Risk of Treatment). Cap d'ells ha mostrat garanties suficients per a pronosticar la mortalitat i identificar els pacients amb una expectativa de vida inferior a sis mesos, de tal manera que molts malalts que complien aquests criteris superaven el mencionat període i no eren necessàriament els pacients amb pitjor pronòstic els que hi morien primer.

6.3.4.3. Criteris d'inclusió de pacients amb malaltia respiratòria crònica en un programa pal·liatiu (National Heart Organization, 1999)

1. Malaltia pulmonar crònica severa documentada per:
 - a. Dispnea de repòs amb escassa resposta als broncodilatadors.
 - b. $FEV_1 < 30\%$ després del test broncodilatador (no és necessari realitzar-lo).
 - c. Malaltia progressiva evidenciada per l'increment de les hospitalitzacions o visites freqüents al servei d'urgències per infeccions respiratòries i/o insuficiència respiratòria.
 - d. Disminució seriada de $FEV_1 > 40$ ml/any (no és obligada).
 2. Insuficiència cardíaca dreta secundària a malaltia pulmonar.
 3. Hipoxèmia ($pO_2 < 55$ mmHg o $Sat O_2 < 88\%$ en repòs i respirant aire ambiental) o hipercàpnia ($PCO_2 > 50$ mmHg).
 4. Pèrdua de pes no intencionada $> 10\%$ durant els darrers sis mesos.
 5. Taquicàrdia en repòs > 100 ppm.
- Els criteris 1, 2 i 3 hi han de ser presents.

(adaptat de Yeager H. Chest 1997; 112 (1): 8-9.)

De totes formes aquestes directrius no han mostrat mai tenir utilitat en identificar els pacients que tenen una expectativa de vida inferior als sis mesos. Tot el contrari, ja que un estudi posterior (SUPPORT, 1997) demostrà que aquests criteris eren molt poc vàlids.

Posteriorment altres intents per a identificar els factors predictius de mort a 12 mesos de pacients amb MARCA han mostrat resultats similars.

Un altre estudi demostra que de 19 malalties cròniques, les MARCA són, darrere la demència, les que presenten una major variabilitat en la supervivència després de superar un procés agut.

Els factors que s'han relacionat de forma més directa amb un augment de la mortalitat a dos anys vista són l'edat i la funció pulmonar.

Altres factors importants serien la presència de comorbiditat (insuficiència renal i cardiopatia isquèmica) i els signes electrocardiogràfics d'hipertrofia ventricular dreta.

Els autors conclouen que:

- No existeixen uns criteris objectius vàlids per a incloure directament un pacient amb MARCA en un programa de pal·liatius.
- Malgrat això el fet de no ser capaçs de predir la mortalitat tan sols demostra la nostra ignorància i no ha de suposar una falta d'assistència per a una malaltia amb elevada mortalitat.
- Pot ser no sigui tan important ser capaçs de predir el pronòstic de vida com ser capaçs de donar una atenció continuada.
- Els pacients amb MARCA s'han de beneficiar d'un programa pal·liatiu a l'igual que els pacients oncològics.
- Les cures pal·liatives han de formar part d'un programa de continuïtat assistencial de MARCA.

Aquest programa pot fer-se càrrec del pacient quan la malaltia està en fase avançada i incloure la medicina pal·liativa quan calgui.

Per tant, els criteris d'ingrés en un programa de cures pal·liatives seria un punt més dins les premisses d'entrada en un programa d'atenció continuada de MARCA.

Els criteris d'ingrés en un programa de MARAC són molt difícils d'establir, però actualment estan universalment acceptats els següents:

- Pacients amb evolució ràpida de la malaltia.
- Pacients amb símptomes que incapaciten i que poden beneficiar-se de serveis especialitzats.
- Pacients amb múltiples ingressos hospitalaris (més de dos ingressos el darrer any).
- Pacients amb insuficiència respiratòria crònica que precisa teràpia amb oxigen al domicili, aerosolteràpia o ventilació mecànica.
- Pacients que continuen amb dispnea malgrat realitzar de forma correcta el tractament convencional.
- Pacients que precisen tècniques especials de fisioteràpia o individualitzades.
- Pacients que poden ser considerats subsidiaris de cures pal·liatives.

Respecte al darrer punt: quins pacients amb MARCA poden ser considerats pal·liatius?

Davant la dificultat de definir uns criteris objectius vàlids, com hem vist anteriorment, seguirem uns criteris basats en el sentit comú:

- Pacients amb una malaltia pulmonar tan avançada que qualsevol malaltia intercurrent pot provocar-li un alt risc de mort.
- Pacients amb una incapacitat funcional tan severa que pugui beneficiar-se de serveis especialitzats.

- Pacients que accepten que la mort pot estar pròxima i rebutgen tècniques de RCP (testament vital).

6.3.4.4. Organització de l'atenció assistencial

Objectius: evitar l'assistència fragmentada, desorganitzada i/o duplicada.

Mitjans:

- Equip multidisciplinari
- Continuitat assistencial (previsió de necessitats i accés fàcil, telèfon, correu electrònic). El telèfon és un instrument imprescindible.
- Assistència domiciliària.
- Selecció dels pacients que precisaran ingrés:
 - o Pacients inclosos en programa i que presenten una descompensació aguda.
 - o Pacients en què un ingrés temporal pot ajudar a optimitzar el tractament o reorganitzar l'atenció domiciliària.
 - o Pacients que precisen d'una descàrrega familiar temporal (convé que siguin pactats)
 - o Pacients que poden requerir l'ingrés durant la darrera fase de la malaltia, especialment si així ho desitgen o si les condicions familiars o de domicili no són les més adequades per a l'atenció final.
 - o Pacients molt greus ingressats a hospitals d'aguts i que no poden tornar a ca seva. Dins d'aquest context és interessant que en fases prèvies el pacient hagi manifestat les directrius de suport i cures en fases finals de la malaltia (testament vital)

En tots els articles d'EEUU es fa especial menció en què les regulacions en torn la RCP són massa estrictes i que haurien de ser revisades ja que es consideren contraproductius en la majoria de pacients inclosos en un programa pal·liatiu.

6.3.4.5 Cures pal·liatives. Control de símptomes i confort

Necessitats no cobertes en el cuidat de pacients amb MARCA en les fases finals de la vida:

- A. Tractament simptomàtic i de les complicacions mèdiques.
- B. Esfera funcional.
- C. Esfera psíquica.
- D. Esfera familiar.
- E. Esfera social.
- F. Esfera emocional i espiritual.

A. Tractament simptomàtic i de les complicacions mèdiques.

Símptomes principals per a valorar en pacients amb MPOC avançada:

- Dispnea.
- Dolor (per la immobilitat o per seqüeles de fractures vertebrals o costals)
- Somnolència diürna (en relació a hipercàpnia o fàrmacs).
- Patologia urinària.
- Dispèpsia ulcerosa.
- Úlceres per pressió.

En un estudi realitzat a diferents centres assistencials, els símptomes més freqüents en els tres darrers dies de vida dels pacients MPOC foren:

- Dispnea (82%)
- Dolor (34%)
- Confusió (15%)

Mentre que en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva foren:

- Dispnea (54%)
- Dolor (42%)
- Confusió (54%)

Mesures per a controlar la dispnea:

- Farmacològiques (broncodilatadors, corticoides)
- Oxigenoteràpia. (millora la supervivència)
- Cirurgia de la Reducció de Volum. La milloria de la funció pulmonar és transitòria i no es relaciona amb una milloria de la qualitat de vida.
- Trasplantament pulmonar, tampoc sembla que millori la supervivència a dos anys dels pacients amb emfisema.
- Els programes de rehabilitació poden disminuir els treball ventilatori i la sensació de dispnea.
- Nutrició (suplements nutritius). La pèrdua de pes és un factor pronòstic negatiu.
- Ventilació mecànica no invasiva (controvèrsia, alguns estudis posen de manifest que no canvia l'evolució natural de la MPOC i no es demostra una reducció en la mortalitat ni en el nº d'ingressos hospitalaris)

Mesures per a controlar el dolor:

- Escala OMS
- Morfina:
 - o Existeixen estudis que demostren que en absència de malignitat hi ha una clara infraprescripció d'opiacis per a controlar el dolor.
 - o Pot ser útil per alleujar la sensació de dispnea.
 - o Monitoritzar de forma més curosa els pacients amb retenció de CO₂.

B. Esfera funcional.

Programes de rehabilitació: en fases avançades de MPOC el seu objectiu ha de ser l'adaptació a les activitats de la vida diària (AVD).

C. Esfera psíquica

- El 90% de pacients amb MPOC tenen ansietat o depressió a diferència dels pacients amb càncer que la pateixen en un 50%.
- Ansietat.
- Considerar el tractament amb benzodiacepines. Poden ajudar a alleujar la dispnea.
- Utilitzar preferentment les benzos d'acció curta. (lorazepam ©)
- La combinació del tractament farmacològic i el suport psicològic s'ha demostrat bastant eficaç per el control de l'ansietat que tenen aquests pacients.
- Depressió.
- Necessitat de valoració especialitzada.
- Depressions emmascarades o larvades.
- El 12% dels pacients amb MPOC tenen insomni.

D. Esfera familiar

- Suport al pacient i cuidador considerats com a una unitat.
- Demanar al cuidador principal pel seu estat de salut.
- Sovint són necessaris els ingressos per descàrrega.
- Estendre les cures fins al dol.
- Suport psicològic a familiars pre i post mortem.

E. Esfera social.

La principal diferència entre les cures rebudes per pacients neoplàsics i pacients amb MPOC avançada es troba en aquest punt (Thorax 2000). Mentre que els pacients neoplàsics tenen la possibilitat d'un ràpid accés a les cures pal·liatives els pacients amb MPOC no tenen un sistema de suport equivalent.

6.3.4.6 Conclusions

- Les MARCA en fase avançada tenen una mortalitat i unes necessitats assistencials similars a les malalties neoplàsiques.
- No hi ha cap raó moral per excloure els malalts amb MARCA de l'accés a un programa de cures pal·liatives que aporti facilitats d'ingrés i altres serveis.
- El programa pal·liatiu ha de formar part d'un projecte de continuïtat assistencial per a MARCA.
- Aquest projecte de continuïtat assistencial ha d'incloure atenció socio-sanitària, equip multidisciplinari, programes de rehabilitació, educació sanitària, suport psicològic, atenció domiciliària, cures pal·liatives, etc.
- Rebreteatenció pal·liativa no ha de ser sinònim d'abandonament de la llar (atenció domiciliària si és possible).
- Fugir de l'acarnissament terapèutic i del nihilisme negligent (no fer res quan és possible pal·liar).

6.3.5 PLA DE CURES D'INFERMERIA

6.3.5.1 Introducció

La situació de salut del pacient respiratori crònic serà, en general, radicalment diferent en funció de si aquest es troba hospitalitzat o si l'atenció es fa de manera ambulatoria, així els problemes que trobarem a ambdós nivells seran també diferents.

Els problemes de col·laboració, donat que venen definits pel diagnòstic i tractament mèdic del pacient, seran iguals als dos nivells assistencials; no passa així amb els problemes de independència i d'autonomia. Els problemes d'autonomia es veuran augmentats al pacient hospitalitzat ja que habitualment tindrà un estat general més deteriorat que el pacient ambulatori. Els problemes de independència també canviaran en funció de quin nivell assistencial es tracti.

6.3.5.2 Procés infermer d'atenció continuada al malalt respiratori crònic avançat

L'objectiu de les infermeres que desenvolupen la seva feina des d'una consulta d'infermeria no és cap altre que aconseguir per els pacients un producte de qualitat avaluable en tots els seus atributs:

- Accessibilitat, disponibilitat i continuïtat: cures infermeres fàcils d'aconseguir en un curt espai de temps i continuades.
- Ciència, tecnologia i seguretat: cures infermeres realitzades seguint el nostre Model, aplicant la nostra Metodologia, bons recursos materials i tècnics i minimitzant, tant com puguem, els riscos derivats d'instal·lacions i aparells.
- Tracte i confort: Cures Infermeres individualitzades i dutes a terme cercant la millor relació interpersonal pacient - família/infermera.

S'espera, també, que aquests atributs puguin ser aplicats en dues direccions:

Per una part que, sigui qui sigui el professional que dediqui la seva atenció al programa, el pacient obtingui sempre els millors resultats.

Per altra part es tracta d'una eina útil com a carta de presentació als professionals que hagin de treballar en el programa en un futur, de forma temporal o permanent.

Com totes les eines de treball, les directrius marcades en el Pla de Cures, manual de recomanacions, etc., són susceptibles de revisió en la recerca de punts de millora.

A. OBJECTIUS GENERALS: SERVEI

L'objectiu general de la infermera que lidera un programa de

cures per el pacient respiratori crònic avançat és oferir un producte de qualitat que estigui d'acord amb el Model de Virginia Henderson .

B. OBJECTIUS ESPECÍFICS: AGENT DEL SERVEI

Objectius marcats segons les diferents funcions infermeres:

B.1. Per a les funcions assistencials

Funcions assistencials no programades:

Donar resposta a les demandes assistencials directes (visita urgent) o indirectes (telefònicament).

Indicador:

- Número de demandes ateses directament a la consulta/mes.
- Número de demandes ateses telefònicament/mes.

Funcions assistencials programades:

- Valoració de les necessitats del pacient/família (primera visita)
- Prevenció de recaigudes o aguditzacions (seguiment) amb el fi d'evitar ingressos hospitalaris.
- Prevenció i/o tractament del deteriorament físic, psíquic i/o social secundari a la patologia respiratòria.
- Elaboració de sessions educatives individuals i/o de grup dirigides a millorar el control de la situació de salut, l'acceptació d'aquesta situació o, simplement, augmentar el nivell d'adherència al tractament prescrit.
- Elaboració de sessions educatives de grup dirigides a cuidadors.
- Elaboració d'un Programa d'Educació Sanitària dirigit a malalts/família amb la finalitat de promocionar la salut.
- Vigilància de l'estat físic.
- Realització de proves complementàries: gasometries, pulsioximetries, test cutani, proves funcionals respiratòries, etc.

Indicador:

- Nº de primeres visites/semestre.
- Nº de segones visites/any.
- Nº de programes dissenyats/any.
- Nº de pacients en programa específic/any.
- Nº de sessions realitzades a la població/any.

B.2. Per a les funcions docents

- Preparació i actualització dels coneixements del personal de l'equip d'infermeria que atén els pacients hospitalitzats per patologia respiratòria.
- Col·laboració en la formació continuada de professionals d'altres nivells assistencials (EAP)
- Col·laboració en la formació de nous professionals.

Indicador:

- Nº de sessions realitzades a professionals/any.

La infermera que lidera un programa de cures, a través de la seva funció docent elabora:

1. desenvolupament de programes d'educació per a la salut dirigits a la població en generals i als grups de risc. Modificació de conductes no adequades per afavorir els hàbits saludables (ex, hàbit fumador).
2. procediments de suport als professionals del Complex que atenen pacients respiratoris crònics des d'altres àmbits, com el d'hospitalització, mitjançant sessions d'infermeria.
3. suport en la formació dels futurs professionals, amb col·laboració amb l'UIB.
4. col·laboració en la formació continuada d'altres professionals.

B.3. Per a les funcions d'investigació

- aconseguir unes millors cures d'infermeria i uns millors resultats en els pacients respiratoris crònics.

Indicador:

- Nº de protocols/any.
- Nº d'estudis realitzat/any.
- Nº de Dxl normalitzats o revisats/any.

Amb la finalitat de proporcionar unes cures de qualitat i basant-se en les darreres evidències científiques, treballa en:

- Analitzar els diagnòstics infermers més freqüents i treballar en l'actualització, elaboració i normalització de protocols.
- Estandarditzar els P.C. més freqüents a la Consulta d'infermeria. Col·laboració en el disseny de registres.
- Revisar anualment i ampliar el manual de recomanacions per a pacients i família.
- Dur a terme recerques bibliogràfiques i elaborar un dossier de forma periòdica. Presentar-les periòdicament en sessions clíniques.
- Participar en les estudis d'investigació que es duguin a terme a la unitat i contribueixin a la millora de les cures infermeres al pacient respiratori crònic.

B.4. Per a les funcions gestores

- Gestió de casos.
- Una bona coordinació entre els professionals que intervenen en el cas.

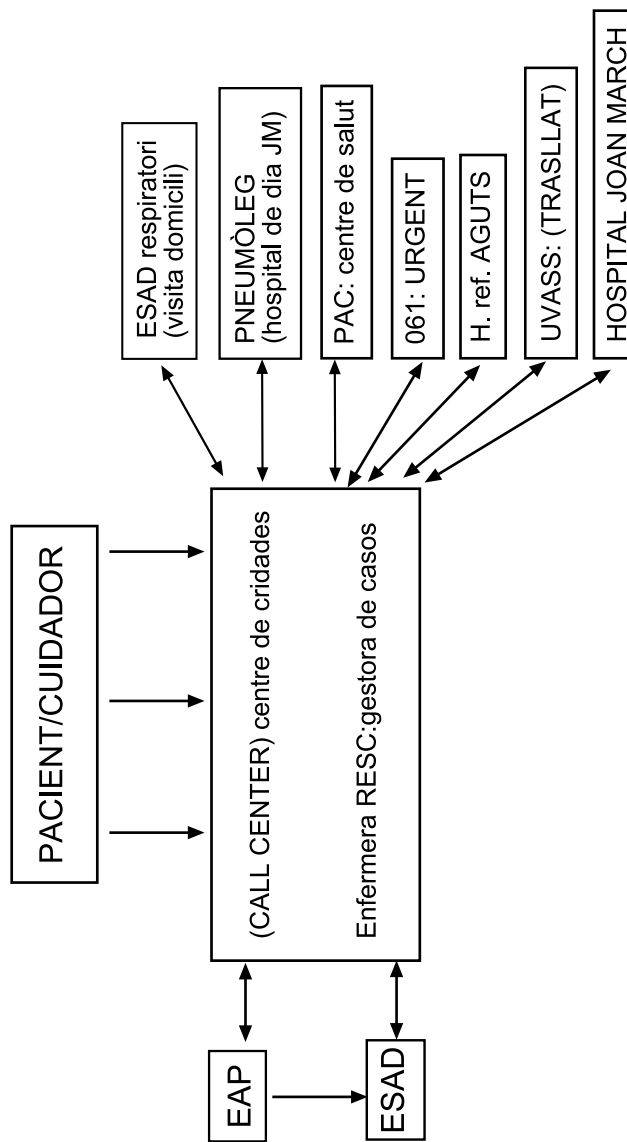
Indicador:

- Nº de casos en programa/any
Des de la seva funció gestora actua com a infermera d'enllaç amb el objectiu de coordinar la continuïtat de cures i seleccionar el recurs sanitari més adient en cada moment:

1.coordini amb l'equip d'infermeria de la unitat d'hospitalització en la prestació de cures al pacients ingressats inclosos al Programa: col·laboració en la planificació, avaluació de cures i preparació de l'alta.

2.coordini entre els diferents nivells assistencials: hospital/ atenció primària/domicili, a través de l'equip de suport d'atenció domiciliària de la línia de respiratori (ESAD respiratori) on un infermer expert en aquesta disciplina està integrat a l'equip.

3.coordini entre els diferents membres de l'equip segons les demandes del pacient i necessitats detectades.



C. PLANIFICACIÓ I EXECUCIÓ

La planificació de les activitats necessàries, segons la font de dificultat detectada per a cadascun dels diagnòstics infermers, així com l'execució, dependrà de la situació del pacient i s'hi haurà d'adaptar a les seves necessitats específiques i a les seves prioritats. Les intervencions infermeres es centraran en:

- Adquisició/control dels coneixements i habilitats del pacient/família per al maneig de la malaltia respiratòria en cadascuna de les seves fases.
- Control de l'acompliment i de l'adherència terapèutica.
- Control dels factors de risc associats a la patologia. Comorbiditat. Ús adequat dels recursos.
- Control de l'afrontament de la malaltia i/o de l'ansietat que en deriva.
- Atenció/educació al cuidador: vigilància de l'exercici del rol cuidador i prevenció de claudicació.
- Control de símptomes i signes d'alarma: prevenció i/o tractament d'aguditzacions i/o complicacions potencials.
- Activitats derivades dels problemes de col·laboració amb altres professionals de l'equip multidisciplinari del Programa.
- Atenció d'interconsultes sol·licitades per altres professionals.
- Derivació del pacient a altres professionals de l'equip per a intervenció conjunta (psicòloga, treballadora social, terapeuta ocupacional, etc.)
- Realització de proves complementàries per a la valoració inicial i per a seguiment (espirometria, test de marxa cada sis mesos)

El Pla de Cures (annex 3.7) es desenvolupa en les visites bimensuals del pacient i cuidador (unitat de cures), a la consulta d'infermeria. La freqüència d'aquestes visites es pot modificar segons les necessitats del pacient i de la seva evolució. També es pot complementar amb suport telefònic i/o visita de l'ESAD respiratori. (annexes 9.2, 9.3 i 9.4)

Durant l'hospitalització del pacient en el nostre centre s'executen de forma coordinada i complementària el pla de cures d'hospitalització i l'ambulatori.

Els diagnòstics infermers més freqüents a la consulta infermera són (annex 3.7):

- Maneig inefectiu del règim terapèutic.
- Afrontament inefectiu.
- Temor a una crisi dispneica / a la mort.
- Conductes generadores de salut.
- Risc / cansament del rol cuidador.

Com a reforç de les activitats descrites, la infermeria de respiratori ha elaborat un manual d'educació pel pacient respiratori crònic avançat i els seus cuidadors. És una eina escrita, de fàcil consulta i que facilita la consecució dels objectius. (annex 3.10)

D. AVALUACIÓ

L'atenció infermera és dinàmica i s'ha d'adaptar a les necessitats canviants de la unitat de cures que seran revisades a cada visita, per si fos necessari modificar el pla de cures.

Cada sis mesos es realitzarà una avaluació (annex 3.3):

- Revisió de diagnòstics infermers i d'objectius (resolts i pendents), prioritzarà línies d'actuació. Actualització de la valoració si cal.
- Realització de proves complementàries: espirometria, test de marxa, etc.
- Revisió i actualització d'escalas i qüestionaris.
- Actualització i seguiment dels casos amb intervenció conjunta d'altres professionals.
- Control d'exacerbacions.

E. SEGUIMENT

Un dels objectius del programa és la continuïtat assistencial del malalt respiratori crònic avançat a través de la coordinació entre els diferents nivells assistencials. Una vegada el pacient és inclòs en el programa el pla de cures és individualitzat, integral i de principi a fi (estadis finals de la malaltia. Atenció pal·liativa) excepte que es produeixi una alta, voluntària per part del pacient, o per indicació mèdica.

El nostre seguiment comprèn:

- Consulta bimensual ambulatoria.
- Visita inicial de l'ESAD.
- Control telefònic als quinze dies de l'alta.
- Control telefònic i/o ESAD durant una agudització en tractament domiciliari.
- Seguiment telefònic programat i visites programades de l'ESAD segons el pla de cures establert.
- Atenció de les cridades o visites urgents (contacte previ).
- Reunió interdisciplinària setmanal de l'equip.
- Visites programades al pacient durant la seva hospitalització i abans de l'alta.
- Reunió interdisciplinària amb l'equip d'hospitalització.
- Reunió setmanal amb l'ESAD respiratori.
- PACIENTS INCLOSOS NOMÉS PER AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA AMBULATORIA. El programa de rehabilitació ambulatoria dura 8 setmanes. Es fa un seguiment als primers sis mesos (d'avaluació) i després als dotze mesos (avaluació), un cop feta aquesta darrera avaluació el pacient es dona d'alta i el seu seguiment el durà a terme l'equip assistencial habitual. El nostre servei actuarà com a suport durant el desenvolupament del programa.

6.3.5.3 *Procés d'atenció infermera al malalt respiratori crònic avançat a la Unitat de Convalescència - Rehabilitació*

L'elevada incidència de les malalties respiratòries cròniques, l'elevat cost sanitari i les alteracions del pacient / família exigeixen de la infermeria el desenvolupament de plans de cures orientats a obtenir la major eficiència possible en cadascuna de les fases de la malaltia i en cadascun dels nivells assistencials. En estats avançats de la malaltia s'observa una comorbiditat important i se'ns presenten situacions que generen dependència física, psíquica i social tant per a la família com per les institucions sanitàries.

La tendència a la incapacitat progressiva ocasiona un fort impacte emocional al pacient, que augmenta progressivament a mesura que evoluciona la malaltia.

Les hospitalitzacions per aguditzacions són un esdeveniment important en l'evolució natural de la malaltia, ja que condiciona un deteriorament de la qualitat de vida i un augment de la mortalitat, a més de generar una dependència sanitària i un consum de recursos sanitaris.

Totes aquestes dades justifiquen l'existència d'unitats especialitzades en cures respiratòries, on la infermera juga un paper fonamental, com a professional responsable de garantir unes cures integrals al pacient i cuidador durant la seva estada a l'hospital, educant-lo i ensinistrant-lo en el control i maneig adequat de la seva situació actual i amb mires a l'alta hospitalària.

A. OBJECTIUS

- Fomentar el màxim l'autonomia del pacient, per a millorar l'autoestima i com a conseqüència la seva qualitat de vida.
- Monitorització de les complicacions potencials.
- Proporcionar i assegurar la continuïtat de les cures.
- Promoció de la salut.
- Manteniment d'una adequada formació continuada del personal sanitari.
- Educar el pacient en el correcte maneig del tractament inhalat i dels dispositius domiciliaris de tecnologia més complexa. ensenyar les conductes adequades a seguir en la rutina diària per afavorir el control de la malaltia (aplicació de TAE en AVBD, respiració adequada, identificació de signes d'alarma, alimentació, etc.), sense oblidar l'estímul amb reforç positiu sobre aquelles conductes que ja ha integrat en la seva rutina durant l'ingrés.
- Educar el cuidador en sessions de grup ensenyant-li el correcte maneig de la situació per tal d'evitar el risc de claudicació.

B. VALORACIÓ I DIAGNÒSTIC

Exposats en l'apartat 6.2.5

C. PLANIFICACIÓ I EXECUCIÓ

La planificació i execució de les activitats per a la consecució del objectius apareixen formulades en el registre del Pla de Cures (annexes 3.4, 3.5, 3.6)

La realització d'unes activitats o d'unes altres dependrà de la situació del pacient i s'adaptaran sempre a les seves necessitats específiques.

Aquestes activitats són avaluades de forma periòdica i es comprova la seva eficàcia i adequació als objectius plantejats.

L'execució de les activitats es distribueix en torns de matí i hora-baixa, coincidint amb els torns del personal.

El registre del Pla de Cures (format paper o ordinador) ens permet:

- Facilitar la comunicació entre els professionals de l'equip interdisciplinari.
- Es pot utilitzar per a l'avaluació, la investigació i amb motius legals.
- Facilita la gestió de recursos.

Els problemes d'independència o diagnòstics infermers més amb més prevalença a la unitat són:

- Risc de deteriorament de la integritat cutània. Deteriorament de la integritat cutània.
- Dèficit d'autocura: ús del WC.
- Dèficit d'autocura: vestit / mudar-se.
- Dèficit d'autocura: bany / higiene.
- Dèficit d'autocura: alimentació.
- Afrontament infecciós.
- Temor a:
 - o Dolor.
 - o Invalidesa.
 - o Canvi de la situació familiar.
 - o Mort.
- Cansament en l'exercici del rol cuidador.
- Dèficit d'activitats recreatives.
- Risc de caigudes.
- Maneig infecciós del règim terapèutic.

D. AVALUACIÓ I ALTA

L'avaluació està integrada en cadascuna de les etapes anteriors mitjançant una avaluació continuada.

L'avaluació formal consta de tres passes:

- Valoració de la situació actual del pacient.

- Comparació amb els objectius marcats . Emissió d'un judici.
- Manteniment, modificació o finalització del pla de cures.

Els seus objectius són:

- Identificar la situació de salut del pacient respiratori crònic convalescent.
- Assolir un pla de tractament global.
- Ajudar a prevenir complicacions associades.
- Garantir la continuïtat de les cures.
- Possibilitar l'ajuda a domicili després de l'alta.

Tots els pacients que són donats d'alta a la unitat rep, junt a l'informe mèdic d'alta i de l'informe de fisioteràpia, l'informe d'infermeria d'alta (annex 3.9)

L'informe d'infermeria garanteix la continuïtat de cures amb els demés nivells assistencials.

En l'informe d'alta figuren:

- Els problemes d'autonomia.
- Els problemes de col·laboració.
- Diagnòstics infermers resolts i pendents de resoldre.
- Escala de Barthel a l'ingrés i a l'alta.
- Cures d'infermeria.
- Recomanacions al pacient i a la família.

E. EDUCACIÓ SANITÀRIA AL CUIDADOR INFORMAL

El cuidador informal del pacient ingressat a la unitat pot beneficiar-se del Programa d'Educació Sanitària al Cuidador Informal de GESMA. Les sessions es realitzen els horabaixes en les unitats de l'hospital d'una forma rotatòria. (annex 3.11)

6.3.6 TRACTAMENT PSICOLÒGIC

TRACTAMENT PSICOLÒGIC INTEGRAL DEL PACIENT AMB MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA. PROGRAMA D'ATENCIÓ CONTINUADA.

6.3.6.1 *El paper de les variables psicològiques en la MPOC.*

Un important esforç investigador, desenvolupat durant les tres darreres dècades, s'ha destinat a clarificar i quantificar la influència de les variables psicològiques en les malalties respiratòries. Això ha proporcionat una abundant evidència empírica sobre la capacitat que tenen les emocions, les cognicions i les conductes d'afectar el funcionament psicosocial i funcional, així com els índex de morbiditat en els pacients amb malalties respiratòries cròniques. És per això que la presència d'algunes variables psicopatològiques com l'estrès, l'ansietat, la depressió, etc., s'han de contemplar en el tractament integral d'aquests malalts, ja que poden influir directament sobre la seva capacitat d'adaptació i per tant en el curs de la malaltia.

Respecte a l'aplicació de tècniques específiques de tractament al pacient amb MPOC, s'han de distingir dos tipus d'intervenció psicològica:

La primera es centra en la intervenció sobre aquells pacients, que havent estat integrats al programa d'atenció continuada, hagin sofert una descompensació / exacerbació i per tant han hagut de ser hospitalitzats.

En segon lloc, la intervenció psicològica en aquells pacients que, durant l'avaluació inicial, es detectin símptomes psicopatològics o algun altre tipus d'alteració psicopatològica

que dificulti l'aplicació del programa, l'adaptació general a la malaltia crònica o plantegi problemes associats amb la família o cuidador principal.

A continuació s'exposaran algunes línies generals d'intervenció psicològica que atenen el pacient d'una forma global, sense ser excloents entre elles sigui qui sigui la situació del pacient.

A. El tractament psicològic integral del pacient amb MPOC

Tècniques centrades en la modificació de cognicions i emocions psicopatològiques (de no adaptació) que incideixen en la MPOC: incidiran en la modificació dels paràmetres cognitius del pacient (pensaments, actituds, creences) i emocionals (ansietat, hostilitat, ira, dependència) que provoquen la no adaptació i impedeixen que el pacient s'integri de forma normalitzada a la vida familiar i social. Una de les tècniques més utilitzades és el "Counseling", la teràpia racional emotiva, la dessensibilització sistemàtica, l'exposició i el control d'estímul.

Tècniques per a corregir patrons de comportament inadequats. Cal destacar aquelles tècniques destinades a la intervenció sobre els excessos de la conducta:

La freqüència d'aparició de les crisis altera la vida del pacient i del seu medi familiar, cosa que pot provocar la sobreprotecció del pacient i un excés d'atenció per part de la família. Tot això és un factor estressant pel pacient. Al mateix temps, la distorsió o exageració de la gravetat dels símptomes i la sensació de falta d'autocontrol precipita l'ingrés hospitalari. La correcció d'aquests comportaments requereix el foment de tècniques d'autocontrol i l'entrenament de la família o cuidador davant la demanda del pacient, el control dels estímuls, reforços contingents a conductes adequades, educació del familiar per al maneig de les demandes excessives, etc.

Tècniques destinades a la modificació de conductes de risc que el pacient realitza sense valorar les conseqüències que tenen sobre la salut: fumar, consum excessiu d'alcohol, activitats físiques inadequades, no complir correctament el tractament farmacològic, etc. Generalment s'utilitzen tècniques de control d'estímuls, autocontrol i "counseling".

Tècniques centrades en la prevenció de la dispnea d'esforç: generalment estan relacionades amb l'adquisició d'estratègies d'afrontament adequades en situacions concretes de la vida quotidiana, així com en el maneig i prevenció de situacions que potencialment poden provocar dispnea (enfadament, frustracions, activitats bàsiques de la vida diària), la tècnica més adient és l'entrenament en la relaxació progressiva de Jacobson (l'aplicació de cada modalitat dependrà de la gravetat del pacient i de la seva tolerància al esforç).

Tècniques per al control de les crisis de dispnea: són tècniques centrades en la identificació dels símptomes i situacions prèvies a l'aparició d'una crisi. Inclouen tècniques d'autocontrol, autoinstrucció, identificació i prevenció de senyals d'alarma.

Tècniques per al control de l'ansietat davant una crisi sobtada: inclouen les tècniques de relaxació ràpida a través d'inspiracions lentes i profundes, control de pensaments irracionals relacionats amb l'aparició d'un epipodi de dispnea (ex. sensació de mort imminent) i sobre tot control d'ansietat.

Tècniques destinades a fomentar l'autonomia del pacient reduint la seva dependència del personal sanitari per a la cura de la salut.

B. Intervenció psicològica sobre la família / cuidador principal

Cal destacar aquelles tècniques en què s'incideix en la simptomatologia depressiva / ansiosa generalitzada (teràpia racional emotiva, solució de problemes, "counseling" i maneig de l'estrès) relacionada amb la falta d'autonomia del pacient, amb la no adherència a les prescripcions per a la salut (exercici físic, o d'altres...), presència de problemàtica familiar afegida (problemes econòmics) que poden impedir dur a terme la cura del pacient de forma correcta, problemes personals que no estan relacionats directament amb el pacient i que dificulten la seva cura, etc. En cada cas s'aplicarà una tècnica segons sigui la simptomatologia predominant.

6.3.7 INTERVENCIÓ SOCIAL

La tasca de la treballadora social, una vegada valorada la situació socio-familiar del malalt respiratori i s'hagi estudiat el cas amb els altres membres de l'equip, serà orientar-lo a ell i/o als seus familiars de cara, si es necessari, a millorar aquells aspectes que dificulten el tractament de la malaltia.

Les tasques que es realitzaran durant el procés d'intervenció seran:

- Orientar/assessorar al malalt i/o familiars respecte a les necessitats detectades o plantejades.
- Facilitar informació sobre recursos socials i possibilitat d'accés. Tràmits necessaris.
- Gestionar personalment les sol·licituds de recursos en el cas de que no hi hagi família o no es puguin encarregar de realitzar-los.
- Si és necessari, coordinar la feina amb la treballadora social d'atenció primària i amb la treballadora social dels equips d'atenció domiciliària.

Però, en moltes ocasions, la família es el recurs únic i/o més idoni per tenir cura del malalt. Per això, juntament amb l'equip, es treballarà de cara a reforçar els vincles i les responsabilitats dins el mateix nucli familiar.

Malgrat sigui necessari, la identificació de un cuidador com a responsable, es convenient afavorir el repartiment de tasques amb els diferents membres del entorn familiar per tal de evitar situacions de esgotament i claudicació.

La intervenció social requereix un seguiment dels casos, juntament amb la treballadora social de referència, que tindrà com a objectius, principalment:

- Intentar que el malalt dugui la iniciativa del tractament de la seva infermetat i depengui el menys possible dels seus cuidadors.
- Reforçar positivament la tasca del cuidador principal. Orientar-lo vers aquelles actituds que impedeixen una relació saludable amb el malalt. Afavorir l'autonomia del cuidador, fomentar-li la necessitat que tingui cura de ell mateix i dediqui temps al seu oci i necessitats.
- Avaluar canvis en el procés d'infermetat del pacient i com tenen incidència en la seva autonomia i en el seu entorn.
- Avaluar canvis a nivell sociofamiliar i com afecten a l'atenció del malalt.
- Avaluar símptomes de rebuig, esgotament, estats depressius, angoixa, per tal de prevenir situacions de abandonament de responsabilitats per part del cuidador o cuidadors.
- Intervenir amb altres membres de la família per aconseguir descarregar al cuidador principal de obligacions i per que reconeguin i valorin la funció que està desenvolupant.
- Si el malalt disposa de serveis d'atenció domiciliària, si cal, orientar a la treballadora familiar de cara a les cures que precisa el malalt.

Com queda reflectit a les funcions abans esmentades, és molt important l'atenció al malalt, però gairebé més als seus cuidadors. Per això la intervenció de tot l'equip interdisciplinari ha de tenir en compte aquest fet, i la treballadora social així ho ha de fomentar en el treball del grup de feina.

ANNEXES DE L'ÀREA DE TREBALL SOCIAL

- Registres de valoració i seguiment social (Annex 5.1)
- Escala d'avaluació socio-familiar (Escala de Gijón modificada) (Annex 5.2)

6.3.8 TRACTAMENT REHABILITADOR

6.3.8.1 Programa de rehabilitació respiratòria

Es diu que el millor Programa de Rehabilitació és aquell que resulta eficaç, senzill, fàcil de complir pel malalt i amb la millor relació cost-benefici possible.

En el moment actual el més raonable és el disseny de Programes adaptats a la limitació específica de cada pacient, desenvolupats en dues fases, una primera de major intensitat de 8-12 setmanes, seguida d'una segona fase de manteniment de duració indefinida:

La primera fase es pot realitzar tota sencera a l'Hospital, encara que ambulatoriament, o be, després d'un mínim període inicial d'avaluació i ensinistrament hospitalari, en el domicili del pacient.

La segona fase s'ha de realitzar exclusivament a l'àmbit domiciliari si es pretén la generalització de la rehabilitació en el tractament integral del malalt respiratori crònic.

Sigui d'una o altra forma tots els Programes de Rehabilitació han de complir aquests 4 apartats:

- Avaluació del pacient
- Selecció.
- Rehabilitació i
- Avaluació de resultats

El PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA que s'exposa a continuació és el que es practica a l'Hospital Joan March des de finals de l'any 1999.

És un Programa AMBULATORI DE BASE HOSPITALÀRIA de 8 setmanes de duració en la fase de rehabilitació, seguit de controls al final del període d'entrenament i als 6 mesos, període en el que s'indiquen exercicis domiciliaris de manteniment.

El tipus de Programa és el que correspon organitzar dins un Programa més ampli d'Atenció Continuada a Malalties Respiratòries Cròniques avançades, i en el model exposat es du a través de les Consultes Externes i l'Hospital de Dia Avaluator-Terapèutic en la seva vessant Rehabilitadora.

En la fase domiciliària, de manteniment, els controls els ha de dur l'Equip d'Avaluació i Suport Domiciliari de la mateixa Línia dins el que té un paper fonamental la infermeria educadora i el fisioterapeuta.

Es poden dissenyar variants que, partint de les mateixes bases, siguin DE PREDOMINI DOMICILIARI:

En aquests casos el pacient fa l'avaluació, educació i ensinistrament en un curt període inicial de base hospitalària i després se l'hi indiquen una sèrie d'exercicis domiciliaris dins els que predomina l'entrenament de les extremitats inferiors (caminar, pujar escales...)

Es fan controls setmanals al domicili per la infermera i fisioterapeuta.

Es facilita contacte telefònic.

S'estableixen fulls d'autocontrol mensuals.

QUÈ ÉS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA ?

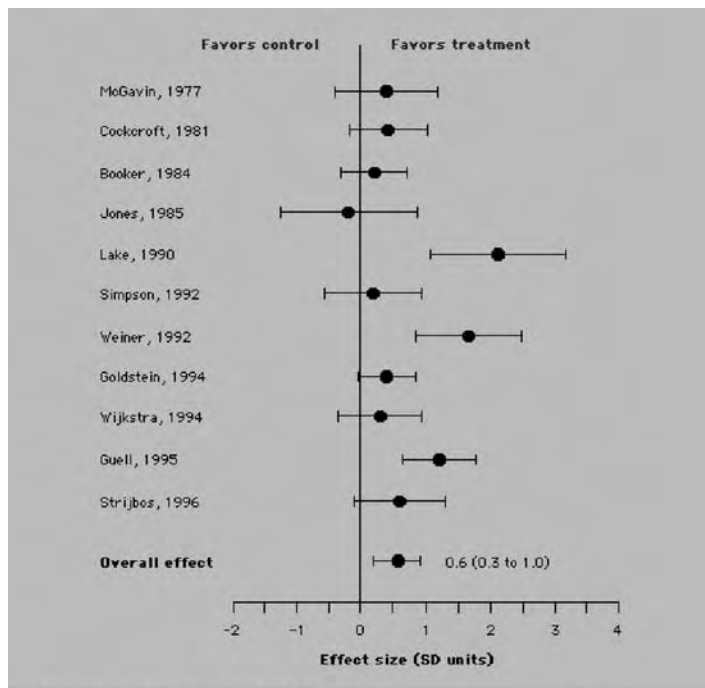
És un programa multidisciplinari per l'atenció dels malalts amb un deteriorament respiratori crònic que s'adapta i s'assigna individualment a fi d'aconseguir un rendiment òptim a nivell físic, social i d'autonomia.

NECESSITAT D'UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA (PRR):

En l'Informe Oficial de l'ATS sobre Rehabilitació Pulmonar 1999 (9.3-1) es ratifica que "Les estratègies utilitzades en els PRR són ja una part integrada en el maneig clínic i en el tractament dels malalts amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) que continuen simptomàtics amb el tractament convencional"

Aquestes recomanacions es basen en més de 300 estudis fets en els últims anys i molts d'ells es resumeixen en la important meta-anàlisi sobre Rehabilitació Respiratòria en l'MPOC publicat en el 1996 a Lancet (9.3-2), on es demostren els efectes beneficiosos dels PRR en la capacitat d'exercici, en la sensació de domini de la malaltia i en la reducció de la dispnea.

Un resum de l'efecte sobre la capacitat d'exercici queda reflectit en la figura 1:



Effect of pulmonary rehabilitation Effect of respiratory rehabilitation on functional exercise capacity. (Data from Lacasse, V, Wong, E, Guyatt, GH, et al. Lancet 1996; 348:1115.)

També als últims anys s'han classificat en diferents graus d'evidència els principals treballs científics relacionats amb programes de rehabilitació respiratòria. Així, s'ha pogut valorar l'eficàcia dels principals components i mesurar els resultats.

El grau d'evidència A és avalat per treballs ben dissenyats, controlats i amb resultats estadísticament significatius que donen un suport consistent per aplicar en els protocols.

El grau d'evidència B té un suport científic d'estudis controlats o observacionals amb resultats també consistents, encara que en menor grau que A.

El grau d'evidència C suposa una evidència científica de treballs no controlats i amb resultats menys consistents.

Components	Graus d'evidència
Entrenament d'extremitats inferiors	A
Entrenament de braços	B
Entrenament de músculs ventiladors	B
Educació, fisioteràpia i suport psicosocial	C

Resultats	Graus d'evidència
Dispnea	A
Qualitat de vida	B
Necessitat d'hospitalització	B
Supervivència	C

COM ES DU A TERME UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA?

En tot programa de rehabilitació respiratòria hi ha uns objectius bàsics a aconseguir:

- Col·laborar amb el tractament convencional per aconseguir un millor control dels símptomes i disminuir el grau de dispnea.
- Optimitzar la funció pulmonar.
- Millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut intentant que l'individu adquireixi el màxim grau d'autonomia.
- Millorar la capacitat d'esforç, el rendiment a l'exercici i en les activitats de la vida quotidiana.
- Reduir els factors psicosocials que modulen la intensitat de la malaltia.
- Millorar la supervivència i reduir el nombre d'ingressos hospitalaris.

Aquests objectius només es poden assolir amb una sèrie de intervencions terapèutiques que és consideren els components essencials de la rehabilitació respiratòria:

- Educació del malalt/cuidador amb informació de les característiques de la seva malaltia, evolució, conductes adequades per aconseguir el millor afrontament possible, coneixement i maneig correcte de la seva medicació.
- Fisioteràpia respiratòria amb tècniques de reeducació respiratòria, relaxació i tècniques d'higiene bronquial pels que refereixen hipersecreció.
- Readaptació a l'exercici amb formes d'exercici habitual com caminar i pujar escales.
- Entrenament específic per extremitats inferiors, superiors i de músculs ventiladors.
- Teràpia Ocupacional per entrenar tècniques d'estalvi d'energia en les AVD.
- Avaluació de resultats.

Totes les intervencions terapèutiques tenen uns instruments de mesura que fan possible l'avaluació i l'obtenció de resultats finals:

- Valoració clínica amb l'anamnesi, l'exploració física, Rx de tòrax i ECG.
- Exploració funcional amb espirometria, volums pulmonars, pressions màximes, DLCO, i gasometria arterial.
- Capacitat d'esforç que es pot fer amb una prova senzilla com és la dels "6 minuts de marxa" o més completa com la prova d'esforç màxim amb la utilització d'ergòmetres com el cicloergòmetre o una cinta contínua
- Avaluació de la dispnea, segons l'escala del Medical Research Council (MRC) i escala de Borg (Annexes 4.4 i 4.5)
- Qualitat de vida, segons el qüestionari genèric de perfil de salut de Nottingham (NHP), l'específic de malaltia respiratòria crònica (CRQ i/o SGRQ)

QUÍN ÉS EL PERSONAL MÍNIM NECESSARI PER TREBALLAR-HI?

- Un pneumòleg que haurà de coordinar el PRR, fer la valoració clínica i establir les indicacions i característiques del malalt per entrar en el programa.
- Una infermera especialitzada en tècniques de pneumologia de qui depèn la majoria dels instruments de mesura com l'exploració funcional, la capacitat d'esforç i l'avaluació de la dispnea. És també la responsable de tot el component d'educació del malalt amb l'organització de sessions específiques d'informació de les principals característiques de l'MPOC, evolució, conductes adequades, del coneixement i el maneig correcte de la seva medicació.
- Un rehabilitador i/o un especialista en respiratori que estableix la idoneïtat del malalt i supervisa els principals components de fisioteràpia, readaptació a l'exercici, i entrenament específic.

- Una fisioterapeuta i terapeuta ocupacional especialitzades en respiratori que executen directament tot el programa de fisioteràpia, readaptació a l'exercici, entrenament específic i en tècniques d'estalvi d'energia en les AVD.
- Una psicòloga que és la responsable d'avaluar la qualitat de vida i graus de motivació, el perfil i consell psicosocial del malalt.
- En casos problemàtics s'ha de poder consultar a un dietista i un treballador social.

A QUI VA DIRIGIT EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA?

Es considera candidat a entrar en un PRR qualsevol malalt respiratori crònic simptomàtic, fins i tot en fase irreversible de la seva malaltia. La dispnea és la principal símptoma en els diferents graus. L'edat o el grau d'afectació pulmonar no són un criteri determinant.

Criteris de selecció:

- Qualsevol malat simptomàtic portador d'MPOC amb malaltia estable i que ha passat més de 4 setmanes des de la seva última reagudització.
- Poden tenir un component de predomini emfisematós, de bronquitis crònica, d'hiperreactivitat bronquial o de bronquièctasis, o varis d'aquests components.
- Tots seran portadors de LCFA de grau moderat o sever i malgrat un tractament mèdic òptim continuïn amb simptomatologia predominant de dispnea.
- Poden presentar una tolerància a l'exercici reduïda, incapacitat o desavantatges en la realització de les activitats de cada dia que caldrà valorar en diferents qüestionaris.

Criteris d'exclusió:

- Condicions que poden interferir en la bona marxa del programa de rehabilitació com poden ser malaltia neoplàsica avançada, etilisme, incapacitat d'aprendre i de col·laborar.
- Condicions que puguin ser de risc durant l'entrenament a l'exercici, com una hipertensió pulmonar severa, angina inestable, o infart de miocardi recent.
- El tabaquisme actiu no és un criteri exclouent si s'accepta participar també en un programa de deshabituació.

ORGANITZACIÓ I DURADA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA

Fase A.- Avaluació, Informació i Educació del malalt.

VALORACIÓ CLÍNICA.

Es revisa la història clínica, l'exploració física i la situació actual del pacient a fi de complir els criteris d'inclusió en el programa. Després de la informació necessària es demana el consentiment de col·laboració i participació en el PRR.

PRESENTACIÓ DEL PACIENT A L'EQUIP INTERDISCIPLINAR. S'avaluen les circumstàncies del pacient candidat a PRR i es decideix la inclusió en el llistat per la composició de grups

EDUCACIÓ A PACIENT I CUIDADOR:

S'inicia l'educació del malalt i el seu entorn amb la informació de les característiques anatòmiques, fisiològiques i patològiques de la seva malaltia, evolució i principals estratègies de tractament/afrontament. Després es fa una explicació detallada dels dispositius domiciliaris i de tots els fàrmacs, la seva utilització adequada i els principals errors en l'administració, en especial dels inhaladors.

REALITZACIÓ DE PROVES FUNCIONALS RESPIRATÒRIES.

Es realitza una espirometria, PiM, PeM, i gasometria o pulsioximetria. El test de 6' de marxa amb saturació basal i mínima, control dels paràmetres bàsics i escala de dispnea de Borg, que són registrats per la infermera especialitzada.

AVALUACIÓ PSICOLÒGICA I DE QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT.

Realitzada pel psicòleg, comprèn: l'administració de qüestionaris genèrics de Qualitat de Vida (Nottingham Health Profile), qüestionaris específics (Cronic Respiratory Questionnaire i Saint George RQ), i qüestionaris específics de classificació de la dispnea (MRC...) segons el seu grau .

CLASIFICACIÓ DEL PACIENT SEGONS "INDEX BODE" atenent a les puntuacions atorgades als seus BMI, FEV1%, MRC i 6'WT.

CONSUM DE RECURSOS SANITARIS:

Es registren el nombre d'ingressos a l'hospital, dies d'ingrés hospitalari i demandes d'atenció urgent per exacerbació durant l'any previ a la visita inicial.

Fase B. PROGRAMA DE FISIOTERÀPIA, READAPTACIÓ A L'EXERCICI I ENTRENAMENT ESPECÍFIC:

El malalt inicia el programa de fisioteràpia i entrenament muscular amb sessions individuals i en grups de 4 a 6 pacients, segons la proposta de programa de l'Equip de Fisioteràpia descrit en aquest mateix document.

La duració del PRP és de 2 mesos i les sessions en grup s'organitzen tres vegades per setmana durant 60 minuts. Es dediquen dues setmanes específicament a teràpia ocupacional per millorar l'adaptació a les AVD, en sessions intercalades a les de entrenament físic o concentrades a les 2 darreres setmanes del període. S'anima al malalt a afegir caminades diàries segons l'esquema pautat.

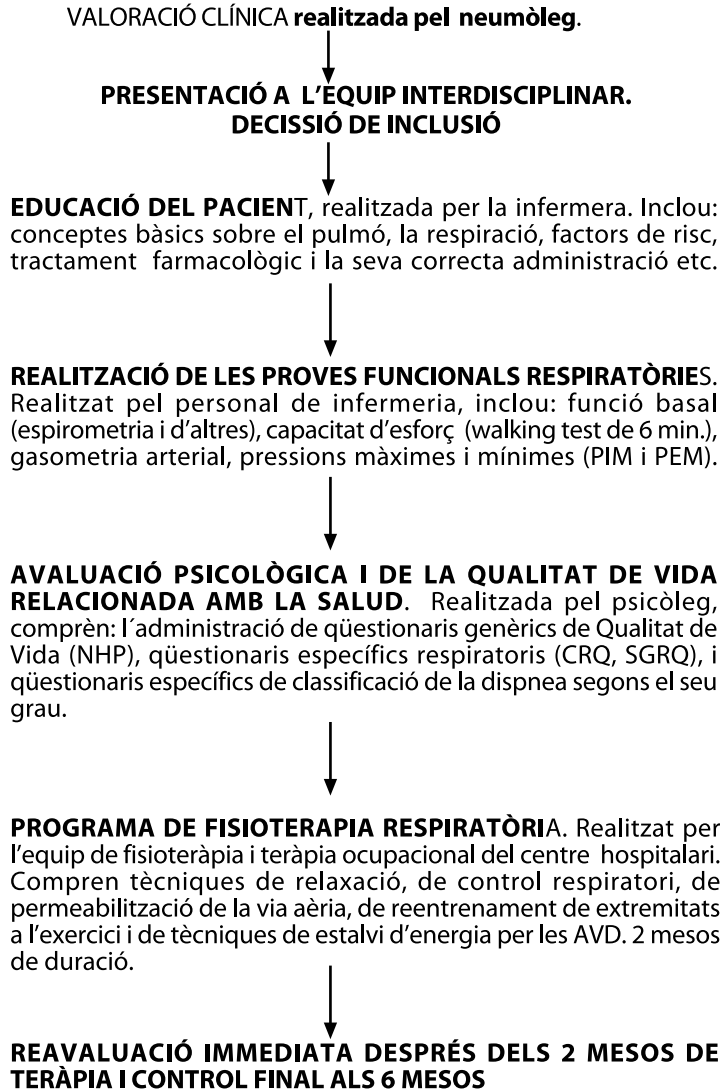
Fase C. AVALUACIÓ, MANTENIMENT I SEGUIMENT:

Dins el primer mes després de completar el programa es cita al malalt per fer l'avaluació dels resultats immediats amb una valoració clínica (exploració física), exploració funcional (espirometria, pressions màximes i gasometria o pulsioximetria), valoració de la capacitat d'esforç (test de 6 minuts de marxa), avaluació d'escala de dispnea (escala de MRC), valoració de la qualitat de vida amb el qüestionari de genèric de PSN i específic de CRQ i/o SGRQ, i Index BODE.

S'insistirà en les guies de manteniment i autocontrol a domicili. Es farà una nova visita de control amb avaluació complerta, com la descrita més amunt, als 6 mesos de la finalització del programa, podent cursar posteriorment l'alta del pacient.

Idealment es poden millorar resultats i mantenir els beneficis del PRP amb visites programades a domicili per part de la Infermera i Fisioterapeuta, en el marc d'un Programa d'Atenció Domiciliària Continuada com l'exposat més amunt.

COMPONENTS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA:



6.3.8.2 Pla d'actuació de fisioteràpia

DIMENSIONS QUE AVARCA LA FISIOTERÀPIA RESPIRATÒRIA
PREVENTIVA – EDUCATIVA – PAL·LIATIVA - CURATIVA

A. OBJECTIUS

Objectius generals

- Prevenir possibles disfuncions respiratòries.
- Restitució i manteniment òptim de la funció pulmonar.
- Augmentar la tolerància al exercici tant a nivell cardiorespiratori com a nivell muscular.
- Millorar la qualitat de vida del pacient.

Objectius específics

- Identificar les característiques del tòrax i pulmons normals i les alteracions que sofreix per la MPOC.
- Identificar els errors de la ventilació i observar les diferències amb el patró ventilador abdominal / diafragmàtic.
- Identificar la importància de la seva col·laboració per a obtenir el màxim rendiment de la seva estructura muscular.
- Executar un patró ventilador diafragmàtic tant en repòs com durant l'activitat.
- Realitzar exercicis respiratoris d'expansió costal.
- Realitzar exercicis respiratoris del músculs expiratoris.
- Identificar la localització de les secrecions.
- Executar tècniques de desobstrucció bronquial.
- Conèixer els pròdroms de un dispnea lleu abans d'arribar al cansament màxim.
- Saber com actuar davant una crisi de dispnea.
- Introduir l'hàbit de l'exercici físic dins l'activitat diària.
- Conèixer l'escala de Borg / EVA (Annex 4.5 i 4.4) per a que el pacient pugui quantificar la seva dispnea.
- Diferenciar el cansament de cames de la dispnea.

B. METODOLOGIA

La durada del programa de fisioteràpia és de 8 setmanes, es realitzen tres sessions setmanals (dilluns, dimecres, divendres) d'una hora de durada. El temps equivalent a dues d'aquestes setmanes s'afegeix per fer teràpia ocupacional.

Les sessions es duen a terme en grups de 4-6 persones.

Els grups han de ser el més homogenis possibles, en funció dels resultats obtinguts en la valoració feta per cadascun dels membres de l'equip multidisciplinari.

Es du un registre de les activitats diàries de les sessions. (annexes 7.1 , 7.2)

Els dies que no hi ha sessions de fisioteràpia, els pacients han de practicar en el seu domicili uns exercicis determinats i enregistrar-los (annex 7.3)

Durant les sessions es controla el nivell de dispnea, FC i SaO₂. Després de les 8 setmanes, un cop finalitzat el programa, s'aconsella al pacient un "programa de manteniment" per a realitzar a ca seva de forma quotidiana. Aquest programa es revisarà al 2 i 4 mesos (annex 7.4)

Quan finalitza el programa s'avaluen els resultats i es tornaran a avaluar als 6 mesos (annex 7.5)

Per norma general, les sessions s'estructuren de següent manera: reeducació mecànica ventilatòria (15'), entrenament MMII (30'), entrenament MMSS (15') i repòs.

B.2. Tècniques

a) Tècniques de reeducació respiratòria.

- a. Respiracions diafragmàtiques.
- b. Respiracions costobasals.
- c. Respiracions localitzades.

Es faran progressivament en diferents posicions segons la seva dificultat: decúbit supí, decúbit lateral, asseguts, dempeus i deambulant. S'insistirà sobretot en la profunditat de la respiració i en la disminució de la freqüència respiratòria.

b) Tècniques de drenatge de secrecions

Es recordaran les tècniques apreses durant els ingressos hospitalaris anteriors i si no s'ensenyaran de nou.

- a. Cicle actiu: combinació de respiracions toràciques, control expiratori i tècnica d'expiració forçada.
- b. Educació de la tos.
- c. Tècniques de drenatge individuals si fos necessari.

c) Control de la dispnea

- a. Ventilació controlada.
- b. Respiració amb frunziment de llavis.
- c. Control de la postura.
- d. Tècniques de relaxació.

d) Entrenament per l'esforç. Entrenament físic general.

- a. Exercicis de MMSS .- entrenament amb càrregues (70% de la RM)

- b. Exercicis de MMII .- es realitza al principi un entrenament de resistència, 30 minuts de pedaleig sense resistència. Un cop superat aquest temps passarem a un entrenament a intervals, la durada màxima de l'exercici és de 30 minuts. En aquest segon període combinarem episodis amb resistència amb episodis sense resistència. La primera resistència és de 20w, progressivament anirem augmentant en funció de la tolerància, freqüència cardíaca i saturació d'oxigen.
- c. Exercicis de tronc .- la finalitat és enfortir la musculatura i mobilitzar la caixa toràcica.

B.3. Consells de fisioteràpia per al pacient respiratori crònic. (anex 7.6)

C. RECURSOS

C.1. Humans: fisioterapeuta i auxiliar.

C.2. Materials:

- Sala de fisioteràpia.
- Material de valoració: Pulsioxímetre i fonendoscop, cinta mètrica...
- Sistemes de registre: material d'oficina, història de fisioteràpia, arxivador.
- Material específic: taules, cadires, armari, llitera, miralls, peses, etc.

6.3.8.3 Pla d'actuació de Teràpia Ocupacional

Paper de la Teràpia Ocupacional en els malalts respiratoris crònics

QUE ÉS LA TERÀPIA OCUPACIONAL?

El 1986 la "American Occupational Therapy Association (AOTA)" defineix la professió com:

La Teràpia Ocupacional és l'ús terapèutic de les activitats d'automanteniment, productivitat i oci per incrementar la independència funcional, augmentar el desenvolupament i prevenir la incapacitat; pot incloure l'adaptació d'activitats o de l'entorn per aconseguir la màxima independència i augmentar la qualitat de vida"

L'essència de la Teràpia Ocupacional descansa en l'ús d'activitats com a medi de tractament, completant la rehabilitació o habilitació per una plena incorporació i un desenvolupament satisfactori a la societat.

QUIN ÉS EL PAPER DE LA TERÀPIA OCUPACIONAL AMB ELS MALALTS RESPIRATORIS CRÒNICS?

Tenint en compte totes les característiques d'aquests tipus de malalts, ja conegudes, es desenvolupen de manera general les àrees on pot intervenir la Teràpia Ocupacional, així com la metodologia i el moment de intervenció:

Com ja sabeu els usuaris afectats per aquesta malaltia presenten una limitació en les Activitats de la Vida Diària (AVD) segons la gravetat d'aquesta.

La Teràpia Ocupacional, que en línies generals té com a objectiu la independència en les AVD, ha tingut una escassa implantació dins els programes multidisciplinaris de rehabilitació respiratòria.

A continuació s'exposa què s'entén per AVD, amb les següents definicions:

- Capacitat de l'individu per portar a terme les activitats quotidianes essencials. Gallagher, Thomson i Levi (1980).
- Capacitat per valer-se per si mateix i desenvolupar les activitats de la vida quotidiana. Filleunbaun (1984)
- Un conjunt de conductes instrumentals realitzades de manera regular i apropiada, les quals són necessàries per l'automanteniment personal i el manteniment independent. Paterson i Eberly (1982).
- Conjunt d'activitats rutinàries i quotidianes que són comuns a tots els éssers humans i que han de ser realitzades regularment per mantenir la independència d'un individu en el seu medi natural. Diferents autors.

ACTIVITATS D'AUTOMANTENIMENT. CLASSIFICACIÓ DE LES AVD

- Bàsiques: Conjunt d'activitats primàries de la persona encaminades al seu automanteniment i mobilitat, que li proporcionen autonomia i independència elementals i li permeten viure sense precisar ajuda continua d'altres persones. Inclouen aspectes com: alimentació, ús del WC, vestir-se, banyar-se,..., així com aspectes de mobilitat com poden ser les transferències.
- Instrumentals: Són aquelles que permeten a la persona adaptar-se al seu entorn i mantenir la independència en la comunitat, com poden ser: cuinar, utilitzar el telèfon, netejar de la casa,...
- Avançades: Concepte introduït per Ruben (1990), que inclou una sèrie d'activitats complexes, segregades de les AVD's instrumentals. Són habilitats de control del medi físic i social.

Un programa de Teràpia Ocupacional per pacients que pateixen aquesta malaltia i en molts casos una limitació en les AVD inclou tècniques d'estalvi d'energia i de modificació de les activitats bàsiques, instrumentals i avançades.

Per a reduir la dispnea que sol acompanyar la realització de les AVD, el Terapeuta Ocupacional ensenyarà a aquests pacients la manera de realitzar-les amb una major eficàcia i un menor desgastr energètic.

Les tècniques d'estalvi d'energia, tot i la seva simplicitat, requereixen un procés d'aprenentatge que difícilment es pot aconseguir fora d'un programa multidisciplinar de rehabilitació.

VALORACIÓ DEL PACIENT

Serà important com a primer pas de la intervenció del Terapeuta Ocupacional fer una valoració sobre els aspectes clínics de la malaltia i dels problemes que experimenta el pacient, sobretot pensant en el que serà el camp d'actuació del T.O: les AVD, la productivitat i l'oci. Tots aquests aspectes referents al pacient s'obtinran mitjançant l'entrevista, història clínica i l'opinió dels altres professionals que ja han tractat els pacients. I com a eina bàsica del terapeuta ocupacional mitjançant la observació basada en la pràctica.

A l'inici del tractament se li demana al pacient que faci una autovaloració sobre les AVDB i les AVDI (si n'acostuma a fer) on ha d'enregistrar el grau de dispnea en unes activitats concretes, l'escala està basada en els ítems segons s'utilitzen a l'escala de Börg (Annex 4.5).

OBJECTIUS I METODOLOGIA

La intervenció del Terapeuta Ocupacional en aquest cas és portarà a terme durant sis sessions d'una hora cada una, intercalades o al final de les sessions de fisioteràpia.

Durant aquestes sessions s'intentaran assolir certs objectius de forma general, ja que després s'aniran adaptant al tipus de grup

que és tingui i s'intentaran individualitzar amb cada un dels pacients:

- Entrenar la combinació del control sobre el patró respiratori amb la realització de les activitats.
- Ensenyar les principals tècniques d'estalvi d'energia orientades cap a les AVD.
- Entrenament en la modificació de les activitats més bàsiques com poden ser: higiene, bany, vestit i calçat, transferències...
- Educar sobre la realització de les AVD's instrumentals i avançades més importants, sempre tenint en compte tipus de pacients del grup.
- Ensenyar les principals regles per a la simplificació de les activitats.

La metodologia d'aquesta intervenció està basada sobre diferents tècniques com poden ser: canvi en la capacitat, canvi en l'ambient, enfocament funcional: compensació, adaptació...

Al llarg de les sis sessions de la intervenció s'intentarà entrenar els següent aspectes Intentant combinar teoria i pràctica i adaptant sempre el que s'ha de donar a cada un dels grups.

A. AVD BÀSIQUES

A.1. HIGIENE

Aquesta activitat s'intentarà que és realitzi en sedestació, procurant que els utensilis necessaris ja estiguin preparats.

Sempre que l'activitat ho permeti és col·locaran els colzes o avantbraços sobre el rentamans, el qual fa de suport, per disminuir el desgast energètic.

Intentar realitzar les activitats de forma bimanual.

Per exemple, per afaitar-se fer ús d'una maquineta elèctrica o adaptant el tipus de longitud de la manual.

És aconsellable que les aixetes siguin de fàcil manipulació.

Evitar aerosols i perfums d'olor forta.

Al pentinar-se és recomanable l'ús d'una pinta amb al mànec llarg i realitzar una adaptació del mirall, que estarà inclinat uns 20° i serà regulable en altura.

Segons les circumstàncies es col·locaran unes barres frontals o laterals, o s'ensenyarà al pacient a aixecar-se utilitzant els reposabraços.

A.2. BANY (Annex 8.4)

Aquesta activitat també és realitza en sedestació, per la qual cosa serà necessària una taula de banyera o cadira amb ventoses o fixacions a les potes, etc. Es poden col·locar barres per facilitar l'activitat al pacient i donar-li seguretat. Així com la dutxa portàtil.

Aquesta posició ens servirà perquè el pacient s'assequi, intentant que els moviments siguin lents i harmònics.

Recordar que és important tenir els utensilis preparats i a prop.

Millor deixar la cortina oberta i evitar l'excés de vapor, millor utilitzar barnús que tovallola i usar una esponja amb un mànec llarg.

Les aixetes, com s'ha comentat anteriorment, seran de fàcil manipulació, i seria ideal disposar de termòstats que regulessin la temperatura de l'aigua.

Un altre factor important a valorar és la temperatura de l'habitació.

Són recomanables els terres antilliscants.

A.3. VESTIT I CALÇAT

També és realitza en sedestació. El pacient descansarà a intervals, unes vegades entre peça i peça i d'altres segons la gravetat de la dispnea, durant la col·locació de la mateixa peça.

S'ha de preparat la roba abans de començar evitant passes innecessàries.

Col·locar-se primer la roba de la part inferior.

Evitar cinturons, corbates i peces que oprimeixin.

Per facilitar l'activitat s'aconsella l'ús de roba ample, en algunes ocasions la roba pot requerir l'adaptació dels botons o cremalleres mitjançant gomes o velcros que posin menor resistència.

Al posar-se els mitjons, sabates..., és aconsellable que el membre inferior descansi sobre l'altre genoll o sobre un tamboret.

Les sabates, millor si són sense cordons.

Una ajuda tècnica que cal tenir en compte és el calçador de mà-nec llarg.

A.4. TRANSFERÈNCIES

L'acció d'asseure's i aixecar-se de la cadira es basa primer de tot en la utilització d'una bona cadira: poc profunda, d'altura suficient, amb seient i respall ferm. La cadira hauria de tenir reposa-braços llargs i les potes haurien de reposar bé en el terra.

Pel que fa a la transferència a l'wc i al llit, en primer lloc tindrem en compte l'altura d'ambdós, i en cas necessari és poden fer adaptacions, com per exemple l'ús d'un elevador, ús de barres,... Fer un entrenament postural de com tornar-se i aixecar-se de llit amb el menor desgast energètic possible.

B. AVD INSTRUMENTALS

És important aquí l'ús d'ajudes tècniques o adaptacions a l'entorn per facilitar també aquestes activitats. A continuació tenim alguns exemples d'aquestes activitats:

Cuinar és realitzarà sempre que sigui possible en sedestació. A la cuina, és aconsellable que s'utilitzi un seient regulable en altura, mòbil i giratori, de manera que les extremitats superiors adoptin una bona posició respecte dels plans de treball.

Els armaris estaran situats a una altura adequada per evitar postures extremes.

El material utilitzat serà lleuger, manejable, basat en el principi que és millor desplaçar-lo sense aixecar-lo del terra que no carregar el seu pes.

En el mercat existeixen utensilis que fan més fàcil la preparació d'alguns aliments, com poden ser: batedores, obridor de llaunes, etc. Cal tenir-los en compte.

Caldrà organitzar les activitats i les àrees de treball on farà feina el pacient. Per exemple quan és freguen els plats, el pacient ha de seguir una seqüència de producció metòdica.

Un carro amb rodes és aconsellable per transportar per exemple les coses de la cuina al menjador.

Per planxar s'aconsella fer-ho en sedestació, intentant utilitzar planxes de poc pes.

Pel que fa a la compra intentar sortir de casa amb una llista feta, i millor comprar poc i moltes vegades que no fer una gran càrrega d'un sol cop.

Amb la neteja de la casa és aconsellable planificar-ne una part per a cada dia i deixar el més difícil per quan es trobi més descansat.

Millor utilitzar aspirador que escombra i evitar netejar finestres.

És molt útil i aconsellable col·locar una peça amb rodes sota el cubell de fregar el terra, per evitar l'esforç a l'hora d'arrossegar-lo. D'activitats instrumentals n'hi ha moltes més però caldrà valorar quines són les que realitzen els pacients amb els quals treballem i a partir d'aquí aconsellar-los sobre la seva realització, i el mateix per les activitats avançades.

Serà important ensenyar les regles per a la simplificació d'activitats, tenint en compte que hem de graduar-les tant en temps com en quantitat d'esforç.

De manera general, les principals connotacions sobre aquesta simplificació són:

- Les àrees de treball on es realitzin les activitats han d'estar organitzades.
- S'adaptaran els plans de treball procurant que els objectes estiguin a l'abast del pacient.
- Si és possible l'activitat és realitzarà en sedestació.
- Els moviments bruscs i impulsius és transformaran en lents i harmònics.
- S'alternaran activitats pesades amb activitats lleugeres.
- Seran importants els descansos que és realitzin depenent del grau de dispnea.

C. ACTIVITATS DE PRODUCTIVITAT

Com s'ha citat anteriorment el paper de la teràpia ocupacional recau en tres àrees d'actuació, un cop explicades les activitats de la via diària, dins l'àrea d'automanteniment, comentarem el paper de la Teràpia Ocupacional dins de l'àrea de productivitat:

Quan parlem de productivitat des de Teràpia Ocupacional ens referim a aquelles activitats per a l'auto-desenvolupament, la contribució social i per tal de guanyar-se la vida.

Ens referim, doncs a aquelles tasques que el pacient amb malaltia respiratòria crònica realitza en el seu lloc de treball, en el cas d'ésser una persona en actiu laboralment parlant o aquelles activitats socials que realitza. Per això hem de conèixer les activitats vocacionals que tractarem i són:

Realització del treball: realitzar les tasques del lloc de treball d'una manera eficaç i adequada, incorporant els comportaments necessaris al lloc de treball.

Així, doncs, tenint en compte aquesta definició el paper de la teràpia ocupacional consisteix en adaptar el lloc de treball del pacient per tal que pugui dur terme les seves activitats productives amb el mínim de dispnea. És, per tant, una intervenció individualitzada en la qual em de conèixer les tasques productives del pacient i el medi on les desenvolupa, per tal de poder-los-hi adaptar.

D. ACTIVITATS D'OCI

La quarta i última àrea d'actuació des de Teràpia Ocupacional va orientada a les activitats de lleure o oci, que té com a definició: realització d'activitats intrínscament motivadores per a l'entreteniment, la relaxació, el divertiment espontani o autoexpressió.

Per tal de valorar les activitats d'oci es passa un qüestionari on el pacient indica les seves activitats d'oci preferides un cop passada la valoració el paper de la Teràpia Ocupacional consisteix en adaptar aquestes activitats en els pacients de forma que les puguin realitzar amb el menor grau de dispnea possible i la menor despesa d'energia.

Posant per exemple el següent: un pacient que li agradi molt llegir al llit abans d'anar a dormir, li proposaríem unes tècniques per tal de disminuir la dispnea, com poden ser col·locar-se en sedestació a llit, amb coixins a l'alçada de les espatlles per tal de quedar semi-incorporat, cosa que facilita la respiració, també podríem aconsellar una taula inclinada on poder reposar el llibre que evita la realització d'un esforç mantingut isotònic.

Donat que cada pacient té les seves activitats d'oci preferides aquest treball es fa de manera individualitzada.

ANNEXES: REGISTRES DE VALORACIÓ I SEGUIMENT DE TERÀPIA OCUPACIONAL

- Valoració i diagnòstic per malalts respiratoris crònics (Valoració basada en la versió del Glenfield Hospital, Leicester 2001) (Annex 8.1)
- Autovaloració de les AVD (Annex 8.2)
- Guia de consells pràctics per a la realització de les AVD (Annex 8.3)
- Bany adaptat per dutxa. (Annex 8.4)

6.3.9 ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CONTINUADA (ADC). LÍNEA ESAD - RESPIRATORI

AP / ESAD / GESMA (H. JOAN MARCH)
20 / maig / 2005

6.3.9.1 Introducció

És conegut que, d'entre tots els malalts amb MPOC, un 74% de les despeses prové d'un 10% dels malalts, i que fins un 20% dels malalts que precisen ingrés hospitalari ho fan més d'una vegada per any. Per això s'han posat en marxa Plans d'Atenció Domiciliària en dues vessants bàsiques:

1.- L'hospitalització domiciliària del malalt reaguditzat, amb un esforç d'atenció ambulatoria intensa i de curta durada, estalvia, amb èxit, dies d'hospitalització i freqüència de reingressos.

En la modalitat d'alta avançada o de suport a l'alta, l'estalvi en l'hospitalització es produeix en els darrers 3-4 dies, que són els de menor cost econòmic, i els resultats en satisfacció del malalt i els seus familiars encara estan en qüestió, per la qual cosa els motius per implantar-la són: la gestió d'excessos de pressió assistencial - com alternativa a una necessitat d'ampliació de llits hospitalaris-, o la rendibilització de recursos assistencials infrautilitzats.

2.- L'Atenció Domiciliària Continuada, íntimament lligada als Plans de Rehabilitació Respiratòria, es basa en una coordinació entre els nivells d'Atenció Primària i Hospitalària i pretenen proporcionar atenció domiciliària de baixa intensitat però a llarg termini als malalts respiratoris greus que ingressen repetidament als hospitals, els que precisen oxigenoteràpia o ventilació mecànica domiciliària i els que es troben en estadis finals de la malaltia.

Els programes d'atenció domiciliària, desenvolupats en la darre-
ra dècada, aporten una millor qualitat i continuïtat assistencial,
així com una disminució d'ingressos, dies d'hospitalització, visi-
tes a Urgències i costos. A Espanya (València, Igualada, Hospitalet,
Sant Pau, H. Clínic, Bellvitge...), plans d'aquestes característiques
han demostrat la seva viabilitat.

A Mallorca es va fer un intent, l'any 2000, de posar en marxa un
Programa d'aquestes característiques entre el Servei de Pneu-
mologia de l'Hospital Son Dureta els Equips D'Atenció Primària
i L'ESAD (Equip de Suport a l'Atenció Domiciliària): "Programa
d'identificació i tractament domiciliari de pacients de risc amb
MPOC" (RISC), però no va arribar a veure la llum.

Es tracta de programes acceptats, que intenten donar resposta a
necessitats reals i ja contenen amb la sensibilitat dels àmbits més
implicats en l'atenció d'aquests malalts.

En els treballs publicats la disminució d'ingressos hospitalaris,
dies d'hospitalització, visites a urgències i costos, és una constant
(Bergner 88, Med Care. Servera 89, Med Clin. Zapater 90, Arch
Bronconeumol. Campbell 91, Chest. Clini 96, Eur Resp J).

El treball de la Dra. Rosa Güell, de l'Hospital Sant Pau, "millor
a casa" (Arch Bronconeumol XII-1998) constata, en el nostre
àmbit, la disminució global d'ingressos i l'estalvi econòmic que
representa un programa d'aquestes característiques.

Un informe de l'Agència D'Avaluació de Tecnologies Sanitàries de
Canadà, resumit al Diari Mèdic de Febrer de 2001, observa que
l'atenció domiciliària de la MPOC redueix les visites d'aquests pa-
cients a Urgències en un 30% i els ingressos hospitalaris en un
43%, al temps que milloren la seva qualitat de vida. L'estalvi en
les despeses sanitàries és, per tant, molt rellevant.

La Conferència de Consens de MPOC (Madrid, novembre de
2002) valora els programes de suport domiciliari després d'alta o
a llarg termini per la seva capacitat d'evitar ingressos i millorar la
continuïtat assistencial.

La mateixa Conferència es fa sensible a l'atenció multidiscipli-
nar de la MPOC així com a la coordinació entre els diferents ni-
vells assistencials, i emfatitza la necessitat de prestar atenció a
l'educació en la complimentació terapèutica, la nutrició, l'exercici
i les activitats de la vida diària.

Igualment promou la col·laboració i participació del pacient
en la presa de decisions diagnòstiques i terapèutiques a través
d'una millora de la informació i incentivant la pràctica del con-
sentiment informat.

Es valora la importància de l'atenció al pacient en els estadis fi-
nals de la malaltia, en el que s'ha de fugir tant del nihilisme com
del sobretractament, i fa esment a l'ajut que suposa el testament
vital i les voluntats anticipades.

JUSTIFICACIÓ DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CONTI- NUADA PEL MALALT RESPIRATORI CRÒNIC

- Alta prevalença de la malaltia
- Millora de la qualitat de vida en el domicili.
- Primer o segon lloc de totes les altes de l'àrea mèdica dels
hospitals de tots els nivells del Servei Nacional de Salut a
Espanya.
- Primera causa de reingrés i d'ingressos hospitalaris no
justificats.
- Es calcula que el 68% dels costos de la MPOC són per hospitalització,
i que un 10% d'aquests malalts ocasionen el 74% de les despeses.
- Els hospitals d'aguts no són el millor àmbit pel maneig de
malalties cròniques.

RESULTATS OBTINGUTS EN ELS PROGRAMES DE ADC

Les publicacions referides a grups de pacients seleccionats per plans d'ADC coincideixen en mostrar:

- Una disminució del nombre d'ingressos hospitalaris.
- Una reducció de les visites als Serveis d'Urgències.
- Una menor mortalitat a llarg termini.
- Una millor qualitat de vida relacionada amb la salut.
- Una millor compliment dels tractaments indicats.
- Un menor cost sanitari en el seu maneig.
- Alta satisfacció per part dels pacients.

6.3.9.2 Objectius del programa de ADC

Un pla de ADC ha de tenir uns objectius concrets i quantificables (mesurables en qualitat de vida, nº d'ingressos, reducció de costs...) i que bàsicament són:

OBJECTIUS GENERALS:

1. Afavorir l'autonomia del malalt i el control sobre la seva malaltia.
2. Promoure el maneig domiciliari de la malaltia.
3. Coordinar els diferents nivells assistencials.
4. Millorar la Q de Vida percebuda.
5. Reduir costs en el control d'aquesta patologia

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- 1.1. Educar el pacient i cuidadors en tots els aspectes relacionats amb la seva malaltia.
- 1.2. Afavorir l'adherència i compliment de les indicacions terapèutiques.
- 2.1. Reduir el nombre d'ingressos i reingressos hospitalaris.
- 2.2. Reduir els dies d'estada hospitalaris.
- 2.3. Reduir el nombre de visites als diferents serveis de urgències.
- 2.4. Detecció i resposta precoç als canvis evolutius.

2.5. Promoure l'atenció pal·liativa domiciliària en els estadis finals.

3.1. Facilitar l'accés ràpid a Consulta AP, visita ESAD i visita a l'especialista a H de Dia de l'HJM.

3.2. Decidir "ingrés necessari" i, en cada cas, fer-ho a un hospital de nivell i cost adequat.

4.1. Manteniment de la RHB respiratòria al domicili.

4.2. Promoure protocols de higiene personal i nutrició adequats.

4.3. Control de tabaquisme. Reducció de danys.

4.4. Donar atenció psicològica.

4.5. Suport de treball social.

4.6. Obtenir un bon grau de satisfacció amb el Programa

5.1. Demostrar que el Programa és cost – efectiu

6.3.9.3 Criteris d'inclusió al Programa D'Atenció Continuada Domiciliària

Els plans d'ADC no són rentables aplicats als MPOC que no ingressen ni demanen assistència, per tant s'han de dirigir a aquests grups de més demanda assistencial que, acceptant expressament la seva inclusió en el Programa, compleixin els criteris que s'exposen a continuació:

- MALALTS RESPIRATORIS CRÒNICS AVANÇATS AMB ALTA DEPENDÈNCIA I FREQUENTACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS, QUE COMPLEIXIN UN O MÉS DELS SEGÜENTS PUNTS:
- QUE HAGIN PRECISAT DOS O MÉS INGRESSOS HOSPITALARIS EL DARRER ANY.
- AMB INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (1) I O₂ DOMICILIARI, O QUE PRECISIN QUALSEVOL ALTRA TECNOLOGIA SANITÀRIA: VENTILACIÓ NO INVASIVA, AEROSOLTERÀPIA...
- EN ELS QUE PREDOMINI LA DÍSPNEA TOT I FER EL TRACTAMENT CONVENCIONAL.

- QUE PRECISIN TÈCNIQUES DE FISIOTERÀPIA ESPECIALS O INDIVIDUALITZADES.
- ESTADIS TERMINALS DE LA MALALTIA. ATENCIÓ PAL·LIATIVA

(1) PaO₂ < 60 o SatO₂ < 90%, respirant FIO₂ 0.21, mantinguts, en situació d'estabilitat clínica i tractament mèdic correcte.

6.3.9.4 Activitats del Programa de ADC

EQUIP NECESSARI PER A UN PROGRAMA DE ADC

Els plans d'ADC han de ser posats en marxa per equips multidisciplinaris, basats en la coordinació entre l'Atenció Primària i l'Hospitalària. En el nostre àmbit coincideixen amb els Equips de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD) de la Línia de Respiratori.

- Dins l'àmbit de l'Atenció Primària:
 - Personal del EAP de referència de la persona amb MPOC: Metge, Infermeria, Treballador Social, Servei d'Admissió.
 - ESAD: Metge, Infermeria, Psicòleg, Suport Administratiu.
 - Una infermera de GESMA experta en respiratori, integrada actualment a l'ESAD – Respiratori.
- Dins l'àmbit Hospitalari:
 - Metge Neumòleg, com a Coordinador del Programa i consultor.
 - Infermera formada en tècniques i en malalties respiratòries.
 - Fisioterapeuta
 - Psicòleg
 - Suport Administratiu.
- Coordinació amb:
 - Servei d'Urgències d'Atenció Primària (SUAP)
 - 061
 - Serveis de Urgències dels Hospitals d'Aguts.

PLA D'ACCIÓ DEL PROGRAMA DE ADC

ÀMBIT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Metge de EAP:
 - Seguiment en consulta i a domicili per part de l'EAP responsable del malalt.
 - Visita conjunta amb ESAD o personal de l'àmbit hospitalari, a demanda de l'EAP, de l'ESAD o de l'àmbit hospitalari.
- Infermera de EAP junt amb la Infermera de l'ESAD-Respiratori Realitza la primera visita i una visita domiciliària mensual amb les següents funcions:
 - Valoració d'entorn, ventilació accessibilitat, comunicació...
 - Monitorització de les variables clíniques: freqüència respiratòria, saturació d'O₂, símptomes, activitat física...
 - Recordatori dels elements d'educació sobre la malaltia.
 - Recolzament al programa de rehabilitació i psicològic amb l'objectiu de millorar la confiança i autonomia del pacient.
 - Detecció precoç dels canvis evolutius i de les aguditzacions.
 - Contacte telefònic i personal amb els altres professionals dels altres nivells assistencials del programa.
- Treballador/a Social
 - Fa la visita inicial al domicili junt amb infermeria per valorar la problemàtica sociofamiliar i de les condicions de l'habitatge, intentant trobar solucions.
 - Col·laboració amb la Treballadora Social de l'Hospital.
- ESAD-Respiratori
 - Funció d'enllaç entre els professionals d'Atenció Primària i els de l'Hospital: gestió d'ingressos i d'altres, suport i seguiment de situacions domiciliàries complexes, incloent exacerbacions i malaltia terminal.

- Visites conjuntes domiciliàries amb l'EAP a demanda d'aquest, del propi pacient o cuidador, o del dispositiu hospitalari.

- Psicòleg

- Seguiment a domicili dels pacients que ho requereixen.
- Col·laboració amb el Psicòleg de l'Hospital

- Coordinació Administrativa

ÀMBIT HOSPITALARI

- Metge Pneumòleg

- Coordinació del programa.
- Avaluació dels pacients candidats
- Instrucció damunt l'etiologia de l'MPOC, fisiopatologia, simptomatologia en fase estable i aguditzacions i el tractament corresponent.
- Formació dels EAP, juntament amb l'ESAD.
- Seguiment a llarg termini, ajustant els tractaments necessaris, normalment amb visites a consultes externes cada 2-3 mesos (o a petició de l'EAP o de l'ESAD).
- Maneig de les exacerbacions.

- La infermera, formada en patologia respiratòria

Instrueix els pacients en el coneixement de la seva malaltia, administració i compliment dels fàrmacs, maneig de l'oxigenteràpia i aparells de nebulització i ventilació, higiene, nutrició... mentre el malalt està dins l'àmbit hospitalari (consultes externes, hospitalització, rehabilitació). (Veure capítol 6.3.5)

- Fisioterapeuta i / o Terapeuta Ocupacional:

Visita al pacient cada 1-3 mesos per controlar el manteniment del programa de rehabilitació i fisioteràpia respiratòria domici-

liaria. Precisa de més freqüència (una visita setmanal) si el programa de rehabilitació respiratòria organitza la fase inicial, més intensiva, en el mateix domicili.

- Psicòleg

- Fa una visita inicial, amb entrevista personal amb el pacient i familiar:
- Avalua i informa de les conseqüències de les malalties cròniques (ansietat, depressió), administra els qüestionaris de qualitat de vida, i satisfacció del pacient i el familiar amb el programa.
- Avaluació, seguiment i derivació en cas necessari.
- Col·laboració amb el Psicòleg de l'ESAD.

- Treballadora Social

El equip d'atenció domiciliària haurien de contar amb la figura de un treballador/a social.

El programa d'atenció domiciliària dirigit a malalts respiratoris crònics requereix la intervenció del treballador/a social a fi de realitzar una adequada valoració del malalt i del seu entorn i d'intervenir, juntament amb l'equip, en aquells aspectes que dificulten el tractament de la malaltia.

La treballadora social del centre hospitalari quan detecti determinades situacions farà el primer contacte amb el malalt i/o família quan aquest està ingressat a l'Hospital per tal de començar a esbrinar quina es la seva situació sociofamiliar.

Després coordinarà la tasca amb la treballadora social dels equips d'atenció domiciliària.

La treballadora social d'atenció domiciliària, juntament amb la infermera, realitzarà la visita inicial al domicili del malalt per