

Estudi de casos pràctics d'assistència sanitària

Sessió 1

Dilluns 9 de juny de 2014

Estudi de casos pràctics d'assistència sanitària

1. Normes generals d'actuació
2. Normes generals de l'assistència
3. Cas pràctic 1: convulsions
4. Cas pràctic 2: lipotímia
5. Cas pràctic 3: crisi d'ansietat
6. Cas pràctic 4: obstrucció de la via aèria
per cossos estranys

Normes generals d'actuació

Recordeu que per realitzar primers auxilis, s'ha de seguir una pauta prèvia, que es recorda amb les sigles **PAS**:

- **P**rotegir, tant a la víctima com a nosaltres. Analitzar l'escena
- **A**lertar, trucar i avisar : 112
- **S**ocórrer.

Normes generals d'actuació

PROTEGIR:

- Valoració de l'entorn per descartar perills
- Prendre mesures d'autoprotecció
- Protecció de la víctima
- Primera impressió

AVISAR: 112

- Localització
- Nombre de persones afectades i tipus de lesions
- Característiques especials dels afectats i del incident

SOCÓRRER

- Valorar lesions existents
- Actuació segons la lesió

P.A.S.



1. **P**ROTEGIR
2. **A**VISAR
3. **S**OCÓRRER



http://ooche813.blogspot.com.es/2014_02_27_archive.html

Normes generals de l'assistència

1. Valoració primària o inicial:

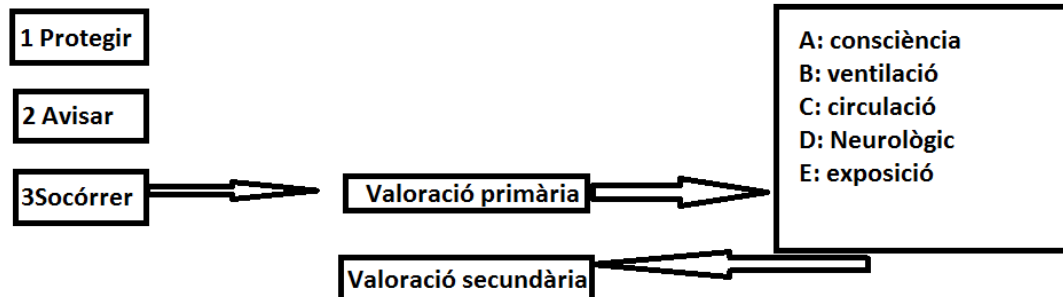
- Consciència.
- Respiració.
- Circulació
- Neurològic
- Exposició

Consisteix en identificar una situació de risc immediat per a la vida mitjançant l'exploració dels signes vitals

2. Valoració secundària:

- Hemorràgies.
- Cremades.
- Lesions
- fractures...

Consisteix en identificar possibles lesions, mitjançant: l'anamnesi i l'exploració.



Normes generals de l'assistència

Valoració inicial

- A. Airway. Consciència i via aèria
- B. Breathing. Control de la respiració i ventilació.
- C. Circulation. Control de l'hemorràgia i suport de la circulació.
- D. Disability. Exploració Neurològica.
- E. Exposure. Exposició del pacient i prevenir hipotèrmia



A

Consciència : Què ha passat?
AVDN

INCONSCIENT
OBRRIR VIA
AÈRIA

INCONSCIENT
VIA AÈRIA
PERMEABLE
PLS

CONSCIENT
VIA AÈRIA ESTÀ
PERMEABLE



B

Frequència respiratòria
Inspecció tòrax:
elevació, simetries,
color, ferides

SI RESPIRA? NO

RCP

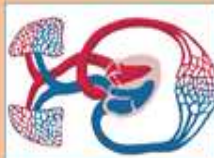


C

Signes de circulació?

NO

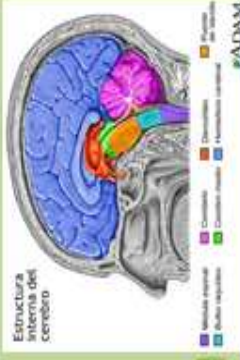
Frequència
Buscar hemorràgies:
OC i color



D

Glasgow

Pupil·les



E

Exposició zones afectades
Tapar per prevenir
Hipotèrmia
Valorar posicions d'espera



ALTERACIONS NEUROLÒGIQUES I DE LA CONSCIÈNCIA:

El cervell és un òrgan vital, moltes emergències poden venir directament per la seva alteració o bé, pel fet que altres sistemes ,si no funcionen, l'acaben afectant.

Necessita 2 substàncies per poder realitzar les seves funcions: **L'oxigen i la glucosa.**

La funció pot estar alterada per diferents causes:

S	N	O	T
Sucre	Narcosi per	Oxigen(Pulmonar	Trauma
Shock	CO2	, cardíac)	Toxines
Convulsions			Temperatura
(seizures)			
Hemorràgia			
cerebral(Stroke)			



NIVELL DE CONSCIÈNCIA

	ADULT	PUNTS	NADÓ
Obertura ocular	Espontània	4	Espontània
	A l'ordre verbal	3	A l'ordre verbal
	Amb estímuls dolorosos	2	Amb estímuls dolorosos
	Sense resposta	1	Sense resposta
Resposta verbal	Resposta apropiada	5	balbuceja
	Respostes confuses	4	Plora de manera inconsolable
	Respostes inapropiades	3	Irritable
	Realitza sons incomprensibles	2	Reacciona al dolor
	Sense resposta	1	Sense resposta
Resposta motora	Obeeix a ordres	6	Moviments normals
	Localitza estímuls dolorosos	5	Localitza el dolor
	Retira al aplicar dolor	4	Flexiona o retira al dolor
	Respon amb flexió anormal	3	Flexió anormal
	Respon amb extensió	2	Extensió anormal
	Sense resposta	1	Sense resposta

CAS PRÀCTIC 1:

**Estem a classe i de cop i volta una alumna cau a terra convulsionant.
Quina seria la teva actuació???**



PROTEGIR

- ESCENA
 - Perill
 - Situació
 - Primera impressió

AVISAR

SOCÓRRER

- Valoració inicial
 - A
 - B
 - C
 - D
 - E
- Valoració secundària:
 - Preguntes
 - Signes vitals
 - Posició espera



<http://www.familiaysalud.es/enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/como-ayudar-un-nino-que-presenta-un-ataque-epileptico>

CAS PRÀCTIC 2:

A l'hora de gimnàs una de les vostres alumnes ha caigut a terra i ha tingut una pèrdua de consciència d'uns minuts.



PROTEGIR

- ESCENA
 - Perill
 - Situació
 - Primera impressió

AVISAR

SOCÓRRER

- Valoració inicial
 - A
 - B
 - C
 - D
 - E
- Valoració secundària:
 - Preguntes
 - Signes vitals
 - Posició espera

CAS PRÀCTIC 3:

Esteu a classe i és hora de fer un examen i, de cop i volta, una noia comença a dir que té palpitations i sensació d'ofec. Veieu que està blanca i tremolosa.



PROTEGIR

- ESCENA
 - Perill
 - Situació
 - Primera impressió

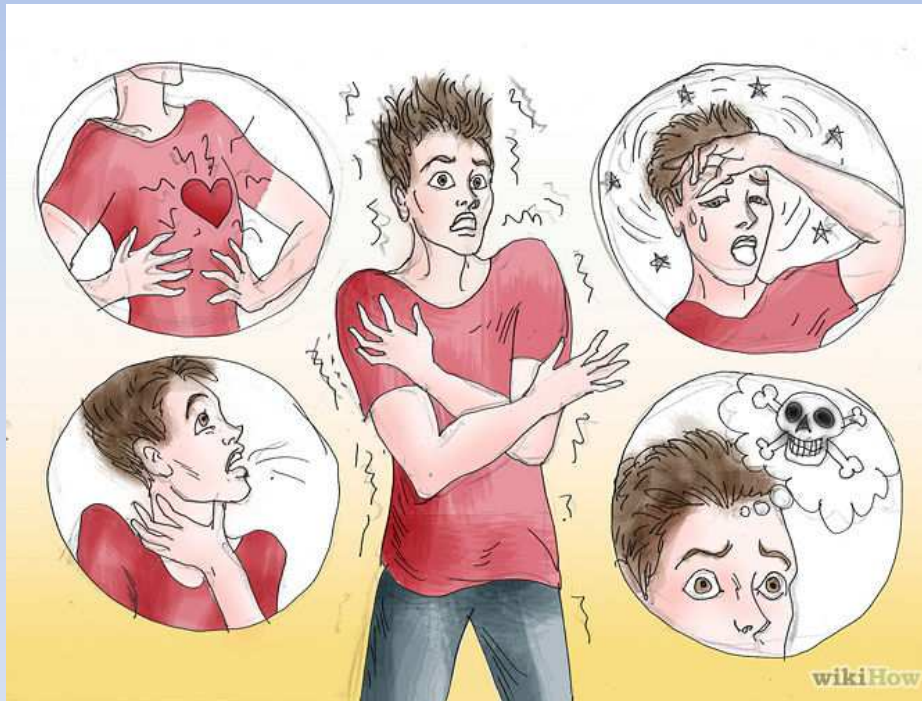
AVISAR

SOCÓRRER

- Valoració inicial
 - A
 - B
 - C
 - D
 - E
- Valoració secundària:
 - Preguntes
 - Signes vitals
 - Posició espera

RESOLUCIÓ DEL CAS

Una crisi d'ansietat o de pànic es caracteritza per l'aparició de manera sobtada i inesperada de simptomatologia física i psíquica, que arriba a la màxima intensitat als 10 minuts.



SIMPTOMATOLOGIA FÍSICA:

- tremolors
- mareig
- palpitations
- ofec
- nàusees
- suor

<http://www.wikihow.com/Help-Someone-Having-a-Panic-Attack>

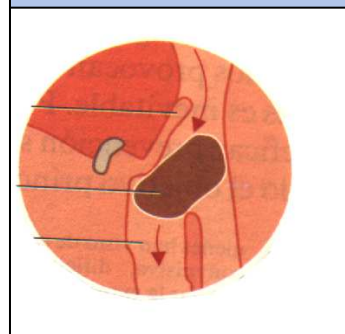
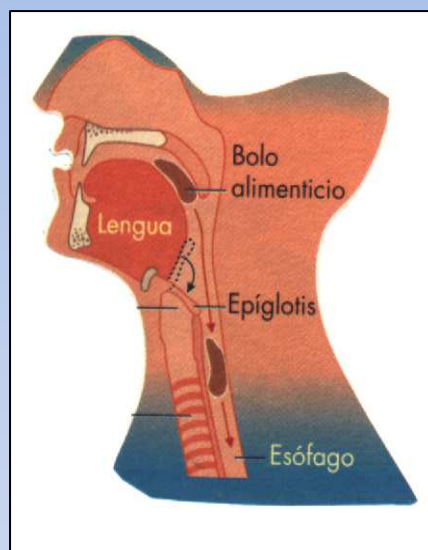
<http://www.youtube.com/watch?v=Fn2JPbUgGCs>

Crisi d'ansietat

OVACE

Obstrucció de la via aèria per cossos estranys

Una obstrucció de la via aèria és un impediment perquè l'aire insuflat arribi fins als alvèols pulmonars, causat per un objecte estrany a les vies aèries.



Obstrucció incompleta

* **clínica:** dificultat per respirar i parlar, però presenta tos enèrgica i continuada. La persona es mostra agitada i amb sensació d'ofegament

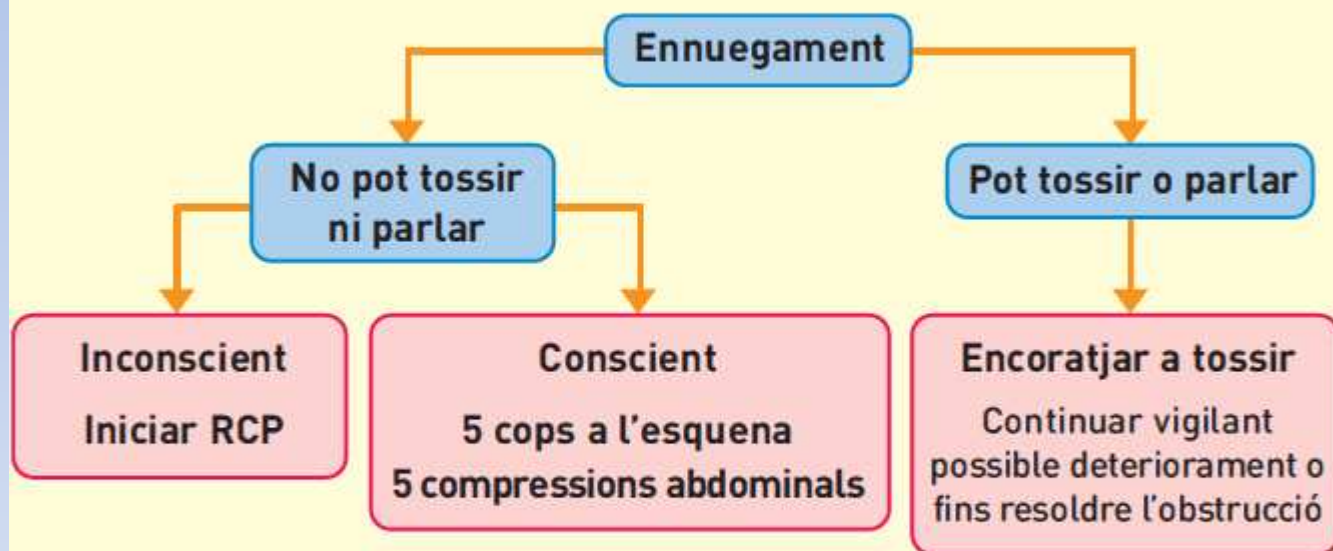
* **Actuació:** deixar que tussi, MAI donar cops a l'esquena, el cos estrany podria variar la posició i convertir l'obstrucció en completa

Obstrucció completa

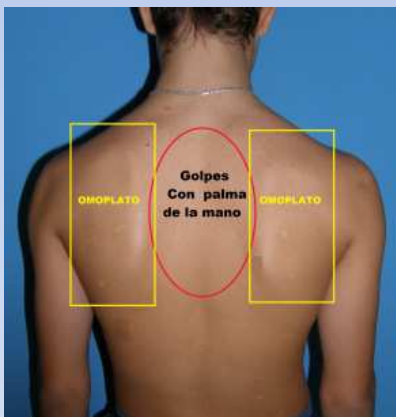
* **clínica:** incapacitat per respirar i parlar i tossir. Gran agitació i la persona com a acte reflex es posa les mans al coll

* **Actuació:** Inclinar la víctima cap endavant i donar 5 cops forts entre els omòplats i si l'obstrucció persisteix iniciar les compressions abdominals (Maniobra de Heimlich)

OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA

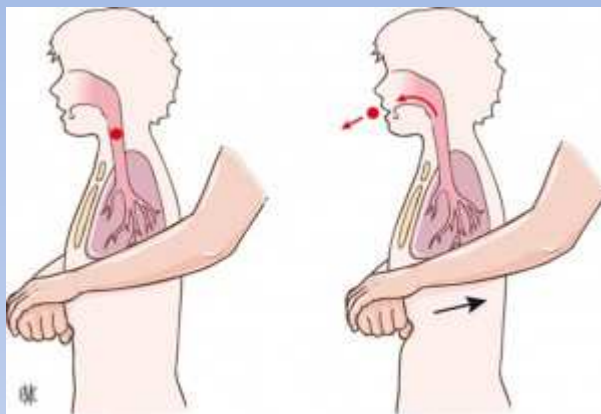


- Ens col·loquem darrere la víctima i apliquem 5 cops entre els dos omòplats amb el taló de la mà.
- La víctima s'inclina cap endavant per si el cos estrany surt.



<http://informaciona.com/video/maniobra-de-heimlich-co-mo-actuar-ante-un-atragantamiento> PNTP8VKGou8





- Col·locar-se darrere de la víctima , envoltar-li la cintura amb els braços.
- Tancar la mà i col·locar 4 dits per sobre del melic
- Amb l'altra mà agafar el puny
- Fer pressió forta cap endins i en direcció als pulmons.
- Afluixar la pressió sense perdre el punt d'aplicació de maniobra



OVACE NENS:



OVACE MENORS D'UN ANY



<http://informaciona.com/video/ucam-knowledge-pills-primeros-auxilios-para-bebes-atragantamiento Hp Q8wvsUts>

CAS PRÀCTIC 4:

A l'hora de dinar un professor s'ennuega mentre menjava pollastre i comença a tossir de manera enèrgica. Quina seria la teva actuació?



<http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/16750663/Que-Hacer-Cuando-Entra-Super-Util.html>

PROTEGIR

- ESCENA
 - Perill
 - Situació
 - Primera impressió

AVISAR

SOCÓRRER

- Valoració inicial
 - A
 - B
 - C
 - D
 - E
- Valoració secundària:
 - Preguntes
 - Signes vitals
 - Posició espera



Estudi de casos pràctics d'assistència sanitària

Sessió 2

Dimarts 10 de juny de 2014

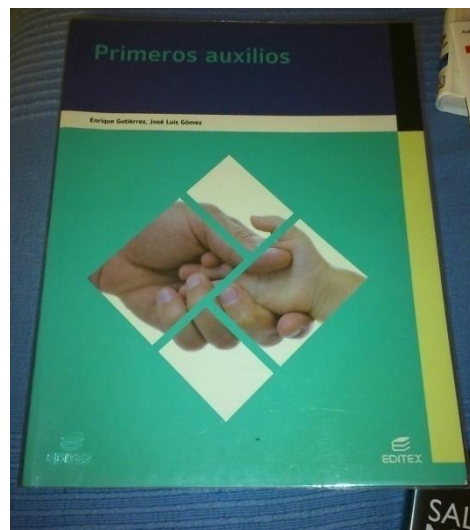
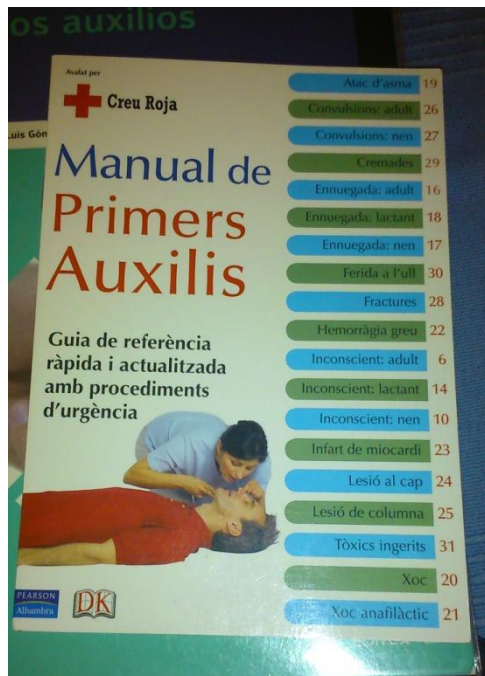
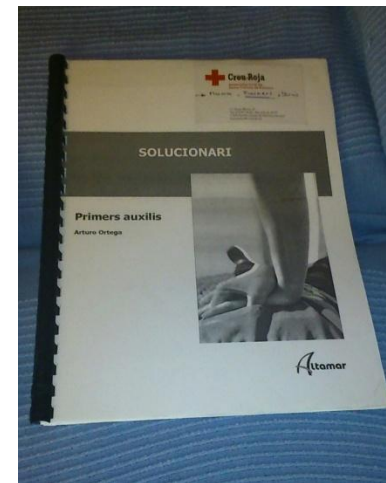
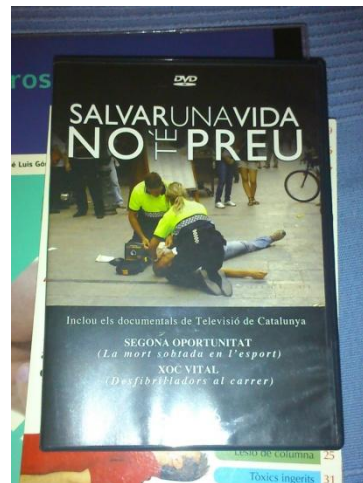
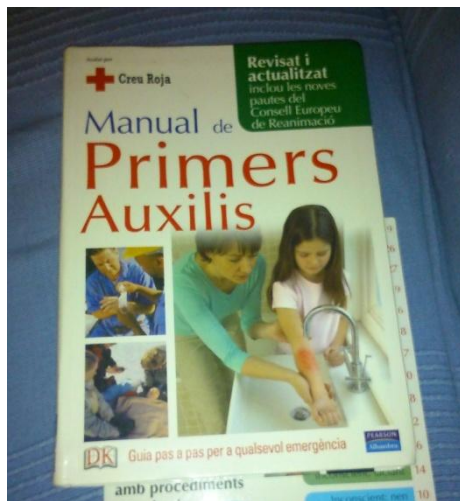
Planificació de la Sessió 2

Estudi de casos pràctics d'assistència sanitària										
	Dilluns 30		Dimarts 1		Dimecres 2		Dijous 3		Divendres 4	
De 9 a 11	Judit / Montse	Pràctica	Elena	Pràctica	Quima	Pràctica	Elena	Pràctica	Glòria	Pràctica
De 11 a 11.30	Pausa		Pausa		Pausa		Pausa		Pausa	
11.30 a 13	Judit / Montse	Revisió	Elena	Revisió	Quima	Revisió	Elena	Revisió	Glòria	Revisió
Judit / Montse	Estudi de casos pràctics de primers auxilis: crisi angiosa, OVACE, crisi convulsives i lipotímies									
Elena	Estudi de casos pràctics del SEM / Problemes circulatoris, SVB i DEA									
Quima	Estudi de casos de pediatria. Programa SIE a l'INS									
Glòria	Estudi de casos en pacients crònics / Atenció domiciliària, primers auxilis									

“PETICIONS” DE LA SESSIÓ 2

Peticions:

- Visió integral dels diferents recursos assistencials.
- Conèixer casos que siguin útils dins l’aula com a recurs didàctic.
- Integrar teoria i pràctica dins l’aula.



OBJECTIUS DE LA SESSIÓ 2

Que el participant:

- Conegui les passes a seguir de manera *ordenada, sistemàtica i periòdica* per aconseguir la millor assistència:
 - Ràpida, eficaç i de la millor manera.
 - Quantitativament i qualitativa.
- Evitar qualsevol actuació nociva pel pacient/usuari/malalt/ víctima...
- Es familiaritzi amb les tècniques.
- I HO PUGUI APLICAR, EN MATÈRIA DOCENT, A QUALSEVOL CAS QUE PUGUI INVENTAR PER LA PRÀCTICA A L'AULA.

CONTINGUTS:

- Definició
 - A, B, C, D, E.
 - A M P L E
- Tècniques a seguir a cada ítem.
- Les constants.
- Malalties més prevalents. (?)

A TENIR EN COMPTE:

- Diferències amb el pediàtric i l'embarassada.



A TENIR EN COMPTE:

NO SUPOSIN

NO IMAGININ

NO IMPROVITZIN

LA MARE DELS OUS?!?!?!?!?

PROBLEMES
RESPIRATORIS

PROBLEMES
CIRCULATORIS



PROBLEMES
CARDÍACS

PROBLEMES
NEUROLÒGICS

PROBLEMES
METABÒLICS

- **P: Protegir**
 - Un mateix, víctima, escenari.
- **A: Alertar**
 - Central // 112
- **S: Socórrer:**
 - Valoració – Assistència.

PROTEGIR



ALERTAR



SOCÓRRER



L'ASSISTÈNCIA

- DEFINICIÓ:
 - Conjunt de mesures destinades a preservar la salut .
- OBJECTIUS:
 - Evitar que el mecanisme lesional empitjori l'estat.
 - Intentar millorar funcions vitals.

L'ASSISTÈNCIA

- FINALITAT:
 - NO DIAGNOSTICAR!!!
 - NO IMPROVITZAR!!!
 - Valorar *in situ* el millor:
 - Tractament.
 - Trasllat (a qui pertoqui)

L'ASSISTÈNCIA

- ORDRE

VIDA —————> ÒRGAN —————> FUNCIO

L'ASSISTÈNCIA

- Es divideix en:

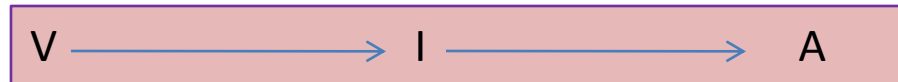
- Valoració:

- Primària

- Secundària

- Interpretació.

- Assistència.



ORDRE

- **PRIMER:**
 - **VALORACIÓ PRIMÀRIA:**
 - A: via aèria
 - B: respiració
 - C: circulació
 - D: neurològic
 - E: exposició
- **SEGON:**
 - **VALORACIÓ SECUNDÀRIA:**
 - Més completa i per regions anatòmiques.

LA VALORACIÓ

PAS

CONSCIÈNCIA

SÍ

VALORACIÓ:

Primària: ABCDE
Secundària.

Anamnesi: AMPLE.

Cridar demanant ajuda

NO

RESPIRA?

SÍ

Guedel, PLS,
secundària

Activar 112//USVA

NO

**SVB
30:2**

Consideracions:

- Pacient traumàtic?
 - Considerarem pacient traumàtic quan:
 - Desconeixem mecanisme lesional.
 - Inconscient sense testimonis.

VALORACIÓ PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA

ASISTENCIA PRIMARIA: Valoración-interpretación-aplicación de:

A: *Vía aérea* ¿está permeable?

B: *Ventilación* ¿respira?

C: *Circulación* ¿tiene pulso?

D: Neurológico ¿está consciente?

E: *Exposición* = protección + información

ASISTENCIA SECUNDARIA: Valoración-interpretación-aplicación de:

Cabeza a pies y espalda (regiones anatómicas)

SÍNDROMES VITALES: como resultado de la correlación de los hallazgos encontrados en la Asistencia Secundaria.

LA VALORACIÓ

- Es divideix en:
 - Valoració primària:
 - S'inicia amb l'aproximació
 - Immediata
 - Descartar risc vital en 30 seg
 - Solucionar:
 - » A: Air way (via aèria)
 - » B: Breath (respiració)
 - » C: Circulation (circulació)
 - » D: Disability (neurològic)
 - » E: Exposure (exposició)

VALORACIÓ

- Es divideix en:
 - Valoració secundària:
 - Més completa.
 - Per zones anatòmiques (ordre craneo-caudal), constants.
 - Determina mesures terapèutiques (assistència inicial i durant el trasllat).
 - Cal fer-ho en les millors condicions  ZONA SEGURA.
 - Revaloració periòdica!!!!!!

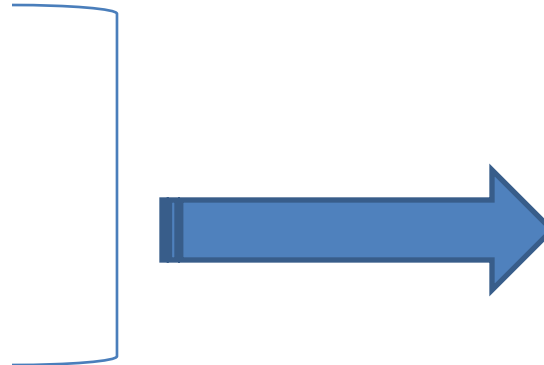
ANAMNESI

- **A:** Al·lèrgies (buscar indicatius)
 - **M:** Medicaments que pren.
 - **P:** Patologies prèvies.
 - **L:** Lunch (última hora que ha menjat)
 - **E:** Exposició. Traurem la roba per detectar lesions ocultes.
(Dins el vehicle).
- * Pacients inconscients demanar informació a acompanyants.

SOM-HI!

Conscient?

- Si consciència:
 - Respira
 - Té pols
- Inconscient:
 - Passar ràpidament a A.



Valoració
secundària

* Tot pacient inconscient ha de ser valorat per personal facultatiu!!!!

A: AIR WAY (via aèria)

- Problemàtica:
 - Obstrucció de la via aèria:
 - Caiguda de la llengua per inconsciència
 - Objectes estranys a via aèria: secrecions, restes anatòmiques, ...

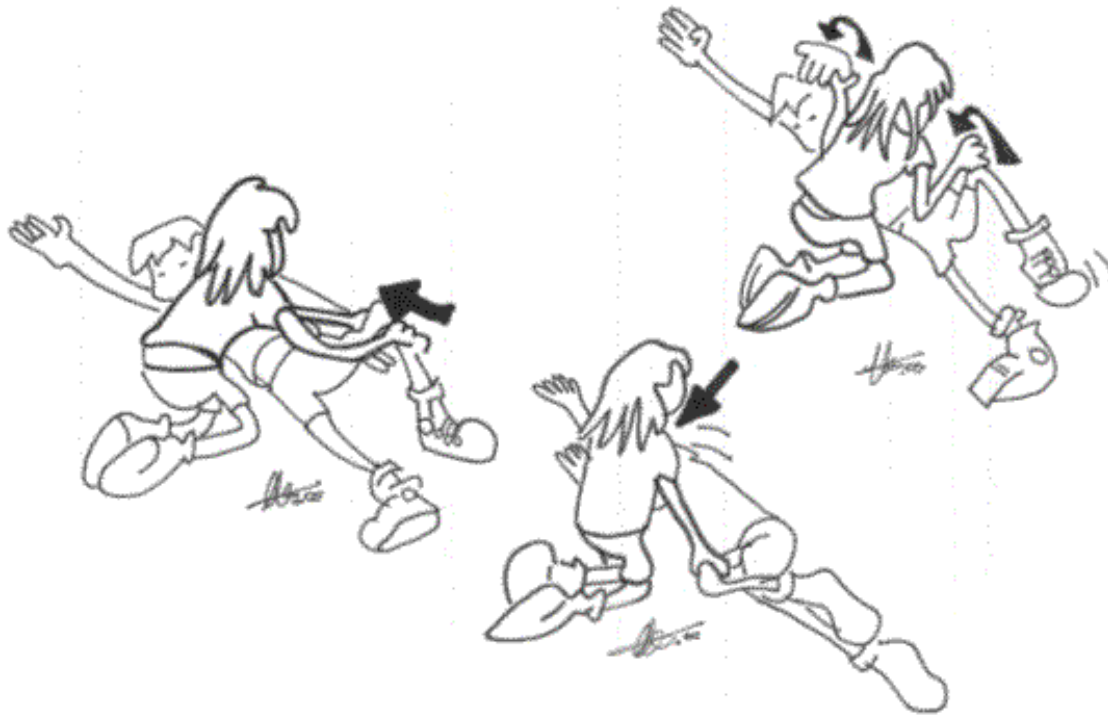
A: AIR WAY (via aèria)

- Permeable?
- Estabilitzar CV (en cas de traumàtic).
- Absència de respiració espontània?

— RESPIRA:

- Col·locar cànul·la de Guedel.
- Posar pacient en PLS (no traumàtic)

A: pacient inconscient que respira **no** traumàtic



A: AIR WAY (via aèria)

- Estabilitzar CV (en cas de traumàtic).
- Absència de respiració espontània?

– NO RESPIRA:

	NO TRAUMÀTIC	TRAUMÀTIC
O V A	FRONT-MENTÓ	TRACCIÓ MANDIBULAR
		Mantenint immobilització CV: 1r amb 2 mans. Després amb collarí cervical rígid.

Obstrucció via aèria en inconscient



Obstrucció via aèria en inconscient

- 1a causa per la que les ventilacions no són efectives en el SVB és la obertura incorrecta de la via aèria per part del personal assistencial.

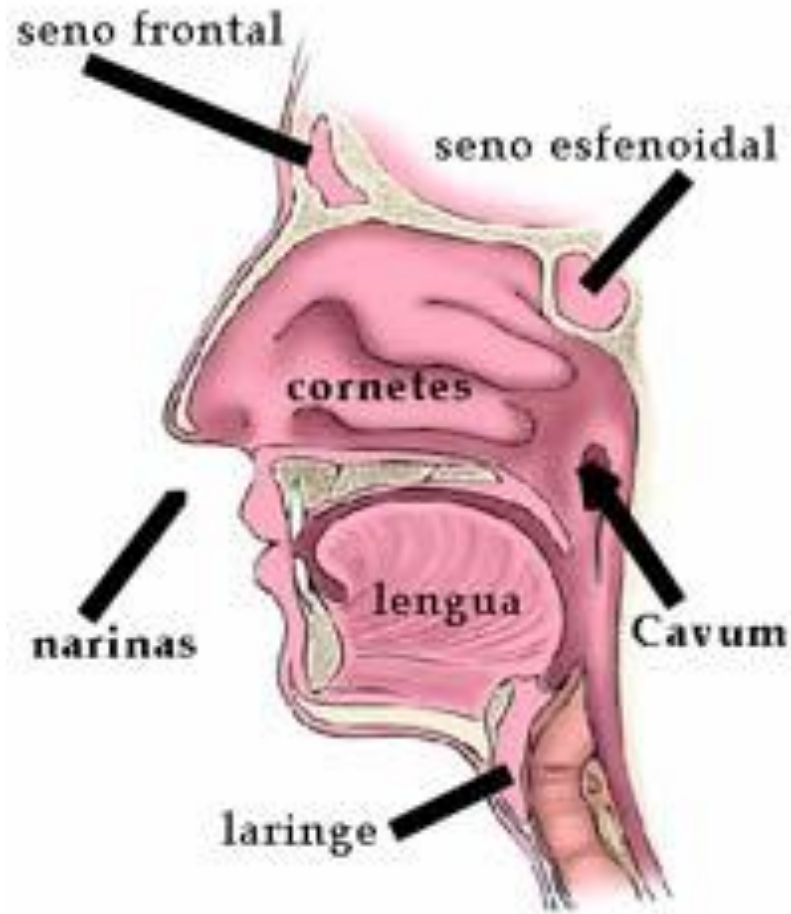
Maniobra Front-Mentó



Tracció mandibular

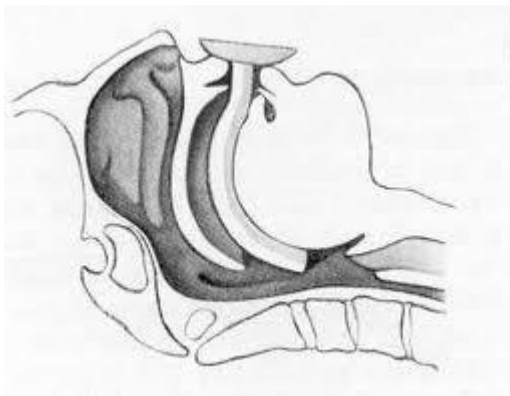


Per què elevar el mentó?



Per què obrim la via aèria...

Cànules de Guedel



Col·locació de dispositius:



A: AIR WAY (via aèria)

- Cànul·la de Guedel:
 - Dispositiu supraglòtic.
 - Manté via aèria permeable (caiguda de la llengua).
 - Permet:
 - introduir sondes per aspiració.
 - Ventilar.

A: AIR WAY (via aèria)

- Cànul·la de Guedel:
 - 5 mides : lòbul orella-comissura labial
 - Mida no correcta:
 - Reflex del vòmit
 - Caiguda de la llengua
 - Tècnica: (diferent en el pediàtric)



A: Air way (via aèria)

- Aspiració i extracció de cossos estranys:
 - Aspirador + sondes (estèrils)
 - S'introdueix per nas o boca amb el sistema obert (per evitar lesions de mucosa) i es tanca sistema al retirar la sonda.
 - Durada màxima de 10 segons (per evitar bradicàrdies, ...)

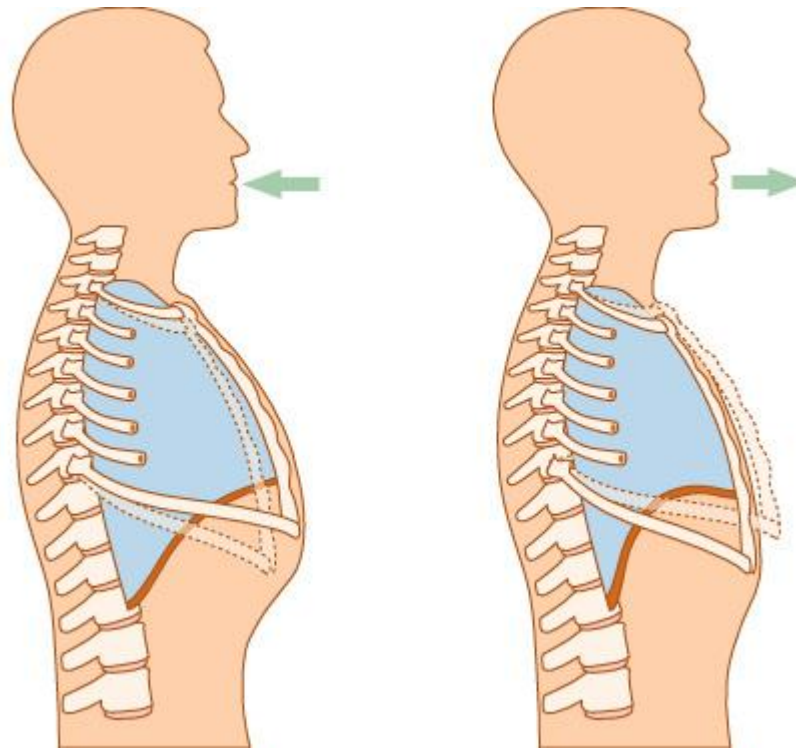
A: Air way (via aèria)

- Aspiració i extracció de cossos estranys:
 - Pinces Magill.
 - Permeten treballar fins a tràquea.



A: Air way (via aèria)

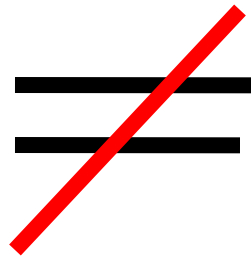
- OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA PER COS ESTRANY (OVACE).
 - 1a causa: pèrdua to muscular → INCONSCIENT.
 - Per cos estrany poc freqüent :
 - Adult: peces dentals, menjar, ...
 - Nens: joguines, ...



B: VENTILACIÓ

B: Ventilació

Ventilació a pressió positiva: respiració assistida.



Ventilació a pressió negativa: respiració normal i fisiològica.

B: Ventilació

- Ítems a valorar:
 - Quantitat: normalitat 12-20 per minut.
 - Bradiapnea < 12 per minut.
 - Taquiapnea > 20 per minut.
 - Apnea: absència de respiració (pauses entre cicles o definitives)
 - **ATURADA RESPIRATÒRIA:**
 - $FR < 6$ x'ó nul·la.
 - S'instaura al menys durant 5 minuts  **ACR.**

B: Ventilació

- Ítems a valorar:
 - Qualitat:
 - Hipoventilació
 - Hiperventilació

B: Ventilació

- Paràmetres de normalitat:
 - 12-20 respiracions per minut.
 - Treball homogeni a ambdós hemotòrax
 - No utilització de musculatura accessòria
- Anomalies:
 - Bradipnea
 - Taquiapnea
 - Hipoventilació
 - Hiperventilació

B: Ventilació

- Signes:
 - Cianosi distal:
 - Cianosi perifèrica:



Los niños con tetralogía de Fallot presentan una coloración de piel azulada cuando lloran o se alimentan



"Crisis de hipoxia"

ADAM.

B: Ventilació

- Causes:
 - Xoc hipovolèmic, normovolèmic, sèptic ...
 - Intoxicació per drogues, fum, ...
 - Danys neurològics: lesionats medul·lars, AVC, ...
 - Medicacions.
 - OVACE // OVA
 - Traumatismes toràcics (bolet costal, ...)
 - ...

B: Ventilació

- Patologies més comunes:
 - Pneumotòrax:
 - Simple
 - tensió
 - MPOC
 - Insuficiència respiratòria
 - ...

B: Ventilació

- Patologies més comunes:
 - Pneumotòrax:
 - Simple:
 - L'aire no augmenta amb cada inspiració.
 - Pacient estable: insuf. Respiratòria.
 - Tensió:
 - Augment de l'aire a pleura amb cada inspiració.
 - El pulmó sa i el cor es van comprimint: deteriorament greu!!!!
URGÈNCIA VITAL!!!

B: Ventilació

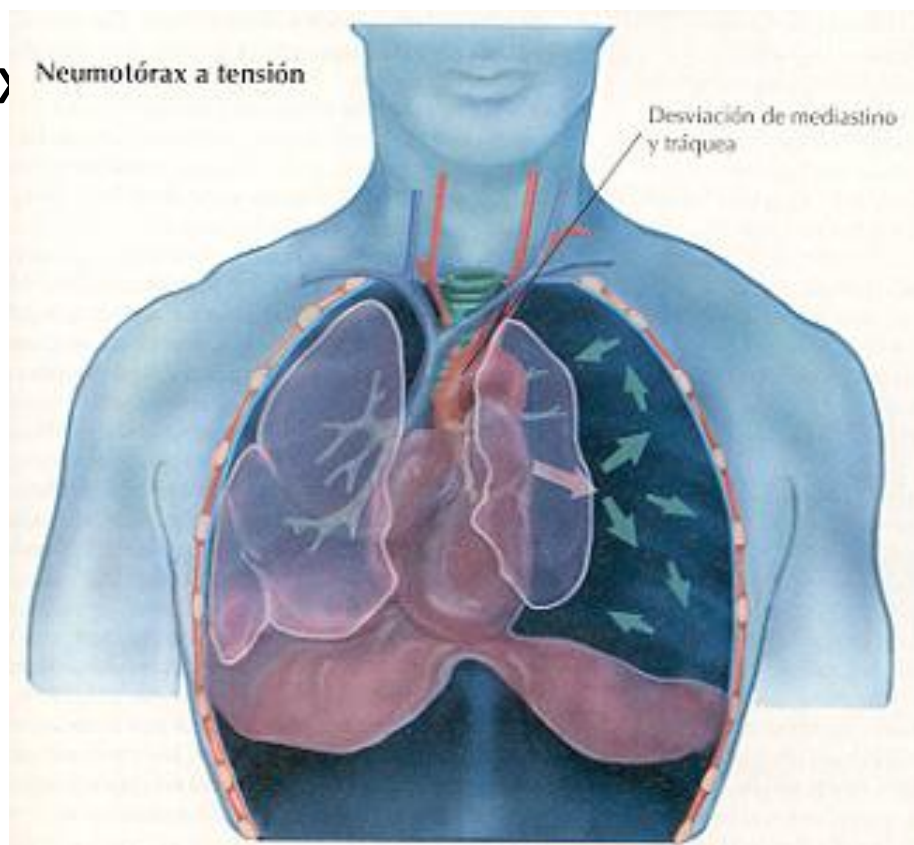
- Patologies més comunes:
 - Pneumotòrax:
 - Tensió:
 - Signes:
 - » Desviament tràquea cap al costat no afectat.
 - » Ingurgitació de la yugular del costat afectat.
 - » Hipofonesis al costat afectat.
 - » No moviment homogeni del tòrax.
 - » Xoc.

B: Ventilació

- Patologies més comunes:

- Pneumotòrax

- Tensió:



B: Ventilació

- Ventilació artificial instrumentalitzada:
 - Boca-boca// Boca-nas-boca// Boca-estoma:
 - Suficient al SVB.
 - Altres situacions requeriran suport:
 - Oxigen
 - Bosses de ventilació amb vàlvula unidireccional i amb mascareta i reservori.
 - Nounats: volum 250 cc mascareta rodona.
 - Lactants-nens: volum 500 cc mascareta triangular petita.
 - Adults: volum 1500-2000 cc mascareta triangular.

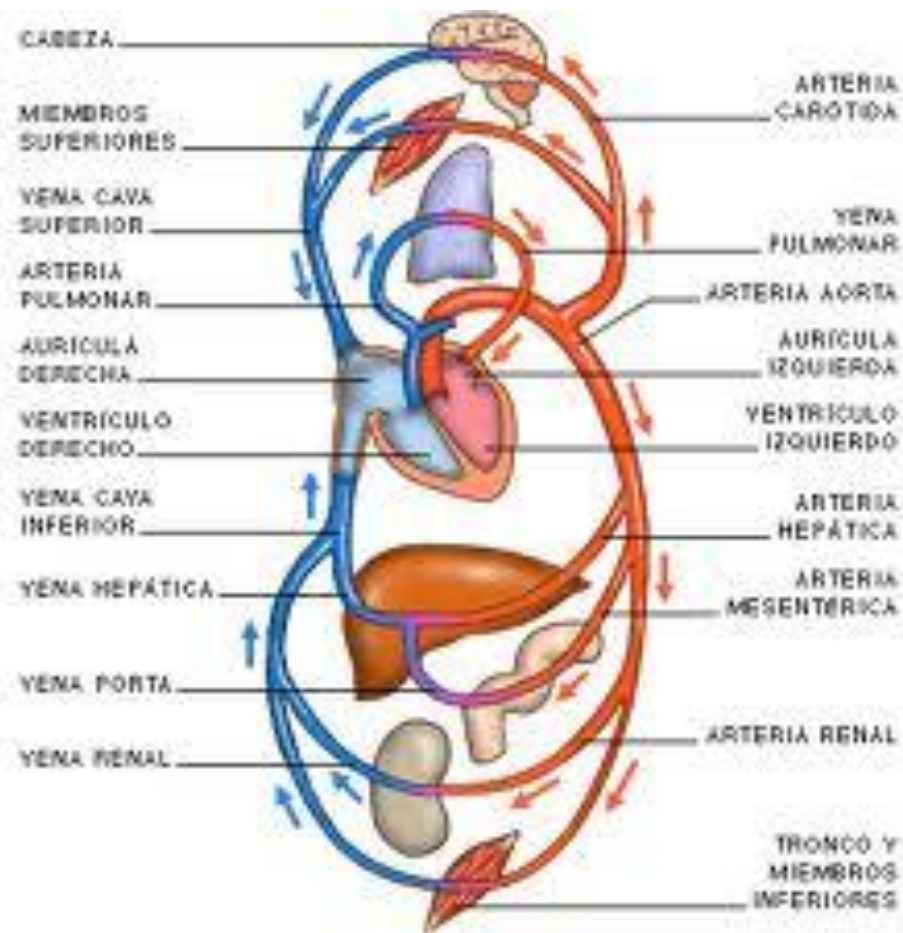
B: Ventilació

- Ventilació artificial instrumentalitzada:
 - Bosses de ventilació amb vàlvula unidireccional i amb mascareta i reservori.
 - Permet administrar O₂ al 100%.
 - Cal mantenir extensió via aèria.
 - Cal mantenir Guedel.
 - Precisa bon sellat per evitar fugues.

B: Ventilació

- Ventilació artificial instrumentalitzada:





C: CIRCULACIÓ

C: circulació

- Paràmetres a valorar:
 - Pols:
 - No present: iniciar SVB
 - Present:
 - Freqüència cardíaca (FC):
 - » Taquicàrdic $>100-120$ bpm
 - » Bradicàrdic < 60 bpm
 - Ritme:
 - » Rítmic
 - » Arítmic

C: circulació

- Paràmetres a valorar:
 - Altres paràmetres:
 - Perfusió:
 - Normal
 - Baix gast: pal·lidesa, fredor, sudoració, ...
 - Replec capil·lar:
 - < 1seg: normal
 - >2 seg: inestabilitat
 - >3 seg: xoc
 - TA aproximada mitjançant palpació artèria central:

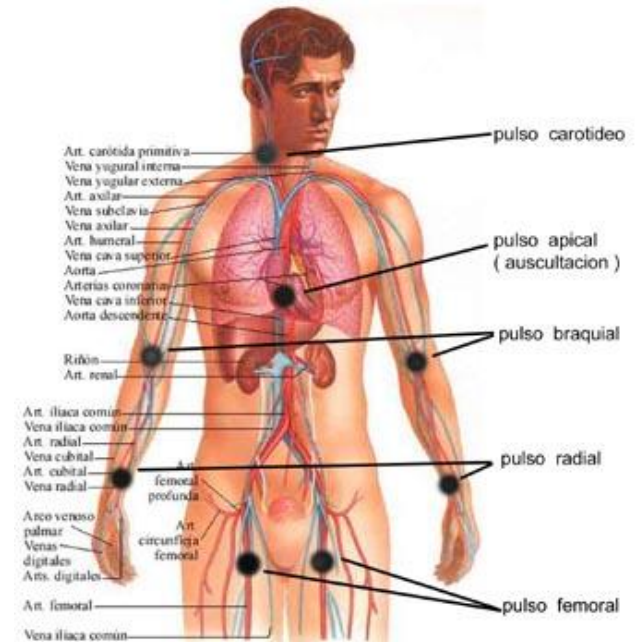
C: circulació

- Paràmetres a valorar:

- Altres paràmetres:

- TA aproximada mitjançant palpació artèria central:

- Radial: TAS > 90
 - Femoral: TAS > 60
 - Carotidi: TAS > 30



C: circulació

- Paràmetres a valorar:
 - Altres paràmetres:
 - TA aproximada mitjançant palpació artèria central:



C: circulació

- Signes **d'inestabilitat hemodinàmica**:
 - Alteració dels pols.
 - Augment de la freqüència respiratòria.
 - Hipotensió.
 - Hipoperfussió (cianosis), replec capil·lar.
 - Alteració de la consciència.

C: circulació

- Actuació:
 - Si manté pols:
 - Administrar O2
 - Repostar volum.
 - Activar qui pertoqui.



C: circulació

- Actuació:
 - No manté pols:
 - INICIAR SVB .





D: NEUROLÒGICA

D: NEUROLOGICA

- Estat de consciència:
 - Consciència, pupil·les, ...
 - Escala AVDN
 - ALERTA: respon a estímuls verbals, llum, ambientals, ...
 - VERBAL: només reacciona a estímuls verbals. Estuporós, distret o somnolent.
 - DOLOR: només respon a estímuls dolorosos.
 - NO RESPOSTA: no hi ha resposta.



E: EXPOSICIÓ

E: exposició

- Traurem la roba a la víctima i la voltejarem per buscar possibles lesions a la part posterior.
- Intentarem obtenir el màxim d'informació de l'entorn:
 - Testimonis?
 - Restes de sang?
 - Xeringues? Capses de medicació? ...
 - Mecanisme lesional ...

VALORACIÓ SECUNDÀRIA

VALORACIÓ SECUNDÀRIA

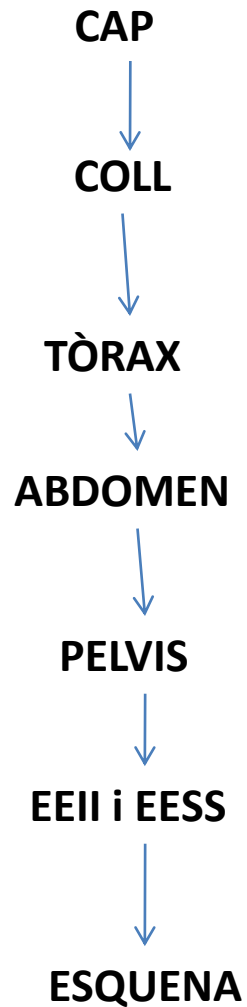
- La valoració primària ha permès detectar i tractar problemes que generen **risc vital** i la **reanimació**.
- La secundària:
 - Permet detectar i tractar problemes més lleus.
 - Resolució més demorable.
 - Valoració craneo-caudal per aparell + anamnesis.

VALORACIÓ SECUNDÀRIA

- Ha ser sistemàtica, ordenada i periòdica.
- Les troballes poden indicar un **Síndrome Vital.**

Valoració secundària

- Exploració craneo-caudal:



**Exploració per regions
anatòmiques... Totes.**

Cap



CAP:

- Inspecció
- Valoració pupil·les
- Palpació

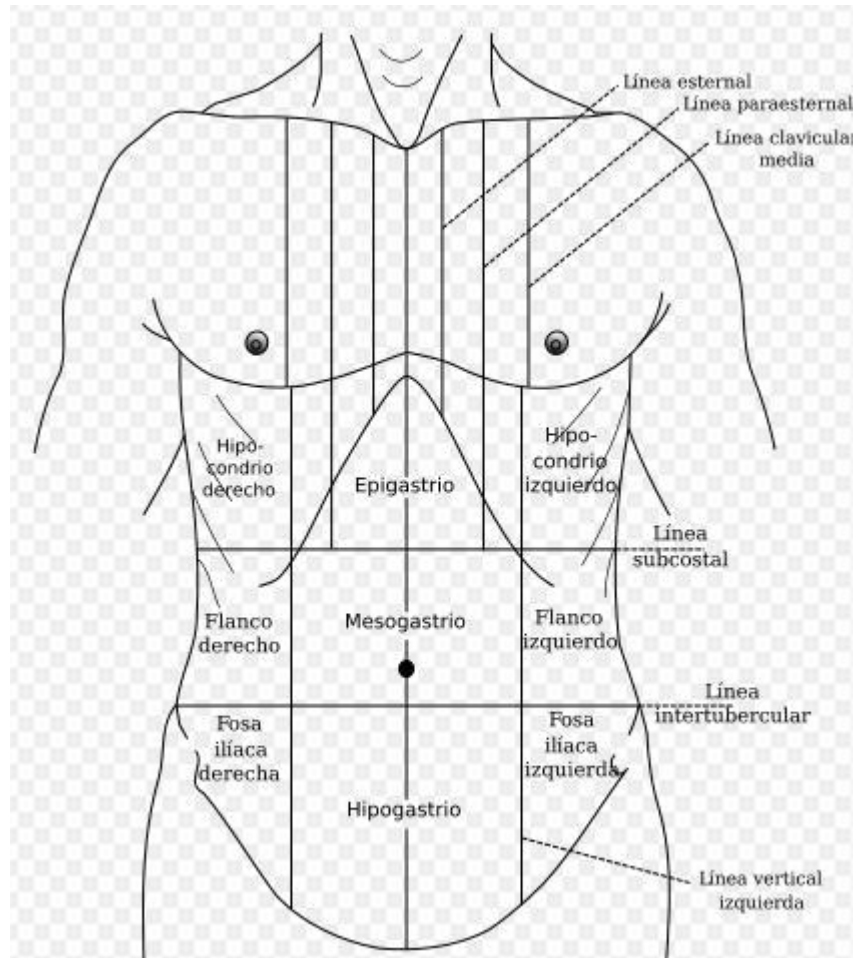
Coll



Tòrax



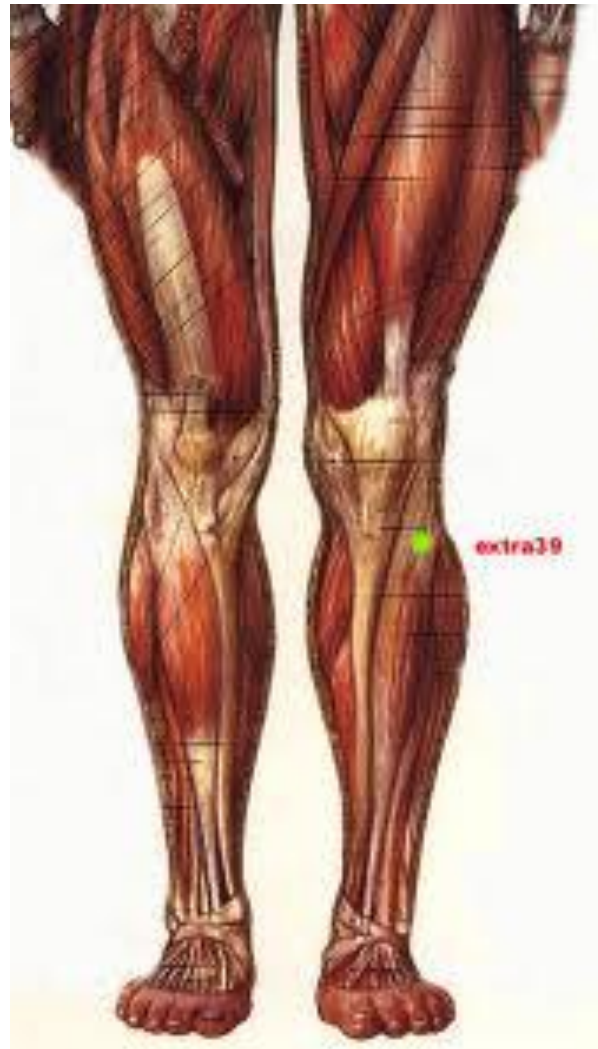
Abdomen



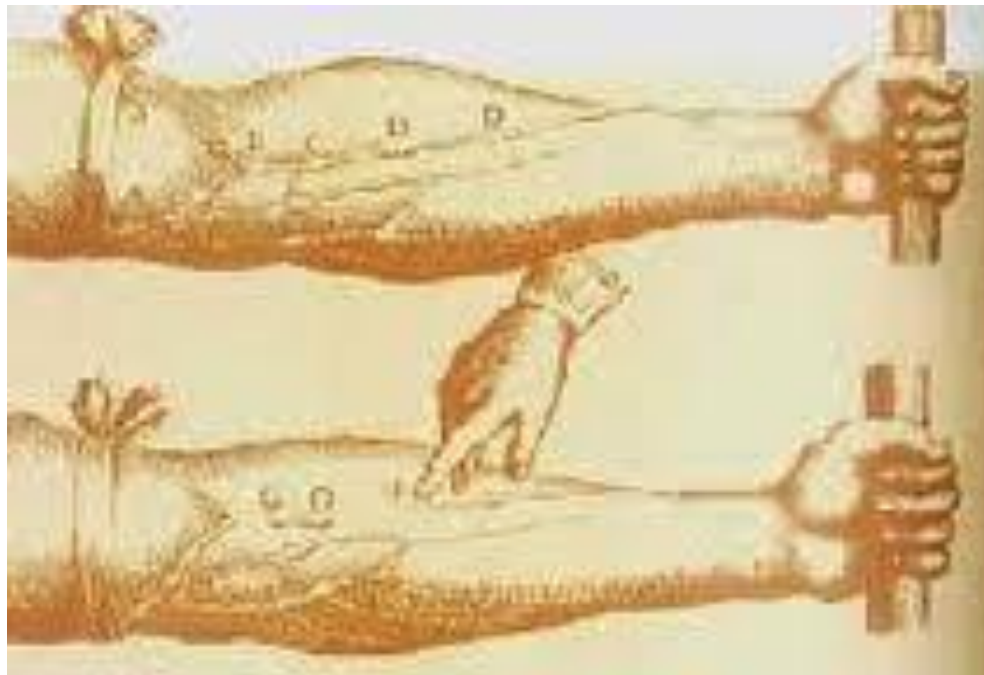
Pelvis:



EEII



EESS



Esquena



I de mentres... les constants vitals

- POLS
 - FREQÜÈNCIA CARDÍACA. FC
 - TEMPERATURA
 - TENSIO ARTERIAL. TA
 - FREQÜÈNCIA RESPIRATÒRIA. FR
- SATURACIÓ
 - GLICÈMIA

Anamnesi

- **A:** al·lèrgies (buscar indicatius)
 - **M:** medicaments que pren.
 - **P:** patologies prèvies.
 - **L:** lunch (última hora que ha menjat)
 - **E:** exposició. Traurem la roba per detectar lesions ocultes.
(Dins el vehicle).
- * Pacients inconscients demanar informació a acompanyants.

CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...



CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...

- Conscient.
- **A:** parla.
- **B:** taquiapnea i hiperventilació.
- **C:** pal·lidesa cutània, suduració, no hemorràgies visibles i pols radial present.

CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...

- **D:** PINRAL, parla de manera coherent, mobilitza EE, sense focalitats neurològiques.
- **E:** sense anomalies destacables.

CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...

- **A:** no refereix al·lèrgies conegudes.
- **M:** Antihipertensius i hipolipemiants.
- **P:** Hipertensió Arterial i dislipèmia.

CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...

- **L:** Ha esmorzat a les 7 del matí i ara són les 13h.
- **E:** Exposició...

CASOS:

Senyor de 80 anys que es mareja a la sortida de la consulta de l'odontòleg...

CASOS

Senyora que ve de visita al centre a veure un familiar que és resident. I mentre li dona de menjar es mareja, cau a terra i fa pèrdua de consciència

CASOS

Acudeix a la farmàcia un senyor de 70 anys que demana que li prenguem la TA perquè nota cefalea i una sensació estranya al pit.

CASOS

Entra a la farmàcia un senyor cridant que la seva senyora està al banc de fora i que no li respon tot i que té els ulls oberts.

CASOS

El familiar d'una resident ens ve a cridar a control perquè la Maria ha caigut al lavabo/dutxa i no pot moure la cama.

URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES a L'Atenció Primària



Quima Serrat

Iris Crous

Gemma Marcè

Infermeres ABS Anglès

12 de juny de 2014

QUÈ CAL FER DAVANT DE ...



- Ennuegament
- Hemorràgia
- Epistàxis
- Ferides
- Cremades
- Lipotima
- Convulsions
- Febre
- Traumatisme craneoencefàlic (TCE)

ENUAGAMENT

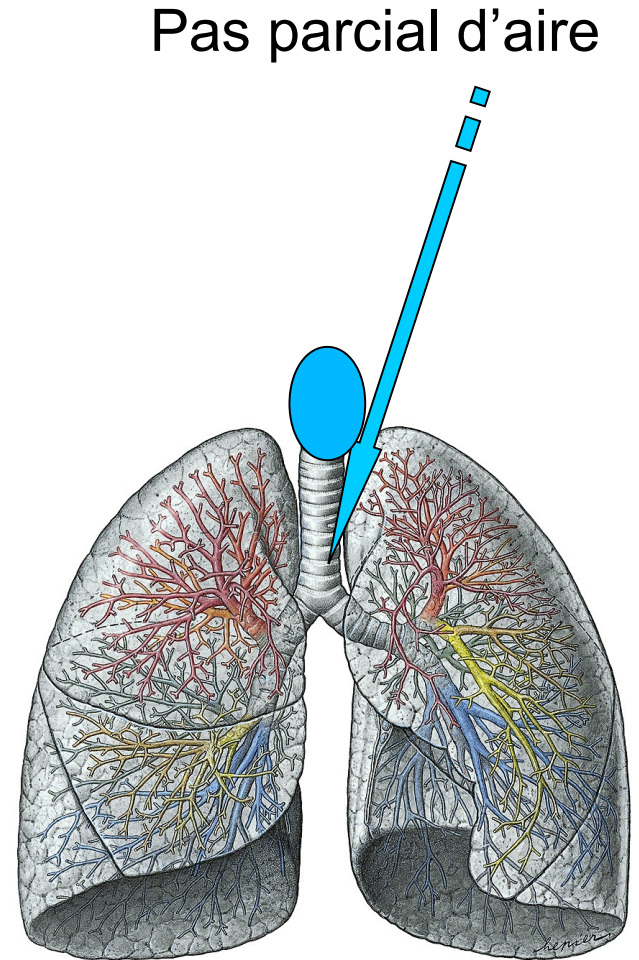


- **Obstrucció incompleta:** la víctima tos i respira amb dificultat.
- **Obstrucció completa:** la víctima no tos i no pot respirar
 - Conscient
 - Inconscient

L'obstrucció sol ser d'aparició brusca i és causada per l'entrada de cossos estranys a la via aèria.

Obstrucció incompleta

- Respiració dificultosa
- La víctima sol mostrar-se **agitada** i amb una **tos** enèrgica i continuada.
- Podem escoltar sibil·làncies al respirar.
- La consciència no està alterada.



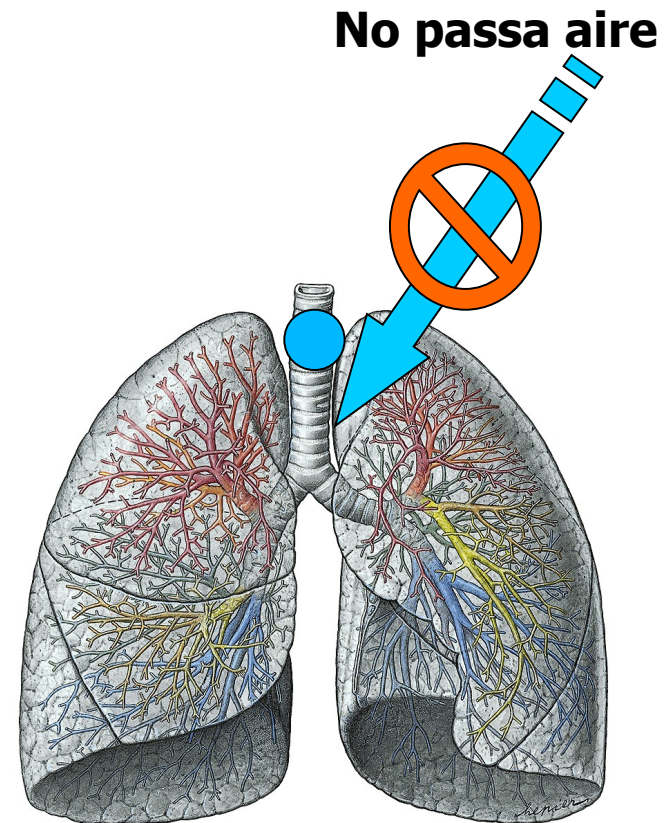
Obstrucció incompleta : ACTUACIÓ



- Animar a la persona a tossir.
- No s'han de donar cops a l'esquena, podríem desplaçar l'obstrucció i empitjorar la situació.
- Intentar tranquil·litzar a la persona.
- No donar res per beure, podrem donar una mica d'aigua quan l'obstrucció hagi desaparegut.

Obstrucció completa: Víctima conscient

- La víctima **no pot estossegar ni parlar**
- Es posa les **mans al coll**
- Molt agitat
- Conscient



Obstrucció completa: VÍCTIMA CONSCIENT

ACTUACIÓ:

- Col·locar-nos de peu al seu costat i inclinar-lo endavant tot aguantant-lo amb una mà, mentre amb el taló de l'altra mà donem 5 cops forts entre els omòplats.
- En acabar farem 5 compressions amb el puny a la boca de l'estómac (Maniobra de Heimlich)
- Anirem alternant



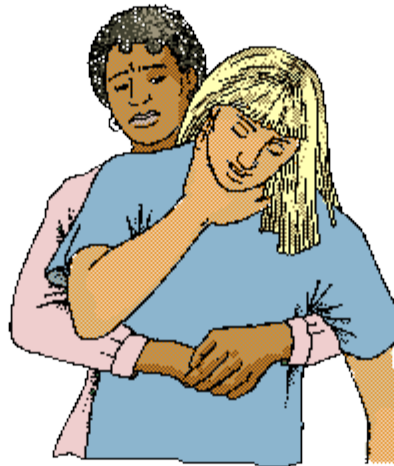
Obstrucción completa: VÍCTIMA CONSCIENTE

Maniobra de Heimlich

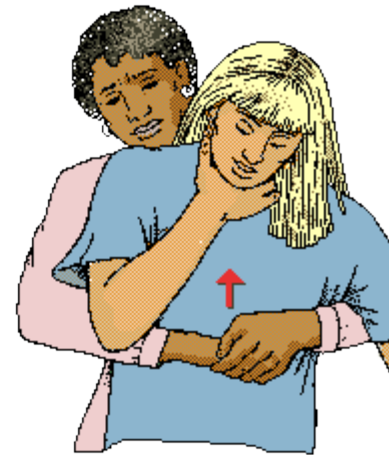


Colóquese de pie o de rodillas detrás del paciente inconsciente. Pásele un brazo alrededor de la cintura de manera que el puño quede entre las costillas y el ombligo, con el pulgar dirigido hacia adentro y en contacto

© Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.



Coloque la otra mano sobre la primera.



Utilice la mano de fuera para ejercer una fuerza lo mayor posible hacia adentro y hacia arriba con el fin de expulsar rápidamente el aire de los pulmones de la víctima. Si no logra resolver la obstrucción, repita la maniobra hasta cuatro veces.

Obstrucció completa: **INCONSCIENT**

VÍCTIMA INCONSCIENT

- INICIAR SEQÜÈNCIA 30 COMPRESSIONS TORÀCIQUES + 2 RESPIRACIONS



Com utilitzar un desfibril·lador?

Quan menys t'ho esperes pots trobar-te amb la necessitat d'usar un desfibril·lador. Dipsalut – dins el programa "Girona, territori cardioprotegit" - n'implanta a places, carrers i façanes d'equipaments dels municipis gironins. L'objectiu és facilitar una ràpida intervenció en casos d'aturada cardíaca.

Les passes que cal seguir per auxiliar algú que pot haver patit una aturada cardíaca són:



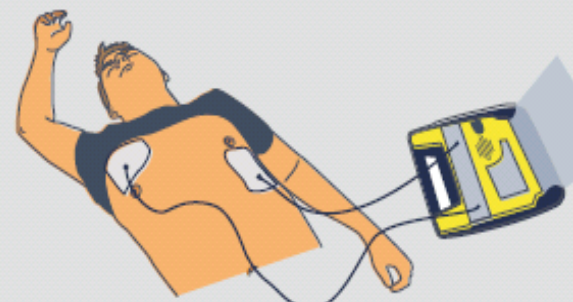
VEURE SI LA VÍCTIMA ESTÀ CONSCIENT, SI RESPIRA I SI TÉ POLS. Demanar, si és possible, la col·laboració d'algú.



TRUCAR AL TELÈFON D'EMERGÈNCIES 112 I CÒRRER A BUSCAR EL DESFIBRIL·LADOR MÉS PROPER. Portar-lo al lloc dels fets.

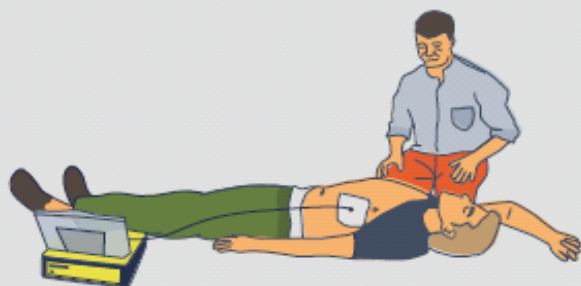


OBRIR LA TAPA DEL DESFIBRIL·LADOR I SEGUIR LES INSTRUCCIONS DE VEU QUE DÒNA. Agafar els pegats, els elèctrodes, i enganxar-los. Un – qualsevol- a la part dreta, sobre el pit, i l'altre, a la part esquerra, sota el pit, a la zona de les costelles.



3^b

SI L'APARELL DECIDEIX QUE ÈS CONVENIENT FER LA DESCÀRREGA, avisarà per tal que no toquem la víctima mentre la fa.



3^c

SI LA PERSONA ES RECUPERA, EL DESFIBRIL·LADOR DEIXARÀ D'ACTUAR. SI NO, L'APARELL REALITZARÀ MÉS DESCÀRREGUES. En aquests passos - si en tens nocions - practica les maniobres de reanimació cardiopulmonar a la víctima.



4



ESPERAR L'ARRIBADA DE L'AMBULÀNCIA.



Girona
territori cardioprotegit
www.gironaenterritoriardioprotegit.cat



Dipsalut
Organisme de Salut Pública
de la Diputació de Girona

HEMORRÀGIA



- Netejar la zona amb aigua durant 10 min. Tapar-la amb gasses estèrils o netes i fer compressió fins que pari de sagnar.
- Aplicar solució antisèptica iodada (*Betadine*) i tapar.
- En cas de ser una extremitat, enlairar-la per sobre del cor.
- Anar al CAP quan la ferida sigui profunda, no pari de sagnar tot i fer compressió o hi hagi disminució de la mobilitat/sensibilitat de la zona afectada.

SI SURT SANG DEL NAS...

- Dirigir el cap endavant.
- Comprimir el nariu que sagna.
- Aplicar fred al clatell.
- Fer un tap amb una gassa o cotó.



FERIDES

- Neteja de la ferida amb aigua i sabó i eixugar-la.
- Si sagna molt, farem compressió al damunt amb apòsit net fins que pari.
- Aplicar antisèptic (per ex. *Betadine*).
- Tapar amb gases o apòsit net. Mai cotó.



CREMADES

1. Treure la roba zona cremada i protegir-lo amb un drap net.
2. Si roba enganxada, no treure-la; posar aigua freda per disminuir la t^a .
3. Administrar paracetamol (analgèsic) si en tenim.
4. Derivar immediatament al CAP i/o avisar 112/061.



LIPOTÍMIA O DESMAI



Sensació de mareig, pal·lidesa, suor freda i pèrdua de coneixement durant poca estona, degut a una baixa irrigació cerebral momentània.

- Estirar-lo al terra.
- Afluixar-li la roba
- Evitar aglomeracions, deixar-li espai.
- Enlairar les cames.
- Assistència sanitària al recuperar-se.

CONVULSIONS



Poden ser crisis generalitzades amb pèrdua brusca de la consciència, amb contraccions musculars involuntàries, relaxació d'esfínters, escuma per la boca, amnèsia posterior.

- No intentar subjectar la víctima.
- Apartar els objectes del voltant.
- Intentar col·locar un mocador a la boca per evitar lesions a la llengua.
- Quan ha passat la convulsió col·locar en PLS.
- Tapar-lo.
- Avisar servei urgències.

FEBRE

- T^a axil.lar superior a 38°C
 - No abrigar-lo gaire
 - Mai fer friccions amb alcohol
 - Oferir-li aigua
 - Donar antiitèrmic sol fos necessari
-
- Signes d'alarma:
 - Taques.
 - Fluixesa i estat queixós.
 - Rigidesa a la nuca



TRAUMETISMES CRANIAL (TCE)

Signes o símptomes d'alarma:

- Canvis de comportament.
- Dificultat per despertar-lo.
- Confusió mental.
- Irritabilitat desmesurada.
- Cefalea persistent.
- Qualsevol anormalitat visió.
- Vòmits freqüents.
- Hemorràgia o sortida de líquid aquós per l'oïde o pel nas.
- Convulsions o moviments anormals a cara o extremitats.
- Rigidesa de coll.
- Disminució força a un braç o una cama.

24h vigilància a casa

Full informatiu

RESUMINT...



Davant d'una situació d'emergència cal:

1. No deixar sol al nen/a.
2. Trucar el 112
3. Avisar a la família.

ES CONSIDEREN SITUACIONS D'EMERGÈNCIA:



1. **Pèrdua de coneixement** (amb la pèrdua del to postural, sense resposta a estímuls tàctils o verbals o lentificació de la resposta).
2. **Dificultat respiratòria** (ennuegament, broncospiració, obstrucció de les vies respiratòries...)
3. **Traumatisme amb fractura oberta.**
4. **Traumatisme que comporta immobilització funcional i dolor.**
5. **Traumatisme cranial amb pèrdua de coneixement** (o signes de desorientació, desequilibri, atordiment)
6. **Epilèpsia/Convulsió** (pèrdua de coneixement i to postural.

ES CONSIDEREN SITUACIONS D'EMRGÈNCIA:

7. **Reacció al·lèrgica**, quan observem en l'infant 2 o més símptomes dels següents: urticària, inflor, dificultat respiratòria, mareig o baixada de to.
8. **Hemorràgia per ferida** (per vidre, objectes metàl·lics, contusió...)
9. **Hipertèrmia** (més de 41°C i sovint amb taques a la pell, convulsions, dificultat respiratòria)
10. **Intoxicació.**
11. **Cremades:** tèrmiques, càustiques o per electrocució
12. **Trastorn sobtat de conducta.** (al·lucinacions, llenguatge incoherent, deliris...)

Casos, què farem???



La Laia que fa 1r de primària, té 6 anys. Avui ha tingut febre tot el matí. Ara a la tarda estar a 39,5°C, de cop i volta perd el coneixement i es posa rígida, també fa moviments incontrolats amb cames i braços.

- Què farem?
- Quin creieu que podria ser el motiu?

Casos, què farem???



En Marc fa P3, té 3 anys. Estar dinant el menjador de l'escola i de cop comença a tossir, presenta un color morat a pell i mucoses. Estar concient

- Què farem?
- Quin creieu que podria ser el motiu?

Casos , què farem?



La Maria nena 18 mesos que ens porten a la

consulta els seus pares per febre de 6h d'evolució. Ahir la van vacunar segons calendari sistemàtic.

Què farem?

Què creieu que pot ser?

Casos, què farem???



L'Adrià fa 6è de primària, té 11 anys. Estar jugant el patí de l'escola. Acudeix amb nosaltres per una ferida a braç E profunda i que sagna força.

- Què farem?

Casos, què farem???



En Mohamed de 4 anys acut al CAP amb la seva àvia molt espantada, perquè el nen li ha caigut a sobre el braç tè calent de la tetera.

- Què farem?

Casos, què farem???



La Mònica , nena de 8a acut a la consulta per vòmits i 2 deposicions diarreiques des d'aquest matí, és a dir de 6 hores d'evolució. Refereix dolor abdominal lleu, afebril. Resta sense alteracions.

Què farem?

Casos, què farem???



En Josep de 4 anys el porten de l'escola perquè quan respira la mestra sent sorolls. Al tenir antecedents de bronquiolitis, la mestra s'espanta i ens el porta al CAP.

Què farem?

Casos, què farem???



En Miquel estava correguent al costat de la piscina i al relliscar es dona un cop fort al cap. Primer s'aixeca però després sembla con endormiscat i no respon a les preguntes, no està inconcient. Ens el porten al CAP i tot seguit comença a vomitar.

Què farem?

Què creieu que pot tenir?

Casos, què farem???



La Joana nena de 18m, acut a al consulta
acompanyada de la mare qui està molt
espantada ja que la nena s'ha begut
l'ambientador que estava endollar a casa
seva.

Què farem?

Casos, què farem???



L'Esther noia de 13anys la porten al CAP
des de l'IES perque s'ha marejat fent
gimnàs.

Què farem?

Dubtes.....



Moltes gràcies

Atenció al Pacient Crònic

Divendres 13 de juny de 2014

Parlarem de....

- Programa del Pacient Crònic Complex.
- Model d'Atenció a la Cronicitat. (MACA)
- Casos pràctics:
 - Atenció a la Hipertensió.
 - Atenció a la MPOC.
 - Atenció a la DM.
 - Atenció a la Cura Domiciliària.



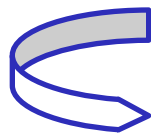
Pla de Salut de Catalunya 2011-2015

Proposa tres eixos de transformació...

Malalties:

Objectius i programes de salut específics.

Pacients:



Orientació cap al malalt crònic.

Resolució des dels primers nivells.

Qualitat en l'alta especialització.

Organització:

Enfocament cap a pacient i família.

Nou model de contractació.

Coneixement professional i clínic (programes formació)

Informació, transparència i avaluació.

Nacut a parti de la
Llei d'Ordenació
Sanitària de
Catalunya (LOSC), té
la voluntat de
racionalitzar i
optimitzar l'ús de
recursos

Orientació al Malalt Crònic

1. Processos clínics integrats: continuïtat assistencial (HC3)
2. Protecció, Promoció i Prevenció (HTA, DM, IC, MPOC, NEO...)
3. Responsabilització de l'autocura: Programa Pacient Expert.
4. Aternatives assistencials en sistemes integrals: rutes assistencials
- 5. Programa del Pacient Crònic Complex (PCC)**
6. Ús racional de medicaments: conciliació terapèutica (AP-AE)

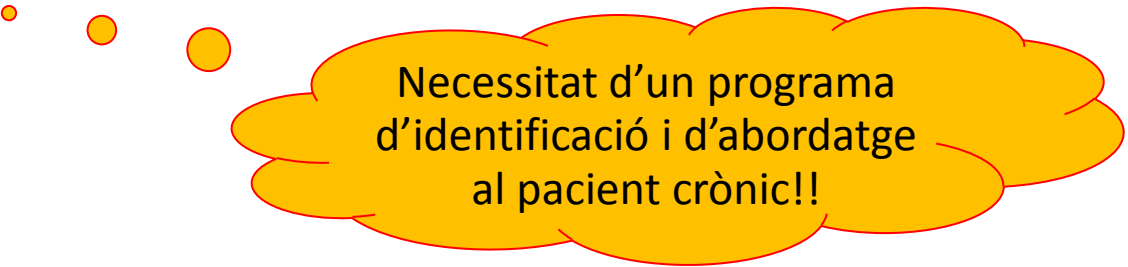
Malaltia Crònica

- Segons la OMS:

“Malaltia de llarga durada i de progressió normalment lenta”

- Segons la Comissió Europea:

“Malaltia d’evolució llarga que sovint comporta discapacitats o complicacions que poden afectar a l’autonomia i a la qualitat de vida de les persones que la pateixen”



Necessitat d’un programa
d’identificació i d’abordatge
al pacient crònic!!

Programa Pacient Crònic Complex (PCC)



Justificació del Programa

El 42% de la població atesa pateix alguna malaltia crònica significativa.

Programa proactiu de seguiment a pacients crònics, mitjançant un protocol específic, basat en l'educació de la patologia crònica.

Aquests malalts suposen un 85% de la despesa total de farmàcia i un 75% dels malalts que han ingressat 2 o més vegades a l'hospital de manera urgent.



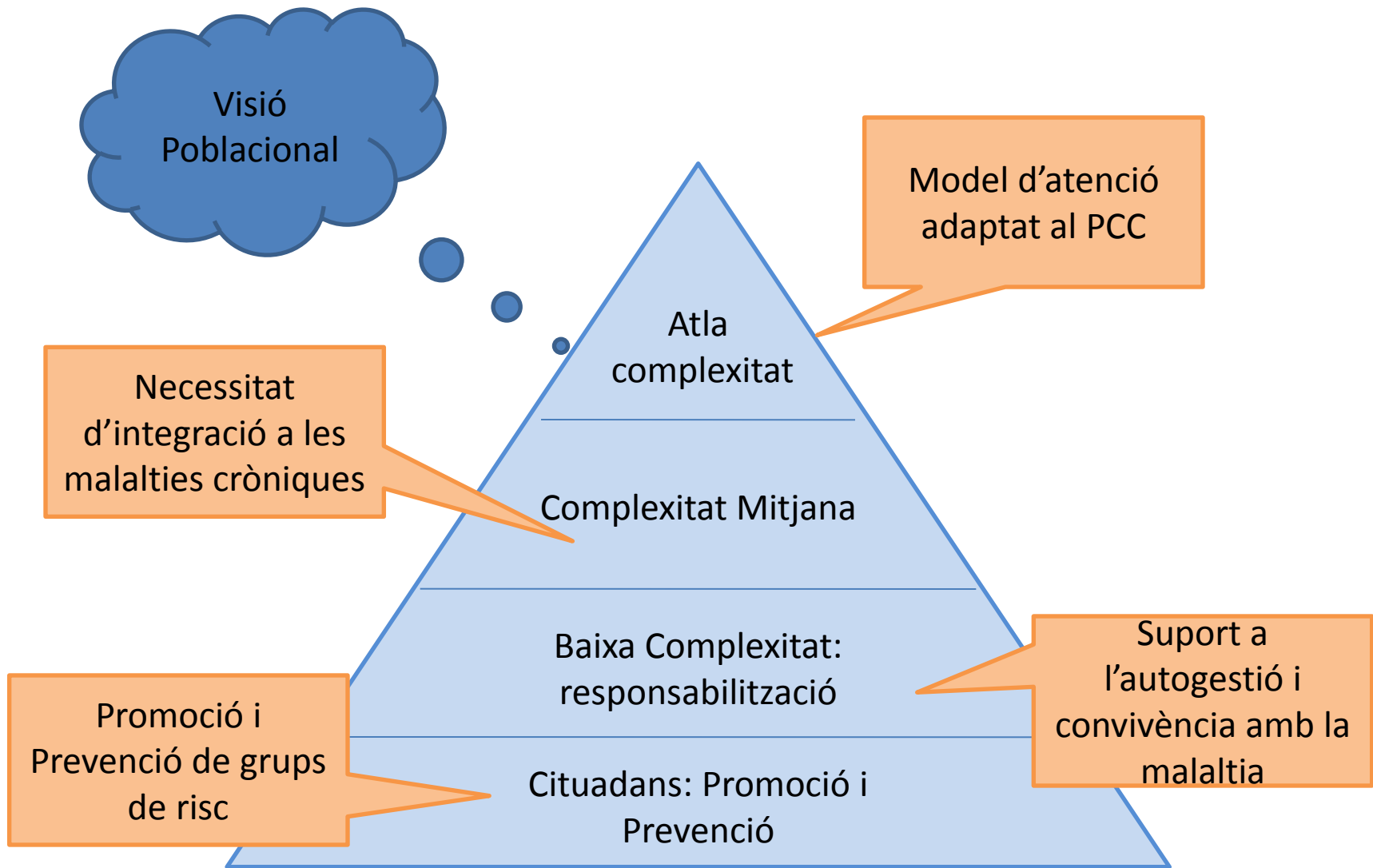
Objectius Programa PCC

- Millorar abordatge clínic PCC.
- Millorar els resultats de salut.
- Evitar o disminuir les rehospitalitzacions urgents derivades de reaguditzacions. (continuïtat assistencial i gestió de casos a domicili)
- Millorar la qualitat de vida i la satisfacció dels pacients i les famílies.

Desplagament del programa: (4 eixos estratègics)

- Identificar PCC → estratificació
- Inclusió a la Gestió de Casos → estratègies de gestió
- Model d'Atenció Crònica Avançada (MACA)
- Model d'Atenció col.laboratiu entre serveis socials i sanitaris

Identificació: Estratificació...



Piramide Kaiser Permanente

Identificació del PCC

- **Criteris d'identificació**

Prevalença estimada: 3-5% població general.

Pluripatologia crònica dominant: CRG 6-7-8-9

Clinical Risk
Groups:
agrupadors de
morbidity

Severitat

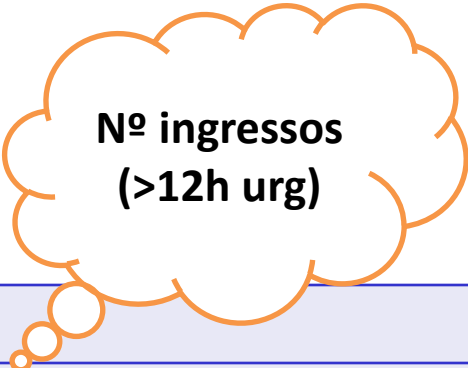
Fragilitat



Desplagament del programa: (4 eixos estratègics)

- Identificar PCC → estratificació
- Inclusió a la Gestió de Casos → estratègies de gestió
- Model d'Atenció Crònica Avançada (MACA)
- Model d'Atenció col.laboratiu entre serveis socials i sanitaris

Classificació CGR



Nº ingressos
(>12h urg)

ESTATUS DE SALUT	CGR BÀSIC
ESTAT 9: CONDICIÓN CATASTRÒFICA	TRANSPLANTS...
ESTAT 8: TUMORS SEVERS O METÀSTASIS	METÀSTASIS DE CÒLON...
ESTAT 7: MALALTIA CRÒNICA EN 3 O MÉS ORGANS	HTA+DM2+MPOC
ESTAT 6: MALALTIA CRÒNICA EN 2 O MÉS ORGANS	IC+DM2
ESTAT 5: MALALTIA CRÒNICA	DM2
ESTAT 4: MALALTIA CRÒNICA MENOR EN DIVERSOS ORGANS	MIGRANYA + HIPERLIPIDÈMIA
ESTAT 3: MALALTIA CRÒNICA MENOR	MIGANYA
ESTAT 2: MALALTIA AGUDA	PNEUMONIA
ESTAT 1: PERSONA SANA	SA

Severitat i Fragilitat

- **Severitat:**

Alta probabilitat de descompensacions i aguditzacions amb malaltia progressiva.

Alta utilització de recursos sanitaris i farmacològics.

Alta utilització de l'ACUT a AP.

Necessitat d'un equip multidisciplinari.

- **Fragilitat:**

Valoració de la fragilitat en 5 esfereres

Funcional= Barthel, Lawton i Brody, Tup&go

Social=TIRS

Cognitiu=Pheiffer

Nutricional>10%pes

Psicològic =Yessavage

FRÀGIL:

Barthel<90

Lawton i Brody:<4 dones
i < 2 homes

Tup&go>20 segons

Yessavage anòmal

Pheiffer>3errors

>10%pèrdua IMC< 1 mes

2 o > caigudes<6 mesos

TIRS≥1

Edat ≥85 i sense suport

La Gestió de Casos

Desplagament del programa: (4 eixos estratègics)

- Identificar PCC→ estratificació
- Inclusió a la Gestió de Casos→ estratègies de gestió
- Model d'Atenció Crònica Avançada (MACA)
- Model d'Atenció col.laboratiu entre serveis socials i sanitaris

- Professionals infermers entrenats per controlar una patologia crònica concreta. (Antic Programa PISA).
 - Realitzar educació sanitària al pacient i família.
 - Coordinar els diferents nivells assistencials (AE-AP-Serveis Socials-Cures pal.liatives...)
 - Conèixer les patologies i de les mesures d'autocora.
 - Ensinistrament del pacient en l'autocura.
 - Revisar del tractament, conciliació farmacèutica i procurar l'adherència a aquest.
 - Revisar hàbits de vida del pacient i promoció d'hàbits saludables.
 - Mantenir el calendari vacunal.
 - Controlar els factors de risc de salut i risc social.
 - Contacte continu amb les professionals de referència.

Model d'Atenció de Cronicitat Avançada: MACA

Desplagament del programa PCC: (eixos estratègics)

- Identificar PCC
- Inclusió a la Gestió de Casos
- **Model d'Atenció Crònica Avançada (MACA)**
- Model d'Atenció col.laboratiu entre serveis socials i sanitaris



MACA

Criteris d'identificació

Prevalença estimada: 1,5% població general.

Perfil Clínic: PCC

Pronòstic de vida de 18 a 24 mesos

Test NECPAL +

Instrument per identificar pacients amb pronòstic de vida limitat: 18-24 mesos, amb presència de necessitats pal·liatives i que precisen l'activació de plans d'actuació específics

Administrar a:
Pacients amb demència, geriàtrics, malaltia crònica greu i avançada (MPOC, IC, neurològica greu i hepàtica greu), reingressos i oncològics.

NECPAL + si:
Pregunta (1) amb resposta negativa i almenys una altre pregunta (2,3,4) amb resposta positiva

NECPAL

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuïtiva que integra comorbiditat, aspectes socials i altres factors

El sorprendria que aquest pacient es morís en els propers 12 mesos?

☐ No ☐ Sí

2. ELECCIÓ / DEMANDA O NECESSITAT¹ – explori si alguna de les següents dues preguntes és afirmativa

Elecció / demanda: el pacient amb malaltia avançada o el seu cuidador principal **han sol·licitat**, explícitament o implícita, la realització de tractaments pal·liatius / de confort de forma exclusiva, proposen limitació de l'esforç terapèutic o rebutgen tractaments específics o amb finalitat curativa?

☐ Sí ☐ No

Necessitat: considera que aquest pacient **requereix actualment** mesures pal·liatives o tractaments pal·liatius?

☐ Sí ☐ No

3. INDICADORS CLÍNICS GENERALS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ – explori la presència de qualsevol dels següents criteris de severitat i fragilitat extrema	
Marcadors nutricionals , qualsevol dels següents, en els últims 6 mesos : ☐ Severitat: albúmina sèrica < 2.5 g/dl, no relacionada amb descompensació aguda ☐ Progressió: pèrdua de pes > 10% ☐ Impressió clínica de deteriorament nutricional o ponderal sostingut, intens / sever, progressiu, irreversible i no relacionat amb procés intercurrent	☐ SÍ ☐ No
Marcadors funcionals , qualsevol dels següents, en els últims 6 mesos : ☐ Severitat: dependència funcional greu establerta (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) ☐ Progressió: pèrdua de 2 o més ABVD (activitats bàsiques de la vida diària) malgrat intervenció terapèutica adequada ☐ Impressió clínica de deteriorament funcional sostingut, intens / sever, progressiu, irreversible i no relacionat amb procés intercurrent	☐ SÍ ☐ No
Altres marcadors de severitat i fragilitat extrema , almenys 2 dels següents, en els últims 6 mesos : ☐ Úlceres per decúbit persistents (estadi III – IV) ☐ Infeccions amb repercussió sistèmica de repetició (> 1) ☐ Síndrome confusional aguda ☐ Disfàgia persistent ☐ Caigudes (> 2)	☐ SÍ ☐ No
Presència de distress emocional amb símptomes psicològics sostinguts, intensos/severs, progressius i no relacionats amb procés intercurrent agut	☐ SÍ ☐ No
Factors addicionals d'ús de recursos , qualsevol dels següents: ☐ 2 ó més ingressos urgents (no programats) en centres hospitalaris o sociosanitaris per malaltia crònica en l'últim any ☐ necessitat de cures complexes / intenses continuades, bé sigui en una institució o en domicili	☐ SÍ ☐ No
Comorbiditat : ≥ 2 patologies concomitants	☐ SÍ ☐ No

4. INDICADORS CLÍNICS ESPECÍFICS DE SEVERITAT I PROGRESSIÓ PER PATOLOGIES – explori la presència de criteris objectius de mal pronòstic per les següents patologies seleccionades

MALALTIA ONCOLÒGICA (només cal la presència d'un criteri)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Diagnòstic confirmat de càncer metastàtic (estadi IV) i en alguns casos –com en les neoplàsies de pulmó, pàncrees, gàstric i esofàgic– també en estadi III, que presenten: escassa resposta o contraindicació de tractament específic, brot evolutiu en transcurs de tractament o afectació metastàtica d'òrgans vitals (SNC, fetge, pulmonar massiu, etc...)
- ☐ Deteriorament funcional significatiu (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Síntomes persistents mal controlats o refractaris malgrat optimitzar tractament específic

MALALTIA PULMONAR CRÒNICA (presència de dos o més dels següents criteris)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Dispnea de repòs o de mínims esforços entre exacerbacions
- ☐ Síntomes físics o psicològics de difícil maneig malgrat tractament òptim ben tolerat
- ☐ En cas de disposar de proves funcionals respiratòries (amb advertència sobre la qualitat de les proves), criteris d'obstrucció severa: FEV1 < 30% o criteris de dèficit restrictiu sever: CV forçada < 40% / DLCO < 40%
- ☐ En cas de disposar de gasometria arterial basal, acompliment de criteris d'oxigenoteràpia domiciliària o estar actualment realitzant aquest tractament a casa
- ☐ Insuficiència cardíaca simptomàtica associada
- ☐ Ingressos hospitalaris recurrents (> 3 ingressos en 12 mesos per exacerbacions de MPOC)

MALALTIA CARDÍACA CRÒNICA (presència de dos o més dels següents criteris)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiència cardíaca NYHA estadi III ó IV, malaltia valvular severa o malaltia coronària extensa no revascularitzable
- ☐ Dispnea o angina de repòs o a mínims esforços
- ☐ Síntomes físics o psicològics de difícil maneig malgrat tractament òptim ben tolerat
- ☐ En cas de disposar d'ecocardiografia: fracció d'ejecció severament deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- ☐ Insuficiència renal associada (FG < 30 l/min)
- ☐ Ingressos hospitalaris amb símptomes d'insuficiència cardíaca /cardiopatia isquèmica recurrents (> 3 l'últim any)

MALALTIES NEUROLÒGIQUES CRÒNIQUES (1): AVC (només cal la presència d'un criteri)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Durant la fase aguda i subaguda (< 3 mesos post-AVC): estat vegetatiu persistent o de mínima consciència > 3 dies
- ☐ Durant la fase crònica (> 3 mesos post-AVC): complicacions mèdiques repetides (pneumònia per aspiració, malgrat mesures antidisfàgia), infecció urinària de vies altes (pielonefritis) de repetició (>1), febre recurrent malgrat antibiòtics (febre persistent post > 1 setmana d' ATB), úlceres per decúbit estadi 3-4 refractàries o demència amb criteris de severitat post-AVC

Atenció a la Hipertensió

Que hem de saber?

1. Condicions necessàries per fer una mesura òptima de la PA.
2. Concepte HTA i els criteris de diagnòstic.
3. Valoració d'un malalt hipertens.
4. Estimació del risc cardiovascular.
5. Pla de cures personalitzat.



La HTA de La Sra.Maria

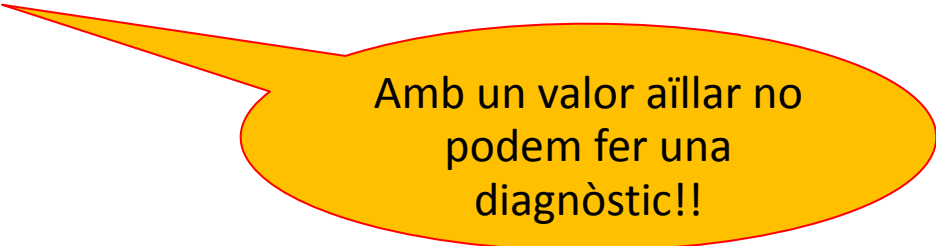
La Sra.Maria té 68 anys i des de fa 3 mesos es controla un problema de sobrepès a la consulta d'infermeria. L'IMC és de 28kg/m2.

Des de la primera visita, la infermera li va establir una dieta adequada per a ella, però nomès ha aconseguit aprimar-se 3 kg; té dificultat per seguir-la.

Sempre ha mantingut unes xifres de TA dins la normalitat.

En aquesta ocasió demana hora per la infermera perquè des de fa alguns dies es mareja i a la farmàcia li han dit que té la pressió arterial alta. Està molt preocupada i manifesta que no es pot esperar fins a la visita programada que té d'aquí cinc dies.

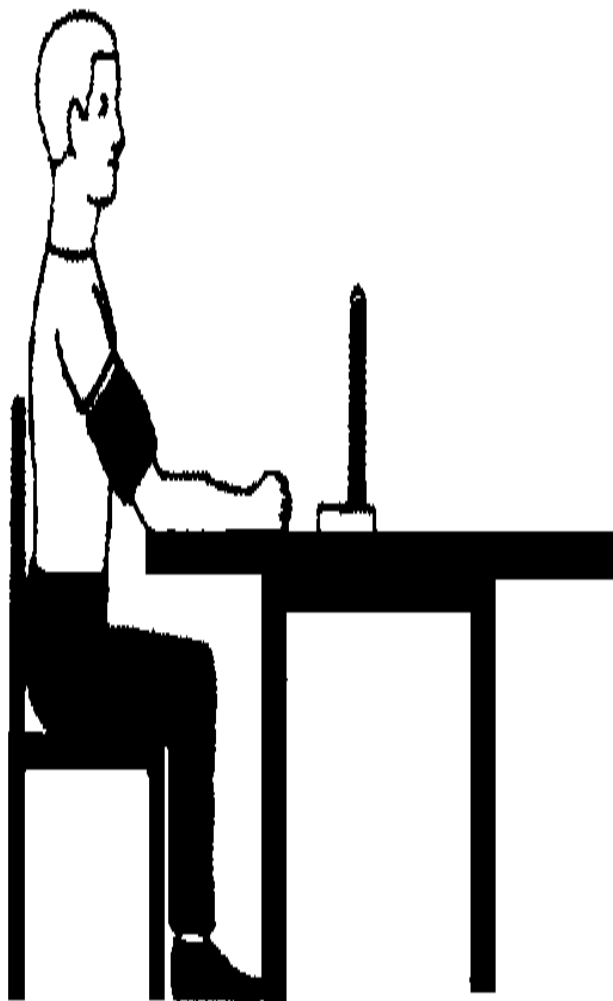
Quan se li realitza la mesura oportunística de la PA, la infermera observa unes xifres de 164/92mmHg, per tant es confirma una TA elevada. Aquí s'inicia l'atenció a la Hipertensió Arterial.



Amb un valor aïllar no
podem fer una
diagnòstic!!

Mesura de la Pressió Arterial

MALALT	ENTORN	OBSERVADOR	APARELL
30' abans: NO menjar, alcohol, exercici ni fumar	Habitació tranquil·la (evitar sorolls i situacions d'alarma)	Entrenament	Validat
Buidar la bufeta abans de la visita.	Temperatura aproximada de 20º		Braçal adequat i ben col·locat
No simpaticomimètics ni midriàtics (descongestius nasals)	-No obesos: 12x26cm -Obesos: 12x40cm -Nens: 4x13cm/10x18cm -Col·locat 2cm del plec anticubital		
Saber hora que ha pres antihipertensiu (per visites següent)			



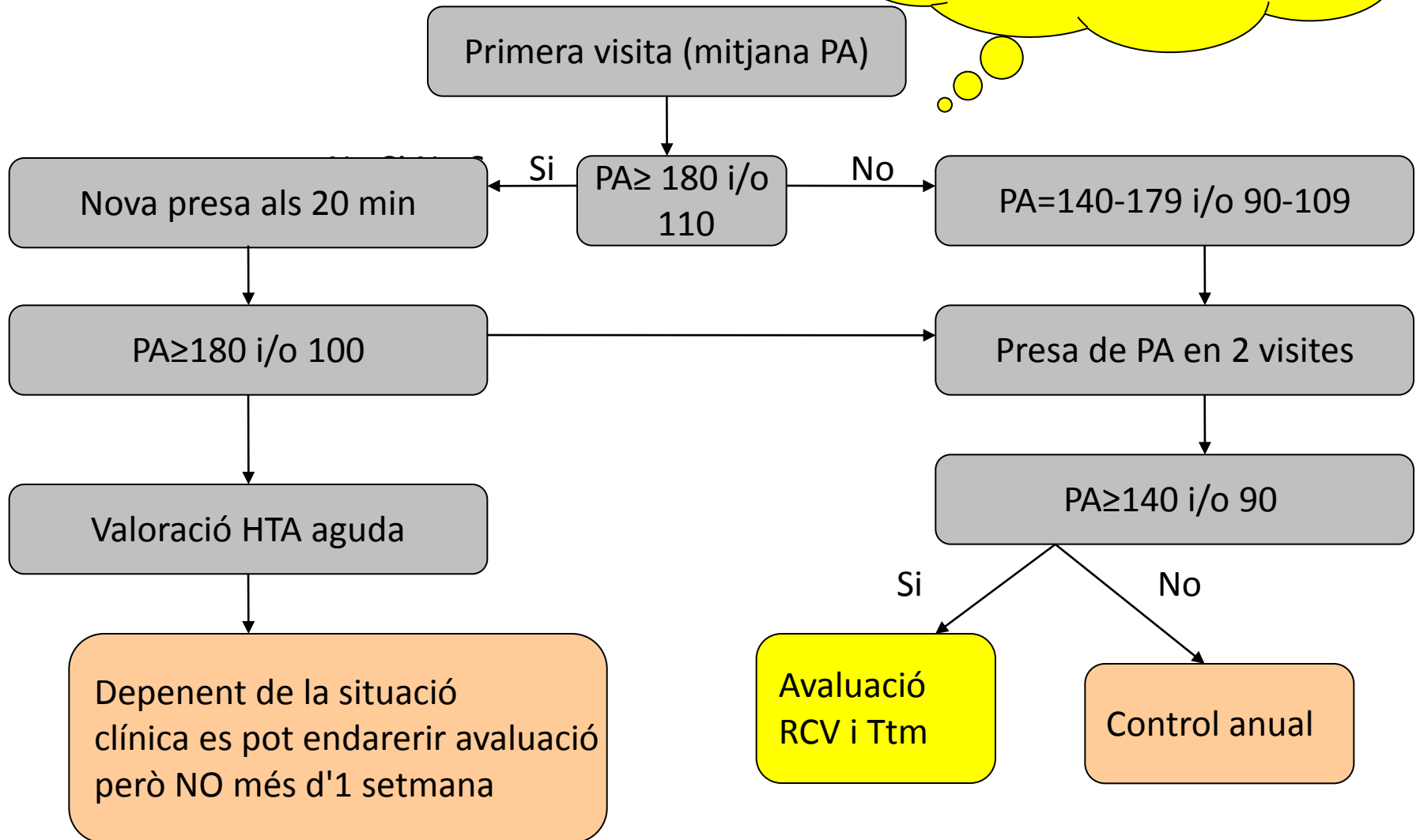
- Braç recolzat sobre una superfície plana i dura, i braç a l'alçada del cor.
- 5' perquè el malat es relaxi.
- Braç control.
- 2 lectures en cada controls, sempre al braç control, mínim 1 min de separació entre 2 presses.
- Mitjana de les 2 preses sense arrodonir.

Diagnòstic: 3 controls alterats

- HTA secundària: fàrmacs, ITU...
- Mesura cuixa: amputats, 2cm per sobre fosa poplítea
- Sospita HTA bata blanca: AMPA/MAPA

Alogarisme actuació

**Diagnòstic: 3 visites
(interval 15 dies)**



Pla d'actuació per confirmar diagnòstic de la Maria:

- *3 visites successives amb 3 preses a braç control.*

Primera visita:

- *Braç control + mitjana 1^a mesura de la TA (PA=162/94)*

Segona visita:

- *Mitjana de la 2^a mesura de la TA + factors que incideixen a la HTA (PA=154/92).*

Tercera visita:

- *Mitjana de la 3^a mesura de la TA (PA=157/92) + mitjana de les tres determinacions. (TA final=157/92).*

Diagnòstic: HTA grau 1.

*Caldrà visita mèdica, és damanarà Ax
i ECG com a proves complementàries.*

Hipertensió Arterial

- $PAS \geq 140 \text{ mmHg}$ i $PAD \geq 90 \text{ mmHg}$
- Objectiu identificar i tractar → reduir el RCV, morbiditat i mortalitat
- El *Joint National Committee (JNC)*, per la prevenció i avaluació, aconsella prendre la PA a cada visita a tots els malalts que acudeixen a la consulta.

PA Òptima: $<120 / <90$ → seguiment c/4anys (14-40a)

PA Normal: $<130 / <85$ → c/ 2 anys (>40 anys)

PA Normal-alta: 130-139 i/o 85-89 → c/any

HTA Estadi 1: 140-159 i/o 90-99 → confirmar <2 mesos

HTA Estadi 2: 160-179 i/o 100-109 → confirmar <1 mes

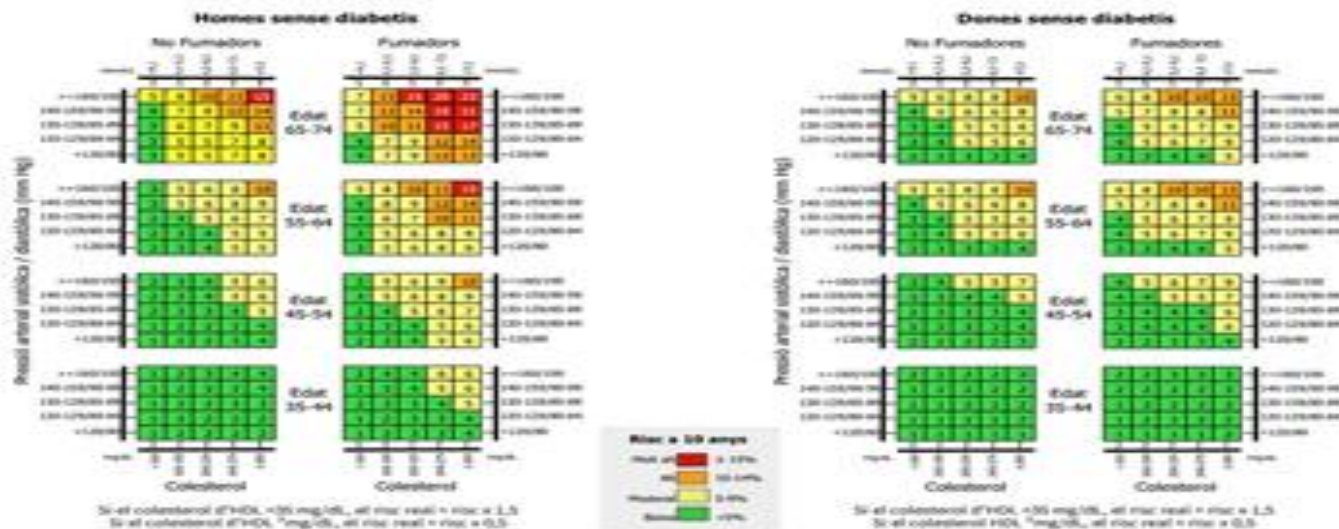
HTA Estadi 3: ≥ 180 i/o ≥ 110 → confirmar immediat.

HTA aïllada → ≥ 140 i < 90

Predicció dels RCV

Estimació del RCV segons taula de **Framingham**: edat, sexe, HDL, CT, PAS, tabac, DM i presència de criteris electrocardiogràfics d'HVE.

Taules de Framingham-REGICOR calibrades per al seu ús a la població catalana



Utilitzada per arribar a una decisió clínica respecte al tractament d'un malalt. **Taula Framinham: punts i risc probalbe de MCV als 10 anys**

Estratificació de Risc i Pronòstic

PA (mmHg) Factors de Risc i Antec. Patològics	Grau 1 (HTA Lleugera)	Grau 2 (HTA Moderada)	Grau 3 (HTA Greu)
Absència altres factors de risc	Risc Baix	Risc Mitjà	Risc Alt
1 o 2 factors de risc	Risc Mitjà	Risc Mitjà	Risc Molt Alt
3 o més factors de risc	Risc Alt	Risc Alt	Risc Molt Alt
Trastorns clínic associat	Risc Molt Alt	Risc Molt Alt	Risc Molt Alt

Valoració infermera de la sra.Maria → Predicció del RCV

La Sr. Maria està casada des de fa 38 anys i té una filla de 32 que viu a casa. El seu marit és jubilat, però no li agrada estar a casa.

Ella no té amigues, es relaciona molt poc amb les veïnes i, ocasionalment, surt a fer un passeig.

Durant tot el dia s'ocupa de netejar la casa i de preparar els àpats i creu que no té temps per res més.

Explica que encara que sap que ha de fer règim no és constant i no entén què ha fet perquè la PA estigui alta.

L'avi i el pare van morir a causa d'una malaltia cardiovascular.

No fuma, no beu alcohol habitualment, li agrada menjar de tot i no fa exercici, encara que ella considera que les feines de casa són un bon exercici.

El seu marit es fumador de 20 cigarrets al dia.

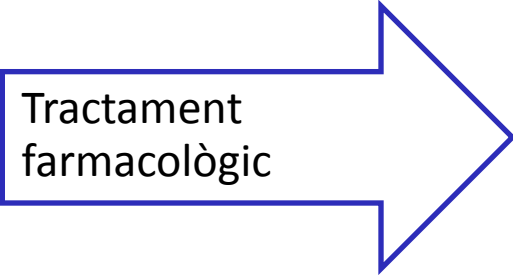
***Dades Objectives: RCV taula Framingham (68 anys, HDL, CT, PAS, Tabac, DM i HVE
→ Risc baix.***

Intervencions segons Risc

Risc alt: $\geq 20\%$ en 10 anys $\rightarrow$ seguiment continuat, mesures higienodietètiques, tractament ($>140/90$) i tractament hipercolesterolèmia ($CT > 250\text{mg/dl}$)

Risc moderat: $< 20\%$ en 10 anys $\rightarrow$ cessació tabac, tractament HTA ($>160/100$), tractament hipercolesterolèmia ($>300\text{mg/dl}$)

Risc baix: sense FRCV $\rightarrow$ activitats prevenció segons **PAPPS**



Tractament
farmacològic

- Paciente menor de 65 años y sin otra enfermedad: diurético tiazídico a dosis baja o b-bloqueante.
- Paciente mayor de 65 años sin otro factor de riesgo asociado: diurético tiazídico a dosis baja o calcioantagonista o IECA (ARA II).
- Diabéticos: IECA (ARA II). Diurético a dosis baja o b-bloqueante. En una segunda línea los calcioantagonistas.
- Infarto de miocardio: b-bloqueante, IECA (ARA II) o antagonista de la aldosterona.
- Angina de pecho: b-bloqueante (o Calcioantagonista no dihidropiridínico si contraindicado). IECA (ARA II).
- Insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica: IECA (ARA II), betabloqueante. Diurético según precise (incluidos antagonistas de la aldosterona).
- Insuficiencia renal: IECA o ARA II (vigilar función renal y potasio al iniciar el tratamiento).
- Enfermedad vascular (coronaria, cerebrovascular o arteriopatía): IECA (ARA II) o diurético.
- Fibrilación auricular: b-bloqueante o calcioantagonista no dihidropiridínico.
- Hipertensión sistólica aislada: Diurético tiazídico a dosis baja o calcioantagonista dihidropiridínico
- Prostatismo: a-bloqueantes
- Síndrome metabólico: IECA o ARA II.
- Embarazo: betabloqueantes o alfa-metildopa.

Seguiment

Objectius de seguiment:.

- Reducció del pes (IMC=18,5-24,9Kg/m²)
- Dieta: fruita, vegetals i làctics i reduir greixos totals.
- Reducció del sodi: 2,5 a 6 g clorur Na/dia
- 30' activitat física aeròbica al dia
- Moderar alcohol: 2UBA home i 1 UBA dona/dia
- Cessació hàbit tabàquic



Visita infermeria c/3 mesos i mèdica c/any
AX i ECG anual
Grip anual i Pneumo s/calendari

El seguiment de la Maria:

- Disminució de l'IMC.*
- Dieta hiposòdica.*
- Inici activitat física.*
- Manteniment de NO hàbits tòxics.*
- Disminuir exposició fumador passiu.*
- Manteniment bona cobertura vacunal.*



- Analítica anual (funció renal)*
- Electrocardiograma anual*
- Visita infermera c/3 mesos (amb bon controls tensionals)*
- Visita metge c/any (amb bon controls tensionals)*

- Alguns protocols recomanen retinografia anual i doppler c/3anys*

Atenció a la MPOC

Que hem de saber?

1. Què és la MPOC i com es diagnostica
2. La intervenció infermera en un malalt amb MPOC
3. Activitats per l'educació per a la salut: Programa de Reabilitació Pulmonar



La MPOC del senyor Josep

El sr.Josep té 68 anys i és fumador de 30 cigarretes al dia.

És poc freqüentador a la consulta d'AP ja que no li agrada anar al metge.

Avui vé amb una CP amb el metge i la infermera, explica que malgrat es vacuna de la grip cada any aquest any ha patit diversos problemes respiratoris.

Fa uns dies, durant un accés de tos, li va faltar l'aire i la seva dona li va dir que s'havia posat molt blau.

Recorda haver-se encostipat i que també va tenir tos durant alguns dies i va expectorar molt, encara que va millorar una mica bevent aigua i quedat-se a casa.

Creu que està pitjor perquè s'ofega quan camina, fa una anys li passava si feia grans pujades o anava més ràpid del normal però ara li passa caminant normal.

La MPOC

- Malatia Crònica caracteritzada per una disminució dels fluxos respiratoris que no canvia de forma notable durant alguns mesos de seguiment (*SEPAR*).
- Dins l'MPOC s'inclouen: la bronquitis crònica i l'emfisema.
- Prevalença MPOC: 7% en homes i 4-5% en dones.
- Conjuntament amb l'asma és el segons motiu de consulta de tots els processos crònics que arriben a AP.
- S'estima que per damunt dels 35 anys el 20% d'homes i el 10% de dones presenten alguna forma més o menys greu d'MPOC.
- La prevalença s'associa amb el nombre de cigarrets consumits (la disminució del tabac és l'única evidència consistent → CONSELL ANTITABAC)
- La màxima morbiditat de l'MPOC es produeix a partir dels 60 anys

El Diagnòstic

La patologia crònica és el procés que supera el període agut i deixa una capacitat residual irreversible.

DIAGNÒSTIC mitjançant espirometria forçada: Índex de Tiffenau:

Volum espiratori màxim en el primer segon (FEV1)/Capacitat Vital Forçada (CVF)
< 70% + FEV1 < 80% i aquests valors no varien en 6 m (segons pes, edat, talla i sexe.
Normal: entre 80-120%

PATRÓ	CVF	FEV1	FEV1/CVF
NORMAL	≥80%	≥80%	≥70%
OBSTRUCTIU	≥80%	<80%	<70%
RESTRICTIU	<80%	≥80%	≥70%
MIXT	<80%	<80%	<70%

- El Flux Espiratori Màxim (FEM → Peak Flow Meter) mesura el flux màxim que aconsegueix l'aire en una espiració forçada. Temps menor a 6 segons té una sensibilitat del 74% (no diagnòstic)

Alogarisme d'actuació

Tos i expectoració i dispnea durant 3 mesos en 2 anys
Tos seca durant > 3 setmanes
Tos i dispnea amb o sense sorolls a la nit

**Protocol
MPOC**

Seguiment

Raig x

Descarta

No

Si

No

40 anys o més

Si

Protocol asma

No

Fumador o altres factors de ris

Si

**Protocol
MPOC**

Característiques a valorar en un MPOC:

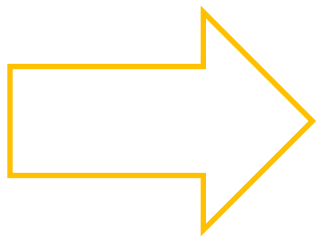
Personals: edat, sexe, raça,
nivell socioeconòmic.

Causals: tabac, exposició
laboral, infeccions respiratòries
contaminació aire, drogues,
reflux gastroesofàgic, herència.

Associades: alcohol

Dades objectives del senyor Josep:

- *FEM<360l/min (el valor normal de FEM segon edat, sexe i pes és de 550l/min) → demanem espirometria i derivem al metge per resultats i diagnòstic.*
- *Espirometria= CVF normal, FEV1=64% i FEv1/CVF=69% → **Patró obstructiu moderat** (el pulmó mobilitza menys aire en el primer segon, per obstrucció del flux aeri, sense que inicialment hi hagi una disminució del volum d'aire mobilitzable).*
- *Exploració radiològica sense alteracions, però >40 anys i fumador molt important → **diagnòstic MPOC***



Tractament: Atrovent (pressuritzat) amb càmbra (Volumatic) + derivació dui per programa educació .

La infermera el coneix poc per tant caldrà explorar altres aspecte que puguin perjudicar la MPOC del sr.Josep.

Valoració infermeria

Detecció de Necessitat d'Educació del Sr.Josep

Antecedents familiars: *li sembla que el pare va morir perquè tenia líquid al pulmó.*

Antecedents personals: *es pare de tres fills que no viuen a casa, viu amb la seva dona que és mestressa de casa i manté una bona relació. Ha tingut altres feina però la última (durant 20 anys) va ser a la construcció.*

Hàbits: *fumador de 30 cigarrets/dia fins fa 1 any. Actualment 15 cigarrets al dia, li agrada tota classe de menjars, beu 1 got de vi als àpats i 1 cervesa a l'estiu.*

Dorm malament ja que s'ofega una mica a les nits i des de fa uns mesos té tos al matí.

TA=142/88, FR=20x', FC=98x' i IMC=32kg/m².

Desconeix tot sobre la malaltia i no s'esperava tenir una MPOC.

Programa Educació Sanitària i Seguiment

Educació pel maneig i la conservació dels inhaladors i les cambres inhalatòries

- Triar inhalador adequat: edat, patologia i calibre vies aèries → sistemes pressuritzats, cambres inhalatòries, sistemes nebulitzadors i sistemes de pols seques (medicament fragmentat en partícules que facilita la seva inhalació).



- Consideracions especials: higiene bucal, neteja cambres, temps nebulització: 10-15 minuts, canvi cambra nebulitzadora c/3 mesos.

Programa educatiu MPOC (Sessions de 30 minuts en tres setmanes consecutives)

Primera sessió → consell antitabac, informació sobre malaltia, pràctica respiració lenta i profunda, descripció tècniques inhalació, proves complementària: Ax, Espirometria, Rx tòrax (xl diagnòstic) i ECG.

Segona sessió → consell antitabac, símptomes i què fer, exercicis diafragmàtics, comprovar tècnica respiració lenta i profunda, comprovar utilització inhaladors. **Aconseguir:** tos eficaç, expectoració i reconeixer esput infectat, entrenament progressiu a l'esforç, compliment del tractament.

Tercera sessió → consell antitabac (si persisteix → teràpia), mesures higienodietètiques, comprovar exercicis diafragmàtics.

Educació: exercici regular de força i resistència, drenatge postural, roba ample, dieta adequada: evitar aliments flautulents i adaptada a altres factors de risc (HTA Obesitat...), ingesta 1,5 aigua/dia, evitar humitats, no utilitzar pintures, insecticides..., higiene corporal: ull desodorants, rentat nas i gola i expectorar a llevar-se, no sortir en dies molt freds, boira..., higiene boca per evitar infeccions...

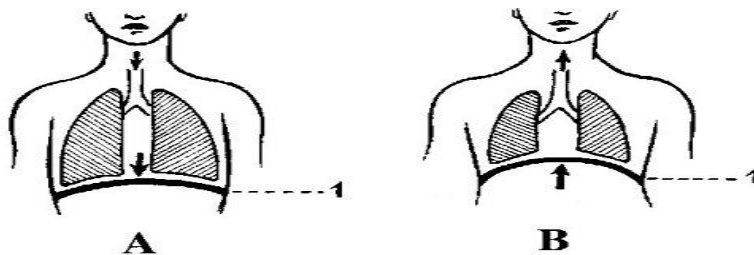
Programa de Rbh Pulmonar

Tècniques de Respiració

- Respiració Diafragmàtica:** indicada en malalts amb dispnea. Disminueix esforç respiratori i millora la posició i la funció dels músculs respiratoris.
- Respiració amb llavis frunzits:** disminueix la FR i agumenta el volum corrent i intern.

Teràpia Física a Nivell Toràcic

- Drenatge postural:** utilitza la gravetat per netejar residus del pulmó.
- Altres tècniques:** vibració (inhalar-aguantar aire i tossir amb la boca oberta) i exercicis inclinació endavant (disminueix la dispnea)

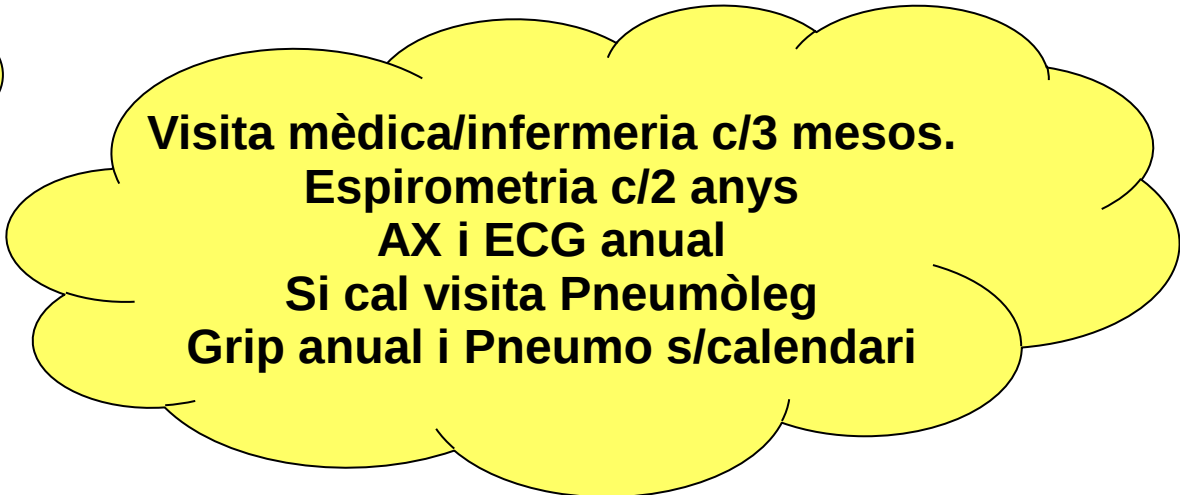


A) Diafragma durant l'aspiració.
B) Diafragma durant l'expiració.

Seguiment

Objectius de seguiment:

- Deixar de fumar.
- Adherència terapèutica i rehabilitadora correcta.
- Aprendre a prevenir complicacions.
- Aplicar tècniques educatives



Visita mèdica/infermeria c/3 mesos.

Espirometria c/2 anys

AX i ECG anual

Si cal visita Pneumòleg

Grip anual i Pneumo s/calendari

El seguiment d'en Josep:

- Disminució de l'IMC.
 - Dieta hipocalòrica.
 - Inici activitat física supervisat.
 - Cessació hàbit tabàquic.
 - Disminució TA (142/88): mesures higienodiètiques
 - Manteniment bona cobertura vacunal.
 - Ensinistrament inhaladors i manteniment material.
 - Ensinistrament RBH pulmonar.
 - Detecció i actuació davant complicacions.
-
- Analítica i ECG anual
 - Visita infermera c/3 mesos i metge c/6mesos (pacient controlat).
 - Espirometria c/2anys (amb última espiro correcte)
 - Si precisa visita Pneumologia, contacte hospital de dia per complicacions.
 - RX nomès pel diagnòstic o si complicacions.



Atenció a la Diabetes Mellitus 2

Que hem de saber?

1. Característiques de la DM2
2. Bases del tractament de la DM2
3. Aspectes que integren una primera visita
4. Educació diabetològica
5. Educació sanitària i prevenció



La DM de la Sra.Teresa

La sra.Tersa és una pacient de 59 anys que acudeix a la consulta mèdica per un procés febril, calfreds, pol.laciúria i disúria.

Amb labstix obtenim: leucòcits, sang, nitrits i glucosa positius. La glicèmia capil.lar és de 230mg/dl.

El primer diagnòstic mèdic és ITU i es dona antibiòtic (fosfomicina 1 sobre a la nit).

Al cap de 20 dies es programa una Ax en la qual es detecta una glicèmia basal de 192mg/dl i una HBAC1 de 8,4. La pacient explica que presenta astènia, polifàgia, polidípsia i ocasionalment pruija vulvar.

Per tant tenim un nou diagnòstic: Diabètis mellitus típus 2.

Es deriva la pacient a la consulta d'infermeria per iniciar educació diabetològica i fer controls i s'inicia tractament amb ADO.

La Diabetes Mellitus

- Trastorn metabòlic crònic molt freqüent arreu del món. Principal factor de RCV, amputació, ceguesa i IR.
- La prevalença en població >40 anys és del 6%
- **Síntomes: A curt termini:** hiperglucèmia i glucosúria. **A llarg termini:** segons complicacions específiques.
- **Signes:** poliúria, polidípsia, polifàgia, pèrdua de pes i astènia

DM1: dèficit absolut insulina. Generalment abans dels 30 anys amb inici brusc i necessitat d'insulina per viure.

DM2: anomalies en la secreció d'insulina, Generalment >40 anys o abans en obesos. Etiologia multifactorial (sobretot obesitat), inici progressiu.

Gestacional: alteració de la glucosa durant l'embaràs. Risc de desenvolupar al futur.

Diagnòstic:

1. Síntomes clàssics i glicèmia atzar >200.

2. Glicèmia basal $\geq 126\text{mg/dl}$

3. Glicèmia 2h dsp TTOG $\geq 200\text{mg/dl}$
(75g en adults/100g en embaràs)

El tractament de la DM 2

Glúcid: 50-60% aport
Lípid: 30-35% aport
Proteïna: 15% aport

Alimentació:

- Hipocalòrica: 1gr glúcid/proteïna(4kcal), 1gr lípid (9kcal), alcohol (7kcal).
- Restricció en aliments portadors de sucre. **Làctics desnatats i no més de 200cc/dia, mínim 2 racions verdura dia i dues de fruita (acompanyada d'altres aliments, repartides i poc madura, sucs fruita només per hipoglicèmies)**
- Restricció polisacàrids (arròs, pasta, cereals, patata, llegum, pa). **Llegums molt recomanades ja que la fibra soluble inhibeix el pic postpandrial.**
- Restricció àcids grassos saturats i colesterol. **Sovint la DM s'acompanya de dislipèmia i obesitat → els lípids poden tenir > importància que glúcids: <300mg/dia de colesterol. Consumir més peix que carn i cuinar amb oli d'oliva.**
- Sense excessos de proteïna. **Potenciar proteïna vegetal (llegum i cereal integral).**
- Rica en fibra. **Disminueix pic postpandrial.**
- Hidratació. **1,5 l aigua/dia, refusar begudes dolces, no abusar begudes edulcorades, limitar alcohol i sempre dins l'àpat.**
- Altres FRCV. **Limitar la sal.**

- **Exercici físic:** el múscul entrenat augmenta la sensibilitat a l'insulina i facilita el transport de la glucosa.
- **Farmacològic:** En DM2 els ADO són els més utilitzats. Insulinoteràpia.

ESTIMULANTS ALLIBERAMENT INSULINA	INHIBIDORS ALFAGLICOSIDASES
Sulfonilurees: 1ª elecció si no hi ha sobrepes. 30'abans àpats, ull hipoglucè.	<u>Acarbosa i Miglitol:</u> demora en la digestió d'HC. No hipoglucèmies. Prendre amb la primera cullerada dels àpats.
<u>Repaglinida:</u> acció ràpida i cura durada. Abans àpats.	<u>Glitazones:</u> millora la sensibilitat a l'insulina, no hipoglicè. Risc toxicitat hepàtica
<u>Biguanides:</u> Redueix producció hepàtica glucosa. Baix risc hipoglucè. En DM2 associada a obesitat. Problemes gastrointestinals. NO en IR.	

Visita d'infermeria

Valoració inicial història clínica:

- Antecedents familiars i personals (DM familiar, obesitat, dislipèmia, HTA, patologia renal, tabac, alcohol, fàrmacs: cortis...
- Evolució (diagnòstic: causal, clínica, circumstàncies concomitants: estrès o obesitat, dieta: qualitativa, quantitativa i freqüència, glucèmia:màxima i mínima, episodis hipoglicèmia i tractament actual.

Valoració prèvia al procés educatiu:

- Aspectes psicològics i d'adaptació a la malaltia.
- Aspectes sociofamiliars.
- Recursos econòmics i situació laboral.
- Capacitat d'aprenentatge.

- L'habilitat pràctica.
- Coneixaments prèvis sobre la diabètis.
- Relació amb els sanitaris: confiança i empatia.
- Hàbits alimentaris.
- L'exercici físic.

Exploració física: pes, talla, IMC, TA, glicèmia capil.lar postpandrial i endejú, seguiment compliment terapèutic, si hi ha ttm amb insulina
revisar zones de punció, exploració dels peus (polsos, pell, Tº, sensibilitat al dolor i Doppler)

La senyora Teresa pesa 59 kg i mesura 1,60cm. (IMC=23). Fins fa 2 anys era botiguera. Fa poc exercici i surt poc de casa. Nivell econòmic precari. Bon suport familiar. Estudis bàsics. Li agrada menjar bé. Mala experiència amb la malaltia (ceguera de la mare). Té expectatives de curació. Explica símptomes pròpis de la DM. Sembla motivada però té por de les complicacions. Bon compliment terapèutic.

Educació diabetològica

L'educació individual és la base fonamental del procés educatiu, l'educació grupal és un mètode de reforç.

Fases de l'educació : fase immediata (imprescindible), ampliació i aprofundiment.

- Fase immediata: què és la DM, pla dietètic, injecció insulina, autoanàlisis sang, reconeixement hipoglicèmies, consell antitabac, exercici i manteniment del pes.
- Fase ampliació: cura peus, actuació en situació aguda (febre, diarrees), ampliació dieta, normes d'actuació davant esport, viatges..., complicacions tardanes.
- Fase aprofundiment: maneig taula equivalències i racions, autoregulació de la dosis insulina

En el cas de la sra. Teresa és important:

- Explicar que la DM és una malaltia crònica.
- Explicar que la DM equival a nivells alts de glucosa en sang.
- Aclarir la relació entre la ingestió d'aliments i l'acció de la insulina (cal tenir precaució ja que la sra. Teresa associa la insulina amb la ceguera de la seva mare)
- Enumerar-li els símptomes propis de la hipoglucèmia (risc que comporta la sulfanilurees que és el tractament que ella segueix) i l'actuació necessària per resoldre-la.
- Insistir en les bases del tractament.

La infermera li explicarà que a partir d'ara haurà d'anar a la consulta amb una certa freqüència per tal de controlar la seva malaltia.

Criteris de control de la DM2

	RISC BAIX	RISC ARTERIAL	RISC MICROVASCULAR
HBAC1 GBASAL	<6,5% <110mg/dl	>6,5% >110mg/dl	>7,5% >125mg/dl
PREPANDRIAL POSTPANDRIAL	<100mg/dl <135mg/dl	>100mg/dl >135mg/dl	>100mg/dl >160mg/dl
CTotal LDL HDL TGL	<185mg/dl <115mg/dl >46mg/dl <150mg/dl	185-230mg/dl 115-155mg/dl 39-46mg/dl 150-200mg/dl	>230mg/dl <155mg/dl <39mg/dl >200mg/dl
TA	<130/85mmHg	130/85-140/90	>140/90mmHg

Criteris de control de la DM (European NIDDM Policy Group, 1999)

Prevenció de la DM2

Importància d'identificar grups de risc!

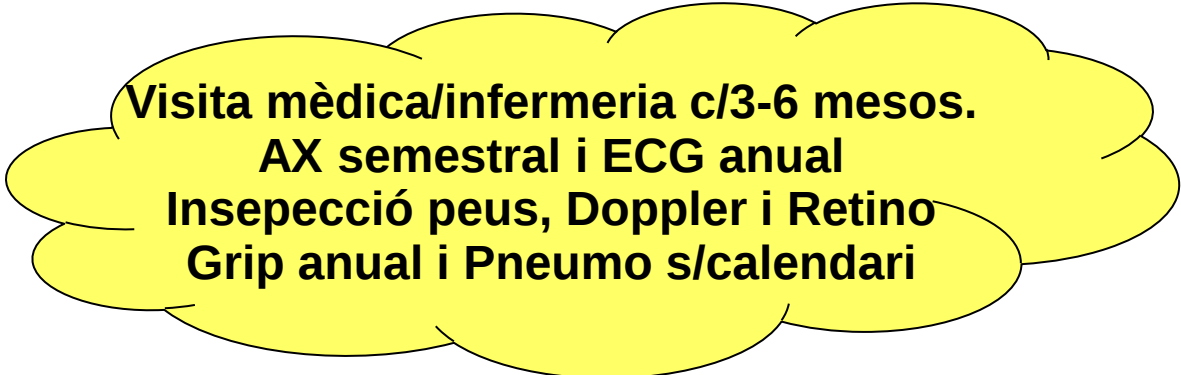
Població de risc:

- Obesos (IMC>27).
- Història familiar de DM.
- Diabetis gestacional prèvia.
- Persones > 40 anys amb altres FRCV.
- Diagnòstic previ Intolerància a la glucosa.
- Glicèmia basal alterada.

Seguiment

Objectius de seguiment:

- Informar i sensibilitzar al pacient
- Oferir consell dietètic
- Ajudar en la reducció de sobrepes
- Recomana exercici físic adequat
- Fer seguiment hàbits de vida i adherència al tractament



**Visita mèdica/infermeria c/3-6 mesos.
AX semestral i ECG anual
Insepecció peus, Doppler i Retino
Grip anual i Pneumo s/calendari**

El seguiment de la Teresa

- Mantenir l'IMC.*
 - Augment activitat física supervisat.*
 - Millorar hàbits dietètics.*
 - Adaptació de la dieta als recursos econòmics.*
 - Prevenició d'altres FRCV*
 - Manteniment bona cobertura vacunal.*
 - Explicació complicacions r/a DM i prevenició d'aquestes.*
 - "mites sobre insulina i ceguera mare"*
-
- Analítica semestral i ECG anual*
 - Visita infermera c/3 mesos i metge c/6mesos (pacient controlat).*
 - Inspecció dels peus i Doppler anual.*
 - Retinografia anual*
 - Manteniment cobertura vacunal: Pneumo, grip i Td.*



El seguiment de la DM

Que hem de saber?



- 1.Objectius de la visita de seguiment.
- 2.Interrogatori bàsic de símptomes d'hipoglucèmia.
- 3.Valoració del compliment del tractament: dietètic, exercici i farmacològic.
- 4.Avaluació de l'autoanàlisis i detecció de possibles hipoglucèmies.
- 5.Aspectes fonamentals de l'exploració física.
- 6.Seguiment: Continguts educatius que cal desenvolupar, vacunes sistemàtiques

El seguiment de la sra. Joana

La sra. Joana té 62 anys i fa 10 anys que va ser diagnosticat de DM2. Des de l'inici ha seguit les recomanacions dietètiques i d'exercici físic recomanades per l'equip sanitari ha reduït el sobrepès que tenia.

Des de fa 3 anys pren ADO + 12 unitats d'insulina Lantus a la nit.

Acut regularment als controls d'AP, no presenta sobrepès, manifesta bona adaptació a la malaltia i bona adherència i maneig del tractament.

Viu amb el seu marit, té una filla de 30 anys. No té problemes socioeconòmics que alterin la seva autocura ni el seu benestar quotidià.

La última visita va ser fa 3 mesos i el control era bo. Durant aquest període no ha vingut a visitar-se per cap altre problema.

Objectius i continguts de la visita infermera de seguiment

- Valorar i controlar l'evolució de la malaltia.
- Potenciar l'autonomia.
- Comprovar i potenciar el compliment higiènic i farmacològic.
- Prevenir les complicacions.
- Establir objectius educatius i terapèutics.

Fase exploratòria: Anamnesis (símptomes hipoglucèmia i hiperglucèmia, alimentació, exercici, fàrmacs, autoanàlisis, FRCV.

Exploració: glucèmia, pes, TA, tira reactiva orina, examen zones de punció, higiene bucal, examen dels peus

Avaluació: diagnòstic infermer, grau de control, grau de coneixement, actituds, dificultats, adaptació a la malaltia.

Pla actuació: reforç positiu, nous objectius i ampliació continguts educatius.

Anamnesis i Interrogatori

- L'interrogatori s'ha de desenvolupar en un ambient de confiança i col·laboració, amb preguntes obertes i indirectes.

-Com és troba? -Hi ha algun canvi de la última visita? -Com va la dieta?
-Li costa complir? -Que va mejar ahir? -Quina medicació està prenent?
-Se li posa bé? -Té algun problema amb la insulina? -Camina cada dia? Quan de temps?

- Preguntarem per símptomes d'hiperglucèmia i hipoglucèmia.

Hiperglucèmia: poliúria, polidipsia, polifàgia.

Hipoglucèmia: sudoració, taquicàrdia, pal·lidesa, tremolor, sensació de gana, mareig, alteracions de la conducta (irritabilitat, confusió...) i investigar causes (diarrea i vòmits, errors dietètics, increment de l'activitat física...

A la consulta detectem que la sra.Joana té molta por i ansietat de les conseqüències de la DM, coneix una veïna a qui li van haver d'amputar 2 dits del peu.

Complicacions DM

Complicacions agudes:

Hipoglucèmia: complicació aguda més freqüent. Els símptomes solen apareixer quan la glucosa baixa a valors de 40-60mg/dl. Els pacients tractats amb insulina tenen més risc, alguns ADO també.

Hiperoglucèmia: excés de glucosa en sang

En relació a les complicacions agudes preguntarem per l'horari d'ingesta i la seva correlació amb l'exercici físic i el tractament. La sra. Joana explica que mai ha patit cap hiperoglucèmia, també ens explica que al principi del tractament va tenir alguna baixada. La infermera comprova que sap com actuar...

La prevenció de l'hipo es basa en l'educació: portar sempre HC ràpids, horari regular d'ingesta, activitat física constant i regular i aport calòric a aquesta, ressopó, autoanàlisis capil.lar, portar carent diabètic per ser identificat en cas de pèrdua de coneixament, tenir glucagó a la nevera (insulina o sulfanilurees)

Tractament→ 10gr HC ràpids (suc fruita, 2 tarrons sucre) i repetir als 10-15'. Iniciada la millora: 20g HC lents (llet, iogurt, pa). **Hipos greus→ glucagó**

Complicacions DM

Complicacions cròniques: irreversibles i de causa no del tot coneguda, tot i que la hiperglucèmia crònica n'és el factor desencadenant

Microangiopàtiques: afecten a la circulació dels vasos de petit calibre (retinopatia, nefropatia).

Macroangiopàtiques: afecten a vasos grans (arteriosclerosi)

Neuropàtiques: afecten sistema nerviós i produeixen neuropatia perifèrica.

Peu diabètic: per afectació macroangioàtica i neuropàtica.

A la sra.Joana se li expliquen aquestes possibles complicacions cròniques com un aspecte més de l'educació i la informació sanitàries de la seva malaltia. Es reforça la importància del seu seguiment i controls des del punt de vista de la prevenció, autonomia i qualitat de vida, en cap cas utilitzarem la seva por i angouxa per mantenir el compliment

Compliment, autoanàlisi, hàbits tòxics i FRCV.

- Compliment:

Alimentació: Esbrinarem aspectes adaptatius, horaris de treball, si menja a casa o fora i hàbits dietètics incorrectes.

Exercici físic: preguntarem si fa exercici físic i recomanarem un programa adequat.

Medicació: que conegui les pauts de medicació i les dosis. En cas de tractament amb insulina, revisarem zones punció i tècnica i manetniment de la insulina.

- Autoanàlisis: permetrà ajust continu de medicació. Ensinitrament en la tècnica i càlcul de dosis.
- Hàbits tòxics i FRCV: comprovarem altres FRCV i hàbits tòxics

Exploració física.

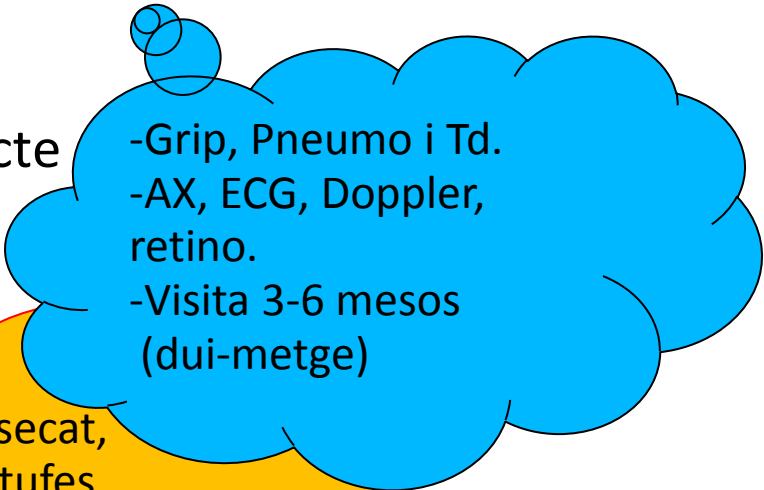
- Glucèmia basal: en dejú, o 2 hores postpandrial.
- Pes: a cada visita.
- TA: anualment en normotensos i a casa visita en HTA.
- Orina: cribatge amb tira orina per descartar alteracions no simptomàtiques (leucòcits, nitrits, sang..)
- Inspecció higiene bucal i peus: major predisposició a les infeccions; detectar càries, gingivitis, alteracions del peu (polsos, sensibilitat..)
- Exploracions complementàries: Ax, ECG i Retinografia.

Els resultats de l'exploració de la sra.Joana són: GB:124mg/dl, 64kg, 159cm, TA=136/84, higiene bucal deficitària, manca autocura dels peus, polsos bé. Bona adherència MEV i tractament, autoanàlisis dins la normalitat, no hàbits tòxics, zones de punció conservades, maneig i conservació de la insulina correcta.

→ DM controlada, manca d'autocura dels peus i boca.

6.Seguiment

- Reforç positiu del compliment de la dieta, exercici i medicació.
- Nous objectius educatius.
- Pactes sobre possibles canvis de conducta



-Grip, Pneumo i Td.
-AX, ECG, Doppler,
retino.
-Visita 3-6 mesos
(dui-metge)



Importància cura dels peus: rentat, secat, hidratació, ungles, lesions, calçat, estufes.

Prevenió probmes bucal: càries, carrall, gengivitis, visita odontòleg anual, bona higiene.

Ull viatges: prevenció hipoglucèmies (horari àpats). **Ull malaltia intercurrent:** ja que altera la glicèmia.

El seguiment de la Joana.

- Mantenir l'IMC.*
 - Mantenir MEV adequades.*
 - Prevenió d'altres FRCV*
 - Manteniment bona cobertura vacunal.*
 - Millora i manteniment cura dels peus i la boca.*
 - Visita podòleg i dentista.*
-
- Analítica semestral i ECG anual*
 - Visita infermera c/3 mesos i metge c/6mesos (pacient controlat).*
 - Inspecció dels peus i Doppler anual.*
 - Retinografia anual*
 - Manteniment cobertura vacunal: Pneumo, grip i Td.*



Les cures domiciliàries

Que hem de saber?

1. La metodologia bàsica per fer un pla de cures sistemàtic i personalitzat al domicili.
2. Les pautes per realitzar una valoració, un diagnòstic, una planificació i una execució de les cures.
3. Les mesures de prevenció: vacunes i accidents a la llar.



El seguiment de la sra.Maria

La sra.Maria rep la visita del metge i la infermera al seu domicili per controlar l'estat de salut ja que avui ha sortit d'alta. Ha estat ingressada durant 2 mesos per una complicació d'una ferida del peu que ha acabat amb l'amputació de 2 dits.

En aquest moment es troba lleugerament cansada i preocupada per l'amputació a la qual ha estat sotmesa. Està força nerviosa i angoixada. L'acompanya la veïna, amb la que té bona relació i li farà la compra aquets primers dies. Es revisa la pauta d'insulina, fa 12 anys que es punxa insulina. Ells es fa càrrec del seu tractament. La Maria no té dolor i diu que dorm bé.

La infermera concreta una visita més llarga i deixa un telèfon de contacte per poder localitzar a algun professional durant les 24h del dia.

La veïna podria ser una col.laboradora adequada pel seguiment del pla de cures, sempre que la sra.Maria hi estigui d'acord, ja que no hi ha cap familiar pròxim.

La valoració integral al domicili

La valoració ha d'incloure:

- Valoració clínica mèdica.
 - Valoració d'infermeria.
 - Avaluació funcional i instrumental.
 - Avaluació de l'estat mental.
 - Valoració social.
-
- També caldria valorar la família, el cuidador i l'entorn.

Valoració

- Fonts d'informació abans d'anar a veure el pacient: HCAP, HC3

La sra. Maria es feia els controls fora del CAP, i per tant no tenim informació, caldrà omplir la HCAP...

- Tècniques per recollir informació: entrevista estructurada (confiança, intimitat, actitud positiva i empatia) i l'observació (subjectiva i objectiva)

Quan la infermera torna a veure la Maria ja està mes relaxada, cal saber perquè la situació, que semblava controlada, s'ha descompensat fins el punt que li han hagut d'amputar 2 dits del peu. Amb l'entrevista la infermera detecta que la causa de l'amputació va ser una ferida produïda al tallar-se les ungles, també detecta que no segueix un règim adequat per manca de coneixaments i que no manté una bona higiene personal i de la llar per falta de mobilitat. No té familiars ni cuidadors directes que l'ajudin amb les ABVD i compta amb el suport d'una veïna per les AIVD. No recorda si està vacunada del Td. El domicili és brut i ple d'entrebancs, la pacient camina descalça per casa. La mobilitat física està força disminuïda (camina agafant-se als mobles). Al demanar-li que carregui la insulina, força la vista i la quantitat no és la correcta.

- Recusos individuals: tant important es detectar problemes com adonar-se dels recursos individuals.

Després de l'entrevista la infermera detecta que la Maria: té una bona tècnica d'injecció, manté una bona funció cardíaca i pulmonar, dorm bé a la nit, compren les cures que se li han de fer, s'adapta bé als horaris, és una persona oberta i comunicativa i té bona relació amb la veïna.

- Altres instruments de valoració:

-Avaluació funcional (ABVD i AIVD): Barthel, Lawton, OARS, índex de Katz (alimentació, higiene personal, vestir-se, mobilitzacions, control esfínters...).

-Avaluació de l'estat mental: (orinetació, atenció, concentració, llenguatge, memòria, psicomotricitat i percepció): Minimental i Pfeiffer.

Amb la fanalitat de dissenyar el pla d'intervenció la infermera realitza una valoració de les funcions físiques i de l'estat cognitiu a la sra.Maria.

Barthel = 75 (dependència lleugera), Lawton=3 (dependència severa). El test de Pfeiffer dona 2 errades i per tant no es considera deteriorament cognitiu.

ÍNDICE DE BARTHEL

ÍTEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Lavarse	• Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Arreglarse	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Deposiciones*	• Continente	10
	• Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	• Incontinente	0
Micción*	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	• Incontinente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Deambular	• Independiente, camino solo 50 m	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
TOTAL:		

Escala de Lawton y Brody para medir las AIVD

Capacidad para usar el teléfono	Valoración original*	Neurociencias
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	2
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	3
No utiliza el teléfono	0	4
Compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	2
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	3
Totalmente incapaz de comprar	0	4
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	1
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	2
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	3
		4
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o tender las camas	1	2
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	3
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	4
No participa en ninguna labor de la casa	0	5
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	1
Lava por sí solo prendas pequeñas	1	2
El lavado de toda la ropa corre a cargo de otra persona	0	3
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	2
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	3
Utiliza taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0	4
No viaja en absoluto	0	4
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si le preparan la dosis previamente	0	2
No es capaz de administrarse su medicación	0	3



CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

	Ingreso	Alta
1. ¿Qué día es hoy? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Cómo se llama este lugar? Cualquier descripción correcta.		
4. ¿Cuál es el número de su teléfono? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es la dirección de su casa?		
5. ¿Qué edad tiene?		
6. ¿Cuándo nació usted? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar)		
7. ¿Quién es el rey de España?		
8. ¿Quién ganó la guerra civil española? O ¿Quién gobernó España durante 40 años?		
9. ¿Cuál era el nombre y apellido de su madre?		
10. Reste tres de veinte y siga restando tres de cada número nuevo. Para puntuar necesita la serie entera: 20-17-14-11-8-5-2		

PUNTUACIÓN TOTAL (nº errores)

No alfabetizado	
Menos de 8 años de escolaridad	
Más de 8 años de escolaridad	

El programa ATDOM

- Tots aquells pacients que fan una demanda d'atenció a domicili s'inclouen al Programa ATDOM.

“L'atenció al domicili és un conjunt d'activitats sociosanitàries, en l'àmbit de la comunitat, que es realitzen en el domicili de la persona amb la finalitat de detectar, valorar i donar suport i seguiment als problemes de salut de la persona i família i potenciar, així, la seva autonomia i millorar la qualitat de vida” (Pla de Salut).

“L'ATDOM va dirigit a la població que no pot desplaçar-se al CAP per l'edat, condició física o situació sociofamiliar”

Inclusió: PCC, terminals, transitoris, demència, barreres arquitectòniques.

Exclusió: autonomia suficient, no detecció de problemes sanitaris.

Diagnòstic

- Serà el punt de partida al pla de cures.

A la sra.Maria se li ha detectat: dosis incorrecte d'insulina, problemes alimentaris, dificultat per la mobilització, risc infecció ferida peu, problemes higiene corporal i de manteniment de la llar, vacunació td incorrecte i risc d'accidents a la llar.

Els diagnòstics NANDA:

- *Maneig ineffectiu del règim terapèutic relacionat amb una dificultat visual i amb una manca de coneixement (00078)*
- *Dèficit d'autocura (alimentació) relacionat amb un deteriorament de la mobilitat i manifestat per dificultat per sortir de casa i anar a fer la compra (00102)*
- *Risc de deteriorament de la integritat cutànea relacionat amb caminar descalça, falta de sensibilitat, casa plena entrebancs....(00098)*
- *Risc de caiguda relacionat amb dificultat de mobilització i els entrebancs a la llar (00035)*
- *Risc d'infecció relacionat amb una manca d'immunitat (falta TD) (00004)*

Planificació

- Es desenvolupa i registra un pla de cures individualitzat dirigit a l'establiment d'objectius i dissenyat per prevenir, resoldre o controlar els problemes.
- Objectius: centrats en el pacient i dinàmics.

-Curt (<1set) , Mitjà (1 set-1 mes) i Llarg termini (>1 mes)

La sra.Maria acceptarà que la infermera li prepari les xeringues amb insulina en el termini de 2 dies.

La sra.Maria demostrarà coneixaments dietètics mitjançant àpats equilibrats en el termini de 2 setmana

La sra. Maria mantindrà els peus sense lesions en el termini de 6 setmanes.

La sra.Maria demostrarà habilitats per fer-se la cura del peu....

La sra.Maria mantindrà la llar neta amb l'ajuda pertinent....

La sra.Maria es desplaçarà amb l'ajuda d'una crossa....

La sra.Maria es vacunarà de la TD en el termini d'1 setmana

- Determinació de les intervencions d'infermeria:

- Preparació diària de les xeringues d'insulina deixant que ella s'injecti la medicació (reforç positiu)

- Informació sobre dieta equilibrada.

- Realització de la cura del peu i ensinistrament.

- Vigilància de l'estat dels peus. Atenció del podòleg si precisa.

- Consell sobre el fet de no caminar descalç i recomanació de calçat adequat.

- Recomanació d'higiène. Suport de l'assistent social.

- Recomanació teleassistència.

- Recomanació ajuts tècnics.

Ajuts tècnics: material higiene, per vestir i alimentació (allargadors de mànecs), grues, plat giratori, cinturons, crosses, caminadors, cadira bany, terra antilliscant, barres WC. **Lloguer o compra**

Execució

Abans de l'execució del pla de cures és important una reunió interdisciplinària. Les activitats de l'execució són:

- Valoració i revaloració de les intervencions.
- Establiment de prioritats diàries.
- Execució.
- Fer arribar la informació a totes les persones que intervenen en el procés de cures.
- Registrar: HCAP, registre específic Programa ATDOM, Full a domicili

La sra. Maria rep la visita de la infermera diàriament des de fa 15 dies. Li fa la cura del peu, li prepra la xeringa d'insulina i li controla la DM (segons protocol). Manté el suport de la veïna però la treballadora social ha tramitat la teleassistència i una ajuda domiciliària (1 hora/dia). S'està entrenant perquè sigui capaç de fer-se la cura del peu.

Avaluació

L'avaluació implica:

- Avaluació d'assoliment de resultats esperats.
- Identificació de les variables que hagin pogut influir en l'assoliment de resultats
- Continuació, modificació o finalització del pla de cures.

Ha passat 1 mes des de que es porta a terme l'atenció al domicili de la sra. Maria i gràcies a l'evolució positiva de la ferida les visites s'espaien cada setmana. La Maria realitza la cura de la seva ferida i la treballadora social li ha aconseguit una cuidadora (1 hora al dia) que l'ajuda en l'higiène personal i de al casa i li prepara la medicació. També té el teleassistència. En aquest moment la infermera supervisa la ferida, fa els controls de DM s/protocol i la vigilància de l'estat general. La Maria coneix millor la dieta diabètica però cal reforçar coneixements i canvis d'estils de vida. Com a nous objectius la infermera s'ha plantejat el canvi de sistema d'insulina (bolígraf). A la tardor apofitant la vacunació atrigripal se li administrarà la vacuna de la Td.

Moltes gràcies



Glòria Reig Garcia. gloria.reig@ias.scs.es