

Una de les estratègies que s'ha provat més efectiva per millorar la implementació de les guies de pràctica clínica és la seva integració a la Història Clínica informatitzada.

■ Gestió de processos crònics dirigit a poblacions en les que els esforços d'autocura del pacient són significatius.

■ Accés a fonts d'informació útils des de la consulta. L'aprenentatge en el mateix lloc de treball a partir de les preguntes que realitza el propi professional és una estratègia eficaç per mantenir-se actualitzat i assegurar la rellevància del coneixement adquirit per la pràctica habitual.

■ e). Sistemes de recolzament al pacient i educació:

■ Eines educatives per pacients: informació per usuaris preparada per ser impresa, webs adaptades per pacients, guies de pràctica clínica adaptades a pacients,...

■ Èmfasi en les mesures d'autocura.

■ f). Comunicacions i connectivitat:

■ Una de les avantatges de la Història Clínica informatitzada és la de permetre l'accés a les dades clíniques del pacient generades en centres diferents d'aquell on s'està donant assistència. Per això hi ha dues estratègies: la centralització i unificació de les Històries Clíniques, i els sistemes d'Història Clínica compartida.

■ En algunes comunitats s'ha unificat la Història Clínica hospitalària i d'Atenció Primària. Això planteja alguns problemes: conflictes entre els sistemes de codificació, gestió dels problemes (qui està autoritzat a obrir o tancar un problema) i tractaments (qui els pot donar d'alta o de baixa), diferents perfils de problemes de salut (més sindròmic i més preventiu a Atenció Primària i més específic i dirigit a la curació a l'atenció hospitalària). Encara suposant una avantatge poder consultar les dades generades en un altre nivell assistencial, en el millor dels casos es podrien consultar dades únicament del sistema públic de salut.

■ En la Història Clínica compartida l'única cosa que es centralitza és en quina base de dades estan dades relatives al pacient i que es podrien consultar. Cal determinar quines dades es comparteixen i els protocols de comunicacions comuns entre sistemes. Aquesta estructura és més complexa d'implementar que l'anterior, però permet gaudir de moltes de les avantatges de l'anterior amb menor trànsit de dades, i podria permetre l'accés inclús a informació del pacient fora del sistema públic de salut. L'accés remot a la història clínica informatitzada permet vincular informació mèdica de qualitat relacionada amb l'estat de salut del pacient, tant d'elaboració pròpia com prèviament existent. L'accés del pacient a la seva història clínica pot detectar i fer corregir errors, millorant la seguretat clínica.

■ g). Informació per Salut Pública i planificació de serveis sanitaris:

■ Obtenció de dades d'incidència i prevalència i comportament de malalties a Atenció Primària.

■ h). Investigació epidemiològica i clínica:

■ La quantitat creixent de dades generades per la Història Clínica informatitzada i el seu format estructurat han obert la possibilitat de generar grans

bases de dades que permeten l'agregació de dades en el temps i la integració d'informació de diferents fonts, amb noves oportunitats per la investigació.

■ Declaració de malalties obligatòries, identificació de pacients per assajos clínics, càlcul d'indicadors de qualitat i informació per l'avaluació i planificació dels serveis sanitaris.

SEGURETAT I PRIVACITAT DE LES DADES

El concepte de seguretat inclou:

■ La integritat de les dades: que no puguin ser modificades sense autorització

■ La preservació de la seva confidencialitat: per accedir a la història clínica cal autorització (qui pot accedir al sistema i a quines aplicacions), autenticació (nom usuari i clau accés) i signatura electrònica (assegura identitat del professional en la transmissió de missatges telemàtics i en la gestió de documents electrònics).

■ I el seguiment de les seves modificacions.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I SISTEMES D'INFORMACIÓ I APS

01 INTRODUCCIÓ

La **gestió del coneixement** és la metodologia per processar la informació que s'obté dels professionals, els pacients, els resultats de les avaluacions assistencials i la investigació. S'usa per millorar l'atenció clínica i l'organització sanitària.

Es necessiten sistemes de comunicació per transferir la informació entre professionals i entre àmbits assistencials del sistema sanitari.

Hi ha dificultats encara per estandarditzar les dades.

Els sistemes segueixen focalitzats en aspectes només assistencials o de gestió econòmica i de personal. No poden relacionar aspectes rellevants i obliden dades essencials (familiars, socials, ...).

Cal aconseguir un sistema d'informació integral que sigui vàlid, fiable, factible, acceptable pels professionals i d'utilitat per prendre decisions en tots els sectors del sistema.

AVANTATGES D'UN SISTEMA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA INTEGRAL

- ➔ Identificació individual que permet obtenir denominadors poblacionals.
- ➔ Registre dels motius de consulta, signes i símptomes i problemes.
- ➔ Registres de decisions assistencials.
- ➔ Monitorització cronològica dels circuits assistencials.
- ➔ Recordatori de decisions o protocols assistencials.
- ➔ Detecció d'errors o omissions en el procés assistencial.
- ➔ Presentació i prescripció adequades de les instruccions i informes assistencials.
- ➔ Detecció d'interaccions potencialment de risc en les prescripcions.
- ➔ Disminució d'errors en la gestió de la informació assistencial.
- ➔ Accés a la informació del pacient des de qualsevol punt del procés assistencial.
- ➔ Integració de la informació independentment del punt en què s'ha registrat.
- ➔ Recuperació, interrelació i anàlisi de les dades registrades en qualsevol punt del procés assistencial.
- ➔ Identificació de grups d'alt risc, o susceptibles d'intervencions preventives, terapèutiques o rehabilitadores.
- ➔ Major coordinació entre els professionals.
- ➔ Major possibilitat de treball cooperatiu entre institucions.
- ➔ Accessibilitat immediata a la informació científica.
- ➔ Millora de la gestió del coneixement.

UTILITATS

Els sistemes d'informació tenen tres objectius:

- Administratius.
- Atenció individual i poblacional.
- Generació de coneixement.

Utilitats de la informació en AP:

- Atenció clínica individual.
- Planificació.
- Gestió de centres i serveis.
- Avaluació i control de qualitat.
- Formació.
- Investigació.
- Requeriments legals.

CARACTERÍSTIQUES

Els **sistemes d'informació** són els mecanismes per recollir, processar, analitzar i transmetre la informació pel funcionament dels sistemes sanitaris, i la investigació i docència.

■ **Tenen dues missions:**

■ **Convertir les dades en informació:** Les dades són la comptabilització de fets. La informació és el resultat del seu processament, i la creació d'indicadors vàlids i fiables que les facin intel·ligibles.

■ **Permetre l'adequada utilització de la informació:** facilitar la presa de decisions.

■ **Característiques que cal tenir en compte:**

- **Rellevància de les dades:** no recollir dades sense cap finalitat.
- **Quantitat de dades registrades:** recollir la informació estrictament necessària.
- **Tipus de dades:** les dades objectives incrementen el rigor del procés.
- **Fiabilitat:** grau en què el sistema conté realment tota la informació necessària.
- **Actualització de la informació.**
- **Flexibilitat:** en l'estructura de la informació i el grau d'agregació.
- **Capacitat de resposta a demandes concretes:** és important l'interval de temps requerit entre demanar una informació i rebre-la.
- **Compatibilitat:** entre les diferents bases de dades.

→ **Elements comuns:** per relacionar les bases de dades i creuar les variables.

→ **Consistència en temps i espai:** poder relacionar diferents fonts d'informació en intervals de temps similars, o comparar àrees geogràfiques.

→ **Confidencialitat.**

→ **Seguretat:** acreditació i autorització dels usuaris del sistema.

→ **Cost.**

FUNCIONS

■ RECOLLIDA DE DADES

Registrar la informació necessària amb els menors errors possibles. La principal font d'informació és la trobada entre professional-pacient. Cal tenir també informació per l'atenció a la comunitat: característiques demogràfiques, socioeconòmiques i culturals, estat de salut, i recursos disponibles. Aquestes dades se solen obtenir de fonts secundàries.

■ VALIDACIÓ

Validar les dades per assegurar la qualitat.

■ EMMAGATZEMAMENT

Registrar dades individualitzades aporta flexibilitat per tenir indicadors amb diferents graus de desagregació. L'inconvenient és que cal preservar la confidencialitat, i requereix major volum de recursos. **Guardar les dades agregades implica major rigidesa, i impedeix les inferències individuals, portant al risc de fal·làcia ecològica.**

■ ELABORACIÓ D'INDICADORS

Criteris d'acceptabilitat d'indicadors:

- **Aplicabilitat:** grau en què el contingut de la mesura és adequat per l'objectiu que persegueix.
- **Facilitat d'elaboració:** factibilitat, cost.
- **Sensibilitat:** capacitat per detectar diferències entre grups d'individus o zones geogràfiques, i canvis en el fenomen que estem mesurant (sensibilitat al canvi).
- **Fiabilitat:** proporció d'informació que conté l'indicador més enllà de l'error per atzar. Inclou la coherència interna i la variabilitat inter i intraobservador.
- **Validesa:** grau en què realment mesura el que es vol mesurar.
- **Capacitat d'agregació:** per poder obtenir resultats globals dels aspectes mesurats.

Cal tenir en compte:

- Unitat d'anàlisi (visita, episodi, ...).
- Grau d'agregació.

→ Distinció entre raó de consulta (motiu que, segons el pacient, genera el contacte amb el professional) i problema atès i procés d'atenció.

■ PRESENTACIÓ DE LA INFORMACIÓ

(P-1997:04) (P-2005:76)

CODIS I CLASSIFICACIONS

■ CIE

(Classificació Internacional de Malalties) de l'OMS.

La més utilitzada en el conjunt de sistemes sanitaris.

Inicialment es va pensar per codificar les causes de mortalitat, i després es va ampliar pels diagnòstics hospitalaris i la morbiditat atesa a visites ambulatories.

El seu ús és poc útil a AP ja que engloba molts diagnòstics poc freqüents en aquest àmbit.

La modificació CIE-9-MC permet afegir un dígit per codificar els procediments diagnòstics i terapèutics.

Hi ha una versió CIE-10.

■ CIPSAP

(Classificació Internacional de Problemes de Salut a AP)

Elaborada per la WONCA.

Més breu que la CIE.

■ CIAP

(Classificació Internacional de l'AP)

Ha superat la CIPSAP.

És el sistema de codificació estàndard per l'APS.

Cada motiu de visita es classifica segons un d'aquests set components: signe o símptoma, procés diagnòstic, de cribatge o activitat preventiva, tractament, recepció dels resultats de proves, motius administratius, diagnòstic i altres.

Compatible amb la CIE-9 i CIE-10. (P-1999:17)

La segona versió d'aquesta classificació (CIAP-2) ha sigut acceptada per l'estructura FIC-OMS (Família Internacional de Classificacions de l'Organització Mundial de la Salut) com una classificació especialment per codificar els motius de consulta.

Encara que la CIAP-2 pot ser més adequada per l'AP, en molts casos s'està imposant la CIE en alguna de les seves versions donada la necessitat de fer compatibles els codis amb els altres nivells del sistema sanitari, especialment quan es tracta de sistemes d'informació integrats.

Disposar de sistemes uniformes de codificació de problemes de salut i motius de consulta facilitaria la prestació de serveis i la investigació.

MESURA DEL PRODUCTE SANITARI A AP

Els grups d'**iso-consum (case-mix)** són sistemes de classificació amb l'objectiu de crear grups de pacients homogenis respecte característiques clíniques, o de consum de recursos.

Els grups relacionats amb el diagnòstic (**GRD**) s'usen per mesurar el producte hospitalari definint tipus de casos, caracteritzats per un consum similar de serveis hospitalaris.

Els **grups d'atenció ambulatoria** o **grups clínics ajustats** caracteritzen a les persones segons els problemes de salut que tenen durant un període de temps (habitualment un any) i agrupen els diagnòstics en categories homògenes en l'ús de recursos durant aquest temps.

Aquest sistema permet obtenir un quadre de morbiditat d'una població.

CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES (CMBD) EN AP

Un CMBD ha d'incloure només les dades obligades que els usuaris han de gestionar per satisfer les seves funcions.

Les principals utilitats del CMBD en AP són: mecanismes de reemborsament, planificació sanitària, gestió clínica, avaluació de serveis, i investigació.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I DOCÈNCIA A L'APS. FORMACIÓ CONTINUADA DE L'EQUIP

01

INTRODUCCIÓ

En els últims anys s'ha progressat molt en l'àmbit de la docència en Atenció Primària de Salut en gairebé tots els països. L'ensenyament de pregrau està incorporant, amb major o menor rapidesa i profunditat segons les universitats, els continguts propis de l'Atenció Primària.

En l'**especialització vertical** s'aprofundeix només en un àmbit concret de la medicina. El metge de família té coneixements pertanyents a camps diferents (**especialització horitzontal**).

El metge de família com metge de persones i no de problemes de salut necessita un enfocament formatiu que emfatitzi aquesta característica.

Els programes de formació continuada han de ser essencials per la recertificació periòdica de la competència dels metges de família.

02

DOCÈNCIA EN EL PREGRAU

NECESSITAT DE LA FORMACIÓ EN AP

L'atenció hospitalària és episòdica i aporta un aprenentatge no representatiu dels problemes de salut més freqüents i rellevants de l'àmbit individual i comunitari.

Cal que els estudiants tinguin experiència en un model de salut integrat en què els problemes s'enfoquin de forma global, i es doni importància a la tasca preventiva i de promoció de la salut.

La participació dels professionals d'AP en les activitats docents de la universitat ha d'enriquir aquesta amb una nova font de treball i investigació, i aportar una nova visió enfocada cap a la comunitat i les seves necessitats de salut.

INTRODUCCIÓ DE L'AP EN EL PREGRAU A ESPANYA

La Llei General de Sanitat del 1986, la Llei de Reforma

Universitària del 1983 i els convenis entre universitats i institucions sanitàries espanyoles recullen l'obligació que totes les facultats de medicina tinguin almenys tres centres de salut universitaris.

Les posteriors **reformes del pla d'estudis** de medicina no van incloure la medicina de família com àrea de coneixement i només **es refereixen a l'AP en l'àrea de Medicina Preventiva i Salut Pública**. Això implica que no es pugui formar un departament universitari de medicina familiar, fins que aquesta no sigui reconeguda com àrea de coneixement.

A EEUU, Canadà i Austràlia hi ha departaments acadèmics de Medicina de Família en gairebé totes les escoles mèdiques. En moltes universitats ja hi ha càtedres de Medicina de Família, i és obligatori superar un examen específic en aquesta matèria.

A Europa hi ha països (Bèlgica, Dinamarca, Holanda, Regne Unit i Noruega) que tenen departaments d'Atenció Primària en totes les seves facultats.

A Espanya durant el 2001 es va posar en marxa a la Universitat Autònoma de Barcelona la primera càtedra de Medicina de Família espanyola, en base a un acord de col·laboració entre aquesta universitat i un laboratori farmacèutic. A aquesta iniciativa s'han sumat després altres universitats i laboratoris, així com la Societat Espanyola de Metges d'AP (SEMERGEN), i hi havia en el 2007 set càtedres de Medicina de Família o AP.

En els últims anys s'estan incloent activitats pràctiques, obligatòries o opcionals, en els centres de salut (rotacions d'1 a 3 mesos) a realitzar pels alumnes dels últims anys de llicenciatura.

En els últims anys a la Universitat Autònoma de Barcelona s'ha iniciat una estratègia de contacte dels alumnes de Medicina de primer i segon cursos amb els centres i professionals d'Atenció Primària, obtenint crèdits de disciplines obligatòries dels mateixos. Aquestes propostes intenten iniciar la impregnació precoç de l'alumne al si del sistema sanitari i haurien de tenir continuïtat en els anys posteriors de llicenciatura.

Els centres de salut han d'acreditar-se per la docència, i vincular-se a les universitats en nombre suficient per poder atendre les demandes docents que progressivament seran majors.

La dinàmica assistencial a l'AP no permet, com en els hospitals, la presència de múltiples alumnes en cada visita mèdica.

Els canvis en els programes de pregrau han de buscar un equilibri entre la formació hospitalària i la de l'AP.

L'AP no ha de ser una assignatura, sinó una base formativa que s'inclogui en tots els continguts de la formació pregrau.

DOCÈNCIA EN EL POSTGRAU

La Comunitat Econòmica Europea va emetre una directiva d'obligat compliment al setembre de 1986, on consta l'obligatorietat (a partir de gener del 1995) d'una formació postgrau, de duració mínima de dos anys, per poder accedir a llocs de treball com metge de família en el sistema públic.

ESPECIALITAT DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

La medicina de família i comunitària compleix els criteris que defineixen una especialitat, ja que té un àmbit propi d'activitats, un conjunt definit de coneixements, habilitats i actituds a adquirir i una àrea pròpia d'investigació.

Les bases que caracteritzen l'especialització en medicina de família són les competències en prevenció i promoció de la salut, l'enfocament epidemiològic i comunitari de les patologies, i la visió integrada des d'una perspectiva biopsicosocial i continuada.

PROGRAMA DE FORMACIÓ A ESPANYA

La medicina de família es va reconèixer com a especialitat a Espanya al 1978.

Suposa actualment el 30 % del total de places d'especialitats del programa estatal de formació postgrau.

La nova AP a Espanya es basa en els centres de salut com estructures físiques i funcionals, i els equips de salut com elements organitzatius.

Els hospitals comarcals o secundaris són els més adients per col·laborar en aquests programes, principalment pel tipus de patologia atesa.

L'objectiu fonamental del programa de MfiC és la formació de professionals amb coneixements en els aspectes clínics més rellevants de l'AP, i en els necessaris per una orientació comunitària. Té interès també el treball en equip, la prevenció i promoció de la salut i la detecció dels problemes i els grups de risc principals de la comunitat.

Cal promoure en els residents els coneixements per dur a terme activitats docents i d'investigació.

Al febrer de 2002 va entrar en fase de revisió el programa espanyol de MfiC per incrementar la duració total a quatre anys, que ja està en funcionament.

La **unitat docent** s'encarrega de planificar, aplicar i

avaluar l'ensenyament dut a terme a tots els metges residents adscrits als hospitals i centres de salut acreditats, inclosos en el seu territori.

A cada hospital hi ha un tutor que dirigeix les rotacions programades i en el centre de salut docent hi ha un director i els tutors d'atenció primària. Col·laboren tècnics de salut pública, infermeria i assistent social.

Hi ha normes oficials d'acreditació per la docència mèdica postgrau que han de complir els hospitals i centres de salut que vulguin participar en les convocatòries estatals.

Hi ha normes d'acreditació i reacreditació periòdica (cada quatre anys) dels tutors docents d'AP. En el cas concret de Catalunya, **els aspirants a les places de tutors han de justificar crèdits en tres perfils (clínic, docent i investigador).**

FORMACIÓ CONTINUADA

La formació continuada s'ha realitzat essencialment des de la perspectiva hospitalària.

Cada cop són més nombroses les activitats de formació continuada impulsades des de les societats científiques que impliquen als professionals d'AP. És imprescindible apropar objectius, mètodes i continguts formatius a les necessitats reals de l'AP.

Les activitats a prioritzar són les relacionades amb la solució de les principals necessitats de salut de la població, i per les quals es disposa de recursos. Cal potenciar les metodologies d'aprenentatge de caire pràctic.

El programa de formació continuada cal que inclogui una àmplia oferta d'activitats per poder satisfer les múltiples demandes i objectius docents.

El **desenvolupament professional continu** té en compte la formació continuada en la competència tècnica, i en els aspectes organitzatius del sistema pel qual es treballa.

AVALUACIÓ DELS PROGRAMES DOCENTS

Tot programa de docència s'ha d'anar perfeccionant amb un sistema de feedback a través de l'avaluació de tres aspectes:

- Repercussió del programa sobre l'estat de salut de la població (aspecte més difícil d'avaluar).
- Qualitat final dels tècnics formats (avaluació institucional en concursos públics i altres tipus de proves o exàmens).
- Qualitat de l'aprenentatge ofert pel sistema docent (avaluació formativa). (P-2005:34).

La clàssica divisió de les estratègies d'avaluació en sumatives i formatives ens permet una primera aproximació des de la perspectiva dels objectius de la pròpia avaluació. En l'avaluació sumativa els objectius estan dirigits a jutjar sobre la suficiència d'allò après en relació amb un estàndar mínim prèviament definit. En l'avaluació formativa els objectius estan dirigits a delimitar elements de millora docent que cal introduir en el currículum d'aprenentatge d'un o més discent a la vista de la seva progressió competencial, així com en l'organització i/o recursos del propi programa al considerar els resultats obtinguts després de l'aplicació de diversos mètodes de valoració.

La millora en la competència professional es pot avaluar amb els següents indicadors:

- Grau de compliment dels programes i protocols.
- Qualitat de la prescripció farmacèutica.
- Justificació de les sol·licituds de consultes o exploracions complementàries.
- Enquestes de satisfacció dels usuaris.
- Auditories sobre la qualitat del procés assistencial.
- Grau d'incorporació a les activitats diàries de l'equip, d'aquelles aconsellades en el programa formatiu.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES I RECERCA A L'APS. ASPECTES METODOLÒGICS I ÈTICS. UTILITZACIÓ DE LES FONTS D'INFORMACIÓ. L'ELABORACIÓ D'UN TREBALL CIENTÍFIC.

Hi ha poca activitat investigadora en molts problemes de salut habituals en APS.

Gran part dels coneixements sobre diagnòstic, tractament i control de problemes de salut freqüents en APS deriven d'altres sectors assistencials, i les conclusions no sempre són aplicables a APS.

És preferible fer investigació en APS que aplicar els resultats d'estudis fets en altres àmbits.

SITUACIÓ ACTUAL

La contribució de l'AP a la investigació biomèdica en el nostre país continua sent escassa, de manera que la producció científica procedent dels centres de salut va suposar menys del 0,4% del total en el període

1996-2004. Posteriorment s'ha incrementat el número d'estudis publicats, sobretot des de 1984, amb l'aparició de la revista **Atenció Primària**. Actualment aquesta revista rep entre 400-500 treballs anuals. És la segona del grup de revistes de medicina de família de l'Índex Medicus, amb el 14 % dels articles d'aquest grup, i és l'única en un idioma diferent a l'anglès. **La major part d'aquesta investigació és descriptiva i es fa de forma aïllada, en molts casos limitant-se a la simple replicació d'estudis, amb un número reduït de pacients procedents d'un únic centre de salut i amb un interès exclusivament local.**

ÀMBITS D'INVESTIGACIÓ

La investigació en APS ha d'enfocar-se des d'una perspectiva pragmàtica, tenint en compte l'aplicabilitat dels resultats a la pràctica diària.

Hi ha quatre tipus d'investigació en APS:

■ INVESTIGACIÓ Bàsica

Inclou aquells mètodes que tenen importància en els processos de mesura. Són exemples el desenvolupament de mètodes de mesura de l'estat de salut, l'estudi de la relació metge-pacient, de l'organització dels serveis, etc.

■ INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Centrada en els resultats de l'APS sobre la salut dels subjectes.

Diferents aspectes mereixen estudi:

➔ Incidència dels problemes de salut.

- ➔ Avaluar efectivitat dels fàrmacs.
- ➔ Avaluació de la prevenció, autocura.
- ➔ Anàlisi del procés de presa de decisions.
- ➔ Disseny de protocols, ...

■ INVESTIGACIÓ DELS SERVEIS DE SALUT

Centrada en l'estudi de les funcions pròpies de l'APS. Estudis, per ex., sobre:

- ➔ Longitudinalitat.
- ➔ Coordinació.
- ➔ Atenció de primer contacte, ...

■ INVESTIGACIÓ DELS SISTEMES SANITARIS

Inclou aspectes polítics, socials, econòmics que poden influir en el funcionament dels sistemes sanitaris.

Entre els mecanismes per estimular la investigació en AP destaquen: el suport a les unitats docents, i la difusió en mitjans públics i professionals dels resultats en l'àmbit d'AP.

Els estudis multicèntrics donen més possibilitats de fer investigacions clíniques i de serveis de salut, ja que inclouen diferents àmbits clínics i característiques estructurals.

CARACTERÍSTIQUES DE L'AP QUE LA CONVERTEIXEN EN UNA OPORTUNITAT PER LA INVESTIGACIÓ

Camp específic de coneixement.
Atenció als problemes de salut més prevalents.
Atenció a les malalties en estadis més precoços.
Atenció a la complexitat i comorbiditat.
Capacitat per realitzar estudis sobre hàbits i estils de vida i factors de risc per la salut.
Facilitat per realitzar seguiments a mig i llarg plaç.
Situació idònia per estudiar la història natural de les malalties i problemes de salut.
Consideració de l'individu en el seu context personal, familiar i comunitari.
Poblacions accessibles i ben definides.
Accés a registres i bases de dades poblacionals.
Avanços en la informatització i gestió de la informació.
Interès en àrees ignorades en altres entorns d'investigació.
Treball en condicions de gran incertesa.
Èmfasi en investigacions en entorns reals (orientació pragmàtica).

DIFICULTATS PER LA INVESTIGACIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Generals del sistema

- Escassos recursos econòmics i d'equipament.
- Escassos recursos humans i estructures de suport.
- Falta d'incentivació, reconeixement i promoció dels professionals investigadors.
- Escassa sensibilitat dels responsables polítics i administratius.
- Falta de coordinació entre centres.
- Heterogeneïtat i incompatibilitat dels sistemes de registre i informació.
- Desconeixement i desconfiança de la capacitat investigadora de l'AP per part d'altres nivells assistencials i equips directius.
- Escassos programes d'investigació a APS establerts.
- Falta de desenvolupament acadèmic.
- Normativa legal excessivament rígida i burocratitzada

Relacionats amb els professionals

- Falta de tradició, de motivació i de temps (per sobrecàrrega assistencial)
- Deficient formació en metodologia de la investigació.
- Falta d'equips d'investigació multidisciplinaris i consolidats.
- Absència de línies d'investigació a llarg plaç.
- Dispersió geogràfica dels professionals.

Relacionades amb els problemes de salut

- Indefinició dels problemes de salut i motius de consulta.
- Coexistència de diverses patologies i problemes. Influència dels factors socials i culturals.
- Llargs períodes de temps per avaluar impacte intervencions.
- Ampli ventall àrees interès.

PRINCIPIS GENERALS D'UNA INVESTIGACIÓ

QUÈ ÉS INVESTIGACIÓ?

Una investigació és un procés sistemàtic, organitzat i objectiu, dirigit a obtenir una resposta vàlida i fiable a una pregunta.

■ SISTEMÀTIC

Significa que aplica el mètode científic: a partir de la identificació d'un problema i la revisió dels coneixements existents, es formula una hipòtesi de treball, es recullen dades segons un disseny preestablert i, un cop analitzades i interpretades, s'obtenen conclusions la difusió de les quals modificarà els coneixements previs.

■ ORGANITZAT

Vol dir que tots els membres d'un equip investigador segueixen el mateix protocol d'estudi i apliquen els mateixos criteris a tots els participants, actuant idènticament davant de qualsevol dubte.

■ OBJECTIU

Implica que les conclusions es basen en fets que s'han observat, mesurat i analitzat, i que s'intenten evitar prejudicis en interpretar resultats.

Hi ha dos categories d'investigació:

■ **Descriptiva:** amplia els coneixements sobre la salut, la malaltia o el procés d'atenció sanitària. És útil per generar idees i hipòtesis.

■ **Analítica:** avalua les intervencions per fomentar la salut, prevenir la malaltia o millorar els processos d'atenció sanitària, determinant els seus efectes i contrastant les hipòtesis de treball.

TIPUS D'ERRORS

■ ERROR ALEATORI

És un error per l'**atzar**. Es deu a la variabilitat biològica del fenomen que s'estudia, a la inherent al procés de mesura (tant per l'instrument de mesura com per l'observador) i al fet que es treballa amb mostres d'individus, i no amb poblacions senceres.

Aquest error és **més probable com menor és el tamany de la mostra**, i està molt **relacionat amb el concepte de precisió** (una mesura és tant més precisa com menor és l'error aleatori).

■ ERROR SISTEMÀTIC

Un error sistemàtic o biaix és **un error en el disseny de l'estudi**, ja sigui en la selecció de subjectes (**biaix de selecció**) o en la mesura de les variables (**biaix d'informació**), que porta a una estimació incorrecta del paràmetre que s'estudia.

No disminueix en incrementar el tamany de la mostra.

No pot corregir-se en la fase d'anàlisi. Per evitar-lo cal prevenir-lo en dissenyar l'estudi.

Aquest error està **en relació amb el concepte de validesa**. L'estimació d'un paràmetre és vàlida si representa el veritable valor del fenomen que es vol mesurar.

■ BIAIX DE SELECCIÓ

Pot aparèixer quan: la mostra no representa adequadament la població a estudi, s'escull un grup de comparació inadequat, o els grups es diferencien en característiques rellevants.

Es pot produir també si els subjectes que acaben l'estudi difereixen dels que el van començar. **El biaix no depèn tant del número de pèrdues durant el seguiment, com dels motius pels quals s'han produït**, ja que si es relacionen amb el factor d'estudi, els subjectes que finalitzen no són representatius dels de l'inici. Un problema similar passa amb les no respostes de les enquestes transversals.

■ BIAIX D'INFORMACIÓ

Apareix quan les mesures de les variables són de mala qualitat o sistemàticament desiguals entre els grups de pacients. Això pot passar quan: s'usen proves poc sensibles i/o específiques per diagnosticar la malaltia o identificar l'exposició, s'apliquen criteris diagnòstics incorrectes o diferents en cada grup, o hi ha imprecisions en la recollida de dades.

Les variables han de mesurar-se amb l'instrument adequat, validat, i ben calibrat, i aplicar-lo de la mateixa manera en tots els participants.

GRUP CONTROL

En un assaig clínic el grup control permet saber quina és la resposta esperada si no hi ha intervenció, mentre que en un estudi de casos i controls permet estimar el percentatge esperat de subjectes exposats si no hi hagués associació amb la malaltia.

Cal que l'única diferència entre el grup control i el grup en estudi sigui l'exposició o tractament que rep.

Hi ha diferents efectes a controlar:

■ EFECTE HAWTHORNE

Resposta induïda pel coneixement dels participants d'estar sent estudiats.

Quan el grup de comparació és adient, l'efecte es produeix igual en tots els subjectes de l'estudi, i queda

neutralitzat en comparar resultats dels dos grups. En els estudis sense grup control no es pot discernir quina part de l'efecte es deu a la intervenció i quina part al fet de saber-se estudiat, per la qual cosa no resulten adequats per avaluar l'eficàcia d'una intervenció.

■ EFECTE PLACEBO

Resposta produïda en administrar un tractament, però que no és atribuïble a un efecte específic d'aquest.

Cal que el grup control d'un estudi d'eficàcia d'intervenció, rebí un tractament el més semblant possible al nou fàrmac, excepte en l'activitat farmacològica.

Quan hi ha un tractament actiu conegut per una malaltia, s'ha d'usar com a referència per comparar l'eficàcia dels nous tractaments.

■ REGRESSIÓ A LA MITJA

Tendència dels individus que tenen un valor extrem d'una variable a obtenir valors més propers a la mitja de la distribució, quan la mateixa variable es mesura per segon cop.

Encara que no hi hagi una intervenció efectiva és possible que en les mesures següents els valors siguin menys extrems.

Aquest fenomen no desapareix amb el grup de comparació, però es controla ja que passa en tots els grups igual.

■ EVOLUCIÓ NATURAL

Els esforços terapèutics poden coincidir amb la milloria observada, però no ser-ne la causa, ja que el curs habitual d'una malaltia pot anar cap a la seva resolució.

Per això **és important comparar resultats amb un grup control.**

■ FACTORS DE CONFUSIÓ

Cal que els grups siguin similars en relació a les característiques que poden influir sobre els resultats, perquè la comparació dels grups sigui vàlida.

El fenomen de confusió apareix quan l'associació entre un factor d'estudi i la variable de resposta pot ser total o parcialment explicada per una tercera variable (factor de confusió), o quan una associació real queda emmascarada per aquest factor. En el cas més extrem pot invertir la direcció de l'associació (*paradoxa de Simpson*).

Característiques:

➔ **Associats al factor d'estudi i a la variable de resposta:** Ex. El consum de tabac és més freqüent entre els que prenen cafè, i és un factor de risc de càncer de laringe. Si no es té en compte, s'obté una estimació errònia del risc de càncer de laringe associat al consum de cafè.

- La relació amb la variable de resposta no cal que sigui causal.
- No ha de ser un pas intermig en la cadena causal.

Per identificar les variables que poden ser potencials factors de confusió pot ajudar el coneixement teòric dels mecanismes causals de la resposta, i la revisió d'estudi

VALIDESA INTERNA I EXTERNA

- **Validesa interna:** grau en què els resultats d'un estudi són vàlids (lliures d'error) per la població que ha estat estudiada. Es veu afectada pels factors de confusió i els errors sistemàtics.
- **Validesa externa:** grau en què els resultats d'un estudi poden ser extrapolats a altres poblacions diferents de l'estudiada. La primera condició per generalitzar els resultats és que tinguin validesa interna.

Per fer una generalització es valora si hipòtesis similars estudiades en poblacions diferents donen els mateixos resultats.

ÈTICA I INVESTIGACIÓ

S'han elaborat documents de referència per la conducta ètica en investigació, com el Codi de Nuremberg de 1947, la declaració de Helsinki de 1964 revisada a Edimburg el 2000, o l'informe Belmont de 1979 o el Conveni d'Oviedo del Consell d'Europa que va entrar en vigor al nostre país al 2000.

Segons l'informe Belmont hi ha tres principis ètics bàsics:

- **Autonomia:** tractar els individus com sers autònoms, capaços de decidir per ells mateixos, protegint els que tenen aquesta capacitat disminuïda (per ignorància, immaduresa, incapacitat psíquica o qualsevol altra cosa). **El procediment formal per assegurar aquest principi en investigació és el consentiment informat.** (P-2010: 26)
- **Beneficència:** s'ha de tractar les persones protegint-les de danys i assegurant el seu benestar. No fer mal, maximitzar el benefici i minimitzar els possibles riscos i incomoditats. Hi ha autors que distingeixen el principi de **no maleficència:** no fer mal. Sotmetre a riscos els subjectes d'una investigació quan no té validesa científica es pot considerar maleficiant.
- **Justícia:** cal tractar tots els sers humans amb consideració i respecte, sense establir altres diferències entre ells que les que impliquin benefici per tots, i en especial dels menys afavorits.

(P-2002: 07) (P-2005: 67)

Els resultats d'una investigació han de difondre's perquè siguin útils, sovint publicant-los en una revista científica. Cal incloure tota la informació necessària, i fer revisió imparcial dels articles pels editors i assessors de revistes, i avaluació crítica pels lectors.

La interpretació dels resultats i les conclusions de l'estudi han de fer-se objectivament. En totes les fases del procés, els participants han de referir-se a les relacions que puguin crear conflictes d'interessos.

FASES D'UNA INVESTIGACIÓ

DEFINIR LA PREGUNTA AMB CLARETAT

■ IDENTIFICACIÓ I VALORACIÓ DEL PROBLEMA

Establir el marc teòric de la investigació i identificar els factors i variables que hauran de tenir-se en compte, amb la revisió bibliogràfica i la consulta amb experts.

Cal analitzar la pertinença de l'estudi, i la seva viabilitat o factibilitat. **Els estudis han de ser coherents amb les línies d'investigació, orientats a la resolució de problemes** freqüents o importants pels usuaris o professionals, i **dissenyats per aportar evidències aplicables a situacions en què han de prendre's decisions clíniques.**

ASPECTES A VALORAR EN LA JUSTIFICACIÓ D'UN PROJECTE D'INVESTIGACIÓ

Pertinença

- La pregunta plantejada no s'ha contestat, o s'ha fet de forma contradictòria, o cal adequar-la a la pròpia pràctica.
- Importància del problema (interès social, freqüència, gravetat).
- Beneficis que poden derivar-se.
- La pregunta i el disseny s'ajusten als principis ètics d'investigació.
- Els resultats esperables compensen els recursos usats.

Viabilitat

- Variables que sigui factible mesurar.
- Temps fins aparició de resultat.
- Oportunitat.
- Disponibilitat de subjectes.
- Col·laboració amb altres professionals, serveis o centres.
- Instal·lacions i equipaments.
- Finançament.
- Experiència de l'equip investigador.
- Consideracions ètiques.
- Interès de l'equip investigador.

(P-2002: 70)

■ OBJECTIU ESPECÍFIC

La definició precisa de l'objectiu és l'eix entorn al qual es construeix l'estructura de l'estudi.

La formulació de l'objectiu específic d'un estudi descriptiu ha d'incloure el fenomen que es vol descriure (ex. incidència), el problema de salut i la població d'estudi.

En un estudi analític cal identificar: el factor d'estudi (exposició o intervenció d'interès), el factor de comparació (exposició o intervenció de referència), la variable de resposta (amb què es pretén mesurar l'efecte o l'associació) i la població.

■ VARIABLE DE RESPOSTA

Ha de ser apropiada a la pregunta i reflectir el fenomen que realment es vol mesurar.

Ha de poder-se mesurar amb un mètode precís i reproduïble, aplicable de la mateixa manera a tots els subjectes.

De vegades s'usa una **variable intermèdia**: cal que estigui correlacionada amb la de resposta, que reflecteixi gran part o la totalitat de l'efecte i es pugui obtenir amb un cost inferior i menys temps (ex.: disminució de xifres de colesterol enlloc de disminució de morbiditat cardiovascular).

ELECCIÓ DEL DISSENY IDONI

El disseny idoni per avaluar l'eficàcia d'una intervenció és l'estudi clínic aleatori, ja que és el que aporta una evidència més ferma. Si la intervenció es fa sobre comunitats, parlem d'estudi comunitari. L'assignació als grups es fa aleatòriament.

Si no es pot manipular el factor d'estudi, s'usen els estudis observacionals:

→ **Estudis de cohorts:** se segueix a un grup de subjectes exposats al factor d'estudi fins determinar la freqüència d'aparició del desenllaç, que es compara amb l'observada en un grup de subjectes no exposats. **Útils per avaluar el pronòstic.** Hi ha un menor control dels factors de confusió i porten a evidències menys fermes que els clínics aleatoris. **Però quan no es pot fer un estudi experimental, són el millor disseny disponible.**

→ **Estudis de casos i controls:** els subjectes són seleccionats segons la presència o absència de la resposta, i es compara l'exposició prèvia al factor d'estudi en cada grup. Més susceptibles de biaixos. **Són útils per avaluar hipòtesis etiològiques en malalties poc freqüents o amb llargs períodes de latència.**

SELECCIONAR LA POBLACIÓ D'ESTUDI ADEQUADA

- **Població diana:** a la que es refereix l'objectiu de l'estudi, i per tant, a la que es desitjaria generalitzar els resultats.
- **Població d'estudi:** definida pels criteris de selecció del protocol, i que és accessible pels investigadors.
- **Mostra:** subjectes realment estudiats.

■ CRITERIS DE SELECCIÓ

Han de ser realistes per incloure el número de subjectes desitjat en el temps previst, i respectant les consideracions ètiques.

Hi ha dues actituds:

- **Actitud explicativa:** Criteris molt estrictes. Defineixen una població homogènia, amb poca variabilitat, potencialment bona complidora. **És més fàcil obtenir dades de qualitat, i hi ha major probabilitat de trobar un efecte o associació si existeix.** L'inconvenient és que no es trobin el número de subjectes suficient que compleixin tots els criteris. **Es dificulta la generalització dels resultats.**
- **Actitud pragmàtica:** Criteris de selecció amplis. **Població més representativa de la població diana,** però més heterogènia. Es perd control, dificulta la interpretació dels resultats, i es pot emascarar un efecte o associació existent.

■ PROCEDÈNCIA DELS SUBJECTES

Cal descriure el mètode usat per la inclusió de subjectes.

Si s'inclou un número reduït de subjectes, cal fer un mostreig estratificat per assegurar la representativitat.

Comparabilitat dels grups en estudi.

En els estudis clínics aleatoris, **l'assignació aleatòria tendeix a assegurar la comparabilitat dels grups i a prevenir els fenòmens de confusió.** Aquest fet ha de ser avaluat, ja que l'atzar pot haver produït una distribució desequilibrada.

(P-2000:02)

En els estudis observacionals no es pot decidir a quin grup seran assignats els subjectes, i això pot dur a limitacions en la comparabilitat. Poden haver factors de confusió ja que els grups es diferencien en múltiples variables.

Hi ha dues tècniques per prevenir el fenomen de confusió en els estudis observacionals:

- **Restricció:** definir criteris de selecció molt estrictes que disminueixen la variabilitat del possible factor de confusió. L'inconvenient és que disminueix la capacitat de generalització.
- **Aparellament:** seleccionar per cadascun dels casos, un o diversos controls similars en les característiques que podrien ser factors de confusió.

CALCULAR EL NÚMERO DE SUBJECTES NECESSARIS

El tamany insuficient fa que un estudi no tingui prou garanties (falta de potència estadística) de detectar l'efecte d'interès.

El tamany de la mostra és un aspecte clau de la interpretació dels estudis amb resultats negatius.

Cal tenir en compte el percentatge esperat de pèrdues o no respostes per incloure un número suficient d'individus.

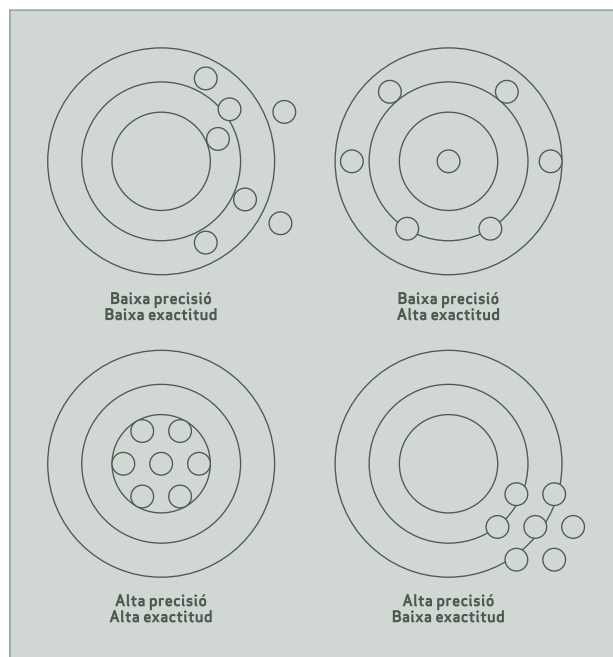
MESURAR LES VARIABLES AMB PRECISIÓ I EXACTITUD

■ PRECISIÓ

És el grau en què una mesura proporciona resultats similars quan es duu a terme en més d'una ocasió en condicions similars. Sinònim de **fiabilitat**.

Depèn de la variació biològica individual del fenomen que es mesura, i de la tècnica i el procés de mesura. En l'avaluació de la precisió cal tenir en compte:

- **Repetibilitat** (*fiabilitat test-retest*).
- **Concordància intraobservador**.
- **Concordància interobservador**.



■ EXACTITUD

És un concepte lligat al d'error sistemàtic, i expressa el grau en què una mesura calibra realment allò pel que està destinada. Sinònim de **validesa**.

Poden haver errors atribuïbles a l'individu, a l'observador, i a l'instrument.

ESTRATÈGIES PER L'INCREMENT DE LA PRECISIÓ I L'EXACTITUD

- Seleccionar les mesures més objectives possibles.
- Estandarditzar la definició de les variables.
- Formar i entrenar els observadors.
- Usar la millor tècnica possible.
- Usar instruments automàtics.
- Obtindre diverses mesures d'una variable per millorar la precisió.
- Usar tècniques d'emascament ..
- Calibrar els instruments.

■ FONTS D'INFORMACIÓ

- **Observació directa**
- **Entrevistes i qüestionaris**
- **Registre pel propi pacient:** els subjectes han d'estar motivats. Registren les dades de forma prospectiva.
- **Informador indirecte**
- **Registres previs:** contenen dades obtingudes per un altre propòsit que no és el de l'estudi (*dades secundàries*). Són fonts ràpides i econòmiques, però amb dades més heterogènies. Les dades secundàries poden ser individuals o agregades.

■ QÜESTIONARIS

La finalitat és aconseguir una informació homogènia.

Qüestionaris per entrevista personal:

- Major número de respostes.
- Major control sobre les preguntes i les respostes, poden ser clarificades.
- Cost elevat.
- Biaixos per l'entrevistador.

Qüestionaris autoadministrats:

- Cost menor.
- Eliminen biaix de l'entrevistador.
- Preguntes senzilles i sovint tancades.
- Elevat percentatge de no respostes.
- Cal un mínim nivell cultural.

L'enquesta telefònica comparteix avantatges amb les entrevistes personals, amb un cost menor. El percentatge de respostes sol ser superior al dels qüestionaris autoadministrats

És **preferible usar instruments validats** prèviament, i que s'hagin usat en altres estudis (permet comparabilitat).

Cal evitar: preguntes ambigües, termes massa tècnics, preguntes referides a més d'un concepte, preguntes formulades de forma negativa. En les preguntes tancades cal tenir en compte totes les alternatives de resposta.

La seqüència de preguntes ha de ser lògica. Una prova pilot ajuda a identificar problemes. (*Veure taula final capítol*).

(P-1999: 105)

PLANEJAR ESTRATÈGIA D'ANÀLISI

La planificació de l'estratègia d'anàlisi forma part del disseny de l'estudi. Cal tenir molt present l'objectiu de l'estudi.

PASSOS EN L'ESTRATÈGIA D'ANÀLISI

Estudi descriptiu

- Revisar les dades abans de l'anàlisi.
- Descriure els subjectes estudiats.
- Avaluar representativitat de la mostra.
- Estimar el paràmetre d'interès.
- Calcular l'interval de confiança del paràmetre.
- Descriure les no respostes i avaluar el seu impacte potencial.
- Anàlisi de subgrups.

Estudi analític

- Revisar les dades abans de l'anàlisi.
- Descriure els subjectes estudiats.
- Avaluar comparabilitat inicial dels grups.
- Estimar existència i magnitud de l'efecte o associació.
- Avaluar la modificació de l'efecte.
- Ajustar per potencials factors de confusió.
- Anàlisi de subgrups.
- Respondre preguntes secundàries.

En la fase d'anàlisi es poden controlar els factors de confusió amb un anàlisi estratificat o una tècnica multivariant.

■ SUBJECTES A INCLOURE EN L'ANÀLISI

L'exclusió de subjectes implica dos problemes:

- Disminueix potència estadística per detectar una diferència. Pot evitar-se si en el disseny s'han tingut en compte les no respostes i pèrdues.

- Si els motius pels que s'exclouen estan en relació als factors d'estudi, pot haver un biaix.

En els assajos clínics aleatoris s'utilitza l'**anàlisi segons intenció de tractar** amb el qual s'analitzen tots els pacients com pertanyents al grup inicialment assignat, independentment del tractament que hagin rebut.

ORGANITZAR L'ESTUDI

■ QUADERN DE RECOLLIDA DE DADES

Suport documental dissenyat per recollir les dades de l'estudi, de forma que tota la informació rellevant de cadascun dels subjectes estigui disponible i registrada. Cal discutir el disseny del document amb tots els que hagin d'utilitzar-lo. Cal tenir en compte la confidencialitat de la informació.

■ FORMACIÓ DEL PERSONAL

Les conclusions d'un estudi ben dissenyat poden ser poc vàlides per errors en les dades recollides.

Cal seleccionar un número reduït de persones i entrenar-les.

■ PROVA PILOT

Les seves utilitats són:

- Avaluar les tècniques de mesura.
- Capacitat d'incloure els subjectes necessaris en el temps previst.
- Acceptabilitat de preguntes o exploracions.
- Precisió i exactitud dels instruments.
- Homogeneïtat dels criteris.
- Deficiències dels sistemes de recollida i processament de dades.

EXECUTAR L'ESTUDI AMB MINUCIOSITAT

Elaborar informes amb periodicitat del desenvolupament de l'estudi, sobretot en estudis multicèntrics.

Mecanismes de motivació dels investigadors per no disminuir el ritme d'inclusió de pacients.

INTERPRETAR ELS RESULTATS AMB PRECAUCIÓ

Un estudi pot tenir dues conclusions: **resultat positiu** si s'ha observat una diferència, associació o efecte entre els grups comparats, o **resultat negatiu** si no s'ha observat.

Si hi ha un resultat positiu, cal descartar que sigui un biaix o error aleatori.

Per valorar la utilitat clínica d'un resultat positiu, cal tenir en compte la magnitud de la diferència i no només la seva significació estadística, ja que aquesta depèn

també del tamany de la mostra (una petita diferència pot ser estadísticament significativa si s'analitza un número prou elevat de subjectes).

Si el resultat és negatiu cal descartar també un biaix o error aleatori que pugui emascarar un efecte. **Una diferència estadísticament no significativa no implica que no existeixi en la realitat, ja que pot ser que hi hagi una baixa potència estadística** (que no s'hagi estudiat un número suficient de subjectes).

La valoració de la validesa interna cal fer-la amb honestat.

Per valorar la validesa externa cal saber les diferències entre la població estudiada i a la que es desitjaria aplicar els resultats.

COMUNICAR ELS RESULTATS AMB RIGOR

Cal presentar els resultats d'una investigació a la comunitat científica perquè aquesta sigui útil. Es recomana seguir les instruccions per autors de la revista, que solen ser les normes aprovades pel Comitè Internacional d'Editors de Revistes Mèdiques (**normes de Vancouver**).

L'estructura d'un article original sol tenir el format IMRD (introducció, material i mètodes, resultats i discussió).

AVANTATGES I INCONVENIENTS DE LES PREGUNTES OBERTES I TANCDES EN L'ELABORACIÓ D'UN QÜESTIONARI

	PREGUNTES TANCDES	PREGUNTES OBERTES
Avantatges	Obliguen a reflexionar sobre detalls	Útils per informacions complexes
	Uniformitat de respostes	Permeten observacions i comentaris
	Facilitat de codificació	No s'indueixen respostes
Inconvenients	No són útils per informacions complexes	Requereixen major temps i esforç
	Poden no recollir informacions importants	Dificultats de codificació
	Poden induir respostes	No són útils quan es pregunta sobre fets o actituds mal vistos socialment



PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES I EL PROCÉS DE SEGUIMENT DELS MALALTS. ELS PROBLEMES DEL COMPLIMENT

01

AVALUACIÓ DEL COMPLIMENT

És essencial saber el grau de compliment per prendre decisions sobre el seguiment del pacient i valorar el resultat dels assajos clínics.

No hi ha cap tècnica que permeti identificar, de manera senzilla, els pacients complidors.

Patrons d'incompliment:

- ➔ **Parcial:** incompliment esporàdic, per omisió de dosi o retard en l'horari.
- ➔ **Vacances farmacològiques:** incompliment diversos dies seguits.
- ➔ **Complidors de bata blanca:** mal complidors habituals, excepte en els dies previs a la visita.

MÈTODES INDIRECTES

Hi ha **marcadors fisiològics** per alguns fàrmacs que informen del grau de compliment (ex.: bradicàrdia i tractament amb betabloquejants).

L'entrevista clínica estructurada és molt específica quan s'admet l'incompliment, però tendeix a sobreestimar el compliment (detecta un 25-50 % dels incomplidors).

Mètodes basats en l'entrevista clínica:

- ➔ **Compliment autocomunicat** (test de Haynes-Sackett): "la majoria dels pacients tenen dificultat en prendre els comprimits: té vostè dificultat en prendre els seus?"
- ➔ **Test de Batalla** (grau de coneixements sobre la malaltia):
 - ➔➔ a). És la HTA una malaltia per tota la vida?
 - ➔➔ b). Es pot controlar la HTA amb dieta i/o fàrmacs?
 - ➔➔ c). Citi dos o més òrgans que es puguin lesionar per HTA.
- ➔ **Test de Morisky-Green:**
 - ➔➔ 1). Us oblideu alguna vegada de prendre els fàrmacs per HTA?
 - ➔➔ 2). Preneu els fàrmacs a les hores indicades?
 - ➔➔ 3). Quan us trobeu millor deixeu de prendre el tractament?
 - ➔➔ 4). Si alguna vegada us senten malament els fàrmacs deixeu de prendre'ls?

Es considera mal complidor qui respon incorrectament alguna de les preguntes.

(P-2002: 14) (P-2007: 48)

El **recompte de comprimits** tendeix a sobreestimar el compliment quan el pacient sap que serà controlat, o si altres membres de la família prenen també el fàrmac. **Aquest es considera el mètode estàndard per la mesura del compliment.** És d'elecció en la investigació en general.

Es pot fer el recompte estimat a partir de les receptes que demana el pacient.

Hi ha un mètode de **monitorització electrònica** del compliment, consisteix a posar un microprocessador al tap del pot de comprimits que registra cada moment en què aquest s'obre (no indica ingesta, sinó obertura).

(P-1997: 13)

MÈTODES DIRECTES

Detecció del fàrmac o d'algun marcador afegit al fàrmac en algun líquid o teixit corporal.

És útil per alguns medicaments de vida llarga (digoxina, fenobarbital).

02

PER QUÈ ELS PACIENTS NO SEGUEIXEN LES RECOMANACIONS?

Menys del 50 % dels pacients amb patologies cròniques segueixen les recomanacions mèdiques, independentment de la seva malaltia, tipus de tractament o edat.

L'adherència és baixa inclús en malalties d'alt risc mortal.

Factors que incideixen sobre el compliment:

- ➔ Factors psicològics (ansietat).
- ➔ Motivacions per recuperar la salut.
- ➔ Actitud davant la malaltia, el fàrmac i el metge.
- ➔ Pressions socials i familiars.

Té rellevància important la relació metge-pacient i la comunicació entre ells.

També s'associen a l'incompliment:

- ➔ Complexitat de la pauta terapèutica.
- ➔ Cost.
- ➔ Por a efectes adversos.

(P-2005: 04)

ESTRATÈGIES PER MILLORAR EL COMPLIMENT

MESURES PER MILLORAR EL COMPLIMENT

- Educar sobre la malaltia i el tractament.
- Simplificar les pautes terapèutiques.
- Ús de fàrmacs d'alliberació retardada.
- Informar dels efectes adversos més freqüents sobre els que hi haurà tolerància.
- En ancians, implicar als cuidadors.
- Utilitzar calendaris o diaris.
- Ajudes com instruments per administrar inhaladors.

Els estudis d'intervenció per millorar el compliment han demostrat que les **mesures més efectives són fórmules mixtes** com l'educació sanitària en sessions grupals, junt a enviaments postals i mesures a les consultes programades.

ESTRATÈGIES D'INTERVENCIÓ PER MILLORAR EL COMPLIMENT SOBRE L'HIPERTENS

- Educació sanitària individual, regularment.
- Sessions de grup d'hipertensos.
- Document escrit on consti: la malaltia que pateixen, el nom del tractament, la pauta, si ha de prendre-ho amb els menjars, efectes adversos més freqüents, interaccions i el caràcter indefinit del tractament.
- Pauta senzilla, millor en monodosis.
- Targeta de control de l'hipertens on consti: objectius terapèutics, control diari o setmanal del compliment.
- Associar presa de l'hipotensor amb una activitat diària.
- Implicar l'hipertens en l'automesura de la PA.
- Rellotges que recordin l'hora de la presa.
- En els incomplidors no autodeclarats: trucades telefòniques, monitorització electrònica.

TÈCNiques DE MOTIVACIÓ PER MILLORAR EL COMPLIMENT

Motivació extrínseca

- "L'únic esforç que li demano és que segueixi les instruccions que li dic".
- Trucades telefòniques periòdiques de reforç.
- Visites de seguiment.
- Familiar com a supervisor.
- Envasos monodosi o donar els comprimits cada dia.

Motivació intrínseca

- Canviar creences.
- Millorar l'autoestima.
- Incrementar la sensació d'autocontrol.
- Incrementar la sensació d'eficàcia i èxit.
- Reforç positiu de petis avanços.
- Recolzar la bona predisposició per millorar la qualitat de vida, encara que estigui fracassant en seguir les instruccions.
- Posar en dubte la voluntat del pacient per aconseguir una reacció basada en el seu amor propi.

En la motivació extrínseca s'usen tècniques destinades a que sigui l'entorn del pacient el que vetlli per una correcta administració del tractament.

En la motivació intrínseca s'utilitzen tècniques per incrementar l'autonomia del pacient, el seu autocontrol i responsabilitat sobre el tractament.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I EDUCACIÓ SANITÀRIA

01 INTRODUCCIÓ

L'OMS va definir el terme **educació per la salut** al 1983 com qualsevol combinació d'activitats d'informació i educació que condueixi a una situació en què les persones desitgin estar sanes, sàpiguen com aconseguir la salut, facin el que puguin individual i col·lectivament per mantenir-la i busquin ajuda quan la necessitin.

La declaració d'Alma-Ata (1978) proposa tres objectius:

- ➔ Oferta d'assistència sanitària accessible i acceptable per tota la població.
- ➔ Reducció de les condicions no saludables.
- ➔ Promoció de les condicions de vida que portin a un estat de salut.

02 MODELS DE L'EDUCACIÓ PER LA SALUT

MODEL INFORMATIU

Informatiu, prescriptiu, autoritari. Fonamentat en el model biomèdic i en l'educació tradicional. Relació professional-usuari asimètrica. No considera els factors socioculturals i ambientals.

MODEL PERSUASSIU-MOTIVACIONAL

Dona importància a conèixer els aspectes socioculturals de la comunitat per usar-los com instruments. Basat en la necessitat de modificar comportaments individuals amb missatges persuasius, sense coacció.

MODEL RADICAL

Participatiu i crític amb les estructures socioeconòmiques i polítiques. Assenyala la necessitat d'una participació comunitària per desenvolupar una consciència social, capaç d'investigar totes les forces sociopolítiques i econòmiques que configuren el medi ambient i influeixen en el procés de salut-malaltia.

MODEL ORIENTAT A LA CAPACITACIÓ

Participatiu, bidireccional formatiu. El seu objectiu és la capacitat i potenciació del medi pel seu desenvolupament personal i d'autosuficiència en relació a la salut. El paper de l'educador és d'ajuda i assessorament.

03 PRINCIPIS PEDAGÒGICS GENERALS

PERSONA A LA QUE S'EDUCA

Integritat: cal considerar la persona amb múltiples aspectes que s'interrelacionen.

Individualitat: l'educació serà més efectiva com més s'ajusti al pacient.

Socialitat: compartir experiències pot modificar la motivació individual i millorar l'aprenentatge.

Autonomia. (P-2007:58)

ACCIÓ EDUCATIVA

Intervenció coadjuvant: intenció d'ajudar influint el pacient, sense imposar.

Lliure adhesió de l'educant: aconseguir que el pacient decideixi lliurement el que vol fer quan sigui capaç.

Cooperació: el pacient té un paper actiu per establir objectius.

ACCIÓ DOCENT

Coherència: l'acció docent respon a objectius previstos.

Flexibilitat: els continguts han d'adaptar-se a l'educador i el pacient.

Estil personal: tenir en compte la manera de ser de cadascú.

ALTRES ELEMENTS

Rellevància del tema: l'aprenentatge serà major si el tema és d'interès.

Estructura del contingut: seqüència racional.

Participació activa: cal partir de les pròpies experiències.

Observació: l'educador avalua si els objectius de l'educació s'aconsegueixen.

En la metodologia de l'educació per la salut per aconseguir els objectius d'empoderament, alfabetització i contribuir a l'objectiu de promoure la salut, les intervencions educatives més eficaces són les basades en el desenvolupament personal i social i entrenament per les habilitats de la vida. Per empoderament s'entén facilitar que els pacients exerceixin el seu poder per decidir. L'alfabetització en salut representa les capacitats cognitives i socials que determinen la motivació i habilitat per accedir, entendre i usar la informació per promoure i mantenir bona salut.

04

ELEMENTS ESSENCIALS DE LA COMUNICACIÓ

La comunicació simple només aporta coneixements, la modificació de comportaments necessita la comunicació persuasiva que aporta elements de motivació pel canvi.

Un bon aprenentatge requereix que el temps que usen l'alumne i el docent per expressar-se siguin gairebé iguals.

Els silencis de l'educador i l'escolta activa són una eina potent de comunicació.

Més del 50 % de la comunicació és no verbal. De vegades, continguts molt adients no comuniquen el que pretenen perquè el llenguatge no verbal no els acompanya.

La motivació ha de basar-se en elements positius (benestar i salut de la família) ja que el recurs d'atemorir pot ser contraproduent.

Les motivacions immediates són útils per mantenir l'interès. Les motivacions profundes es relacionen amb els valors de l'individu i són les úniques que poden facilitar un canvi de conducta.

05

MÈTODES I MITJANS

MÈTODES BIDIRECCIONALS

Hi ha intercanvi actiu. Els més recomanables.

■ DIÀLEG

El mètode més adient per l'educació sanitària individual.

■ DISCUSSIÓ DE GRUP

És una de les activitats pel canvi d'actitud.

Tècniques de grup:

→ **Pluja d'idees** (*brainstorming*): cada membre del grup aporta de forma ràpida les seves idees.

→ **Mètode del cas/incident**: es presenta un problema i el grup busca solucions i pren una decisió consensuada.

→ **Role playing**.

■ ALTRES

→ Classe, tallers, ...

MÈTODES UNIDIRECCIONALS

Els mitjans de comunicació de masses tenen una major cobertura, però l'eficàcia és menor que la dels mètodes bidireccionals.

Les cartes i circulars són els mètodes unidireccionals de major eficàcia, però tenen un alt cost.

(P-2002: 23)

06

METODOLOGIA DE LA PROGRAMACIÓ

■ ANÀLISI DE LA SITUACIÓ

Per elaborar una hipòtesi d'on som, i què s'haurà de canviar amb la intervenció.

■ OBJECTIUS EDUCATIUS

Educar implica crear un entorn adient per la comunicació útil i efectiva, un espai que permeti el desenvolupament dels individus.

Finalitats educatives:

- ➔ **Coneixements:** objectius centrats en el saber.
- ➔ **Habilitats:** objectius centrats en el saber fer.
- ➔ **Conductes:** objectius centrats en el saber ser. Afavorir l'autonomia i autogestió de la malaltia.

■ METODOLOGIA DE L'AVALUACIÓ

Pretén verificar els objectius aconseguits.

- ➔ **Avaluació sumativa:** d'un objectiu sabut i esperat. Mètodes quantitius.
- ➔ **Avaluació formativa:** pretén comprendre els fenòmens i buscar significat als comportaments. Calen mètodes qualitius.

TIPUS D'INTERVENCIÓ EDUCATIVA:

- ➔ **Consell i assessorament:** intervenció breu aprofitant una oportunitat d'atenció individual. Ex: consell antitabac
- ➔ **Educació individual:** sèrie organitzada de consultes educatives programades que es pacten entre el professional i l'usuari. Ex: diabetis.
- ➔ **Educació grupal:** intervencions programades dirigides a un grup homogeni de pacients o a ol·lectius de la comunitat amb la finalitat de millorar la seva competència en aspectes de salut. Ex: taller sobre maternitat
- ➔ **Promoció de la salut:** aborda les capacitats de les persones i també l'entorn social que les envolta i influeix en el tema de la salut que es tracti. Ex: treball amb associacions d'immigrants del barri per ajudar-los a conèixer i usar els serveis sanitaris.

La **metodologia** que té una major eficàcia en la intervenció per la salut està basada en la pedagogia activa, amb l'aprenentatge significatiu, que busca contribuir a incrementar l'empoderament de la població.

07

RANGS D'INTERVENCIÓ EDUCATIVA

L'impacte d'un missatge educatiu serà més eficaç si es fa en el moment oportú, quan el pacient ho necessiti, i integrat en altres mesures terapèutiques.

■ CITA PRÈVIA

El missatge educatiu ha de ser clar i relacionat amb el motiu de consulta.

Cal seleccionar només un o dos missatges.

■ CONSULTA PROGRAMADA

Cal establir un ordre de prioritats i, poc a poc, consolidar coneixements i modificar hàbits.

En les malalties cròniques més prevalents, el programa educatiu ha d'incloure's en el protocol de tractament, i registrar les intervencions, fetes ordenadament, a la història clínica.

■ CONSULTA D'INFERMERIA

L'aspecte més propi d'infermeria és l'educació sanitària.

Destacar la importància de l'educació relacionada amb els hàbits dietètics, prevenció d'obesitat, i control d'hipertensió arterial, diabetis mellitus i dislipèmies.

■ ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Les visites periòdiques a pacients enllitats o que no es poden desplaçar necessiten un procés educatiu gradual i progressiu, sobretot dirigit al familiar/s que cuida el malalt.

■ SITUACIONS ESPECIALS

➔ **Ancians:** en la comunicació cal tenir en compte la pèrdua de memòria i la hipoacúsia. **Cal que els missatges siguin curts i clars, en veu alta i mirant el pacient als ulls** per comprovar si ho entén. Donar suport escrit. Cal enfocar els següents temes: alimentació, compliment i automedicació, prevenció de caigudes i accidents, manteniment de les AVD, i promoció de les aficions personals.

➔ **Analfabets:** la capacitat de comprensió i aprenentatge pot ser bona.

➔ **Adolescents:** aclarir que l'entrevista mèdica, excepte extrema gravetat, és confidencial. Cal que l'educació sanitària inclogui els següents temes: consum d'alcohol i drogues, tabac, conductes sexuals de risc, trastorns psíquics i risc d'accidents.

➔ **Pacients amb pluripatologia:** avaluar les medicacions per evitar efectes secundaris.

(P-1997: 24) (P-2005: 02) (P-2005: 32) (P-2010: 20).

EDUCACIÓ SANITÀRIA GRUPAL

El treball en grup és una de les activitats fonamentals pel canvi de comportament. Es fomenta l'autocura del pacient, afavorint un canvi actiu.

Un canvi d'hàbits comporta molta dificultat, així que sovint els usuaris no ho tenen en compte com la part principal del tractament.

El grup ha de respondre a un problema de prevalença en el centre que l'organitza.

■ CONFIGURACIÓ D'UN GRUP

El tema ha de ser d'interès, sobretot pels pacients.

→ **Objectius:** superar l'aïllament, preparar-se per una situació de canvi, buscar alternatives a problemes, promoure l'aprenentatge i l'autonomia.

→ **Els sistemes d'avaluació d'un grup són:** estructura i organització, dinàmica de grup (objectius de procés) i resultats.

→ **Les qualitats d'un bon conductor són:** clarificació, estimulació, control i manteniment d'un clima favorable. Ha d'evitar sentir-se l'únic responsable de l'èxit o fracàs del grup, voler tenir resposta per tot i buscar aliats en el grup.

→ **Han de participar almenys dos professionals:** l'educador i l'observador.

(P-2002: 24)

■ TIPUS DE GRUPS EN AP

→ **Grup informatiu:** d'unes 15 persones. Entre 1 i 4 sessions. El professional té una informació per transmetre.

→ **Grup educatiu:** per pacients que ja tenen una informació bàsica però no modifiquen els seus hàbits. D'unes 10-12 persones. El professional té una informació tècnica però les dificultats les aporten els participants.

→ **Grup de socialització:** l'objectiu és la interrelació dels seus membres. D'unes 8 a 10 persones. Dura uns 3 mesos. Cal coordinació amb els centres socials. El professional ha de potenciar la relació, i aclarir dubtes.

→ **Grup de contenció:** dura d'uns 3 a 6 mesos. Entre 8 i 10 pacients. Coordinació amb els serveis de salut mental. El professional promou la circulació de les emocions, i ajuda a tractar els sentiments tant positius com negatius. Cal una major formació d'aquests professionals.

■ TIPOLOGIES D'EDUCACIÓ PER LA SALUT GRUPAL

→ **Estils de vida:** canvis de comportament en salut tenint en compte les condicions de vida que els condicionen. Ex: tabac.

→ **Etapes vulnerables:** processos de canvi i remodelació personal en les etapes de la vida que suposen crisis psicosocials. Ex: maternitat.

→ **Patologies cròniques:** treballar l'autocura i control de la malaltia, ús racional de recursos, acceptació del rol de malalt. Ex: diabetis.

→ **Desenvolupament comunitari en salut:** enfortir la consciència social i afavorir la capacitat sobre el procés salut/malaltia, sistemes d'atenció a la salut i la participació en salut. Ex: pacient expert.

INVESTIGACIÓ

Els temes amb major experiència educativa són els següents:

→ Patologies cròniques.

→ Prevenció i promoció de la salut en grups específics de població (VIH, malalties de transmissió sexual en l'adolescència).

→ Salut maternoinfantil.

La investigació en educació sanitària té una falta de criteris comuns i una gran dispersió de temes, així que els treballs són difícilment comparables.

Hi ha pocs estudis on es mostra l'evidència de la utilitat i cost-efectivitat de les intervencions de salut pública, en part per les dificultats metodològiques existents, que progressivament es van intentant resoldre amb aportacions metodològiques riguroses del National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) o estudis efectuats basant-se en experts de la Unió Internacional de Promoció de la Salut i Educació per la Salut.

Malgrat tot, van apareixent evidències consistents sobre l'eficàcia, efectivitat i cost-benefici de diverses intervencions en Promoció de la Salut. Ex: el panel d'experts del Fons Mundial d'Investigació Oncològica indica que una pauta de cinc racions de fruita i verdura redueix les taxes de càncer en un 20%.

La realitat és que l'assignació de recursos econòmics per la prevenció i la promoció de la salut en els sistemes sanitaris públics del nostre entorn és molt baixa (menys del 5% de la despesa sanitària pública) en comparació al dedicat a l'assistència de la malaltia i ridícula en comparació amb el pes que tenen els determinants socials i els estils de vida sobre el procés de salut-malaltia.

→ **Etapa 0:** Justificació. S'escull un tema per la seva magnitud, vulnerabilitat, transcendència i cost-benefici.

→ **Etapa 1:** Anàlisi situació. Fer un diagnòstic inicial que serveixi de base a la programació educativa. Identificar i prioritzar àrees de necessitats educatives. L'anàlisi de la situació es va reelaborant contínuament, per la qual cosa la programació ha de ser flexible.

→ **Etapa 2:** Objectius educatius. Definir continguts de l'àrea cognitiva, de l'àrea emocional i de l'àrea procedimental o de les habilitats.

→ **Etapa 3:** Continguts. Aportats per l'educador i el grup o persona participant. Han de respondre a les necessitats, problemes, interessos i motivacions prioritzats al llarg de les sessions educatives.

→ **Etapa 4:** Activitats educatives. Cal seleccionar la tècnica educativa. Depenent de la tècnica es fa treball individual, en parelles, en grups petits i grans.

Etapa 5. Avaluació. Obtenir informació per adequar el procés d'ensenyament al progrés real de l'aprenentatge. L'avaluació la fan els educadors i els participants, i en alguns casos observadors externs. S'avalua el procés i el resultat.

L'avaluació del procés es centra en les persones implicades en el desenvolupament del programa i en el compliment de les activitats, tant les pròpiament educatives com les de suport.

L'avaluació dels resultats es fa sobre les persones, sobre el grup al que anava dirigit i sobre els factors ambientals. Es pot fer a curt, mig i llarg plaç.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I ENTREVISTA CLÍNICA EN L'APS. LA COMUNICACIÓ METGE/MALALT

01

RELACIÓ ASSISTENCIAL I MODEL BIOPSIICOSOCIAL

RELACIÓ ASSISTENCIAL: VALORS D'ANÀLISI

■ TEMPORALITAT DE LA RELACIÓ ASSISTENCIAL

Moment **diacrònic** de la relació: memòria històrica de la relació. Qualsevol intervenció professional reforça la confiança en un sentit o altre, i crea una opinió.

Moment **sincrònic** de la relació: hi ha un problema que ha de resoldre's, i la relació gira entorn el problema i la relació interpersonal.

■ MODEL EMOTIU-RELACIONAL DE L'ACTE CLÍNIC

El metge es pregunta "què s'espera de mi?" i fa un **enquadrament**. Examina les hipòtesis precoces que se li acudeixen (**verificació**). Les conductes exploratòries són totes les preguntes o maniobres d'exploració física que corroboren o desmenteixen una hipòtesi.

Si obté evidències a favor de les hipòtesis (**condicions de suficiència**) tanca l'entrevista (**resolució**). En cas contrari, busca un altre enquadrament (**reenquadrament tipus 1 o 2**: el tipus 1 es fa en la fase exploratòria quan el professional canvia la seva orientació diagnòstica inicial, i el tipus 2 en la fase resolutiva quan el professional es planteja que cal canviar els objectius o orientació diagnòstica plantejats inicialment). **El reenquadrament tipus 2 suposa una reassignació de temps.**

■ SATISFACCIÓ I EXPECTATIVES

La **demanda** és la petició d'alguna cosa que es pot oferir al pacient, i la **queixa** es refereix a afectacions cròniques d'impossible resolució.

Sobre la demanda hi ha una expectativa de resultat (inflüida per creences i experiències personals i comunitàries).

Els pacients tenen gran variabilitat en la preparació de la narració. Hi ha dos patrons bàsics:

Narració elaborada en la que el pacient té clar els productes finals que desitja obtenir de l'entrevista, distingeix entre queixes i demandes, i sap quines peticions farà o en quines condicions no les farà.

Narració parcialment elaborada: és la més comú. El pacient no delimita aspectes importants dels seus símptomes, confon queixa amb demanda i ignora els productes finals que desitja obtenir de la visita. Ex: se'n pot anar sense demanar un anàlisi que volia i adonar-se temps després que era el que més desitjava de l'entrevista.

Com més gran sigui el grau d'ansietat amb què el pacient acut a la consulta, més agrairà un tracte confidencial, assertiu, càlid i empàtic.

Hi ha factors aliens a l'acte clínic que influeixen en la satisfacció: estereotip del professional de la Seguretat Social, edat i nivell socioeconòmic del pacient, i característiques de l'entorn professional.

Els pacients joves i amb una renda major són els més difícils de complaure. Els ancians són els més satisfets amb el sistema sanitari.

■ NECESSITATS I DEMANDES

El metge i la infermera de família demostren la seva vàlua per les excepcions que saben percebre i resoldre, anant més enllà de la demanda aparent.

MODELS RELACIONALS

Hi ha dues maneres d'analitzar una relació assistencial:

- ➔ **Per components:** segons els trets de la relació (metge empàtic, assertiu...).
- ➔ **Per estils:** identificar grups de professionals segons els efectes i resultats que provoquen en la relació assistencial. **Un estil centrat en el pacient incrementa la satisfacció, i es relaciona amb un millor control de patologies cròniques.**

ESTILS DE COMPORTAMENT EN LA RELACIÓ ASSISTENCIAL

Heterocentrat (orientat al consultant)

- ➔ Objectius compartits entre metge i pacient
- ➔ Basat en necessitats de salut
- ➔ La pròpia relació és un element terapèutic
- ➔ El pacient és convidat a participar en les decisions i expressar creences

Autocentrat (orientat al clínic)

- ➔ Objectius orientats a resoldre problemes
- ➔ Basat en la demanda rebuda
- ➔ La relació és un element tècnic de suport
- ➔ Les decisions són preses pel clínic, amb escassa o nul·la participació

Adaptació a les necessitats del pacient

- ➔ El clínic adapta estil auto o heterocentrat segons el pacient, situació clínica i complexitat de la demanda atesa

INFLUÈNCIA DE LA RELACIÓ ASSISTENCIAL

■ COM INFLUEIX EN EL PACIENT

Hi ha tres qualitats importants en AP:

- **Confiança:** es guanya oferint un espai per l'escolta, la cura i la cordialitat, però també demostrant competència clínica.
- **Contenció:** capacitat del professional per percebre l'angoixa pròpia o aliena, notar que remou en ell estrats, i ser capaç de contenir.
- Saber escoltar malgrat estar inquiet.
- Ser capaç de dir: "no el conec prou per donar-li la meua opinió".
- Acceptar les limitacions terapèutiques.
- Transmetre clima d'assecc.
- **Capacitat de promoure l'autoestima** en els seus pacients.

Tasques de l'AP:

- Mostrar al pacient de manera integrada i global els seus problemes de salut, emmarcant-los en la seva evolució biogràfica. L'**entrevista d'integració** és una síntesi biogràfica que integra els elements biològics i psicosocials per explicar on es troba el pacient.
- Apropar-lo a les seves emocions.

■ MADURACIÓ DEL CLÍNIC

Entesa com la capacitat per:

- Ampliar ventall diagnòstic.
- Entendre el pacient en el seu entorn social i la seva realitat biològica i psíquica.
- Adequar els recursos diagnòstics i terapèutics a les necessitats dels pacients.
- Anar més enllà de la demanda aparent.
- Fer-se autònom de lloances o sancions dels pacients o l'organització sanitària.
- Pul·lir els trets de caràcter.

MODEL BIOPSICOSOCIAL

■ MODEL DE CAUSALITAT CIRCULAR

Diferents factors s'influeixen entre sí per donar lloc a una situació clínica concreta. En la salut hi intervenen aspectes biològics, però també psicològics i socials.

Aquest model no aporta una estratègia d'intervenció.

■ MODEL DE CAUSALITAT ESTRUCTURAL

→ **Causa necessària:** ha d'estar present inevitablement per produir l'efecte. Ha de formar part de totes les causes suficients.

→ **Causa suficient:** inevitablement produeix l'efecte quan es presenta.

→ **Causa desencadenant.**

→ **Causa coadjuvant.**

→ **Causa associada.**

Aquest model jerarquitzava el pes dels diferents factors, i ajuda al clínic a saber per on es pot modificar la realitat del pacient amb èxit.

Les hipòtesis biopsicosocials han de contrastar-se amb el mètode científic i el model de causalitat estructural.

APLICACIÓ DEL MODEL BIOPSICOSOCIAL A LA CLÍNICA

- Impregnar la relació assistencial d'un clima emocional terapèutic.
- Distingir entre demanda i necessitat de salut. Evitar focalització biològica o psicosocial per elaborar hipòtesis diagnòstiques.
- Integrar les tres dimensions del ser humà: biològica, psicològica i social.
- Aprofundir en les dades semiològiques, considerant les claus que obliguen a conductes confirmatòries.
- Descartar primer causa orgànica, però amb diagnòstic positiu en la part psicosocial.
- Acostumar-se a la incertesa si no hi ha dades definitives.
- Conèixer els factors de risc, integrant la prevenció i promoció de la salut.
- Actuar terapèuticament encara que només siguin possibles mesures pal·liatives.
- No considerar determinats pacients com casos "tancats".

DIMENSIÓ TÈCNICA DE L'ENTREVISTA CLÍNICA

■ INTENCIONALITAT DE L'ENTREVISTA

L'entrevista clínica es realitza sempre en un marc d'intencions i propòsits. Hi ha un enquadrament de l'entrevista des de la perspectiva del pacient, i uns propòsits que el professional es planteja en cada situació concreta (situació estimular).

■ ACTITUD I CONDICIONANTS DE L'ACTITUD

L'actitud és la predisposició a donar una determinada resposta.

L'exemple dels professors sol assentar les bases de la nostra manera d'actuar.

Influeix també la "conducta més racional".

Alguns cops s'actua a causa del cansament.

Hi ha condicionants de l'actitud **activadors** (la percepció de perill és dels més poderosos) i **desactivadors**.

Hi ha condicionants **de fons** que actuen de forma persistent durant tota la vida professional; i **de superfície**, que actuen només en el context concret d'una entrevista.

Aquests condicionants són importants ja que el resultat de l'entrevista clínica depèn en bona part de l'activació cognitiva del professional.

■ DIFICULTATS PER PLANIFICAR ELS OBJECTIUS DE L'ENTREVISTA. REENQUADRAMENTS.

La imatge estereotipada que podem tenir d'un pacient és una gran dificultat. **Estereotipar** és jutjar a una persona a partir d'uns trets predominants. Ex: Quan un "somatitzador" aporta una nova dada semiològica cal decidir si obrim una altra orientació diagnòstica.

Hi ha situacions que demanen reenquadraments:

- ➔ Dades noves que no encaixen en els diagnòstics previs.
- ➔ Diagnòstics en l'àrea psiquiàtrica que poden confondre dades de l'àrea orgànica.
- ➔ Insistència del pacient que no millora.

■ GESTIÓ DEL TEMPS

La gestió del temps influeix en la satisfacció del pacient i en els resultats de l'acte clínic.

La pressió per l'increment de la productivitat té un impacte negatiu en la relació assistencial i en la realització de l'entrevista clínica.

La manca de temps implica el no compliment de protocols preventius.

La implicació del professional en els aspectes psicosocials també està relacionat amb la disponibilitat de temps.

El sistema de cita prèvia usat en els centres de salut sobrevalora la capacitat del clínic per resoldre les demandes del pacient en tot just 7 minuts de mitja. **Una mitja de 10 minuts per visita és un factor de qualitat assistencial.**

APROFITAR CADA SEGON DE L'ENTREVISTA

- ➔ Delimitar bé el motiu de consulta.
- ➔ Marcadors de calidesa.
- ➔ Tenir un pla d'entrevista.
- ➔ Precisió i concreció en els registres a la història clínica.
- ➔ Evitar pèrdues de temps entre el comiat d'un pacient i l'entrada del següent.
- ➔ Aprofitar els acompanyants.

DIMENSIÓ SOCIAL I HUMANA DE L'ENTREVISTA CLÍNICA

■ ASPECTES RELLEVANTS EN AP:

- ➔ **Pacient i acompanyant:** El professional hauria de veure l'acompanyant en termes de cooperació, i no de barrera.
- ➔ **Nivells de reciprocitat:** S'entén per reciprocitat la capacitat de cada protagonista d'una relació per influir sobre la conducta de l'altre.
- ➔ **Influència de l'entorn:** elements com la sala d'espera, la neteja, la decoració, ...influeixen en la imatge del professional. Una taula plena i desendreçada pot ser una barrera de comunicació pel pacient.
- ➔➔ Cada interrupció a la consulta per manca o mal funcionament dels materials disminueix la percepció de qualitat.
- ➔➔ La imatge de l'àrea d'administració-recepció és la més potent per a la percepció de la qualitat, sobretot en els primers contactes. La manera de saludar i informar els pacients per part del personal de primer contacte configura bona part de la satisfacció.

■ ASPECTES QUALITATIUS D'UNA RELACIÓ ASSISTENCIAL

- **Calidesa: donar a entendre que el pacient és benvingut.** Contacte visual-facial, somriure en un moment clau, rebre de forma personalitzada, ...
- **Empatia: capacitat per solidaritzar-se i comprendre els pensaments i emocions del pacient.** S'estableix una "distància terapèutica" ja que el professional "comprèn" sense contagiar-se de les emocions, i així pot entendre les causes objectives que envolten el pacient. Es pot ser empàtic amb paraules i amb gestos.
- Una relació empàtica incrementa la cooperació, el compliment per part del pacient i la percepció de qualitat. L'empatia es millora amb una bona comunicació, sabent escoltar, tenint en compte el punt de vista del pacient i mantenint-lo ben informat.
- **Respecte:** capacitat de **considerar l'altra persona**, encara que discrepem amb les seves opinions o conductes. Podem "influir" en els pacients, sense "imposar".
- **Concreció: desenvolupament de l'entrevista en termes comprensibles pel pacient i el professional**, i de manera bidireccional, amb disposició per compartir informació.
- **Assertivitat: capacitat per desenvolupar de forma plena i amb seguretat els deures i drets inherents a un rol social.** La persona assertiva és capaç d'evitar respostes agressives o passives davant conductes hiperdemandants, demandes injustificades o acusacions gratuïtes. Ha de tenir un bon coneixement de les seves reaccions emocionals.

Finalment cal tenir **confiança**, que el professional aconsegueix amb una permanent avaluació del risc clínic evitant crear falses expectatives, i sabent afrontar amb decisió les situacions urgents. Implica saber cuidar i comunicar-se amb els pacients, mostrar competència tècnica.

(P-1999: 42) (P-2002: 68)

■ CONDICIONANTS EXTERNS DE L'ENTREVISTA

Els aspectes que preocupen més als clínics són la falta de temps, la sobrecàrrega assistencial i el pes de la burocràcia.

Quan no es disposa de temps cal prioritzar les tasques d'acompanyament en el patiment del malalt, evitar trencar amb les seves expectatives i extremar els aspectes de bona praxi.

És important deixar aspectes pendents apuntats en la història clínica (a la "P" del MEAP).

ANÀLISI DE LA COMUNICACIÓ NO VERBAL

Els missatges no verbals poden contradir, matisar o reforçar els verbals.

La conducta no verbal comprèn l'aparença física, la disposició dels protagonistes en l'entrevista, els moviments, els gestos, i el paral·lenguatge.

■ APARENÇA FÍSICA

És important sobretot en el primer contacte. En aquest moment es delimita la confiança que serà major com més d'acord estigui la imatge del professional amb les expectatives del pacient.

■ PROXÈMICA

Fa referència als **elements relacionats amb l'ordre i la distància dels subjectes que s'estan comunicant**.

El primer element de proxèmica és la taula entre el pacient i el professional (és un element simbòlic que indica distància).

Estrènyer la mà quan entra el pacient és un altre element de proxèmica.

L'exploració física creua el límit de la distància, per això cal acompanyar amb frases tranquil·litzadores les maniobres exploratòries.

(P-2002: 107)

■ QUINÈSICA

→ **Gestos: els il·lustradors son gestos que subratllen el que es parla**, amplificant o matisant, amb una intenció comunicativa explícita. Ex: gestos amb les mans assenyalant el volum d'un objecte. En canvi, **els adaptadors** es realitzen sense intencionalitat. Aquests són gestos que **deixen entreveure estats emocionals** o actituds de l'interlocutor, inclús en contra de la seva voluntat. Ex: jugar amb l'anell, rascar-se, ... **Els emblemes** són gestos que **tenen un significat pròpiament**, sent intel·ligibles per tots els membres d'una comunitat. Ex: aixecar les celles, encongir les espatlles, ... **Els gestos reguladors ordenen els torns d'intervenció**. Poden facilitar la narrativa del pacient (ex.: mantenir la mirada, ...) o fer-li entendre que s'esgota el temps. (P-2000: 14)

→ **Posició corporal:** distingim una posició tancada o defensiva quan la persona creua els braços i les cames, i una posició oberta quan té els braços al llarg del cos. **Té major significat quan és per reacció a un estímul.**

→ **Expressions facials:** probablement la cara és la zona corporal que major informació dona. Hi ha expressions facials **emocionals** (fruit d'una emoció sentida) o **conversacionals** (ex.: somriure condicionat per normes d'urbanitat). La zona orbicular és la que menys es pot manipular voluntàriament. Mentre que l'emoció es manifesta uns instants a la cara, l'estat emocional té major continuïtat. Les

microexpressions (menors d'un segon) mostren l'estat emocional, però de seguida són reprimides (solen veure's només analitzant un videoenregistrament).

- ➔ **Mirada:** mirar directament als ulls indica interès per l'altra persona. No mirar el pacient genera desconfiança. En una interacció a una distància d'uns 2 metres, el temps mig de mirada cap a l'altre és al voltant del 60 % del total, sent major quan s'escolta que quan es parla.

■ PARALLENGUATGE

Característiques vocals de la parla, que inclouen el to, el timbre, la intensitat, la velocitat, les pauses, les vacil·lacions, el xiuxiueig, ...

Les qualitats de la parla donen el veritable significat de les paraules, donant crèdit a "com ho ha dit" (intencionalitat).

Un professional es mostra persuasiu quan parla amb claredat, emfatitzant els conceptes rellevants, sense vacil·lacions, i amb bidireccionalitat.

ANÀLISI TÈCNIC DE L'ENTREVISTA: TASQUES EN LA PART EXPLORATÒRIA

■ DELIMITAR LA DEMANDA

Clarificar quin o quines són les demandes del pacient. Fins el 30 % dels pacients poden afegir demandes al final de l'entrevista, **només si es delimiten les demandes a l'inici, es poden prevenir les demandes additives al final.**

No s'ha d'impedir la lliure narrativa del pacient a l'inici de l'entrevista clínica.

Errors:

- ➔ No clarificar el motiu de consulta.
- ➔ Introduir en el moment inicial una interpretació del motiu de consulta. Ex.: "deu venir per prendre's la tensió arterial, no?".
- ➔ Centrar l'entrevista en un dels motius perifèrics demandats o en una queixa.
- ➔ Recriminar en pacients multidemanda (perilla la relació, i no canviarem la realitat assistencial). Cal decidir amb rapidesa si s'atén o es posposa la demanda.

■ OBTENIR LES DADES PER ESTABLIR LA NATURALSA DEL PROBLEMA, LES CREENCES I LES EXPECTATIVES DEL PACIENT

Hi ha dues estratègies, amb la de baix control el professional facilita la narrativa lliure del pacient, i amb la d'alt control pregunta de forma més o menys tancada. Les dues s'han de complementar.

Hi ha temes que precisen un estil molt directe: preguntar sobre l'hàbit enòtic, violència domèstica o pensaments autolítics.

PREGUNTES CLAU

- ➔ Sospita ideació autolítica: "algun cop ha pensat en fer-se mal?"
- ➔ Sospita enolisme: "algun familiar s'ha queixat alguna vegada pel que beu?"
- ➔ Sospita mala adherència terapèutica: "és fàcil deixar de prendre's algun comprimit, li passa a vostè?"
- ➔ Sospita de problemes sexuals: "quin tipus de persona és el seu marit per la nit?"
- ➔ Sospita de maltractaments: "algun cop ha tingut por física al seu costat?"

Errors:

- ➔ Desorganització, no emplenar els ítems mínims per un bon enfocament de la demanda.
- ➔ No tenir en compte que el pacient ve amb informació "preelaborada" (amb parents, amics). És un error no preguntar sobre això.
- ➔ Entrevistador "estímul-depenent": no té pla d'entrevista, i el va fent a partir dels estímuls que rep del pacient.
- ➔ Focalitzacions: **tendència d'un entrevistador a refusar o menysprear aspectes de tipus biològic o psicosocial, segons siguin les seves inclinacions.** Pot ser per falta de preparació en certs temes.

Per obtenir dades amb suficient extensió psicosocial cal tenir en compte:

- ➔ Buidat de la informació preelaborada.
- ➔ Reenquadrament davant de qualsevol dubte. Tècnica de la hipòtesi inversa. Ex.: "em plantejo hipòtesi de tipus biològic, i si el problema fos en l'àmbit psicosocial?".
- ➔ Fer entrar a "tota la persona" a la consulta.

Encara que tinguem una forta sospita que hi ha elements psicosocials que influeixen en els símptomes, haurem d'esperar que el pacient ens obri la porta per parlar-ne. El més important és establir una bona relació terapèutica.

Cal distingir entre demanda de salut i necessitat de salut i aplicar macromodels on es consideren aspectes psicosocials i biològics.

■ ORIENTAR I ACOMPANYAR EN L'EXPLORACIÓ FÍSICA

Cada maniobra del clínic ha d'obeir a un propòsit, cal "saber què es busca per trobar".

Cal integrar l'exploració física amb l'anamnesi:

- Continuar l'anamnesi mentre s'explora.
- Tenir en compte "unitats semiològiques" que combinen dades de l'anamnesi i exploratòries, per verificar una hipòtesi diagnòstica.
- Donar la mateixa importància a les dades exploratòries que a les verbals. **El clínic amb experiència assimila les dades discordants obrint el seu esquema diagnòstic** (ex.: esplenomegàlia en el context d'una gastroenteritis).

■ ELABORAR I SINTETITZAR LA INFORMACIÓ

Al final de l'exploració verbal i física cal generar hipòtesis. El repte és integrar les dades antigues amb les actuals, i formular una estratègia a llarg plaç.

ANÀLISI TÈCNIC DE L'ENTREVISTA: TASQUES EN LA PART RESOLUTIVA

■ TRANSMETRE L'OPINIÓ SOBRE ALLÒ QUE S'HA DE FER

Orientar el pacient intentant que rebí la informació sobre allò que ha de fer de manera positiva.

Cal que el professional doni prioritat a determinats problemes de salut, però intentant no traïr les expectatives del pacient.

■ COMPARTIR AMB EL PACIENT UN PLA D'ACTUACIÓ

Entendre les expectatives del pacient i fer que participi en el procés diagnòstic i/o terapèutic.

Cal **donar la informació amb un estil bidireccional**, evitant la retòrica, i amb frases curtes i exemples. En algunes ocasions caldrà verificar la comprensió d'algun terme.

És de gran ajuda l'ús de diagrames o fotografies.

Errors:

- Argot mèdic.
- Informació aclaparant per extensió i rapidesa, sense silencis.
- Ús de paraules d'alt contingut emocional.
- Seguretats prematures i falses esperances.

(P-2002: 100)

■ ACONSEGUIR EL COMPLIMENT DE LES MESURES PROPOSADES

Estimular l'adherència al tractament. Cal escriure les instruccions. Sovint caldrà citar el pacient després de comprar el fàrmac (ex.: explicar funcionament dels inhaladors, aclarir pautes complexes de medicació, ...). La família té un paper important en aquestes situacions.

Si les propostes terapèutiques impliquen un canvi d'hàbits, utilitzar les tècniques de motivació.

■ MOTIVAR, PERSUADIR I NEGOCIAR

El metge **motiva** el pacient quan mou la seva voluntat cap a un objectiu de salut.

Li **influeix** quan el pacient canvia una conducta sense que el metge li hagi proposat directament.

El **persuadeix** quan el metge fa una proposta directa, i el pacient accepta canviar una conducta (persuasió confrontativa) o quan hi ha un procés intern del pacient, i aquest gairebé ni nota que l'estan persuadint (persuasió motivacional). En la persuasió establim una relació bidireccional (a distingir del consell que és unidireccional).

Es **negocia** quan s'arriba a un acord partint de dues posicions no idèntiques.

La **resposta avaluativa** consisteix a reclamar al pacient la seva opinió. Sol conduir el pacient a explicar l'origen de les seves resistències.

Hi ha un model d'estadis de canvi: en l'**etapa precontemplativa** el pacient està instal·lat en una creença forta que no es modificarà només per una conversa (són necessaris fets que impactin a nivell emocional).

En l'**etapa contemplativa** el pacient està obert al canvi, i cal aprofitar això per consolidar conductes més saludables. El pacient percep que modificar la seva conducta pot ser avantatjós.

En l'**etapa de determinació** el pacient estableix un compromís pel canvi, i posteriorment hi ha les fases de **canvis actius i de manteniment**.

En els estadis de precontemplació, contemplació i determinació s'usen tècniques de motivació. En les fases de canvis actius i manteniment predominen tècniques de consolidació.

Les recaigudes són freqüents, i s'han de veure com normals en el procés de canvi.

HABILITATS EN L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Principis

- Expressar empatia
- Afavorir la discrepància en el propi pacient
- Evitar argumentar
- Treballar les resistències
- Donar suport al sentit d'autoeficàcia

Tècniques bàsiques

- Preguntes obertes sobre motius de preocupació
- Escolta reflexiva
- Fer sumaris
- Reestructuracions positives
- Provocar afirmacions d'automotivació en el pacient

Errors:

- ➔ Assumir que el professional és un “pesat” i que el pacient ja sap allò que ha de fer. S’ha vist que incloure de forma sistemàtica un consell augmenta la satisfacció.
- ➔ Pensar que el pacient no té opinions pròpies, o si les té, no haurien d’interferir.
- ➔ Pensar que els pacients tenen bones raons per no complir el tractament.
- ➔ Justificar-se davant els dubtes dels pacients. Enlloc d’insistir molts cops en els seus arguments, el metge hauria d’interessar-se per les creences i sentiments del pacient.
- ➔ Voler córrer massa sense adonar-se que el pacient està en una etapa precontemplativa. Oblidar que **motivar és un procés continuat**. Ex.: podem arribar a l’èxit després de diversos anys repetint que “hauria de deixar de fumar”.

■ VERIFICAR LA COMPRENSIÓ DE LES INSTRUCCIONS

Detectar els pacients que no han assimilat res, encara que afirmen entendre-ho tot.

Errors:

- ➔ Infantilitzar la relació assistencial.
- ➔ No adonar-se que el pacient diu coses diferents a les explicades pel seu metge.
- ➔ No adonar-se d’un dèficit cognitiu que fa inútil un esforç basat en incrementar coneixements.

■ PRENDRE PRECAUCIONS

Deixar una porta oberta per una nova consulta si hi ha alguna incertesa.

Errors:

- ➔ No realitzar aquesta tècnica de forma gairebé sistemàtica, sobretot en les consultes urgents.
- ➔ Evitar les suggestions negatives (ex.: “si té ardors d’estómac en prendre els comprimits...”). Cal usar la contrasuggestió: “aquests comprimits molt rarament donen malestar d’estómac, si per casualitat li passés, ...”.

LA CAPACITAT DE RESPOSTA

És un element que intervé en la sensació de satisfacció de les persones per l’atenció rebuda.

La capacitat de resposta **institucionalitzada** és la de l’organització del servei per promoure que l’accés sigui fàcil. Donarà la nostra imatge de qualitat de base. Cal definir els sistemes d’organització per aconseguir al màxim la resposta sense repetició dels actes per part dels pacients.

La capacitat de resposta particular es refereix a la capacitat de respondre davant l’imprevist. Es veu com un signe de qualitat, un servei especial.

Els pacients valoren la nostra capacitat de resposta, en bona part, per com resollem les consultes urgents.

La facilitat d’accés a la visita normal evita un ús innecessari de les “urgències”.
Hauríem de buscar la manera de poder atendre els pacients amb dificultats d’accés en relació a una vida laboral activa.

LA FIABILITAT

És la capacitat de donar l’atenció que s’ha promès, generant confiança i amb honestedat.

S’inclouen diferents aspectes:

- ➔ **Coherència:** si les diferents fonts d’informació no són coherents, generen inseguretat i angonya, i afavoreixen les interpretacions errònies o esbiaixades. La comunicació entre totes les persones que intervenen en el procés assistencial és l’eina fonamental per prevenir les incoherències.
- ➔ **Consistència:** fa referència a la resposta adequada a les expectatives generades. Generar una expectativa a la qual no podem donar resposta genera insatisfacció. **La “P” del MEAP afavoreix la consistència**, ja que podem usar el pla de cada entrevista per incloure les expectatives que generem en els pacients, i que això ens faciliti després anar complint-les.
- ➔ **Puntualitat:** cal donar informació del retard que portem als pacients que esperen. Això ajuda a ajustar les seves expectatives, elimina la incertesa i fa que el retard sigui més ben acceptat.
- ➔ **Decisió:** generalment el pacient no té l’expectativa de prendre la decisió. **Una de les tasques del metge de família és capacitar el pacient i donar-li l’opció de decidir**. Això ajuda a situar la responsabilitat de la salut en ell i no en el professional (com passa en el paper paternalista del metge en la relació metge-pacient clàssica). Convé deixar temps als pacients per prendre decisions “difícils”, i assumir-les encara que no estiguin d’acord amb la nostra proposta.

LA PROFESSIONALITAT

Professionalitat	Coneixements tècnics	+ Servei
		Cortesia
	Competència tècnica	Credibilitat Seguretat
		Confidencialitat

- ➔ **Competència tècnica:** la competència tècnica no ho és tot, encara que constitueix la base de la pràctica. Cal millorar-la de forma continuada. És precís que els pacients en tinguin una visió realista per guanyar-nos la seva confiança.
- ➔ **Cortesia:** consideració, respecte, amabilitat del personal de contacte (ex.: donar la mà quan rebem el pacient a la consulta). Una part important de la

nostra relació amb el pacient està condicionada pel tracte.

- **Credibilitat:** honestat en el servei que es proveeix (ex.: no sabem què té un pacient i li ho diem). Criticar els altres companys minva la nostra credibilitat. Els pacients no volen que els diguem mentides: senzillament, de vegades, no volen saber la veritat (canviem la informació sobre el pronòstic per informació sobre el suport). L'anticipació de l'evolució i dels riscos és important per a la credibilitat.
- **Seguretat:** inexistència de perills, riscos o dubtes. Un pacient se sentirà més segur si, quan apareix un efecte secundari, ja sap que això podia passar i que és pel tractament. Si donem seguretat, millorem la credibilitat.
- **Confidencialitat:** només la justícia, per raons de salut pública, té la capacitat d'alliberar-nos del deure de confidencialitat.
- Si el menor té ús de raó, tenim el deure de respectar la confidencialitat, fins i tot amb els seus pares, encara que no tingui la majoria d'edat.
- Seguim sense tenir resolt el problema de qui té una greu malaltia transmissible i no vol que s'informi ningú, tot i sabent els riscos d'infecció per als altres.
- El respecte a la confidencialitat no depèn de la rellevància social dels problemes de salut que tractem (ex.: tenim el mateix deure davant una grip que davant un embaràs).

LA CONTINUÏTAT I LA LONGITUDINALITAT

La **longitudinalitat** s'entén com l'atenció del pacient per part del professional al llarg del temps, independentment de la presència o absència de problemes de salut.

Això inclou el seguiment al llarg del temps d'un problema de salut concret (continuïtat), del conjunt de problemes d'una persona (longitudinalitat personal) o una família (longitudinalitat familiar).

Trencar la longitudinalitat genera inseguretat, la qual cosa incrementa el nombre de visites i revisites i exploracions complementàries.

Si no podem garantir la longitudinalitat, procurem garantir la continuïtat.

La relació estable malalt-metge és l'eina terapèutica més important a l'atenció primària. A més, és una eina molt eficient, ja que disminueix l'ús de fàrmacs, exploracions complementàries, i derivació a altres nivells.

ESTRATÈGIES PRÀCTIQUES PER L'ENTREVISTA CLÍNICA

■ ACOMODAR UN ACOMPANYANT QUE INTERROMP

- **Buidat de l'interferència:** estimular l'acompanyant que "buidi" les seves ansietats.
- **Tècnica del pont:** ex. preguntar al pacient "què creu d'això que diu la seva dona".
- **Tècnica del pacte d'intervenció:** ex. **preguntar a l'acompanyant:** "què creu si deixem parlar ara al seu marit?".
- **Crear altres entorns:** apartar el pacient de l'acompanyant.

(P-2010: 25)

■ PACIENT AMB AGRESSIVITAT LATENT

- Seria un error del professional no escoltar el pacient. Cal donar una resposta empàtica a les queixes, enlloc d'activar una agressivitat defensiva.
- Delimitar el motiu de consulta.
- Reconduir per objectius.

(P-2002: 69)

■ PACIENT QUE ACUT AMB L'EXPECTATIVA DE CURACIONS MIRACULOSES

- Desmentir comentaris que projectin fantasies d'omnipotència.
- Desactivar les expectatives del pacient en la fase resolutiva (ex.: "el seu problema no té fàcil solució").
- Deixar portes obertes. Tècnica contrasuggestiva (ex.: "inlús estaria sorprès que aquest tractament li anés bé a la primera").

■ ESTABLIR UNA RELACIÓ AMB EL NEN-PACIENT

- Aprofitar la informació que aporten els pares.
- Comunicar-nos directament amb el nen. Aprofitar quan li donem un espai propi (ex.: durant l'exploració, allunyat de la mare). Parlar-li d'activitats del seu interès.
- No confiar en les primeres hipòtesis. No realitzar l'exploració física fins haver fet una mínima anamnesi.

■ QUAN ESCOLTAR ENS FA MAL

- Evitar seguretats prematures i paraules de bona voluntat.
- Mostrar-se empàtic. Legitimar i normalitzar les emocions ambivalents del pacient.
- Acostumar-nos que els silencis no ens pesin.
- Destacar els aspectes positius en les reaccions del pacient.

■ EL PACIENT POLIDEMANDANT

- Fer el mapa de demandes i queixes. Fer tota la “llista de la compra” sobretot abans d’abandonar la llitera de l’exploració física.
- Negociar el contingut de la visita.
- Donar visita de seguiment.
- Distanciar les visites almenys a una per mes.
- Mantenir to emocional proactiu.
- Distingir allò nou de les velles demandes o queixes.
- Cal que els ancians hiperfreqüentadors amb deteriorament cognitiu vinguin acompanyats d’un familiar.

■ QUAN LA LLENGUA ÉS UNA ALTRA

- Encara que un familiar o amic tradueixi al pacient, es poden produir errors molt importants. Mai oblidar fer una exploració física completa i donar un valor independent a les dades de l’exploració.
- Intentar percebre si el traductor està capacitat.
- Acordar amb el pacient un codi senzill no verbal.
- Telèfons de traducció simultània, serveis de voluntariat amb prestacions similars.
- Llibre de Babel (dibuixos amb frases il·lustratives de les molèsties més habituals, en diferents idiomes).

■ EL PACIENT INCONCRET

- Delimitar la demanda i fer mapa de queixes.
- Facilitar la narració lliure però clarificar. Ex.: “expliquem aquest mareig sense usar la paraula mareig”.
- Ordenar els materials com si haguéssim d’escriure un informe clínic.
- Llegir les dades obtingudes com si es tractés d’un altre pacient.

■ DIFICULTATS PEL SALT A LA VESSANT PSICOSOCIAL

- Començar interessant-nos pel descans nocturn.
- Seguir amb l’estat d’ànim, il·lusions, preocupacions.
- Evitar atribuir els símptomes als “nervis”.
- Justificar l’interès per la part psicosocial com mecanisme per conèixer el pacient com a persona.
- Normalment els pacients que més resistències posen són els que més necessiten aquest tipus d’abordatge.

■ QUADRE CLÍNIC “FOSC”. COMENCEM DE ZERO.

- Començar com si no coneguéssim el pacient.
- Encara que un pacient sigui hiperfreqüentador, pot ser que totes les trobades prèvies hagin sigut en el pla superficial.
- Desconfiar de qualsevol quadre clínic que cursi amb una important repercussió biogràfica.

■ ANAMNESI D’HÀBITS ENÒLICS I DE RISC

- Iniciar anamnesi sense aixecar resistències. Ex.: “què beu en els menjars?”.
- Entrats en matèria, ser molt clar. “quants cigalons es pren al matí?”.
- En algun moment, comentar que això és molt normal de parlar-ho. Allò que és normal pel metge, ho serà pel pacient.

■ DAVANT UN PACIENT AMB FIBROMIÀLGIA

- Salt psicosocial fent èmfasi en l’estat d’ànim i el son.
- Explorar creences i coneixements previs del pacient sobre la malaltia.
- Adaptar el model de contractura muscular a cada pacient (parlar de manca d’elasticitat muscular), i donar controlabilitat (exercici físic, ...).

■ PACIENT QUE NO ACCEPTA LA SEVA MALALTIA

- No confondre pacient immadur amb pacient amb trastorn cognitiu.
- Evitar barallar-se.
- Resposta avaluativa. Ex.: “com viu el problema?”.
- No permetre imputacions de culpa, i dirigir-nos a l’autonomia i llibertat del pacient. Ex.: “entenc que si no fa el tractament és perquè ho ha decidit lliurement”.

■ QUAN ACOMPANYEM EN UN DOL RECENT

- No ens hem de veure en l’obligació de fer alguna cosa.
- Capacitat de contenció emocional.
- Entrar en el món del pacient, en la relació que mantenia amb el difunt, en la seva perspectiva vital i espiritual.
- Intentar representar els desitjos positius del difunt al pacient.

■ DAVANT UN PACIENT SENSE DIAGNÒSTIC

- L’honestedat és innegociable.
- Explicar tant allò que sabem com allò que no sabem.
- Preocupar-nos per les pors del pacient.
- Evitar expressions que deixin entreveure que no ens preocupem o que minimitzem la importància del cas.

■ QUAN UN PACIENT NO CONFIA EN NOSALTRES

- Preferir sempre una resposta professional que una passional.
- Davant d’un judici de valor referent a la nostra persona, contrarestar amb rapidesa i sense enuig amb un judici oposat. Ex.: “no s’ho cregui, no sóc tan jove, tinc experiència en la seva malaltia”.
- Accedir a una segona opinió sense considerar-ho un fracàs personal.

- Quan cedim que almenys serveixi per guanyar confiança.

■ DAVANT D'UN PACIENT DEPRESSIU QUE NO ACCEPTA EL SEU DIAGNÒSTIC

- Fer un llistat de símptomes i convidar-lo a opinar sobre el seu significat. Cal considerar les creences del pacient però no renunciar als diagnòstics que establim, ja que una de les nostres obligacions és fer contactar el pacient amb la realitat.
- Explicar la malaltia amb el model de "les piles esgotades" o un "esgotament després d'un estrès perllongat".
- Normalitzar la malaltia. Ex.: "hi ha moltes persones amb depressió".
- Raonar el tractament explicant què fem.
- Prevenir una mala adherència.

■ DAVANT D'UN PACIENT QUE NO VOL AGAFAR L'ALTA

- Assegurar-nos que no té un procés orgànic greu.
- Sempre fer exploració física abans de prendre una determinació.
- Atribuir al pacient sentiments de caire positiu. Ex.: "vostè vol començar a treballar, i per fi serà possible, ...".
- Normalitzar la situació. Ex.: "en casos com el seu és normal que encara tingui molèsties, ...".
- No excloure més exploracions o teràpies.
- La persuasió normativa pot ser útil en algun cas. Ex.: "he de complir les normes, ho sento, ...".

ALTRES TERMES, TÈCNIQUES I HABILITATS DE COMUNICACIÓ

Adició suggerida: afegim un adjectiu o una dada que pensem que el pacient vol expressar o està a punt de fer-ho.

Agenda acordió: 3 o 4 visites en intervals de 5 minuts, seguides d'un temps no assignat de 10 a 15 minuts de recuperació.

Agenda intel·ligent: aquella que de forma semiautomàtica assigna un temps realista al pacient en funció del seu perfil.

Anamnesi en extensió: considera no només les qüestions focals (naturalesa del problema), si no també la vessant psicosocial i centrada en el pacient.

Ancoratge diagnòstic: grau de certesa o compromís social que tenim amb un determinat diagnòstic. El pacient agraeix que el metge rectifiqui el diagnòstic quan hi ha motius, li agrada la seguretat del clínic però

encara més la flexibilitat. Ex. d'ancoratge negatiu: un metge que es nega a considerar la 'mononucleosi' com a diagnòstic perquè el pacient li ha suggerit.

Antagonisme: conducta que culpabilitza la conducta o les emocions del pacient. Ex.: "no n'hi ha per tant!...".

Assegurança de perícia: estratègies que posem en pràctica per evitar errors clínics. Ex.: hàbits d'interrogació.

Assenyalament conductual: posa de manifest conductes. Ex.: "des de fa un mes observo que...".

Assenyalament emocional: observació sobre l'estat d'ànim. Ex.: "sembla com si el veiés trist...".

Cessió condicional: acceptar una suggerència del pacient si aquest accepta una condició. Ex.: "si no millora, farem radiografia".

Cessió diferida: acceptar una suggerència del pacient per fer-la més tard. Ex.: "pot ser que en un mes sigui adient fer la prova que em proposa".

Cessió intencional: acceptar una suggerència del pacient per intencions futures. Ex.: "em sembla bé que m'ho digui, ho tindrà en compte".

Cessió real: aplicar una suggerència del pacient de forma immediata.

Clarificació: intervenció verbal o no verbal que obliga el pacient a explicar el sentit d'un terme o idea.

Coartada cognitiva: justificació que ens permet resoldre una situació amb heurístics (veure definició) de baix nivell. Ex.: "estic cansat, li demanaré una radiografia, i si torna a queixar-se me'l miraré amb més detall".

Confrontació: posar el pacient davant la seva realitat perquè reaccioni. A diferència de l'antagonisme, el propòsit no és criticar, si no empènyer cap a la reflexió i el canvi.

Consell explícit: el missatge és clar. Poden ser missatges amb contingut argumentatiu (ex.: "si s'aprima millorarà la pressió arterial"), identificatiu (ex.: "fer tal cosa sol sentir molt bé a totes les persones") o emocional (ex.: "si no ho fa sempre tindrà el dubte de no haver-ho intentat").

Consell inoculat: el pacient no se n'adona que el rep.

Contratransferència/transferència: ecos emocionals que una relació desperta en nosaltres. Es diu transferència quan ens referim al pacient i contratransferència quan ens referim al professional.

Contratransferència grupal: cada equip crea uns valors a partir dels quals veu al pacient, i si aquests estan desajustats, donen a la relació assistencial un component defensiu, autoritari.

Disc ratllat: denegar alguna cosa de forma repetitiva, usant cada cop similar gestualitat i to de veu.

Doble contrast subjectiu: procés pel qual comprovem que una intuïció ha resultat correcta o no, i creem un

criteri per interpretar aquell símptoma d'una manera determinada.

Efecte de generalització emocional: atribuïm les males vibracions que ens transmet un pacient concret al conjunt de pacients.

Enunciació múltiple: donem diversos diagnòstics alhora.

Enunciació parsimoniosa: insinuem un diagnòstic, però deixem que sigui el posterior diàleg amb el pacient que ens permeti definir més clarament allò que pensem de la situació.

Enunciació simple: donem un sol diagnòstic.

Estil emocional proactiu: marcar el to emocional de la consulta sense deixar-se arrossegar per les emocions negatives. Se'n deriva una comunicació emocional en fluxe (cooperadora).

Estil emocional reactiu: reaccionar de forma similar a l'estímul que es rep. Deixar-se endur per les emocions dels pacients. Se'n deriva una comunicació turbulenta (els pilars bàsics són la culpa, la humiliació i el rencor).

Facilitacions: conducta de l'entrevistador, verbal o no verbal, amb la qual intenta ajudar el pacient a seguir el seu relat, sense suggerir els continguts del mateix (ex.: sons, moviments del cap, ordres cordials, ...). (P-2003:15) (P-2007:9)

Estar en **fluxe emocional amb el pacient:** relació assistencial presidida pels sentiments de mutua col·laboració.

Heurístics: regles de decisió. Pot ser molt elemental/de baix nivell o molt complexa/d'alt nivell. **Quan estem sota factors restrictius (cansament, ...) s'activen coartades cognitives per aplicar heurístics de baix nivell, encara que sapiguem fer molt més.** Aquest és un dels punts més importants del model emotiu-racional.

Tenir **insight** és adonar-nos de les emocions i sentiments.

Interpretació profunda: oferim al pacient una visió d'allò que li passa a partir de variables biogràfiques importants, que explicarien conductes poc justificades. Ex.: "sembla com si refusés qualsevol persona amb autoritat que li recordi al seu pare".

Interpretació suggerida: interpretem allò que li passa al pacient avançant-nos a la seva elaboració dels fets. Ex.: "per això que m'explica sembla que aquesta relació sentimental li afecta molt, inclús li dificulta fer bé les digestions".

Lectura textual dels símptomes: apuntar literalment les expressions del pacient. Resulta útil en els pacients somatitzadors.

Llei de l'eco: el professional rep del pacient les emocions que ell projecta.

Locus de control extern: la persona atribueix els fets a factors externs immoificables que manipulen

Ex.: no creure que deixar l'hàbit enòtic estigui al seu abast.

Locus de control intern: la persona creu que és capaç de canviar la realitat que l'envolta.

Modelar conductes: enlloc d'emetre una ordre verbal, mostrem, fent-ho nosaltres, allò que volem que faci la persona. Ex.: "fixi's com ho faig jo, i després ho fa vostè".

Tècnica notarial: l'entrevistador indica que pren nota textual de les paraules del consultant, i les fa constar a la història clínica.

Notificació compensada: advertim d'una notícia dolenta, però ho compensem amb una de millor condició.

Notificació neutra: evitem qualsevol valoració que estimuli l'emocionalitat del pacient.

Notificació paradòjica: juga amb la contraposició entre missatges verbals i no verbals. (ex.: "si no hi ha problema que continuï bevent, total, el fetge no fa mal"...).

Notificació valorada: advertim que donarem una mala notícia.

Pacient programat: actor que assumeix el rol de pacient. Aquest rol es pot desenvolupar de forma semiestructurada (pacient simulat), o amb una guia verbal i gestual que delimiti amb precisió totes les seves intervencions (pacient estandarditzat), o inclús capacitant-lo per donar feedback a l'alumne (pacient monitor).

Patobiografia: dibuixar una línia que inicia en el naixement, sobre la qual situem els esdeveniments biogràfics i de malalties fins la data actual.

Pensament intuïtiu/analògic: es basa en associacions d'idees en situacions similars, viscudes abans, per prendre decisions. Oposat al pensament guiat per criteris.

Pensament guiat per criteris: prendre decisions basades en dades de la realitat.

Principi de juxtaposició de tècniques: quan es juxtaposen dos tècniques la que predomina sempre és la formulada en últim lloc. Ex.: "com era el dolor? Punxant?" (convertim una pregunta inicialment oberta en tancada).

Punt de fuga: part de l'entrevista en què el pacient buida la informació preelaborada.

Punt de perplexitat: quan ens adonem que no sabem. Cuidar aquest punt és necessari ja que són moltes les solucions habituals que tracten de minimitzar de manera automàtica aquesta percepció.

Qualitats de superfície de l'entrevistador: manera d'acollir el pacient. Calidesa, respecte i cordialitat, entre altres.

Qualitats profundes: manera de respondre al patiment del pacient. Empatia, contenció emocional, assertivitat.

Reguladors: conjunt de senyals gestuals o verbals amb què regulem el fluxe conversacional.

Repel·lents de comunicació: característiques d'una persona que ens criden l'atenció en un sentit negatiu (olor, parallenguatge, ...).

Silencis disfuncionals: el pacient espera que l'entrevistador digui o faci alguna cosa.

Silencis funcionals: ajuden el pacient a concentrar-se.

Sords emocionals: persones que no saben escoltar o elaborar els seus propis sentiments, com no sigui en un diàleg real.

Tècnica estereognòsica: mostrem el significat d'una mesura terapèutica o un procés fisiopatològic amb l'ús del tacte, de la pressió, ...o altre òrgan diferent de l'oïde. Ex.: "vegi aquesta gràfica, cap punt hauria de creuar la línia vermella, vostè correspon a aquest punt d'aquí, ..."

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I MIGRACIÓ I ATENCIÓ PRIMÀRIA

01

MIGRACIÓ I ACCÉS AL SISTEMA SANITARI

Al 1985 es creà una llei orgànica que deixava en mans de les organitzacions no governamentals i altres de beneficència l'assistència social i sanitària d'aquest col·lectiu, excepte en serveis d'urgències, i més endavant, l'atenció maternoinfantil.

A l'abril de 2000 es va aprovar la **Llei Orgànica dels Drets i Llibertats dels Estrangers** i la seva integració social (LODILE), segons la qual **per l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols, només és necessari estar empadronat.**

El grup d'immigrants no regulats podria accedir al sistema sanitari a través del dret de l'assistència sanitària a persones sense recursos suficients.

A nivell estatal, l'assistència sanitària a estrangers/immigrants que no pertanyen a la Unió Europea està regulada pel Real Decret Llei (RDL) 16/2012, que diferencia entre aquells estrangers que es troben regularitzats, que podran rebre assistència sanitària en les mateixes condicions que els autòctons, i els que no es troben en una situació regular, que només tindran garantit l'accés a l'assistència sanitària en els següents casos:

- Urgència per malaltia greu o accident, qualsevol que sigui la causa, fins la situació d'alta mèdica.
- Assistència a l'embaràs, part i postpart.
- Menors de 18 anys.
- Sol·licitants de protecció internacional.
- Víctimes de trata que es trobin en període de restabliment o reflexió.

Aquest canvi en la legislació s'estima que ha deixat sense cobertura sanitària normalitzada a uns 800.000 residents a Espanya.

L'aplicació del RDL és desigual entre comunitats. Així, hi ha algunes on el govern de la comunitat refusa l'aplicació del RDL i ha dut a terme accions contra ell, garantint l'assistència sanitària als estrangers no regularitzats (Andalusia, Catalunya, Euskadi, Principat d'Astúries).

02

ARRIBADA I PROJECTE MIGRATORI

TIPUS DE MIGRACIÓ

Segons el temps de duració: estacional, temporal, temporal reiterada o indefinida.

Pot ser una migració interior (dins d'un mateix estat) o exterior.

Segons el grau de llibertat: involuntària (refugiats, exiliats, ...) o voluntària (un dels motius més freqüents és l'econòmic).

SOCIETAT D'ACOLLIDA

Assimiladora: la cultura autòctona es considera única, i és l'immigrant qui ha d'adaptar-se.

Separadora: la cultura autòctona i la de l'immigrant es mantenen separades totalment.

Intercultural: intenta aconseguir un intercanvi cultural entre la societat receptora i la immigrant, apareixent amb el temps una comunitat nova fruit d'aquest intercanvi.

Integradora: l'immigrant s'incorpora a la cultura autòctona, encara que el pes d'aquesta sobre l'immigrant és major.

DOL MIGRATORI

Hi ha tres components que afavoriran o dificultaran l'adaptació de l'individu:

DOLS MIGRATORIS

- **Dol per la família i els amics**
- **Dol per la llengua materna:** no totes les persones tenen les mateixes habilitats lingüístiques. Si hi ha accessibilitat a cursos d'adults i al col·legi, més fàcil serà adquirir la llengua.
- **Dol per la cultura:** les concepcions que té del món l'immigrant són diferents a les de les persones del país d'acollida. Canvia l'alimentació, la forma de vestir,...
- **Dol pel paisatge i la terra:** sol idealitzar-se el país d'origen.
- **Dol per la pèrdua de l'estat social:** la majoria d'immigrants empitjoren el seu estat social.
- **Dol pel grup ètnic**
- **Dol per la pèrdua de seguretat:** per aquestes dificultats, són els joves, forts i amb gran capacitat d'adaptació, els que més emigren.

→ Recolzament social.

→ **Cultura:** implica diferents models d'adaptació.

→ **Vulnerabilitat:** com menor és la consistència i elaboració del projecte migratori, més difícil serà el procés de dol.

El dol es veu influenciat per la recurrència (emigrant que torna al seu país, ...), i pot anar cronificant-se. Implica un canvi en la identitat (quan una persona emigra durant molt temps, canvia).

Durant el procés de dol pot haver regressió: la persona pot ser més depenent, dèbil o infantil.

03

ASSISTÈNCIA A L'IMMIGRANT EN AP

PROBLEMÀTICA SOCIAL I SANITÀRIA

La migració és un factor de risc per la salut física i mental per l'alta vulnerabilitat biopsicosocial.

El procés de dol migratori condueix a l'adaptació, acomodació, integració, o en el pitjor dels casos, la inadaptació al nou medi.

Hi ha variables que influeixen negativament abans i durant la migració:

- Fragilitat social de l'individu (dones, nens, ancians).
- Experiències al país d'origen (falta de llibertats, ...).
- Baix grau cultural.
- Desmotivació i ansietats del canvi.

S'afegeixen variables que actuaran després de la migració i transgeneracionals:

- Actitud del medi: polítiques d'estat, pressions per la culturalització, oportunitats econòmiques i socials.
- Experiències vitals.
- Compliment d'expectatives.

Factors que dificulten la integració al país d'acollida en l'àmbit social, el sistema sanitari i l'educatiu:

- Pautas d'integració forçada que no deixen lloc a l'elaboració del dol migratori.
- Falta de dispositius d'acollida.
- Agrupació rígida dels immigrants.

■ DIFICULTAT D'ACCÉS AL SISTEMA SANITARI

Dificultats pels immigrants per accedir als serveis de salut:

→ Restriccions internes:

→ **Autorrestricció primària:** factors interns (autopercepció de la salut, falta d'informació sobre els recursos) que no fan sentir necessitat d'acudir al centre de salut.

→ **Autorrestricció secundària:** l'individu amb experiència prèvia negativa no acudirà al centre sanitari.

→ **Restriccions externes:** dificultats administratives, socioeconòmiques, culturals i comunicatives.

■ ATENCIÓ INADEQUADA

Quadres psicopatològics al llarg del temps:

→ **Crisis primàries:** durant la migració.

→ **Crisis secundàries:** després de l'assentament.

→ **Crisis terciàries:** en la senectut.

En moltes ocasions s'expressaran com somatitzacions. Aquestes demandes es poden atendre inadequadament per: dificultat d'accés al sistema sanitari, falta de sensibilitat sobre el procés migratori com factor de risc i barreres de comunicació entre professional i pacient.

El dol mal elaborat i somatitzat de l'immigrant pot arribar a la medicalització cronificada.

La població immigrant ha de ser tractada de forma integral des de l'AP, i els centres especialitzats s'han d'usar per tractar patologies importades poc freqüents a Espanya i no com recursos per pal·liar els dèficits en els centres d'AP.

■ CONSEQÜÈNCIES EN L'ÀMBIT DE LA SALUT PÚBLICA

Patologia més prevalent en aquesta població:

- **1).** Malalties reactives o d'adaptació.
- **2).** Malalties importades.
- **3).** Malalties de base genètica.

Les malalties reactives o d'adaptació són les més freqüents. Hi ha una major incidència en els immigrants.

Gran part de consultes són per símptomes inespecífics o quadres banals.

Són més prevalents: infeccions respiratòries altes, síndromes gripals, reaccions al·lèrgiques, trastorns digestius, dolors musculoesquelètics, prurit, debilitat, ...

Les baixes laborals són més llargues, i també els ingressos hospitalaris.

Hi ha un increment dels accidents laborals.

Pel que es refereix als trastorns mentals, hi ha major prevalència de depressió i ansietat (amb trets de

paranòia i hipocondria). És freqüent l'expressió en forma de somatitzacions: cefalees, epigastràlgies, insomni, dolors musculoesquelètics, ...

Als 2-3 anys de la migració l'immigrant pot perdre la immunitat que adquirí en el país d'origen davant alguns patògens. Això pot reactivar infeccions, afavorides per les males condicions higienicoalimentàries. Les infeccions més prevalents són: **parasitosis intestinals, malalties de transmissió sexual, hepatitis víriques i tuberculosi.**

A Espanya hi ha hagut un increment de la taxa de tuberculosi atribuïble als immigrants.

Aquesta malaltia es desenvolupa, sobretot, als 2-5 anys de l'arribada, i sol ser una reactivació d'una infecció contraïda al país d'origen (encara que també hi ha casos de contagi directe recent).

La major incidència de tuberculosi i altres malalties infeccioses en la població immigrant no modifica la de la població autòctona.

En salut reproductiva són problemes freqüents: parts prematurs, baix pes en néixer, complicacions en el part, demandes d'interrupció d'embaràs (escàs coneixement dels mètodes anticonceptius).

A pediatria s'han observat dèficits nutricionals (ferropènia, hipocalcèmia, ...), raquitisme, ...

En alguns països hi ha escassa cobertura vacunal.

Les malalties importades es divideixen en malalties tropicals i "malalties cosmopolites".

Les tropicals requereixen simultàniament la presència de vectors, hostes intermediaris i/o reservoris.

En canvi les malalties cosmopolites tenen una distribució més àmplia (incloent els propis països d'acollida). Solen transmetre's via oral, fecal-oral o per contacte personal estret.

La majoria de les malalties infeccioses importades tenen importància individual i suposaran escàs impacte en termes de salut pública.

Els immigrants acabats d'arribar de zones endèmiques i en viatjar de vacances als seus països d'origen són els que més risc tenen de contraure o portar una malaltia tropical, per la qual cosa és important el consell sanitari i la vacunació internacional en l'immigrant que visita el seu país després d'un període més o menys llarg d'estada a Europa.

PROTOCOLS D'ACTUACIÓ

L'**immigrant** és la persona natural i resident en un país de renda baixa que arriba a Espanya, independentment de la raó del viatge o duració prevista d'aquest.

L'**emigrant** és aquell que, residint a Espanya, se'n va a un país de renda baixa per un període superior a 3 mesos i després torna.

El **viatger** és la persona que resideix a Espanya, i viatja a un país de renda baixa per un període inferior a 3 mesos i després torna, independentment dels motius del viatge.

■ PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA A IMMIGRANTS

Aquest protocol és orientatiu i s'ha d'adaptar a cada immigrant en funció del motiu de consulta, del país de procedència i del temps d'estada a Espanya.

■ ■ Anamnesi:

DADES BÀSIQUES DE L'ANAMNESI EN ELS IMMIGRANTS

- ➔ Filiació.
- ➔ Sexe, edat.
- ➔ País d'origen i ruta migratòria fins arribar a país d'acollida.
- ➔ Temps transcorregut des d'arribada al país d'acollida.
- ➔ Viatges realitzats després de l'arribada al país d'acollida.
- ➔ Vacunacions.
- ➔ Història d'ITS i factors de risc per ITS i VIH.
- ➔ Història de transfusions.
- ➔ Història obstètrica-ginecològica i mètodes anticonceptius en dones.
- ➔ Tractaments previs amb fàrmacs.
- ➔ Situació social i familiar (tipus de vivenda, convivents, recursos).
- ➔ Situació laboral (tipus de treball i riscos laborals).
- ➔ Factors psicològics estressants.
- ➔ Motiu de consulta.
- ➔ Interrogatori per aparells.

ITS: infecció de transmissió sexual.

■ ■ Exploració:

L'habitual i especialment:

- ➔ Estat nutricional.
- ➔ Coloració de mucoses.
- ➔ Exploració cutània exhaustiva.
- ➔ Adenopaties, visceromegàlies.
- ➔ Exploració psicològica bàsica.

■ ■ Exploracions complementàries (previ consentiment):

- ➔ Hemograma complet.
- ➔ Bioquímica bàsica (hepàtica, renal, glicèmia).
- ➔ Sistemàtic d'orina.
- ➔ Serologies: VHB, VHC, VIH1 i 2, lues (si procedeix).
- ➔ Mantoux (si procedeix).
- ➔ Rx de tòrax (en adults, si procedeix).

- Paràsits en femta (veure pauta).
- Extensió sanguínea: en nens entre 3-5 anys i embarassades de països endèmics de malària.

HEMOGRAMA

Podem detectar:

- Anèmies: la més freqüent a nivell mundial és la ferropènica.
- Hemoglobínopaties.
- Eosinofília perifèrica: sospitar paràsits (sobretot helmints). **Eosinofílies en immigrants menors de 800/mm³ es poden considerar normals.**

SISTEMÀTIC D'ORINA

Si hi ha hematúria sospitar schistosoma haematobium si el pacient ve de zones on existeix el paràsit (veure taula).

PARÀSITS A FEMTA

No hi ha consens sobre el benefici de l'estudi coproparasitològic rutinari en immigrants asimptomàtics, ja que la infestació per helmints intestinals no se sol correlacionar amb malaltia, generalment no es transmet de persona a persona i la seva prevalència disminueix amb el temps d'estada al país receptor.

L'actitud serà la següent:

- **Immigrants de zones d'alt risc:**
- **Estada menor d'1 any:** es pot valorar tractament sense estudi previ de paràsits, amb albendazol (400 mgr/d 5 d., contraindicat en l'embaràs).
- **Estada entre 1-3 anys:** estudi paràsits i tractament, segons resultat.
- **Estada major de 3 anys:** actitud similar a població autòctona.
- **Immigrants de països no d'alt risc, però amb factors de risc** (amuntegament, contacte amb malalts, ...): estudi de paràsits i tractament si procedeix.
- **Immigrants de països no d'alt risc i sense factors de risc:** actitud igual que en la població autòctona.

TEST DE TUBERCULINA (PPD/MANTOUX)

Conversor del PPD: increment de >10 mm d'induració en un període de 2 anys, independentment de l'edat.

La vacunació prèvia amb BCG positivitza la tuberculina, que anirà minvant amb el temps. Però la resposta pot ser reactivada després d'un estímul del PPD. Es considera que **tot PPD > 15mm. és realment positiu independentment de la vacunació BCG**, i en els nens en edat escolar el nivell podria ser de 10-15 mm.

POSITIVITAT DE LA INTRADERMORREACCIÓ

Major o igual a 5 mm

- HIV/SIDA.
- Immunodeprimits.
- Contactes recents.
- Rx. de tòrax amb cicatrius recents.

Major o igual a 10 mm

- Immigrants que resideixen en el país des de fa menys de 5 anys.
- Nens menors de 4 anys.
- Nens i adolescents convivents amb adults dels grups de risc.
- Addictes a drogues via endovenosa.
- Treballadors sanitaris.
- Personal de laboratori.
- Altres malalties o condicions de risc incrementat.

Major o igual a 15 mm

- Immigrants que resideixen en el país des de fa més de 5 anys
- La resta

RX. TÒRAX

El més rentable en termes de salut pública és la realització conjunta de Rx. Tòrax i PPD a tot immigrant que precisi cribatge de TBC.

La Rx. Posteroanterior de tòrax està indicada en tota persona PPD + per descartar malaltia activa.

Als nens menors de 5 anys es recomana Rx. PA i lateral.

SEROLOGIES

Hepatitis B i C:

Les prevalences més altes es troben a Sudest Asiàtic i Àfrica Subsahariana. A Amèrica Llatina les taxes d'hepatitis virals són molt més baixes.

El cribatge cal acompanyar-lo de vacunació de convivents i familiars dels portadors d'hepatitis B.

Sífilis i VIH: Major número de casos es concentra a Àfrica Subsahariana. L'OMS ha conclòit que el cribatge de VIH és inefaç en prevenir la propagació del virus al món. La prova es realitzaria amb el fi de proporcionar als casos positius la possibilitat d'una assistència adequada.

A més a més de les comentades anteriorment, toxoplasmosi en gestants i rubèola en dones en edat fèril.

■ EXTENSIÓ SANGÜÍNEA I GOTA GROSSA:

- ➔ És més important la sospita i la ràpida actuació en individus simptomàtics que el cribatge en tots els immigrants.
- ➔ Malgrat això, els nens i embarassades, fins els 3 primers mesos d'estada, provinents de països endèmics de *Plasmodium Falciparum* són un grup de risc per la major possibilitat de complicacions greus. Cal cribatge.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES A IMMIGRANTS SEGONS EL LLOC DE PROCEDÈNCIA

	EUROPA DE L'EST	ÀSIA	ÀFRICA DEL NORD	ÀFRICA SUBSAH.	AMÈRICA LLATINA
Hemograma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bioquímica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Orina elemental	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
VHB	No	Sí	No	Sí	No
VHC	No	Sí	No	Sí	No
VIH/VDRL	No	No	No	(Sí)	No
PPD	(Sí)*	Sí	Sí	Sí	Sí
Malària	No	No	No	(Sí)**	No

Sí : indicada de rutina.

No : no indicada de rutina.

(Sí) : indicació de rutina discutida.

* Dependent del país.

** Sí en nens i embarassades de països endèmics en els 3 primers mesos de la seva arribada.

- ➔ En immigrants asimptomàtics el cribatge de malalties infeccioses importades és un tema debatut i les recomanacions són discutibles.
- ➔ Les exploracions als immigrants acabats d'arribar tenen com objectius:
 - ➔➔ 1). Identificar portadors de malalties infeccioses transmissibles, intervenint per evitar que es transmetin a la població del país receptor.
 - ➔➔ 2). Identificar els problemes de salut d'aquesta població per adequar els serveis sanitaris.

BIBLIOGRAFIA:

CAAPS IV. **Quadern 11. Atenció a la família i a la comunitat.** Barcelona, Març de 2009.

Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen 1. A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez. Sexta edición. Barcelona, 2008.

Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. A. Martín Zurro, J. F. Cano y J. Gené Badia. Séptima edición. Barcelona 2014.

Aproximació al Coneixement de la Comunitat en Atenció Primària. 2a edició 2003. Grup de treball en APOC de la SCMFic.

Manual de notificació de les MDO per l'any 2005. (www.gencat.net)

Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut i tecnologia. Barbara Starfield. Edició catalana, 2001. Fundació Gol i Gurina, SCMFic.

Guia pràctica d'hipertensió arterial per a l'AP. 2a edició. Scmfic.

Entrevista clínica, manual d'estratègies pràctiques. Borrell i Carrió, F. Barcelona, semFYC 2004.

Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client. Comissió de millora de la qualitat de la Scmfic. 1998.

Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Junta de Andalucía. 2ª edición, 2004.

