

**La salut al llarg del cicle vital
des de la perspectiva infermera
centrada en la persona**

**LA SALUT AL LLARG DEL CICLE VITAL
DES DE LA PERSPECTIVA INFERMERA
CENTRADA EN LA PERSONA**

María del Carmen Malagón-Aguilera, Glòria Reig-Garcia.
Marta Roqueta-Vall-llosera (eds.)

Editores: María del Carmen Malagón-Aguilera
Glòria Reig-Garcia
Marta Roqueta-Vall-Ilosera

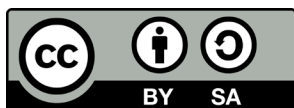
Revisió lingüística: Verval | correccions i traduccions

Imatge Portada: Arturo Gutiérrez Malagón

Subvencionat pel Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona

Les imatges i figures del llibre són inèdites o bé hi consta clarament la font original

En aquest llibre, de la mateixa manera que ho utilitza el Consell Internacional d'Infermeres (CIE), en fer menció a Infermera s'ha d'entendre que es fa referència als professionals d'ambdós sexes.



Avís legal

Aquesta obra està subjecta a una llicència Reconeixement 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la transformació per generar una obra derivada, sense restricció sempre que se'n citi el titular dels drets (Universitat de Girona). La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/legalcode.ca>

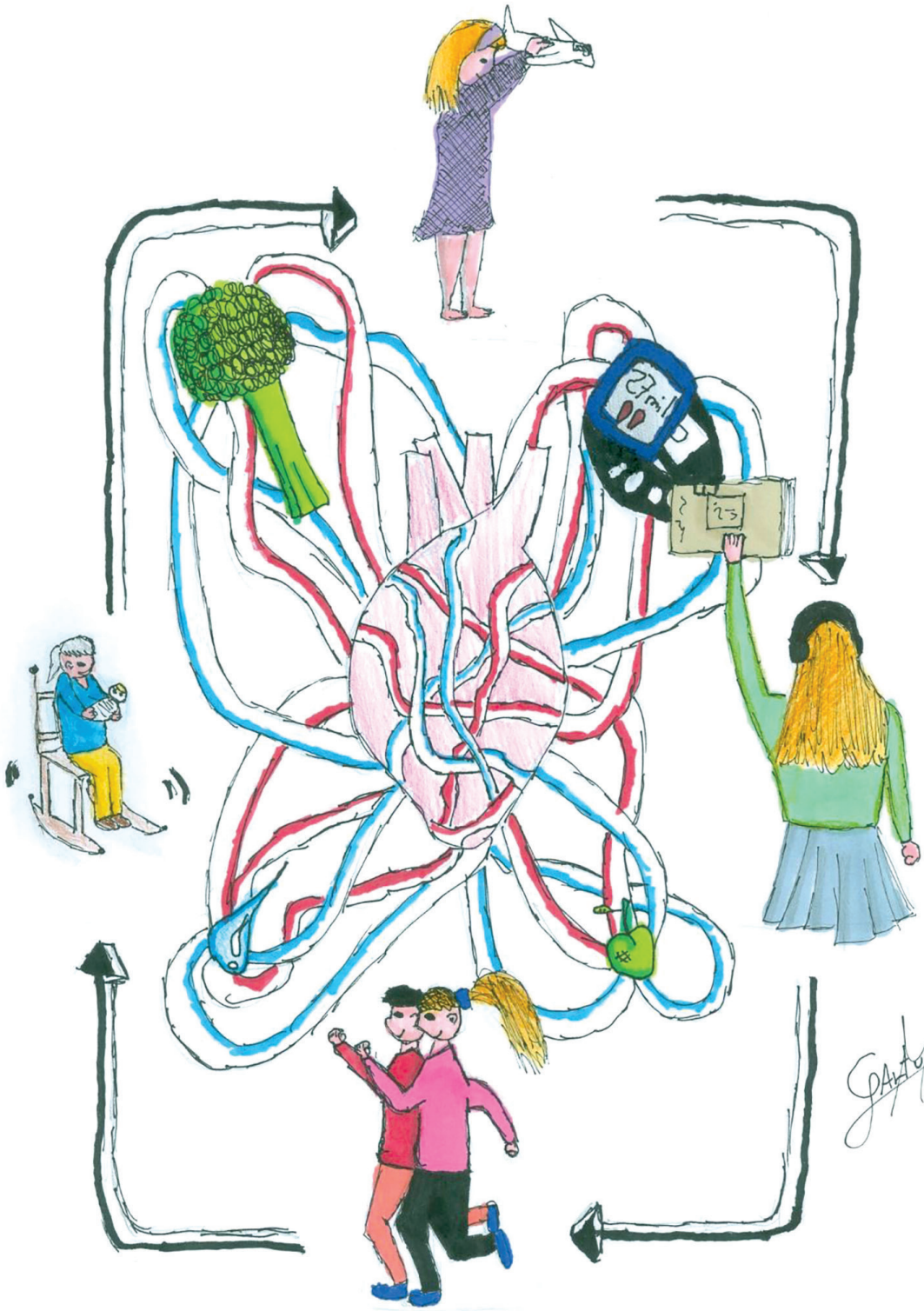
© dels textos: els autors

Edita: Universitat de Girona - Servei de Publicacions

Dipòsit Legal: Gi 1273-2021

ISBN: 978 84 8458 597 8

Girona, octubre 2021



Antonio

ÍNDEX

PRÒLEG	7
INTRODUCCIÓ: el model d'atenció centrat en la persona. Un canvi de paradigma?.....	11
UNITAT 1: fonaments teòrics de la infermera centrada en la persona	17
Capítol 1: la salut de les persones i els seus determinants.....	19
Capítol 2: la persona: centre de la cura de la infermera.....	27
Capítol 3: les habilitats per a la vida: habilitats infermeres per a la cura centrada en la persona	39
Capítol 4: la infermera centrada en la persona i la cura basada en l'evidència..	55
UNITAT 2: la valoració bàsica de la salut al llarg de la vida de la persona...	65
Capítol 1: la valoració de la salut, fonament de les cures centrades en la persona.....	67
Capítol 2: l'exploració física com a eina per a la recollida de dades de la valoració infermera a la persona en edat adulta: generalitats.....	79
Capítol 3: valoració de la salut de la persona del naixement a l'adolescència....	85
Capítol 4: valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema respiratori.....	115
Capítol 5: valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema cardiovascular.....	131
Capítol 6: valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema muscular i esquelètic. Sistema gastrointestinal.....	141
Capítol 7: valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema neurològic.....	155
Capítol 8: valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema tegumentari.....	165
Capítol 9: valoració de la salut de la dona al llarg de la vida.....	173
Capítol 10: promoció de la salut de la dona: prevenció de la violència de gènere.....	193
Capítol 11: l'envelliment de les persones explicat des de la demografia.....	205
Capítol 12: la infermera centrada en l'envelliment actiu i saludable de les persones.....	215
UNITAT 3: la infermera promotora dels hàbits de salut de les persones al llarg de la vida	237
Capítol 1: promoció de l'activitat física.....	239
Capítol 2: promoció de l'alimentació saludable.....	253
Capítol 3: promoció del maneig de les emocions.....	261
Capítol 4: el sentit de la vida de la persona i la seva salut.....	271
Capítol 5: aprendre a evitar el consum de tòxics: tabac, alcohol, drogues.....	277

PRÒLEG

Dra. Carme Bertran Noguer

Degana. Facultat d'Infermeria
Universitat de Girona

Aquesta obra, fruit de la col·laboració del professorat de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, compromès amb la docència, la recerca i la transferència del coneixement, és una mostra de la implicació de l'àmbit acadèmic en la generació i difusió de coneixement infermer com a element bàsic per a l'avenç professional. Aquesta publicació aborda un element cabdal en l'atenció infermera com és la valoració infermera, fase inicial del procés d'atenció, i aporta coneixements i elements de reflexió en les diferents etapes del cicle vital, tant als futurs infermers i infermeres en formació com als titulats i titulades incorporats al món laboral, amb la intenció de millorar la seva competència professional en l'atenció centrada en la persona.

Els canvis sociodemogràfics que ha sofert la societat en els darrers anys i, especialment, la crisi del model econòmic; els canvis educatius; les modificacions del mercat laboral; els moviments migratoris; l'envelliment de la població i les noves tecnologies han configurat un nou escenari caracteritzat per l'increment de persones amb més necessitats sanitàries i socials que volen implicar-se en el seu procés de cura, així com per la necessitat de comptar amb agents, amb un determinat rol professional, que apoderin aquestes persones en la gestió de la seva salut i benestar.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2008), en aquest context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic, recomana revisar i transformar els models d'atenció per donar resposta als nous reptes que es plantegen i emprendre accions transversals, interdepartamentals i integrades adreçades a la prevenció, la promoció i l'atenció centrades en la persona i amb una visió comunitària i poblacional.

En els darrers anys, a Catalunya, l'interès per adaptar els serveis a les necessitats de les persones i esperonar la seva implicació en la cura del seu

benestar i salut ha propiciat la reorientació del model d'atenció. S'ha posat la persona al centre del sistema social i sanitari i s'ha promogut el respecte per la seva dignitat i autonomia, com a pilars ètics fonamentals. Tanmateix, l'aprovació de diverses lleis que reconeixen, de manera explícita, el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut i que regulen els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia de la persona atesa, i la documentació clínica (Llei 21/2000, de 29 de desembre); la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006, de 14 de desembre); i el dret de la ciutadania a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació dels serveis socials i l'enfortiment del quart pilar bàsic de l'estat del benestar (Llei 12/2007, d'11 d'octubre) estan generant nous usuaris i noves necessitats que obliguen els professionals a posar a la persona al centre de la seva atenció per tal de poder donar resposta a les noves demandes, més específiques, diverses i multidisciplinàries.

L'atenció centrada en la persona la posa al centre del sistema amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com a igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció que s'inicia en l'espai competencial de la infermera amb la fase de valoració com a aspecte vertebrador d'aquesta obra i que destacarem amb posterioritat.

L'atenció centrada en la persona ajuda a millorar la qualitat de l'atenció i els resultats. També redueix la càrrega assistencial i ajuda a fer un ús més eficient dels serveis socials i sanitaris. Corresponsabilitzar la persona de la seva salut física i mental, benestar i autocura esdevé un element cabdal per dur a terme una atenció integrada, social i sanitària, d'alta qualitat, tal i com es contempla en el Pla de Salut 2016-2020 de la Generalitat de Catalunya. El document entén la salut a totes les polítiques, l'atenció de qualitat, el compromís i la participació i el bon govern com un sistema centrat en les persones.

Aquest model d'atenció integrada, social i sanitària s'estructura en el treball conjunt entre els diferents professionals i els agents que atenen les persones, els cuidadors i les famílies per garantir una valoració integral. Formen part d'aquest procés la ciutadania i els professionals de totes les organitzacions i àmbits assistencials. Per això, els infermers i infermeres, per les seves funcions professionals de docència, formació, gestió i assistència, són agents clau en el disseny i desenvolupament d'estratègies d'atenció centrada en la persona ja que el mètode científic que apliquen en la seva competència professional, emmarcat en un treball interdisciplinari i en equip, els permet dur a terme

una valoració de la persona que identifica les seves necessitats, així com les del seu entorn familiar i relacional. Tanmateix, aporten coneixements experts que transmeten, especialment, des d'una perspectiva salutogènica i a través de l'educació sanitària, el seu compromís amb l'alfabetització en la salut com a element clau per apoderar les persones en la gestió de la seva salut, en l'exercici d'un rol autònom, corresponsable i proactiu i en la presa de decisions.

Aquest paper indispensable que té la infermera en l'atenció a la persona s'inicia, com ja s'ha esmentat, en la primera fase del procés d'atenció d'infermeria, mètode científic i sistemàtic de proporcionar una atenció integral, eficient, individualitzada i humanista centrada en l'assoliment dels resultats esperats, que permet establir un pla personalitzat d'atenció; què és la valoració. Aquesta consisteix a recollir i organitzar dades sobre la persona, la família i l'entorn per tal de construir el pla d'actuació segons els objectius de la persona atesa i esdevenir la base per a posteriors decisions i accions.

El llibre és un compendi de diversos capítols monotemàtics escrits per persones expertes en cadascun dels temes que es desenvolupen al voltant d'un eix vertebrador, la valoració infermera en les diferents etapes vitals, des d'una perspectiva salutogènica i tenint a les persones com a centre de l'atenció. La motivació que n'ha esperonat l'elaboració rau en l'interès d'aportar, des de l'acadèmia, un abordatge profund de la valoració infermera, element clau per al desenvolupament del procés d'atenció en el si d'un equip multidisciplinari que ha de donar un servei integral i individualitzat a la persona.

L'obra està encapçalada per una introducció centrada en el nou paradigma de l'atenció centrada en la persona i en tres unitats que tracten la fonamentació teòrica de l'atenció infermera a la persona, la valoració de la salut en les distintes etapes vitals i la promoció de la salut. És de gran interès per als futurs graduats en infermeria, així com per als professionals infermers que estan desenvolupant la seva tasca laborals al servei de les persones i de la comunitat.

La promoció de la salut es porta a terme al llarg de tota la vida de les persones i actua sobre els determinants de la salut de cada etapa vital i de la seva evolució al llarg dels anys. En aquest sentit, l'obra aborda l'atenció durant la infància i en etapes posteriors de la vida, com són l'adolescència i la joventut, la vida adulta, i la de les persones més grans.

Vull agrair, finalment, la col·laboració dels diferents autors i autores dels diversos capítols que han posat a l'abast dels futurs graduats en infermeria i dels seus titulats continguts importants per excel·lir en la seva atenció professional a les persones, així com a la coordinadora de l'obra pel plantejament de la mateixa i pel treball realitzat de gran interès acadèmic i professional.

INTRODUCCIÓ

El model d'atenció centrat en la persona.
un canvi de paradigma?

**Dra. Dolors Juvinyà i Canal
i Sra. Carla Casals Alonso**

En aquest capítol es vol respondre a la qüestió sobre si el model d'atenció centrada en la persona és un canvi de paradigma o la recuperació d'una bona pràctica. Per això és important clarificar alguns conceptes, com per exemple què és un model, com definim la salut i de què parlem quan diem que un model ha de ser centrat en la persona.

Segons el diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans, un model és “allò que ha de servir d'objecte d'imitació” donant la idea que un model ens facilita el que hem de fer i com ho hem de fer posant de manifest aquells aspectes que hem de tenir en compte.

Quan parlem de salut, trobem diverses definicions i aproximacions. Des d'una perspectiva positiva de la salut i tenint en compte el glossari de Promoció de la Salut de la Organització Mundial de la Salut (OMS) es considera que “La salut és bàsicament una estructura social: es crea a través de la interrelació entre les persones i els seus entorns en el procés de la vida diària: on les persones viuen, estimen, aprenen, treballen i juguen (Kickbusch, 1997). Aquesta definició de la salut, amb una aproximació positiva i holística, ens recorda que parlar de salut implica parlar de persones i que les persones tenen un paper clau en la gestió de la nostra salut i la de la nostra comunitat.

Si assumim que les persones són responsables de la seva salut i que la salut és un dret que hem de sostenir com a societat, tal i com es recull a la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut (1986), és imprescindible que els serveis i professionals de la salut s'hi aproximïn des d'una mirada positiva, àmplia i reorientin la seva pràctica.

L'atenció centrada en la persona, segons l'OMS (2008), es defineix com a “aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada

en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient". L'aplicació d'aquest concepte va comportar un seguit de canvis i reorientacions en els serveis i sistemes de salut.

L'any 2012 el Sistema Nacional de Salut d'Espanya va impulsar una reforma estructural que incorporava unes mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema i contribuir a millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions. Aquesta reforma implica que el Sistema Nacional de Salut ha de ser universal, gratuït, just, equitatiu, sostenible, de qualitat, eficaç, eficient i professional.

Incorporar aquestes mesures comportava una reorientació dels serveis de salut basada en aquesta mirada positiva de la salut i requeria incorporar l'enfocament dels drets humans i el dels determinants socials de la salut a fi d'apoderar les persones per millorar la seva salut i la de la seva comunitat. Aquesta perspectiva comparteix, en gran mesura, els pilars i valors de la promoció de la salut, fet que comporta, per tant, basar la reorientació dels serveis en clau de promoció de la salut.

L'enfocament de drets es basa en la Declaració Universal dels Drets Humans (1948) que recull en el seu article 25 que *"tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li asseguri, així com a la seva família, la salut i el benestar, ... la maternitat i la infància tenen dret a una cura i assistència especials"*. Incorporar aquest enfocament dels serveis de salut passa per tenir en compte, i incloure, principis com la responsabilitat, transparència, universalitat, no discriminació, equitat, i participació en la presa de decisions.

Incorporar l'enfocament dels determinants socials de la salut ens brinda informació valuosa per conèixer les causes de l'estat de salut de les persones i grups més enllà de l'herència genètica i dels estils de vida. Són les condicions socials i econòmiques les que influeixen en les diferències individuals i col·lectives pel que fa a l'estat de salut: el context socioeconòmic i polític, l'estructura social, la classe social, l'ètnia, el gènere, l'educació, les condicions laborals o els serveis de salut entre altres. Considerar els serveis de salut com a un determinant ens obre la porta a una nova orientació sobre el paper dels serveis de salut en la millora de la salut de les persones que va més enllà del control i la prevenció de la malaltia.

L'any 2015 l'Organització Mundial de la Salut va aprovar l'estratègia "WHO global strategy integrated people-centred Health services 2016-2026". Aquesta estratègia descriu el marc conceptual dels serveis de salut integrats i centrats en la persona, tal i com es pot observar en la figura 1. Aquest model aposta per uns serveis universals, equitatius, integrats i que se centrin en les persones tenint en compte l'entorn on viuen, posant de manifest que

les polítiques de salut del nostre país, com es veurà a continuació, hi estant totalment alineades.

Aquests serveis de salut integrats, i centrats en la persona, es basen en un marc que té en compte l'entorn i l'estat de desenvolupament del país emfatitzant en les necessitats d'un treball intersectorial i tenint en compte aspectes propis del sector de la salut del país (governança, finançament i recursos) i de la prestació de serveis del mateix país (xarxes, infraestructures i professionals).

A Catalunya, pel que fa a la planificació en temes de salut, les recomanacions de l'OMS es van tenir en compte en l'elaboració del Pla de Salut 2016-2020 de la Generalitat de Catalunya. El seu lema, "Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just", posa de manifest que el punt de partida era aquesta nova mirada de la salut, basada en els drets i en els determinants socials de la salut i fent èmfasi en el fet que la persona era el centre de totes les polítiques de salut, recordant el paper actiu de la persona i fent-la corresponsable de la seva salut. Per a fer-ho va plantejar un esquema de treball amb un sistema centrat en la persona i establia el compromís i la participació, l'atenció de qualitat, el bon govern i la salut a totes les polítiques com a estratègies per assolir els diferents objectius.

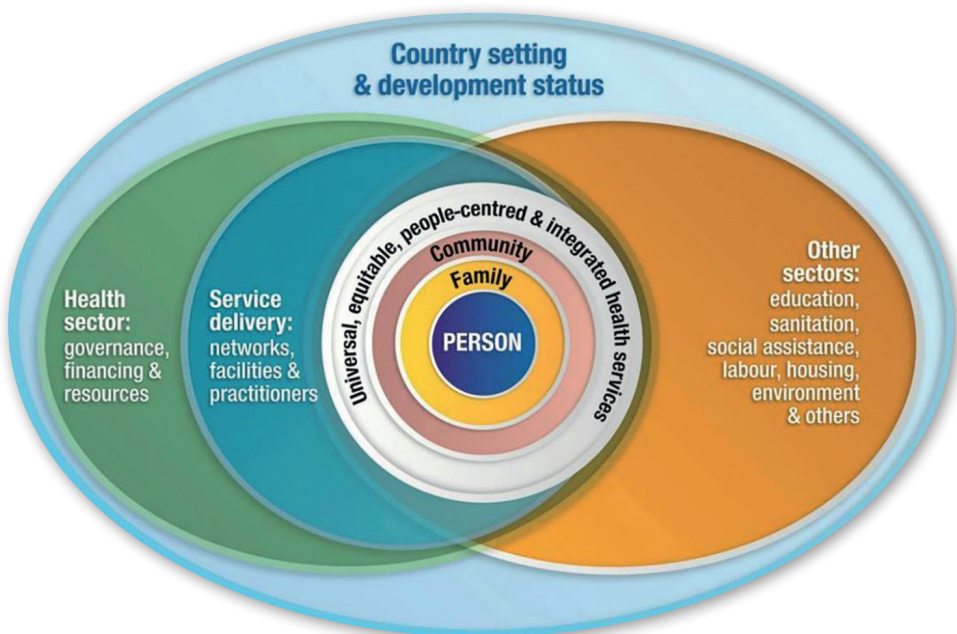


Figura 1. Marc conceptual dels serveis de salut integrats i centrats en les persones.
Font: WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 (2015)

En aquest Pla de Salut l'Atenció Centrada en la Persona es defineix com a "l'atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció" (Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, PIAISS. Generalitat de Catalunya, 2016).

Els principis que guien aquest model d'atenció, i que faciliten la reorientació dels serveis de salut es poden resumir en les següents elements:

- Facilitar informació precisa, rellevant i comprensible per tal que la persona pugui prendre decisions en relació a la seva salut i benestar.
- Garantir l'accés i suport als serveis de salut, tractaments i activitats preventives, de promoció de la salut i de promoció de l'autonomia personal.
- Implicar la ciutadania en el disseny de les polítiques socials i de salut.
- Respectar l'elecció i el poder de decisió de la persona fomentant la presa de decisions compartides.
- Respectar les preferències, els valors, necessitats i independència de la persona.

Reorientar els serveis de salut centrant-los en les persones té com a missió oferir serveis orientats a satisfer les necessitats de salut de les persones, considerant la salut d'una manera àmplia que va més enllà de l'absència de malaltia, i més amplis, integradors i resolutius que els serveis que no han iniciat el procés de reorientació. Aquesta nova generació de serveis de salut compta amb professionals més compromesos, utilitza les TIC com a canal de comunicació i coneixement, contribueix a disminuir les desigualtats en salut i basa les seves accions en bones pràctiques. Aquesta reorientació dels serveis ens ofereix l'oportunitat d'impulsar un canvi dirigit a la millora de la qualitat dels serveis, impulsar un treball intersectorial i en xarxa, apostar per un lideratge eficaç i defensar la incorporació de la promoció de la salut a l'agenda política.

El model d'atenció centrada en la persona pot semblar, d'entrada, un canvi de paradigma, però resseguint la història, l'evidència científica i els plantejaments polítics en l'àmbit de la salut, com s'ha fet de forma breu en aquest text, posa de manifest que parlar d'aquest model i defensar-lo és un recordatori del que s'hauria d'incorporar i reforçar en la pràctica dels i les professionals de la salut. Fa temps que el canvi està en marxa i a mans de professionals que comparteixen el principi d'Àngela Coulter (2012): "Cap decisió sobre mi sense mi". Ara les línies de treball del Pla de Salut vigent en el nostre país acompanyen i conviden a incorporar-ho en el dia a dia i en tots els nivells assistencials.

REFERÈNCIES

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: 2015.
- World Health Organization. *Placing People and Communities at the Centre of Health Services: WHO Global Strategy on Integrated People-centred Health Services 2016-2020*. Ginebra: WHO, 2015.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2016.
- Generalitat de Catalunya. *Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: 2016.

UNITAT
1

FONAMENTS TEÒRICS DE
LA INFERMERA CENTRADA
EN LA PERSONA

CAPÍTOL 1

La salut de les persones i els seus determinants

**Dra. Carme Bertran Noguer
i Dra. Marta Vilanova Vila**

La salut

Parlar de salut és parlar de vida, d'il·lusions, d'expectatives, d'autoestima. La salut és un recurs que contribueix a satisfer les necessitats de les persones i assolir el seu benestar; s'ha de concebre com un concepte d'interacció de les persones o dels grups de persones amb el seu entorn.

La salut és un concepte subjectiu, individual i col·lectiu, que ha evolucionat al llarg de la història. Una concepció subjectiva de la definició de salut es basa en el benestar o l'absència de dolor o malestar. Ara bé, segons Sigerist, la salut no és simplement l'absència de malaltia, sinó alguna cosa positiva, “una actitud joiosa, una acceptació de les responsabilitats.”

És en aquesta línia de semblança entre salut i benestar que l'Organització Mundial de la Salut va definir la salut com a “estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia”. La cita procedeix del Preàmbul de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut, adoptada per la Conferència Sanitària Internacional, celebrada a Nova York el 1946, i que va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948. Aquesta definició de salut no ha estat modificada i ha conferit a la salut un caràcter estàtic, com a objectiu utòpic perquè és inassolible, però, alhora, important perquè és una meta. Per això, és necessari posar en pràctica mecanismes adequats per aconseguir la salut per a tothom. La majoria de les crítiques han estat vinculades a la paraula “complet”, relacionada amb el benestar, amb els canvis en la tipologia de malalties, passant de malalties agudes a cròniques i fent que les persones amb aquestes últimes se les consideri malaltes, i també per la seva dificultat d'operacionalització.

La salut, des del punt de vista de la sociologia, es pot interpretar en termes d'experiències i expectatives personals, de manera que el significat que se li

atribueix en depèn. Des de la mirada de la cultura, les teories de la consistència hereditària i la culturització i socialització són útils per comprendre les pràctiques i les creences culturalment determinades sobre salut. La socialització és el procés de creixement dins d'una cultura i la consegüent adquisició de les característiques del grup, mentre que la culturització és el procés involuntari d'adaptació a una nova cultura. La teoria de consistència hereditària constitueix una manera de conèixer fins a quin punt la persona manté la seva herència tradicional. Descriu *“fins a on l'estil de vida d'una persona reflecteix la seva cultura tradicional”*, entenent com a cultura la suma de creences, hàbits, pràctiques i costums que s'han après de les pròpies famílies durant els anys de socialització.

Segons es reconeix a la Carta d'Ottawa de Promoció de la Salut, la salut és un concepte positiu que emfatitza els recursos de la persona, tant socials com personals, i les capacitats físiques. Defineix la salut com la capacitat d'adaptació i autogestió, pel que es fa necessari identificar la salut física, mental i social. La salut física s'entén com la capacitat de mantenir l'organisme en equilibri davant circumstàncies canviant de manera que, si no s'assoleix l'equilibri, la persona emmalalteix. Altres definicions de salut, des del punt de vista de l'epidemiologia, han estat relacionades amb les de malaltia, i les definicions han anat evolucionant a mesura que evolucionava la ciència. Es va desenvolupar el model unicausal, que està basat en el fet que la causa de malaltia és única i específica, i s'ha arribat al model multicausal, que defineix la influència simultània de factors que intervenen en el procés de malaltia sense establir el pes específic de cadascun d'aquests factors, i al model epidemiològic, que descriu els factors de risc de les malalties.

Salut i model salutogènic

En parlar de salut, i més enllà de les diferents definicions, es fa necessari posar la mirada en aquells factors que generen salut a les persones. Una mirada positiva que ha de permetre identificar els factors que produeixen salut, els recursos propis, la capacitat d'adaptació i d'autogestió per assolir el màxim nivell de salut i benestar.

A partir de la Carta d'Ottawa, la salut es veu com un procés que permet a les persones desenvolupar-se mitjançant els seus actius. El 2007, de manera prèvia a la Conferència Mundial de Promoció i Educació per a la salut que se celebrava a Vancouver (Canadà), es va plantejar a diferents actors vinculats a la promoció de la salut l'evolució del desenvolupament i la implementació de la promoció de la salut durant els darrers vint anys.

Es va fer constar que l'enfocament biomèdic, centrat en la millora de la salut a partir de l'eliminació de riscos, seguia essent dominant respecte a l'enfocament salutogènic, que se centra en els recursos per als processos que generen salut. La filosofia de la teoria salutogènica està en harmonia amb l'essència de la Carta d'Ottawa, segons la qual el procés de salut és un procés d'aprenentatge en el qual queda reflectit el que genera salut i quines són les opcions per a la millora de la qualitat de vida.

A finals dels anys 70, Antonovsky, interessat en la teoria de l'estrès, es va plantejar l'origen de la salut. Va promoure una mirada positiva del concepte *salut* a partir d'un estudi epidemiològic que li va permetre definir la salutogènesi com un recurs orientat a la gestió de l'estrès i centrat en els recursos que permeten una millora i manteniment de la salut, al contrari dels patògens, que es basen en els dèficits. *Salutogènesi* prové de les paraules *salus* (en llatí, *salut*) i gènesi (del grec, *origen*) i significa, per tant, "origen de la salut". Antonovsky va definir el terme de la manera següent: "*procés del moviment que va cap a l'extrem de la salut en un continu benestar-malaltia*". La teoria salutogènica d'Antonovsky es basa en dos conceptes clau: el Sentit de Coherència (SOC) i el Recursos de Resistència Generalitzada (GRR).

Lindström, referenciant Antonovsky, defineix el Sentit de Coherència (SOC) com a "una orientació global que expressa fins a quin punt hi ha la sensació de seguretat dominant i duradora, encara que dinàmica, de què els estímuls provenen del nostre control intern i extern en el curs de la vida, i estan estructurats, són predictibles i manejables; els recursos estan disponibles per afrontar demandes que exigeixen aquests estímuls i aquestes demandes són reptes que treuen l'energia i els compromisos invertits".

El SOC reflecteix la valoració que una persona fa de la seva vida i la capacitat de respondre a situacions d'estrès. És una orientació global per veure la vida d'una manera estructurada, manejable, significativa i coherent. És una manera de pensar, de ser, d'actuar en confiança interna que comporta a les persones identificar, beneficiar-se, utilitzar o reutilitzar els recursos que tenen disponibles. El SOC és una manera d'orientar la vida, no sols una manera de gestionar l'estrès i una habilitat personal. Està compost per tres dimensions: la comprensibilitat, la manejabilitat i la significativitat.

La comprensibilitat fa referència a la comprensió del que passa. És la percepció estructurada, predictable i explicable. També està vinculada a l'estímul estressant, vingui de l'interior de la persona o de l'entorn exterior. Les persones amb una alta comprensibilitat perceben els estímuls considerant la informació com a ordenada, consistent, estable, predictable, estructurada i clara.

La comprensibilitat està relacionada amb la sensació de la persona que és possible entendre el que succeeix.

La manejabilitat s'entén com el maneig de les pròpies habilitats, el sentiment de ser capaç d'afrontar les dificultats de la vida amb els recursos que estan a disposició de la persona. Indica que els recursos per assumir les demandes que l'estímul planteja estan disponibles per a què la persona els utilitzi.

La significativitat fa referència a la capacitat per convertir en satisfactori allò que es fa. La persona percep demandes com a reptes que mereixen implicació i esforç. Representa el valor que la persona concedeix a allò que està passant.

La importància de la teoria salutogènica i el SOC queda demostrada en evidències científiques. Per això, és necessari que la qualitat de vida i la promoció de la salut formin part del discurs de la salut. També que els principis de les perspectives del concepte de salutogènesi s'apliqui a totes les polítiques públiques saludables, incloent el SOC com a indicador de salut i utilitzant el SOC en les intervencions en l'àmbit individual i/o grupal.

La relació entre el SOC, la salut i qualitat de vida està demostrada en diferents estudis científics. Alhora, l'evidència en recerca salutogènica demostra que un SOC elevat té un impacte en els comportaments de salut; un SOC més fort, representa un comportament millor en salut. Independentment de la classe social i del nivell d'educació, alguns estudis relacionen un SOC elevat amb un estil de vida saludable.

Els Recursos de Resistència Generalitzada (GRR) es defineixen com aquelles característiques d'una persona, grup o societat que són efectives per evitar —o contraure— una àmplia varietat de factors estressants i proporcionen requisits per al desenvolupament del SOC. Són factors biològics, materials i de promoció de la salut que permeten a les persones percebre la seva vida com a coherent, estructurada i comprensible. Els GRR poden ser tant recursos inherents a la persona com inherents al seu entorn immediat i/o distant com els diners, el coneixement, l'experiència, l'autoestima, els hàbits saludables, el compromís, el recolzament social, el capital cultural, la intel·ligència, les tradicions i la visió de la vida. Com a mínim, quatre dels Recursos de Resistència Generalitzada (GRR) han d'estar disponibles per tenir un SOC elevat: les activitats significatives, la visió de la vida, el contacte amb els sentiments interiors i el recolzament social. Més enllà de tenir aquests recursos, tenir Sentit de Coherència, segons Antonovsky, és tenir la capacitat per utilitzar-los.

Per poder mesurar el SOC, Antonovsky va desenvolupar el Qüestionari d'Orientació a la Vida, configurat per 29 ítems agrupats en tres subescales que integren les tres dimensions: Comprensibilitat (11 ítems), Manejabilitat (10

ítems) i Significació (8 ítems). L'escala de resposta té 7 categories que van de l'1 al 7 formant un continu en què la persona s'ha d'identificar. Antonovsky també va desenvolupar el qüestionari SOC reduït, de 13 ítems, en versió anglesa i que ha estat traduït a 33 llengües, entre elles, el castellà.

Determinants de la salut

La salut, des de tots els punts de vista, ve marcada per uns determinants que són, segons el Glossari de Promoció de la Salut, el conjunt de factors econòmics, socials, ambientals i personals que determinen l'estat de salut de les persones i de les poblacions.

Hipòcrates (430-370 aC) va ser la primera persona que va relacionar salut amb els determinants o factors que l'influeixen i amb les relacions entre medi ambient i malaltia. Va donar molta importància al clima, a les aigües, a l'alimentació i als costums com a determinants de la malaltia. Posteriorment, Galè (130-200 dC) va definir els factors com l'aire, la llum, els aliments i les begudes, l'exercici, el descans, els sentiments i les passions com a elements lligats a la bona salut; així, per primera vegada, va relacionar “estils de vida i salut”. En èpoques posteriors i fins a finals del segle XIX, segons Piedrola, els determinants de la salut es consideraven des d'un punt de vista biològic. Es definia que en el medi extern existien mecanismes agressors que causaven un efecte en l'hoste.

Va ser a finals del segle XIX, com a conseqüència de l'increment de malalties infeccioses en països desenvolupats, que va aparèixer el model ecològic que establia que la malaltia era la conseqüència de la relació entre l'agent, l'hoste i el medi ambient. Es va produir el canvi de patró de morbiditat, que va passar de malaltia infecciosa a malaltia crònica, i va fer necessari crear un nou marc de determinants de la salut que integrés els diferents factors que influeixen en la malaltia.

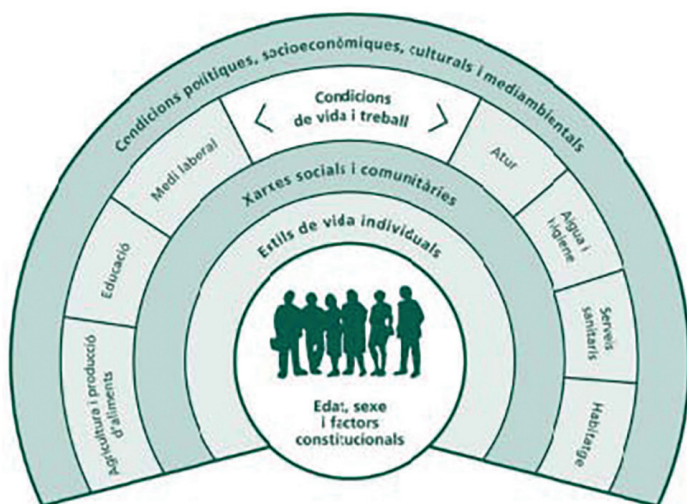
Al segle XX, amb el desenvolupament de la conceptualització de salut, van aparèixer diferents models explicatius de salut. Hi destaca el model holístic de Lafambroise (1973). Un any més tard, el 1974, Marc Lalonde, secretari de salut i benestar del Canadà, el va desenvolupar a l'informe *A New Perspective on the Health of Canadians*. En aquest informe, per primera vegada, s'aconseïllava que, a fi de millorar la salut de la població, es feia necessari mirar més enllà de l'atenció a la malaltia i destacava quatre determinants de la salut: la biologia humana i la genètica; el medi ambient; el sistema sanitari, i l'estil de vida. Relacionava aquests factors amb la seva influència que exerceixen en la salut. Es va determinar que l'estil de vida, amb un 43%, era el determinant

que més influeix en la salut de la població. L'informe Lalonde va rebre crítiques. Per exemple, es va criticar la visió reduccionista que tenia dels hàbits relacionats amb la salut perquè els considerava com a fruit de les decisions de les persones i, al mateix temps, la manca de consideració dels factors socials que la determinen.

Seguint amb la línia de determinants, Tarlov, l'any 1996, en va plantejar quatre categories: els factors genètics i biològics, l'atenció mèdica, el comportament individual en relació a la salut i les característiques socials, dins les quals té lloc la vida. Va afirmar que les característiques socials eren els factors més rellevants. A partir dels estudis portats a terme els anys noranta sobre la definició i valoració de les condicions socioeconòmiques, la cultura, l'educació, l'equitat i l'accés a l'atenció de salut, les polítiques socials i altres factors, va sorgir un nou model de determinants de la salut: els determinants socials de la salut. La publicació d'aquest model, de Dahlgren i Whitehead (1992), conegut també com a model de capes, va incorporar els determinants socials. En aquest model, les persones són la base i es té en compte les seves característiques i factors genètics que influeixen en la condicions de salut. Per sobre d'aquesta capa, es troben els estils de vida de les persones i els comportaments individuals. En un estrat superior, es localitzen les xarxes socials i comunitàries que conformen les relacions que s'estableixen entre les persones d'una comunitat. En un nivell superior, hi apareixen les condicions de vida i feina que permeten un accés als serveis de salut, habitatge, educació i, en darrer terme, les condicions polítiques, econòmiques, culturals o de medi ambient que influeixen en les capes inferiors del model (Figura 2).

Figura 2. Model de determinants socials de la salut.

Font: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004. Modificat de Dahlgren i Whitehead per l'informe de salut de Barcelona, 2003.



A partir de la publicació de l'informe de la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es defineix com a determinant de la salut “aquelles circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut, i que són el resultat de la distribució del diner, el poder i els recursos”. Aquests determinants de la salut tenen un paper significatiu i complex en la salut i en les malalties —com les cardiovasculars, entre altres— de manera que les actuacions més eficaces per reduir les desigualtats en salut seran aquelles que treballin en base als determinants.

A Espanya, a partir de l'informe de la Comissió per reduir les desigualtats en salut a Espanya, es va proposar el model de determinants socials en salut modificat que conté dos elements principals: els determinants estructurals i els determinants intermedis.

Els determinants estructurals, entesos com aquells que generen o reforcen l'estratificació en la societat i que defineixen la posició socioeconòmica individual, són: el context sociopolític i econòmic, i l'estructura social.

El context sociopolític i econòmic està relacionat amb les prioritats polítiques dels governs, les forces socials i polítiques que influeixen en les decisions polítiques i en la desigual distribució del poder econòmic i social. L'estructura social ve marcada pels eixos de desigualtat, que són els que determinen jerarquies de poder: la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o la raça i el territori. És aquesta estructura social la que determina desigualtats en els factors intermedis i, conseqüentment, aquestes determinen les desigualtats en salut.

Els determinants intermedis, situats entre els determinants estructurals i la distribució desigual de la salut i el benestar a la població s'agrupen en:

- Les condicions d'ocupació (situació laboral, tipus de contracte, precarietat) i treball (riscos físics i ergonòmics, organització i entorn psico-social)
- La càrrega de treball reproductiu (tasques domèstiques i de cura de les persones)
- El nivell d'ingressos i la situació econòmica i patrimonial.
- La qualitat de l'habitatge i els seus equipaments.
- El barri o àrea de residència i les seves característiques.

Tant els factors estructurals com els recursos materials són les causes més globals, a les quals s'ha anomenat «determinants socials de la salut» o «causes de les causes».

REFERÈNCIES

- Alcantara, G. *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Rev Univ Investig, 2008; 9 (1): 93–107.
- IUHPES. *Declaración de Vancouver. XIX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Vancouver*. 2007 [consultat: gener de 2019] Enllaç: <http://www.iuhpeconference.org/en/conference/about.htm>.
- Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians. Minister of Supply and Services*. Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health. Canada, 1981.
- Lindström, B. *Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Universitat de Girona. Càtedra de Promoció de la Salut, 2011.
- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Rev Sanid Hig Publica, 1987; 61: 129–33.
- Piédrola, G. *Medicina preventiva y salud pública*. 8a ed. Barcelona: Salvat Editores SA, 2008.
- Sigerist, H. *Hitos en la historia de la salud pública*. 4a ed. México, D.F: Siglo XXI, 1998.
- Vilanova-Vilà, M. *Avaluació d'una intervenció comunitària en salut cardiovascular segons el model salutogènic* (Tesi doctoral). Girona: Universitat de Girona, 2015.

CAPÍTOL 2

La persona:
centre de la cura de la infermera

Sra. Almerinda Domingo Roura

DISCIPLINA INFERMERA

Marc conceptual o paradigma

Per tal de poder entendre el coneixement infermer cal tenir sempre un marc filosòfic de referència. Per això és important conèixer la disciplina infermera, el metaparadigma i el paradigma infermer. Aquests tres conceptes són diferents i cadascun explica una part de la realitat fonamental de la pràctica de la infermeria. A continuació els explicarem i farem comprensible la seva interrelació.

Una disciplina és un àrea de recerca i de pràctica marcada per una perspectiva única o per una manera diferent d'analitzar els fenòmens. Es produeix dins d'una branca específica de coneixements, que són la base teòrica i la guia per a la pràctica professional de la infermera. Cal tenir molt clar que la disciplina infermera només pot avançar i créixer si el seu coneixement està construït des del marc de referència infermer, malgrat que, evidentment, comparteix coneixements amb altres disciplines afins i està relacionada amb altres ciències de la salut, ciències de la vida o disciplines humanístiques i filosòfiques. Així doncs, la construcció de la disciplina de la infermeria passa per establir un paradigma que doni sentit al coneixement infermer.

El concepte "paradigma" s'utilitza en la vida quotidiana com a sinònim "d'exemple" o per fer referència a alguna cosa que es pren com a model. Es pot dir que és una manera de veure el món. Marín Ardela defineix el mot com "un conjunt de valors, creences i coneixements compartits col·lectivament per una comunitat" i, segons Tomas Khun, un paradigma són una sèrie de pràctiques que fonamenten una disciplina. En definitiva, un paradigma és un conjunt de conceptes que identifiquen els fenòmens particulars d'una disciplina.

Si tenim present que les ciències s'identifiquen en virtut dels fenòmens que estudien, el primer i més important és identificar els elements conceptuals. Els elements conceptuals del paradigma infermer assumits per totes les infermeres teòriques conegudes, encara que cadascuna li atorga unes característiques específiques que els fa diferents i complementaris, són: salut, persona, entorn, cura.

La manera d'interpretar i relacionar cada concepte fonamental defineix el sentit d'actuació de les professionals. Aquests conceptes han estat postulats i treballats per les infermeres teòriques, que han identificat a la persona com a centre de la funció i la competència infermera.

Elements conceptuals

La definició dels conceptes està relacionada amb supòsits, valors i definicions, i ens ajuda a entendre el que fem, per a què ho fem i decidir quins mètodes d'intervenció utilitzem.

- *Persona*

La persona és l'element principal per a la infermeria i és la receptora de les cures. S'ha d'entendre a les persones com a úniques, diferents i canviants. Tot seguit s'explicaran aquestes característiques de la persona (única, diferent i canviant) des de diferents teories i models que ajuden a la seva comprensió.

Explicarem la noció de persona com a única des de la teoria de sistemes del biòleg alemany Karl Ludwig von Bertalanffy, que postula que un sistema és un conjunt d'elements que interactuen per aconseguir un objectiu. Aquesta teoria va contribuir a l'aparició d'un nou paradigma científic basat en la interrelació entre els elements que formen el sistema. Abans es considerava que els sistemes en el seu conjunt eren iguals a la suma de les parts i que podien ser estudiats a partir de l'anàlisi individual del seu components. Bertalanffy va qüestionar aquest principi. Així, va determinar que els sistemes poden ser de tipus obert, aquells que estan en relació permanent amb el seu entorn. Hi ha intercanvi d'energia i matèria, i la informació està en interacció constant amb el medi ambient, o bé de tipus tancat, sense intercanvi de matèria ni energia.

Segons aquesta classificació, els éssers vius són sistemes oberts, ja que intercanvien energia i informació, i tendeixen a una evolució constant. Per aquest motiu, aprofundirem més en conèixer com són els sistemes oberts segons Ludwing. Els sistemes oberts es classifiquen en: estables, que són els que tendeixen sempre al mateix resultat; periòdics, tendeixen al mateix resultat

relacionat amb el temps; complexos, es pot arribar a predir-ne el resultat; i caòtics, no se'n pot predir el resultat.

Les característiques dels sistemes oberts estan relacionades amb la totalitat: tot és la suma de les parts: la sinergia: un canvi en alguna part afecta a totes les altres; l'entropia: tots els sistemes tendeixen a mantenir la seva identitat; la finalitat: tots els sistemes tenen un fi; l'homeòstasi: tots els sistemes tendeixen a mantenir-se estables; la morfogènesi: tots els sistemes tendeixen al canvi i la retroalimentació.

Per entendre la interrelació postulada per la teoria de sistemes, ens centrarem en el model definit per la infermera Callista Roy. Segons l'autora, un sistema és el conjunt de les parts connectades a la funció com un tot, que segueix un determinat propòsit i actua en virtut de la interdependència de les parts. Els sistemes són un tot amb totes les seves parts relacionades entre si. També tenen entrades, procés, sortides i retroalimentació.

Les persones són sistemes holístics i adaptables. Com a sistema adaptable, l'ésser humà (la persona) es defineix com un tot, amb parts que funcionen com una sola unitat per assolir un propòsit concret. En aquest cas, les entrades del sistema serien els estímuls.

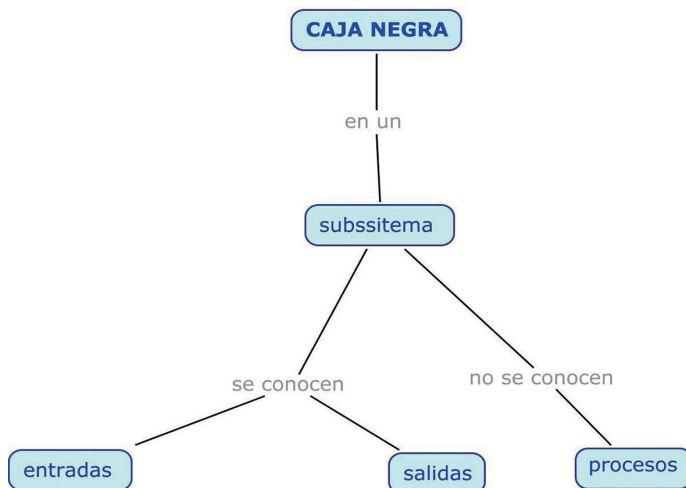
Considerem tres tipologies d'estímuls:

1. Focals: són tots els estímuls, externs o interns, al quals s'enfronta la persona.
2. Contextuals: són els altres estímuls que hi ha i que contribueixen a l'efecte que origina l'estímul focal (factors de l'entorn)
3. Residuals: són factors de dins i fora de la persona que intervenen en l'efecte, però no gaire definits en la situació del moment.

Tots aquest estímuls, innats o adquirits, tenen un procés d'enfrontament individual que fa que la resposta a l'adaptació tingui una conducta de salut que fomenti la integritat de la persona pel que fa a l'objectiu de salut. Aquest processament individual s'anomena *caixa negra*, perquè desconeixem els factors que interfereixen en cada resposta conductual de salut (Figura 1)

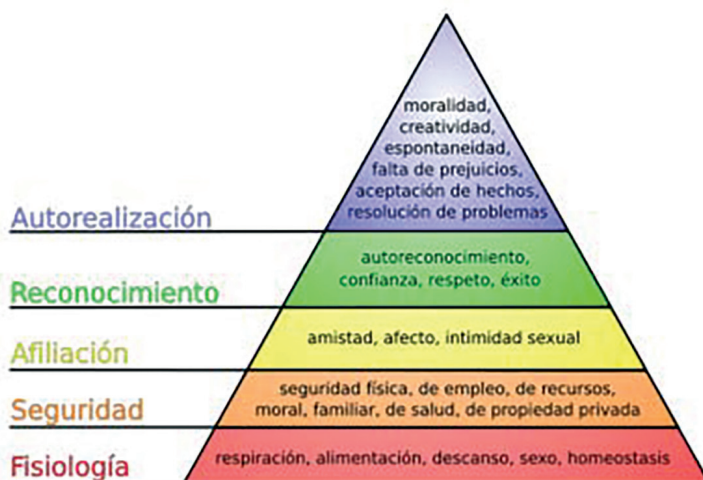
Quan es produeix una resposta ineficaç, que no contribueix a la integritat i benestar de la persona, és quan la infermera detecta una conducta no saludable, és a dir, un problema de salut. La retroalimentació és l'eina que s'utilitza per poder estudiar tot el procés i detectar la causa del problema. Entendre la persona des de la teoria de sistemes ens ajuda a acceptar i entendre les conductes de salut que fan a cada persona individual i única, amb una resposta també individual i única.

Figura 1. Caixa negra: procés d'enfrontament individual.
Font pròpia.



Per entendre les característiques de la persona de ser diferent i canviant, utilitzarem la teoria de les necessitats d'Abraham Maslow. Mary Ann P. Swain afirma que hi ha una relació entre la salut i la satisfacció de les necessitats personals. L'autora utilitza la teoria de les necessitats de Maslow per etiquetar i articular les observacions personals segons les quals “tots volem sentir-nos de la millor manera possible. Les necessitats bàsiques no cobertes interfereixen en el creixement holístic, mentre que les necessitats cobertes promouen el creixement de la persona. Afirma que les necessitats bàsiques no cobertes creen deficiències que poden portar a la iniciació o l'agreujament dels trastorns o de les malalties físiques o mentals.

Figura 2.
Teoria de les necessitats de Maslow.
Font pròpia.



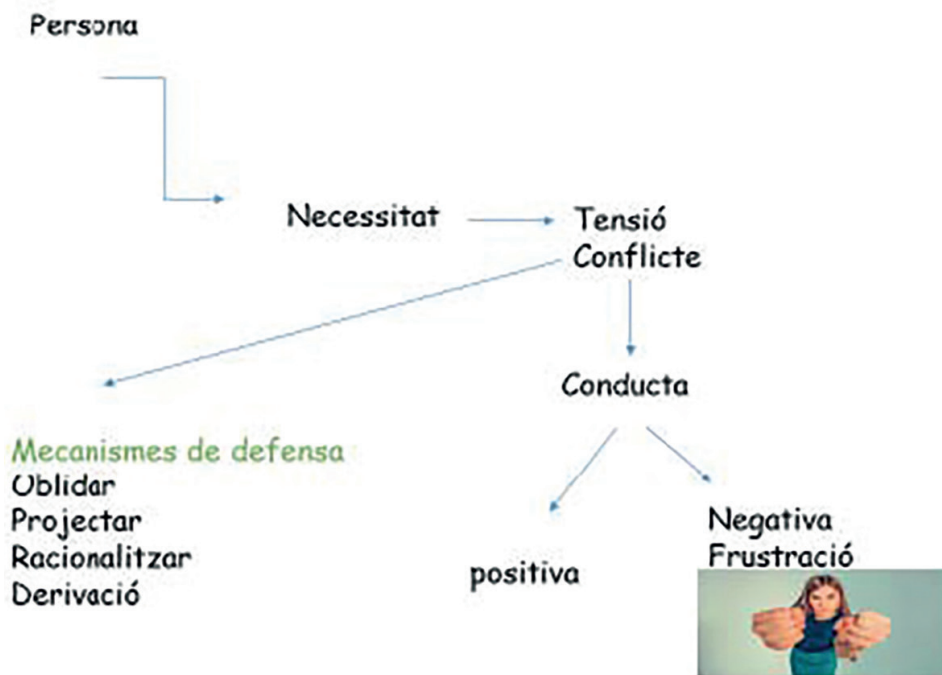


Figura 3. Explicació de la conducta personal segons la teoria de les necessitats.
 Font pròpia.

L'abordatge holístic de la persona per part de la infermera es pot explicar mitjançant la globalitat derivada de la teoria holística de Myra Estrin Levine. La persona és un ésser holístic: la globalitat és la integritat. Així doncs, sempre cal veure i valorar la persona com un tot, amb interacció amb els aspectes que la formen i que, prèviament, s'han anomenat esferes, dimensions o àrees (física; psíquica, mental, emocional; social; espiritual). El que vol dir Myra Estrin és que l'abordatge holístic fa necessari valorar la persona i, per tant, les seves conductes, en la seva totalitat, en el seu conjunt, en la seva complexitat, per poder valorar les interaccions, particularitats i processos i que se'n derivi una anàlisi completa i rigorosa.

Un altra característica de la persona que la infermera ha de tenir present per tal d'oferir unes cures de qualitat és l'adaptació. El nivell d'adaptació de la persona en funció dels estímuls que rep canvia constantment. Els elements que intervenen en aquesta adaptació són la seva constitució, la seva personalitat, els seus valors i el sentit que dona a la vida.

Tots aquests elements també ens ajuden a entendre una de les característiques de la persona tractades anteriorment: cada persona és diferent i totes les

seves conductes estan determinades per diversos factors. La infermera entén, empatitza i objectiva totes les respostes de salut de les persones mitjançant el coneixement i la comprensió d'aquests elements. Al mateix temps, la manera d'expressar-se de cada persona facilita a la infermera el coneixement sobre com percep i viu el món cada individu (la realitat). Això implica que les visions de l'altre des de les quals és jutjat, al marge o abans de les seves accions, són fruit de la ignorància de la infermera.

- *Salut*

A cada època la noció de salut ha evolucionat paral·lelament amb els canvis polítics i socials (Figura 4). En les societats primitives, la salut es considerava un do natural i es relacionava amb la supervivència. Amb el pas del temps, es van anar formant nuclis socials, es va desenvolupar l'agricultura, va augmentar la producció d'aliments i es van formar comunitats. Aleshores, la salut i la malaltia s'explicaven des de valors sobrenaturals o mítics i es creia que no podien ser controlats per les persones. La salut es considerava un do sobrenatural i es van incorporar recursos naturals (plantes, fang, calor...), així com rituals màgics.

Figura 4.
Evolució del
concepte de
Salut.
Font pròpia.



Actualment, el concepte de salut es contempla des de la globalitat de la persona. Es veu com un estat dinàmic o procés que canvia i varia d'acord amb les circumstàncies individuals. La salut com a procés contempla les diverses esferes, dimensions o àrees de la persona i es fonamenta amb la integració fisiològica, psicològica i social. És necessari considerar la salut física; psíquica, mental, intel·lectual; emocional; espiritual; i social.

Des del punt de vista d'algunes infermeres teòriques, Watson diu que salut és l'harmonia entre ment, cos i ànima. Per a Callista Roy, la salut és l'estat i el procés de convertir-se i arribar a ser una persona integrada i completa. És molt important que la infermera mai no vegi la salut com a una finalitat, sinó com a un procés en el qual la persona és protagonista i responsable de la seva pròpia salut.

- *Problema de salut*

Es pot definir el problema de salut com a l'alteració d'alguna de les esferes, dimensions o àrees de la persona. Qualsevol problema de salut comporta un canvi, una adaptació de la persona. Cal entendre'l com a una etapa de transició. Afaf I. Meleis, en el seu model, afirma que les transicions són completes i multidimensionals. Quan la persona presenta un problema de salut, passa per un procés complex en què intervenen diversos factors:

- La consciència: és la percepció del coneixement i el reconeixement del problema de salut. Aquest nivell de consciència moltes vegades es veu amb el grau de coherència. Així, l'absència de consciència del canvi pot indicar que la persona no és conscient del seu problema i del que representa.
- Els compromisos: fa referència a la implicació de la persona en el procés de transició. El nivell de consciència influeix en el nivell de compromís de la persona. La persona pot ser conscient dels canvis físics, emocionals, socials o de l'entorn relacionats amb el seu problema de salut.
- Els canvis: són una propietat de les transicions. Els canvis que impliquen rols, relacions, habilitats o patrons de conducta donen sentit a la conducta de la persona. És necessari conèixer individualment quins canvis poden produir un efecte en les conductes de salut.
- El temps: és un altra propietat de les transicions. Totes les transicions són fluides i es mouen amb el temps. Qualsevol canvi porta a un període d'inestabilitat, confusió i estrès diferent per a cada persona i, al final, arriba el període d'estabilitat.
- Les condicions personals: la personalitat, les creences, els valors, la cultura, l'estat socioeconòmic i, fins i tot, el moment en què es troba la persona ajuden a facilitar o limitar el procés de transició.

Aquest model ens ajuda a entendre les maneres com les persones afrontem els problemes de salut. Alhora, entendre l'etapa de canvi ens ajudarà a entendre i poder ajudar la persona a crear les condicions òptimes per dur a terme aquesta transició.

- *Entorn*

L'entorn té a veure amb la dimensió social i/o relacional de la persona ja que una de les característiques de l'ésser personal és la relació amb el seu entorn, amb altres persones i amb els elements de la natura. Ja s'ha parlat de la consideració que la persona és un sistema obert en constant intercanvi amb altres sistemes circumdants per mitjà d'interaccions complexes.

Una definició acceptada pels organismes internacionals explica que l'entorn és l'espai físic, social i cultural on es viu i s'estableixen relacions que determinen una manera de viure i de ser, allò que ens envolta. Segons aquest concepte, l'entorn es pot classificar en ambiental, social i familiar.

L'entorn, segons Virginia Henderson, es defineix com el conjunt de totes les condicions i influències externes que afecten la vida, el desenvolupament de l'organisme i de la conducta, tant individualment com grupalment. Per tant, l'entorn pot afavorir o perjudicar la salut de les persones. Segons l'autora, es pot classificar en intern, està relacionat amb els factors interpersonals, la personalitat, la capacitat mental i les condicions genètiques, i extern, que inclou totes les forces externes que influeixen en la persona.

Una de les característiques que cal destacar de l'entorn és el canvi continu en el qual la persona no pot influir. Així doncs, l'única opció és adaptar-s'hi o bé entendre que l'entorn pot ser influït per la persona i, per tant, no sols s'hi ha d'adaptar, sinó que pot emprendre accions per canviar-lo. D'aquestes concepcions en depèn la salut de les persones.

També Watson (1985) considera que les persones estem en interacció continua amb l'entorn i que aquest pot contribuir a la salut o no, que hi influeix. L'autora considera que un entorn que promou la cura és aquell on es permet el desenvolupament del potencial a l'individu i pot triar la millor opció, per a ell o ella, en cada moment.

- *Infermeria: cuidar*

Amb el coneixement treballat fins al moment, es desprèn que la disciplina infermera presenta un alt nivell de complexitat, atès que, com s'ha explicat, la infermera ha de considerar les diferents i variades respostes de la persona davant la salut des d'un abordament holístic i considerar sempre les circumstàncies que l'envolten.

El concepte *infermera* es pot analitzar des del SER infermera i el FER d'infermera, elements constantment relacionats. El ser té a veure amb l'actitud professional, amb com es desenvolupa la competència infermera en la pràctica assistencial, és a dir, com es treballa segons les creences i valors, així com el coneixement infermer i la pròpia infermera. El fer fa referència al pro-

cés de cuidar i als instruments metodològics que s'utilitzen per desenvolupar aquesta acció.

Segons Medina (2006), cuidar és una activitat canviant, inestable i fluida que permet moltes interpretacions. Significa considerar la realitat personal dels altres, sense etiquetes, judicis de valors o classificació dels seus significats. Collier ens diu que cuidar és un acte de vida, és a dir, té una infinita varietat d'activitats encaminades a mantenir i conservar la vida, i permeten que continuï i es reproduïxi. H. Peplau considera que la cura de la persona s'inicia quan la infermera entra en el marc de referència del subjecte que serà cuidat, realitat subjectiva relacionada amb les seves experiències, i fent l'avaluació dels valors que són més importants en la seva vida per poder-lo ajudar a millorar, mantenir o recuperar la seva salut, o bé acompanyar-lo en processos vitals, com la mort. L'acció de cuidar sempre està basada en principis analítics per tal d'entendre la globalitat de la situació i portar a terme l'acció més adequada per a aquella persona en aquell moment, per individualitzar la cura. Conèixer la situació i les necessitats reals de la persona és molt important per poder adequar totes les nostres intervencions a la individualitat de la persona i la seva patologia.

Algunes de les variables de la cura infermera són:

- Globalitat: cuidar en la seva totalitat. La infermera és l'única professional que s'ocupa de totes les variables que afecten la resposta de salut de l'individu envers els estímuls extens i interns.
- Unicitat: la persona ha de ser tractada com a ésser únic sense oblidar les condicions personals que inclouen significats, creences, cultura, estat socioeconòmic, preparació i coneixements.
- Desenvolupament: les persones canviem i ho fem en relació amb els altres; per això, les idees, els objectius, les experiències, les relacions i els esdeveniments intervenen en el canvi.
- Recursos: utilitzar i ajudar a treballar amb la seva pròpia energia.
- Creences i valors: estan influïts pels contextos, la llengua, la filosofia, l'espiritualitat, la família, la societat, la política, l'educació, l'economia, la tecnologia, l'etnologia i l'entorn cultural (Leninger)
- Visions de la persona cuidada sobre la pròpia vida: és la força de lluita per a la vida, la voluntat de continuar, l'energia per actuar i viure.

Per tant, cuidarem d'acord amb les creences i els valors de la persona desenvolupant una relació d'acompanyament i d'ajuda, promovent i respectant les expressions i sentiments positius i negatius, buscant processos creatius en un entorn de suport independentència i cobrint necessitats.

Els models d'infermeria també contribueixen a definir la intervenció infermera, l'acció de cuidar. El model es converteix en la guia de conducta. Segons Collière, el model conceptual identifica què és una infermera. L'autora considera que fer d'una teoria un cos rígid de coneixements que s'aplica a subjectes la transforma en un element reductor.

El fer de la infermera no ve clarament definit per un model, sinó que cal aprendre a identificar la naturalesa de les cures infermeres en funció de les persones i el significat que té cadascuna. L'acte de cuidar, doncs, és individual.

Si una persona per ella mateixa té dificultats per portar a terme les accions per mantenir, millorar o recuperar la salut, la cura infermera entra en acció per acompanyar la persona i donar-li els recursos necessaris per aconseguir el màxim nivell possible de salut en la seva vida diària.

La infermeria, a més de desenvolupar l'acció de cuidar, té diferents rols depenent del nivell d'autonomia professional. Són el rol autònom i el rol interdependent. La manera com fem aquesta tasca té a veure amb la nostra professionalitat, individualitzant tot el pla de cures.

ROLS INFERMERS

Autònom, centrat en la persona

En el rol autònom, la infermera se centra en la valoració i la intervenció de les respostes de la persona a situacions vitals relacionades amb la salut i amb la malaltia. La infermera, mitjançant els seus coneixements, aptituds i habilitats, pot realitzar la valoració de la situació i el context de la persona, analitzar-la i decidir intervenir i prioritzar la cura de manera autònoma sense la intervenció de cap altre professional.

Cal situar-nos sempre en la situació en què es troba l'altra persona per tal de ajudar-la a mantenir o recuperar tan aviat com sigui possible la seva autonomia i la seva independència, mai imposant, sinó que sempre s'ha de respectar, educar i empoderar.

La nostra responsabilitat és total i l'autonomia també és total.

Interdependent, centrat en la malaltia

La funció infermera es basa majoritàriament en el control i vigilància de les manifestacions, signes, símptomes i respostes de la situació vital relacionada amb la salut i la malaltia. L'acció de cuidar dins aquest rol està subjecte a les decisions d'altres professionals, com poden ser professionals sanitaris o so-

cials. La infermera ha de vetllar sempre pel respecte, la individualitat i la globalitat de la persona subjecte de la cura i oferir-la la màxima intimitat, seguretat i confort. La intervenció està, majoritàriament, basada en el coneixements de les patologies i les seves manifestacions per poder contribuir a resoldre tan aviat com sigui possible el problema de salut, sense oblidar mai la prevenció, el risc i l'educació per a la salut.

La responsabilitat de la infermera en aquest rol és total i l'autonomia és conjunta amb les decisions preses per l'equip.

Resumint, partint de la premissa que el centre d'interès de la infermeria és la persona, la infermera contribueix a promocionar i mantenir la seva salut, considerant-la influïda pel seu entorn. El nostre centre d'interès és la persona, que està en continua interacció amb el seu entorn i que viu la seva salut de manera individual i única.

REFERÈNCIES

- Roy, C. *Update from the future: Thinking of theorist Sr. Callista Roy*. Nursing Science Quarterly, 2007; 20 (2): 113–116.
- Kuhn, T. *Mis segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid: Tecnos, 1981.
- Maslow, A. *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Madrid: Editorial Kairós, 2016.
- Medina, J. *Deseo de cuidar y voluntad de poder*. Barcelona: Publicacions i edicions Universitat de Barcelona, 2006.
- Raile, M. i Marriner, A. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier, 2011.

CAPÍTOL 3

Les habilitats per a la vida: habilitats infermeres per a la cura centrada en la persona

Dra. Sandra Gelabert Vilella
i Dra. María del Carmen Malagón Aguilera

La infermeria és una disciplina conformada per coneixements, habilitats i actituds. Les habilitats que requereix una infermera inclouen les habilitats més tècniques, aquelles que li són necessàries per desenvolupar els procediments i les tècniques satisfactòriament, i també les habilitats personals i per a la vida, que li són necessàries per desenvolupar la seva feina, establir relacions terapèutiques adequades i relacionar-se de manera satisfactòria amb les persones ateses, amb l'equip de salut i fins i tot amb la institució on treballa. En aquest marc es troben les habilitats per a la vida que s'explicaran en aquest capítol.

Hi ha diferents propostes sobre les habilitats per a la vida i la seva classificació. La proposta de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1993) és reconeguda de manera àmplia i és la que utilitzem en aquest capítol. Les habilitats per a la vida són deu i es poden classificar en habilitats cognitives, emocionals i socials (Taula 1)

Taula 1. Habilitats per a la vida.

Habilitats per a la vida	
Cognitives	Autoconeixement
	Presa de decisions
	Pensament creatiu
	Pensament crític
Emocionals	Empatia
	Gestió d'emocions i sentiments
	Gestió de tensions i estrès
Socials	Comunicació assertiva
	Relacions interpersonals
	Gestió de problemes i conflictes

Font pròpia. Adaptació de la classificació de l'OMS segons EDEX.

L'aplicació de les deu habilitats per a la vida és psicosocial i totalment relacionada amb l'àmbit laboral de la infermera. Això significa que el desenvolupament d'aquestes li servirà per desenvolupar la seva professió de manera satisfactòria, però també a la persona per desenvolupar-se en el transcurs de la seva vida promovent el benestar i la felicitat. En la seva naturalesa, les habilitats per a la vida també tenen una dimensió de transformació de la relació entre les persones, els grups, les comunitats i implica una transformació que arriba a la política i a la transformació del món en un lloc més just, equitatiu i saludable.

A continuació, explicarem cadascuna de les habilitats per a la vida i la seva implicació per a la infermera.

Autoconeixement

La paraula *autoconeixement* es compon del prefix *auto-*, que significa 'propi' o 'per un mateix', i el substantiu *coneixement*, que és la capacitat de comprendre per mitjà de la raó. L'autoconeixement fa referència a la capacitat d'introspecció que té una persona per reconèixer-se com a individu i per diferenciar-se dels altres.

L'autoconeixement és tenir consciència del que som, del nostre valor, dels nostres trets de personalitat, de les nostres maneres peculiars d'actuar i de comportar-nos, dels interessos que tenim... És saber quines petites coses ens fan feliços i quines pors i inseguretats tenim, així com també conèixer les nostres destreses i habilitats, entre altres. Entendre que som únics i irrepetibles, que som especials i insubstituïbles.

L'autoconeixement implica la capacitat d'identificar-nos i de guanyar consciència sobre tots els aspectes de l'ésser humà de manera integral: el físic, la ment, les emocions, l'espiritualitat. No ens podem quedar només en el pla material, sinó que hem d'interioritzar amb el mateix afany tots els altres aspectes.

El que som és producte de tota una diversitat d'aspectes: els gens familiars, l'entorn, l'educació, les nostres experiències i les interaccions amb altres persones. També hi influeixen la capacitat de superar-nos, la nostra iniciativa per millorar, la nostra capacitat per realitzar, la nostra visió i com ens integrem amb el món, l'univers i els aspectes no visibles, aquells que ens transcendeixen. Una bona manera de conduir-nos a l'autoconeixement és fer-nos la pregunta: qui soc? Aquí s'exploren els diferents camps i àrees d'execució, afectives, cognitives i espirituals.

Per millorar l'autoconeixement és necessari identificar el nostre passat, present i objectius futurs. Aquest exercici és clau per obtenir la informació bàsica per progressar. El passat ens dona informació valuosa d'on venim, del que ens dona valor, de les nostres habilitats, coneixements i capacitats. El present ens posa acció perquè aprofitem les oportunitats. El futur ens dona sentit de missió i èxits futurs.

Quan millorem el nostre coneixement personal i aspectes íntims, ens preparam per emprendre el futur. El que volem a la vida s'integra amb les nostres possibilitats, per tal que aconseguim millors acompliments i resultats.

L'autoconeixement és un procés permanent de recerca interior per guanyar autoconfiança, trobar el que ens agrada, sentir-nos capaços i guanyar motivació. Per això és essencial treballar a partir de les emocions. Frigolé destaca cinc emocions bàsiques: alegria, amor, tristesa, ràbia i por. És important tenir present que no hi ha emocions positives ni negatives, bones o dolentes, sinó que cada una té la seva funció. Amb aquesta habilitat per a la vida, la infermera reconeix els seus punts forts i els seus punts febles i pot millorar la seva competència personal i professional.

Presa de decisions

Prendre decisions és un procés cognitiu en el qual es realitza una elecció entre possibles alternatives. Implica actuar de manera proactiva en el camí de la pròpia vida, això vol dir dirigir cap on anem en lloc de deixar que les coses succeeixin. La presa de decisions és contínua des de l'hora que ens aixequem cada matí, la roba que ens posem, què dinem... fins a decisions amb més implicació a la vida com iniciar relacions, deixar-les, triar uns estudis, etc.

L'habilitat de la presa de decisions porta a analitzar les diferents opcions que es presenten davant una situació concreta considerant les preferències, necessitats, valors, motivacions, influències i les conseqüències positives i negatives del moment o de més endavant, tant de la pròpia vida com de la vida d'altres persones que hi estiguin implicades. Acaba amb l'aplicació de la decisió presa i l'assumpció de les conseqüències (responsabilitat). De manera que s'aprèn a decidir analitzant les pròpies reflexions i efectes amb la consciència que les decisions porta implícit escollir quelcom i deixar quelcom altre enrere.

La presa de decisions és fonamental per a la infermera ja que en l'aplicació de la metodologia de la planificació de la cura ha de decidir com prioritzar els diferents diagnòstics i problemes de salut que té la persona atesa per tal d'aconseguir la millor salut possible.

Pensament creatiu

El pensament creatiu és el que va dirigit a trobar noves maneres de fer les coses, noves solucions a dificultats, problemes o reptes nous o bé coneguts. La capacitat que tenim les persones per crear quelcom nou, per plantejar relacions de forma innovadora. Per posar en joc la creativitat s'utilitza tant la intel·ligència com l'afectivitat (emocions, sentiments...)

És necessari la flexibilitat mental, l'obertura de ment per tal d'allunyar-se d'esquemes de pensament i conductes habituals, fetes de la mateixa manera sempre, i obrir-se a possibilitats noves mai utilitzades ni plantejades. Per tant, cal qüestionar maneres de pensar, de fer, conductes, etc.

Una manera de materialitzar el pensament creatiu és l'activitat artística que té múltiples facetes i maneres de fer. Tanmateix, el pensament creatiu també es pot aplicar a la vida diària i permet recuperar la curiositat i la sorpresa, reinventar-se, tornar a configurar les relacions amb els altres i els hàbits i costums. Trencar la rutina diària de manera innovadora és una de les maneres d'intensificar el pensament creatiu amb les petites coses de cada dia.

Alguns autors descriuen vuit capacitats personals que s'han de desenvolupar per tal de millorar el pensament creatiu:

1. Fluïdesa: capacitat de generar nombroses idees en un espai curt de temps.
2. Originalitat: capacitat de generar idees noves i diferents.
3. Flexibilitat: capacitat de canviar sense esforç l'enfocament, la perspectiva o el punt de vista.
4. Connectivitat: capacitat de trobar similituds, diferències o relacions entre els diferents conceptes.
5. Imaginació: capacitat de visualitzar, escoltar, sentir, veure sense cap estímul real que generi aquestes accions.
6. Fragmentació: capacitat de dividir un tot en les seves parts.
7. Expansió: capacitat de trencar i superar límits, temors, pors i creences limitats.
8. Extrapolació: capacitat de traslladar una lliçó apresada d'un cas concret a un altre.

La infermera requereix el pensament creatiu per trobar noves solucions a les situacions en què es troben les persones. També en la gestió i planificació de serveis sanitaris o de la cura a les persones.

Pensament crític

El pensament crític consisteix a analitzar i avaluar la consistència dels raonaments, especialment aquelles afirmacions que la societat accepta com a veritables en el context de la vida quotidiana. Aquesta avaluació pot realitzar-se a través de l'observació, l'experiència, el raonament o el mètode científic. El pensament crític exigeix claredat, precisió, equitat i evidències, ja que intenta evitar les impressions particulars. Mitjançant el procés que implica el pensament crític, s'utilitza el coneixement i la intel·ligència per assolir una posició raonable i justificada sobre un tema. Entre els passos que cal seguir, els especialistes assenyalen que cal adoptar l'actitud d'un pensador crític; reconèixer i evitar els prejudicis; identificar i caracteritzar arguments; avaluar les fonts d'informació; i, finalment, avaluar els arguments.

Si alguna cosa debilita els prejudicis és la capacitat de pensar i actuar críticament; aquest és el seu antídote. Un dels seus components essencials és no quedar-se amb una sola versió. El crític enriqueix la realitat perquè busca altres punts de vista, contrasta i així, distància el perill d'una sola història. Cal destacar que el pensament crític no implica pensar de manera negativa o amb predisposició a trobar defectes i errors. Tampoc intenta canviar la manera de pensar de les persones o reemplaçar els sentiments i emocions.

L'objectiu del pensament crític és evitar les pressions socials que porten a l'estandardització i al conformisme. El pensador crític busca entendre com reconèixer i mitigar o evitar els diferents enganys als quals està sotmès en la quotidianitat. Per això, desconfia de les fonts d'informació com els mitjans de comunicació, ja que tendeixen a distorsionar la realitat. La premissa del pensament crític és dubtar de tot el que es llegeix o s'escolta, per acostar-se amb més precisió a les dades objectives.

El pensament crític per a la infermera és el pensament centrat en els resultats de la cura, que s'han d'aconseguir conjuntament amb la persona atesa. La infermera utilitza el pensament crític i reflexiu de manera contínua durant la seva vida professional.

Empatia

L'empatia és una de les competències més importants de la intel·ligència emocional. La paraula procedeix dels vocables grecs que signifiquen "dins d'ell" i "el que se sent". No obstant això, el significat real d'aquest fenomen psicològic és encara més important que la capacitat de posar-se al lloc d'un altre. L'empatia és la capacitat de desconnectar del propi pensament per connectar amb el de l'altra persona.

L'empatia és la capacitat de comprendre la vida emocional d'una altra persona, gairebé en tota la seva complexitat. Això no suposa necessàriament compartir les mateixes opinions i arguments que justifiquin l'estat o reacció que expressa l'altra persona. Ni tan sols vol dir estar d'acord amb la manera d'interpretar les situacions amb càrrega afectiva de l'interlocutor.

Com estàs? Què sents? Què penses? Et puc ajudar?... Més que gentileeses i bones maneres, aquestes preguntes —acompanyades de moltes altres interaccions— són senyals que permeten mesurar la capacitat d'una persona per descentrar de si mateixa i connectar-se amb els altres, amb els seus sentiments, pensaments i necessitats. Cal exercitar-se diàriament per aprendre a fer-ho. Es tracta d'aprendre a experimentar la relació amb altres persones d'una manera diferent, “posar-se a la pell” d'allò que estan vivint.

El gran principi bàsic de l'empatia és saber escoltar. Posa atenció a allò que explica o argumenta l'altra persona, estigues atent a la seva comunicació no verbal, i sobretot, no l'interrompis. Fes una reflexió del que l'altra persona t'està comunicant i dona feedback conforme estàs atent: mira a la cara, fes que sí amb el cap o reflecteix expressions facials congruents amb allò que t'està explicant. Mostra interès preguntant detalls sobre el contingut de la conversa. Esforça't a comprendre la comunicació no verbal, perquè captaràs molta informació en relació a les emocions. Mostra comprensió d'allò que t'expliquin amb frases com: “comprenc que actuessis així”, “entenc com et sents”, “la veritat és que vas passar un mal moment...”, sense donar la teva opinió ni fer judicis. La persona necessita que l'escoltis, no que li expliquis les teves “històries” o li donis el teu punt de vista. En cas que així ho desitgi ja t'ho demanarà. Mai s'han d'invalidar, rebutjar o jutjar les emocions de la persona que les expressa ja que aquesta és una premissa fonamental per mostrar sensibilitat empàtica.

Daniel Goleman va afirmar que, mitjançant l'empatia, a part de ser capaç d'interpretar els sentiments de les altres persones, també podràs aconseguir: ser més popular, més sociable, guanyar més sensibilitat i comprensió dels punts de vista de les altres persones i ajudar a altres persones basant-se en la comprensió de les seves necessitats i sentiments. Per a la infermera l'empatia és una capacitat imprescindible per establir una relació terapèutica adequada amb les persones ateses que permeti uns resultats immillorables en la cura.

Gestió d'emocions i sentiments

El treball realitzat per les nostres emocions i sentiments es va iniciar fa més d'un milió d'anys. Des de llavors s'han gravat en el nostre sistema nerviós moltes de les reaccions automàtiques que avui tenim, que aleshores van marcar la diferència entre la supervivència i la mort. Davant la presència del perill, les emocions ens permetien reaccionar a temps. Pensar les coses més d'una vegada significava morir a la gola d'un animal. L'arrel de la paraula emoció és *motere*, del verb llatí “moure”, a més del prefix “e”, que implica “allunyar”. Daniel Goleman diu: “En essència, totes les emocions són impulsos per actuar, plans instantanis per enfrontar-nos a la vida que l'evolució ens ha inculcat”.

A la part més primitiva i baixa del nostre cervell, assentada sobre el tronc cerebral, es troba l'amígdala que és el dipòsit de tot aquest llegat emocional que hem heretat de les últimes cinquanta mil generacions d'humans. Cada vegada que ens assalta una emoció, l'amígdala es posa en acció. Aquests són moments que es caracteritzen per una reacció impulsiva, en la qual no es pensa sinó que se sent.

Don Quixot de la Manxa va patir un assalt emocional quan va atacar als molins de vent pensant que eren gegants perillosos. És el mateix que va passar, segons explica Goleman, a la cambrera que va deixar caure la safata en veure entrar una dona amb els cabells iguals que els de la noia amb qui el seu marit se n'havia anat. Les emocions, per si soles, ens poden confondre, enganyar i jugar-nos increïbles passades. “A la vida emocional humana aquesta imprecisió pot tenir conseqüències desastroses per a les nostres relacions, ja que significa, parlant en sentit figurat, que podem llançar-nos o apartar-nos de la cosa o la persona equivocada”.

Amb l'arribada de l'agricultura, les nostres respostes emocionals van començar a disminuir perquè la supervivència estava més assegurada. A mesura que vam anar evolucionant, dues noves eines ens van permetre anar refinant la nostra capacitat per actuar: l'aprenentatge i la memòria. A més de reaccionar automàticament, vam començar a estudiar la millor resposta. Això ha permès ampliar molt més el nostre ventall de reaccions emocionals.

Així, avui, la nostra ment es conforma, alhora, de dues ments: una que sent (afectes) i una altra que pensa (racionalitat). Segons com s'administrin, és possible augmentar o disminuir la nostra intel·ligència.

Quan fem servir l'expressió “pensar amb el cap fred” solem referir-nos a la precisió i exactitud de la raó, sense la distracció i engany de les emocions i els sentiments. No obstant això, no podem eliminar les emocions del nostre cos, perquè són part de la nostra biologia. Durant molt de temps, les emocions han estat divorciades de la raó. Avui en dia es creu no tan sols que tenen la ma-

teixa importància, sinó que a més estan íntimament relacionades: “No sembla ser veritat que la raó guanyi res si funciona sense el contrapès de les emocions. Per contra, les emocions probablement ajudin al raonament, sobretot quan es tracta d’assumptes personals i socials que suposen riscos o conflictes”, assegura el neuròleg portuguès, Antonio Damasio.

Recursos per a la gestió de les emocions

La veritable intel·ligència emocional requereix que identifiquem els propis estats d'ànim. Implica reconèixer quan i per què estem enfadats, nerviosos o tristos, i actuar sobre les causes i no només els símptomes.

No obstant això, en aquelles ocasions en què veiem que irremeiablement ens dirigim cap a un estat emocional negatiu, les tècniques següents poden ser eficaces per aturar o frenar aquesta reacció en cadena:

1. Hem d'intentar recordar les nostres virtuts i èxits. La reafirmació de les virtuts i punts forts és una de les millors estratègies per gestionar els sentiments. Consisteix a pensar en allò que ens ha provocat aquesta emoció però reduint-ne el significat negatiu. Per exemple, en comptes d'enfadar-nos perquè hem arribat tard a la feina, podem pensar que, com que sempre arribem a temps, no és tan greu. La gent amb més control emocional utilitza l'autoafirmació quan la intensitat de les seves emocions encara és baixa i tenen temps per buscar un altre punt de vista de la situació.

2. Hem de centrar l'atenció en un assumpte concret. Les persones que millor gestionen les seves emocions també han après a fer servir la distracció per bloquejar els seus estats emocionals abans que sigui massa tard. Sembla que resulta molt eficaç quan preveuen que experimentaran emocions intenses i no tenen prou temps per utilitzar altres estratègies.

Com ja deveu saber, una manera molt efectiva de calmar un nen petit que no deixa de plorar és desviar la seva atenció. Preguntes com ara “has vist el ninot?” o “què tinc a la mà?” solen disminuir el seu nivell d'excitació si mantenim la seva atenció durant el temps suficient. Per exemple, si el nostre cap qüestiona la nostra professionalitat, en lloc de pensar que potser ens acomiadarà, podríem pensar en la celebració d'aniversari que tenim dissabte. És simple però eficaç, tal com s'ha demostrat en diversos estudis científics.

3. Hem de pensar en el futur més immediat. Les emocions molt intenses poden provocar que ens oblidem que hi ha futur i que les nostres accions tindran conseqüències. Encara que en aquest moment tan sols siguem capaços de viure el present i la frustració, l'enuig o els nervis ens semblin tan importants, ens continuarem sentint així al cap d'una setmana?

4. Hem de meditar habitualment. La meditació ha demostrat científicament la seva eficàcia per prevenir els pensaments negatius repetitius, no només mentre meditem, sinó també a llarg termini: és capaç de disminuir el nivell d'activació de l'amígdala de manera duradora. També hi ha estudis que relacionen la meditació amb la reducció de l'ansietat. Un d'aquests estudis va demostrar que quatre classes de meditació de 20 minuts de durada van ser suficients per reduir l'ansietat.

Intentar relaxar-nos només quan ens assalten les emocions no és massa eficaç. No obstant això, meditar regularment i respirar correctament poden reduir la intensitat de les emocions negatives quan apareixen.

5. Hem de donar-nos permís per preocupar-nos més tard. Abans he explicat que intentar suprimir una emoció o pensament provoca que torni amb més força. No obstant això, ajornar-ho per a més tard pot funcionar. En un estudi es va demanar als participants amb pensaments ansiosos que ajornessin la seva preocupació durant 30 minuts. Tot i que és una manera alternativa d'evitar pensar en alguna cosa, el que s'ha demostrat és que després d'aquest període de pausa les emocions tornen, però amb una intensitat menor.

La infermera requereix la gestió d'emocions i sentiments per tal d'identificar què li està passant en relació amb les persones a qui cuida, al seu equip de treball, etc. i ser eficaç per donar la sortida més saludable a tota l'afectivitat fent que reverteixi positivament en la seva professió i tracte amb els altres.

Gestió de tensions i estrès

Hèlsinki és la capital i la ciutat més gran de Finlàndia, un país on regna una "deliciosa ironia": és el país que menys es preocupa per les proves del Programa Internacional per a l'Avaluació d'Estudiants (PISA) i, alhora, un dels països que sol ocupar el primer lloc del món en aquests exàmens. Aquesta paradoxa es deu, segons el finlandès Domisch Rainer, al fet que al seu país s'anteposen les necessitats de les nenes i els nens als ambiciosos desitjos de les persones adultes, ja siguin mares, pares o buròcrates. Les nenes i els nens finlandesos entren a l'escola als set anys i se'ls rep amb jornades breus, música i esports en abundància, i un període llarg de vacances. No es posen notes fins després dels tretze anys. No existeixen les classes particulars i són escassos els deures.

Beijing és la capital de la República Popular de la Xina, país on es prepara la gent des de primerenca edat per competir. Un dels símbols més importants d'aquest fet és el *gaokao*, la prova de selecció per a l'ingrés a la universitat més dura del món.

La contrarellotge en què vivim afecta no només la infantesa i la joventut, sinó també a les seves mares i pares. Les relacions són cada vegada més com els àpats: ràpides i perjudicials per a la salut. Algunes nenes i nens, en veure la vida que portem les persones adultes, sempre de pressa, estressades, sempre sense temps per ser feliços, no volen créixer.

Davant les protestes de cansament que el cos i la ment de les persones realitzen a causa de l'estrès i la competitivitat, s'ha començat a parlar de l'educació sense pressió i d'estudiants sense estrès. També es parla del moviment «slow», traduït en iniciatives com les de menjar lent, sexe lent o ciutats lentes, com Orvieto, una ciutat italiana que és feliç amb el seu plàcid ritme.

Potser una de les habilitats més importants que hem d'adquirir per aprendre a manejar les tensions i l'estrès, té a veure amb la gestió del temps. Sense pressa no només guanyarem en salut sinó també oportunitats per jugar, menjar, estimar, treballar i crear millor. El temps s'ha convertit en una de les pressions o tensions més fortes de la vida moderna.

Gestió de l'estrès

Tots els éssers vius patim tensió quan ens sentim en perill. La bona notícia és que les persones podem aprendre a manejar aquesta energia de manera que no ens paralizï sinó que ens impulsi en els reptes que la vida ens presenta. La millor relaxació resultarà ineficaç si no aconseguim identificar i transformar les fonts de l'estrès. Per exemple, una persona ha de reconèixer que treballa quinze hores diàries per, així, intentar reduir-les.

Encara que a vegades comporta més temps (tot i que també més satisfaccions), l'humor és un dels millors alliberadors de tensions i estrès. De fet, en temps d'Hipòcrates, es receptava visitar el comediant, sense cap farmacèutica pel mig.

La gestió de les tensions i l'estrès és una habilitat imprescindible per a la infermera perquè treballa en un context d'enorme complexitat. La sobrecàrrega d'estrès i tensions provoca pèrdua de salut i malalties, i l'entorn laboral de la infermera n'és propens.

Comunicació assertiva

L'assertivitat és una actitud i una manera de comunicar amb la qual defensem els nostres drets amb fermesa. També coneixem els beneficis de l'assertivitat. Si som assertius, sentirem que es respecten les nostres conviccions i opinions, i això pot ser un gran suport per a l'autoestima.

No obstant això, el més habitual és que davant les exigències dels altres acabem responnent amb passivitat (comunicació passiva), fins que, a vegades, un cúmul de circumstàncies provoca que no puguem aguantar més i “petem” (comunicació agressiva). Lògicament això pot tenir efectes secundaris bastant indesitjables.

Llavors, hi ha alguna manera correcta d'utilitzar l'assertivitat? És possible aconseguir que ens respectin i que alhora empatitzin amb nosaltres? Sí, la clau la tenen els sentiments i necessitats. La comunicació assertiva no només ens ajudarà a defensar allò que creiem just, sinó que també pot millorar la qualitat de totes les nostres relacions. El principal obstacle de l'assertivitat ve de lluny. Durant segles, la societat ens ha estat ensenyant una manera de comunicar-nos que provoca conflictes i malestar: amagar els nostres sentiments (quantes vegades els pares ens van dir que no ploréssim quan érem petits?) L'assertivitat no és simplement dir el que pensem. Requereix comprendre les nostres necessitats, fer-nos responsables de les nostres emocions i, en última instància, connectar amb els altres.

La comunicació assertiva, o *no violenta*, com la va anomenar el Dr. Marshall Rosenberg, parteix d'un principi fonamental de l'empatia: darrere de cadascun dels nostres actes hi ha una necessitat no satisfeta. Si centrem els esforços a comprendre les nostres necessitats i les dels altres, i no a guanyar les discussions, la manera com ens relacionem canviarà totalment, perquè, al capdavall, les nostres necessitats com a éssers humans són molt semblants i això ens permetrà crear vincles emocionals.

Passos per ser assertiu:

1. Observar els fets sense jutjar. Per a això hem de descriure què ha passat sense emetre cap judici o interpretació, simplement explicant de la manera més objectiva que puguem el que hem observat.
2. Responsabilitzar-nos dels nostres sentiments. L'únic que és real i indiscutible són els nostres sentiments. Tot i que la informació que rebem sigui incorrecta i el que pensem estigui equivocacat, el que segur que és cert és el que això ens fa sentir.
3. Trobar les nostres necessitats no cobertes. Hem de tenir clar que els sentiments no apareixen per art de màgia ni els provoquen els actes dels altres, sinó que els creen les nostres necessitats. Ens sentim bé quan les nostres necessitats estan satisfetes i malament quan no ho estan. Per exemple, si ens sentim sols és perquè necessitem rebre més afecte o si ens enfadem quan algú s'apropia de les nostres mèrits a la feina, és que necessitem sentir-nos reconeguts.

4. Fer una petició concreta que respecti les necessitats de les persones. Cal que identifiquem quin comportament aconseguiria satisfer la nostra necessitat no coberta, i expressar-ho amb detall per tal que l'altra persona pugui decidir si vol ajudar-nos a cobrir-la.

Aquesta comunicació és empatia pura. Aquesta forma d'assertivitat no té com a objectiu convèncer els altres o imposar els nostres desitjos; la meta és aconseguir que compreguin plenament les nostres necessitats i emocions.

Quan malgrat tot això topem amb un no, habitualment significarà que la nostra petició suposa un sacrifici massa gran en les necessitats de l'altra persona. Llavors, haurem de continuar dialogant per trobar noves possibilitats que ens permetin satisfer les necessitats de tots dos.

La infermera ha de ser altament competent en la comunicació assertiva per tal de comunicar-se de manera eficaç, tant amb les persones ateses com amb els equips de salut amb els quals treballa. Només d'aquesta manera pot desenvolupar la seva professió promocionant la pròpia salut i la dels altres.

Relacions interpersonals

L'art de relacionar-nos consisteix bàsicament a aprendre a comprendre'ns mútuament, a reconèixer-nos, a validar-nos com a éssers amb diferents maneres de ser; és l'art de no exposar-nos a relacions que ens invalidin o menyspreïn. Cada vegada més, les investigacions mostren que la riquesa humana no es mesura en diners ni en prestigi sinó sobretot en nexes, en la quantitat i qualitat de les relacions que es té amb la parella, la família, les persones de la feina i amb les altres persones properes i llunyanes amb qui contactem amb més freqüència.

Quina quantitat i quina qualitat de relacions mantenim amb altres persones? Per respondre a aquesta pregunta, imaginem per un moment amb quanta gent ens relacionem diàriament. Pensem, també, en la qualitat d'aquestes relacions, perquè aquests són els nostres vincles.

Hi ha tres elements fonamentals per tenir relacions basades en l'autonomia: l'inici, el manteniment i la finalització. En totes tres es requereix habilitat per ser qui som, per connectar amb el món de l'altra persona, per escoltar-la, per expressar-nos, per respectar l'autonomia pròpia i l'aliena. No hi ha un model a seguir per iniciar, sostenir o acabar una relació, però sí que hi ha tres criteris desitjables per aconseguir una bona qualitat de la relació: que sigui font de benestar mutu, que estigui basada en el respecte, que faciliti que cada persona pugui ser autènticament ella mateixa. Quan alguna d'aquestes tres claus s'oblida, les relacions interpersonals exerceixen un impacte negatiu en la salut física i emocional de les persones i dels seus entorns.

L'inici d'una relació és més fàcil amb aquelles persones davant de les quals pensem: “quin plaer estar amb algú així!”. En general, aquestes persones són divertides, sensibles, comprensives, optimistes, senzilles (no se senten ni més ni menys que ningú), saben escoltar, s'interessen per tu, són corteses (gràcies, esperaré, si us plau, continueu...). En altres paraules, gestionen les seves emocions i sentiments i saben llegir els de les altres persones. També hi ha característiques que dificulten el contacte: aïllar-se, parlar sense fi, centrar-se en si mateix i no mostrar interès en els assumptes de les altres persones; voler agradar tant sí com no, forçar les coses, fer comentaris o preguntes fora de lloc o inoportunes. És fàcil o difícil que les persones així estableixin contacte amb nosaltres o nosaltres amb elles?

Un camí força comú avui en dia per fer amistats és Internet, les xarxes socials, que com totes les coses de la vida, té adeptes i detractors. Valdria la pena que per navegar-hi fóssim gent intel·ligent, capaç de tenir cura de nosaltres mateixos i de les altres persones. Tenir amigues i amics és un d'aquells desitjos que ens persegueix tota la vida perquè necessitem còmplices per somiar, ballar, riure, plorar, menjar, estimar... Per què per a algunes persones resulta tan complicat?

El món «dels altres» sempre serà sospitós, font de desconfiança, mentre no ens atrevim a conèixer-lo millor. El diccionari defineix la paraula *prejudici* de la manera següent: “Opinió prèvia i tenaç, generalment desfavorable, sobre alguna cosa que es coneix malament”. Com menys prejudicis tinguem, més possibilitats de fer amistats.

El segon element clau és el manteniment de la relació. “El que no vulguis que et facin a tu, no ho facis als altres”. Aquesta famosa frase de Confuci, filòsof xinès que va viure a l'era abans de Crist, és el que gairebé sempre ens aconsellen per mantenir una bona relació amb les altres persones. No obstant això, en la nostra era, un altre pensador, Bernard Shaw, escriptor irlandès, va reprendre la frase i la va complementar: “Tampoc els facis el que tu voldries que et fessin a tu; potser no tenen els mateixos gustos “. La psicòloga Paz Torrabadella diu que la mare de tots els mals en les relacions interpersonals és la inconsciència, que defineix com el fet de no adonar-se de la realitat i tenir el convenciment que els propis pensaments i sentiments, i la pròpia realitat, són els reals. Quan no reparem en aquesta manera de procedir, segons Torrabadella, estem sent inconscients. La consciència, per tant, començaria per descobrir què interessa a les altres persones, què els agrada o desagrada, i continuaria per tractar de conèixer millor a aquestes persones fins a descobrir-ne les singularitats.

El tercer element clau és la finalització. Acabar una relació que no ens satisfà, que ens produeix dolor o infelicitat, pot ser una tasca difícil per a moltes

persones. No ens atrevim, ens fa por fer mal o que ens facin mal, la soledat ens espanta més que la infelicitat. Aquest tipus de relacions no es donen només entre parelles. Es donen també en l'àmbit familiar, laboral i entre iguals. Balancejar el poder, denunciar l'agressió grupalment, poder dir assertivament "deixem-ho en pau", disminuir el nombre de persones que observen passivament i augmentar el nombre de persones defensores, són algunes de les propostes per finalitzar relacions no gratificants.

La competència en relacions interpersonals satisfactòries és imprescindible per a la infermera. A més de treballar amb persones i ser una habilitat necessària per establir relacions terapèutiques que permetin aconseguir els millors resultats possibles en salut, la infermera desenvolupa la seva professió en equips de salut amb diferents professionals i l'establiment de les relacions interpersonals sanes és importantíssim per al funcionament satisfactori de l'equip, així com per a l'obtenció de resultats.

Gestió de problemes i conflictes

Un conflicte és aquella situació que sorgeix quan les diferències es troben, quan es presenten simultàniament interessos diferents o forces antagòniques, ja sigui en forma d'idees, valors, desitjos, capacitats, opinions, gustos, sentiments, necessitats, etc.

Moltes vegades, quan esmentem la paraula *conflicte*, pensem en persones que es barallen, agredeixen o maten. Ara bé, això no és un conflicte, és només una manera d'abordar-lo; en aquest cas, basada en la violència. Els diferents camins per abordar els conflictes són:

Indiferència: fer com si no passés res, com a l'escola quan se sap que algú agredeix i algú és agredit, i ningú no hi fa res. Aquest camí també es coneix com a *ignorància*. No parlem ni ens ocupem dels problemes esperant, potser, que el temps o altres persones els solucionin com per art de màgia. Sovint això multiplica els conflictes.

Violència: fer ús de la força o agressió. Creure que eliminant "l'enemic" solucionem el problema. De ben segur que ja sabem que no és el millor dels camins.

Oportunitat: fer ús de la intel·ligència emocional i racional per transformar-nos i transformar. Aquí algunes de les claus:

Qui té un cos flexible, entra i surt amb facilitat dels llocs més insospitats. De la mateixa manera, qui té una ment flexible, entra i surt de situacions difícils amb més facilitat. "Sense problema", deixa anar els seus sabers per assolir-ne de nous. No li resulta complicat canviar de posició, d'opinió, de

punt de vista o de país. Si desenvolupem la nostra capacitat per no deixar d'aprendre mai, per deixar anar tanta resposta feta que tenim, escoltarem més. Sense aprenentatge es perd la capacitat i l'oportunitat d'explorar noves solucions, ens condemnem a recórrer els camins trillats que ens fan reaccionar automàticament, per costum, i ens perdem l'oportunitat de fer nous descobriments. La dificultat no rau en cometre errors, sinó a cometre els mateixos de sempre. Estarem desarmant el costum quan ensopeguem però, aquest cop, amb una altra pedra, quan ens donem permís d'estrenar errors. Ens hem acostumat a creure que els problemes o conflictes s'han originat sense que hàgim fet res i així traslladem tota la responsabilitat a terceres persones o a circumstàncies. Aquest és un altre costum que hem de deixar enrere. Ens hem acostumat a no incloure'ns com a part activa del problema i de la seva evolució. Quantes vegades hem sentit la frase "cal buscar una solució definitiva a aquest problema"?

Entre dos extrems hi ha molts punts; no només hi ha l'esquerra o la dreta, el blanc o el negre, el bo o el dolent, el nou o el vell... Percebre que a l'hora d'enfrontar-nos a les dificultats de la vida existiran sempre més de dues possibilitats és aprendre a pensar en termes de millora. Com veurem en la unitat de presa de decisions, davant d'un conflicte davant del qual cal prendre una decisió, és important prendre perspectiva per observar les diferents opcions.

Mentre tinguem vida, tindrem dificultats. El nostre repte és viure'ls i afrontar-los com a oportunitat per estirar el nostre pensament i capacitat de comprendre, per ser persones més creatives, per no somiar amb paradisos inexistents.

La infermera sovint ha de resoldre situacions complexes en contextos diversos i canviants. Com més competent sigui la infermera en l'habilitat de la gestió de problemes i conflictes, més estarà promocionant la seva pròpia salut i contribuint a la resolució de múltiples situacions que poden estar afectant tant a persones ateses com a companys i companyes de l'equip de salut.

REFERÈNCIES

- Castellanos, L., Chachín, I. *Habilidades para la vida: guía de entrenamiento*. Edex, 2013.
- Choque-Larrauri, R. i Chirinos-Cáceres, J. *Eficacia del Programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú*. Revista de Salud pública, 2009; 11 (2), 169-181.
- Díaz, L. E., Rosero, R. F., Melo, M. P., i Aponte, D. *Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición*. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 2013; 4 (2), 181-200.

- Estrada, M. R. *Manejo de problemas y toma de decisiones* (Vol. 8). Méjico: Manual Moderno, 2015.
- Landau, E. *El vivir creativo: Teoría y Práctica de la creatividad*. Barcelona: Herder, 1987.
- Machera, R. P. i Machera, P. C. *Emotional Intelligence (EI): A Therapy for Higher Education Students*. Universal Journal of Educational Research, 2017; 5 (3), 461-471. <https://doi.org/10.13189/ujer.2017.050318>
- Mantilla, L. *Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales*. Colombia: Fe y alegría, 1999.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. i Bernal, M. C. *Bases neuronales de la empatía*. Revista Neurología, 2010; 50 (2), 89-100. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009111>
- Moynagh, M. i Worsley, R. *Working in the 21st century*. Swindon: Economic and Social Research Council (ESRC), 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes*. Ginebra: Serie de Informes Técnicos, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Tobacco-Free Youth. A "Life Skills."* Washington DC: Publicación científica y técnica, no. 579., 2000.
- Rychen, D. S. i Salganik, L. H. *Las competencias clave para el bienestar personal, social y económico*. Màlaga: Ediciones Aljibe, 2006.
- Rychen D. S. i Salganik, L. H. *Definir y seleccionar las competencias fundamentales para la vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.
- Van-der Hofstadt, C. J. i Gómez, J. M. *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 201

CAPÍTOL 4

La infermeria basada en l'evidència

Dra. Rosa Suñer Soler

La cura de les persones ateses, basada en l'evidència, és l'aplicació conscient i explícita de la millor evidència científica disponible en relació al coneixement infermer, per prendre decisions en els àmbits de salut, que tinguin en compte els valors i preferències dels usuaris i que incorporin l'expertesa dels professionals infermers.

Per potenciar la pràctica infermera basada en l'evidència, els experts recomanen:

- Cultivar l'esperit de recerca.
- Fer-se preguntes.
- Cercar i recopilar informació.
- Avaluar de forma crítica l'evidència.
- Integrar-la a la pràctica.
- Avaluar els efectes de la seva implementació.
- Difondre els resultats de la seva implementació i avaluació.

El present capítol descriu cadascun d'aquests 7 passos amb un exemple relacionat amb situacions i preguntes que les infermeres sovint es plantegen en el seu exercici professional en l'atenció de les persones sanes, concretament es desenvoluparan aquest passos centrats en la prevenció de les addiccions i promoció dels estils de vida saludables en els adolescents.

Cultivar l'esperit de recerca i fer-se preguntes

Potenciar la curiositat científica i la recerca és fonamental per l'avenç científic en qualsevol disciplina. En el camp de les ciències de la salut hi ha diversos factors que dificulten aquesta potenciació. Específicament, s'ha observat que les barreres més grans són la manca de temps dels professionals i la manca de

recursos; també carències en formació, dificultats per comprendre els treballs de recerca publicats i saber-los traduir en resultats a la pràctica, així com limitada autonomia per canviar la pràctica i basar-la en l'evidència. Totes aquestes barreres s'ha vist que poden influir en la manca de motivació, també en el fet que, espontàniament, no sorgeixen tantes idees per avançar o en cas de que sorgeixin no sempre són prioritàries per cobrir les necessitats dels usuaris. Llavors, propiciar espais de temps en els horaris laborals per fer-se preguntes i poder reflexionar envers la pràctica que es fa, debatre accions de millora, donar recursos en formació, propiciar estructures de recerca i conscienciar als líders i professionals assistencials de la importància de millorar la pràctica considerant els avenços científics esdevé fonamental per cultivar l'esperit de recerca.

Un pas endavant és fer-se una pregunta per cercar informació científica rellevant envers un tema determinat, veure l'estat de coneixement en aquest tema i poder plantejar projectes d'investigació quan el coneixement és insuficient. Un exemple d'interès en l'atenció de joves adolescents sans és: Quins programes de salut són més efectius per prevenir les drogodependències?

Cercar i recopilar informació

Diversos autors han observat que els líders, educadors i professionals dels àmbits de la salut troben dificultats per saber localitzar, avaluar i aplicar coneixements basats en la recerca per orientar la seva pràctica.

El primer pas per veure l'estat de coneixement de qualsevol pregunta de recerca que ens fem és cercar informació fiable en bases de dades científiques. La base de dades internacional més completa en ciències de la salut és Medline; també podem utilitzar el motor de cerca Pubmed. Cal tenir en compte que la base és en llengua anglesa i, per tant, les paraules clau s'han de buscar en anglès. En l'exemple comentat prèviament, la cerca seria una combinació de les paraules *drug*, *addiction* AND *adolescents* AND *prevention*. Seleccionarem publicacions dels darrers cinc anys, revisions sistemàtiques en tipus d'articles, en humans i que tinguin disponible el resum. La base ha realitzat la següent cerca:

("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR ("substance-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance-related disorders"[All Fields] OR ("drug"[All Fields] AND "addiction"[All Fields]) OR "drug addiction"[All Fields]) AND ("adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields]) AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND (systematic[sb] AND has abstract[text] AND "2015/01/06"[PDat] : "2020/01/04"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

Com es pot observar en el quadre anterior, la combinació de paraules clau, la utilització d'operadors booleans i la personalització és llarga, però en realitat una formació bàsica en aquesta base de dades permet saber com utilitzar-la, fent servir tots els filtres necessaris per tal de seleccionar la màxima evidència disponible. En aquesta cerca, realitzada el 5 de gener de 2020, han sorgit 53 articles. Per continuar el procés, cal revisar els resums i seleccionar els que estan centrats de forma específica en la pregunta d'interès. S'han seleccionat, per aquest exemple, els resultats dels articles més recents que específicament responen a la pregunta que ens formulem.

Avaluar críticament l'evidència

Per avaluar de forma crítica l'evidència, primer cal llegir els articles seleccionats i fer-ne una anàlisi crítica. Hi ha evidència del tema que ens preocupa? La nostra cerca s'ha limitat en revisions sistemàtiques atès que tenen el màxim nivell d'evidència, juntament amb els assajos clínics. A continuació, a un nivell més baix, hi ha els estudis de cohorts, és a dir, de seguiment de poblacions, els estudis de cas-control, els estudis transversals i, finalment, les revisions i opinions d'experts. Enkin et al. (2013) s'han plantejat què significa que una cura sigui efectiva en relació a l'embaràs i a la infància, consideracions que es poden aplicar a qualsevol context d'atenció. Per a aquests autors hi ha clarament:

- 1) Formes beneficioses d'atenció
- 2) Formes d'atenció que probablement siguin beneficioses
- 3) Formes d'atenció amb una compensació entre efectes beneficiosos i adversos
- 4) Formes de cura d'eficàcia desconeguda
- 5) Formes de cura que poc probablement siguin beneficioses
- 6) Formes d'atenció que probablement siguin ineficaces o nocives

A més, per avaluar críticament l'evidència, hi ha llistes de verificació per concloure si un article té qualitat. S'aconsella utilitzar les plataformes com el programa de lectura crítica de l'evidència CASPe o EQUATOR, on hi ha guies per a cada tipus de disseny d'estudi per tal que puguem aprendre i guiar-nos a fer lectures crítiques de les publicacions científiques, alhora que ens serviran per plantejar recerques o preparar comunicacions de recerques, si és el cas.

En l'exemple específic que proposem, prevenció de les addiccions i promoció dels estils de vida saludables en els adolescents, i per tal d'il·lustrar la

importància de conèixer l'evidència científica per a la pràctica clínica, destaquen algunes de les intervencions amb major evidència, tot i que en alguns casos encara l'evidència no és robusta:

Integrar l'educació acadèmica i sanitària transformant les relacions entre professors i estudiants, i generalitzant l'aprenentatge de les aules a un entorn escolar més ampli amb missatges coherents de les escoles i les famílies i amb intervencions multicomponents.

Incloure els pares en les intervencions que incorporin formació en habilitats són més efectives que només la informació que no s'ha vist per si sola, que no és efectiva. En aquest sentit hi ha alguns estudis envers intervenció en resiliència, sobretot pel consum de tabac.

La majoria de les intervencions efectives es van implementar mitjançant sessions presencials, inclosos pares i joves. Les intervencions virtuals tenien major efectivitat per a la prevenció del consum d'alcohol.

Les prohibicions de consum públic, les restriccions publicitàries i l'edat legal mínima són mesures efectives per prevenir i reduir el consum d'alcohol i tabac, però no hi ha prou evidència pel consum d'altres drogues.

Les intervencions breus per a la prevenció i consum d'alcohol en els adolescents tenen efectes modestos però que persisteixen a l'any d'haver fet la intervenció breu. Així també s'han vist efectius els exercicis de fixació d'objectius en la prevenció i el consum.

A part d'aquesta selecció, si continuem cercant evidència en aquest tema, hi ha altres estudis de revisió no sistemàtica, estudis transversals i assajos clínics que cada vegada més estudien ***l'exercici físic com a modulador en la prevenció i abús de les drogues en els adolescents.*** Específicament, ***alts nivells d'activitat física i esport en adolescents estan associats de forma inversa al consum de tabac i cànnabis.***

Després de llegir i rellegir els articles seleccionats i en funció del lloc i posició de cada professional de l'àmbit de la salut, es pot plantejar integrar resultats de l'evidència a la pràctica, des d'una visió i consens de tot l'equip i dels líders.

Integrar l'evidència i avaluar els resultats de la seva implementació

Un dels passos més importants, com s'ha esmentat a l'inici, a més d'interpretar l'evidència científica, és fer-ne una reflexió a l'entorn de treball i estudiar si cal fer canvis en la nostra pràctica clínica. Continuant amb el nostre exemple, imaginem que el nostre entorn de treball com a infermers/es és en l'àmbit d'atenció primària i dos infermeres de l'equip participen en el programa Salut

i Escola, un dels objectius del qual és la prevenció del consum de drogues en els adolescents. A partir d'alguna de les intervencions efectives comentades, es poden plantejar accions de millora en el programa.

Però, com fer-ho? Fa molts anys que s'ha estudiat que la simple difusió dels nous coneixements no és suficient per implementar les evidències, sinó que cal partir d'un determinat model i alhora considerar la necessitat de disposar en cada entorn de persones clau, líders i persones que facin de pont per tal de fer possible la implementació. Hi ha diversos models internacionals per integrar l'evidència, com per exemple el Model de Coneixement per l'Acció de Field et al. (2014), PARIHS Framework, el model de l'Institut de Joana Briggs sobre l'atenció basada en l'evidència (2016), centrat sobretot en les cures infermera, o el model de creació de coneixement a través d'investigació i síntesi específics per el context de seguretat de la persona atesa (OMS, 2007). Tots aquests models tenen en comú el procés basat en un cercle de la millora de la pràctica, seguint els següents passos: identificar un problema, seleccionar informació actual i amb evidència, sintetitzar-la, adaptar el coneixement a l'entorn i cultura de treball identificant barreres per a la seva implementació, fent formació i difusió que sigui necessària, monitoritzar la seva implementació considerant que és un procés llarg, evolutiu i dinàmic, avaluant-ne els seus efectes de forma continuada. Disposem de molts exemples d'aquest procés d'implementació de la millor evidència disponible, quan s'incorporen guies de pràctica clínica (GPC) a l'entorn professional.

En l'entorn infermer cal destacar les GPC, traduïdes al castellà, de les *Registered Nurses of Ontario* (RNAO). Aquesta associació, que treballa des de finals dels anys noranta en l'aplicació de les bones pràctiques basades en l'evidència, col·labora amb els centres que necessiten implementar una determinada guia a través d'un contracte de compromís gratuït que es compromet a introduir tres guies en tres anys. La seva metodologia es basa en la implementació a nivell micro, en persones compromeses amb el projecte, a les quals faciliten la posada en marxa; a nivell meso organitzacional (els propis centres es comprometen a la implementació), RNAO té molta experiència i acredita organitzacions implicades. Finalment, també a nivell macro (el sistema de salut d'un determinat territori es compromet).

A Catalunya tenim experiències similars. Per exemple, la implementació de l'evidència en l'atenció a les persones amb ictus agut. A partir de la creació del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral, des del Departament de Salut l'any 2006 s'inicia una actualització i adaptació al nostre entorn d'una guia de pràctica clínica internacional, i d'una guia de nova creació per a usuaris i

familiars. El primer pas va ser fer difusió de les bones pràctiques a tots nivells entre els professionals implicats, es va avaluar la situació abans d'iniciar la implementació i, a partir d'aquesta, es van monitoritzar els avenços amb audits de forma sistemàtica i continua de tots els indicadors relacionats amb la qualitat de l'atenció a la persona amb ictus (indicadors de procés i resultat). Aquests indicadors es van consensuar mitjançant el mètode Delphi, a partir de l'elaboració d'un qüestionari amb un llistat de possibles indicadors fonamentals per implantar i millorar, s'analitzaren els resultats i de nou els experts van tornar a respondre a partir dels resultats, fins a arribar a un consens dels indicadors definitius que s'ha avaluarien de forma continuada. Aquesta implementació es va fer a tots els nivells de l'atenció, implicant tots els professionals, i es van obtenir resultats exitosos i de gran qualitat en l'atenció de persones i famílies amb ictus.

Tot i que integrar l'evidència i avaluar-ne els resultats representa un procés de millora continua de la qualitat de l'atenció, el procés és molt llarg i, a vegades, no és continu. De fet, alguns autors assenyalen que pot durar fins a 17 anys. Per exemple, en els diversos audits del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral es fa monitoratge d'indicadors de procés de cures infermera entre d'altres; un d'aquests és la realització del test de deglució a tots els usuaris amb un ictus agut abans d'iniciar ingesta, és a dir, que se'ls avaluï la capacitat per deglutir abans de beure i menjar després del diagnòstic d'ictus. Es va partir d'un compliment baix: abans de la implementació de l'evidència a la pràctica clínica, que era del 30% de compliment (primer audit clínic de l'ictus 2006), l'any 2008 aquest compliment era del 47.4% (segon audit), en l'audit de 2010-2011 era del 59.7% (tercer audit); en l'audit de 2013 del 68.2% (quart audit). Ara se situa al voltant del 75% de compliment (any 2019). Aquesta evolució ens indica una progressió favorable, tot i que hi ha marge de millora per assegurar l'adherència d'aquesta bona pràctica, perquè cal que se situï per sobre del 90% de compliment.

L'avaluació dels resultats no ha de ser percebuda com una fiscalització, sinó com un procés de millora continua que repercuteix als usuaris i també als professionals, a més de ser cost efectiu. En tot aquest procés, la implicació de les direccions amb polítiques institucionals que l'afavoreixin, dels líders formals dels equips que actuïn motivant el canvi per transformar i avançar, i dels propis professionals que cal que disposin d'oportunitats de formació continuada constant per l'avenç de la qualitat de l'atenció, és essencial que a tots nivells hi hagi implicació i monitorització continuada.

Difondre'n els resultats

Difondre els resultats de qualsevol recerca és el darrer pas del procés d'investigació, ja que sense conèixer els resultats de qualsevol investigació no es pot avançar. En el cas que ens ocupa, els resultats de la implementació de l'evidència a la pràctica, també cal difondre'ls sempre i a tots nivells. D'entrada, la difusió ha de ser a interna, en el sí de les pròpies organitzacions, establint mecanismes per tal que tots els implicats coneguïn barreres, dificultats i avenços en aquest procés. També, cal fer-ne difusió externa, a la pròpia comunitat, als professionals i a la comunitat científica.

Cal esmentar, finalment, que a més d'implementar les evidències, és important estudiar la forma en què s'implementen; s'anomena investigació en implementació (*Implementation research*). Eccles i Mittman (2006) han definit que la ciència de la implementació és l'estudi d'estratègies utilitzades per integrar pràctiques basades en evidències en entorns del món real. En aquest sentit, en el cas de l'atenció a la persona amb ictus, es podria investigar les preguntes següents: Quines són les estratègies i els factors que es relacionen amb la implementació del test de deglució en les persones recentment diagnosticades d'ictus agut? Per què en alguns centres s'ha implementat de manera extensa i en d'altres no? Es tracta d'investigar aquells aspectes que afecten el procés d'implementació de l'evidència, la pròpia implementació i els resultats procedents d'aquesta implementació.

Es pot concloure que els 7 passos descrits per potenciar la pràctica basada en l'evidència són necessaris per avançar cap a l'excel·lència de les cures infermera, fonamental en qualsevol aspecte de l'atenció. Hem de fer una anàlisi encaminada a la necessitat de millorar una determina pràctica, cercar els nous coneixements envers aquesta pràctica, integrar-los a l'assistència sempre que sigui possible, fent una adaptació en la cultura on es vulgui integrar i fer-ne seguiment i avaluació sistemàtica i continua.

A més dels beneficis provats en l'atenció a les persones, les pràctiques basades en la millor evidència disponible tenen efectes en els propis infermers i infermeres que perceben que els canvis han estat positius per fer avançar la seva disciplina, ja que s'avança en el cos de coneixements infermers, que serveixen per prendre les millors decisions durant l'exercici de la professió, proporcionant cures de qualitat a les persones ateses.

REFERÈNCIES

- Allen, M.L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., Borowsky, I. *Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A Systematic Review*. *Pediatrics*, 2016; 138 (2). pii: e20154425.
- Charlet, K., Rosenthal, A., Lohoff, F.W., Heinz, A., Beck, A. *Imaging resilience and recovery in alcohol dependence*. *Addiction*, 2018; 113(10),1933-1950.
- Eccles, M. , Mittman, B . *Welcome to implementation science*. *Implement Science*, 2006, 1,1.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofmeyr, J. (2000-06). *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford, UK: Oxford University Press. [Consulta: gener de 2020] Enllaç: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780192631732.001.0001/med->
- EQUATOR Network. Recuperat el 12 de gener de 2020 de <https://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/>
- Field, B., Booth, A., Ilott, I., Gerrish, K. *Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review*. *Implementation Science*. 2014; 9, 172.
- Flynn, A.B., Falco, M., Hocini, S. *Independent Evaluation of Middle School-Based Drug Prevention Curricula: A Systematic Review*. *JAMA Pediatrics*, 2015; 169 (11), 1046-52.
- Georgie, J. M., Sean, H., Deborah, M. C., Matthew, H., Rona, C. *Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis*. *Addiction*, 2016; 111 (3), 391-407.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Primer audit clínic de l'ictus. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director de l'Aparell Circulatori*. 2007. [Consulta: 9 juliol 2021] Enllaç: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_AZ/I/ictus/prof/documents/arxiu/primer_audit_clinic_ictus_06.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Segon audit clínic de l'ictus. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director de l'Aparell Circulatori*. 2008. [Consulta: 9 juliol 2021] Enllaç: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/ictus/prof/documents/arxiu/segon_audit_ictus.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Tercer audit clínic de l'ictus. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director de l'Aparell Circulatori*. 2010/2012. [Consulta: 9 juliol 2021] Enllaç: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/ictus/prof/documents/arxiu/3er_audit_ictus.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Quart audit clínic de l'ictus. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director de l'Aparell Circulatori*; 2013. Recuperat de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/ictus/prof/documents/arxiu/Informe_-ACI4_CORR.pdf
- Giménez, N., Caro, C., Ponsa, E., Perez Ortiz, Á.M., Navazo, I. i Gavagnach, M. *Rising to the Challenge of promoting research in primary care and nursing: Research productivity and professional view*. *Enfermería Clínica*, 2017; 27 (3), 144-152.

- Grupo de trabajo para la Promoción de la Investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valencian. *Promoción de la investigación en atención primaria. Atención Primaria*. 2008; 40 (3),125-31.
- Hodder, R.K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J, Wiggers, J. *Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. Preventive Medicine*, 2017; 100,248-268.
- Joanna Briggs Institute. 2020 Enllaç: <https://joannabriggs.org/about.html>
- Kitson, A.L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. *Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. Implementation Science*, 2008; 3,1.
- MacArthur, G., Caldwell, D.M., Redmore, J., Watkins, S.H., Kipping, R., White, J. et al. ampbell, R. *Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. Cochrane Database Systematics Reviews*. 2018; 10:CD009927.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3a ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health, 2015.
- Newton, N.C., Champion, K.E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Teesson, M. *A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. Drug Alcohol Review*, 2017; 36 (3), 337-351.
- Nock, N.L., Minnes, S., Alberts, J.L. *Neurobiology of substance use in adolescents and potential therapeutic effects of exercise for prevention and treatment of substance use disorders. Birth Defects Research*, 2017; 109 (20), 1711-1729.
- PubMed. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. [Consulta: gener de 2020] Enllaç: <http://www.redcaspe.org/>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best Practice Guidelines, 2020. [Consulta:] Enllaç: <https://rnao.ca/bpg>
- Rumbo Prieto, J.M., Martínez Ques, Á.A., Sobrido Prieto, M., Raña Lama, C.D., Vázquez Campo, M., Braña Marcos, B. *Implementing evidence and implementation research: two different and prime realities. Enfermería Clínica*, 2016; 26 (6): 381-386.
- Sánchez Gómez, M.B. *Visión, conocimiento, sensibilidad e investigación. Componentes esenciales para avanzar en el cuidado del mayor. Enfermería Clínica*, 2016; 26, 2, 93-95
- Tanner-Smith, E.E., Lipsey, M.W. *Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015; 51,1-18
- Thompson, G.N., Estabrooks C.A., Degner L.F. *Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53 (6), 691-701.

- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J.E., Engels, R.C. *The Effectiveness of Family Interventions in Preventing Adolescent Illicit Drug Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Clinical Child and Family Psychology Review*, 2015; 18(3), 218-39.
- Webb, M.J., Kauer, S.D., Ozer, E.M., Haller, D.M., Sanci, L.A. *Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. BMC Family Practice*. 2016; 17,104.
- WHO. World Alliance for Patient Safety Progress Report 2006-2007. Enllaç: https://www.who.int/patientsafety/policies/policy_resources/en/index2.html

UNITAT
2

LA VALORACIÓ BÀSICA
DE LA SALUT AL LLARG
DE LA VIDA
DE LA PERSONA

CAPÍTOL 1

La valoració de la salut fonament de les cures centrades en la persona

Dra. María del Carmen Malagón Aguilera

Metodologia infermera

La ciència infermera concreta el seu paradigma en la promoció de la salut i la cura de les persones. La infermera analitza les respostes humanes a les diferents situacions de la vida de les persones considerant-les sempre de manera integral i en el context concret on es troben. Per tant, algunes de les característiques de les cures infermeres són les següents: han de ser humanistes, segures i eficaces i requereixen, per part de la infermera, una visió holística i integral de les persones, les famílies i les comunitats ateses*.

A la pràctica de l'assistència a les persones, el treball infermer es realitza des d'un enfocament estructurat basat en el mètode científic de resolució de problemes que anomenem metodologia infermera. Aquesta metodologia estructura, habitualment, el pensament infermer i dirigeix l'acció infermera quan s'està desenvolupant l'atenció a les persones.

En moltes ocasions, la metodologia infermera, des del punt de vista de l'estudiant d'infermeria, es percep com a una part de la ciència, teòrica i feixuga d'aprendre, amb poca aplicació pràctica en l'àmbit assistencial real. Ara bé, la metodologia és un model sistemàtic de pensament crític en què es desenvolupa el raonament que permet a la infermera organitzar les activitats cognitives necessàries i l'administració de les cures de manera segura i eficaç. En aquest sentit, no és possible arribar a una cura excel·lent de les persones ateses sense seguir el mètode descrit per a la disciplina infermera. La metodologia infermera també rep el nom de *procés d'atenció infermer* o *procés infermer*.

El procés infermer assegura una recollida de dades completa i fiable per poder analitzar les respostes humanes a les diferents situacions i prendre decisions sobre a quines preferències i necessitats de la persona atesa cal donar resposta (identificant recursos per a la salut, processos vitals, problemes

reals de salut i problemes potencials de salut). Aquestes decisions que pren la infermera requereixen d'una sèrie d'accions com són saber prioritzar, donar nomenclatura a les diferents situacions que s'han d'atendre (preferències, problemes de salut, diagnòstics infermers...), planificar els criteris de resultat als quals es pretén que arribi la persona atesa i planificar les intervencions, i activitats que s'han de realitzar segons l'evidència científica. Així, es podrà avaluar amb indicadors objectius i mesurables si s'ha arribat al resultat esperat o si cal retrocedir en tot el procés per veure què es pot millorar per tornar a intervenir i donar assistència a les preferències i/o resoldre les necessitats de la persona atesa*.

El procés infermer es classifica en cinc parts diferenciades: valoració, anàlisi/judici clínic, planificació (dels criteris de resultat i les intervencions/activitats), execució i avaluació. Algunes de les seves característiques s'han apuntat anteriorment: el procés infermer és sistemàtic, dinàmic, humanístic i està centrat en els resultats que ha d'aconseguir la persona atesa. Quan s'afirma que el procés infermer és dinàmic, es fa referència a la interrelació que es produeix entre les seves etapes. Això significa que la valoració infermera no és sols la primera etapa de la metodologia, sinó que està present durant tot el procés i s'interrelaciona sobretot amb el moment del judici clínic, però també amb la planificació, l'execució i l'avaluació. Durant l'assistència, la infermera està constantment valorant la persona. El mateix passa amb l'etapa de judici clínic en relació a la planificació: tant la planificació dels resultats esperats com de les activitats se solapen amb el judici clínic en depenen.

Si el judici que realitza la infermera forma part de la seva competència professional, és una resposta a la situació viscuda i aquest judici clínic serà un diagnòstic infermer. Llavors els criteris de resultat que planifiquem es destinaran a resoldre el diagnòstic. Les intervencions i activitats es dirigiran a arribar al criteri de resultat planificat. De la mateixa manera, la infermera executarà les intervencions i activitats planificades.

L'avaluació del procés infermer, definida com a cinquena etapa, se solapa amb les altres quatre perquè s'ha d'identificar tot el que hagi facilitat o dificultat l'arribada als resultats planificats, examinant cadascuna de les quatre etapes. Vegem-ho a través d'un exemple concret:

Situació: Ens trobem davant d'una dona de 48 anys. El resultat que esperem és que millori els hàbits de vida relacionats amb la salut, concretament l'alimentació.

*Nota: A partir d'aquest moment es parlarà de *persona* o *persona atesa*, però aquesta nomenclatura també inclou la família i la comunitat.

Valoració: La Maria té 48 anys, és casada des de fa 15 anys i té 3 fills de 14, 12 i 10 anys. Treballa a jornada completa, és enginyera i sovint viatja per qüestions de feina. Manifesta trobar-se bé de salut, però voldria fer algun canvi per millorar-la, sobretot pel que fa a l'alimentació. Pesa 60 kg, fa 1.65 m i el seu perímetre abdominal és de 75 cm. Ens explica què menja durant una setmana i posa èmfasi en el fet que sovint menja fora de casa, en restaurants o cafeteries segons el temps de què disposa.

- **Judici clínic:** en analitzar les dades anteriors reconeixem la motivació i l'interès de la Maria com a recurs per aconseguir el resultat esperat. Analitzem les dades objectives de pes, talla i perímetre abdominal. Llavors, fem el càlcul de l'IMC i podem veure que la Maria es troba en normopès, per tant, no hi ha factor de risc cardiovascular en relació a les mesures antropomètriques. D'altra banda, per l'edat de la Maria podem concloure que està molt a prop de l'època menopàusica i hem de focalitzar més la valoració per extreure més informació per això, fem preguntes a la Maria sobre els cicles menstruals.
- **Planificació:** juntament amb la Maria, planifiquem el criteri de resultat de millora de la seva alimentació durant els propers 6 mesos (s'han de concretar, en indicadors que siguin fàcils de mesurar, com per exemple, la Maria deixarà de fregir productes com les croquetes i les farà al forn). També desenvoluparem un pla d'activitats per introduir els aliments que li agraden, tenint en compte els requeriments de l'etapa premenopàusica. A més, procurarem que introdueixi els canvis per millorar els mètodes de cocció dels aliments i anar-ne introduint de més saludables segons les pautes descrites pels organismes i institucions internacionals.
- **Execució:** la Maria va introduint els petits canvis en la seva alimentació i torna a la consulta cada 15 dies per tal d'analitzar les dificultats i els avenços amb els objectius concrets proposats.
- **Avaluació:** d'una banda, cada 15 dies, amb la consulta infermera, s'avalua si la Maria ha anat introduint els canvis planificats i quines dificultats ha trobat o quines coses l'han ajudat. Aquesta avaluació ens farà tornar a valorar, anar al diagnòstic de la millora de l'alimentació per veure si continua sent el mateix o ha canviat. Tornarem a revisar la planificació per si hi ha hagut canvis i prendrem les decisions oportunes. A més, un cop passats els sis mesos planificats al principi, es farà una avaluació de cadascuna de les fases, comprovant si ha millorat l'alimentació conforme a la seva situació i l'etapa de la vida en què es troba.

La valoració infermera, fonament de la presa de decisions

En aquest capítol ens centrarem en la valoració infermera com a primera etapa del procés infermer i com a fonament de la presa de decisions. Així, la valoració infermera és el primer pas per conèixer com està la persona en relació a la seva salut. És una recollida de dades completa, correcta i organitzada de manera que permet a la infermera fer-se una primera impressió dels patrons de salut i malaltia de la persona. La valoració infermera, segons Rosalinda Alfaro-LeFevre, es classifica en sis fases:

1. Recollida de dades: es recull tota la informació sobre la salut de la persona.
2. Identificació de les dades clau: s'identifiquen les dades que són recursos i fortaleces per a la salut i les dades que surten dels estàndards de normalitat.
3. Validació de les dades recollides: es comprova que les dades recollides són completes i exactes.
4. Organització de les dades: es classifiquen les dades en grups d'informació (registres infermers) que faciliten la visualització dels patrons de salut i malaltia.
5. Identificació del patrons i comprovació de les primeres impressions: permet la visualització dels patrons de funcionament i de resposta de la persona. Llavors, es dirigeix la valoració per obtenir més informació que permeti comprendre millor la situació a la qual s'enfronta la persona.
6. Informació i registre de les dades: si s'escau, s'informa de les dades significatives a un altre professional i es complementa el registre de la persona atesa.

Recollida de dades

La recollida de la informació de la persona és un procés continu. S'inicia en establir el primer contacte amb la persona atesa i continua fins que la relació es considera finalitzada. Segons Rosalinda Alfaro LeFevre, la valoració es classifica en valoració general, valoració focalitzada o dirigida i valoració prioritària. En primer lloc, la valoració general, també anomenada valoració bàsica o de dades bàsiques, recull la informació general sobre la salut de la persona. Es realitza a l'inici de la relació terapèutica i s'utilitza un instrument estandarditzat per a cada institució o centre de salut. En segon lloc, la valoració focalitzada va dirigida a recollir la informació d'un aspecte concret de la salut de la persona (ex. valoració de l'alimentació de la persona). Es pot realitzar de manera inicial o bé de manera continuada (quan es revalora una mateixa situació). En tercer lloc, la valoració prioritària és una valoració foca-

litzada o dirigida a recollir la informació que es necessita primer, relacionada sobretot amb la seguretat de la persona (riscos, problemes aguts, al·lèrgies...)

Per tal de reunir tota la informació i realitzar una valoració completa, la infermera utilitza diferents fonts: la pròpia persona, familiars o persones properes, registres, consultes a altres professionals i estudis de proves complementàries. S'ha de tenir en compte que la principal font de recollida d'informació sempre és la persona. Les dades que es recullen es poden classificar segons la font d'on s'han recollit en: directes (la pròpia persona) o indirectes (la resta de fonts). Les dades recollides també es poden classificar en objectives, si són dades observades per la infermera (una persona té el color de pell pàl·lid) o bé en subjectives, si són dades que les aporta la pròpia persona (una persona explica que li roda el cap). Les dades objectives i subjectives es complementen i permeten a la infermera aclarir els fets que estan succeint.

Per a la valoració infermera és important establir una relació de confiança amb la persona atesa amb l'objectiu de recollir tota la informació necessària per conèixer la seva salut i iniciar el procés infermer. La infermera desenvolupa habilitats i competències per recollir informació sobre la salut de la persona a través de les eines següents:

1. Observació sistemàtica: consisteix a observar amb l'objectiu de recollir informació sobre l'aspecte general, el llenguatge corporal i els patrons d'interacció. S'utilitzen els sentits de la vista, l'oïda i l'olfacte. L'observació sistemàtica s'utilitza de manera continuada durant el contacte amb la persona i, també, quan s'està entrevistant o explorant la persona atesa.
2. Entrevista infermera: la infermera utilitza preguntes i practica l'escolta activa. L'entrevista ha de ser organitzada i planificada. S'ha d'iniciar sempre amb la presentació de la infermera i amb la verificació que la persona que tenim al davant està ben identificada. Durant l'entrevista, la infermera ha de fixar tota la seva atenció en la persona atesa i mostrar interès en el que està escoltant. Les primeres preguntes han d'estar destinades a explorar la dificultat o problema que es presenti. Les preguntes que es realitzen han de ser obertes, sempre que sigui possible, ja que permeten que la persona s'expliqui. Es recull més informació. S'utilitzen les preguntes tancades per ajudar a aclarir respostes, per rapidesa en situacions d'emergència o per centrar la recollida d'informació en dades específiques.
3. Valoració física o exploració física: s'utilitzen les tècniques següents:
 - Inspecció: és l'observació sistemàtica aplicada a l'exploració física. Consisteix en l'observació a través dels sentits i l'ús de les mans per recollir informació i comparar-la amb els estàndards de normalitat.

- **Auscultació:** consisteix en la recollida d'informació, mitjançant el sentit de l'oïda, sobre el contingut de cavitats (abdomen), òrgans (pulmons) i estructures (vasos sanguinis) corporals.
- **Palpació:** consisteix en l'exploració de les estructures internes a través del sentit del tacte.
- **Percussió:** consisteix en l'ús de les vibracions per explorar la resposta reflexa corporal per tal de conèixer el contingut d'una cavitat corporal (abdominal) o la resposta dolorosa d'algun òrgan (ronyó).

La valoració física de la salut de la persona pot ser completa, amb un enfocament cefalocaudal (de cap a peus) o per sistemes. També es pot explorar un sistema o àrea corporal concreta de la persona, depenent dels signes i símptomes que presenti i de la impressió de la infermera. L'exploració específica que realitza la infermera per sistemes es desenvoluparà en el capítol següent.

Identificació de les dades clau

El segon pas per realitzar la valoració completa i exacta és la identificació de les dades importants perquè intervindran en l'anàlisi que ens permetrà arribar al judici clínic. Habitualment, les dades clau són dades que informen sobre recursos que té la persona per afrontar la seva situació de salut actual, dades que surten dels estàndards de normalitat i dades incongruents, és a dir, la informació objectiva (la que observa la infermera) és contrària o no explica la informació subjectiva (la que explica la persona atesa). En aquest cas, la infermera ha de dirigir la valoració a entendre la situació.

La infermera també ha d'identificar dades de la persona que, malgrat que no són clau per arribar al diagnòstic, són factors que hi influeixen. Aquestes dades habitualment són de l'esfera personal, social i de l'entorn de la persona. Són fonamentals per a la posterior presa de decisions perquè condicionen les respostes de les persones a la seva situació de salut.

Validació de les dades recollides

El següent pas de la valoració infermera consisteix a comprovar si les dades que s'han identificat com a clau són certes. El que fa la infermera és assegurar-se que la informació que analitzarà per prendre decisions sobre la salut de la persona no són suposicions subjectives, sinó informació objectiva i certa. Aquesta fase és important per disminuir els possibles errors en el diagnòstic infermer o en la formulació d'un problema de col·laboració.

Com es realitza aquesta validació? És difícil generalitzar i estandarditzar una única manera de validació que pugui abordar les infinites situacions i dades en què es pot trobar la infermera. Segons Rosalinda Alfaro Le-Fevre, es pot prendre com a norma que les dades mesurables amb precisió es poden acceptar com a objectives i certes. Malgrat això, s'han de validar si són incongruents, és a dir, si la dada objectiva no concorda amb la subjectiva). Llavors, es torna a fer la mesura i es comparen les dades amb l'aspecte de la persona i els seus signes i símptomes (clínica). Les dades que recullen altres persones poden ser certes o no i es validen observant o preguntant a la persona directament. Les dades no mesurables s'han de validar recollint més informació, ja sigui de la mateixa persona o d'altres fonts (registres sanitaris, altres professionals, familiars)

Organització de les dades

Habitualment, aquesta fase de la valoració es realitza des del principi ja que, sovint, s'utilitza un instrument estandarditzat amb tota la informació que s'ha de recollir i aquest ja està organitzat de manera que s'ha d'anar omplint. És important ressaltar la importància que té agrupar les dades recollides segons un model infermer que permeti arribar a analitzar les respostes humanes a les situacions de salut (com són el model de 14 necessitats de Virginia Henderson, Els Patrons de la Majori Gordon i els dominis de la NANDA, entre altres). Aquest fet facilita l'anàlisi de la informació per arribar a diagnosticar situacions de promoció de la salut, problemes infermers o formular problemes de col·laboració.

Identificació del patrons i comprovació de les primeres impressions

Aquesta fase de la valoració es pot considerar una primera anàlisi de les dades recollides. Una vegada recollides les dades mitjançant l'observació sistemàtica, l'entrevista infermera i la valoració física, identificades les dades clau i agrupades segons un model infermer, cal identificar els patrons de resposta. En aquesta fase és necessari decidir què és rellevant, prendre decisions provisionals tenint en compte allò que les dades suggereixen i focalitzar (dirigir) la valoració per aprofundir i entendre millor la situació que viu la persona. També és el moment de buscar factors que estan influint en el problema.

Informació i registre de les dades

És la fase final de l'etapa de valoració. Sovint es pot informar de dades prioritàries i/o urgents abans d'acabar la valoració. També és possible anar registrant les dades mentre es van recollint. És important saber identificar les dades anòmales (fora dels estàndards de normalitat) que cal notificar. Per poder saber què és anormal s'ha de conèixer quina és la normalitat (desenvolupada en el següent capítol). Per saber quines dades s'han d'incloure en l'informe s'ha de tenir en compte factors com l'edat, el procés de malaltia, cultura, etc. perquè surten dels estàndards de normalitat. En tot cas, si existeixen dubtes, sempre s'ha de consultar amb una infermera experta.

És una qüestió fonamental i imprescindible dins la valoració de la salut de la persona atesa. La infermera l'ha de realitzar considerant aspectes transversals relacionats amb l'ètica, la cultura i l'espiritualitat que assegurin una atenció respectuosa, de qualitat i d'excel·lència i que produeix gran satisfacció en la persona subjecte de la mateixa. En aquest sentit, és imprescindible realitzar la valoració respectant la dignitat humana, la seva singularitat i els atributs que la fan única i irreplicable. La privacitat és una altre valor imprescindible regulat per la normativa legal i que s'ha d'assegurar. La sinceritat dins la relació terapèutica i el respecte a les creences culturals i religioses, així com l'escala de valors que professi la persona atesa. En aquest punt s'ha de destacar la importància d'explorar, dins la valoració, les creences i els valors de les persones que necessàriament afecten els aspectes relacionats amb la salut i que poden limitar la cura que s'ofereix si s'ignoren.

Exemple:

Soc infermera. A la visita ve el marit de la Neus a renovar una baixa laboral. Reviso la història clínica: la Neus és una dona de 58 anys, resident a Vidreres (Girona). Viu amb el seu marit des de fa 25 anys. Tenen 4 fills, dues noies i dos nois, tots independitzats. El seu marit ve a la consulta infermera per renovar la baixa laboral perquè fa una setmana que té la grip. El senyor diu: "Ja no té febre, però encara té molta tos i, a les nits, no pot dormir. Així no pot anar a treballar". La infermera li recomana que vingui a visitar-se l'endemà per valorar la tos persistent.

Poc després de l'entrevista, la infermera comenta el cas amb una altra companya que li diu que coneix la Neus i sap que té problemes d'ansietat i depressió que no estan diagnosticats ni tractats.

L'endemà la Neus es presenta a la consulta infermera. Durant l'exploració física trobem: FR: 20 rpm, eupnea; FC: 100 ppm; afebril; en l'auscultació sorolls presents i normals. Faringe molt envermellida sense signes de plaques de pus.

Recollida de dades

La infermera ha recollit dades de la Neus de diverses fonts:

1. La història clínica
2. El marit
3. Una altra professional
4. La Neus

1, 2 i 3 fonts indirectes/ 4 font directa

La infermera pot classificar les dades recollides en objectives i subjectives

1. Objectives: el marit ve a renovar la baixa laboral. FR: 20 rpm, eupnea ; FC: 100 ppm; afebril; en l'auscultació sorolls presents i normals. Faringe molt envermellida sense signes de plaques de pus.
2. Subjectives: “ja no té febre, però encara té molta tos i, a les nits, no pot dormir. Així no pot anar a treballar”, dit pel marit, i “té problemes d'ansietat i depressió que no estan diagnosticats ni tractats”, dit per una infermera companya.

La infermera recull la informació mitjançant l'exploració física: control de constants, valoració del patró respiratori i inspecció de la boca i el coll.

Es pot veure com les dades objectives i subjectives es complementen i corroboren:

Dada subjectiva: “ja no té febre, però encara té molta tos i, a les nits, no pot dormir.”

Dada objectiva: afebril; faringe molt envermellida.

Identificació de les dades clau

Dades rellevants:

- Motiu de la consulta: Renovació d'una baixa laboral.
- Dona
- 58 anys
- Resident a Vidreres (Girona)
- Viu amb el seu marit des de fa 25 anys
- Té 4 fills, dues noies i dos nois, tots independitzats.

Dades clau:

- Fa una setmana que té la grip.
- “Ja no té febre, però encara té molta tos i, a les nits, no pot dormir. Així no pot anar a treballar.”
- Té problemes d'ansietat i depressió que no estan diagnosticats ni tractats.
- Faringe molt envermellida sense signes de plaques de pus.

Validació de les dades recollides

En aquesta situació, validaríem les dades clau de la manera següent:

Fa una setmana que té la grip: Revisió de la història clínica.

“Ja no té febre, però encara té molta tos i, a les nits, no pot dormir. Així no pot anar a treballar” amb l’exploració física i dirigint la valoració cap al son i el descans.

Té problemes d’ansietat i depressió que no estan diagnosticats ni tractats. Valoració dirigida a detectar aquests problemes.

Faringe molt envermellida sense signes de plaques de pus. No cal validar-la ja que l’hem recollit amb la inspecció i no en dubtem.

Organització de les dades

Organitzem les dades segons el model de registre de les 14 necessitats de Virginia Henderson:

- Respirar: 20 rpm, eupnea; en l’auscultació sorolls presents i normals.
- Menjar i Beure: sense informació.
- Eliminar: sense informació.
- Moure’s i mantenir la postura: FC: 100 ppm.
- Dormir i descansar: “a les nits no pot dormir bé.”
- Vestir-se i desvestir-se: sense informació.
- Mantenir la temperatura corporal dins de límits normals: afebril.
- Mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell: sense informació.
- Evitar els perills: faringe molt envermellida sense signes de plaques de pus.
- Comunicar-se amb les persones: viu amb el seu marit i té 4 fills dos noies i dos nois, tots independitzats.
- Viure d’acord amb els propis valors i creences: sense informació.
- Ocupar-se per realitzar-se: en actiu, ara de baixa laboral per malaltia transitòria.
- Recrear-se: sense informació.
- Aprendre: sense informació.

Identificació del patrons i comprovació de les primeres impressions

En el cas de la Neus les primeres impressions són les següents:

- El sistema respiratori funciona bé i la tos persistent podria venir d’una inflamació de la faringe, però no té febre.

- S'ha de recollir més informació sobre el patró de son.
- S'ha de recollir més informació sobre l'estat psicològic i emocional.
- S'ha de descartar que aquest últim (la situació psicològica i emocional) no estigui influïent en el fet que no vulgui anar a treballar

Informació i registre de les dades

En el cas de la Neus s'ha de registrar tot a la història clínica i s'ha d'informar al company/a metge/essa per tal que decideixi si ha de fer tractament per a la possible faringitis ja que no hi ha presència de febre.

Valoració de la salut de les persones

La valoració de salut no consisteix només a cercar manifestacions, signes i símptomes de patologies o problemes de salut, com s'explicarà tota la aquesta unitat 2 d'aquest llibre, sinó que la infermera també ha de reforçar tot allò que formi part de la persona i que li genera salut (Promoció de la salut des de la perspectiva salutogènica). La infermera també promou la salut de les persones durant l'acompanyament en les diferents de la vida.

En relació a les etapes del cicle vital en l'edat adulta es pot classificar de la següent manera:

- Adult jove: 18 a 39 anys. En aquesta etapa del cicle vital hi ha mínims canvis físics, tot i que el pes pot variar depenent de la dieta. És el moment de màxima capacitat esportiva. El cos humà funciona de la manera més eficaç, el sistema muscular i esquelètic està ben desenvolupat i coordinat. La resta de sistemes també funcionen amb la seva màxima eficàcia. Psicològicament és un període d'aprenentatges i decisions important que condicionaran part de la vida, una etapa de construcció.
- Adult madur: 40 a 65 anys. L'edat del l'adult madur és l'edat de l'estabilitat i la consolidació. En aquesta etapa es produeixen canvis físics que ja estan relacionats amb el procés d'envelliment i afecten, sobretot, el sistema muscular i esquelètic, cardiovascular, sensorial, metabolisme, gastrointestinal i urinari. Psicològicament també hi ha estabilitat i característiques com la vida laboral activa, la família, la cura de les persones grans... fa que la vida de les persones estiguin plenes i ocupades.
- Adult gran: 65 a 80 anys. En l'edat de l'adult gran els canvis provocats per l'envelliment ja estan instaurats, ha canviat la capacitat física i psicològica de la persona. Són habituals les malalties cròniques. Psicològicament és una etapa d'afrontament de canvis propis, com la jubilació i

de l'entorn, com els canvis familiars, i de pèrdues de persones estimades. Hi ha autors que descriuen una darrera etapa, que és la de l'adult molt gran, de més 80 anys.

REFERÈNCIES

- Alfaro-LeFevre, R. *Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico. Un enfoque práctico*. 6a Ed. Madrid: Elsevier España, 2017.
- Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico*. 8a Ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, 2014.
- Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S. *Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura*. Enfermería Universitaria. 2016; 13 (1): 47-54.
- Rivas, V. *Estrategias para la aplicación del proceso enfermero y su impacto en la calidad de atención. Calidad y gestión de servicios de salud*. 2008; 7 (1): 13-18.
- Ballantyne, H. *Developing nursing care plans*. Nursing Standard. 2016; 30 (26): 51-57.
- Martínez, C., Cañadas, A., Rodríguez, E., i Tornel, S. *Dificultades en la valoración enfermera*. Enfermería clínica. 2003; 13 (4): 194-201.

CAPÍTOL 2

L'exploració física com a eina per la recollida de dades de la valoració infermera a la persona en edat adulta: generalitats

Dra. María del Carmen Malagón Aguilera

Com s'ha explicat en capítols anteriors, la valoració és la primera fase del mètode que utilitza la infermera per l'abordatge de les cures. La finalitat de la valoració infermera és poder determinar l'estat de salut de les persones, que té diverses etapes, ja explicades en capítols anteriors.

La primera d'elles és la recollida de dades, on es recopila informació de manera completa, metodològica i veritable sobre l'estat de salut. La recollida de dades es fa mitjançant tres aspectes fonamentals: l'observació sistemàtica, l'entrevista infermera i l'exploració física.

Centrats ja en l'exploració física, a continuació s'exposen una sèrie de generalitats que cal considerar abans, durant i en finalitzar l'exploració dels sistemes. S'exposa de manera detallada en els següents capítols.

L'exploració física a la persona en edat adulta es porta a terme quan hi ha un motiu de consulta (signes, símptomes o manifestacions) o un problema inicial pel qual la persona demana visita a la infermera, o bé, quan la infermera malgrat que la persona no verbalitzi cap manifestació, ho considera convenient per contrastar informació o recollir-ne més.

Alguns aspectes importants durant l'exploració física són:

- La seguretat de la persona: al començament s'ha d'identificar la persona amb noms i cognoms i comprovar que els registres que tenim (història clínica) són els d'aquesta persona. També cal demanar sempre les al·lèrgies conegudes, tot i que constin en els registres de la història clínica.
- La higiene de mans: també es pot considerar com a component de la seguretat de la persona i de la mateixa infermera. El rentat higiènic de mans és imprescindible i necessari així com la utilització de guants (en contacte amb mucoses, fluids i ferides o lesions), bata (perill d'esquitxades durant l'exploració) quan sigui convenient.

- Promoció de la comunicació interpersonal: és necessari explicar a la persona atesa en edat adulta els procediments d'exploració que es faran i la seva utilitat. La comunicació facilita que la persona es senti més còmoda i segura durant l'exploració.
- Assegurar el dret a la intimitat: la infermera ha de preservar la intimitat de la persona atesa durant l'exploració física. Ha de deixar a l'aire les parts del cos estrictament necessàries per l'exploració i procedir a tapar-les immediatament en finalitzar. L'espai on es realitza l'exploració ha de ser tancat i sense possibilitat que ningú més hi pugui entrar durant el procediment.
- Condicions ambientals agradables: l'espai on es realitza l'exploració ha de tenir la llum i temperatura adequades. També s'ha de considerar el so, ha de ser un espai on no hi hagi interferències sonores evitables.
- Preparació prèvia de material, instrumental i aparells: la infermera ha de preveure i preparar tot el material i instruments que necessitarà durant l'exploració en un espai a prop que permeti no haver d'allargar el temps ni interrompre l'exploració mentre s'està duent a terme.
- Registre de les troballes: Les troballes es poden registrar a la història clínica durant l'exploració (si aquesta és completa i llarga) o bé (el més recomanat) en finalitzar-la.

Com s'ha exposat en el capítol previ les tècniques d'exploració física són quatre:

- Inspecció: tècnica amb què es detecta la humitat i coloració de les superfícies corporals, la forma, la posició, la grandària, el color i la simetria del cos mitjançant, principalment, el sentit de la vista i el tacte. La inspecció també pot ser instrumentada; per exemple, utilitzant una llanterna o llum, un depressor, un otoscopi per l'exploració de l'oïda...
- Palpació: tècnica amb què s'explora la temperatura, la posició, la grandària, la consistència i la mobilitat dels òrgans, mitjançant el tacte, i es valora la distensió, les pulsacions i la presència de dolor. La palpació pot ser superficial o profunda. En cas de fer servir ambdues, primer es palpa superficialment i, posteriorment, es fa la palpació profunda.
- Percussió: tècnica amb què, mitjançant el colpeix d'una superfície corporal, s'explora a través del so (Taula 1), la grandària i forma dels òrgans. La percussió és directa quan es realitza directament amb les mans o indirecta quan es fa servir un instrument, com per exemple el diapasó.

Taula 1. Tipus de so en la percussió.

So	Durada	Qualitat	Exemple
Matitat	Curta	Apagada i sorda	Múscul, os, òrgan
Ressonància	Llarga	Buida	Pulmó normal
Timpanisme	Moderada	Musical	Estómac buit

Font pròpia.

- Auscultació: tècnica amb què, mitjançant l'oïda, s'exploren els sons de les diferents cavitats corporals, òrgans o vasos sanguinis. L'auscultació pot ser directa o indirecta quan s'utilitza el fonendoscopi o l'estetoscopi.

Tota exploració física de la persona atesa en edat adulta s'inicia amb una exploració de l'aspecte i estat general i l'estat mental de la persona. En aquest primer pas, la infermera observa aspectes generals que donen informació sobre l'estat de salut de la persona i que han de coincidir amb els estàndards de normalitat (Taula 2). Els estàndards de normalitat estan subjectes a ser valorats segons la cultura, el nivell d'educació, el nivell socioeconòmic i les circumstàncies personals de cada persona.

Taula 2. Exploració general de l'estat general i mental de la persona i estàndards de normalitat.

Observació	Estàndards de normalitat
Talla i pes	Proporcionat
Postura i marxa	Erecta i moviments coordinats
Olor corporal i olor de la respiració	Sense olor
Actitud personal	Cooperació
Estat afectiu i d'ànim	Positiu. Adequació de respostes. Adequació a la situació
Quantitat i ritme del llenguatge	Entenedor, ritme moderat
Coherència de pensament	Associació correcta de pensament

Font pròpia.

A continuació, la infermera abans d'iniciar l'exploració física d'algun dels sistemes corporals de la persona atesa, pren les constants vitals i les mesures antropomètriques. Les constants vitals són valors que donen informació sobre l'estat de salut de la persona atesa. Són 5: temperatura, freqüència respiratòria, freqüència cardíaca, tensió arterial i valoració del dolor (Taula 3). Les mesures antropomètriques són: el pes, la talla i el perímetre abdominal. Amb

el pes i la talla es calcula l'Índex de Massa Corporal (IMC), que dona informació sobre l'adequació d'aquestes mesures en cada persona, i el perímetre abdominal dona informació sobre el risc cardiovascular relacionat amb aquest (Taula 4).

Taula 3. Constants vitals i valors normals en persones adultes.

Constant Vital	Valor normal		
	Dones	Homes	Persones grans
Temperatura	35.5-37.5		
FR	12-20		
FC	70-90	60-90	60-80
T/A	100-120/60-80		100-130/60-85
EVA* o escala numèrica	0 a 3		

Font pròpia. *Escala Analògica Visual

Taula 4. Valors normals d'IMC i perímetre abdominal.

	Valors normals		
	Dones	Homes	Persones grans
IMC	20-25	20-27	24-29
Perímetre abdominal	≤ 88	≤102	Iguals

Font pròpia.

Per finalitzar, la infermera també ha de conèixer les diferents posicions en què s'ha de col·locar la persona per realitzar l'exploració física. Aquestes posicions corporals dependran de l'àrea que s'ha d'explorar, de la globalitat de l'exploració (què s'explorà) i també de les preferències de la persona i de la infermera. Per exemple: la caixa toràcica es pot explorar en posició de bipedestació o sedestació. La infermera ha de considerar, com a criteri general, que la posició escollida per l'exploració ha de ser la més còmoda per a la persona atesa i també que la persona canviï de posició el menor número de vegades possible. Les posicions més habituals per a l'exploració física (Figura 1) són: bipedestació (posició erecta i dempeus), sedestació (posició erecta i asseguda, amb els peus amb o sense recolzament al terra), decúbit supí o dorsal (posició estirada amb l'esquena en posició horitzontal, cames estirades o amb els peus a la superfície i genolls flexionats), decúbit lateral dret i esquerra (posició estirada horitzontal amb el cos recolzat sobre la seva banda dreta o esquerra), decúbit pron (posició estirada horitzontal amb el cos recolzat per la

seva superfície anterior), posició de *Semi Fowler-Fowler* (posició de sedestació (de 30 a 45 grau semifowler; 45 graus fowler) amb esquena recolzada sobre una superfície i extremitats inferiors en lleugera flexió); aquesta última s'utilitza en l'exploració en persones enllitades.

REFERÈNCIES

- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., Erb, G. *Fundamentos de enfermería*. 8a Ed. Pearson. Prentice Hall, 2008.
- Noguera, L., Balcells, A. *Exploración clínica práctica*. Madrid: Masson. 2003
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Valoración nutricional en el anciano. Documento de consenso. Nestlé Health Care Nutrition. Madrid, 2007.
- Tallay, N. *Clinical examination: A systematic guide to physical diagnosis*. Australia: Elsevier, 2010
- Tapia Jurado, J. *Manual de procedimientos médico-quirúrgicos*. Madrid: Alfil, 2005
- Villegas Gonzales, J. *Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente*. Colombia: Universidad de Manizales, 2012.

CAPÍTOL 3

Valoració de la salut de la persona des del naixement a l'adolescència

Dra. Josefina Patiño Masó
i Dra. Carol Rascón Hernán

Creixement, desenvolupament i maduració

El creixement, el desenvolupament i la maduració són fonamentals en el procés vital humà. S'entén per *creixement humà* l'augment de la massa d'un organisme. Això suposa l'increment d'un òrgan o teixit pel que fa al nombre de cèl·lules (hiperplàsia) i/o la mida cel·lular (hipertrofia). El *desenvolupament* infantil inclou tota una sèrie de canvis biològics, psíquics, socials i/o espirituals que es produeixen entre el naixement i el final de l'adolescència i que transcorren mentre la persona progressa de la dependència cap a l'autonomia. La maduració en els infants ens indica que un procés determinat de desenvolupament ha arribat a la seva màxima capacitat i/o perfeccionament en la qualitat de les seves funcions i que l'organisme ha assolit el seu màxim grau de creixement.

D'acord amb la perspectiva ecològica del desenvolupament humà, les persones mantenen un contacte continu, bidireccional i dinàmic amb el seu entorn. Això significa que el poden interpretar, reestructurar i canviar, però també que l'entorn influenciarà en el seu creixement i desenvolupament. En aquesta influència, també caldrà tenir molt present la part més interna, biològica i/o genètica de cada individu. L'entorn, doncs, no és només la situació immediata en la qual participa la persona, sinó que pot haver-hi d'altres entorns influents on els infants i/o adolescents no participin activament. Els contextos en què creixen i es desenvolupen els nens/es i/o adolescents són molts i variats i es poden ordenar en quatre estructures principals (Taula 1).

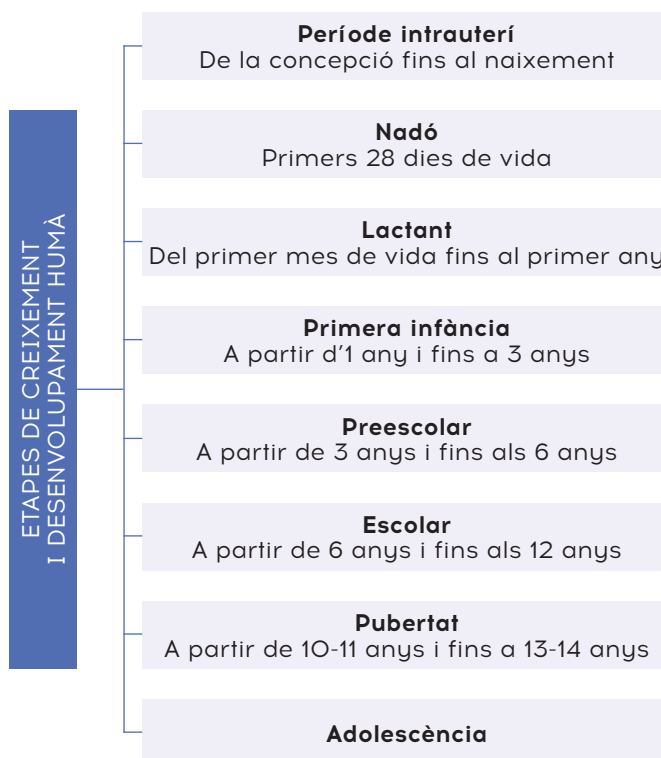
Taula 1. Estructures d'entorn segons Bronfenbrenner.

Microsistema	Entorns immediats en els quals l'infant/adolescent participa activament.
Mesosistema	Conjunt de relacions que s'estableixen entre els entorns en els quals l'infant/adolescent participa activament.
Exosistema	Entorns en els quals els infants/adolescents no participen activament, però, el que hi passa influencia el seu creixement i/o desenvolupament.
Macrosistema	Sistema de creences, ideologies i cultura que sustenta les estructures anteriors.

Font pròpia.

El creixement i el desenvolupament humà constitueixen un procés natural i normal que es dona en tots els individus, encara que no de manera exacta a totes les edats. Cada infant té el seu propi ritme. Es poden diferenciar diverses etapes (Figura 1).

Figura 1. Etapes del creixement i desenvolupament humà.
Font pròpia



Les cures infermeres dirigides a la infància i adolescència contemplen totes i cadascuna de les necessitats d'aquestes persones (físiques, psicològiques, socials i/o espirituals), en cadascun dels seus períodes de creixement i desenvolupament i tenint en compte la família i el seu entorn, tant en la salut com en la malaltia. Inclouen ensenyar als pares i al propi infant/adolescent com cobrir les seves necessitats de salut i com mantenir-les.

En aquest capítol, es detallen les característiques principals de creixement i desenvolupament neonatal.

Característiques físiques i de desenvolupament del nadó

Durant el primer mes de vida, es diferencien el *període neonatal precoç* (primers set dies de vida) i el *període neonatal tardà* (des del setè dia de vida extrauterina fins a final del primer mes). El nadó sa i a terme és aquell que neix entre les 37 i les 42 setmanes de gestació, amb un pes adequat i que no presenta cap patologia.

Somatometria. El pes d'un nadó a terme varia entre 2.500 a 4.000 grams; *la talla*, entre 48 i 52 cm; el *perímetre cranial*, entre 32 i 36 cm i, el *perímetre toràcic*, entre 31 i 35 cm. La constitució dels pares, el sexe del nadó i/o els hàbits tòxics de la mare durant la gestació poden, entre d'altres factors, influir en aquests paràmetres. Durant els primers dies de vida, el nadó pot experimentar una pèrdua fisiològica d'aproximadament el 10% del seu pes en néixer. Normalment, a partir del cinquè dia, el nadó comença a recuperar pes per arribar al seu pes inicial cap al novè o desè dia de vida.

Postura. Flexió de les 4 extremitats (braços i cames) i lleugera hipertonia.

Cap. *Macrocefal* (el cap del nadó és desproporcionadament més gran que la resta del cos). Caldrà tenir en compte aquest aspecte i evitar el refredament i les pèrdues de calor corporal, ja que el cap representa una gran superfície que queda exposada a la temperatura ambient. Els cabells són fins i suaus.

Es poden palpar les *sutures* (línies estretes de teixit cartilaginós que separen els ossos del cap). Destaquen la sutura metòpica (línia mitjana entre els dos frontals), la coronal (entre el frontal i els dos parietals), la sagital (entre els dos parietals), la lambdoide (entre els dos parietals i l'occipital) i les dues parietotemporals.

També s'observen les *fontanel·les* (membranes fibroses que cobreixen cavitats situades entre la unió d'alguns ossos cranials). Les fontanel·les permeten el creixement del cap i del cervell. Cal destacar la *fontanel·la anterior, major o bregmàtica*, que es localitza a la unió dels ossos frontal amb els parietals. Té forma de rombe i fa aproximadament 4 x 2,5 cm. Sol tancar-se entre els 13 i

els 14 mesos d'edat (es controla fins als 18 mesos). Se sol palpar una lleugera pulsació. La *fontanel·la posterior, menor o làmbdica* és molt més petita, de forma triangular. Se situa entre els parietals i l'occipital. Es tanca entre els 2 i els 3 primers mesos de vida.

En néixer, el nadó pot presentar *amotllament*, és a dir, el cap agafa una forma cònica, allargada i estreta, com a resultat del seu pas a través del canal estret de part. Sol ser temporal i el cap tornarà a la seva posició al cap de pocs dies. També es pot observar la presència de *caput succedaneum* (tumefacció de les parts toves, causada per líquid comprimit dins el cuir pilós durant el procés del part) És tou, no fluctua i desapareix al cap de pocs dies. Apareix en ambdós costats de la línia de sutura. El *cefalohematoma* és una hemorràgia subperiòstica que es limita a la superfície d'un dels ossos cranials, no traspassa la línia de sutura, és tou, fluctuant i sol desaparèixer al cap d'uns mesos. Sol aparèixer com a conseqüència del frec entre el crani i els ossos de la pelvis materna durant el part.

Cara. És petita i sol tenir forma rodona. Caldrà fixar-se en la simetria de les estructures facials, la posició, la presència d'edema i descartar-ne les possibles malformacions.

Ulls. El nadó els obre per si mateix. Solen tenir un color gris-blau fins cap als sis o dotze mesos, quan apareix el color definitiu. L'escleròtica és blanca, s'observa contracció de les pupil·les com a reacció a la llum (reflex pupil·lar). No sol haver-hi producció de llàgrimes, no hi ha d'haver presència d'opacitats ni cap anomalia de la visió que amenacin potencialment la vida (s'explora *reflex vermell* mitjançant la llum d'un oftalmoscopi). Pot aparèixer *edema palpebral* degut a la pressió sobre la cara durant el procés de part, que desaparèixerà espontàniament al cap de 3 o 4 dies. Es pot observar també *hemorràgia subconjuntival* a l'escleròtica, que sol ser innòcua i es produeix per un augment de la fragilitat capil·lar; s'anirà reabsorbint en 3 o 4 dies. La visió del nadó és limitada a l'inici (pot veure-hi a una distància d'entre 20 i 30 cm) i, a poc a poc, s'anirà ampliant. La visió del color es desenvolupa cap als 4 o 6 mesos. Així doncs, el nadó reacciona a estímuls lluminosos i pot seguir amb la mirada objectes propers.

Orelles. Són toves i flexibles. El terç superior del pavelló auricular ha d'estar situat a la mateixa alçada o per sobre d'una línia imaginària que passi per l'angle intern dels ulls. El pavelló ha d'estar íntegre i el canal auditiu extern ha de ser permeable. L'audició s'inicia abans del naixement i està madura en el moment de néixer. Els nadons reconeixen la veu humana i hi responen. El lllindar d'audició és entre 40 i 50 decibels més alt que en un adult. No senten sons de baixa intensitat, però, en canvi, sí que poden sentir i donar res-

posta (sobresalts, parpellejar, deixar de menjar, etc.) als sons d'alta intensitat. Els primers dies de vida pot haver-hi hipoacúsia relativa pel fet que el canal auditiu pot estar ple de substància mucoides.

Nas. És pla, ample i xato. Pot ser que s'observi la presència d'esternuts i mucositat blanca i líquida. Cal comprovar la permeabilitat de *coanes* (obertures posteriors a dreta i esquerra entre la cavitat nasal i la nasofaringe) per evitar la dificultat respiratòria. Els nadons són respiradors nasals fins cap als 2 mesos de vida. Convé tenir neta i lliure la via respiratòria per evitar interferències amb l'alletament.

Boca. Estructura completa i simètrica. La paret superior o sostre de la boca està formada pel paladar. Es divideix en dues parts: el paladar ossi (és dur i ocupa les dues terceres parts anteriors) i el paladar tou (ocupa la tercera part posterior). Cal descartar fissures palatines. Comprovar que l'úvula o campaneta es troba situada a la línia mitjana central. Es poden trobar frenells linguals i labials inferior i/o superior; en aquest cas, si interfereixen en la lactància, caldrà fer una petita intervenció. Es poden observar *rànules* o tumefaccions quístiques al sòl de la boca, que desapareixen per si soles. Les *perles d'Epstein* són petits quists superficials de queratina de color blanc que es troben al paladar tou/dur i/o a les genives i que desapareixen, també, espontàniament. La *durícia de succió* al llavi superior sorgeix com a conseqüència de la fricció constant durant l'alimentació, ja sigui amb el pit o el biberó. La salivació és mínima en els nadons i una salivació excessiva pot ser indicador d'una atresia d'esòfag. La presència de dents congènites és rara. Si són dents addicionals (no tenen estructura d'arrel), cal fer-ne l'extracció i, si són dents normals que han sortit prematurament, no s'extreuen, excepte si es mouen i/o provoquen lesions al nadó. El gust està desenvolupat, cosa que permet diferenciar entre gustos agradables i/o desagradables.

Coll. El coll és curt i gruixut. De vegades es pot trobar torticoli congènita (inclinació del cap en direcció al costat afectat), que pot estar relacionada amb malposicions fetals i/o amb lesions del múscul esternocleidomastoïdal. La presència d'edema o hematoma a la base del coll pot fer sospitar que hi ha una fractura de clavícula, que és freqüent en nadons amb naixements traumàtics.

Tòrax i abdomen. El *tòrax* té forma cilíndrica i les costelles hi estan situades horitzontalment. S'han de palpar les clavícules per descartar qualsevol fractura. L'apèndix xifoide és ben evident. Els moviments del tòrax són simètrics i bilaterals, i coincideixen amb la respiració. Alguns nadons (d'ambdós sexes) poden presentar una inflamació de les glàndules mamàries causada per la transferència d'hormones maternes a través de la placenta, que pot persistir durant unes quantes setmanes, però desapareix per si sola. En repòs, la

frequència respiratòria oscil·la entre 40-60 respiracions/minut (taquipnea fisiològica) i, la freqüència cardíaca, entre 130-140 batecs/minut. Cal observar un moviment sincronitzat del tòrax i l'abdomen durant la respiració.

L'*abdomen* és gran i tou. El fetge es pot palpar a 2-3 cm per sota del marge costal dret; la melsa, a 1 cm per sota del marge costal esquerre; i, els ronyons, a 1-2 cm per sota del melic. Al melic, s'hi identifiquen dues artèries i una vena. El cordó umbilical es desprèn normalment entre la primera i la segona setmana de vida després de necrosar-se. Cal mantenir aquesta zona neta i seca, vigilar-ne l'aspecte i detectar possibles signes d'infecció, com ara vermellor, dolor, mal olor i/o humitat persistent, ja que podria aparèixer-hi una omfalitis. La primera diüresi s'ha de produir durant les primeres dotze hores de vida. L'estómac és petit i amb una capacitat inicial de 20-30 ml, que poc a poc anirà augmentant.

Extremitats. Són curtes i simètriques. S'hauran de palpar polsos braquials i femorals en ambdós costats. Cal comprovar el nombre de dits, tant a les mans com als peus, i examinar-ne la forma. Poden aparèixer malformacions com la polidactília (més dits del compte), la sindactília (fusió dels dits) o el peu zambo (posició del peu en equino, varo i en adducció). La paràlisi braquial pot ocórrer com a resultat de l'estirament del plex braquial en el part. L'exploració dels malucs es realitza mitjançant la *maniobra d'Ortolani-Barlow* per diagnosticar i classificar la luxació congènita del maluc.

Barlow: Aquesta maniobra determina si existeix inestabilitat de maluc. Es col·loca el nadó en decúbit supí. Se li dobleguen els genolls en un angle recte de 90 graus. La mà de l'explorador abraça el fèmur del nadó mentre que el seu polze se situa a la cara interna de la cuixa neonatal i els altres dits toquen el trocànter major. S'inicia la maniobra amb una adducció del maluc (aproximadament 20 graus) i, tot seguit, s'aplica una pressió suau posterior. En un primer moment, es pot notar una fricció a causa del contacte del cap de fèmur amb l'acetàbul. Quan la pressió supera la resistència, el cap de fèmur es desplaça i surt de l'acetàbul. Aquest fet confirma la luxació de maluc. En retirar la pressió, el cap de fèmur torna a la seva posició anatòmica i genera un soroll característic, "clonc".

Ortolani: Aquesta maniobra determina si la luxació de maluc es pot reduir o és irreductible. Es col·loca el nadó en decúbit supí. Els dos genolls del nadó estan en un angle de 90 graus. L'explorador col·loca el dit polze a la cara interna del genoll mentre que el segon i el tercer dit se situen sobre el trocànter major. S'inicia l'abducció del maluc amb la intenció de reduir-lo, en cas que estigui luxat. La cama que s'examina es desplaça cap a fora i s'intenta aproximar-la en el mateix pla de la taula on es realitza l'exploració. Al mateix temps,

es fa una pressió suau sobre el trocànter major. Si el maluc està luxat, es notará una limitació en l'abducció. La pressió dels dits sobre el trocànter del fèmur forçarà l'abducció i la reducció del maluc. En deixar anar el maluc, aquest tornarà a la seva posició luxada, en aquest moment se sent el "clonc", que és un indicador de luxació. Tanmateix, per si sol no representa un diagnòstic.

Genitals i zona sacra

En l'exploració es comprova l'obertura de la uretra i el seu emplaçament. Es palpa la columna en tota la seva extensió per descartar malformacions. A la regió sacra s'inspecciona l'anús per assegurar que l'orifici és permeable i està situat correctament. Cal descartar malformacions com ara anus imperforat, fosseta sacra o anomalies del tub neural. La primera femta rep el nom de meconi i es produeix entre les primeres 24-36 hores de vida.

Pel que fa als genitals masculins, es comprova que els testicles siguin presents a l'escrot. Cal tenir en compte que, si no hi són, solen baixar abans dels sis mesos. L'escrot és pigmentat i rugós, hi ha presència de fimosi fisiològica. Cal observar si el nadó presenta malformacions relacionades amb l'orifici de sortida de la uretra: epispàdies (orifici situat a la cara dorsal del penis); hipospàdies (orifici localitzat a la regió ventral del penis).

En les nenes, els llavis i el clítoris són prominents per l'acció hormonal de la mare i poden ser edematosos durant les primeres setmanes de vida. Es pot observar també vèrnix caseosa en els genitals i secreció de color blanc i/o mucosa als primers dies. Ocasionalment i durant els primers dies de vida, pot aparèixer un petit sagnat, que és fruit de la davallada hormonal.

Pell. Fina, elàstica i rosada. Les primeres hores de vida sol presentar un color vermell/pletòric, i amb el pas de les hores, adquireix el to rosat. Pot aparèixer acrocianosi, és a dir, color blau a les mans i als peus. La icterícia, que és la coloració groga, sol ser perillosa si apareix en les primeres 24 hores. La cianosi generalitzada, la pal·lidesa i/o les hemorràgies són signes d'alarma. Algunes característiques normals de la pell neonatal són: *vèrnix caseosa*, untet sebaci que cobreix la pell durant els primers dies; *millium facial*, petites pàpules que apareixen al damunt del nas a conseqüència de la retenció de queratina i del material sebaci en els fol·licles pilosos; *eritema tòxic*, lesions macropapuloses sobre una base envermellida que apareixen a partir del segon dia de vida; *nevus telangièctasic*, taques de color salmó localitzades al front, a les galtes o a la zona occipital; *angiomes*, petites neoformacions vasculars congènites; *fenomen arlequí*, canvi de color de la pell per manca de regulació

i constricció dels vasos perifèrics que causa presència d'eritema a la zona de recolzament del nadó i pal·lidesa a la contralateral; *taca de Baltz*, taca de color gris-blau situada normalment a la zona lumbosacra; *cutis marmorata*, resposta vasomotora per immaduresa a l'exposició a la temperatura ambiental freda, per la qual cosa apareix un motejat reticular de color vermell blavós a la superfície cutània; *lanugen*, pèl molt fi situat darrere les orelles, a sobre el front, les galtes i els omòplats.

L'exploració neurològica del nadó es basa en la valoració i observació de la seva conducta (activitat espontània, vigília-alerta i son), l'activitat motora (to, força muscular), el desenvolupament psicomotor (manipulació, postura, sociabilitat i llenguatge), i els reflexos.

Un reflex és una resposta simple i automàtica a un estímul extern. D'una banda, els reflexos primaris o arcaics són presents des del naixement i desapareixen progressivament. Alguns desapareixen com a reflexos per convertir-se en accions conscients i voluntàries. De l'altra, els reflexos secundaris apareixen durant els primers mesos de vida. Són el reflex de paracaigudes, d'extensió dels dits, de Landau.

La valoració dels reflexos en el nadó ajuda a valorar el desenvolupament general del sistema nerviós del nadó i/o lactant, permet avaluar la integritat específica del sistema nerviós central i, en alguns casos, pot ajudar a identificar una lesió o dany estructural. La taula 2 destaca els principals reflexos primaris que s'exploren en el nadó.

Taula 2. Reflexos primaris del nadó.

Reflex	Estímul	Resposta	Edat
Punts cardinals	Es toca un costat de la comissura de la boca o galta del nadó.	El nadó girarà el cap i obrirà la boca en la direcció que ha rebut l'estímul.	A partir de les 32 setmanes de gestació (SG) i fins als 3-4 mesos.
Succió	S'introdueix un objecte a la boca del nadó.	La pressió de l'objecte sobre el paladar provoca que el nadó comenci a succionar.	A partir de les 36 SG i fins als 4-6 mesos. Poc a poc es va convertint en una acció voluntària.
Premsió palmar	Es col·loca el dit de l'explorador/a o un objecte a la mà del nadó fent pressió lleugera sobre el palmell de la mà.	El nadó flexiona tots els dits i els tanca per agafar momentàniament el dit de l'explorador o l'objecte.	Del naixement fins als 3-4 mesos.

Reflex	Estímul	Resposta	E dat
Premsió plantar	L'explorador/a toca amb el dit la planta del peu (base dels dits del peu) del nadó.	El nadó flexiona els dits del peu en els quals ha rebut l'estímul.	Del naixement fins als 6-8 mesos.
Moro	El nadó resta en decúbit supí, l'explorador/a l'incorpora una mica agafant-lo per dessota del cap i l'esquena amb la mà i sense que aixequi les extremitats inferiors. De manera brusca, el deixa caure (uns 60 cm), sobre l'altra mà, evitant que el cap toqui amb la superfície.	El nadó tira el cap enrere, fa una abducció i extensió simètrica i bilateral de les extremitats, obre les mans estenent els dits i acosta el dit gros de la mà i l'índex en forma de "C". Pot ser que plori. Seguidament, fa una adducció i una flexió relaxada dels braços en un moviment d'abraçada.	Del naixement fins als 4-5 mesos.
Esgrao	Es col·loca el nadó en posició vertical i l'explorador/a el subjecta per dessota de les aixelles. S'aplica un estímul sota el dors del peu.	En tocar la superfície amb el dors del peu, el nadó aixeca una de les cames (flexiona el genoll i el maluc pujant el peu)	Del naixement fins als 2 mesos.
Marxa automàtica	L'explorador/a aguanta el nadó en posició vertical sobre una superfície sòlida subjectant-lo amb les seves mans per dessota de les aixelles.	Tot seguit inicia uns passos alternats com si volgués caminar.	Del naixement fins als 2-3 mesos.
Babinski	S'estimula un costat del peu del nadó des del taló fins a la punta del dit gros del peu.	Els dits del peu del nadó s'obren en hiperextensió (obertura en forma de ventall)	Dels 6 als 24 mesos.
Tònic asimètric del coll/esgrima	El nadó està estirat en decúbit supí i l'explorador/a li fa rotar el cap a un costat fent-li tocar la mandíbula amb l'espatlla.	El braç i la cama del mateix costat en què el nadó ha rotat el cap presenten extensió, mentre que les extremitats del costat oposat es mostren en flexió.	Del naixement fins als 6 mesos.

Reflex	Estímul	Resposta	E dat
Incurvació del tronc o Galant	Mentre l'explorador/a subjecta el nadó en suspensió i en decúbit prono, passant-li la mà per dessota la panxa, li pressiona amb el dit uns punts paral·lels (des de dessota de l'escàpula fins per sobre de la cresta ilíaca) a la columna vertebral.	El nadó respon corbant l'esquena i la gira lleugerament en la direcció de la qual prové l'estímul.	Des del naixement fins als 12-24 mesos.
Retirada i extensió creuada	S'ha d'aplicar un estímul a la planta del peu del nadó mantenint en extensió l'extremitat en la qual s'aplicarà l'estímul.	El nadó fa una flexió espontània de la cama que està lliure, seguida d'una extensió i obertura dels dits del peu on s'ha provocat l'estímul i, posteriorment, una extensió i adducció del peu lliure cap a l'estímul.	Des del naixement fins als 2-3 mesos.
Extrusió	Quan s'introdueix un aliment a la part anterior de la boca del nadó.	El nadó empeny cap a fora amb la llengua qualsevol cosa que li entri a la boca.	Des del naixement fins als 4-6 mesos.
Deglució	Es coordina amb el reflex de succió, en introduir aliment a la boca del nadó, part posterior de la llengua.	El nadó se l'empassarà.	Acció reflexa, tot i que es pot suprimir conscientment l'acció d'empassar.

Font pròpia.

Valoració per necessitats del creixement i desenvolupament de l'infant

Els factors que poden influir en el creixement i el desenvolupament d'un infant són la família, l'estat de salut i l'estat socioeconòmic, a més de les creences i les circumstàncies culturals de la mateixa família. Caldrà, doncs, fer una valoració de les necessitats durant tota la infantesa per poder detectar les possibles alteracions que puguin aparèixer. A continuació, es farà una relació de les necessitats bàsiques de l'infant i les característiques pròpies d'aquesta etapa de la vida.

Necessitat de respirar

La funció respiratòria està determinada per les característiques físiques de l'infant, que van canviant amb la maduració i creixement del sistema respiratori fins a arribar a l'edat adulta.

Les vies aèries de l'infant són més curtes i estretes, el diàmetre també és menor, la qual cosa comporta que hi hagi més resistència (unes 15 vegades més que a l'adult) i sigui més vulnerable a possibles obstruccions. Els alvèols estan menys formats, amb un epitelí més gruixut, cosa que dificulta l'intercanvi de gasos; en té uns 25 milions, en canvi, un adult en té 300 milions. Els infants també tenen el diafragma més enlairat, fet que pot dificultar el moviment, amb un paret toràcica més distensible i tova que una persona adulta. A més, tenen el nas i la boca petits, i la llengua grossa. Cal destacar que el cartílag tiroideu, cricoides i la tràquea són immadurs i és més fàcil arribar al col·lapse de la zona. Aquestes característiques fan que l'infant tingui una freqüència respiratòria augmentada i sigui més fàcil que apareguin retraccions, dilatacions dels narius i l'ús de la musculatura accessòria, com obstruccions de la via aèria.

En el primer mes de vida i fins als tres mesos, quan comença a haver-hi una maduració de les vies neurològiques, el nadó té una respiració nasal; és per això que cal mantenir les vies respiratòries lliures de mucositat. Així doncs, en els primers mesos de vida no obren la boca per respirar. L'únic moment que el recent nascut respira per la boca és quan plora, ja que l'aire entra per la diferència de pressions.

Per tant, els infants comencen la seva vida amb una respiració nasal (entrada d'aire pel nas) i abdominal (moviment del diafragma que crea una pressió negativa que desplaça als pulmons per expandir-se i entrar l'aire). Les respiracions per minut en el nadó són d'entre 30-60; de 6 a 2 anys, entre 20-30 i, de 10 a 18 anys, entre 12-20. Sense sorolls respiratoris accessoris ni retraccions. La saturació d'oxigen haurà d'estar per sobre del 95%, la gasometria arterial ha d'estar entre els paràmetres de normalitat ($\text{pH}=7.35-7.45$; $\text{PaO}_2=83-108\text{mmHg}$; $\text{PaCO}_2=32-48\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3=20-23\text{mEq/l}$). En condicions de normalitat no hi haurà presència de secrecions ni tos, les mucoses seran roses i el reompliment capil·lar serà inferior a 2 segons.

Cal destacar que el sistema circulatori està estretament lligat al sistema respiratori, per aquest motiu caldrà tenir en compte les característiques d'aquest sistema en la necessitat de respirar.

En l'exploració de l'infant, la normalitat serà un ritme cardíac sinusal, sense buf, la freqüència cardíaca en el nadó estarà entre 120-160 batecs per minut (bxm), en el lactant entre 100-120 bxm, en el nen petit de 2 a 6 anys de 90-100 bxm i en el nen major de 12 anys al voltant de 90bxm. Pel que fa a la ten-

sió arterial, en el recent nascut estarà entre 75/40 mmHg, en el lactant 90/60 entre mmHg, en el preescolar-escolar entre 95/65 mmHg i, cap als 12 anys, entre 110/65 mmHg. Hi ha taules per consultar les xifres de TA en percentils segons l'edat del nen. L'electrocardiograma ha de ser normal, cada complex QRS (despolarització ventricles) ha d'anar seguit d'una ona P (despolarització d'aurícules) i en la repolarització dels ventricles es representa amb l'ona T.

Necessitat d'alimentar-se

L'alimentació és un procés d'aprenentatge essencial en els primers anys de vida, que s'inicia amb l'alletament i continua amb la introducció dels aliments i els hàbits alimentaris. D'aquest procés dependrà un bon estat nutricional i un creixement òptim de l'infant, que es consolidarà i es reflectirà a la vida adulta.

Les necessitats nutricionals del nadó es satisfan en els primers mesos amb la lactància materna. L'OMS recomana la lactància exclusiva els primers 6 mesos de vida, a continuació començar a introduir els aliments i continuar el manteniment de la lactància materna fins als 2 anys o més.

Els beneficis de la **lactància materna** tant pel nadó com per la mare són:

- Està produïda exclusivament per a cada nen i nutricionalment està per sobre de qualsevol alternativa.
- Proporciona immunitat passiva de la mare al nen. El calostre, que és el primer líquid que secreta la glàndula mamària, està compost per anticossos i glòbuls blancs que protegeixen el nadó de les infeccions i estimula el desenvolupament de les pròpies defenses. A més, els nens que fan lactància materna tenen menys infeccions respiratòries, menys al·lèrgies, menys intoleràncies als aliments i tenen menys risc d'obesitat infantil.
- És de més fàcil digestió, ja que conté lipasa que digereix els greixos.
- Afavoreix el desenvolupament encefàlic, ja que és rica en àcid linoleic i colesterol, necessaris pel seu desenvolupament.
- Té un baix contingut en proteïnes.
- Comporta un estalvi econòmic i de temps. No cal comprar cap producte per a la preparació de la llet ni dedicar-hi temps.
- Per a la mare també té avantatges, com per exemple: facilita la recuperació fisiològica del part, facilita la involució uterina, disminueix el risc d'hemorràgia postpart, augmenta el període d'anovulació postpart i afavoreix el vincle.

Per aconseguir la instauració i manteniment de la lactància materna cal:

- Contacte en la primera hora de vida.
- Assessorament en la col·locació del nen al pit, afavorint les postures que faciliten la succió.

- Presses freqüents (10 - 12 al dia), estimulen la secreció i el buidament del pit i eviten la ingurgitació.
- Foment de les presses nocturnes, que augmenten la producció de pro-lactina.
- El calostre és suficient durant els primer dies, per la quals cosa no cal donar al nadó suplement ni tetines ja que poden alterar la succió.
- Cal assegurar la posició correcte del nadó, l'alineació eix pit-boca, amb la boca oberta, els llavis evertits*, que agafa el mugró i part de l'arèola.
- Succió vigorosa, moviment de la galta fins al lòbul de l'orella i observar o sentir la deglució de la llet.
- No s'ha d'oferir al nadó el segon pit fins que no s'hagi buidat el primer i s'han alternar els pits en cada presa, ja que varia la composició de la llet de l'inici al final de la presa (al final hi ha més quantitat de greix).

**evertir significa treure els llavis posant-los de l'inrevés.*

Està dins de la normalitat i és senyal de bona alimentació quan la pèrdua fisiològica no supera el 10% del pes de naixement i es recupera en els primers 10-14 dies. A més, hi ha un augment de pes d'uns 20 g/dia en els primers 6 mesos de vida i el nen està actiu amb una succió vigorosa i relaxat en finalitzar la presa. També s'observa que el nen orina de 4 a 6 vegades a partir del 4t dia i les deposicions són toves, de 5 a 6 al dia o, fins i tot, espaiades cada 2 o 3 dies, però abundants.

En la fisiologia de la lactància cal distingir 4 fenòmens: mamogènesi (creixement i desenvolupament mamari); lactogènesi (inici de la secreció de llet - producció); lactopoiesi (manteniment de la secreció); i lactoejecció (sortida de la llet gràcies a l'oxitocina i per la pressió intraalveolar). Així doncs, a l'inici de la producció, la primera secreció és el calostre; fins al 4t o 5è dia del postpart, amb la càrrega immunitària per al nadó i amb valor nutricional suficient per satisfer les seves necessitats. A continuació, se substitueix per la llet de transició que dura unes 2 setmanes més, i fins a la producció de llet madura. També cal destacar que el calostre és més dens, té més proteïnes i minerals, menys greixos i carbohidrats. A diferència de la composició de la llet madura, que és a l'inrevés del calostre, també canvia segons l'edat de la mare i la duració de la gestació, la duració i el moment de la presa, l'hora del dia, etc., i s'adapta en cada moment a les necessitats del nadó. Tot i així, és pobre en vitamina D i cal donar suplement.

Cal identificar les dificultats que es poden presentar durant la lactància, com les mastitis, la ingurgitació mamària, l'obstrucció dels conductes, les cli-velles, la hipogalàctia per falta de freqüència en les preses i succió, per hipoti-

roïdisme, infecció bacteriana... A més, cal conèixer les contraindicacions com són que la mare sigui VIH positiva, estigui infectada per citomegalovirus o per herpes simple localitzat al pit. Per part del nadó, si presenta galactosèmia, estarà contraindicada la lactància materna.

La lactància artificial es basa en l'administració de llets adaptades a partir de la llet de vaca. N'hi ha dos tipus: la llet d'inici, que s'administra durant els 4-6 primers mesos de vida i conté un 30-35% d'hidrats de carboni – lactosa-, un 50-55% de greixos i un 5-10% de proteïnes; i les llets de continuació, que estan indicades a partir del 4-6 mesos de vida i tenen més carbohidrats i més proteïnes, Ca, Fe, Cl, K i Na.

A partir dels 6 mesos (mai abans dels 4 mesos) es comença el **període de diversificació i introducció complementari o *Beikost***. Les pautes generals són:

- Incorporar nous aliments de manera progressiva, lenta i en petites quantitats (interval de 3 a 5 dies) per cada nou aliment amb diferents gustos i textures.
- Observar i fomentar la destresa manual del nen per alimentar-se sol, que begui en got o tassa, que mengi el mateix que la resta de la família i permetre que mengi amb els dits o amb forquilla o cullera. Tot i que cal evitar aliments amb risc d'ennuegament (fruites seques senceres, crispetes, raïm, poma o pastanaga crua).
- L'infant és capaç d'autoregular la ingesta per cobrir les seves necessitats. Per això, cal evitar la sobrealimentació i restringir aliments que provoquin aversions o excessiu interès per aliments prohibits.
- No s'ha d'afegir sucre, mel ni edulcorants als aliments.
- Cal evitar o reduir la sal en la preparació dels plats.
- Es recomana preparar les verdures i hortalisses al vapor o bullides amb poca quantitat d'aigua amb cocció ràpida tapant el recipient.
- Cal incorporar aliments amb gluten a partir dels 6 mesos.
- Es pot oferir pa, pasta i arròs integrals.
- A partir dels 12 mesos se li pot donar llet de vaca.
- Cal que el nen esmorzi a mig matí i bereni, preferentment fruita fresca, iogurt natural i pa (entrepans petits) i aigua.
- Se li han d'oferir aliments preparats amb diferents textures, olors i colors, així com l'anomenada alimentació dirigida a l'infant, alimentació amb sòlids o *baby-led weaning*.
- Per a la preparació dels àpats per a infants de 6 a 12 mesos es poden incloure:
 - Hortalisses: pastanaga, ceba, mongeta tendra, carbassó, porro, tomàquet,

etc. Cal evitar els espinacs i les bledes abans dels 12 mesos (o en un mínim del 20% del plat)

- 20 a 30 g de carn blanca (pollastre, gall dindi, conill) al dia o 30-40 g de peix sense espines (s'ha d'evitar el peix espasa, l'emperador, el caçó, la tintoreira i la tonyina en menors de 3 anys) o 1 ou petit al dia.

- Fruïtes: plàtan, pera, préssec, poma, maduixes, mandarina, síndria, meló, etc.

- Oli d'oliva verge extra.

- Es recomana diversificar les tècniques de cuinat.

- Es recomana que els infants comparteixin els àpats amb la família.

En la necessitat d'alimentar-se s'ha d'incloure la dentició de l'infant. Entre els 6 i 8 mesos apareixen els incisius centrals inferiors i els segueixen els incisius centrals superiors. A l'any surten els incisius laterals i cap als 2 anys ja solen tenir totes les dents de llet (20 peces). Entre els 6 i 12 anys cauen les dents de llet i apareixen les dents definitives, i entre els 16 i 25 anys, la dentició serà complerta.

En l'edat preescolar i escolar els objectius fonamentals de l'alimentació són assegurar un creixement i desenvolupament òptim del nen i promoure hàbits dietètics saludables. En l'adolescència es mantenen els mateixos objectius, però és una etapa d'alt risc per diversos factors, tant pels canvis psicològics i socials com per les tendències que s'adopten en d'aquesta etapa (augment d'àpats fora de casa, augment de begudes ensucrades, dietes no convencionals, consum d'alcohol...). Per aquest motiu es recomana mantenir una dieta equilibrada en funció de l'edat, el sexe, l'estat de salut i el nivell de l'activitat física, i així evitar l'obesitat i els trastorns de la conducta alimentària com poden ser l'anorèxia i la bulímia.

Necessitat d'eliminació

El metabolisme que genera l'organisme produeix unes substàncies que cal eliminar ja que no són aprofitables pels sistemes del cos humà. Això significa que l'organisme produeix femta i orina com a productes principals per a l'eliminació, encara que també ho són la suor, els gasos de la respiració pulmonar i la menstruació.

Cal valorar a qualsevol edat la freqüència de les femtes i les seves característiques; com també de l'orina. Qualsevol anomalia en els hàbits d'eliminació o la presència d'alteració, interfereixen en un patró de normalitat.

En relació a la femta, esdevé per la digestió dels aliments, per això s'ha de diferenciar la normalitat entre femtes del nونات, lactant i nen gran.

La primera femta del nounat s'anomena meconi. El meconi és d'aspecte verd-negre, espès i enganxós, es produeix en les primeres 48 h de vida. Conté restes de bilis, restes epitelials, líquid amniòtic, pigments biliars, àcids grassos, moc i sang.

Un cop el nadó ha iniciat l'alimentació i el sistema digestiu comença a funcionar, comença el trànsit intestinal, que donarà lloc a les femtes de transició, ja no tan enganxoses i de color més clar, fins a arribar, cap al final de la primera setmana, a produir les femtes de color groguenc i consistència pastosa. Si el nadó fa lactància materna, el número de deposicions sol ser superior i són d'una consistència pastosa amb olor aromàtic. En canvi, si el nadó fa lactància artificial, és possible que faci menys deposicions, més fètidés i consistents.

En relació a l'orina, la primera micció en el nounat apareixerà a les primeres 24 hores de vida. El primer dia produirà entre 4-6 miccions, a partir del segon dia de vida augmentarà les miccions entre 6 i 8 en 24 hores i el lactant en farà entre 15-20 al dia. En general, l'orina és quasi incolora però les primeres seran de color ambre pels soluts que conté. La densitat normal està entre 1.003-1.030 i el pH normal oscil·la entre 5 i 8. En l'orina normal no es troben glucosa, cossos cetònics, proteïnes ni sang.

La quantitat d'orina està al voltant d'1 ml/kg/h en el nen; de 2ml/kg/h en el lactant, ja que el volum normal a la infància oscil·la entre 1 i 3 ml/kg/h. En termes generals, la producció d'orina és en el RN entre 50 i 300 ml/dia; lactant, 300-550 ml/dia; preescolar, 500-800 ml/dia; edat escolar, 600-1400 ml/dia; i adolescents, 1000-1500 ml/dia, ja que progressivament augmenta la capacitat de la bufeta. De tal manera que la capacitat de la bufeta del nen augmenta entre 30-45 ml per any de vida fins a 700 ml a l'edat adulta.

El control d'esfínter ve determinat per la maduració neurològica i l'aprenentatge del control d'esfínters. Els nens menors de 2 anys no són capaços de controlar l'esfínter urinari per immaduresa en el sistema nerviós. Entre els 2 i els 5 anys, el nen manifesta la necessitat d'orinar i pot retenir l'orina, als 3 anys ja va al lavabo sol i és capaç d'aguantar la urgència miccional si està jugant. Entre els 2.5 i 3.5 anys és capaç d'aconseguir el control d'esfínters vesical i intestinal durant la nit.

Cal tenir present que, pel que fa al desenvolupament de l'aparell urinari, en el moment del naixement, el nadó ja té totes les nefrones formades, però els urèters són més curts i l'àrea dels túbuls renals també és menor, cosa que comporta una menor capacitat de reabsorció de l'aigua, a més de la dificultat per mantenir l'equilibri àcid-base. Els ronyons són immadurs fins als 2 anys. Així doncs, el ronyó del nen és menys eficaç i l'aparell urinari és més sensible als possibles problemes de salut durant l'edat pediàtrica. A mesura que el nen

va creixement, aquestes estructures també ho fan i van assolint una funcionalitat completa.

Pel que fa a les **pèrdues insensibles**, es defineixen com a pèrdues produïdes per l'evaporació i la respiració que augmentaran si el nen té febre. En situacions de normalitat, si el nen pesa menys de 10 kg, les pèrdues són d'1 ml/kg/h; si pesa entre 10-20 kg, els primers 10 kg són a 1 ml/kg/h i els restants són a 0.5 ml/kg/h; i, si el nen pesa entre 20-45 kg, les pèrdues són iguals que en el segon supòsit i els quilos que superin els 20, es comptabilitzaran a 0.25 ml/kg/h.

La menarquia, que és el primer sagnat menstrual, s'esdevé entre els 10 i 16 anys. A l'adolescència és normal que hi hagi variabilitat de durada del cicles menstruals d'un mes a l'altre. En relació a la pèrdua de volum de fluid menstrual, oscil·la entre 30 ml i 80 ml per cicle; un excés o defecte d'aquestes quantitats s'ha d'avaluar per detectar alteracions menstruals.

Necessitat de descansar i dormir

El son és una necessitat fisiològica bàsica que cal satisfer per mantenir la salut i el benestar durant tota la vida de les persones. Cal prestar una major atenció durant l'edat pediàtrica ja que s'identifica com a una fase restauradora i regeneradora cel·lular, a més d'estar relacionada amb funcions cognitives vitals com és la consolidació de la memòria, la promoció de la plasticitat del sistema nerviós central i la protecció del cervell davant de lesions. També incrementa la producció d'hormona del creixement durant la nit i disminueix la resposta a l'estrès amb la síntesi de cortisol.

Els canvis en els patrons del son segons la maduració de l'infant es reflectiran en diverses tendències durant la infantesa, com per exemple, als primers anys de vida, fins als cinc anys, es dediquen més hores a estar adormit que despert, ja que s'equiparen les hores de dormir i el temps d'estar despert; de la mateixa manera que els sons diürns disminueixen de forma progressiva també fins als 5 anys i s'identifica un descens gradual de les hores de son nocturnes, encara que l'adolescent necessita dormir de 9 a 9.25 hores durant la nit, entre d'altres canvis rellevants.

Cal tenir present que la privació del son comporta malestar físic, problemes de conducta i d'aprenentatge i del desenvolupament mental.

Els principis bàsics del son saludable per a infants són:

- Tenir una hora per anar a dormir i una rutina prèvia fixada per al nen.
- L'hora d'anar a dormir i la de llevar-se hauria de ser aproximadament la mateixa durant els dies que hi ha col·legi i els dies festius.

- L'hora prèvia a anar a dormir ha de ser una estona de tranquil·litat. Per això, s'han d'evitar activitats energètiques i/o estimulants.
- No podem fer anar a dormir al nen amb gana, sinó que fora bo fer un rессopó, però cal evitar menjars copiosos.
- Evitar productes amb cafeïna unes hores abans d'anar a dormir.
- Assegurar-nos que el nen passa temps de lleure a l'aire lliure cada dia i que realitza exercici regular.
- Mantenir l'habitació tranquil·la i amb fosc.
- Mantenir l'habitació amb una temperatura confortable, per sota del 24° C.
- No utilitzar l'habitació del nen com a lloc de càstig o per “descansar d'ell”.
- Mantenir la televisió fora de l'habitació del nen.

A continuació es presenta un quadre-resum del canvis normals del desenvolupament del son a l'edat pediàtrica.

Edat	Duració i patrons del son	Altres aspectes del son
De 0 a 2 mesos	Son total: 10-19 h/24h. Els períodes de son estan separats per períodes d'alerta d'1 a 2 h. Les primeres setmanes no hi ha un patró establert nocturn/diürn; el son es distribueix uniformement.	Col·locar al nadó en posició supí. Col·locar al nadó en un matalàs ferm amb un llençol ajustable a un bressol que compleixi les mesures de seguretat. El bressol no haurà de tenir barres majors a 0.16 cm o cantonades decoratives tallants. Assegurar que la cara i el cap del nadó estiguin al descobert i lliures de llençols o mantes durant el son.
Lactant de 2 a 12 mesos	Son total: 12-13h/24h. Temps nocturn: mitjana de 9-10h. Migdiades: 3-4h	La regulació del son o autotranquil·litzar-se implica la capacitat del lactant per gestionar la transició son-vigília. Aquesta capacitat comença a desenvolupar-se en les primeres 12 setmanes de vida i és un reflex de maduració neuroconductual. La consolidació del son o “dormir tota la nit” es desenvolupa entre les 6 setmanes i els 3 mesos.
Nen petit (1-3 anys)	Son total: 11-13h. Temps nocturn: 9.5-10.5h Migdiades: 2-3h (de 2 migdiades a 1 cap als 18 mesos)	Es desenvolupen terrors nocturns, són importants els objectes i les rutines.

Edat	Duració i patrons del son	Altres aspectes del son
Preescolar (3-5 anys)	Son total: 9-10h. Migdiades: 1 o cap	Quan el llit familiar és persistent, tendeix a estar associat a problemes de son en aquest grup d'edat. Els problemes de son es poden cronificar.
Nen escolar (6-12 anys)	Son total: 9-11h	Els problemes escolars i conductuals poden estar associats als problemes de son. Els mitjans de comunicació i aparells electrònics competeixen de forma creixent amb les hores de son. La irregularitat en els horaris de son i vigília reflecteixen una discrepància entre les hores d'anar a dormir i llevar-se els dies d'escola i els festius.
Adolescència (més de 12)	Son total: 9-9.25h. Només el 20% dels adolescents compleixen aquestes hores, la majoria dormen entre 7-7.5h.	Hores d'anar a dormir més tard; major discrepància entre les hores d'anar a dormir i llevar-se els dies entre setmana i els caps de setmana.

Font pròpia

Necessitat de termoregulació

La temperatura corporal està regulada per neurones termosensibles localitzades a l'hipotàlem anterior que responen a canvis en la temperatura de la sang, així com per receptors de la fred i de la calor localitzats a la pell i als músculs.

La temperatura del cos es pot prendre en diversos punts anatòmics amb termòmetre digital, ja sigui per via rectal, axil·lar, timpànica, bucal o amb sensors de contacte a la pell. Es considera que la normotèrmia rectal és de 36,5° C i la febre a partir de 38°C; la normotèrmia axil·lar és de 36° C i la febre a partir de 37,5°C. Cal tenir en compte que per sota de 36° C de temperatura es parla d'hipotèrmia i, per sobre de 40°C, és hiperpirèxia. Si aquests extrems es mantenen en el temps, comporten un risc en la salut del nen.

Cal tenir present que la febre no és una malaltia sinó un mecanisme de defensa que té el cos contra les infeccions causades per bacteris o virus, com a resposta inflamatòria, per una neoplàsia o per dues o més causes diferents.

Les situacions d'alerta en relació a la febre que caldrà, de manera urgent, consultar als serveis de salut segons l'Associació Espanyola de Pediatria són:

- Aparició de taques de color vermell fosc o morades que no desapareixen en estirar la pell del voltant.
- Decaïment, irritabilitat o plor excessiu i difícil de consolar.
- Rigidesa del coll.
- Convulsions o pèrdua de coneixement.
- Dificultat per respirar (marca les costelles i enfonsa l'estern, se sent com una mena de xiulets quan respira, respiració molt ràpida, agitació, etc.)
- Vòmits i/o diarrea persistent.
- Si no orina, o l'orina és escassa.
- Sempre caldrà consulta urgentment si hi ha febre en un nen menor a 3 mesos.

Necessitat d'higiene i integritat cutània, protecció de la pell

Mantenir la higiene corporal és una necessitat bàsica que cal satisfer per mantenir un grau òptim de salut en les persones. En l'edat pediàtrica, en les primeres etapes aquesta necessitat està coberta gràcies a les famílies, i amb el pas dels anys es va traslladant la responsabilitat progressivament a cada individu. Així doncs, la higiene corporal en el nadó, lactant i infant petit serà proporcionada pels pares, posteriorment es farà la supervisió fins a arribar a l'autonomia del nen-adolescent.

El bany és l'activitat principal de la higiene. En els menors de 6 mesos no cal que sigui diari ja que no s'embruten. És necessari preparar tot el material (tovalloles, sabó neutre, esponja natural, bolques, roba neta, raspall...) i condicionar l'espai per mantenir una temperatura ambiental òptima, entre 22-23°C, evitant els corrents d'aire per tal d'evitar les pèrdues de calor del nen. El temps dedicat a realitzar el bany tampoc s'ha de perllongar massa, pel mateix motiu. La temperatura de l'aigua haurà d'estar entre 36-38°C (a prop de la temperatura corporal). S'ha de comprovar sempre abans de posar l'infant a l'aigua per evitar el risc de cremades. La posició òptima per romandre a la banyera serà amb el cap recolzat a l'avantbraç i subjectat per darrere de les axil·les, fins que el nen sigui capaç de mantenir el seu propi pes i sigui capaç d'estar en sedestació; d'aquesta manera s'evitarà l'entrada d'aigua als orificis auditius i les vies respiratòries, de la mateixa manera que es posarà poca quantitat d'aigua a la banyera pel risc d'ofegar (amb uns 15 a 20 cm d'alçada és suficient). Els infants sempre han d'estar acompanyats i supervisats durant el bany. La higiene ha de començar per la cara amb aigua

neta i sense sabó, i després es farà de cap a peus, amb l'observació exhaustiva de la integritat cutània i els plecs cutanis. A les nenes, la zona genital es farà de davant a darrere i, als nens baixant, el prepuci per netejar la zona. A l'hora d'eixugar l'infant, es farà de manera acurada, a tocs i sense frecs per no lesionar la pell. Cal tenir en compte que els primers dies de vida no es podran fer banys per immersió, fins que no hagi caigut el melic (entre el 5è i 15è dia de vida), a la zona del cordó umbilical. Finalment, i segons les últimes recomanacions, s'ha de netejar la zona amb aigua i sabó i assecar-la bé amb una gasa seca, no cal usar antisèptics ja que no hi ha evidència de millora respecte a la cura seca. Cal canviar sovint el bolquer sovint i netejar la zona tantes vegades com sigui necessari.

En relació a la hidratació, cal tenir present que la pell del nadó s'hidrata des de l'interior amb la ingesta de llet, ja que proporciona l'aigua necessària a l'organisme; i el nen amb aigua. No cal utilitzar cremes, però, si es vol hidratar la pella perquè és molt seca, es poden utilitzar olis vegetals, com l'oli d'ametlles. De la mateixa manera, en la zona perianal no cal aplicar cremes; en el cas que hi hagués eritema es poden utilitzar cremes de barrera com la pasta de zinc per evitar la lesió de la pell.

El massatge infantil està considerat un mètode que afavoreix el vincle maternofilial i que estimula el nen per aconseguir una evolució psicomotriu satisfactòria. També ajuda al descans, gràcies a la relaxació corporal, alleuja i millora el trànsit intestinal, a més d'ajudar a eliminar els gasos. El massatge també és un bon moment per l'observació de la pell i la hidratació amb olis vegetals i escalfats prèviament a temperatura corporal.

La higiene dental en el nadó es realitza amb una gasa humida amb aigua que es passa per les genives molt suaument. Un cop hagin sortit les dents (a partir dels 6-8 mesos), es poden netejar amb un raspall pediàtric suau amb aigua i/o amb dentífric fluorat de 1000 ppm però de la mida d'un gra d'arròs. A partir dels 3 anys, la quantitat de dentífric és de la mida d'un pèsol i, a partir dels 6 anys, de la mida d'un cigró. No s'ha de glopejar després del rentat però cal assegurar-se que s'ha escopir el dentífric. Caldrà raspallar les dents 2 cops al dia i canviar el raspall cada 3 mesos perquè es deteriora i perd eficàcia.

També cal tenir en compte que, si el nadó utilitza xumets, no s'han de sucuar amb sucres, mel, llet condensada ni cap substància dolça. La dentició començarà entre els 6-8 mesos i fins als 30 mesos caldrà vigilar l'aparició de càries. A partir dels 6 anys, amb la segona dentició també caldrà controlar les maloclusions de les dents definitives. Cal suprimir l'hàbit de succionar el polze a partir dels 2 anys, com també cal eliminar l'ús de xumet, ja que ocasiona desviació de les dents.

En cas que una dent definitiva es desprengui de la boca, caldrà localitzar la dent, intentar recol·locar-la suaument i, si no fos possible, introduir la dent en llet o aigua. Si el nen és gran, la millor opció seria mantenir-la a la boca amb la saliva, sense rentar-la i anar d'urgències al dentista perquè en moltes ocasions la dent es pot salvar.

En relació a la higiene d'ungles, vindrà determinada per les seves característiques. En el nadó són toves, poden ser llargues i trencadisses i sovint la vora lliure de la unglà no està separada de la polpa del dit, per això serà necessari utilitzar tisores de punta rodona per tallar-les o llimar-les. De manera que les ungles de mans i peus es tallaran de manera recta. A mesura que el nen creix, aquestes ungles s'endureixen. Llavors, a les mans es tallen seguint la vora del dit i, als peus, rectes, com a les persones adultes.

En el manteniment de la higiene del nen i adolescent, el traspàs de responsabilitat és progressiva. Per aquest motiu el nen amb 6-8 anys és capaç de rentar-se sol la cara, el coll i les orelles, es renta les mans i les dents després dels àpats, sap eixugar-se el nas, fa ús del paper higiènic. A més, aprèn a tenir cura dels seus objectes personals, de la seva roba i dels estris d'anar a l'escola.

Entre els 8-11 anys l'objectiu és que aprengui a tenir cura de netejar-se completament, banyar-se o dutxar-se, netejar-se les ungles i d'adonar-se dels signes d'infecció per polls al cap. En cas de ser una nena, és el moment de tenir cura si apareix la menstruació. A partir dels 12 anys, els hàbits d'higiene estan consolidats, coneix els productes d'higiene personal com el desodorant i els perfums i els avantatges i inconvenients del seu ús.

Necessitat de moure's i mantenir la postura adequada. Necessitat de vestir-se i desvestir-se. Necessitat de relacionar-se. Necessitat de comunicació

Aquestes necessitats vindran determinades pel desenvolupament psicomotor de l'infant, que inclou el desenvolupament motor: habilitats de la motricitat gruixuda, la motricitat fina i les habilitats sensorials; el desenvolupament psicossocial i el desenvolupament cognitiu.

Pel que fa a la motricitat gruixuda, el recent nascut mantindrà un postura simètrica i tindrà un retràs del cap en fer tracció amb les mans. Entre els 6-8 mesos serà capaç d'aixecar el cap 45° i començarà a seure sense suport, primer amb l'esquena arquejada i després mantenint l'esquena recta. Entre els 8-9 mesos gatejarà i als 10 serà capaç de caminar al voltant i recolzant-se als mobles. Cap als 12, tindrà una marxa inestable i cap als 15 caminarà ferm i estable.

Pel que fa al desenvolupament fi i a la visió, el nadó segueix una cara en línia recta i cap als 6 mesos és capaç de seguir un objecte o cara en moviment.

Als 4 mesos aconseguix arribar a les joguines i als 6 mesos fa pressió palmar. Cap als 7 transfereix joguines d'una mà a l'altra i al voltant del 10 mesos fa pressió amb pinça madura. Entre els 16-18 mesos fa gargots amb un llapis i dels 14 al mesos fins al 4 anys és capaç de fer construccions cada vegada amb més cubs. Entre els 2 i 5 anys té la capacitat primer de copiar i després de dibuixar sense veure abans com es fa.

En relació a les paraules, el llenguatge i l'audició, el recent nascut s'alarma amb sorolls forts. Als 3-4 mesos vocalitza de forma espontània o quan es parla, balboteja o riu. A partir del 7 mesos gira el cap al sons suaus fora del camp visual i comença a dir "papa" i "mama", però sense discriminar i, als 10, ja discrimina qui és el papa o la mama. Als 12 mesos diu 2 o 3 paraules a més de "papa" i "mama". Als 18 mesos diu de 6 a 8 paraules i assenyala parts del seu cos. Entre els 20-24 mesos fa servir frases senzilles i dels 2,5 als 3 és capaç de parlar amb frases més complexes.

En relació al desenvolupament social, emocional i conductual, cap als 6 mesos l'infant és capaç de respondre amb un somriure. Entre els 6-8 mesos s'emporta els aliments a la boca. Cap als 10-12 mesos fa adeu amb la mà i juga a amagar-se. Als 12 mesos és capaç de beure d'un got amb les dues mans i cap als 18 mesos és capaç d'aguantar una cullera i se l'emporta amb seguretat a la boca amb menjar. Entre els 18-24 mesos realitza joc simbòlic i als 3 anys juga en paral·lel, fa joc interactiu i és capaç d'esperar el seu torn.

Pel que fa a les habilitats per vestir-se i despullar-se, a partir dels 18 mesos comença a col·laborar quan se'l vesteix, entre els 3-4 anys és capaç de vestir-se sense ajuda i als 5 anys és capaç de lligar-se els cordons de les sabates sol. Entre els 7-8 anys ja utilitza la roba de manera adequada segons l'estació de l'any i l'activitat que ha de realitzar, sap que ha de canviar-se de roba si està molla o humida. A partir dels 12 anys és capaç de tenir cura, seleccionar la roba i els productes d'ús personal.

La taula de desenvolupament psicomotor valora els aspectes anteriorment explicats, és l'eina utilitzada al sistema català de salut per a la valoració dels infants, s'utilitza com a referència no com a diagnòstic del nen.

Necessitat de seguretat, evitar perills i evitar lesions a altres persones

La necessitat d'evitar perills ve determinada per les habilitats i coneixements de què es disposa sobre les condicions ambientals i conductuals per identificar les situacions de risc i poder-les evitar, per aconseguir mantenir tant la integritat física com emocional. Els principals aspectes que cal tenir en compte a l'edat pediàtrica és evitar accidents, vacunar els infants i identificar les possibles al·lèrgies que pugui tenir.

Accidents

Les lesions o accidents a la infància són la primera causa de mort en nens petits i en nens d'edat escolar fins a arribar a l'adolescència, quan augmenta la morbiditat. Els principals successos que es poden destacar són l'aspiració d'un cos estrany, les asfíxies, les cremades, els ofegaments, les caigudes, els accidents de cotxe i les intoxicacions. És clau aconseguir l'equilibri entre l'autonomia de l'infant i la protecció per evitar accidents.

Els infants de 0 a 4 anys tenen la meitat dels accidents en l'entorn de la llar per caigudes, intoxicacions i cremades. I en els nens d'entre 5 i 9 anys els accidents més freqüents són els accidents de trànsit, les caigudes i les intoxicacions. Les caigudes són la primera causa d'accidents a totes les edats i el nens tenen més accidents que les nenes durant tota la infantesa.

Cal destacar que els accidents de trànsit també afecten en qualsevol edat pediàtrica; per això és imprescindible l'ús de dispositius de retenció homologats segons el pes i talla de l'infant. Els accidents de trànsit causen traumatismes cranioencefàlics, lesions a extremitats i provoquen discapacitats a llarg termini.

En relació als ofegaments, el grup més sensible a patir-los són els infants entre l'any i els quatre anys de vida, comporten discapacitats greus. Cal tenir en compte que els primers 10 minuts determinen la supervivència de l'infant si es comencen maniobres de reanimació i que el dany cerebral irreversible es produeix als 4-6 minuts de l'accident.

Segons els grups d'edat, els nens d'entre 1 i 3 anys es caracteritzen perquè adquireixen la capacitat de moviment, la curiositat i l'aprenentatge d'hàbits. En relació a la prevenció d'accidents s'ha de fer èmfasi en el perill d'intoxicacions per medicaments, productes de neteja, etc. És molt important que no guardem productes tòxics en envasos de productes comestibles. També és una etapa en què hi ha perill de cremades i, per tant, cal evitar que l'infant estigui a la cuina, així com tenir cura de líquids i metalls calents. Cal evitar les caigudes que comportin alçades, com ara les cadires, llits i finestres. En relació als ofegaments, caldrà protegir els accessos a les piscines i similars, i usar objectes per afavorir la flotació. També es tindrà especial vigilància en possibles ennuegaments amb el menjar.

Entre els 4 i 9 anys, com que augmenta l'autonomia de l'infant, caldrà fer actuacions dirigides a l'educació vial, aprendre a nedar si encara no en sap, aprendre normes de seguretat relacionades amb les activitats esportives i mantenir la seguretat als vehicles motoritzats, bicicletes, patinets, etc.

En el període d'edat entre 10 i 14 anys es continuarà amb l'educació de seguretat vial, se'ls ensenyaran els perills relacionats amb el foc, l'electricitat, jocs perillosos... i en general conductes de risc.

També, començant a aquesta edat i continuant a l'adolescència, caldrà donar informació sexual i afectiva, de malalties de transmissió sexual, d'embarassos no-desitjats i del consum de drogues.

Vacunes

Segons l'Associació Espanyola de Pediatria, “les vacunes representen una fita fonamental en la prevenció de les malalties infectocontagioses, amb repercussió excepcional en la salut mundial. El seu valor és inqüestionable”. Les vacunes són productes biològics que contenen un o diversos antigens que s'administren amb l'objectiu de produir un estímul immunitari específic. Aquest estímul pretén simular la infecció natural, generant una resposta immunitària específica en el subjecte, amb la finalitat de protegir-lo en posteriors exposicions al microorganisme (amb el menor risc possible per a l'individu). Quan un percentatge important d'una població es vacuna, aquest efecte protector beneficia també a persones no vacunades, generant el que es denomina “immunitat de grup, col·lectiva o de ramat” (sempre en microorganismes que es transmeten només en l'espècie humana).

A Catalunya, l'Agència de Salut Pública és l'encarregada de gestionar el programa de vacunacions. El calendari de vacunacions sistemàtiques recull les vacunacions recomanades a tot el territori per a tota la població i fa un recull de les vacunes més adients per la situació epidemiològica de Catalunya.

Al·lèrgies

Cal considerar i valorar si l'infant té al·lèrgies conegudes, entenent que una al·lèrgia és una reacció de defensa de l'organisme contra una substància externa que penetra al cos via digestiva (aliments, medicaments), respiratòria (inhalació), per absorció de la pell (contacte) o perquè travessa la pell (injecció, picada...). Aquesta resposta immunitària augmentada després de l'exposició a l'antigen (substància al·lèrgògena) provoca unes manifestacions físiques que poden ser lleus o fins i tot molt greus i comprometre la vida, en aquesta cas de l'infant.

Desenvolupament sexual/afectiu

L'educació sexual és responsabilitat dels adults que envolten l'infant. Per això a partir de l'anatomia, la biologia i la higiene corporal s'introduirà la informació sexual i és complementarà amb aspectes socials, morals, ètics i legals de

la sexualitat, segons l'edat del nen i aprofitant les activitats i successos de la vida diària (naixement d'un germà, l'embaràs d'una familiar...). Molts infants experimenten jocs sexuals amb la qual cosa estan descobrint la seva pròpia anatomia, que cal normalitzar i no crear sentiments de culpa ni emocions adverses ja que són jocs irrellevants i transitoris. A les escoles també s'ha de donar informació sexual i afectiva, a més de l'anatomia i reproducció humana.

A la pubertat comença el desenvolupament dels caràcters sexuals. En les nenes comença el desenvolupament mamari a partir dels 8.5 anys fins als 12.5-13 aproximadament, també hi ha un creixement del pèl púbic i, cap als 2.5 anys d'iniciar-se el desenvolupament, apareix la menarquia. Hi haurà un guany en l'alçada i una maduració òssia. Aquests canvis estan compresos entre els 8 i els 16 anys. En els nens comença un augment dels testicles, per sobre dels 4 ml de volum dels 9.5-10 als 14 anys, fins als 12-15ml cap als 16-17 anys. També els creix el pèl al pubis i hi ha un guany d'alçada que es produirà més tard i major en comparació a les nenes; hi haurà la maduració òssia. En la primera meitat de la pubertat apareixen les primeres ejaculacions en els nens. A ambdós sexes apareix l'acne, pèl a les axil·les, olors corporals i canvis de caràcter.

Es poden consultar els estadis de la pubertat de Tanner per veure els canvis físics a través de dibuixos. A les nenes es distingeix el desenvolupament mamari (5 estadis: a partir de l'aparició del botó mamari fins a tenir una mama de dona adulta) i la presència, quantitat i distribució de pèl púbic (5 estadis: de no tenir-ne fins a tenir pèl púbic com una dona adulta amb distribució horitzontal). Pel que fa als nens, s'identifiquen el desenvolupament de testicles i penis (5 estadis: de pocs canvis a l'escrot i penis fins a la mida i forma de genitals d'adult) a més de presència, quantitat i distribució de pèl púbic (5 estadis: de no tenir-ne fins a tenir pèl a la zona púbica fins a la línia alba i la superfície interna de les cuixes).

A la pubertat i l'adolescència, en la maduració sexual i reproductiva, cal tenir present que a les revisions de salut es fa un seguiment i control del creixement, però també es poden realitzar les primeres revisions ginecològiques o urològiques. Si abans dels 8 anys apareixen signes de desenvolupament sexual secundari en les nenes i abans dels 9 anys en els nens és un fet anormal i es possible que hi hagi una pubertat precoç. Pel contrari, si hi ha absència de desenvolupament de pubertat als 14 anys en les nenes i als 15 anys en els nens, és possible que hi hagi una pubertat tardana que caldrà valorar.

Cal fer educació per a la salut de conductes saludables en relació de la salut sexualafectiva i les emocions: orientació i identitat sexual, malalties de transmissió sexual, embaràs, maltractament i abús. Cal identificar-les i conèixer-les per evitar situacions de risc per a un mateix i per a altres persones.

Necessitat d'aprendre. Necessitat d'ocupar-se. Necessitat de recrear-se

Aquestes tres necessitats també aniran lligades al desenvolupament psicomotor.

L'infant té el dret de rebre una educació de qualitat per poder desenvolupar tot el seu potencial, per això l'educació primària ha de ser gratuïta i s'ha de facilitar l'accés a una educació secundària i a la universitat. Al nostre país l'escolarització és obligatòria a partir dels 6 anys i fins als 16 anys.

Dels 0 als 6 anys l'educació infantil no és obligatòria. Es divideix en llars d'infants/escoles bressol (0-3 anys) on s'inicia la socialització del nen, la psicomotricitat i l'aprenentatge del llenguatge oral. A parvulari (3-6 anys) s'inicia el procés de lectoescriptura i l'infant es familiaritza amb el càlcul mental i el coneixement de l'entorn.

El joc de l'infant es va construint a mesura que creix. És fonamental per a un bon desenvolupament psicomotor, cognitiu, social i emocional.

- Dels 0 als 12 mesos és l'etapa de l'exploració. És un joc en solitari i observador.
- De l'any als 3 anys es realitza un joc en paral·lel sense interacció amb altres nens.
- Dels 3 als 6 anys és un joc dominat per la fantasia o comença el joc cooperatiu.
- Dels 6 als 12 anys apareix un joc amb realisme, ordenat i cooperatiu.
- A l'adolescència la importància la té el grup.

Necessitat de viure d'acord a les propis valors i creences

Atendre els valors i creences (inclòs el vessant espiritual) dels infants és imprescindible per entendre la necessitat de viure amb un estil de vida saludable que ajudarà a mantenir i millorar la salut durant tota la vida. Aquestes creences i valors es transferiran a l'infant a través de la família, la societat i la religió. Un cop s'arriba a l'adolescència aquests valors i creences es posen en qüestió ja que l'adolescent ha de desenvolupar la seva pròpia identitat.

Aquest camí en la construcció i reconstrucció dels valors i les creences fan aparèixer circumstàncies que influeixen en la filosofia de vida, l'afrontament i adaptació als canvis, l'ètica, la religió, l'actitud davant la mort, entre d'altres i són elements que cal reconèixer al llarg de la vida.

Per això, l'etapa adolescent s'ha de treballar per assolir diferents tasques. En primer lloc, l'adolescent ha d'adquirir independència respecte als pares; en segon lloc, s'han d'aconseguir les claus de l'emparellament i d'estil de vida; en tercer lloc, s'ha d'acceptar la pròpia imatge corporal; i, en quart lloc, s'ha d'esta-

blir la pròpia identitat sexual, vocacional i moral. A partir d'aquest quatre punts, a la primera adolescència (12-14 anys) hi ha una lluita entre la independència i la dependència, amb dificultat per acceptar consells. L'adolescent presenta un humor variable i un comportament inestable; si hi ha separació dels pares, hi ha un gran buit emocional que cal treballar. En aquest període hi ha una exagerada preocupació per a la imatge corporal (inseguretats, comparacions amb els altres, interès per l'anatomia i fisiologia de la sexual i els òrgans sexuals, així com per la menstruació). En el moment que comença la integració al grup hi ha un distanciament de la família, ja que l'adolescent comença a dependre i a confiar amb els amics (grups d'iguals). En paral·lel, es va desenvolupant la identitat de l'individu i hi ha un raonament abstracte, se somia despert, s'estableixen objectes vocacionals irreals o ideals (exemple: el fenomen fan -ídols), apareixen proves d'autoritat tant amb els amics com amb la família, apareix la necessitat d'intimitat, apareixen sentiments i necessitats sexuals, en ocasions hi ha falta de control dels impulsos i una tendència a exagerar la situació personal.

A partir dels 15-17 anys hi ha un creixement en relació als sentiments i a la importància que es dona al grup social, per això hi ha més conflictes d'independència amb la família. Continua aquesta preocupació per a la imatge corporal, la integració al grup és encara més rellevant i el desenvolupament de la identitat continua; Hi ha una augment de la capacitat intel·lectual i creativa, hi ha menys aspiracions vocacionals idealitzades i apareixen sentiments d'omnipotència i immortalitat que poden derivar en comportaments de risc.

Al final de l'adolescència, entre els 18-21 anys s'arriba a un període de menys agitació i més integrador. Els pares tornen a tenir valor en l'univers de l'adolescent, els amics es tornen menys importants. Se senten més còmodes amb els seus valors i la seva identitat (consciència real i realista, amb uns perfils de valors morals, sexuals, espirituals més concrets), cosa que fa que se centrin en les relacions de parella, a plantejar-se objectius laborals i s'inicia el camí cap a la independència econòmica.

Un altre aspecte rellevant de què cal parlar és la comprensió de la mort. En els infants, la comprensió de la mort varia depenent de l'edat, mentre que el lactant no té aquest concepte, malgrat que pot percebre que els cuidadors estan tensos i, llavors, canvia les rutines. Pot desviar la mirada, resistir-se que l'agafin a coll, presentar un plor excessiu o, fins i tot, dormir més de l'habitual. Quan el nen és petit, és incapaç de diferenciar la realitat de la fantasia, no comprèn el vertader concepte de la mort, està alerta perquè no marxi ningú i té ansietat davant la separació. A més, és incapaç de diferenciar la mort de la separació temporal o abandonament; per això, potser no vol perdre de vista als pares, fa regressions en fites ja aconseguides, pot mossegar, donar cops,

plorar... També poden aparèixer problemes a l'hora de menjar i dormir. Si el nen està a l'etapa preescolar, creu que la mort és temporal, té pensaments màgics (que poden provocar la mort o reviure la persona), també creu que els pensaments dolents poden provocar la mort i pot haver tingut contacte amb la mort d'animals o plantes. En aquesta etapa el nen pot tenir por d'adormir-se, tenir pors nocturnes, comportament descontrolat, regressió de fites ja aconseguides (sobretot de control d'esfínter), pot plorar, fer moltes preguntes, pot expressar ira o queixar-se de mal de panxa. Quan el nen es troba en l'etapa escolar, adquireix una comprensió més realista de la mort i, cap als 8-10 anys, comprèn que la mort és irreversible, universal i que ell també es pot morir. En aquest moment, pot aparèixer una preocupació excessiva per la mort, d'aquí que els comportament del nen poden ser amb l'expressió de tristesa, dificultat per concentrar-se en les tasques escolars, poden aparèixer alteracions psicosomàtiques, pot tenir por de la mort de les persones estimades.

En arribar a l'adolescència, és capaç d'entendre la mort. També té més capacitat d'associar la malaltia i la mort, i és capaç de reconèixer la mort en els altres. Per aquests motius, l'adolescent pot comportar-se de manera semblant al nen en edat escolar, però pot patir una depressió greu i fluctuacions en els sentiments i les emocions amb l'aparició del risc de suïcidi, promiscuïtat o pseudoindiferència.

Així doncs, entenent que hi haurà dolor per la pèrdua, serà desitjable fer un treball d'acompanyament als infants davant la mort per evitar confusions i idees errònies que poden generar complicacions a posteriori. Parlar i explicar la mort com allò que és natural dins del cicle vital i adaptar-se a l'edat de l'infant és imprescindible en tots els casos.

<https://www.aeped.es/>

REFERÈNCIES

- Aguilà, N. C. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. *Pediatría Integral*. 2013; 17 (3): 161-170.
- Asociación española de pediatría. (s. d.). Manual de vacunas en línea de la AEP. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/seccion-i>
- Ball, J. i Bindler, R. *Enfermería pediátrica. Asistencia infantil*. Madrid: Pearson Educación, 2010.
- Cordero, M. J. *Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos* (2a ed.). Barcelona: Elsevier, 2012.
- Díaz, P. *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo, 2016.

- Espinazo, O., Sánchez, E., Rodríguez, J., Amezcua, A., Barrios, E., i Bravo, J. *Manual de enfermería pediátrica para atención primaria. Hospital infantil La Paz*. Madrid: Publimed, 2005.
- Generalitat de Catalunya. *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica*. 2008. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf
- Generalitat de Catalunya, 2017. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/l/lesions/>
- Generalitat de Catalunya. *Calendari de vacunacions sistemàtiques*. 2017. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/vacunacions/Calendari-de-vacunacions-sistemàtiques/
- Generalitat de Catalunya. (s. d.). *Educación infantil*. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: http://dps.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/es/Menu_Principal/Educacio/Educacio_infantil.jsp@pag=tcm_394-87561-64&pagindex=tcm_394-87560-64.html
- Kliegman, R., Stanton, B., ST. Geme, J., Schor, N. i Behrman, R. Nelson. *Tratado de pediatría* (19a ed.). Barcelona: Elsevier, 2013.
- Lissauer, T. i Clayden, G. *Texto ilustrado de pediatría* (3a ed.). Barcelona: Elsevier, 2009.
- Lumbreras, J. i Amil, B. *Poliuria y polidipsia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*, 2014; 1, 81-9.
- Meadows-Oliver, M. *Enfermería fácil. Enfermería pediátrica* (2a ed.) Barcelona: Wolter Kluwer, 2016.
- Organització mundial de la Salut. *Lactancia materna*. 2009. [Consulta: gener de 2019] Enllaç: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Palomeque, A., Martín, J.M., Cambra, F.J., Pons, M., Caritg, J., Jordan, I. *Guía terapéutica en intensivos pediátricos* (3r ed.). Madrid: Ergon, 2004.
- Patiño, J., Picart, A. Tècniques i procediments a pediatría. Procediments generals. Capítols del 1 al 7. A: Fuentes, C i Ballester, D. *Manual de tècniques i procediments d'infermeria*. Girona: Documenta Universitaria. Sèrie Plurals, 2010
- Ruiz, M.D., Martínez. M. R. i González. P. *Enfermería del niño y adolescente* (2a ed.). España: DAE, 2009.
- Sobrino, C. i Mejías, M.C. *Manual CTO de Enfermería. Enfermería pediátrica*. Madrid: CTO Editorial, 2017.
- *Sociedad española Inmunología clínica, alergología y asma pediátrica*. (s. d.). *Pacientes. Alergias*. [Consulta: octubre de 2019] Enllaç: <http://www.seicap.es/es/>
- Tschudy, M. i Arcara, K. *Manual Harriet Lane de pediatría* (19a ed.). Barcelona: Elsevier, 2013.
- UNICEF. *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: UNICEF, 2006.

CAPÍTOL 4

Valoració de la salut de la persona sana en l'etapa adulta: exploració de l'aparell respiratori

Sra. Marta Roqueta Vall-llosera
i Dr. Josep Olivet Pujol

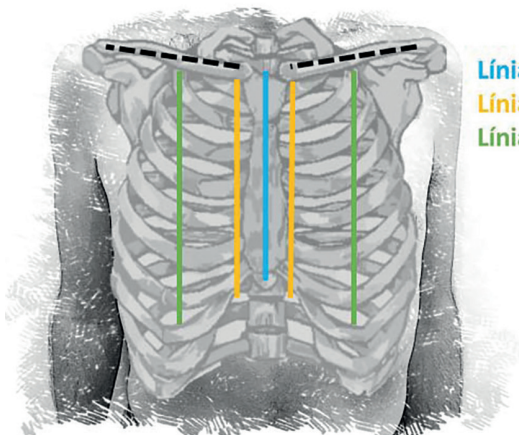
Anatomia de l'aparell respiratori

Abans de començar qualsevol exploració, ens hem de familiaritzar amb les línies anatòmiques i regions que explorarem; en aquest cas, de l'aparell respiratori.

Línies del tòrax

Cara anterior del tòrax (Figura 1)

- Mitja-esternal: ubicada a la part mitjana de l'estèrnum, baixa al llarg del seu eix, des de la fossa jugular fins a l'apèndix xifoide.
- Paraesternal: s'inicia a l'articulació esternoclavicular i segueix tota la vora mitja-esternal dreta i esquerra.
- Mitja-clavicular: baixa a partir de la distància mitjana entre les articulacions esternoclavicular i acromioclavicular.



Línia mitja-esternal
Línia para-esternal
Línia mitja-clavicular

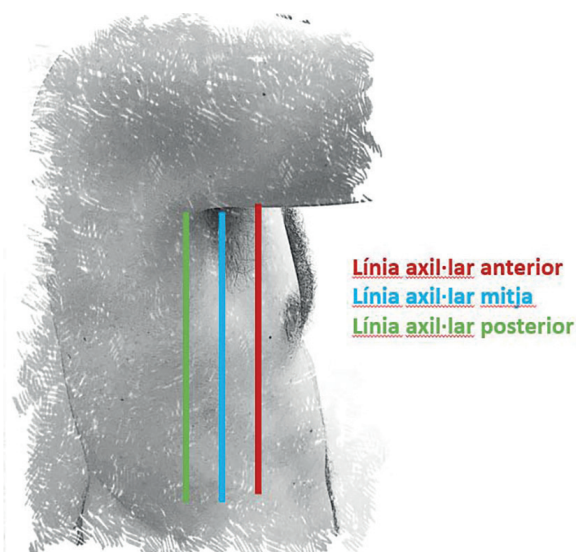
Figura 1: Línies anatòmiques del tòrax anterior.
Font pròpia.

Cara lateral del tòrax (Figura 2)

Delimitada per les línies axil·lars anterior i posterior i, a cada costat de cadascuna, s'hi troben la zona de la paret toràcica anterior i posterior.

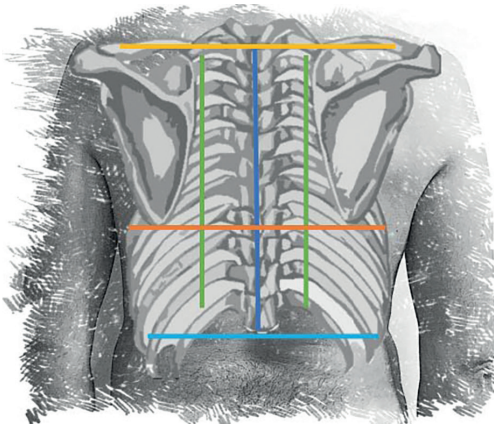
- Línia axil·lar anterior: baixa verticalment des del punt on es troben el múscul pectoral major i el braç en posició horitzontal formant un angle de 90°.
- Línia axil·lar mitjana: baixa en vertical des del vèrtex de l'axil·la.
- Línia axil·lar posterior: baixa verticalment des del punt on es troben el múscul dorsal ample i el braç en posició horitzontal formant un angle de 90°.

Figura 2. Línies anatòmiques del tòrax lateral. Font pròpia.



Cara posterior del tòrax (Figura 3)

- Línia vertebral: vertical que segueix tot el trajecte de les apòfisis espinoses de les vèrtebres.
- Línia escapular: paral·leles en direcció vertical a esquerra i dreta de la línia vertebral que passen per la cara interna de cadascuna de les escàpules.
- Línia escapuloespinal: horitzontal que segueix el recorregut de l'espina de l'escàpula i es creua amb l'apòfisi espinosa a la tercera vèrtebra dorsal, punt de referència de l'origen de les cissures pulmonars.
- Línia infraescapular: línia horitzontal que passa per la part inferior de l'escàpula i es creua amb la setena i vuitena apòfisi espinosa dorsal.
- Línia dotzena dorsal o basal de Mouricuand: limita la part inferior del tòrax; horitzontal entre la dotzena costella dorsal dreta i esquerra. És una línia mòbil ja que es desplaça 2-3 cm amb la inspiració i expiració.



Línia escapulo-espinal
Línia vertebral
Línia escapular
Línia infraescapular
Línia dorsal

Figura 3. Línies anatòmiques del tòrax posterior.
Font pròpia.

Regions del tòrax

Cara anterior del tòrax

- Regió supraclavicular: limitada per la clavícula per la vora superior del múscul trapezi i per la vora posterior del múscul esternocleidomastoïdal.
- Regió supraesternal: delimitada per la part superior de la forquilla esternal i per la part anterior dels dos músculs esternocleidomastoïdals.
- Regió infraclavicular: límits inferiors de la clavícula, delimitada superiorment per la tercera costella i per la línia mitja-esternal i l'axil·lar anterior.
- Regió mamària: extensió des de sota de la regió infraclavicular fins a la sisena costella.

Cara lateral del tòrax

- Regió axil·lar: delimitada per les línies axil·lar anterior i posterior pels costats, pel límit superior pel forat axil·lar i pel límit inferior a la sisena costella.
- Regió infraaxil·lar: des del límit de la regió axil·lar fins a les falses costelles.

Cara posterior del tòrax

- Regió supraescapular: delimitada per la columna dorsal, l'espina de l'escàpula i la part superior de l'espalla.
- Regió escapular: extensió de l'escàpula.
- Regió escapulovertebral: entre les vores internes de les escàpules i la tercera apòfisi espinosa de la columna dorsal.
- Regió infraescapular: des de la línia escapular fins a la dotzena vèrtebra dorsal o la línia basal.

Valoració física

Abans d'iniciar la valoració és important establir una relació terapèutica amb la persona, per la qual cosa serà necessari presentar-nos adequadament i explicar amb deteniment l'exploració que realitzarem, així com també les troballes que fem. Cal que la persona entengui per què realitzem els procediments, ja que d'aquesta manera ens podrà donar el seu consentiment. Intentarem mantenir la intimitat de la persona i, per això, només exposarem les zones que hem d'explorar el mínim temps possible.

Durant l'exploració de l'aparell respiratori caldrà que utilitzem tècniques infermeres en l'ordre següent: inspecció, palpació, percussió i auscultació, respectant l'ordre cefalocaudal i de posterior a anterior.

La posició ideal per valorar la persona és que estigui asseguda o semiasseguda en un llit, amb el tòrax al descobert i amb les mans descansant sobre els genolls.

En finalitzar tota l'entrevista i l'exploració, haurem de registrar les troballes clíniques a la història clínica de la persona.

Entrevista i història clínica

En primer lloc, caldrà establir el motiu de consulta per realitzar una valoració dels símptomes que refereix la persona. Si la persona refereix símptomes com dispnea o dolor, caldrà que comencem l'exploració per la zona esmentada. En cas que no hi hagi símptomes, l'exploració pot anar encaminada a fer una simple revisió de salut, que esperem que tingui troballes dins dels estàndards de normalitat.

Durant l'entrevista, li preguntarem sobre antecedents personals rellevants que poden afectar el bon funcionament de l'aparell respiratori i, per tant, poden alterar la nostra exploració. Els més rellevants són:

- Estils de vida saludable: nivell d'activitat física actiu de mínim 30 minuts d'activitat física moderada cinc dies a la setmana o la suma d'aquests, 150 minuts distribuïts durant la setmana. Alimentació variada i sana.
- Índex de massa corporal (IMC): es considerarà normal entre 18,5 i 25.
- Consum de substàncies d'abús com el tabac o l'alcohol.
- Antecedents personals: al·lèrgies o sensibilitat conegudes, contacte epidemiològics rellevants, viatges recents, medicació habitual, i exposició a químics, pols, fongs o animals (sobretot, en l'entorn laboral).
- Antecedents familiars de trastorns pulmonars i infeccions respiratòries prèvies.
- Símptomes guia relacionats amb el mal funcionament de l'aparell respiratori: tos (amb expectoració o sense), hemoptisi (expectoració de sang

procedent de les vies respiratòries), dolor toràctic o dispnea (dificultat o sensació de dificultat respiratòria). Tots els símptomes esmentats anteriorment es consideren fora dels estàndards de normalitat.

Valoració i inspecció general

Determinarem el pes i la talla de la persona i farem una valoració del seu estat general de salut. Podem demanar-li que camini al nostre voltant o que pugui escales a fi d'observar l'esforç respiratori durant l'activitat i poder inspeccionar el tòrax des de totes les dimensions i les línies anatòmiques. En condicions de normalitat, la persona ha de ser capaç de realitzar aquestes activitats sense dispnea.

S'ha de tenir en compte la coloració de la pell i de les mucoses, ja que ens informarà de la bona perfusió d'oxigen als teixits. L'estàndard de normalitat serà la presència de pell i mucoses de coloració rosades, no cianòtiques ni blanquinoses.

Durant la inspecció dels moviments del tòrax, haurem d'observar amb deteniment les estructures músculoesquelètiques, el teixit cel·lular subcutani i la coloració de la pell. També observarem la forma, la configuració i la simetria de la caixa toràctica, així com l'absència de bombaments o retraccions d'aquesta.

Inspecció respiratòria

Tipus de tòrax

La forma del tòrax, també anomenada *configuració toràctica*, ve determinada per la columna vertebral, l'estèrnum i les costelles. Compararem el diàmetre transversal anteroposterior (AP), observant el tòrax de perfil amb el diàmetre transversal lateral quan mirem el tòrax de cares. La proporció normal seria 1:2, tot i que en adults grans la corba de la columna dorsal augmenta i pot alterar el diàmetre AP. Identificarem els estàndards de normalitat en la configuració del tòrax quan aquest sigui:

- Simètric en relació als diàmetres i als dos costats de la caixa toràctica.
- Tingui una forma regular.
- No hi hagi presència de bombaments ni retraccions a les costelles.
- Els espais intercostals estiguin orientats lleugerament cap avall al pla postlateral.
- No hi hagi moviments de succió de la paret toràctica durant la inspiració (tiratge) en els espais intercostals, regions subcostals, supraesternals i supra o infraclaviculars.

Tràquea

Quan inspeccionem el pla anterior, els estàndards de normalitat seran: posició de la tràquea al forat supraesternal sobre la forqueta i alineada amb la línia mitjana, sense desviacions laterals.

Moviments respiratoris

Mitjançant l'observació dels moviments respiratoris, considerarem 4 aspectes essencials i els seus estàndards de normalitat:

a) Tipus de patró respiratori

Inspeccionarem que els moviments en ambdós hemitòrax siguin simètrics i sincrònics, cap amunt i cap avall. Cada inspiració efectiva ha de tenir un moviment de diafragma cap avall i un moviment de tòrax i abdomen cap a fora. Amb cada inspiració haurà de fer el moviment invers. Hi ha diferències entre els moviments i el patró respiratori segons el sexe; les dones respiren amb moviments toràcics, mentre que els homes i els nens respiren utilitzant el moviment diafragmàtic.

b) Freqüència respiratòria (FR)

Es descriu com a nombre de respiracions que efectua la persona durant un minut. Els estàndards de normalitat de la FR es presenten a la taula 1.

Taula 1. Estàndards de normalitat de la freqüència respiratòria segons edats.

Nadons	30-45 respiracions/min.
Nens	26-30 respiracions/min.
Preadolescents	20-30 respiracions/min.
Adolescents	18-26 respiracions/min.
Adults	12-20 respiracions/min.

Font pròpia.

Quan fem qualsevol altre tipus de valoració, valorarem la freqüència respiratòria amb totes les altres constants vitals. D'altra banda, si fem només una exploració respiratòria, la farem al principi o al final de la inspecció. La tècnica infermera correcta per calcular la FR per intentar minimitzar la interferència i que no falsegi el resultat és valorar la FR mentre fem veure que prenem el pols radial manualment utilitzant els dos dits de la mà. D'aquesta manera,

la persona no s'adona que estem calculant la seva FR i, per tant, no altera el seu patró respiratori de manera inconscient. Evidentment, si la persona està inconscient no caldrà que prenguem aquestes precaucions. Utilitzant un rellotge de broca, calcularem durant un minut el nombre de vegades que el tòrax ascendeix i descendeix. Alternativament podem calcular-ho durant 30 segons i multiplicar el resultat per dos si el ritme és regular.

c) Ritme i profunditat

El ritme ha de ser regular i tranquil, sense esforç. El temps que dura l'expiració sol ser el doble que el de la inspiració, per tant, la relació de temps ha de ser de 1(I):2(E).

d) Amplitud o expansió toràcica

L'amplitud toràcica ha de ser igual en els dos hemitòrax. No serà un signe de normalitat si un dels hemitòrax té l'amplitud disminuïda.

e) Patrons ventilatoris

El patró respiratori és el conjunt d'aspectes que formen la respiració. El patró respiratori dins dels estàndard de normalitat es presenta en la taula 2.

Taula 2. Estàndard de normalitat del patró respiratori de la persona en etapa adulta.

Respiracions	15-20 respiracions/min.
Característiques de la respiració	regular, tranquil·la, sense esforç i, ocasionalment, evident.
Relació temps inspiració-expiració	1:2
Mitjana de volum adults	350-500 ml

Font pròpia.

Palpació respiratòria

Amb la palpació, complementarem les dades obtingudes durant la inspecció i valorarem aspectes com el dolor, l'elasticitat o l'expansió toràcica, i la intensitat de les vibracions vocals, també anomenat fremit vocal. Si la persona ens ha referit dolor en alguna part del tòrax, intentarem valorar la zona.

La tècnica de palpació correcta s'ha de realitzar mitjançant les puntes dels dits per palpar les estructures toràciques i els espais intercostals. La finalitat de la palpació és buscar inflamació, asimetria, bombaments, retraccions i presència de dolor. Haurem d'anar preguntant mentre desplaçem els dits si la palpació és dolorosa o no. També podrem valorar la quantitat i

qualitat de massa muscular. En presència d'alguna anormalitat, dedicarem més temps a la seva palpació exclusiva, com per exemple en casos de ferides o bultomes, per buscar crepitacions (aire contingut en l'espai subcutani) al seu voltant.

Els estàndards de normalitat d'una palpació són absència de dolor, inflamació, asimetria, bombaments o retraccions. Els músculs han de ser llisos i simètrics en la palpació. No hi ha d'haver presència de crepitants.

L'abordatge de la palpació respiratòria sol ser primer explorar la zona posterior i, seguidament, la zona anterior. Cada zona tindrà unes maniobres característiques específiques per explorar degudament les especificacions anatòmiques.

Palpació del coll

Tot i que el coll no representa una regió anatòmica que formi part de l'aparell respiratori, es recomana realitzar una palpació bilateral simultània per buscar la presència de ganglis inflamats. L'estàndard de normalitat serà l'absència de ganglis inflamats.

Palpació de l'axil·la

La palpació dels ganglis de l'axil·la es realitzarà només unilateralment, primer un i després l'altre. Demanarem a la persona que mogui el braç en tres posicions per poder accedir més fàcilment als ganglis i poder palpar-los correctament. L'estàndard de normalitat serà l'absència de ganglis inflamats.

Palpació de l'expansió o elasticitat toràcica

Habitualment només es realitza l'abordatge posterior, o bé se sol valorar primer la zona posterior i, seguidament, la zona anterior.

L'estàndard de normalitat de l'elasticitat toràcica és la simetria de moviments entre els dos hemitòrax, tant en bases com en vèrtexs. Fisiològicament, l'elasticitat és major en nens que en adults, ja que es va reduint amb l'edat. Podrem observar aquest estàndard amb totes les maniobres de valoració, i la distància de separació dels polzes ha de ser igual a cada costat de la columna.

a) Abordatge posterior

- Maniobra de bases

Amb aquesta maniobra, valorarem l'expansió toràcica a nivell de les bases pulmonars. Per realitzar la palpació col·locarem les mans obertes sobre la re-



Figura 4.
Maniobra
posterior de les
bases.
Font pròpia.

gió posterior-lateral del tòrax com si el volguéssim agafar amb les dues mans. Col·locarem els dits polzes sobre la desena costella, apuntant cap amunt, i la columna. Intentarem traccionar lleugerament per apropar els nostres polzes, i formarem un angle obert cap avall amb les dues mans.

Demanarem a la persona que respiri profundament i observarem atentament el moviment de les nostres mans, amb especial atenció a l'obertura de l'angle i la separació dels polzes, que ens mostrarà l'elasticitat toràcica a nivell de les bases. (Figura 4)

- Maniobra de vèrtexs

Amb aquesta maniobra valorarem l'expansió toràcica a nivell dels vèrtexs pulmonars. Per realitzar la palpació col·locarem les mans sobre les espatlles de la persona, amb el dits polze mirant cap avall sobre la primera costella i apuntant cap a la columna. Seguidament traccionarem lleugerament per intentar apropar els polzes, formant un angle obert cap avall amb les mans. Demanarem a la persona que respiri profundament i observarem les nostres mans, amb especial atenció a l'obertura de l'angle i la separació dels polzes, que ens mostrarà l'elasticitat toràcica a nivell dels vèrtexs.

b) Abordatge anterior

Només podrem valorar l'expansió toràcica a nivell de les bases pulmonars. Per realitzar la palpació col·locarem les mans obertes sobre la regió anterior-lateral del tòrax com si el volguéssim agafar amb les dues mans per sota de la axil·la fins a estendre els dits fins a la línia axil·lar mitja. Col·locarem els dits polzes sobre la sisena articulació condrocostal apuntant cap amunt i en direcció a l'estèrnum, per sobre la línia mitjana anterior. Intentarem traccionar lleugerament

per apropar els polzes i formarem un angle obert cap amunt amb les dues mans. Demanarem a la persona que respiri profundament i observarem atentament el moviment de les mans, amb especial atenció a l'obertura de l'angle i la separació dels polzes, que ens mostrarà l'elasticitat toràcica a nivell de les bases.

Palpació del fremit o vibracions vocals

Amb la maniobra de palpació es pretén percebre la transmissió de les vibracions de les cordes vocals durant la parla a través de la paret toràcica. La transmissió del so es desplaça des de les cordes vocals, passant pels bronquis, el parènquima pulmonar, la pleura i, finalment, la paret toràcica, on es produeixen les vibracions, que han de ser perceptibles a nivell tàctil. La transmissió del so es veurà alterada en situacions on la densitat dels pulmons hagi canviat, és a dir, quan tenim acumulació de secrecions en excés, quan hi ha obstruccions amb tumoracions o bé perquè la quantitat d'aire pulmonar es veu disminuïda o substituïda per altres líquids.

Els estàndards de normalitat del fremit vocal són: simetria bilateral del fremit, s'ha de notar amb major intensitat als vèrtex pulmonars, i en homes es perceben millor els sons greus, mentre que en dones es perceben millor els sons aguts. Una absència, augment o disminució del fremit en una àrea pulmonar s'interpretarà com una desviació de la normalitat.

- Maniobra del fremit vocal

Demanarem a la persona que repeteixi amb intensitat moderada i amb la veu ben articulada les paraules on hi hagi el so de la lletra u i la lletra o, com per exemple: un, dos, tres, quatre.

Primer de tot, explorarem el fremit a la part posterior del tòrax. Per fer-ho haurem de col·locar els palmells de les mans oberts i estesos sobre el tòrax, o

Figura 5.
Maniobra del
fremit vocal.
Font pròpia.



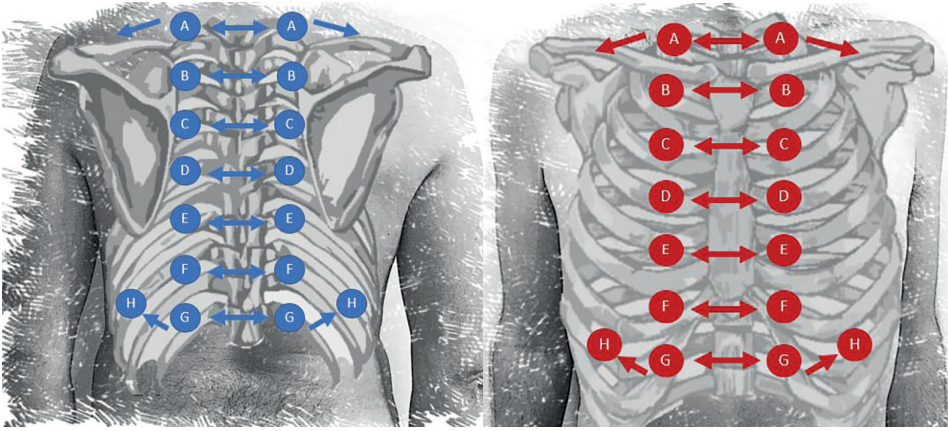


Figura 6. Seqüència de palpació i percussió del tòrax posterior i anterior. Font pròpia.

bé col·locar la cara cubital de la mà sobre el tòrax amb la mà oberta o tancada com un puny (Figura 5). Seguidament, mourem les mans de manera seqüencial (Figura 6) des dels vèrtex pulmonars fins a les bases, repetint la vocalització de les paraules a cada àrea d'exploració.

Per explorar el fremit vocal a la part anterior del tòrax es realitzarà igual que a la part posterior, però haurem de tenir en compte que, en dones amb mames molt grans i que no es puguin mobilitzar degudament per la palpació, la transmissió no es percebrà igual, per la qual cosa se sol ometre la part de l'exploració anterior. La seqüència d'exploració en col·locar les mans serà la següent a la part anterior (Figura 6).

Percussió respiratòria

La maniobra de percussió mitjançant la transmissió de les ones sonores aplicades sobre el tòrax ens permet determinar si el teixit pulmonar subjacent està ocupat per aire, líquid o material sòlid, i a més localitzar la lesió a nivell de profunditat màxima de 5-7 cm.

Per percutir el tòrax utilitzarem la percussió dígitodigital, que consisteix a percutir amb el 2n i 3r dit d'una mà (dit plessímetre) sobre el 3r dit de la mà estesa sobre el cos de la persona (dit percussor), i amb aquesta percussió, produir un so. Per tal que el so es transmeti correctament caldrà que tots els dits de la mà estiguin lleugerament aixecats per no tenir un contacte directe amb la persona, mentre que el dit que percutim (3r dit o dit del mig) haurà d'estar ben enganxat a la superfície. La percussió haurà d'aplicar-se just a l'articulació metacarpofalàngica del 3r dit, i ha de ser un cop ràpid, suau, superficial i de la mateixa intensitat a totes les zones d'exploració.

La percussió ha de ser comparativa, bilateral i metòdica, i seguirem la mateixa seqüència d'exploració que per la palpació del tòrax (Figura 6). Igual que amb la palpació, primer explorarem la part posterior del tòrax i seguidament l'anterior i la lateral.

Percussió tòrax posterior

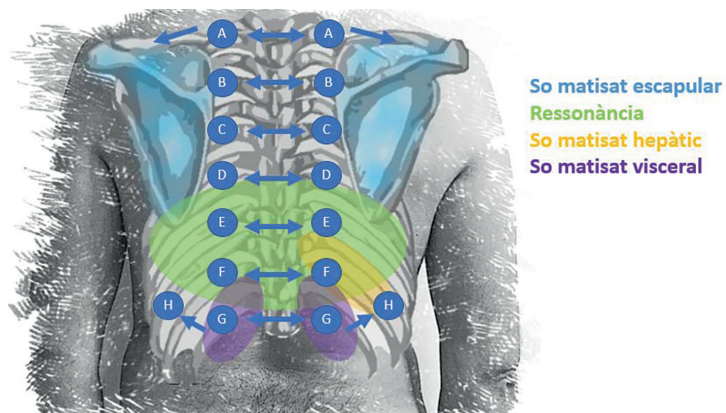
Demanarem a la persona que inclini el cap i creui els braços sobre el pit, d'aquesta manera afavorirem que les escàpules se separin i augmenti la quantitat de teixit pulmonar exposat a la percussió. Començarem la percussió sistemàtica des de la part lateral del tòrax, a pocs centímetres de l'axil·la, i anirem baixant fins a la vuitena costella fent ziga-zaga bilateralment d'un costat d'hemitòrax a l'altre per anar comparant. Els estàndards de normalitat de la percussió posterior són: sons matisats a la zona escapular, a la zona hepàtica (10e espai intercostal) i la zona visceral (11e espai intercostal). A la resta de la caixa toràcica, hauríem de trobar sons de ressonància (Figura 7). No serien signes de normalitat trobar sons de percussió asimètrics, o bé sons matisats o matisats intensos sobre el teixit pulmonar.

Percussió del diafragma

La percussió del diafragma ens informarà del moviment d'aquest durant la inspiració i la expiració, el que es coneix com a *excursió o extensió del diafragma*. Es realitza des de la part posterior perquè és més fàcil de determinar.

Demanarem a la persona que faci una inspiració profunda i que mantingui l'aire mentre percuïm en ordre descendent seguint la línia escapular fins a trobar un so matisat. En sentir aquest so, sabrem que hem arribat al diafragma, i marcarem aquest punt amb un retolador. Repetirem el procediment a l'altre hemitòrax.

Figura 7.
Relació de la seqüència de percussió posterior i els estàndards de normalitat.
Font pròpia.

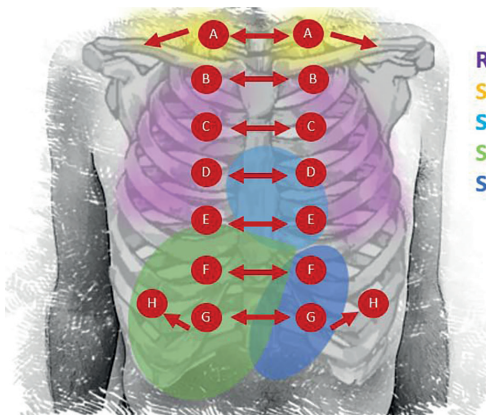


Seguidament, li demanarem que realitzi respiracions normals i que agafi molt d'aire a l'última inspiració i la mantingui. Des del punt marcat anteriorment, anirem percutint de manera ascendent fins a perdre el so matisat, punt que també marcarem. Repetirem el procediment a l'altre hemitòrax. Seguirem la mateixa seqüència d'exploració que utilitzem amb la palpació i la percussió (Figura 4).

Els estàndards de normalitat d'aquesta exploració són: una excursió (diferència entre els dos punts d'inspiració i expiració del diafragma) d'entre 3-5 cm en dones i 5-6 cm en homes. L'excursió ha de ser més o menys igual bilateralment, tot i que el diafragma pot ocupar una posició una mica més elevada al costat dret de la persona a causa del desplaçament del pulmó per la ubicació del fetge.

Percussió del tòrax anterior

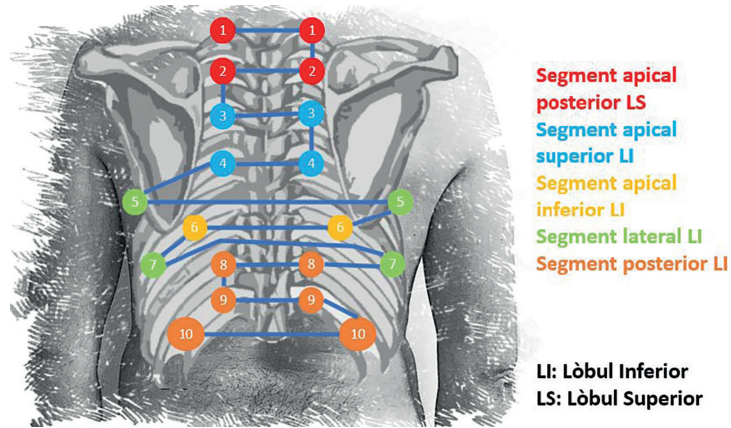
Començarem la percussió sistemàtica anterior per sobre de les clavícules, a l'espai supraclavicular, i anirem baixant cap al diafragma. Compararem els dos pulmons, per tant, anirem d'un costat d'hemitòrax a l'altre fent ziga-zaga. En el cas de les dones haurem de desplaçar les mames per poder realitzar l'exploració correctament. Els estàndards de normalitat per la percussió anterior són: notes ressonants per sota de la sisena costella a l'altura del diafragma, sons molt matisats sobre les àrees musculars i òssies, sons matisats en zones on trobarem òrgans com el cor i el fetge, i sons timpànics sobre l'estómac (Figura 8). No serien signes de normalitat trobar sons de percussió asimètrics, o bé sons matisats o matisats intensos sobre el teixit pulmonar.



Ressonància
So matisat intens
So matisat cardíac
So matisat hepàtic
So timpanisme gàstric

Figura 8. Relació de la seqüència de percussió anterior i els estàndards de normalitat. Font pròpia.

Figura 9.
Relació de
les zones
anatòmiques
i la
seqüència
d'auscultació
respiratòria
posterior.
Font pròpia.



Auscultació respiratòria

Igual que amb les altres tècniques d'exploració, començarem auscultant la part posterior del tòrax i continuarem per la part anterior. Per realitzar una auscultació respiratòria òptima, caldrà que busquem un ambient tranquil amb el mínim soroll ambiental, i prepararem el diafragma (part plana) de l'estetoscopi atès que és millor per auscultar la transmissió dels sons respiratoris que la campana.

Auscultació respiratòria posterior

La tècnica sistemàtica d'auscultació serà la descrita (Figura 9), i està relacionada amb les zones anatòmiques que s'han d'explorar. Demanarem a la persona que realitzi respiracions lentes i profundes per la boca, i anirem auscultant a cada punt d'auscultació durant una inspiració i una expiració completa. Anirem comparant cada so respiratori bilateralment amb l'altre punt a l'hemitòrax contrari. Començarem als vèrtex pulmonars i acabarem a les bases. Els estàndards de normalitat dels sons respiratoris posteriors són els sons vesiculars i el broncovesicular (Taula 1).

Auscultació respiratòria anterior

La tècnica sistemàtica d'auscultació és semblant a la del tòrax posterior (Figura 10), i l'anirem relacionant amb els punts anatòmics. Primerament, auscultarem la tràquea, on l'estàndard de normalitat és el so bronquial (Taula 1). Seguidament, començarem l'auscultació de la caixa toràcica anterior sobre els bronquis entre l'estèrnum i les clavícules i anirem baixant, on l'estàndard de normalitat són els sons vesiculars i broncovesiculars (Taula 1).

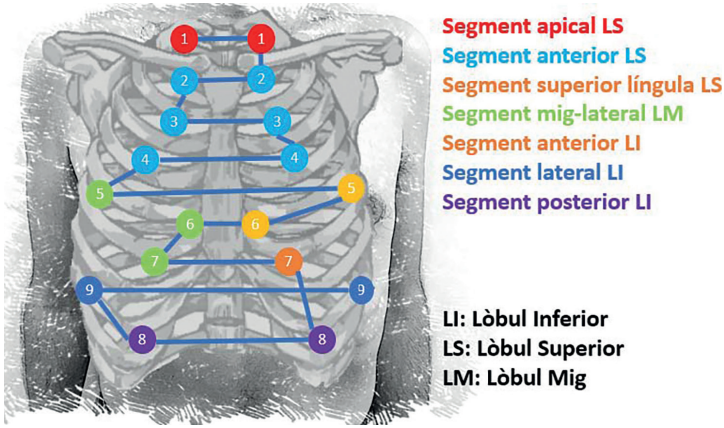


Figura 10. Relació de les zones anàtiques i la seqüència d'auscultació respiratòria anterior. Font pròpia.

Sons respiratoris

Els sons respiratoris normals es presenten en la taula 3.

Taula 3. Sons respiratoris normals.

Vesicular	Broncovesicular	Bronquial
Baixa intensitat, greu i perceptut com sospirs suaus. Creat per l'aire mentre es mou a través de les vies aèries petites com els bronquis o els alvèols.	So d'intensitat i to moderat. Creat per l'aire quan es mou a través de vies majors, com els bronquis.	So agut, fort i aspre. Creat per l'aire que es mou a través de la tràquea.
Localitzat sobre la perifèria dels pulmons; se sent millor a les bases pulmonars.	Localitzat entre les escàpules i els costats de l'estèrnium entre el 1r i el 2n espai intercostal.	Localitzat per davant i per sobre la tràquea. No s'hauria de sentir per sobre del teixit pulmonar.
Audible durant la inspiració i la fase inspiratòria. Sol ser 2,5 vegades més llarga que la expiratòria (5:2)	Audible durant la fase inspiratòria i expiratòria per igual (1:1)	Audible més fort que els sons vesiculars; té una fase inspiratòria curta i una fase expiratòria llarga (1:2)

Font pròpia.

REFERÈNCIES

- Berman, A., Snyder, S., Kozier. B. i Erb. G. *Valoración de la salud* (capítol 30). Dins: Berman, A, Snyder, S., Kozier. B. i Erb. G. *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. Volumen 1. Pàg 565-665. Madrid: Perarson Prentice Hall, 2008.
- Vazquez-Castro, J. *Exploración del aparato respiratorio en atención primaria*. SEMERGEN; 2002, 28 (7): 385-94.
- Báez Saldaña, R., Monraz Pérez, S., Castillo González, P., Rumbo Nava, U., García Torrentera, R., Ortíz Siordia, R. et al . *La exploración del tórax: una guía para descifrar sus mensajes*. Rev. Fac. Med. (Mèx.) 59 (6): 43-57. [Consulta: novembre de 2019] Enllaç: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600043&lng=es

CAPÍTOL 5

Valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema cardiovascular

Dra. Glòria Reig Garcia

El sistema cardiovascular

El sistema cardiovascular és el conjunt d'òrgans encarregats de la circulació dels líquids corporals (sang i limfa). Es divideix en dos: el sistema sanguini i el sistema limfàtic. El sistema limfàtic és annex al sanguini i paral·lel a la circulació venosa.

El sistema cardiovascular està constituït pel cor, els vasos sanguinis (artèries, venes i capil·lars) i la sang que hi circula. El cor és l'òrgan muscular central de sistema i funciona com una “bomba” que impulsa la sang; està format per dues aurícules (aurícula dreta i aurícula esquerra) i dos ventricles (ventricle dret i ventricle esquerre). Aurícules i ventricles se separen mitjançant les vàlvules cardíques, que s'obren en un sol sentit.

La part dreta del cor (aurícula i ventricle drets) rep la sang pobre en oxigen procedent del cos a través de les venes principals i l'envia als pulmons, on el diòxid de carboni s'expulsa. Un cop la sang s'ha oxigenat, retorna a la part esquerra del cor, des de l'aurícula esquerra. Llavors, la sang rica en oxigen passa al ventricle esquerre i, impulsada per l'artèria aorta, continua avançant fins a arribar a cada racó del nostre cos.

El fet que el nostre cor estigui dividit en aurícules i ventricles garanteix que la sang circuli de manera constant. La part inferior, ventricle, és la més forta i la que bombeja la sang mitjançant les artèries principals. A la part superior, l'aurícula, és on s'acumula la sang que arriba del cor mentre el ventricle s'està contraient. Per assegurar una funció de bombeig òptima, cada aurícula i el seu corresponent ventricle han d'estar coordinats entre si. Quan el ventricle es contrau (sístole), la sang que va arribant del cor s'acumula a les aurícules. Un cop plenes, i quan el ventricle ha tingut temps de relaxar-se (diàstole), les aurícules es contrauen i fan que la sang ompli els ventricles abans que aquests tornin a contraure's (sístole). El nombre de vegades que es repeteix aquest cicle s'anomena freqüència cardíaca (FC).

Estructuralment podem dividir el cor en quatre parts:

1. Múscul cardíac: conegut també com a miocardi, és el que forma aurícules i ventricles.
2. Vàlvules cardíques: estructures fines i altament resistents que permeten que la sang circuli en un únic sentit. La vàlvula mitral i la vàlvula tricúspide se situen entre les aurícules i els ventricles, i la vàlvula aòrtica i la pulmonar, entre els ventricles i les artèries principals.
3. Sistema elèctric cardíac: format per fibres nervioses que funcionen autònomament. És l'encarregat de regular la freqüència amb la qual es contrau el cor i el responsable d'adequar la coordinació i contracció de les aurícules i ventricles. L'estímul inicial es genera a les aurícules i, passat un petit interval de temps, es transmet als ventricles.
4. Vasos sanguinis: el cor, de la mateixa manera que qualsevol altre teixit del nostre cos, necessita un sistema de vasos pels quals circuli la sang i li apporti oxigen i nutrients. Les artèries que porten sang oxigenada al múscul cardíac s'anomenen artèries coronàries. Un individu adult té aproximadament cinc litres de sang. La sang arterial és rica en oxigen i nutrients. La sang venosa, d'un color més fosc, retorna amb poc oxigen i desfets cel·lulars.

El mal funcionament de qualsevol d'aquestes quatre estructures repercutirà negativament en el funcionament del cor.

Valoració física

Abans d'iniciar la valoració física, és important crear un clima de confiança amb la persona, mostrant interès pel seu benestar en tot moment. Cal explicar-li de manera entenedora els procediments que li farem i assegurar-nos que els ha comprès. Com a tècniques infermeres per a la realització de la valoració física, utilitzarem l'observació, la palpació i l'auscultació. No existeix evidència suficient de la necessitat d'aplicar la tècnica de la percussió en l'exploració cardiovascular de la persona sana.

A continuació, es desenvolupa la valoració cardiovascular de la persona sana, estructurada en 5 apartats: història clínica, examen del coll, exploració del tòrax, exploració de les extremitats i sistema cardiocirculatori.

Història clínica

Des del punt de vista cardiovascular, ha d'iniciar-se amb els antecedents personals que podrien tenir una repercussió sobre aquest sistema. Els més importants són: l'estil de vida, l'índex de massa corporal (IMC), els nivells de

glicèmia en sang, l'activitat física, el tabaquisme, els nivells de colesterol en sang i els antecedents de problemes cardíacs.

Es consideren estàndards de normalitat:

- Estil de vida: es considera que un estil de vida saludable és el conjunt d'hàbits quotidians que ajuden la persona a millorar la seva salut física, mental i social.
- Pes: en la persona adulta, es considera normopès un IMC entre 18,5 i 25.
- Glicèmia: és la mesura de concentració de glucosa lliure en sang. Es consideren valors normals una glicèmia basal inferior a 126 mg/dl en dues ocasions o una glicèmia a l'atzar inferior a 200 mg/dl sense símptomes típics.
- Exercici físic: en la persona adulta, es recomana fer un mínim de 30 minuts d'activitat física moderada cinc dies a la setmana o la suma d'aquests 150 minuts distribuïts durant la setmana. A més, es recomana fer activitats per enfortir els músculs.
- Tabac: una persona no fumadora és aquella que no ha fumat mai (almenys durant un mes de forma diària). Un exfumador és una persona que havia estat fumadora i que es manté, almenys 12 mesos, sense fumar.
- Colesterol: es consideren valors de normalitat un colesterol total inferior a 250 mg/dl.

Durant l'entrevista amb la persona, observarem la forma de la cavitat toràcica i si existeix dificultat respiratòria, ja sigui en moviment o en repòs. La respiració ha de ser de freqüència normal (sense taquipnea, respiració ràpida, ni bradipnea, respiració lenta). En aquesta primera inspecció física general, observarem la coloració de la pell. La normalitat varia depenent del color de la pell de la persona; es considerarà que hi ha algun problema quan aparegui cianosis (coloració blava de la pell) o pal·lidesa (coloració més blanquinosa o grisenca). Cal preguntar-li si alguna vegada ha sentit dolor en la cavitat toràcica; si és així, demanarem amb quina freqüència i en quines condicions (en repòs, fent exercici...). També preguntarem pel temps que dura i si hi ha presència o no d'irradiacions, sudoració o vegetatisme (conjunt de símptomes que inclouen sudoració, nàusees, mareig i/o síncope). Finalment preguntarem per la tipologia de dolor (dolor opressiu, dolor punxant...). També caldrà preguntar si alguna vegada ha notat palpitations o si ha patit algun desmai. Si la persona refereix que ha tingut palpitations, li haurem de demanar des de quan li passa, quanta estona li duren i quines molèsties li ocasionen.

Examen del coll

El coll es considera una extensió de l'aparell cardiovascular ja que en aquesta regió es troben les artèries que condueixen la sang que nodrirà el cervell i les venes que retornen la sang al cor.

Durant la inspecció del coll, observarem la presència de batec carotidi bilateral. Amb la palpació es determinarà la freqüència del batec (rítmic/arítmic), la intensitat (agafant com a valor de normalitat la intensitat del pols carotidi del propi alumne) i l'amplitud del pols a ambdues caròtides. L'auscultació es realitzarà sobre l'àrea on es palpa el pols carotidi i amb la campana del fonendoscopi.

Exploració del tòrax

Inspecció precordial

La inspecció del tòrax permet observar deformitats o prominències de la paret toràcica. Això ho podrem observar ja que, en aquestes condicions, el tòrax de la persona serà asimètric.

En aquesta zona també observarem la transmissió de l'impuls cardíac (lleugera retracció durant la sístole) en el punt on conflueixen línia mitja clavicular esquerra i quart espai intercostal.

Palpació precordial

Amb la palpació de la zona precordial, detectarem la transmissió de l'impuls cardíac. Si la persona presenta un buf, percebrem vibracions. La palpació es realitza amb la mà oberta i plana a 7 àrees de la cara anterior del pit: àrea esternoclavicular, àrea aòrtica, àrea pulmonar, àrea paraesternal esquerra, àrea apical o mitral, àrea epigàstrica i àrea ectòpica.

Durant la palpació precordial, cal palpar ventricles i verificar el vigor de la contractilitat. Per dur a terme la tècnica de palpació del ventricle esquerra, situarem el dits completament sobre el pit. En el cas de les dones, cal demanar-los que elles mateixes aixequin la seva mama per poder fer l'exploració sense incomodar-les i poder percebre el vèrtex cardíac. Aquí es valora la mida del ventricle: si aquest és més gran del que es considera normal, percebrem palpitations a la línia mitjana clavicular.

Exploració de les extremitats

En aquest apartat són signes de normalitat: absència d'edemes, normotemperatura de la pell i presència de polsos perifèrics (artèria dorsal anterior, artèria tibial posterior i artèria poplítia). És important fer la valoració de manera bilateral i establir la intensitat d'aquests batecs. Observarem les extremitats inferiors i turmells per comprovar que no apareixen signes d'inflamació i que tenen la coloració conservada. Finalment, preguntarem a la persona si ha notat dolor en caminar o sensació d'escalfor en aquesta zona.

Sistema cardiocirculatori

Valoració del sistema arterial

Pols arterial i freqüència cardíaca

El pols arterial és l'ona pulsàtil·la de la sang, originada durant la contracció del ventricle esquerre del cor i que resulta de l'expansió i contracció regular del calibre de les artèries. Representa el rendiment del batec cardíac i l'adaptació de les artèries. La velocitat del pols, els batecs del cor per minut, correspon a la freqüència cardíaca.

Les característiques més importants que s'estudien en palpar el pols són:

a) Freqüència: número d'ones percebudes durant un minut. Varia segona l'edat, el sexe, la talla, l'activitat física i emocional, la calor i la posició del cos (Taula 1).

En la persona adulta, es considera taquicàrdia sinusal aquella freqüència cardíaca superior a 100 batecs per minut, sense sobrepassar els 160, i bradicàrdia sinusal, una freqüència cardíaca entre 40 i 60 batecs per minut.

b) Ritme: es considera ritme normal quan el ritme del pols és regular. En aquest punt, la anormalitat és l'arrítmia.

c) Volum o amplitud: correspon a la força de la sang en cada batec. Direm que el volum o amplitud són normals quan el pols es palpa amb facilitat, desapareix intermitentment i tots els polsos són simètrics, amb elevacions plenes, fortes i ràpides.

d) Elasticitat: és la capacitat d'expansió o deformació de la paret arterial sota l'ona pulsàtil·la. Una artèria normal és llisa, suau i recta.

Taula 1. Valors normals de la freqüència cardíaca segons edat.

Edat	Batecs per minut
Nouat	120-180
Lactant	100-130
Nen	90-110
Adolescent	70-100
Adult	60-100

Font pròpia.

El pols és palpable a diferents parts del cos de la persona. A continuació, se citen els diversos tipus de pols i l'artèria a la qual corresponen.

Pols temporal (artèria temporal), pols carotidi (artèria caròtida), pols braquial (artèria humeral), pols radial (artèria radial), pols femoral (artèria femoral), pols popliti (artèria poplità), pols pedi (artèria pèdia), pols tibial (artèria tibial posterior) i pols apical (àpex cardíac). Els més utilitzats són el pols carotidi, radial, braquial i femoral.

Com a recomanacions generals abans de prendre el pols hem de considerar:

- Tenir les mans netes, seques, temperades i posar-nos guants.
- Explicar el procediment a la persona i assegurar-nos que estigui relaxada i en repòs.
- Verificar que la persona no hagi pres cap medicament susceptible d'alterar la freqüència cardíaca.
- Col·locar la persona atesa en decúbit o Fowler.
- Escollir l'artèria on es mesurarà el pols i, amb els dits índex i cor (evitar el dit polze), comprimir-la contra l'os sense impedir el flux de sang.
- Comptar les pulsacions durant 1 minut (si el ritme és normal es pot comptar 15 segons i multiplicar per 4).
- Cal palpar cada pols individualment per avaluar les seves característiques i de manera simultània per detectar canvis en la sincronització i l'amplitud.
- Per mesurar el pols radial cal col·locar l'extremitat de la persona recolzada i amb el palmell mirant amunt.
- Valorar el pols cardíac apical i els tons cardíacs mitjançant l'auscultació, amb la persona en posició de sedestació o decúbit supí i col·locant el diafragma del fonendoscopi al cinquè espai intercostal, a la línia mitja clavicolar esquerra.

Pressió arterial

Per mesurar la pressió arterial (PA) és important que la persona atesa estigui relaxada. Cal mesurar la pressió en ambdós braços i en dues posicions (decúbit supí i assegut o dempeus). En condicions òptimes, caldria prendre la pressió a una de les extremitats inferiors.

La pressió arterial màxima, que correspon a la pressió existent a l'artèria durant la sístole cardíaca, depèn de diversos factors, especialment del cabal ventricular. La pressió arterial mínima, en canvi, es correspon amb la diàstole cardíaca i depèn de la resistència perifèrica de les arterioles, és a dir, del to vascular. Es consideren valors de PA òptima una PA Sistòlica (PAS)<120mm/hg i una PA Diastòlica (PAD)<80mm/hg. Una PAS entre 120-129 i una PAD entre 80-84 són signes de pressió arterial normal. S'identifica com a PA normal-alta quan les xifres de PAS oscil·len entre 130-139 i, les xifres de PAD, entre 85-89 mm/hg.

Auscultació arterial

Amb el fonendoscopi, i sense comprimir excessivament, auscultarem l'àrea cardíaca i els troncs supraòrtics fins a l'abdomen i la zona inguinal. D'entre totes, destaca la importància d'auscultar les artèries caròtides, a la vora interna del múscul esternocleidomastoïdal, a nivell del cartílag tiroide, on podem auscultar, si es presenta, un buf per dificultat de flux.

Valoració del sistema venós

Inspecció de les venes jugulars i pols venós

La inspecció de les venes jugulars internes és un element fonamental en l'exploració cardiovascular. Aquestes venes circulen lateralment a les artèries caròtides internes fins que, en entrar al tòrax, conflueixen amb les venes subclàvies i arriben, a través de la vena cava superior, a l'aurícula dreta. L'altura de la columna de sang de la vena jugular interna dreta reflecteix la pressió existent a l'interior de l'aurícula dreta. Normalment les venes superficials del coll estan col·lapsades (més en la inspiració que en l'expiració). Si augmenta la pressió venosa, aquestes artèries apareixen ingurgitades, fet que ens indica anormalitat.

L'estudi del pols venós, inspeccionat sobre la vena jugular interna dreta és l'exploració clínica més important per avaluar l'hemodinàmia de les cavitats cardíques dretes. La posició de la persona ha de ser l'òptima per veure adequadament la columna de sang per sobre de la clavícula. La situarem en decúbit supí, amb el tronc aixecat a uns 30-45° i la musculatura cervical relaxada. Per determinar el pols venós podem utilitzar dues tècniques:

- a. Palpar simultàniament el pols carotidi del costat contralateral.
- b. Auscultar simultàniament el cor.

Hem de procurar no confondre el pols venós amb el batec arterial (produït per l'artèria caròtida). En cas de dubte, podem oprimir suaument la base del coll i aconseguir, així, suprimir el pols venós, però no l'arterial.

Inspecció de les venes superficials

Al tronc i a l'abdomen podem veure si existeix dificultat del flux sanguini a través del sistema venós profund, dilatació de les artèries superficials (circulació venosa col·lateral). A les extremitat, també hi podem detectar dilatacions venoses superficials (varius) i caldrà observar si són unilaterals o bilaterals.

Palpació de les venes profundes

Amb la palpació de les venes profundes, descartarem anomalies venoses a les extremitats. La tècnica es realitza palpant la massa muscular dels bessons. El signe de normalitat és que la persona no presenti dolor durant la palpació.

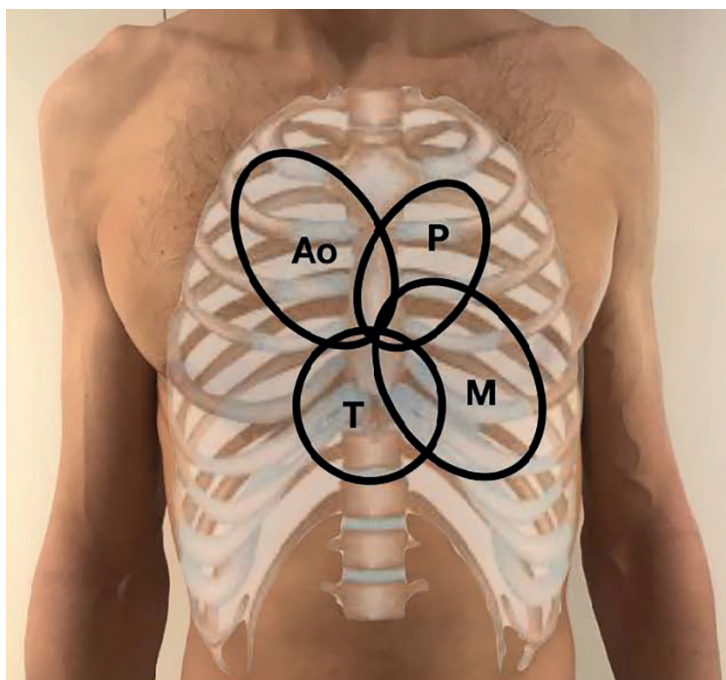
Auscultació

En la tècnica d'auscultació és important respectar sempre el mateix ordre.

En aquesta fase necessitarem el fonendoscopi. Per realitzar la tècnica correctament, col·locarem la persona en un angle de 30-45 graus i retirarem la roba.

En una persona sana, el normal és sentir dos sorolls, separats per dues pauses. La primera més petita i, la segona, més llarga. Els sorolls cardíacs es deuen al tancament de les vàlvules i es transmeten pel tòrax en forma de soroll. El primer soroll és més profund i llarg que el segon i coincideix amb l'inici de la sístole del cor i el tancament de les vàlvules mitral i tricúspide. El segon soroll, més audible a la base del cor, es produeix a l'inici de la diàstole cardíaca i és el tancament de les vàlvules pulmonar i aòrtica. Tanmateix en una persona sana és possible sentir un tercer soroll i, amb menys freqüència, un quart soroll.

Figura 1:
Focus
d'auscultació.
Font pròpia.



Focus d'auscultació (Figura 1):

- a. Àrea aòrtica: segon espai intercostal dret, just al costat a l'estèrnum.
 - b. Àrea pulmonar: segon espai intercostal esquerre, junt a l'estèrnum.
 - c. Àrea tricúspide: quart espai intercostal esquerre, un dit per sota de la vora esternal.
 - d. Àrea mitral: quart espai intercostal esquerre, línia mitja clavicular.
- Quan realitzem la tècnica d'auscultació, hem de valorar:
- a. Freqüència cardíaca. Cal escoltar els batecs durant un minut. També valorarem si aquesta freqüència cardíaca és rítmica o no (arrítmia).
 - b. Número de sorolls cardíacs que escoltem; normalment, en sentirem dos.
 - c. Identificació del primer i segon to. Per això haurem de palpar la caròtide, el primer to és aquell que coincideix amb el batec carotídi que sentim al nostre dit.
 - d. Cerca, amb la campana del fonendoscopi col·locada al punt de màxim impuls, de l'existència de sorolls afegits. En paràmetres de normalitat no se n'haurien d'identificar.
 - e. Intencionadament, cerca de l'existència de bufes. Els bufes es classifiquen en bufes d'alta, mitjana i baixa freqüència i sempre indiquen anormalitat.

Un cop hem finalitzat l'examen cardiovascular central, cal examinar els pulmons. Des del punt de vista cardiovascular només ens interessa conèixer si hi ha presència d'estretors crepitants fins a les bases pulmonars. Només els sentirem durant la inspiració.

Proves diagnòstiques complementàries a l'exploració cardiovascular

Algunes vegades l'estudi del sistema cardiovascular precisa d'alguna prova complementària, la més freqüent és l'electrocardiograma.

L'electrocardiograma és la prova ràpida i senzilla que ens permet registrar l'activitat elèctrica del cor produïda en cada batec cardíac. Aquesta activitat elèctrica, registrada des de la superfície corporal de la persona, es tradueix amb una representació gràfica on s'observen diferents ones que representen els estímuls elèctrics de les aurícules i ventricles.

REFERÈNCIES

- Calderón, R.J. (2013). *Normas para el examen del paciente desde el punto de vista cardiovascular*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible a: http://www.medicina.uanl.mx/medicinainterna/wp-content/uploads/2013/07/archivos_clases_pregrado_cardiologia_NORMAS-PARA-EL-EXAMEN-DEL-PACIENTE-DES-DE-EL-PUNTO-DE-VISTA-CARDIOVASCULAR-2.pdf
- Canal Salut. (2019). *Vida saludable*. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/>
- OMS (2019). *Obesitat*. Disponible a: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- De Gowin. (2009). *Examen diagnóstico*. EU: McGraw Hill.
- Falgueras, M. (2000). *Història clínica*. Lleida: Universitat de Lleida
- Goldberg, Ch (2015). *Examination of the cardiovascular system. University of California*. Disponible a: https://meded.ucsd.edu/clinicalmed/pe_Cardiovascular_Exam.pdf
- ICS. Generalitat de Catalunya. (2015). *Guies de pràctica clínica. Abordatge de diabetis mellitus tpus 2*. Disponible a: <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/GuiaDiabetis2015.pdf>
- ICS. Generalitat de Catalunya. (2009). *Guies de pràctica clínica. Colesterol i risc coronari*. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/colesterol_risc_coronari.pdf
- ICS. Generalitat de Catalunya. (2009). *Detecció i tractament del consum de tabac*. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_tabac.pdf
- ICS. Generalitat de Catalunya. (2012). *Hipertensió arterial*. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_hta.pdf
- Noguera Molins, L. (2002). *Exploración clínica práctica*. Madrid: Masson.
- Tallay, N (2010). *Clinical examination: A systematic guide to physical diagnosis*. Australia: Elsevier.
- Tapia Jurado, J. (2005). *Manual de procedimientos médico-quirúrgicos*. Madrid: Alfil
- Villegas Gonzales, J. (2012). *Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente*. Colombia: Universidad de Manizales

CAPÍTOL 6

Valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema muscular i esquelètic. Sistema gastrointestinal

Dra. Aurora Fontova Almató

El sistema musculoesquelètic compren els músculs, els ossos i les articulacions. És l'estructura interna del cos on s'uneixen els músculs per donar lloc al moviment del cos i, alhora, protegir els òrgans interns de l'exterior. L'esquelet està format per ossos i cartílags. Les funcions principals dels ossos són les de suport del tronc, de protecció dels òrgans tous com el cervell, l'emmagatzemament de minerals com el calci i el fòsfor, i la formació de cèl·lules sanguínies.

Record anatomofisiològic del sistema musculoesquelètic

El cartílag: és un teixit avascular elàstic i semirígid que dona flexibilitat a l'esquelet. Existeixen tres tipus de cartílags: l'elàstic, que es troba en àrees que necessiten flexibilitat, com el pavelló auricular, el canal auditiu, l'epiglòtis i la laringe; el fibrocartílag, que es troba en zones de tensió com la inserció de lligaments, símfisi del pubis i discs intervertebrals; i el cartílag hialí que forma les articulacions mòbils del cos.

Els ossos: l'esquelet humà està format per 206 ossos, que es poden classificar de dues maneres: en compactes o esponjosos, o en funció de la seva forma. D'una banda, l'os compacte és dens per fora i té una capa esponjosa interna; de l'altra, l'os esponjós és lleuger, però té capacitat per suportar molt de pes. En funció de la forma, classifiquem els ossos en llargs, curts, plans i irregulars. Els ossos llargs solen ser més llargs que amples i es troben en les extremitats superiors i inferiors (húmer, fèmur...) Estan formats per una diàfisi, que és la part més llarga de l'os protegida pel periosti i per dues epífisis a les puntes. Els ossos curts solen tenir forma de cub i solen ser ossos esponjosos, els trobem al turmell, al canell i a la ròtula. Els ossos plans tenen dos capes d'os compacte i una capa d'os esponjós entremig. Serveixen per protegir estructures inter-

nes, com la caixa toràcica o el crani. Els ossos irregulars són aquells que no podem classificar en cap de les anteriors categories, com per exemple els de la columna vertebral.

Les articulacions: són el punt d'unió d'ossos i cartílags. Tots els ossos del cos, excepte l'os hioide, s'articulen amb un altre os. Les articulacions uneixen els ossos i permeten el moviment. Existeixen tres tipus d'articulacions segons la seva estructura i funció: les fibroses (sinartrosi) que tenen un moviment quasi nul, com les sutures del crani; les cartilaginoses (anfiartrosi) connectades per cartílag i que tenen moviments limitats, com per exemple les zones de creixement dels ossos dels infants; i les articulacions sinovials (diartrosi) que permeten un cert moviment lliure, com per exemple la del genoll.

Els lligaments i tendons: són estructures de teixit connectiu que uneixen el múscul a l'os i suporten les estructures articulars.

Els músculs: existeixen tres tipus de músculs diferents segons la seva estructura cel·lular, la zona del cos on estan ubicats i la manera com s'estimulen per contraure's. Els músculs esquelètics recobreixen els ossos i són estriats i voluntaris. Serveixen per mantenir la postura estàtica, per generar moviment, per estabilitzar les articulacions i per produir calor. Els músculs llisos no tenen estries i són involuntaris. Es troben a les parets dels òrgans buits i dels vasos sanguinis, tot i que també en trobem a la pell, en forma dels músculs erectors del pèl, i al globus ocular. El múscul cardíac es troba al cor i forma la seva paret muscular. La contracció és involuntària i és estriat.

Valoració del sistema musculoesquelètic

Observació general: observarem la persona quan vingui cap a nosaltres, com s'aixeca de la cadira, quina postura té, com camina i els moviments que realitza, o si està al llit. Aquesta observació ens pot donar informació important sobre alteracions de la postura, de la marxa, de rigideses o de dolor. També valorarem la pell i els teixits que recobreixen el sistema musculoesquelètic.

- Normalitat: observarem una simetria entre els dos costats del cos i les extremitats alineades.
- Anormalitat: observarem deformitats evidents, augment de la mida dels ossos, alteració de la coloració de la pell o teixits, tumefacció, nòduls, edemes o masses.

Per fer la valoració, preguntarem si hi ha zones doloroses o de rigidesa dels músculs, articulacions i esquena, i intentarem no provocar un dolor addicional en fer l'exploració. També preguntarem si té dificultat per vestir-se sol i si té dificultat per pujar o baixar escales. Seguirem amb una inspecció, palpació i mobilització.

Músculs

Inspecció: demanarem a la persona que es tregui la roba i es quedi en roba interior davant nostre i li anirem ensenyant què ha de fer. Comprovarem la manera de caminar, la postura, la simetria i l'alineació de les extremitats.

Valorarem la presència de contractures amb la inspecció de músculs i tendons.

- Normalitat: absència de contractures, músculs de mida simètrica, to ferm.
- Anormalitat: asimetries, to flàccid o dur, espasticitat. Mala posició d'una part del cos.

Valorarem la columna vertebral, col·locant-nos darrere la persona per comprovar si està recta. Observarem la musculatura i la simetria (mirarem que els malucs quedin a la mateixa alçada com es mostra a la figura 1) Li demanarem que es toqui els peus i així podrem valorar si hi ha alteracions de la curvatura de la columna vertebral (Figura 2).



Figures 1 i 2: Valoració de l'esquena. Font pròpia.

- Normalitat: cap situat a sobre del plec gluti, vèrtebres alineades, simetria d'espatlles, escàpules i crestes ilíiaques, curvatura normal de la columna cervical, genolls i turmells alineats i orientats endavant.
- Anormalitat: alteracions de la curvatura de la columna vertebral: lordosi (corba de la columna cap endins), cifosi (corba de la columna cap enfora) o escoliosi (corba lateral de la columna)

Valorarem la mida dels músculs de forma simètrica al cos (braços, cuixes i cames) per tal de detectar si hi ha hipertròfies o atrofies musculars. Si observem diferències, les mesurarem amb una cinta mètrica.

Palpació: palparem els músculs per valorar el to muscular. Ho farem en repòs i en moviment.

- Normalitat: els músculs han d'estar fermes i els moviments han de ser suaus i coordinats.
- Anormalitat: els músculs estan flàccids, dèbils o laxes, o tenen espasmes (contraccions involuntàries)

Mobilitat: realitzarem una comprovació de la força muscular, comparant ambdós costats del cos. El moviment i la força ha de ser igual en tots dos costats i no hi ha d'haver presència de dolor. Valorarem tots els grups musculars oposant resistència al seu moviment de contracció per determinar-ne la força.

- Normalitat: força simètrica en ambdós costats del cos amb resistència a la força contrària.
- Anormalitat: incapacitat per oposar resistència a la força. Podem classificar aquesta força en funció d'una graduació de 0 a 5.
 - 0: sense força, paràlisi completa.
 - 1: hi ha una petita contracció muscular visible o palpable, però no hi ha moviment.
 - 2: es pot fer un moviment complet, però recolzant en contra de la gravetat.
 - 3: hi ha moviment normal en contra de la gravetat.
 - 4: hi ha moviment normal en contra de la gravetat i hi ha força davant una mínima resistència.
 - 5: moviments i força completa davant la resistència.

Ossos

Inspecció: observarem la forma de l'esquelet valorant l'absència de deformitats i descartarem la presència de fractures i luxacions. Valorarem si la pell està intacta, si hi ha ferides, hematomes o tumefacció.

- Normalitat: esquelet sense deformitats, fractures ni luxacions. Pell intacta sense ferides, hematomes ni tumefaccions.

Palpació: farem una palpació dels ossos per valorar la presència d'edema o dolor.

- Normalitat: absència d'edema i dolor.
- Anormalitat: dolor o crepitació.

Mobilitat: comprovarem si la persona pot moure les articulacions distals sense moure les zones de possibles fractures per no provocar més dolor.

- Normalitat: mobilitat completa.
- Anormalitat: absència de mobilitat, dolor.

Articulacions

Inspecció: observarem si la persona presenta tumefaccions.

- Normalitat: sense tumefaccions.

Palpació: Valorarem la presència de dolor, uniformitat de moviments, tumefacció, crepitació o presència de nòduls.

- Normalitat: superfícies articulars llises, sense dolor, masses ni tumefaccions.

Mobilitat: valorarem la mobilitat activa i passiva de les articulacions. La mesura del moviment de les articulacions es fa amb un aparell anomenat goniòmetre (Figura 3), que mesura l'angle de les articulacions i l'angle del moviment.



Figura 3. Goniòmetre. Font pròpia.

- Normalitat: l'amplitud del moviment de les articulacions de forma passiva és lleugerament superior (en 5°) al moviment actiu. El moviment és simètric en les articulacions contralaterals.
- Anormalitat: presència de dolor, limitació de la mobilitat, discrepàncies entre el moviment actiu i passiu, deformitat, contractura, angles de les articulacions amb major o menor flexió dels valors de normalitat.

Consideracions en relació a l'edat: existeixen diferències dins de la normalitat entre els lactants, nens i persones ancianes en relació als adults.

En els lactants haurem de valorar la simetria de la musculatura, força i funció, tenint en compte el desenvolupament motor. Valorarem la força muscular mantenint-los dempeus sobre una superfície mentre els agafem per sota els braços.

- Normalitat: el lactant ha de poder aguantar el seu pes sobre les cames en la maniobra indicada. En relació al desenvolupament motor, als 8 mesos s'han d'asseure sense recolzament, gatejar entre els 7 i 10 mesos i caminar entre els 12 i 15 mesos.

En els nens farem l'observació mentre fan les seves activitats habituals. Hi ha algunes modificacions que poden ser normals durant el desenvolupament. Durant el creixement, hi pot haver una escoliosi. S'ha de valorar als 12 anys ja que disminueix la velocitat de creixement. La musculatura augmenta durant l'adolescència i els ossos van creixent de longitud i diàmetre fins als 20 anys de vida.

- Normalitat: els peus poden estar en pronació i amb els dits mirant cap endins entre els 12 i 30 mesos. Els nens de fins a 1 any poden tenir els genolls cap enfora (varo) i, en nens en edat escolar, els genolls poden estar cap endins (valgo). Els nens de menys de 5 anys poden presentar lordosi. Columna alineada a partir dels 12 anys.

En les persones ancianes la musculatura disminueix gradualment, tot i que existeixen diferències individuals. També disminueixen la conducció nerviosa i el to muscular. Els ossos són més fràgils, les articulacions poden presentar artrosi i poden haver-hi cicatrius de pròtesis articulars.

- Normalitat: disminució de la velocitat, de la força, de la coordinació i resistència. Pèrdua de massa òssia amb predisposició a les fractures i aixafament vertebral.

Sistema gastrointestinal

El sistema gastrointestinal està format per diferents òrgans que s'encarreguen de proporcionar a l'organisme aigua i nutrients, que són necessaris per al seu funcionament. Hi ha dos grups principals d'òrgans, els que formen el tub digestiu i els accessoris.

El tub digestiu és un tub muscular buit que recorre el centre del cos i que té una entrada i una sortida de l'organisme. El seu funcionalment es pot dividir en tres parts. La primera part inclou la boca, la faringe, l'esòfag i l'estómac, que s'encarreguen de fer de via d'entrada de l'aigua i els nutrients. La segona part inclou el duodè, el jejú i l'ili, on es produeixen la majoria de processos digestius. La tercera part inclou el cec, el colòn i el recte, que s'encarreguen d'eliminar els residus cap a l'exterior.

Els òrgans accessoris ajuden a la digestió. Són el fetge, la vesícula biliar i el pàncrees.

Record anatomofisiològic del sistema gastrointestinal

La boca: és la zona per on entra l'aliment a l'organisme. És una cavitat recoberta de membrana mucosa que s'encarrega de transformar l'aliment per tal que sigui apte per al transport pel tub digestiu.

La faringe: és la zona que uneix la boca amb l'esòfag. És una zona per on passen l'aire, els líquids i l'aliment. La faringe té dues capes musculars els moviments de les quals permeten el moviment dels aliments (peristalsis)

L'esòfag: és un tub recte que connecta la faringe amb l'estómac. La seva funció principal és transportar els aliments fins a l'estómac. Igual que la resta d'òrgans del tub digestiu que arriben fins a l'intestí gruixut, està format per quatre capes de teixit: la mucosa, que és la més interna; la submucosa; la capa muscular externa i la serosa exterior. A l'entrada i sortida de l'esòfag hi ha dos esfínters, el superior o faringoesofàgic, que impedeix l'entrada d'aire a l'esòfag durant la respiració, i l'inferior o gastroesofàgic, que evita el reflux del contingut de l'estómac cap a l'esòfag.

L'estómac: és una estructura en forma de sac que està situada al costat esquerre de l'abdomen. Serveix com a dipòsit dels aliments durant les primeres etapes de la digestió. L'estómac s'uneix a l'esòfag per una obertura anomenada càrdies, la part final amb forma d'embut s'anomena regió pilòrica i connecta l'estómac amb l'intestí prim per l'esfínter pilòric, que controla el buidatge de l'estómac i evita el reflux des de l'intestí prim.

L'intestí prim: és l'òrgan que s'encarrega de la digestió dels aliments i que els prepara per dipositar-se a les cèl·lules. És un tub muscular que va des de l'esfínter pilòric fins a l'intestí gruixut. La seva longitud pot variar, i és d'entre 5 i 7m. Es troba replegat sobre si mateix i es divideix en tres porcions: el duodè, el jejú i l'ili. El duodè connecta l'estómac amb el jejú i conté l'obertura del colèdoc i conducte pancreàtic principal perquè hi entrin la bilis i els enzims pancreàtics. La digestió i absorció dels aliments es produeix al jejú i l'ili. L'ili s'uneix a l'intestí gruixut a través de la vàlvula ileocecal.

L'intestí gruixut: té un diàmetre major i una longitud menor que l'intestí prim. Va des de la vàlvula ileocecal, que evita el reflux de femta a l'ili, fins a l'anus. Es divideix en diferents parts. El cec té forma de sac, és la primera part de l'intestí gruixut i en penja l'apèndix. El còlon ascendent puja fins a la part inferior del fetge i gira formant l'angle còlic dret per donar lloc al còlon transvers. El còlon transvers travessa tot l'abdomen de dreta a esquerra i gira en angle recte cap a baix formant l'angle còlic esquerre. Continua amb el còlon descendent fins a entrar a la pelvis on continua el còlon sigmoide i acaba al recte. El recte baixa fins a l'anus on trobem dos esfínters, l'esfínter anal extern que és voluntari i l'esfínter anal intern que és involuntari. Aquests esfínters estan tancats, excepte en la defecació, que s'obren perquè la femta surti de l'organisme.

El fetge: el fetge és la víscera més gran de l'organisme i està ubicat a sota del diafragma, a la part dreta del cos. Està dividit en quatre lòbuls que estan subdividits en nombrosos lòbuls petits mitjançant vasos sanguinis. El fetge té múltiples funcions indispensables per a l'organisme, entre les quals hi ha la producció de la bilis, que és essencial per a la digestió i l'absorció dels aliments. La bilis és una solució de color groc verdós que conté aigua, sals biliars, bilirubina, colesterol i subproductes del metabolisme.

La vesícula biliar: és un sac muscular en forma de pera localitzat a la part inferior del fetge. Les seves funcions són emmagatzemar i concentrar la bilis. L'aigua i els electròlits s'absorbeixen fent que s'incrementi la concentració de sals biliars i colesterol. Quan els aliments entren a l'intestí, la vesícula es contreu, el colèdoc es relaxa i la bilis baixa fins al duodè.

El pàncrees: és una glàndula amb funcions endocrines i exocrines ubicada a la part posterior del peritoneu (retroperitoneal) Està pràcticament amagat i no pot palpar-se. El pàncrees exocrí produeix enzims que es secreten de forma inactiva i que s'activen en arribar a l'intestí. Serveixen per a la descomposició dels aliments. El pàncrees endocrí secreta hormones a la sang (entre elles, la insulina)

La melsa: és un òrgan limfàtic que està situat a la cavitat abdominal, a la part superior esquerra. És un òrgan tou amb un alt contingut de sang. Les seves funcions són filtrar els antígens sanguinis i de resposta a les infeccions sistèmiques.

Valoració del sistema gastrointestinal

Observació general:

- Valorarem l'aspecte general de la persona.
- L'estat de nutrició (ben alimentat, obès, prim o desnodrit)

- Pesarem i mesurarem la persona i calcularem l'índex de massa corporal (IMC). $IMC = \text{pes (Kg)} / \text{alçada (m}^2\text{)}$. L'IMC ha d'estar entre 18,5 i 25.
- Mesurarem la circumferència de l'abdomen uns centímetres per sobre de les crestes ilíiaques per valorar el risc cardiovascular i la presència de determinades malalties. El risc cardiovascular es veu augmentat en dones si la mesura és superior a 88 cm i, en homes, a 102 cm.

Inspecció de la boca i la faringe: la realitzarem en una sala ben il·luminada i amb una temperatura adequada. La persona s'ha de col·locar en decúbit supí, amb el cap recolzat en un coixí per relaxar la musculatura abdominal.

Examinarem la boca: amb guants, uns depressor i una llanterna. Prendrem nota de qualsevol olor que sentim (fetor endòlic, hepàtic, urèmia, melena o cetona)

- Llavis: en valorarem la coloració, consistència, humitat i simetria.
 - Normalitat: coloració rosada. Han de ser tous, humits i simètrics.
 - Anormalitat: coloració pàl·lida o cianòtica, amb clivelles o incapacitat per segellar.
- Mucosa bucal: amb un depressor i una llanterna, estirant una mica el llavi inferior cap a fora, valorarem la coloració, la humitat i les característiques de la mucosa. També observarem el color i la forma del paladar dur.
 - Normalitat: coloració rosa uniforme. La mucosa ha de ser humida, llisa, tova, brillant i elàstica.
 - Anormalitat: coloració pàl·lida, àrees blanquinoses, úlceres, envermelliment, hemorràgies o nòduls.
- Genives i dents: hi ha 32 dents permanents. Observarem la coloració de les dents i de les genives, l'esmalt dental.
 - Normalitat: les dents han de ser llises, blanques i amb un esmalt brillant. Si hi ha pròtesi dental, han d'estar ben adaptades a la boca. Les genives han de ser rosades i humides i de textura ferma.
 - Anormalitat: presència de càries (coloració marró o negra de l'esmalt), manca de peces dentàries, mala adaptació de les pròtesis dentals. Observarem si hi ha presència de retracció de les genives (dents separades), si estan envermellides, amb dolor a la palpació o amb tumefaccions.
- Llengua: demanarem a la persona que tregui la llengua i en valorarem la posició, el moviment, el color i la textura.
 - Normalitat: la posició ha de ser centrada, ha de tenir moviments lliures i sense dolor, de color rosa, humida, lleugerament rugosa. Les vores han de ser llises i han de sortir les papil·les gustatives.
 - Anormalitat: presència d'úlceres o nòduls blancs, zones doloroses. Comprovarem si està seca, rugosa i amb un revestiment blanc o si està vermella i llisa.

- Faringe: demanarem a la persona que digui “a” i pressionarem la llengua amb el depressor per observar la bucofaringe. Valorarem l’elevació del paladar tou, el color, la simetria del paladar tou, la úvula, les amígdales i la faringe posterior.
- Normalitat: ha de ser de color rosat i llis. Les amígdales no han de presentar exsudat ni engruiximent.
- Anormalitat: Presència d’edema o ulceracions, amígdales amb exsudat o amb un augment de la seva mida.

Consideracions en relació a l’edat: en els nens, es poden trobar nòduls blanquinosos a les genives que desapareixen espontàniament. La primera dent surt entre els 6 i 7 mesos d’edat, el baveig és normal fins als 2 anys i les amígdales solen ser més grosses que en els adults fins als 11 o 12 anys.

En les persones ancianes, la mucosa oral pot estar més seca (xerosi) Les genives poden estar més retretes i la sensibilitat gustativa disminuïda. Poden presentar taques violetes o negres sota la llengua, el reflex faringi pot ser més lent i pot haver-hi pèrdua de peces dentàries, taques a l’esmalt o problemes amb les pròtesis dentals.

Observació i anamnesi de la zona abdominal:

- Preguntarem si existeixen zones doloroses i en demanarem la localització, quan va començar el dolor, quina seqüència i cronologia ha seguit i la descripció del tipus de dolor.
- Valorarem la presència de símptomes associats al dolor, com nàusees, vòmits, diarrea o restrenyiment.
- Els hàbits intestinals de la persona.
- Si hi ha hagut canvis en la gana recentment.
- Si presenta intoleràncies alimentàries i quina ha sigut la ingesta en les últimes 24h.
- Interrogarem sobre altres signes específics com piroisi, flatulència, presència de sang al vòmit o a la femta...
- També preguntarem sobre els antecedents abdominals (cirurgies, úlceres...)

Farem la valoració de l’abdomen dividint-lo en porcions a partir de dues línies imaginàries verticals i dues d’horitzontals que van des del diafragma fins a la pelvis. Aquestes divisions serveixen per ubicar la presència de dolor, tumoracions, creixement d’òrgans o asimetries en funció de les estructures que tenen a sota. Ens quedarà l’abdomen dividit en nou regions que s’anomenen epigastri, flanc dret, flanc esquerre, fossa ilíaca dreta, fossa ilíaca esquerra, hipogastri, hipocondri dret, hipocondri esquerre i regió umbilical (Figura 1)

Inspecció: col·locarem la persona en decúbit supí, amb el cap lleugerament aixecat, els genolls una mica flexionats i amb la bufeta buida. Destaparem l'abdomen de l'apòfisi xifoides fins a la sínfisi púbica, procurant tenir tapats els genitals. Valorarem la posició, l'aspecte general de l'abdomen, la mobilitat amb la respiració, si existeixen lesions cutànies, asimetries, presència de tumoracions o nòduls, cicatrius o venes visibles.

- **Normalitat:** ha de ser pla i simètric, amb la respiració diafragmàtica amb un descens de l'abdomen en la inspiració.

Auscultació: valorarem sorolls abdominals, sorolls vasculars i fricció peritoneal. Ho farem abans de la palpació per tal de no modificar els sorolls abdominals.

Per als sorolls intestinals farem servir el diafragma del fonendoscopi i valorarem totes les regions (Figura 2) Auscultarem entre 5 i 35 sorolls intestinals per minut. Aquests sorolls poden estar augmentats en etapes pre i postpandrials i en alguna patologia com la gastroenteritis. Els sorolls poden disminuir o estar abolits per obstrucció intestinal, ili paralític, inflamació o en el post operatori. Haurem d'auscultar fins a 2 minuts abans de decidir que no hi ha sorolls intestinals.

Els sorolls vasculars s'han d'auscultar amb la campana del fonendoscopi. Poden existir bufs abdominals en persones sanes. Auscultarem per sobre del melic, a la zona de l'aorta (Figura 3), per valorar la presència de bufs arterials. Després 2-3 cm per sobre i lateral del melic, per detectar bufs a la zona de l'artèria renal. Llavors, a sobre del fetge (Figura 4) per detectar bufs a la zona hepàtica.

Els sorolls per fricció peritoneal són sorolls similars al del cuir en fregar-se. La presència de sons de fricció pot ser per inflamació, infecció o creixements anormals.

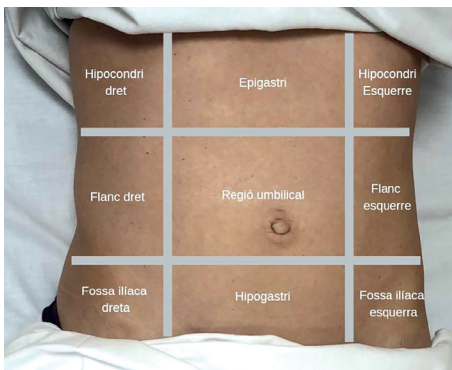


Figura 1. Regions abdominals.
Font pròpia.



Figura 2. Auscultació de sorolls abdominals. Font pròpia.



Figura 3. Auscultació de zona aòrtica.
Font pròpia.



Figura 4. Auscultació de zona hepàtica.
Font pròpia.

- Normalitat: sorolls abdominals audibles, absència de bufes arterials i absència de sorolls de fricció.
- Anormalitat: augment, descens o abolició de sorolls intestinals, bufes a les zones aòrtica, renal o hepàtica, o sorolls de fricció peritoneal.

Palpació: la farem procurant tenir les mans a una temperatura adequada, amb la persona amb els braços al costat del cos. Primer de tot, preguntarem en quines zones hi ha dolor per tal que siguin les últimes en la palpació. Començarem per una palpació superficial (inferior a 1 cm) i després farem una palpació més profunda a cada regió abdominal (Col·locant una mà sobre l'altra, figura 5). Es recomana fer una palpació en el sentit de les agulles del rellotge començant per l'hipocondri dret.

- Normalitat: no hi ha d'haver dolor, la musculatura ha d'estar relaxada amb tensió uniforme i constant. Bufeta de l'orina no palpable. Fetge amb palpació no dolorosa i melsa no palpable.
- Anormalitat: presència de dolor, zones amb augment de la tensió abdominal i presència de masses. Presència d'hepatomegàlia i esplenomegàlia. Bufeta distesa en la retenció d'orina. Palparem una massa llisa, arrodonida i tensa a sobre de la sínfisi púbica.

Valorarem l'hepatomegàlia a partir de la fossa ilíaca dreta col·locant la mà plana amb els dits cap amunt. Demanarem a la persona que inspire de manera profunda per la boca i anirem avançant 1 cm amb cada inspiració fins que palpem la vora del fetge (Figura 5).

Valorarem l'esplenomegàlia col·locant la mà a la zona umbilical, demanarem a la persona que respiri de manera profunda per la boca i anirem pujant la mà en diagonal cap amunt fins a l'hipocondri esquerre avançant 1 cm cada dos respiracions fins a palpar el marge costal (Figura 5)



Figura 5. Palpació abdominal, valoració hepatomegàlia, valoració esplenomegàlia. Font pròpia.

Percussió: farem la percussió a totes les regions abdominals per completar la palpació. Serveix per valorar i determinar la mida dels òrgans, la presència de masses, aire o líquid. La realitzarem a totes les regions abdominals per determinar si hi ha aire (soroll timpànic), tumoracions o líquid (soroll mat)

Normalitat: soroll timpànic a l'estómac i intestí, soroll mat sobre el fetge, la melsa i la bufeta plena.

Per valorar la mida del fetge farem una percussió. Demanarem a la persona que agunti la respiració després de l'expiració i percutirem cap avall, del cinquè espai intercostal dret a la línia mitjana clavicolar, i sentirem matidesa a la vora superior del fetge. Mesurarem la distància des de la matidesa fins a la vora hepàtica palpable.

Per valorar la mida de la melsa, percutirem el marge costal esquerre per escoltar la matidesa esplènica.

REFERÈNCIES

- Berman, A. Snyder, S. Koxier, B. Erb, G. (2008). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Pearson. Prentice Hall. 8^a ed.
- Cardellach, F. Grau, JM. Rozman, C. (2014). *Compendio de anamnesis y exploración física*. Barcelona: Elsevier.
- Casado Vicente, V. Cordón Granados, F. García Velasco, G. (2012). *Manual de exploración física. Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia*. Barcelona: Semfyc ediciones.
- Douglas, G. Nicol, F. Robertson, C. (2014). *Macleod Exploración clínica*. Barcelona: Elsevier. 13^a ed.
- Porth, CM. (2015). *Fundamentos de fisiopatología*. Barcelona: Wolters Kluwer 4^a ed.

- Marieb, EN. (2008). *Anatomía y fisiología humana*. Madrid: Pearson Educación.
- Moore, KL. Agur, AMR. Dalley, AF. (2014). *Fundamentos de anatomía con orientación clínica*. L'Hospitalet de Llobregat: Wolters Kluwer. 5ª ed.
- Seidel, HM. Ball, JW. Dains, JE. Flynn, JA. Solomon, BS. Stewart, RW. (2011). *Guía Mosby de exploración física*. Barcelona: Elsevier. 7ª ed.

CAPÍTOL 7

Valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema neurològic

Dra. Rosa Suñer Soler

La recopilació de dades i valoració de les necessitats de la persona atesa en els entorns de salut inclou conèixer-ne les dades sociodemogràfiques, els antecedents personals i familiars i el motiu de la consulta. Totes aquestes dades es poden recollir mitjançant l'entrevista clínica a la persona i a la seva família. Per completar la valoració, cal realitzar una exploració per sistemes. Aquest apartat se centra en l'exploració neurològica en persones adultes sanes amb les consideracions de gènere i gerontològiques. S'hi descriu l'exploració de l'estat mental i les funcions corticals superiors, l'exploració dels parells cranials, la sensibilitat, la coordinació i la marxa i, finalment, l'exploració de la funció motora i reflexos musculars.

Com a recordatori, l'exploració neurològica a les persones sanes dona informació de la integritat del sistema nerviós format pel sistema nerviós central (és a dir, informació del funcionament i la integritat dels hemisferis cerebrals, del cos callós, del cerebel, del tronc de l'encèfal i de la medul·la espinal) i pel sistema nerviós perifèric (és a dir, del funcionament i la integritat del sistema nerviós somàtic o voluntari i del sistema nerviós autònom o involuntari).

Estat mental i funcions corticals superiors

L'exploració de l'estat mental de la persona atesa és un dels aspectes més importants, perquè ens indica la funció reguladora del còrtex del cervell. Cal valorar l'estat de consciència de la persona. L'usuari amb un nivell de consciència normal està despert i, si el trobem adormit, es desperta davant d'estímul verbals. A més, s'ha de valorar l'orientació en espai i temps, és a dir, ha de saber on es troba, el dia, el mes i l'any. Hem d'observar l'estat emocional de l'usuari i les seves reaccions. S'explora la comprensió del llenguatge (donant-li

ordres senzilles com ara obrir la boca o tancar els ulls) i la seva expressió (fent que l'usuari repeteixi paraules, números, dies de la setmana, etc.) Se'l pot fer escriure i llegir alguna frase i demanar-li que ho expliqui (valoració de l'escriptura, la lectura i la comprensió lectora). Hi ha tests específics que valoren de manera completa l'estat cognitiu com el Mini-Mental State Examination de Folstein, molt utilitzat per descartar demències en persones grans.

Exploració dels 12 parells cranials o nervis cranials

Els parells cranials són dotze nervis que surten directament del cervell o del tronc de l'encèfal:

I Olfactori (olfacte): l'exploració d'aquest nervi es realitza fent que la persona olori substàncies com cafè, canyella, xocolata o llimona. La persona ha d'estar amb els ulls tancats i cal fer-ho a cada fosa nasal, tancant l'altra. L'olfacte en una persona sana pot estar alterat per causes locals, com el consum de tabac.

II Òptic (vista): es pot avaluar l'agudesia visual de manera manual, apropant-se a l'usuari i mostrant-li textos amb lletres grans, a uns 35 cm de distància, cartolines de colors, etc. També es pot fer de lluny utilitzant una cartolina específica, anomenada Taula de Snellen, a uns 6 m de distància per tal que ens digui si veu o no les diferents grandàries de les lletres.

L'exploració dels camps visuals es realitza avaluant cada ull per separat, col·locant-se l'explorador davant de la persona. La persona es tapa primer un ull i, després, l'altre. La persona que explora aixeca un braç i mostra un o dos dits, o un o dos llapis movent l'objecte de fora a dins a cada quadrant, és a dir, aquesta maniobra es fa a les 10, a les 2, a les 8 i a les 4 en punt. La persona atesa indica quan veu l'estímul visual. Finalment, un fons d'ull amb un oftalmoscopi permet veure la papil·la.

III Motor ocular comú, IV Troclear o patètic i VI Motor ocular extern: permeten explorar la motilitat dels ulls. Aquests parells cranials s'estudien de forma conjunta perquè són responsables de la motilitat intrínseca i extrínseca dels ulls. Primer s'inspeccionen les parpelles per tal de veure ptosis o caiguda palpebral per afectació del parell motor ocular comú que en les persones grans sanes no implica patologia. La ptosis en la gent gran es produeix per laxitud del múscul elevador de la parpella i del teixit connectiu del voltant. A nivell extrínsec, la visió és normal quan els nervis estan intactes. A nivell intrínsec, s'explora la grandària, la forma i la simetria de les pupil·les i el reflex fotomotor (en il·luminar una pupil·la, es contrauen totes dues pupil·les). Les persones grans solen tenir el reflex fotomotor disminuït.

V Trigemín: és un nervi, sobretot sensitiu, que innerva la cara i mucoses dels sinus paranasals del costat que correspongui. També es valora el reflex corneal. Cal explorar la part sensitiva amb la persona amb els ulls tancats i estímulant cada costat de la cara amb un cotó. També es pot explorar la sensibilitat tèrmica. Per comprovar el reflex corneal, es toca amb un cotó el limbe esclerocorneal indicant a la persona que miri cap a l'altre costat; així observarem si ha resposta normal de parpelleig o no. La part motora d'aquest parell cranial innerva músculs masticatoris; per això cal explorar-la demanant a la persona que obri la boca contra-resistència, i observar força i no desviació en les persones sanes.

La compressió vascular del nervi trigemín provoca un fort dolor de tipus punxant, cremant i intens que es pot donar en persones grans pel propi procés d'envelliment (s'allarguen els vasos i pressionen el nervi), sobretot en les dones grans.

VII Facial: és un nervi amb fibres motores (musculatura cara), secretores (llagrimall i salival submaxil·lar i sublingual), i sensibles (postero-superior del conducte auditiu extern). Per avaluar que no hi ha cap alteració, la persona ha de ser capaç de tancar els ulls amb força, d'aixecar les celles, d'arrugar el front, d'omplir les galtes, de bufar; la comissura bucal hauria de ser simètrica en repòs i quan somriu. A més, cal fer que la persona identifiqui els gustos dolç i salat en ambdós costats de la llengua. Finalment, cal preguntar sobre alteracions en la producció de llàgrimes i saliva.

VIII Vestíbul-coclear (estatoacústic): l'exploració de la branca acústica permet l'avaluació l'audició. S'aconsella fer la prova de Rinne (Figura 1 i 2). Per a la prova de Rinne, es col·loca inicialment el diapasó vibrant sobre l'apòfisi mastoide fins que ja no s'escolti, a continuació es col·loca el diapasó



Figures 1 i 2. Exploració del parell cranial VIII (vestibulococlear): Prova de Rinne. Font pròpia.



Figura 3. Exploració del parell cranial VIII (vestibulococlear): Prova de Weber. Font pròpia.

inmediatament a prop del conducte auditiu extern, la persona tornarà a escoltar el so i ha d'informar quan ja no ho escolti. Una prova de Rinne és normal quan el so que se sent fora de l'oïda (conducció aèria pel conducte auditiu) més temps que per transmissió òssia.

També s'ha de fer la prova de Weber (Figura 3) amb un diapasó col·locat sobre el centre del cap de la persona per comprovar si la persona sent bé les vibracions. En una prova de Weber normal l'usuari refereix que el so s'escolta per igual en ambdós costats.

A mesura que ens anem fent grans, anem perdent capacitat auditiva. S'observa que aproximadament una de cada tres persones de 65 a 74 anys té algun nivell de pèrdua d'audició i gairebé la meitat de les persones majors de 75 anys tenen dificultat per sentir.

L'exploració de la branca vestibular d'aquest nervi permet comprovar l'equilibri. En aquest sentit, cal que la persona mantingui la postura en bipedestació amb els peus junts, primer amb els ulls oberts i després tancats durant 30". També es comprova l'absència de nistagmes, és a dir, de moviments horitzontals, verticals i/o rotatoris involuntaris dels ulls.

IX Glossofaringi i X Vago: s'avaluen de forma conjunta fent que la persona obri la boca per comprovar que l'úvula ocupa una posició central. Cal comprovar que, quan la persona diu repetidament la lletra a, el paladar i l'úvula s'aixequen de la línia mitjana. També s'ha d'avaluar el reflex nauseós aplicant un depressor a la paret posterior de la faringe. Per completar l'exploració de la deglució, s'ha de comprovar que la persona empassa bé l'aigua; ho farem donant-li aigua a petits glops. L'usuari ha d'estar ben assegut.

La capacitat per empassar disminueix amb la vellesa. S'observen dificultats per deglutir a partir dels 65 anys, entre el 7 i el 22% de la població, que augmenta fins al 33% en les persones a partir dels 80 anys. Les causes són sobretot per pèrdua de massa i funció muscular, disminució de l'elasticitat dels teixits, disminució de la producció de saliva, estat dental deteriorat, dis-

minució del sentit de l'olfacte i de la sensibilitat oral i faríngia. Per finalitzar l'avaluació d'aquest dos parells cranials, cal comprovar que la persona no té disfonia, ni veu ronca ni nasal i que articula bé les paraules.

XI Espinal: s'explora fent aixecar les espatlles contra-resistència de l'explorador i girar el cap també contra-resistència.

XII Hipoglòs: s'explora la llengua en repòs i es comprova que no hi ha moviments ni tremolor. Cal explorar la llengua en moviment, fent-la moure a cada costat, a dalt i a baix. També s'ha de comprovar la força de la llengua fent-la recolzar dins de cada costat de la galta. Llavors, l'explorador comprova la força col·locant el dit índex a la part de la galta i pressionant on hi ha la punta de la llengua.

Exploració de la sensibilitat

Per avaluar la sensibilitat superficial cal explorar el tacte amb un cotó. També s'avaluarà el dolor superficial amb la punta d'una agulla preguntant a l'usuari si ho nota amb més o menys intensitat (en l'exploració del tacte) o amb menys o més dolor en l'exploració del dolor superficial. Aquesta exploració s'ha de fer a les extremitats superiors, inferiors i al tronc. A més, es pot avaluar la sensibilitat tèrmica, sobretot quan la sensibilitat al dolor és anormal. S'utilitzen tubs d'assaig amb aigua freda i calenta alternativament demanant a l'usuari la temperatura que nota i a quin lloc, explorant sobretot mans i peus.

Per avaluar la sensibilitat profunda, es fa una pessic al múscul trapezi, al panxell de les cames o als bíceps. Pel que fa a la sensibilitat vibratòria, cal utilitzar un diapasó de 128 Hz; després de fer-lo vibrar, es col·loca sobre els mal·lèols o crestes tibials. La resposta normal en l'usuari és una sensació de pessigolles.

Coordinació i marxa

Per explorar la coordinació s'ha de comprovar que la persona és capaç de fer moviments de precisió i alternatius correctes. Per avaluar la precisió del moviment, li fem fer la prova de dit-nas amb les dues mans; primer, amb els ulls oberts i, després, tancats. L'usuari ha de ser capaç de tocar-se la punta del nas amb el dit índex).

Una altra prova és la de dit-dit amb les dues mans, en què l'usuari ha de ser capaç de tocar-se el dit índex i, després, el dit índex de l'examinador que està davant seu. Finalment, farem la prova de taló-genoll, en què l'usuari ha de ser capaç de tocar-se amb el taló el genoll contralateral.

Pel que fa a la marxa, es valora la capacitat de l'usuari per mantenir els moviments simètrics de les extremitats quan camina i s'observa, també, que no es desvia durant el recorregut. Les persones més grans solen tenir una marxa amb augment de la base de sustentació, menor braceig i fan passos més curts.

Exploració de la funció motora

Primer cal fer una inspecció i avaluació del to muscular per comprovar que la persona fa moviments passius normals de les articulacions. Per exemple, es fan pendular els braços quan la persona està dempeus i es comprova si és capaç de mantenir la postura i de controlar els moviments. També s'observa si hi ha contractures i atròfia.

L'explorador, a més, ha d'avaluar la capacitat de contracció de la musculatura estriada, verificar els moviments principals de cada articulació i comprovar que la força de l'usuari és normal. Cal comparar la força d'un costat i d'un altre per grups musculars. En les extremitats superiors s'ha d'explorar l'abducció del braç (deltoides) (Figura 4), la flexió i l'extensió del colze (bíceps i tríceps) (Figura 5), la flexió i l'extensió de la mà i flexió dels dits (flexors) (Figura 6).

En les extremitats inferiors, s'ha d'explorar la flexió de la cuixa (maluc) (Figura 7), l'extensió i la flexió del genoll (Figura 8) i els moviments del peu: flexió dorsal, flexió plantar, abducció i adducció (Figura 9).



Figura 4 Exploració de la força: múscul deltoides (abducció del braç).
Font pròpia.



Figura 5 Exploració de la força: múscul bíceps (flexió del braç).
Font pròpia.



Figura 6 Exploració de la força de la mà (extensió de la mà). Font pròpia.



Figura 7 Exploració de la força: múscul ileo-psoes (flexió del maluc). Font pròpia.

Reflexos osteotendinosos

També anomenats musculars o profunds. A les figures 10-13 se'n pot observar l'exploració principal. En estirar un múscul, aquest respon amb una contracció que s'oposa a l'estirament. Aquest tipus de reflexos s'obtenen realitzant la percussió d'un tendó mitjançant un martell de reflexos. La resposta és una contracció brusca del múscul corresponent. Per exemple, per avaluar el reflex bicipital, la resposta normal és la contracció del múscul bíceps braquial i, per avaluar el reflex tricipital, la resposta normal és la contracció del múscul tríceps braquial.



Figura 8 Exploració de la força del genoll: múscul quàdriceps (extensors del genoll). Font pròpia.



Figura 9 Exploració de la força del peu (músculs flexors plantars del turmell). Font pròpia.



Figura 10 Exploració del reflex bicipital.
Font pròpia.



Figura 11 Exploració del reflex tricipital.
Font pròpia.



Figura 12 Exploració del reflex aquil·lià
(posició de la persona de genolls).
Font pròpia.



Figura 13 Exploració del reflex cutani
plantar flexor (normal).
Font pròpia.

REFERÈNCIES

- Casado Vicente, V. Examen físico del sistema nervioso. A: Casado Vicente, V., Córdon Granados, F., García Velasco G. (2012). *Manual de exploración física basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia* (p. 114-126). Barcelona: Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria.
- Garrido Robres, J.A., García Ballesteros J.G., Martín Villuendas, A.B. (2011). Exploración neurológica y atención primaria. Bloque I: pares craneales, sensibilidad, signos meníngeos. Cerebelo y coordinación. *Semergen*; 37 (6), 293-302.
- Garrido Robres, J.A., García Ballesteros J.G., Martín Villuendas, A.B. (2011). Exploración neurológica y atención primaria. Bloque II: motilidad voluntaria, funciones corticales superiores y movimientos anómalos. *Semergen*; 37 (8), 418-425.

- González Cortés, M.J., Castro Macía, O., Domínguez Collado, L.A., Rodríguez Acevedo, M.N., Vaamonde Lago, P., González Paz, T., Quintana Sanjuás, A.,... González Cortés, M.J. (2018). *Disfagia y envejecimiento. Dins: Disfagia orofaríngea: actualización y manejo en poblaciones específicas*. Santiago de Compostela: Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.
- Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación (NIDCD) (Juliol 2018). *Audición, infecciones del oído y sordera*. Recuperat el 30 de desembre de 2019 de: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/perdida-de-audicion-en-los-adultos-mayores>
- Generalitat de Catalunya (Gener 2018). *Neuràlgia del Trigemin*. Recuperat el 30 de desembre de 2019 de http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/neuralgia_trigemin#bloc1
- Pérez Abascal, N., García Cabrera, L., Montero Errasquin, B., Cruz Jentoft, A.J. (2014). Valoración del paciente geriátrico. *Medicine*, 11(62),3641-58.
- Seidel, H.M., Ball, J.W., Dains, J.E., Flynn, J.A., Solomon, B.A., Stewart, R.W. (2011). *Manual Mosby de exploración física*. Barcelona: Elsevier S.A.
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck A.M., Clavé,P., Hamdy,S., Heppner, H.J.,... Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons, from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189–208.

CAPÍTOL 8

Valoració de la salut de la persona durant l'etapa adulta: sistema tegumentari

Dra. Aurora Fontova Almató

El sistema tegumentari és un sistema complex de diferents cèl·lules que està compost per la pell i els annexos (fol·licles pilosos, glàndules sudorípares i sebàcies, i les ungles). És un sistema que té diverses funcions imprescindibles per al funcionament de l'organisme, com són la protecció de l'organisme d'agents externs (mecànics, químics, bacterians, ultraviolats, tèrmics i d'assecat), la regulació de la temperatura corporal, l'excreció d'urea i àcid úric, la sensibilitat (dolor, tacte, temperatura) i la síntesi de vitamina D mitjançant la llum solar.

Record anatomofisiològic del sistema tegumentari

La pell: és l'òrgan més gran del cos, recobreix tot l'organisme i constitueix el 16% del pes corporal total. Té una superfície d'entre 1,5 i 2m² i pesa aproximadament 4kg. L'estat de la pell és un bon indicador de la salut de la persona.

Les propietats de la pell i el seu gruix varien en funció de la zona corporal, però la seva estructura sol ser similar a tot el cos i està composta per dues capes, una de més externa, anomenada epidermis, i una capa profunda, anomenada dermis. Entre l'epidermis i la dermis hi ha una membrana que s'anomena membrana basal.

L'epidermis: està composta per un epiteli queratinitzat estratificat avascular. L'epiteli de l'epidermis conté quatre tipus de cèl·lules: els queratinòcits, els melanòcits, les cèl·lules de Langerhans i les cèl·lules de Merkel.

Els queratinòcits són la majoria de les cèl·lules que es troben a l'epidermis i produeixen una proteïna anomenada queratina que s'encarrega de protegir la pell, de participar en el sistema immunitari i de la cicatrització de ferides. Els melanòcits són els encarregats de produir la melanina, que és el pigment

responsable de la coloració de la pell i de la protecció contra la radiació solar. Les cèl·lules de Langerhans s'originen a la medul·la òssia i tenen una funció important en el sistema immunitari ja que s'encarreguen de presentar els antígens als limfòcits T. Les cèl·lules de Merkel participen en la sensibilitat cutània. Estan localitzades entre els queratinòcits i són més abundants a les àrees amb major sensibilitat, com a les puntes dels dits.

La membrana basal: és la zona que divideix la dermis de l'epidermis. La seva funció és la de separar l'epiteli del teixit connectiu, fixar l'epiteli al teixit connectiu i filtrar les molècules que es desplacen entre les dues capes selectivament.

La dermis: és una capa de teixit connectiu que nodreix l'epidermis i que evita que els bacteris que hagin entrat a l'epidermis penetrin a l'organisme. Està composta de col·lagen i fibres elàstiques. El col·lagen s'encarrega de mantenir la hidratació de la pell proporcionant-li resistència mentre que les fibres elàstiques li proporcionen elasticitat. Amb l'envelliment, disminueixen les fibres elàstiques i el col·lagen, fet que provoca que la pell perdi fermesa i elasticitat. La dermis és més prima a les parpelles i més gruixuda a l'esquena, palmells de la mà i planta dels peus.

A la dermis, hi trobem estructures com els fol·licles pilosos, les glàndules sudorípares, els vasos sanguinis i limfàtics, i els nervis.

Annexos cutanis: Els annexos cutanis inclouen les glàndules sudorípares i sebàcies, el pèl i els fol·licles pilosos, i les ungles.

Les glàndules sebàcies i sudorípares: són dues glàndules exocrines amb origen a la dermis que alliberen els seus productes a la superfície de la pell.

Les glàndules sebàcies estan presents a tota la superfície corporal, excepte a les plantes de les mans, dels peus i laterals dels peus. Aquestes glàndules secreten una cera anomenada seu que lubrica la pell i el pèl; fa que la pell estigui suau i prevé la ruptura del pèl. També evita l'evaporació de la humitat, conserva la calor corporal i evita que els bacteris passin a capes més profundes de la pell.

Les glàndules sudorípares estan per tota la pell. N'hi ha de dos tipus: ecrines i apocrines. Les ecrines són tubulars i més nombroses, produeixen suor i la transporten fins a l'exterior per tal de regular la temperatura corporal. Les glàndules sudorípares apocrines són més grans i menys nombroses que les ecrines, estan presents majoritàriament a les axil·les i les engonals i s'obren a través del fol·licle pilós secretant àcids grassos i proteïnes, a més del producte de la secreció ecrina.

El pèl: està repartit per tot el cos i té una funció protectora i sexual. cobreix tota la superfície de la pell excepte els palmells de les mans, les plantes dels peus, el gland del penis, l'interior de la vulva, els llavis i els mugrons. Els pèls tenen formes i mides diferents en funció de la zona on es troben, solen

ser curts i forts a les celles, i llargs i flexibles al cap. Les persones naixem ja amb tots els fol·licles pilosos que tindrem durant la vida. El pèl corporal es desenvolupa amb la maduresa sexual de la persona. La quantitat i tipus de pèl varien en funció de factors ètnics i genètics.

El pèl està format per un fol·licle pilós, una glàndula sebàcia, un múscul piloerector i, a vegades, per una glàndula apocrina.

Les ungles: són plaques dures de queratina que protegeixen els extrems dels dits de les mans i dels peus. Aquestes plaques augmenten la destresa i la sensibilitat dels dits. Creixen de forma contínua i de manera més ràpida a les mans, excepte si presenten alguna malaltia. Cada unglia té una vora, un cos i una arrel. Les vores de les ungles tenen plecs superposats denominats plecs unguials; el plec proximal a l'arrel es denomina cutícula. A sota l'ungla, hi trobem el llit unguial que està engruixit a la zona proximal i és el responsable del creixement de l'ungla. S'anomena matriu unguial. Les ungles són el producte final de cèl·lules mortes que surten a l'exterior des de la matriu unguial. Són semitransparents i podem observar a través seu la oxigenació de la sang dels vasos de la pell. Quan hi ha un dèficit en l'aportació d'oxigen a les cèl·lules, els llits unguials es posen de color blau (cianòtic). Els canvis en les ungles poden ajudar a diagnosticar malalties.

Valoració del sistema tegumentari

La pell

Observació: observarem la pell en la seva totalitat. Interrogarem a la persona per si té algun símptoma com dolor, picor o presència de lesions. També li preguntarem sobre els seus antecedents personals i familiars.

Inspecció: farem la inspecció després del rentat de mans, procurant fer-la en un lloc ben il·luminat i amb una temperatura agradable per a la persona. Valorarem diferents característiques de la pell com la coloració i l'aspecte. També hauré de valorar la presència d'edemes i la presència de lesions.

Coloració: valorarem la coloració de la pell i observarem si aquesta coloració és generalitzada o localitzada en alguna zona concreta.

- Normalitat: la coloració normal ha de ser rosada. Per això, hauré d'observar si existeixen altres tipus de coloracions.
- Anormalitat: la pal·lidesa (pell més blanca de l'habitual) denota una reducció d'hemoglobina. L'observarem de manera més evident en zones poc pigmentades com les conjuntives, la mucosa oral, els llits unguials, els palmells de les mans i les plantes dels peus. La cianosi (coloració blavosa) s'observa en la hipòxia per un augment d'hemoglobina no saturada d'oxigen. També serà més visible en els llits unguials, els llavis i mucosa

oral. La icterícia (coloració groguenca) pot ser de causa biliar o per a una disminució de l'oxihemoglobina. Es manifesta en primer lloc a l'escleròtica dels ulls i, després, a les mucoses i la pell. L'eritema (envermelliment) sol estar causat per un augment del flux sanguini o del nombre d'hematies intravasculares. Valorarem la distribució de la pigmentació de la pell per si existeixen zones més o menys pigmentades (hiperpigmentació o hipopigmentació), que denotaran canvis en la distribució de melanina.

Aspecte: valorarem l'aspecte general de la pell. En aquest apartat farem la valoració de diferents característiques de la pell com l'espessor, la higiene, la temperatura, la turgència i la hidratació. Pel que fa a l'espessor, observarem si la pell és fina o gruixuda; quant a la higiene de la pell, si està neta o si, en canvi, es veu bruta i descuidada; valorarem la temperatura amb el dors dels dits i mirarem si és uniforme o presenta zones de diferent temperatura, observarem si presenta hipertèrmia o hipotèrmia generalitzada; pel que fa a la turgència, mirarem si es veu tensa o elàstica; i, finalment, observarem la hidratació per si es veu seca i escamada o ben hidratada.

- Normalitat: pell gruixuda, neta, amb una temperatura entre 35 i 37°, elàstica i ben hidratada.

Edema: l'edema és el resultat de l'augment de líquid intersticial que es presenta en forma d'inflamació de la zona. Pot ser localitzat o generalitzat i hem de valorar-ne les característiques, el color, la temperatura, la sensibilitat, la consistència i l'elasticitat. També hem de valorar la fòvea, que és la marca que queda en pressionar la zona d'una prominència òssia. En condicions de normalitat, la pell tornarà a la seva forma prèvia.

- Normalitat: absència d'edemes.

Presència de lesions: en cas que la persona presenti lesions, en valorarem la distribució i agafarem una lesió individual per determinar-ne la mida, la forma, el color, el canvis en les vores i la relació entre les lesions. Farem una palpació i les classificarem en funció del tipus de lesió.

Lesions primàries: apareixen com a resposta a algun canvi en la pell.

- Màcules: zona plana localitzada amb canvi de color o de textura de menys d'1 cm de diàmetre.
- Pàpules: elevació ferma i delimitada inferior a 5 mm de diàmetre.
- Plaques: elevació palpable ferma i rugosa superior a 2 cm de diàmetre i inferior a 5 mm d'alçada.
- Nòdul: elevació sòlida delimitada superior a 5 mm de diàmetre.
- Quist: nòdul encapsulat ple de material líquid o semisòlid.
- Vesícula: lesió elevada i superficial plena de líquid serós inferior a 1 cm de diàmetre.
- Ampolla: vesícula de mida superior a 1 cm de diàmetre.

- **Pústula:** lesió elevada superficial plena de líquid purulent.
- **Úlcera:** zona de pèrdua de pell que s'estén a la dermis, també pot ser secundària.
- **Esclerosi:** enduriment del teixit.
- **Atròfia:** pèrdua de l'epidermis, dermis o ambdues. Es veu la pell prima, translúcida i arrugada. També pot ser secundària.
- **Telangièctasi:** línies vermelles, fines i irregulars per dilatació dels vasos dèrmics.
- **Infart, púrpura:** envermelliment de la pell o mucoses per extravasació de sang.

Lesions secundàries: es deuen a lesions cròniques, traumatismes o infeccions de la lesió primària.

- **Escama:** fragments de queratina que es desprenen.
- **Hiperqueratosi:** engruiximent anormal de la capa més superficial de l'epidermis.
- **Presència d'exsudació:** seca com crosta o humida que supura.
- **Erosió:** ruptura de l'epidermis que no deixa cicatriu en curar-se.
- **Úlcera, escara.**
- **Liquenificació:** engruiximent crònic de la pell amb marques cutànies per fregament.

Mida: mesurarem la lesió en mil·límetres.

Color de la lesió: observarem la coloració de les lesions. Existeix un gran ventall de colors en les lesions de la pell, com per exemple el blanc, vermell, rosa, marró, negre, ...

Forma: rodones, ovalades, poligonals, policíclica, anular, en diana, serpigiosa, umbilicada. Poden ser monomòrfiques (totes les lesions tenen el mateix aspecte) o pleomòrfiques (d'aspecte diferent)

Textura: palparem la lesió per observar-ne la consistència (tova, ferma, dura, fluctuant), temperatura, mobilitat, dolor, profunditat.

Marges: valorarem si les vores estan ben definides o no.

Configuració de les lesions: agrupades (herpetiforme, zostiforme, arciforme, anular, reticulada, lineal, serpigiosa) o disseminades.

Distribució de les lesions: en valorarem l'extensió per determinar si la lesió està aïllada, localitzada o si és generalitzada. També en valorarem el patró (si és simètric en regions anatòmiques, si es troba en llocs de pressió, en zones dels plecs o a l'atzar)

En lesions pigmentades (pigues) s'ha de fer la valoració mitjançant l'acrònim ABCDE per descartar malignitat (Figura 1)

A: asimetria

B: vores, si són regulars o irregulars

C: color variable o homogeni

D: diàmetre superior o inferior a 6mm

E: evolució, canvis de coloració, forma, mida o símptomes.

Diferències de la pell segons l'edat: amb l'envelliment, la pell es torna més seca i escamada a causa de la disminució de l'activitat de les glàndules sebàcies i sudorípares. També es perd turgència i apareixen màcules planes de color marró de mida que pot oscil·lar fins als 2 cm en zones exposades al sol (Figura 2). Altres lesions que podem trobar associades a l'envelliment són unes petites berrugues de color groc o bronzejat, lesions cutànies pediculades de color carn, vasos dilatats de color vermell (telangièctasi) i lesions de color rosa o vermell clar de vores mal definides a la cara, orelles, dors de les mans i braços.

El pèl

S'han de valorar totes les zones amb pèl, cuir cabellut, cara, celles i cos sencer. Se'n valorarà l'aspecte, el color, la distribució, la quantitat i la textura.

- Normalitat: coloració rossa, negra o blanca amb possibles canvis provocats per productes capil·lars. El pèl del cuir cabellut pot ser gruixut, fi, arrissat, llis, brillant, elàstic. En els homes pot haver-hi pèrdua de pèl a causa de l'envelliment. Distribució de pèl al cuir cabellut, cara, coll, orificis nassals, orelles, axil·les, espatlles i esquena, braços, cames, pubis i al voltant dels mugrons. El pèl del cos és fi i més gruixut al pubis, axil·les i a la barba dels homes.
- Anormalitat: pot ser per caiguda anòmala del pèl (alopècia) o per creixement excessiu. L'alopècia pot ser difusa i, en dones, pot estar produïda per alguna malaltia (hipotiroïdisme, lupus), per causes hormonals (puer-



Figura 1. Valoració de lesions pigmentades. Font pròpia.



Figura 2. Màcules marrons. Font pròpia.

peri, menopausa) o per alguns fàrmacs (citotòxics). En l'alopecia localitzada no cicatritzal hi ha una pèrdua de pèl que pot ser localitzada en celles o barba; pot afectar a tot el cuir cabellut (alopecia total) o a pèl del cos (alopecia universal). La causa pot ser fúngica, per arrencament o per la sífilis secundària. L'alopecia localitzada cicatritzal és una cicatriu amb pèrdua de pèl definitiva) per cremades o infeccions greus) També pot haver-hi pèrdua secundària de pèl púbic (per envelliment, cirrosi o hipopituitarisme)

Podem observar el creixement excessiu en de dues formes diferents: d'una banda, l'hirsutisme, que és un patró de pèl masculí que apareix en les dones i que afecta a la cara i al pèl púbic i s'estén fins al melic. Les causes poden ser hipofisiàries, suprarenals, ovàriques, medicamentoses o idiopàtiques; de l'altra, l'hipertricosi, que és l'excés de creixement de pèl a tot el cos en homes i dones, és infreqüent i de causa sistèmica com per exemple per tumoracions, malnutrició o fàrmacs.

Les ungles

Els canvis en les ungles ens poden ajudar a diagnosticar malalties sistèmiques, com per exemple malalties respiratòries o cardíagues greus, psoriasi o malalties autoimmunes.

- Normalitat: coloració rosada del llit unguial amb la superfície llisa i semitransparent, lleugerament convexes, amb vores uniformes i arrodonides. Han d'estar netes i ben cuidades. Poden presentar algunes estries i taques longitudinals uniformes (Figura 2)
- Anormalitat: canvis en la coloració (groc, blau verd, blanc), canvis en la superfície de l'ungla (rugositats, crestes, engruiximents), canvis en les zones en contacte amb les parts toves (acropàquies en què l'ungla fa una forma corbada com una cullera cap per avall o coiloniquia en què l'ungla queda excavada en forma de cullera cap per amunt) o caiguda de les ungles (onicòlisis on l'ungla se separa del llit unguial o ungles fràgils, que es trenquen fàcilment sobretot a la zona distal). Vores envermellides, inflamades amb pus, berrugues o tumoracions i amb presència de dolor. Aspecte brut i descuidat.

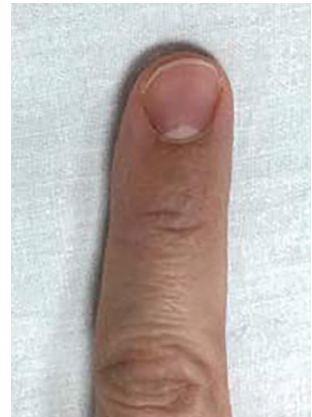


Figura 2. Ungla rosada i llisa. Font pròpia.

Mucoses i ganglis

Per poder acabar l'exploració de la pell haurem d'avaluar també les mucoses i els ganglis ja que algunes lesions de la pell poden provocar canvis en les membranes mucoses de la boca i els genitals, i els carcinomes poden alterar els ganglis.

- Normalitat: coloració rosada sense lesions de la mucosa.
- Anormalitat: coloració o textura diferent a la normal. Valorarem la presència de lesions primàries o secundàries i, si n'hi ha, en valorarem el color, la consistència, la temperatura, la forma, les vores, la disposició, la distribució i l'extensió.

Respecte als ganglis, farem una inspecció valorant la mida, la forma i les característiques de la superfície. S'anomena adenopatia l'anormalitat de la mida o característiques dels ganglis limfàtics. En la palpació dels ganglis valorarem la consistència, si són dolorosos, si hi ha signes inflamatoris, els límits, la mobilitat, la localització i si estan afectats de forma local o generalitzada. S'han de revisar tots els ganglis de la zona dels voltants del coll, dels braços i de les cames.

- Normalitat: ganglis cervicals simètrics, tous i lleugerament grans en persones joves, ganglis supraclaviculars i axil·lars no palpables. Els ganglis engonals poden ser palpables en persones sanes.
- Anormalitat: dolor, augment en la mida, asimetria, signes inflamatoris, induració.

REFERÈNCIES

- Berman, A. Snyder, S. Koxier, B. Erb, G. (2008). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Pearson. Prentice Hall. 8ª ed.
- Cardellach, F. Grau, JM. Rozman, C. (2014). *Compendio de anamnesis y exploración física*. Barcelona: Elsevier.
- Casado Vicente, V. Cordón Granados, F. García Velasco, G. (2012). *Manual de exploración física. Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia*. Barcelona: Semfyc ediciones.
- Douglas, G. Nicol, F. Robertson, C. (2014). *Macleod Exploración clínica*. Barcelona: Elsevier. 13ª ed.
- Porth, CM. (2015). *Fundamentos de fisiopatología*. Barcelona: Wolters Kluwer 4ª ed.
- Marieb, EN. (2008). *Anatomía y fisiología humana*. Madrid: Pearson Educación.
- Moore, KL. Agur, AMR. Dalley, AF. (2014). *Fundamentos de anatomía con orientación clínica*. L'Hospitalet de Llobregat: Wolters Kluwer. 5ª ed.
- Seidel, HM. Ball, JW. Dains, JE. Flynn, JA. Solomon, BS. Stewart, RW. (2011). *Guía Mosby de exploración física*. Barcelona: Elsevier. 7ª ed.

CAPÍTOL 9

Valoració de la salut de la dona al llarg de la vida

Sra. Marta Roqueta Vall-Ilosera

Concepte de salut de la dona

Les cures infermeres sempre han d'anar encaminades a la valoració holística de la persona i, per tant, en el cas de la dona també s'haurà d'assegurar que aquest concepte es mantingui. Si considerem la definició de salut de l'Organització Mundial de la Salut, determinarem que és l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència d'afectacions o malaltia. En conseqüència, com en la valoració infermera de l'adult sa, haurem d'identificar les diverses dimensions de la dona per comprendre'n l'estat de salut; la dimensió física, mental o psicològica, espiritual, sexual, ocupacional i cultural.

Les peculiaritats de l'aparell reproductor femení i la seva fisiologia fan que la valoració infermera canviï respecte a la de l'adult sa. Requereix aprofundir en l'anatomia, la fisiologia i el coneixement dels cicles hormonals femenins per entendre'n el funcionament. A més, s'ha de tenir en compte que les diferents etapes vitals de la dona afegeixen variabilitat a aquesta valoració i, per tant, característiques definitòries de la valoració seran normals en una etapa de la vida, però no en una altra.

Valoració infermera de la dona adulta

Anamnesi i entrevista ginecològica

L'entrevista infermera és el primer contacte amb la dona i, per això, és determinant per obtenir la informació necessària per realitzar una valoració de salut completa i acurada. Caldrà adaptar l'entrevista a l'etapa vital de la dona, ja que els canvis fisiològics i adaptatius del cos humà alteraran les necessitats de la persona al llarg de la seva vida. En una entrevista ginecològica també poden sorgir temes relacionats amb la sexualitat, el gènere, la identitat i la

violència, cosa que fa que el professional hagi d'estar preparat per encarar els temes des d'una perspectiva holística i neutral.

Els ítems que s'han de tractar durant l'entrevista poden ser molt variats, però normalment estaran determinats pel motiu de consulta. Els motius de consulta habituals solen ser: dolor pelvià, sagnat vaginal anormal i flux vaginal anormal o irritació. Si la dona està en edat reproductiva, sempre li preguntarem si pot ser que estigui embarassada. Preguntarem a la dona, explícitament, sobre símptomes específics de l'aparell reproductor, de l'aparell excretor o de les mames per justificar la realització d'una exploració física posterior. També li podrem preguntar més específicament sobre problemes relacionats amb l'àmbit de la persona, com per exemple: adaptacions de rol (de família, laboral, social, parental...), aspectes relacionats amb l'àmbit sexual i identitari de la persona i, fins i tot, adaptacions relacionades amb els canvis fisiològics associats al canvi d'etapa vital.

Començarem per antecedents generals i familiars i, després, ens centrarem en els antecedents ginecològics. Pel que fa als antecedents personals generals, li preguntarem sobre intervencions quirúrgiques, al·lèrgies, malaltia crònica o processos aguts i malaltia mental. També serà d'interès preguntar per la medicació habitual que pren la dona i si té hàbits tòxics, ja que molts d'aquests afecten a la funció ginecològica i reproductiva. Ens interessarà descartar patologies com la hipertensió, la dislipèmia, la diabetis o la depressió. Els hàbits d'alimentació i exercici també seran importants per promoure un estil de vida saludable en diferents etapes de la vida de la dona.

Seguidament, preguntarem pels antecedents familiars generals: malalties cròniques, malalties hereditàries, intervencions quirúrgiques de l'aparell reproductor o antecedents obstètrics i ginecològics, per exemple càncer de mama, endometri o cèrvix de familiars de primer grau. Aquests antecedents ens seran de gran ajuda a l'hora de derivar a un altre professional i de planificar les activitats preventives i de promoció de la salut.

Finalment, ens centrarem en els antecedents rellevants de la dona. Aquests es poden desglossar en els grups següents:

Antecedents ginecològics rellevants

- Edat de la primera menstruació (menarquia)
- Edat de l'última menstruació (menopausa)
- Freqüència, quantitat, longitud i regularitat dels cicles mensuals.
- Sagnats abundants o esporàdics entre períodes mensuals.
- Data de l'Última Regla (DUR)
- Simptomatologia premenstrual i durant el cicle: dolor, còlics, cefalees, canvis d'humor.
- Malaltia inflamatòria pèlvica.
- Incontinència o infeccions de tracte urinari.

Els signes de normalitat d'un flux menstrual és l'aparença de color vermell fosc, d'uns 5-7 dies de duració, amb una freqüència d'entre 21 o 35 dies entre menstruacions i amb una mitjana de 30 ml de pèrdua sanguínia, aproximadament. Els còlics són habituals el dia anterior o el primer dia del període i el sagnat més abundant sol produir-se durant el segon dia del cicle. Per contra, un sagnat vaginal escàs, indolor i de color fosc, amb freqüència més curta o més llarga, i que té intervals irregulars pot suggerir absència d'ovulació. Aquest fet podrà ser un signe d'anormalitat en una dona en etapa reproductiva, però per contra serà un signe de normalitat en una dona entrant en etapa de climateri. Aquest és un exemple clar de la importància de contextualitzar la valoració.

Antecedents obstètrics

- Fórmula obstètrica TPAL: Parts a terme (T), Parts Preterme (P), Avortaments (A), Fills vius (L).
- Complicacions de l'embaràs.

Antecedents sexuals

Caldrà realitzar l'entrevista de manera objectiva i sense emetre cap judici, ja que pot interferir en les dades obtingudes.

- Estat de parella/es sexual.
- Edat d'inici de les relacions sexuals (amb o sense penetració)
- Efectes de l'activitat sexual: satisfacció amb les relacions, dolor en les relacions sexuals, orgasmes.
- Mètode anticonceptiu: li preguntarem específicament si utilitza algun mètode o si desitja rebre assessorament sobre aquest aspecte.
- Malaltia de transmissió sexual de la dona o la parella.
- Conductes de risc: sexe no segur.
- Activitats preventives: citologies, estat vacunal.

Antecedents de violència sexual/gènere (actuals o anteriors)

L'evidència suggereix que els temes de violència sexual sempre s'han de comentar amb la persona a soles i en un clima d'intimitat. En conseqüència, si la dona ve acompanyada, buscarem un motiu justificat per citar-la un altre dia i poder fer les preguntes pertinents amb més intimitat sense la presència de la parella. La violència sexual és transversal en tots els estaments de la societat i, per tant, és pertinent preguntar sobre aquest aspecte a totes les dones que acudeixen a una consulta per motius obstètrics-ginecològics.

- Abusos físics, sexuals o psicològics.
- Sobre ella mateixa, o algun familiar.
- Mutilació genital femenina.

Valoració de salut de la dimensió física de la dona: exploracions físiques

Les exploracions físiques de l'aparell reproductor femení inspeccionen i palpant zones molt íntimes de la dona i, a vegades, també poden ser incòmodes i molestes mentre es duen a terme. Per això, cal afavorir un clima d'intimitat amb accions com ara oferir un llençol per tapar-se les parts exposades, demanar consentiment explícit abans d'iniciar l'exploració, explicar que es pot aturar l'exploració en qualsevol moment que la dona ho desitgi i afavorir la presència d'un segon professional com a testimoni per corroborar les nostres accions durant l'exploració.

Les exploracions sempre han d'estar justificades mitjançant un judici clínic després de l'entrevista infermera. Les justificacions per a la realització d'una exploració física poden ser variades; des de la presència de dolor fins a la realització d'activitats preventives associades al control de salut de la dona, com per exemple, una citologia. Necessitarem el consentiment verbal per iniciar les exploracions i ens haurem d'assegurar que la dona entén en què consisteix l'exploració abans de començar.

Exploració ginecològica

L'exploració ginecològica consta de la inspecció i palpació dels genitals externs i interns de la dona. La posició adequada per realitzar l'exploració serà la de litotomia o bé ginecològica. Si no disposem d'una llitera adaptada amb suports per a les cames, demanarem a la dona que ajunti els turmells i deixi caure les cames lateralment tan com pugui.

L'exploració dels genitals externs és una de les exploracions infermeres i, per tant, és de la nostra competència. Pel que fa a l'exploració dels genitals interns, és competència del personal especialista, sigui llevadora o ginecòleg, però els infermers han d'estar familiaritzats amb la tècnica i el material que s'utilitza durant l'exploració i presa de mostres del tracte genital femení.

El material necessari que s'ha de preparar abans de realitzar l'exploració ginecològica és el següent:

- Llum articular
- Llençol
- Guants d'un sol ús (si fem exploració de genitals interns hauran de ser estèrils)
- Espèculum (de diferents mides): mitjà per a dones sexualment actives i petit per a dones que no hagin iniciat relacions sexuals o en època de climateri

- Lubricant hidrosoluble
- Pinces amb dents
- Gasses estèrils
- Escovillons per mostres de cultiu estèril

En primer lloc, realitzarem la inspecció del genitals externs, des del mont de venus, els llavis majors, el perineu, la distribució del pèl, la integritat de la pell i fins a l'anus. Seguidament, utilitzant la mà no dominant, separarem els llavis majors i menors per visualitzar el vestibul. Confirmarem l'existència del clítoris, de la uretra i de l'introit vaginal. En cas de localitzar signes d'anormalitat durant l'exploració, procediríem a la palpació dels genitals externs i, en cas de secrecions anòmales, procediríem a l'obtenció de mostres. La palpació dels genitals externs consisteix a palpar les glàndules annexes de Bartolino amb els dos dits i la palpació de les glàndules de Skene o Para-uretrals, les quals palparem introduint dos dits a l'introit i elevant l'orifici de la uretra per observar si hi ha sortida de secrecions.

Inspecció	Normalitat	Desviació de la normalitat
Distribució, quantitat i característiques del pèl púbic	<ul style="list-style-type: none"> • Dona adulta: pèl púbic arriat • Dona adulta amb menopausa: pèl fi i més llis • Distribució: triangle invertit 	<ul style="list-style-type: none"> • Poc pèl púbic • Massa pèl púbic: distribució per sobre de l'abdomen
Presència de: <ul style="list-style-type: none"> • Clítoris • Uretra • Introit • Anus • Llavis majors • Llavis menors 	<ul style="list-style-type: none"> • Pell del pubis intacta sense lesions • Pell de la regió vulvar més fosca que la resta del cos • Llavis majors arrodonits i simètrics • Clítoris d'1 cm d'amplada i 2 cm de llargada • Orifici uretral del mateix color que la mucosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Paràsits • Secrecions abundants o ofensives • Cicatrius: episiotomia, estrips vaginals durant el part • Fissures, lesions • Inflamació • Asimetria, deformitats • Eritema • Varius • Introit vaginal de <3 cm pot indicar mutilació genital femenina
Palpació		
Glàndules Skene i Bartolino	Absència de dolor i d'augment de mida	<ul style="list-style-type: none"> • Augment de mida • Molèsties
Gànglis inguinals	Absència de dolor i d'augment de mida	<ul style="list-style-type: none"> • Augment de mida • Molèsties

Font pròpia.

Seguidament, procedirem a la inspecció dels genitals interns, mitjançant el material esmentat anteriorment. En cas de detectar signes d'anormalitat durant l'exploració, s'obtidran mostres estèrils del tracte genital femení pel cultivar.

Per tal de procedir a la inspecció dels genitals interns, introduïrem l'espèculum a la vagina amb la tècnica següent: primer en horitzontal i, després, anirem rotant l'espèculum fins a 90°. Utilitzarem el lubricant hidrosoluble per facilitar-ne la introducció. Un cop introduït del tot, obrirem les espàtules de l'espèculum i el fixarem perquè no es tanqui durant l'exploració. Inspeccionarem les parets vaginals, el fons vaginal, el coll de l'úter o cèrvix, i l'orifici cervical extern (OCE).

Per finalitzar l'exploració, demanarem a la dona que realitzi pressió vaginal fent la maniobra de Valsava a fi de poder observar a l'introït la presència de prolapse de bufeta (cistocele), prolapse de recte (rectocele) o prolapse uterí.

Els signes de normalitat de la inspecció dels genitals interns són els següents:

Inspecció	Normalitat	Desviació de la normalitat
Coloració de la mucosa genital Parets vaginals i fons de sac (mentre retirem l'espèculum)	<ul style="list-style-type: none"> • Dona no gestant: rosades amb plecs i sense lesions • Dona gestant: violàcia (Signe de Chadwick) 	<ul style="list-style-type: none"> • Canvis de coloració: envermelliment, inflamació o hiperèmia • Secrecions • Cicatrius: estrips vaginals durant el part • Fissures, lesions • Inflamació • Asimetria, deformitats o masses • Varius • Cossos estranys
Moc cervical	<ul style="list-style-type: none"> • No abundant • Clar/transparent • Líquid abans de l'ovulació, i més espès després de l'ovulació 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloració verda, blanquinosa o altres • Olor ofensiva
Coll de l'úter (Cèrvix)	<ul style="list-style-type: none"> • Arrodonit • Coloració rosada a la línia mitjana • Sense lesions ni secrecions • Centrat • En dones postmenopàusiques, to pàl·lid 	<ul style="list-style-type: none"> • Color cianòtic sense embaràs: pot suggerir congestió venosa, hipòxia isquèmica • Envermelliment • Projectió del coll dins de la cavitat vaginal, més de 2.5 cm (Prolapse). • Laceracions • Posició lateralitzada
Orifici Cervical Extern (OCE)	<ul style="list-style-type: none"> • Nul·líparas: puntiforme i tancat • Multíparas: enfonsat i horitzontal 	<ul style="list-style-type: none"> • Transvers unilateral o bilaterals, irregular o estrellat • Presència d'hemorràgia • Presència de secrecions: mucopurulentes (verdes, grogues, blanques, grises)

Font pròpia.

La palpació de genitals interns l'hauria de realitzar un especialista en ginecologia i obstetrícia, però hem d'estar familiaritzats amb la seva realització i saber quins són els signes i símptomes d'alerta. Sempre s'iniciarà amb l'examen vaginal i, després, el rectal. Introduint el segon i tercer dit de la mà dominant per l'introït, es demanarà a la dona que contregui els músculs de la vagina amb força per comprovar el to muscular. Al mateix temps, abdominalment amb la mà no dominant, es delimitarà la posició de l'úter, pressionant lleugerament en direcció a la sínfisi púbica. La palpació dels ovaris també es realitzarà vaginalment des del fons del sac vaginal, primer a la dreta i, després, a l'esquerra, i abdominalment es delimitarà amb l'altra mà. Aquesta palpació és lleugerament molesta, però no indica signes d'anormalitat si no és especialment dolorosa.

Aquests són els signes de normalitat de la palpació dels genitals interns:

Palpació	• Normalitat	Desviació de la normalitat
Úter <ul style="list-style-type: none"> • Mida • Forma • Simetria • Posició • Masses • Sensibilitat 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteroflexionat o antervertit • Ubicat a la línia mitjana • Mòbil i lleugerament sensible amb el moviment • Forma de pera en nul·líapres i arrodonit mutípres • Fermesa • Sense masses 	<ul style="list-style-type: none"> • Color cianòtic sense embaràs: pot suggerir congestió venosa, hipòxia isquèmica • Envermelliment • Projecció del coll dins de la cavitat vaginal més de 2.5 cm (Prolapse). • Laceracions • Posició lateralitzada
Ovaris <ul style="list-style-type: none"> • Mida • Forma • Simetria • Sensibilitat 	<ul style="list-style-type: none"> • Si els podem palpar: forma d'ametlla, fermesa, aprox. 3x2x1 cm • Mòbils, sensibles • No palpables a la postmenopausia o prepubertat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mida crescuda • Irregulars • Nodulars • Dolorosos • Immòbils
Recte i Anus <ul style="list-style-type: none"> • To esfínter • Dolor • Sensibilitat • Nòduls • Lesions/masses 	<ul style="list-style-type: none"> • To esfínter • No sensibilitat • No Masses • No lesions ni hemorroides • No hemorràgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Masses o lesions • To lax de l'esfínter: indicatiu de possible trauma perineal.

Font pròpia.

Consideracions en l'exploració ginecològica segons etapes de la vida de la dona

- En dones en edat reproductiva però que no han iniciat relacions sexuals amb penetració, caldrà valorar molt bé la necessitat de l'exploració vaginal, ja que és un procediment incòmode i molest, i pot arribar a ser traumàtic quan no hi hagut penetració amb interioritat. Per aquest motiu no es recomana iniciar controls ginecològics de prevenció i vigilància de la salut fins que la dona no és sexualment activa.
- En dones gestants o lactants, trobarem diferències en l'úter ja que es troba hipertrofiat i augmenta en capacitat entre 500 i 1.000 vegades en referència a un úter no gestant. També augmenta la vascularització del cervix, que es torna més elàstic. Aquestes característiques afavoreixen que la coloració cervical esdevingui violàcia (Signe de Chadwick). Els estrògens afavoreixen la creació moc, que s'acumula al canal cervical, i afavoreix la formació del tap mucós. Les parets vaginals es tornen més elàstiques a causa de l'acció de la relaxina.
- En dones en edat de climateri, la reducció de progesterona circulant disminueix l'elasticitat dels teixits i la secrecions vaginals, cosa que dificultarà l'exploració vaginal i la farà més incòmoda i dolorosa. Haurem de considerar utilitzar un espèculum més petit per poder facilitar l'exploració. També hi haurà aprimament i coloració més pàl·lida de les mucoses, signe de normalitat en aquesta etapa.

Exploració mamària

L'exploració mamària consta de la inspecció i palpació de les mames i dels ganglis annexos. La posició adequada per realitzar l'exploració anirà canviant segons la zona que cal explorar. Igual que en altres exploracions, intentarem mantenir el màxim d'intimitat possible proporcionant una talla. No precisarem de material addicional a part d'uns guants no estèrils per realitzar la palpació.

Durant tota l'exploració, per tal de fer-la de manera sistemàtica i no deixar-nos cap espai per explorar, dividirem cada mama en quatre quadrants imaginaris: superior extern, inferior extern, superior intern, i inferior intern.

Inspecció

Iniciarem l'exploració amb la inspecció. Demanarem a la dona que es col·loqui en sedestació i farem que posi els braços en quatre posicions diferents per

tal d'observar canvis en la simetria, posició, caiguda i forma de les mames. Començarem amb els braços caient al costat del cos; seguidament, amb els braços en extensió; després, col·locarem les mans a la cintura amb els braços separats; i, finalment, ajuntant els dos palmells de les mans una contra l'altra a l'alçada del cap. Acabarem la inspecció demanant a la dona que reclinï el cos cap endavant per veure la caiguda del pit.

Els signes de normalitat de la inspecció mamària són els següents:

Inspecció	Normalitat	Desviació de la normalitat
<ul style="list-style-type: none"> • Forma • Simetria • Contorns • Coloració • Retracció • Regions vascularitzades • Presència d'inflamació o edema • Tò muscular • Tipus de mama: creixement, etapa... • Aurèola i mugró: color, direcció, mida, posició, lesions 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma arrodonida • Mida lleugerament desigual, generalment asimètriques • Pell de color uniforme, llisa i intacta. • Coloració de rosa clar a marró fosc • Patró vascular vertical o horitzontal asimètric • Estries • Presència irregular de glàndules sebàcies a la superfície de l'aurèola • Aurèola rodona, color similar, dirigides a la mateixa direcció. • No secrecions 	<ul style="list-style-type: none"> • Canvi de mida o forma recent de la mama • Asimetries • Alteració de la coloració • Hiperpigmentació • Retraccions • Regió hipervascularitzada, unilateral i localitzada • Inflamació o edema • Asimetria i lesions • Diferència de mida o color en aurèoles. • Secrecions en absència d'embaràs

Font pròpia.

La tècnica de palpació mamària consisteix a pressionar lleugerament amb la polpa dels dits el teixit mamari contra la paret toràcica. Amb la palpació superficial, identificarem el to, dolor i temperatura, i, amb la palpació profunda, identificarem la consistència i l'acumulació de secrecions. La tècnica de palpació sistemàtica pot variar segons el criteri del professional, en franques verticals, circular o radial. Ara bé, sempre s'inicia pel quadrant superior i baixa en direcció a les agulles del rellotge fins a examinar tots els quadrants. Preferiblement realitzarem la palpació en posició decúbit supí, i elevarem les espatlles amb un coixí.

Finalment demanarem a la dona que realitzi una rotació externa del braç o bé que es col·loqui en decúbit dorsal amb el braç en abducció en 90° per

poder palpar la cua d'Spence. Finalment passarem a palpar la part central del mugró i el teixit subjacent en la mateixa posició anterior. Amb les dues mans planes, palparem la zona alveolar en 360°. Després, amb dos dits, resseguirem el recorregut de l'aurèola, i per acabar pressionarem el mugró amb el 1r i 2n dit per observar si hi ha secrecions hemàtiques, seroses o galactorrèiques.

Finalitzarem la palpació revisant les fosses supraclaviculars, infraclaviculars i axil·lar per buscar la presència de ganglis limfàtics inflamats.

Palpació	Normalitat	Desviació de la normalitat
Teixit glandular Aurèola	Teixit tou i depressible No dolorós	Presència de masses Dolor a la palpació Tumefacció
Mugró	No secrecions en dones no gestants	Presència de secrecions: hemàtiques, seroses o galactorrèiques
Fossa infraclavicular, supraclavicular i axil·lar	No presència de ganglis limfàtics palpables	Masses palpables Dolor Secrecions

Font pròpia.

Consideracions en l'exploració mamària segons les etapes de la vida de la dona

- Dones en període gestacional o de puerperi: les mames es tornen més fermes i plenes; l'aurèola i els mugrons s'enfosqueixen i creixen. També augmenta la vascularització de les mames. Durant el tercer trimestre comença la secreció de calostre, que continuarà després del naixement.
- Dones en període de climateri: augment del teixit adipós de la mama i els lligaments de Cooper es degraden. El parènquima glandular disminueix i s'atrofia. La posició de la mama tendeix a ser pendular.

Valoració de la salut sexual de la dona

La salut sexual es defineix com la integració dels aspectes somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials de l'èsser sexual, de manera que aquests siguin enriquidors, millorin la personalitat, la comunicació i l'amor. Igual que altres aspectes de la salut, la sexualitat humana té diferents dimensions:

- Biològica: sexe, resposta sexual.
- Psicològica: identitat de gènere, orientació sexual, preferències sexuals.
- Social: patrons de conducta, educació sexual, cultural.
- Espiritual: valors, models de la identitat sexual.

La sexualitat es desenvolupa amb la concepció de la persona i va evolucionant al llarg de la vida. Des del naixement tenim capacitat de tenir resposta sexual, però no és fins a la pubertat que el cos està preparat per adquirir el rol sexual i va evolucionant segons les etapes de la vida de la persona.

Per tant, la sexualitat és multifactorial. Els factors que tenen més impacte en la salut sexual de la persona també són variables:

- Família: ens ajudarà a concebre els rols d'aprenentatge, el nivell d'intimitat personal, els models d'identitat sexual i els estils per afrontar la diversitat sexual.
- Religió/creences: donaran directrius de comportament i expressió sexual acceptable segons un model.
- Cultura: segons el paradigma sociocultural on vivim, existirà un rol de gènere establert, estils de poligàmia, de violència de gènere i, fins i tot, de violència sexual establerta.
- Expectatives i ètica personal: determinarà els nostres valors i normes de comportament sexual.

Per poder valorar la salut sexual de la dona haurem d'entendre quins són els components de la salut sexual. Són els següents:

- Autoconcepte: com es valora un mateix com a ésser sexual.
- Imatge corporal: com es veu un mateix, fet que pot canviar durant les etapes de la vida i és una construcció social de nosaltres mateixos.
- Identitat de gènere: com es veu un mateix sexualment en imatge de gènere i, es pot donar que, no coincideix amb el sexe biològic.
- Comportament de rol sexual: expressió externa de la sexualitat i comportament segons el gènere.
- Androgínia o flexibilitat de rols sexuals: creença que els comportaments no van associats al sexe/orientació i identitat sexual.
- Característiques del comportament sexual: són les qualitats humanes i no s'han de limitar a un sexe, orientació o identitat sexual específica.

D'altra banda, també s'han de considerar les variables de la sexualitat. Són variables segons cada persona i s'engloben dins d'un múltiple espectre d'identitat i sexual i de gènere:

- Sexe biològic: correspon a les característiques físiques i biològiques de les persones. Distingim entre home, dona i intersexe.
- Orientació sexual: es definiria com l'atracció sexual cap a altres persones del mateix sexe, diferent o d'ambdós sexes. En l'orientació, es defineixen diferents espectres, que van de la bisexualitat, l'homosexualitat, la panse-

xualitat, l'heterosexualitat i l'asexualitat. No es pot definir com un estat, perquè el grau d'orientació és diferent en cada persona i pot canviar al llarg de la vida.

- Identitat de gènere: com se sent un mateix i com es percep. També es defineixen diversos espectres: transgènere, home o dona.
- Expressió de gènere: com expressem el nostre gènere als altres: com ens vestim, interactuem o com ens comportem. També es defineixen diversos espectres: gènere masculí, androgen, i gènere femení.

Les variables de la sexualitat ens serveixen per enfocar l'entrevista sexual i entendre els diferents punts de vista de salut sexual de les persones. Per valorar la salut sexual de la dona ens centrarem en l'entrevista sobre la seva història sexual i reproductiva; les parelles sexuals actuals o antigues; si té dificultats per assolir la satisfacció sexual; les preocupacions de la dona sobre la seva relació de parella, i aspectes negatius o positius del desenvolupament de la seva activitat sexual. Per poder realitzar una entrevista infermera imparcial i sense prejudicis és important que, com a infermers, acceptem les conductes i actituds sexuals dels altres.

Conseqüentment, la salut sexual de la dona no ha d'anar encaminada només a resoldre problemes, sinó a promoure estils i pràctiques sexuals saludables, i promoure la satisfacció de la dona en si mateixa i en la seva identitat i rol.

Valoració de la dimensió psicosocial de la dona i els canvis de rol

La valoració dels rols de la dona és important, sobretot quan hi ha grans canvis ja que poden desestabilitzar la seva salut psicosocial. Els moments vitals importants que implicaran un canvi en el rol de dona seran el següents:

- Assoliment del rol de dona
- Canvis de rol de parella
- Assoliment del rol de mare
- Canvis de rol professional
- Canvi de rol de mare a àvia

Els rols poden conviure paral·lelament; com el rol de parella, el professional i el de mare, el que fa que a vegades sigui difícil assolir el que la societat dictamina que siguis segons aquell rol. Les adaptacions als canvis de rol seran saludables sempre que la dona percebi que el canvi ha estat positiu, i no hi hagi conflictes entre els rols. Cada societat desenvoluparà les característiques

de cada rol i, per tant, la valoració ha de tenir en compte l'entorn social i cultural de la dona per entendre els rols en els quals es desenvolupa.

Per assegurar que l'assoliment dels rols sigui un procés saludable caldrà que animem la dona a prendre les seves pròpies decisions, perquè els rols són construccions socials que ens guiaran, però mai ens han de determinar. Intentarem que els rols no siguin incompatibles els uns amb els altres i, si en algun moment de la vida passés, haurem de prioritzar quin rol és més important en aquella etapa vital.

Canvis fisiològics i adaptatius de la dona en diferents etapes vitals

Durant les diferents etapes de la vida de la dona es produiran canvis adaptatius al procés fisiològic. Dos períodes importants en la vida de la dona són l'embaràs i el climateri. Tot i que es produiran canvis importants, no han de suposar un problema de salut associat.

Canvis fisiològics durant l'embaràs

L'evidència suggereix que un estil de vida saludable i un bon estat de salut previ a la concepció influeixen en els resultats de l'embaràs i les possibles complicacions. Els canvis anatòmics i fisiològics que succeeixen durant l'embaràs tenen efecte a tots els sistemes del cos, l'objectiu del qual és ajudar al creixement i desenvolupament fetal i facilitar l'adaptació de la mare al procés.

Durant els primers mesos de l'embaràs, fins al quart mes, el cos luti de l'ovari va segregant progesterona i estrògens fins que la placenta esta formada completament. Això manté l'endometri i prepara les glàndules mamàries per a l'alletament. Cap al quart mes d'embaràs, el creixement uterí ja ocupa quasi tota la cavitat pelviana, fins a ocupar quasi tota la cavitat abdominal; creix per sota de les costelles fins al final de l'embaràs. A causa del creixement uterí, òrgans com el fetge, l'estómac i els intestins es desplacen; el diafragma s'eleva i la cavitat toràcica s'amplia. Per sota de la cavitat pelviana, degut al creixement, també hi ha compressió dels urèters i la bufeta.

A conseqüència d'aquest creixement accelerat del nadó, hi ha altres canvis fisiològics associats a l'embaràs com l'augment de pes de la mare per la presència del nadó, la placenta, el líquid amniòtic i l'augment de retenció de líquids extravasculars. Els nivells de teixit adipós i els dipòsits de proteïnes també augmenten i es concentren a preparar les mames per a l'alletament. Aquestes modificacions en l'augment de pes i de les mames de la dona faran modificar, al mateix temps, la curvatura lumbar, i provocaran lordosi i, a vega-

des, dolor lumbar associat. L'augment de relaxina i progesterona influencien en la posició i l'elongament dels lligaments i les articulacions de la pelvis i la zona sacra, i poden causar dolor lumbar. El 76% de les dones embarassades afirma que té dolor a l'esquena en algun moment de l'embaràs.

En el sistema cardiovascular es produeixen diferents canvis. El més important és l'increment de volum sistòlic en un 30% i el dèbit cardíac que augmenta paulatinament entre un 20 i 30% per mantenir el flux sanguini de la placenta. La freqüència cardíaca també augmenta entre un 10 i 15 %, i el volum de sang, entre un 30 i 50% cap a la segona meitat de l'embaràs. També hi ha canvis en els nivells sanguinis dels factors de coagulació; augmenten i, conseqüentment, incrementen el risc de trombosi, i una lleugera leucocitosi que està preparada per combatre infeccions. Tots aquests canvis van associats a un bon desenvolupament del nadó, ja que intenten cobrir les necessitats d'oxigen i nutrients.

Un altre canvi associat a l'augment de pes és la possible compressió de la vena cava quan la dona descansa en decúbit supí, perquè es redueix el retorn venós i s'afavoreix l'aparició d'edemes i varius a les extremitats inferiors i a la vagina. L'edema i la vascularització de la vagina augmenten, afavorint l'aparició de varius intravaginals i hemorroides. La persistència de la posició de decúbit pot arribar a produir un quadre vagal, per la qual cosa es recomana sempre descansar en decúbit dorsal esquerre per afavorir el retorn venós de la placenta. La compressió persistent de l'artèria renal també podria produir hipertensió. L'augment progressiu de la mida de l'úter augmenta la compressió sobre la bufeta durant l'embaràs i això pot causar sensació de micció constant i urgència de la micció, i fins i tot incontinència urinària d'estrès. L'augment de la filtració glomerular també afavoreix una freqüència de micció més elevada. Recomanarem mantenir una bona hidratació i afavorir el retorn venós de les extremitats inferiors per evitar l'edema.

La fisiologia de l'aparell respiratori també es modifica: la capacitat residual funcional disminueix fins al 25% i el volum de reserva expiratori també disminueix fins al 40%. Com que el consum corporal augmenta entre un 10 i 20%, les ventilacions per minut augmenten i la resistència dels arbres bronquials disminueix, i produeix una certa dificultat respiratòria o dispnea quan l'embaràs és avançat i es produeix un esforç. Aquesta dispnea també es veu potenciada per l'alta sensibilitat al CO_2 a causa de les modificacions en volum plasmàtic (en un 50%) i els hematies (poc augment i baixa hemoglobina). Recomanarem fer exercici físic de baixa i mitja intensitat, sense impacte a la zona abdominal, com per exemple la natació, caminar o rem per mantenir un bon nivell de despesa cardiovascular.

Pel que fa als canvis de l'aparell digestiu, el més significatiu és l'augment de la sensació de gana per poder cobrir les necessitats de creixement del nadó. Durant el primer i segon trimestre trobarem canvis en la relaxació de l'esfínter gastroesofàgic que afavorirà la sensació de piroisi, nàusees i vòmits. Però també trobarem canvis en la motilitat intestinal, que poden afavorir al restrenyiment, sobretot durant el tercer trimestre i reflux gastroesofàgic durant aquest període per compressió de l'estómac. Recomanarem evitar àpats copiosos, aliments estimulants o de difícil digestió. També recomanarem menjar més freqüentment i en poques quantitats, sempre mantenint una dieta equilibrada.

El sistema tegumentari també pateix canvis, sobretot en la pigmentació de la pell. La hiperpigmentació al voltant dels ulls i els pòmuls en forma de mascareta, s'anomena cloasma. També trobarem hiperpigmentació a la zona de les aurèoles mamàries i la línia blanca de l'abdomen. L'augment de pigmentació se sol notar més en dones amb pell de tendència fosca. D'altra banda, a causa del creixement de l'abdomen, també poden aparèixer, en un 90% dels embarassos, estries a totes les parts del cos on s'ha produït un creixement ràpid. A causa del creixement, també es pot notar sensació de prurit a la zona de l'abdomen. També es pot observar una pèrdua accelerada de cabells, deguda a l'augment de producció de més cabells i pèl per l'alta concentració d'estrògens en sang. Els nivells d'estrògens haurien de revertir correctament després de l'embaràs i la producció de pèl i cabell també. Les recomanacions seran afavorir sempre la protecció i evitar hores de màxima exposició. La utilització de xampús sense parabens ni folats afavoriran el manteniment del Ph del cuir cabellut.

Els canvis més significatius de l'aparell reproductor són l'augment de producció de flux vaginal, l'anomenat leucorrea, a causa del creixement bacterià de la flora vaginal per protegir-se contra infeccions externes. L'aparència del moc cervical sol ser blanquinosa, no ofensiva i no lligada a prurit. Si hi hagués algun d'aquests símptomes, es consideraria un flux vaginal anormal i precisaria una exploració. Les recomanacions d'autocura aniran encaminades a afavorir un canvi freqüent de roba interior sense fer servir tovallolletes íntimes ni compreses higièniques ja que afavoreixen l'augment de flora bacteriana.

D'altra banda, els canvis hormonals i mecànics de l'embaràs poden afavorir que la dona tingui trastorns del son, associats a un descans pobre per les diferents manifestacions i canvis del mateix embaràs. És important que donem recomanacions d'hàbits de son a les dones, com tècniques de relaxació, reducció de consum d'estimulants i tòxics, o evitar fluids abans d'anar a llit per millorar el son i el descans.

En conclusió, hi ha molts canvis fisiològics durant l'embaràs que són signes i símptomes d'adaptacions del cos de la dona a la nova situació. Els professionals d'infermeria han de saber detectar els canvis fisiològics com a tals per poder donar recomanacions d'autocura a la dona i també informar de signes i símptomes d'alerta.

Canvis fisiològics durant l'etapa de climateri

El climateri és el període de temps durant el qual es produeix un esgotament de la dotació fol·licular dels ovaris, que condueix a la desaparició de la capacitat reproductiva de la dona i inicia una modificació de l'aparell reproductiu i altres sistemes de l'organisme. Durant el període del climateri és quan apareixerà la menopausa. A conseqüència de tots els canvis hormonals, apareixeran canvis fisiològics a l'organisme de la dona, que iniciaran el procés d'envelliment i finalitzaran l'etapa reproductiva.

Modificacions menstruals i reproductives

Com els altres canvis fisiològics, l'esgotament ovàric que causa la menopausa es va produint de manera lenta i progressiva. Aquest esgotament està programat en cada dona des del naixement. La menopausa (última menstruació) representa el final de la vida reproductiva de la dona.

Els ovaris són unes glàndules amb doble funció:

- **Endocrina:** produeixen estrògens, progesterona i, en menor quantitat, andrògens. Aquestes hormones són necessàries per al correcte desenvolupament de l'organisme femení. El dèficit hormonal durant el climateri causa una sèrie d'alteracions físiques i psíquiques, que es van produint amb més o menys simptomatologia clínica segons passen els anys i segons el nivell hormonal.
- **Exocrina:** produeix els òvuls necessaris per a la reproducció. La reserva ovàrica va reduint-se fins a esgotar-se.

Les dues funcions es desenvolupen en paral·lel i de manera repetida amb els cicles durant el període fèrtil, amb l'ajuda de la glàndula hipòfisi. Tot i que les dues funcions van juntes, la funció reproductora es perd abans que l'hormonal, de manera que durant l'etapa perimenopàusica la fertilitat ja va disminuint.

Síndrome vasomotor

És la simptomatologia més associada a canvis en la qualitat de vida, alterat en un 20% dels casos.

- Sufocacions i/o sudoracions: són els símptomes més freqüents del climateri i clínicament les sufocacions precedeixen a les suades.
- Les sufocacions són crisi de vasodilatació cutània que afecten la cara i la part superior del tòrax, acompanyats de sensació de calor, envermelliment cutani i sudoració profusa.
- Causa no coneguda amb precisió, però coincideixen amb elevacions de LH, el que fa pensar que es tracta d'un fenomen neuroendocrí d'origen hipotalàmic.
- Els símptomes vasomotors intensos s'associen a alteracions del son, cefalees i vòmits.

Modificacions psíquiques i psicològiques

Les funcions fisiològiques i psicològiques del sistema nerviós modulades pels esteroides estan afectades per l'alteració del sistema límbic (actua sobre l'humor, la conducta i la funció cognitiva), i produeixen una simptomatologia neurològica i psicològica.

- La manifestació més comuna durant la menopausa és la disminució de l'estat d'ànim, la tendència depressiva i la pèrdua de memòria i concentració. Però la seva intensitat i expressió dependrà en gran part de factors socioculturals i individuals.
- Els símptomes psíquics més freqüents són els canvis en els hàbits del son i l'insomni.
- Les alteracions del son, les cefalees i els vòmits han demostrat una associació amb la presència de símptomes vasomotors intensos.
- També apareixen irritabilitat, canvis d'humor, estats d'ansietat, dificultat de concentració, pèrdua de memòria, tendència a la melancolia i la tristesa.
- La causa de les distímies seria una alteració del metabolisme del triptòfan amb nivells baixos de serotonina ja que no s'ha demostrat una relació causal directa amb la menopausa.
- Modificacions en la resposta sexual durant el climateri: els canvis fisiològics del climateri poden condicionar una resposta sexual diferent, la seva causalitat no s'ha relacionat amb la menopausa directament. Poden ser: alentiment de la fase d'excitació sexual, disminució de les contraccions orgàsmiques en freqüència i intensitat, disminució de la mida de la vagina, els ovaris i l'úter i pèrdua de l'elasticitat i lubricació de la vagina, el que pot produir relacions sexuals doloroses.

Modificacions de l'aparell genitourinari

L'estradiol intervé en la producció de col·lagen a la pell, mucoses i teixit connectiu, a més dels ossos. El dèficit estrogènic ocasiona pèrdua d'elasticitat muscular que es manifesta en:

Atrofia genital

Sobre l'aparell genital es produeixen fenòmens regressius a totes les estructures. Apareixen més tardanament que els símptomes neurovegetatius i la sensació de sequedat vaginal és el primer que se sol referir. La disminució dels estrògens produeix una sèrie de canvis a la mucosa vaginal i les glàndules de l'aparell genital.

- Genitals externs: pèrdua progressiva del pèl púbic, alhora que el teixit cel·lular subcutani disminueix, per la qual cosa els llavis majors són més prominents i els llavis menors desapareixen.
- Vagina: hi ha una disminució de les capes de revestiment epitelial. El dèficit d'estrògens origina una reducció del glicogen, un augment de l'àcid làctic i una disminució dels bacils de Döderlein, el que origina un augment del PH vaginal. En conseqüència, hi ha més susceptibilitat davant les infeccions, amb inflamació crònica per atrofica, el que s'anomena vaginitis atrofica. La vagina esdevé més estreta, s'escurça i els fons de sac vaginals desapareixen, fet que pot produir l'aparició de relacions sexuals doloroses.
- Úter i endometri: L'úter també disminueix amb mida i perd turgència i elasticitat, ja que la paret muscular està altament infiltrada de teixit connectiu que proporciona consistència fibrosa. L'endometri manté la seva capacitat per respondre a estímuls hormonals.
- Ovaris: disminueixen de mida. La superfície esdevé rugosa i la consistència fibrosa. Es produeix absència de fol·licles i la presència de quists 'inclusió, el que s'anomenen adenofibromatosi quística.
- Trompa: s'atrofia en el seu conjunt, tant les cèl·lules secretores com les ciliades.
- Uretra i bufeta: la paret de la bufeta mostra alteracions similars a les de la vagina. Pot aparèixer cistouretritis atrofica i incontinença urinària. També pot aparèixer relaxació al sòl pelvià que facilita l'aparició de disfuncions del sòl pelvià. La relaxació vaginal farà més probable el cistocèle, el rectocèle i el prolapse uterí. L'associació entre incontinença urinària i les infeccions urinàries recurrents amb la disminució d'estrògens és polèmica.

Modificacions cutànies

- La deficiència d'estradiol facilita la pèrdua de la fermesa de la pell i l'aparició de plecs.
- La pell es va fent més fina, amb menys papil·les, menys fol·licles pilosos i glàndules sebàcies i sudorípares.

- La disminució de la suor i el greix de la pell fan que s'assequi més.
- Les mucoses poden esdevenir més seques.
- Es pot produir un canvi en el to i el timbre de la veu.

La mama

- El component adipós de la mama augmenta i els lligaments del Cooper s'atresien.
- El parènquima glandular disminueix i té funció atrofica, amb un gran component connectiu.
- La posició de la mama tendeix a ser pendular.

Modificacions cardiovasculars

En aquesta etapa de la vida hi ha una tendència a augmentar de pes. El risc d'alteracions del perfil lipídic pot comportar sobrepès i obesitat.

Risc de malaltia cardiovascular

Els estrògens produeixen un efecte protector davant les malalties cardiovasculars, en conseqüència, amb la postmenopausa es manifesten aquests canvis:

- Augment del colesterol HDL i disminució de LDL.
- Arteriosclerosi: els estrògens actuen com a antioxidants i impedeixen l'oxidació del colesterol LDL. També tenen una funció de manteniment de la integritat de l'endoteli.
- Sistema arterial: després de la menopausa, es redueixen els efectes beneficiosos dels estrògens. Això induïx a una vasodilatació de les artèries coronàries i les perifèriques, que pot predisposar a patir hipertensió.
- Despesa ventricular: s'ha observat un engrandiment progressiu del cor en les postmenopàusiques; engruïment de la paret ventricular i reducció del volum sistòlic, que augmenta el risc de cardiopatia isquèmica, infart agut de miocardi i insuficiència cardíaca.

Modificacions al sistema osteoarticular: risc d'osteoporosi

El procés dinàmic de la regeneració òssia és dirigit pel complex sistema hormonal i els factors de creixement. Els estrògens ajuden a inhibir la reabsorció òssia i faciliten l'absorció intestinal del calci. Després de la parada de la funció ovàrica, s'accelerará la pèrdua de la massa òssia. Això afectarà principalment els ossos tuberculars, que poden arribar a produir fractures vertebrals i de l'epífisi distal del radi. Durant els primers anys, l'osteoporosi pot cursar de manera asimptomàtica. Posteriorment les vèrtebres es poden

aixafar per la part anterior i aparèixer en falca. Apareixeran dolors d'esquena, sobretot a la regió lumbar. La deformitat de les vèrtebres afavoreix l'aparició de la cifosi i la disminució de l'alçada de les vèrtebres i del mateix cos. També pot afavorir la pèrdua de peces dentals.

REFERÈNCIES

- Berman A, Snyder S, Koziar B, Erb G. *Fundamentos de enfermería*. 8a ed. Perason. Prentice Hall: 2008.
- Bajo-Arenas JM, Melchor-Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetria*. Sociedad Española de Ginecología e Obstetrícia (SEGO): Madrid; 2007.
- Coad J and Dunstall M. *Anatomy and hysiology for midwives*. 3ª Ed. London: Churchill Livingstone Elseiver; 2011.
- Guitierrez-Teira B. *La respuesta sexual humana*. AMF 2010; 6(10): 543-546.
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds S. *Enfermería maternal y del recién nacido*. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2006.
- Macdonald S, Magill-Cuerden J. *Mayes' Midwifery*. 4ª ed. London: Elseiver; 2011.
- Menopause: diagnosis and management, NICE guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012. Disponible a: nice.org.uk/guidance/ng23
- Moore KL, Agur MR, Deley AF. Moore: *Fundamentos de Anatomia con Orientación Clínica*. 5ª ed. Wolters Kuwer Health: Barcelona; 2015.
- Palomo Gómez R, Romeu Martínez M, Martí A. *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*. Volumen 6: Enfermería de la mujer y la familia parte 1. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible a: http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Programa_formativo_matrona_V06.pdf
- Ramos-Ortega G, Diaz-Hernandez MC, Rodríguez-Moctezuma JR, Domínguez-Gómez FG. *Citología cervical satisfactoria exendido exocervical circular comparado con el longitudinal*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(6):696-703.
- Tortora G and Derrickson B. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 11ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.

CAPÍTOL 10

Promoció de la salut de la dona: prevenció de la violència de gènere

**Dra. Concepció Fuentes Pumarola
i Dr. David Ballester Ferrando**

Aquest capítol pretén aclarir diferents conceptes entorn de la violència de gènere, així com descriure factors de risc i el cicle de la violència per poder entendre aquest fenomen. Finalment, se sintetitza la valoració i detecció de la dona que hagi pogut patir violència masclista. Les professionals infermeres han de conèixer a fons aquest problema social i de salut que afecta un terç de les dones del món. També és imprescindible que adquireixin coneixements i competències per atendre les dones que acudiran a les consultes d'atenció primària, a les urgències dels hospitals o a qualsevol centre. Cal que els i les estudiants de Ciències de la Salut, abans d'acabar els estudis, esdevinguin agents socials de canvi per prevenir i erradicar determinades actituds i conductes que afavoreixen la violència masclista en els diferents entorns on es mouen, com són els campus universitaris, les aules, a casa i als espais d'oci. La sensibilització i la conscienciació és clau en la població jove, però no oblidem que és imprescindible que els i les professionals de la salut adquireixin els coneixements i les competències adequades per poder abordar, gestionar, detectar, valorar i atendre les dones que han patit violència masclista. Aquesta atenció cap a les dones s'haurà de dur a terme amb un abordatge biopsicosocial i multidisciplinari.

La violència de gènere, violència contra les dones, violència masclista

Durant les últimes dècades, la definició de violència de gènere ha anat evolucionant. Actualment, en el nostre context, s'anomena violència masclista.

L'any 1993 l'Organització de les Nacions Unides (ONU) va definir la violència de gènere (VG) o violència contra les dones com a tot acte de violència basat en el gènere que té com a resultat possible o real un dany físic,

sexual o psicològic, incloses les amenaces, la coerció o la privació arbitrària de la llibertat, ja sigui que ocorri en la vida pública o en la vida privada. La violència contra la dona impedeix l'assoliment dels objectius de desenvolupament de la igualtat i la pau, que vulnera i perjudica el gaudiment dels drets fonamentals i la participació en els seus deures. És per això que el 1995 la Conferència Mundial sobre les Dones va instar a tots els governs a prendre mesures per prevenir i eliminar aquesta forma de violència. Violència que, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), constitueix un greu problema de salut pública que afecta a una de cada tres dones al món en forma de violència física i/o sexual de parella o violència sexual per tercers en algun moment de la seva vida. Seguint les indicacions de l'ONU, l'any 2004 es van establir canvis normatius en el codi penal espanyol mitjançant la Llei orgànica 1/2004.

L'any 2006 l'Assemblea General de les Nacions Unides va establir que la violència contra les dones i les nenes és una de les violacions dels drets humans més sistemàtica i generalitzada. Aquest tipus de violència té les seves arrels en les estructures socials, construïdes sobre la base de gènere i no en accions individuals o a l'atzar; transcendeix l'edat, els límits socioeconòmics, educatius i geogràfics; afecta totes les societats, i és un obstacle important per eliminar globalment la desigualtat de gènere i la discriminació.

A Catalunya, 17/2020 del 22 de desembre, modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista incorpora la definició jurídica de violència masclista (VM) com a violació dels drets humans a través de la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat.

Aquesta llei incorpora noves formes de VM fins ara no contemplades, com són la violència obstètrica, la violència digital, la violència de segon ordre i la violència vicària.

Així doncs, segons aquesta llei, la VM pot ser exercida com a:

- *Violència física*: comprèn qualsevol acte de força contra el cos d'una dona, amb el resultat o el risc de produir-li una lesió física o un dany.
- *Violència psicològica*: comprèn qualsevol conducta o omissió que produeix en una dona una desvaloració o un patiment per mitjà d'amenaques, humiliació, vexacions, menysteniment, menyspreu, exigència d'obediència o submissió, coerció verbal, insults, aïllament o qualsevol altra limitació

del seu àmbit de llibertat. La violència masclista també es pot dur a terme amb l'amenaça o la causació de violència física o psicològica contra l'entorn afectiu de la dona, especialment els fills i filles o altres familiars que hi convisquin o hi tinguin una relació directa, quan es dirigeixi a afligir la dona. També inclou la violència ambiental, que es duu a terme per mitjà de l'exercici de la violència sobre béns i propietats de la dona, amb valor econòmic o sentimental, o sobre els animals amb els quals té un vincle d'afecte, amb la finalitat d'afligir-la o de crear un entorn intimidatori.

- *Violència sexual i abusos sexuals*: comprèn qualsevol acte que atempti contra la llibertat sexual i la dignitat personal de la dona creant unes condicions o aprofitant-se d'un context que, directament o indirectament, imposin una pràctica sexual sense tenir el consentiment ni la voluntat de la dona, amb independència del vincle que hi hagi entre la dona i l'agressor o agressors. Inclou l'accés corporal, la mutilació genital o el risc de patir-ne, els matrimonis forçats, el tràfic de dones amb finalitat d'explotació sexual, l'assetjament sexual i per raó de sexe, l'amenaça sexual, l'exhibició, l'observació i la imposició de qualsevol pràctica sexual, entre altres conductes.
- *Violència obstètrica i vulneració de drets sexuals i reproductius*: consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre llurs pràctiques i preferències sexuals, i sobre llur reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per a accedir als mètodes contraceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció assistida, i també les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona.
- *Violència econòmica*: consisteix en la privació intencionada i no justificada de recursos per al benestar físic o psicològic d'una dona i, si escau, de llurs fills o filles, en l'impagament reiterat i injustificat de pensions alimentàries estipulades en cas de separació o divorci, en el fet d'obstaculitzar la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella i en l'apropiació il·legítima de béns de la dona.

- *Violència digital*: consisteix en els actes de violència masclista i misogínia en línia comesos, instigats, amplificats o agreujats, en part o totalment, amb l'ús de tecnologies de la informació i de la comunicació, plataformes de xarxes socials, webs o fòrums, correu electrònic i sistemes de missatgeria instantània i altres mitjans semblants que afectin la dignitat i els drets de les dones. Aquests actes causen danys psicològics i, fins i tot, físics; reforcen estereotips; danyen la dignitat i la reputació; atempten contra la privacitat i la llibertat d'obrar de la dona; li causen pèrdues econòmiques, i obstaculitzen la seva participació política i la seva llibertat d'expressió.
- *Violència vicària*: consisteix en qualsevol tipus de violència exercida contra els fills i filles amb la finalitat de provocar dany psicològic a la mare.

La VM es pot manifestar en diferents àmbits: parella, familiar, laboral, social o comunitari, institucional, digital, de la vida política i l'esfera pública de les dones, educatiu i qualssevol altres formes anàlogues que lesionin o puguin lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones. Cal remarcar que la VM a l'àmbit social o comunitari, a més de l'assetjament i les agressions, s'hi inclouen els matrimonis forçats, la mutilació genital femenina o el risc de patir-la, el tràfic i explotació sexual de dones i nenes, la violència derivada de conflictes armats, els feminicidis, les agressions per raó de gènere i la violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, entre d'altres. Pel que fa a aquesta última forma de violència, el 2014, en el marc de treball de l'*Human Reproduction Programme* de l'OMS, es va publicar una declaració en què es denuncia el maltractament i la falta de respecte en l'atenció al part, promovent la investigació, la implantació de polítiques de control de qualitat en els centres sanitaris i la implicació de tots els intervinents, incloses les dones, que han de denunciar les males praxis. Així, l'OMS declara que totes les dones tenen dret a rebre el nivell més alt de cures en salut, que inclou el dret a una atenció digna i respectuosa en l'embaràs i el part, i el dret de no patir violència ni discriminació.

La violència sexual (VS) que, com hem vist, inclou des de l'assetjament verbal fins a les agressions sexuals (aquestes últimes es consideren més greus jurídicament, però no a ulls de la víctima), afecta sobretot la població jove. Concretament, les dones d'entre 18 i 24 anys tenen un risc més elevat de patir algun tipus de violència sexual que la resta de les dones, i això coincideix amb la seva etapa universitària.

A Espanya, segons les dades de l'Eurostat, el 2016 es van produir 18,79 casos de VS per cada 100,000 habitants. Segons un altre estudi, el 17,6 % de

les dones majors de 16 anys a Catalunya va afirmar haver estat víctima de VM durant l'any anterior. Un estudi realitzat a Catalunya en alumnat dels graus d'Infermeria conclou que el 15,6 % de les joves ha patit abusos i/o agressions sexuals durant el període d'estudis universitaris i, dins d'aquest percentatge, més del 40 % afirma que n'ha sofert més d'una vegada. En el mateix estudi realitzat en alumnat universitari de totes les facultats, la prevalença d'abusos i/o agressions sexuals puja i esdevé el 25,2 %. Pel que fa al context d'aquesta violència, el 80 % dels casos de VS s'ha produït en context d'oci, on l'alcohol presenta un paper de retroalimentació positiva amb els abusos, atès que produeix desinhibició i pèrdua de control. L'alcohol exerceix un paper socialitzador que fa que els actes de VS siguin excusats o menysvalorats. Així doncs, l'estat d'embriaguesa s'utilitza per cometre VS per l'estat d'indefensió de la dona i l'estat de desinhibició de l'agressor.

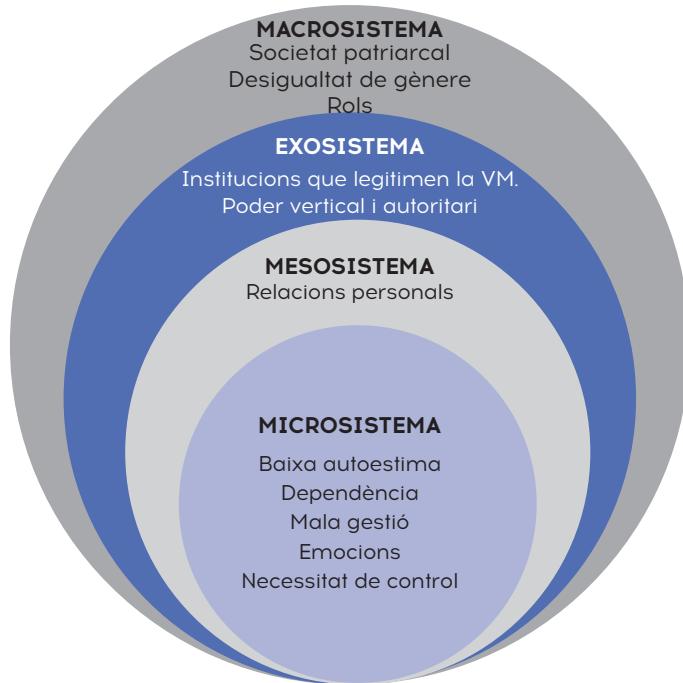
Factors de risc de la violència masclista

Una manera d'explicar els factors de risc per patir o perpetuar la VM és a través del Model Ecològic de Bronfenbrenner (1979). Aquest model és el més acceptat internacionalment per explicar tant les conductes de la persona agressora com les de la víctima. Segons Bronfenbrenner, existeixen diferents sistemes detectables en la vida d'una persona: el macrosistema, el mesosistema, l'exosistema, i el microsistema. Les interaccions d'aquests diferents sistemes afecten el desenvolupament de la persona.

- *El microsistema* es refereix a la història personal de cada individu. Inclou factors com el nivell educatiu, l'autoestima, la gestió de les emocions, el consum de substàncies tòxiques o la necessitat de control, entre d'altres.
- *El mesosistema* es configura per la xarxa de relacions directes i més personals, com poden ser la família, les amistats i el veïnat.
- Com a *exosistema* s'entén l'entorn comunitari, com són els centres educatius, la feina, els centres de salut, el sistema judicial i els espais lúdics.
- *El macrosistema* és el context més ampli. Inclou les formes d'organització social, la cultura, les creences i els estils de vida, i el moment històric que viu la persona.

Així doncs, la conducta d'un individu és el resultat de la interacció de tots els sistemes anteriors, per la qual cosa s'han de tenir en compte tots els factors en l'abordatge d'aquest problema social i de salut pública. A la figura 1 es mostra el Model Ecològic en el context de la VM.

Figura 1.
Model
Ecològic en
el context
de Violència
Masclista.
Font pròpia.



El cicle de la violència

Moltes dones que són maltractades per les seves parelles o persones del seu entorn més proper repeteixen un patró en la relació que dificulta la separació i la trobada d'alternatives o estratègies per poder sortir d'aquesta situació. L'any 1979 Walker va concloure que la violència es produïa en tres fases, que es repeten de manera cíclica. Aquest cicle es descriu a la figura 2.



Figura 2. Cicle de la violència.
Font pròpia.

- *Fase d'acumulació de tensió.* Potser, inicialment, hi ha un comportament positiu en la relació de parella. Tanmateix, a mesura que la relació avança, la tensió i la violència augmenten, primer cap als objectes i, després, cap a la dona en forma de violència verbal. L'agressor responsabilitza la dona dels abusos, adduint motius diversos que justifiquen la seva conducta agressiva. La dona es pren aquests atacs com a fets aïllats.

- *Fase d'explosió de violència.* La situació esclata en forma de violència física, psicològica o sexual. Es tracta d'una forma de càstig cap a la conducta no adaptativa de la dona. Com a resultat de l'episodi, la tensió i l'estrès desapareixeran en l'agressor.
- *Fase de calma, reconciliació o lluna de mel.* Es tracta d'un període de calma, no violent, de mostres d'amor i d'estima, de manipulació afectiva. És per això que algunes autores l'anomenen *fase de manipulació afectiva*. L'agressor pot assumir la responsabilitat o culpa i prometre que no tornarà a passar. La dona s'ho vol creure i torna a ressorgir la relació. Aquesta etapa només durarà un temps i el cicle es tornarà a reproduir.

La repetició continuada d'aquest cicle provoca un desgast emocional de la dona; la debilita per poder afrontar la situació i la fa més vulnerable a les agressions. Cal tenir en compte també que, com més temps continuï el cicle de manera ininterrompuda, més curta esdevindrà la tercera etapa. A més, com més vegades es completi tot el cicle, menys temps trigarà a tornar-se a iniciar; per tant, passarà més freqüentment.

Detecció i valoració de la violència masclista

La prevenció, valoració i intervenció de la VM és una tasca multidisciplinària que ha de garantir una atenció integral que contempli tant els aspectes clínico-psicològics com els socials i judicials.

La Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista, i modificada per la Llei 17/2020, garanteix l'abordatge integral per part de tots els agents implicats en la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones. En aquest context, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha elaborat, amb l'impuls i la coordinació de l'Institut Català de les Dones, el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut*.

En aquest protocol es recomana mantenir una actitud d'atenció activa davant la possibilitat que les dones que visiten els serveis sanitaris pateixin una situació de violència, l'hagin patida o es trobin en risc de patir-ne.

Quan un o una professional sospita que una dona pot estar vivint una situació de violència, ha d'intentar confirmar o descartar aquesta situació. Per a això, cal dur a terme una entrevista clínica. A la taula 1, es mostren les recomanacions per a l'entrevista clínica a la dona davant de sospita de violència.

El protocol també inclou una sèrie d'indicadors (signes i símptomes) que poden fer pensar que la dona hagi patit un episodi de VM. Alguns dels indicadors més importants es mostren a la taula 2.

Taula 1. Recomanacions per a l'entrevista clínica a la dona davant de sospita de violència masculista.

Recomanacions per a l'entrevista
Veure-la tota sola i assegurar-li confidencialitat.
Observar-ne les actituds i l'estat emocional (a través del llenguatge verbal i no-verbal).
Facilitar-li l'expressió de sentiments.
Mantenir-hi una actitud empàtica, que faciliti la comunicació, amb una escolta activa.
Abordar directament el tema de la violència.
Expressar clarament que mai no està justificada la violència en les relacions humanes.
Fer sentir la dona que no és culpable de la violència soferta.
Creure-la sense posar en dubte la seva interpretació dels fets, sense emetre judicis, intentant fer-li perdre la por d'haver revelat l'abús.
Ajudar-la a pensar i a ordenar les idees.
Alertar-la dels riscos i acceptar la seva elecció.
Seguir una seqüència lògica, de preguntes més generals i indirectes a altres de més concretes i directes.
No imposar-li criteris o decisions. La dona és qui pren les decisions i qui determina el temps de les seves accions. No fer-li creure que tot s'arreglarà fàcilment.
No donar-li falses esperances.
No criticar la seva actitud o l'absència de resposta amb frases com ara "per què continueu amb aquesta relació?" o "si volguéssiu posar-hi fi, se n'aniria."
No infravalorar la sensació de perill expressada per la dona.
No recomanar-li teràpia de parella ni mediació familiar.
No prescriure-li fàrmacs que li disminueixin la capacitat de reacció.
No adoptar-hi una actitud paternalista.

Font pròpia.

Taula 2. Indicadors de possible episodi de violència masclista.

Antecedents conductuals de la dona
Haver patit o presenciat maltractaments durant la infantesa.
Informació sobre situacions de maltractaments passats o presents per part de familiars, amistats o altres professionals o institucions.
Història d'abús de medicació o d'alcohol i drogues.
Història d'intent/s de suïcidi.
Història d'accidents repetits (domèstics, caigudes, fent esport, etc.)
Trastorns de la conducta alimentària.
Antecedents ginecobstètrics
Lesions als genitals, abdomen o pits (principalment durant l'embaràs).
Disparèunia, dolor pelvià i infeccions genitals de repetició.
Absència de control de la fecunditat: embaràs no desitjat o no acceptat.
Motius de consulta
No es troba un diagnòstic que pugui justificar els símptomes.
Símptomes somàtics repetitius: principalment dolors crònics, molèsties gastrointestinals.
Símptomes psicològics repetitius: trastorns del son, crisis de pànic i ansietat, depressió i ansietat.
Pautes d'utilització dels serveis sanitaris.
Hiperfreqüentació o alternança d'hiperfreqüentació amb períodes de llargues absències.
Incompliment de cites i tractaments.
Presència constant de la parella o d'alguna persona acompanyant a la consulta.
Utilització repetitiva dels serveis d'urgències.
Hospitalitzacions freqüents sense diagnòstics que les justifiquin.
Presentació de lesions durant la consulta.
Retard en la demanda d'assistència per lesions físiques.
Incongruència entre el tipus de lesió i l'explicació del motiu.
Distribució central de les lesions o lesions en llocs normalment amagats per les robes.
Lesions en genitals.
Hematomes o contusions en zones sospitoses: cara i cap, cara interna dels braços i cames.
Lesions per defensa (per exemple, cara interna de l'avantbraç)
Lesions de sospita de passivitat extrema: cremades per cigarretes.

Actitud i/o estat de la dona durant la consulta
Trets depressius i de desànim amb baixa autoestima i culpabilitat inexplicables.
Actitud de temor o evasió, dificultat d'explicar-se i incomoditat.
Vergonya, comunicació difícil i evitament de la mirada.
Estat d'ansietat o angoixa, indignació fora de context, agressivitat amb el/la professional que l'atén.
Aïllament: falta de relacions amb altres persones.
Manca de cura personal.
Actitud de la parella
Demana estar present en tota la visita.
Control sobre tot el que diu la dona: contesta ell o la interromp per precisar o matisar-ne el relat.
Necessitat de demostrar excés de preocupació o cura.
Pot mostrar-se nerviós, i fins i tot hostil o agressiu, amb ella o amb el/la professional.

Font pròpia.

En cas que es detectin alguns dels indicadors abans exposats, caldrà realitzar una acurada valoració per tal de detectar un possible cas de VM. *El Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut* també contempla un apartat de valoració de la dona en el qual s'inclouen uns indicadors a tenir en compte (Taula 3). Es tracta d'una valoració biopsicosocial de la situació de violència i de la seguretat i de la situació de risc. En relació a la valoració de la situació de risc es tracta de poder reconèixer si la dona es troba en perill extrem (situació actual de patir un esdeveniment imminent amb risc cert per a la vida de la dona o la dels seus fills i filles). Aquesta valoració s'ha de realitzar conjuntament amb la dona.

Una vegada realitzada la valoració, si s'ha detectat que la dona ha patit VM, és important portar a terme una bona atenció i seguiment de la dona, dels fills i filles i/o altres persones que tinguin al càrrec. S'hauran d'establir els mecanismes de coordinació amb altres professionals i serveis implicats.

Taula 3. Indicadors per a la valoració de la dona.

Valoració biopsicosocial
Lesions i símptomes físics.
Situació familiar.
Situació econòmica, laboral i ocupacional.
Xarxa de suport social de la dona.
Situació emocional.
Valoració de la situació de violència.
Tipus, durada, freqüència i intensitat de la violència.
Comportaments familiar i social de la persona agressora; si hi ha hagut agressions a altres persones o familiars.
Mecanisme d'adaptació desenvolupat per la dona.
Fase del procés de violència en la qual es troba.
Valoració de la seguretat i avaluació del risc
Amenaces amb armes o ús d'armes.
Amenaces o intents d'homicidi a la dona i els seus fills i filles.
Amenaces o intents de suïcidi de la dona.
Violència envers fills i filles o altres membres de la família.
Lesions greus, que requereixen fins i tot hospitalització.
Amenaces o persecució, malgrat haver-hi separació.
Augment de la intensitat i la freqüència de la violència.
Agressions durant l'embaràs.
Abusos sexuals repetits.
Comportament violent fora de la llar.
Gelosia extrema, control obsessiu de les activitats diàries de la dona (on va, amb qui està o quants diners té)
Aïllament creixent.
Consum d'alcohol o drogues per part del cònjuge, i consum per part de la dona.
Disminució o absència de remordiment expressat per l'agressor.
Cal considerar la percepció de perill que té la dona, tant per a ella com per a altres membres de l'entorn familiar. Davant de la presència d'aquest indicador, la situació queda definida directament com una situació de perill extrem.
Criteri professional després de la valoració (fonamentada en l'entrevista i la valoració biopsicosocial realitzada)
Si es detecta una situació de perill, cal fer les preguntes següents: Us sentiu segura a casa vostra? Podeu anar a casa ara? Estan segurs els vostres fills i filles? On és ara l'agressor? Ho saben, les vostres amistats o familiars? Us ajudarien?

Font pròpia.

REFERÈNCIES

- BOE. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género., Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género 13 (2019).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Departament de Salut. (2009). *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Retrieved from http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-antérieurs-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/abordatge.pdf
- DOGC. Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, No. 34 (2008).
- DOGC. Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, No. 8303 (2020)
- Eurostat. (2016). *Violent sexual crimes recorded in the EU*. Retrieved December 10, 2019, from Brusels website: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171123-1>
- Fuentes-Pumarola, C., Reyes-Amargant, Z., & Berenguer-Simon, A. (2018). *Presentació dels resultats de l'estudi realitzat a la UdG i a les facultats d'infermeria de la UdG, URiV, UAB i UB*. Retrieved from <http://diobma.udg.edu/handle/10256.1/5470>
- Gil Rodríguez, E. P., Lloret Ayter, I., & Pujal i Llombart, M. (2007). *El feminismo y La violencia de género* (Universitat Oberta de Catalunya, Ed.). Retrieved from <http://www.editorialuoc.cat/el-feminismo-y-la-violencia-de-genero>
- Macaya-Andrés, L., & Saliente Andrés, A. (2018). *Protocol (No callarem): contra les agressions i els assetjaments sexuals en espais d'oci nocturn privat*. Retrieved from http://ajuntament.barcelona.cat/bcnantimasclista/sites/default/files/protocol_oci_nocturn_cat_0.pdf
- ONU Mujeres. (1993). *Un poco de historia*. Retrieved December 10, 2019, from New York website: <https://www.unwomen.org/es/csw/brief-history>
- Organización de Naciones Unidas. (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Retrieved from http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
- Rodríguez-Martín, D., Echeverría, T., Menjón Beltrán, A., Rodríguez Vicente, S., Colas Lombarda, N., & Echarte, M. (2016). *La práctica enfermera frente a las agresiones sexuales*. *Revista ROL de Enfermería*, 39(9), 16–26. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5673441>
- Walker, L. E. (2009). *The battered woman syndrome* (4th ed.). United States: Springer Pub. Co.
- World Health Organization. (2017). *Violence against women*. Retrieved December 10, 2019, from Geneve website: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

CAPÍTOL 11

L'envelliment de les persones explicat des de la demografia

Dra. Alicia Baltasar Bagué

Demografia de l'envelliment

L'envelliment és un procés natural que es dona en tots els éssers vius i en totes les poblacions. La demografia, com a disciplina que té per objectiu estudiar estadísticament les poblacions humanes, ens informa de l'augment de l'envelliment de la població a nivell mundial al llarg del segle xx. A la dècada dels 50, al món, hi havia 400 milions de persones de 60 anys i més. A la dècada dels 90, aquest grup d'edat havia augmentat fins als 700 milions. I pel que fa al segle XXI, es calcula que cap al 2025 la xifra haurà pujat fins als 1.200 milions de persones; amb un increment percentual força significatiu de majors de 80 anys. Tots els indicadors fan preveure que una de les característiques més rellevants de l'evolució demogràfica mundial a principis del segle XXI és el progressiu procés d'envelliment de la població mundial.

A l'estat espanyol, segons dades del padró continu (INE), l'1 de gener de 2017 es registraven 8.764.204 de persones (de 65 anys i més), la qual cosa significava un 18,8% del total de la població (46.572.132). D'altra banda, el sobreenvelliment (persones de 85 anys i més) representava el 6,1% de tota la població espanyola (Taula 1). Segons les projeccions demogràfiques, s'estima que aquest darrer grup seguirà guanyant pes entre la població més gran en un procés d'envelliment dels que ja són vells.

A Catalunya, com a la majoria de països europeus, la població presenta també un procés d'envelliment, tot i que el seu índex d'envelliment (el quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el de joves menors de 15 anys), xifrat en un 116,4% el 2017, sigui inferior a la mitjana de la Unió Europea (UE), que és de l'ordre del 123,1%. Per contra, l'índex de sobreenvelliment (el quocient entre el nombre de persones de 85 anys i més i el nombre de persones de 65 anys i més) és més alt a Catalunya que no pas a la

UE. Aquesta última xifra es deu, en part, al fet de gaudir d'una esperança de vida superior. De fet, l'esperança de vida catalana és una de les més altes del món, juntament amb les de Hong Kong, Japó, Itàlia i el conjunt d'Espanya. Destaca, en particular, l'esperança de vida per a les dones (85,9 anys), superior a la dels homes en més de cinc anys (80,4 anys) (Taula 1)

Taula 1. Indicadors demogràfics, 2017.

Indicadors demogràfics	Catalunya	Espanya	UE -28
Esperança de vida en néixer (anys)	83.2	83	80.6
Índex d'envelliment (% de població de més de 64 anys / població de menys de 15 anys)	116.4	123.8	123.1
Índex de sobreenvelliment (% de població de més de 84 anys / població de més de 64 anys)	16.1	15.5	11.9
Índex de dependència de la gent gran (% de població de més de 64 anys / població de 16 a 64 anys)	28.2	28.3	29.4

Font: Institut d'Estadística de Catalunya i European Commission (2018)

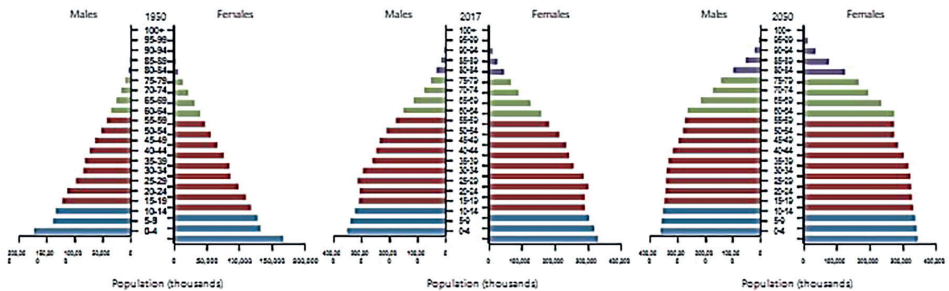
Segons les dades de l'Observatori de Majors de l'IMSERSO, la incidència de l'envelliment varia força segons l'àmbit territorial, rural o urbà. A Espanya, la majoria de persones d'aquest grup d'edat resideix en municipis urbans. De fet, en els més grans, com ara Madrid i Barcelona, hi viuen gairebé un milió més de persones grans (995.589) que en el total dels 5.864 municipis rurals. No obstant això, l'envelliment (la proporció de persones grans respecte del total) és molt més marcat en l'àmbit rural: l'any 2016, d'un total de 2.728.017 de persones que habitaven en municipis rurals de 2.000 o menys habitants, el 28,3% eren persones grans (773.249).

Pel que fa al lloc de residència de les persones grans, a l'estat espanyol s'observa un increment de les llars unipersonals en persones de 65 anys i més. La proporció de dones grans que viuen soles supera la dels homes (2016: 28,8% enfront de 14,7%). La forma de convivència majoritària entre els homes de 65 anys i més és la parella sola (sense fills ni altres convivents). En els centres o residències de gent gran, hi resideixen 270.286 persones, amb una proporció de 2,18 dones per cada home. Per grups d'edat, aquesta relació creix fins a més de set dones per cada home en edats superiors als 100 anys. Si la comparació es realitza amb la població total per edat i sexe, s'observa que les dones mostren major propensió a viure en residències de gent gran que els homes en totes les edats. A partir dels 90 anys, l'11,8% dels homes i el 18,1% de les dones viuen en residències.

L'estudi de l'envelliment des del punt de vista demogràfic es basa a observar l'evolució de la població a llarg termini mitjançant l'anàlisi de les dades aportades pel cens, els padrons municipals i altres fonts d'aprofitament demogràfic i estadístic. L'aplicació de tècniques estadístiques a aquesta mena d'informacions genera uns indicadors demogràfics que fan possible avaluar fets i situacions més o menys complexos, i avaluar decisions polítiques i administratives destinades a aquest grup de població per tal de garantir un envelliment actiu i saludable.

Concepte d'envelliment demogràfic

El concepte d'envelliment demogràfic fa referència a un canvi en l'estructura per edats d'una població i es fa visible en la representació de la piràmide d'edats i sexe. L'envelliment demogràfic és un procés que es caracteritza per un augment de la mitjana d'edat de la població. Es tracta, doncs, d'un canvi en les proporcions dels diferents grups d'edat, segons el qual la població d'edat més avançada augmenta el seu pes relatiu respecte al conjunt de la població i, sobretot, en relació amb els més joves. En la figura 1 es pot apreciar que la piràmide d'una població envellida ha perdut la configuració triangular pròpia de les poblacions joves i amb una elevada taxa de natalitat i, per contra, ha adoptat forma de guardiola, amb una base que s'estreny i unes cohorts corresponents a les edats madures i majors que s'eixamplen i que tenen tendència a assolir una proporció similar a la de les edats més joves. De fet, tal com mostra la figura 1, cap al 2050, la població en edat laboral (16-64) i la població jove (0-15) hauran reduït el seu pes dins el conjunt, i les persones de més edat triplicaran la xifra de joves.

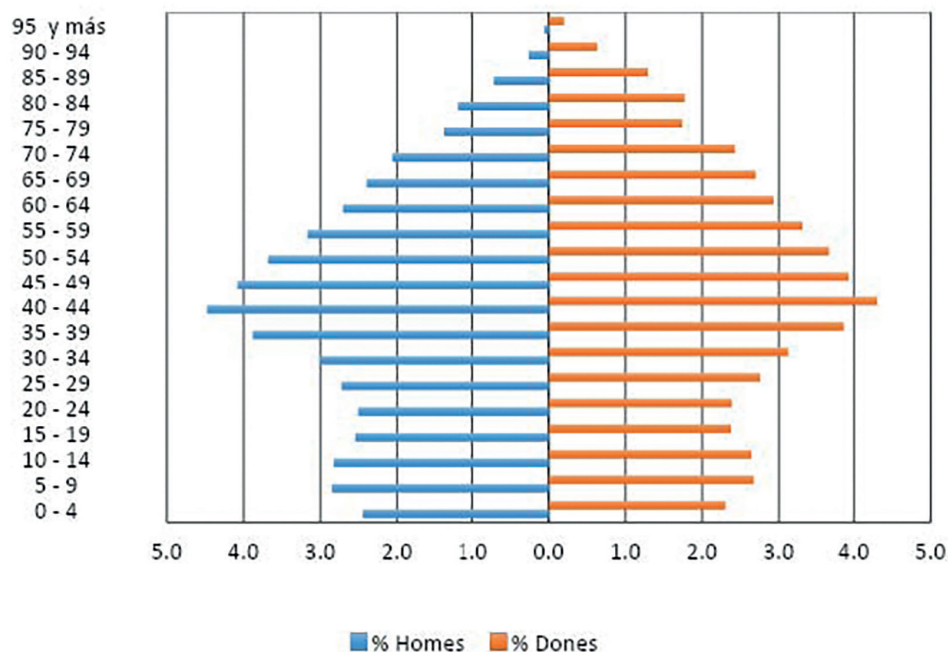


Font: World Population Prospects (2017)

Figura 1. Evolució de la població mundial (1950-2050): una previsió.

En el figura 2 es representa l'estructura de la població per edat i sexe de la població de Catalunya l'any 2018. S'hi poden observar els fenòmens següents:

1. El dèficit de població al voltant dels 75 anys motivat per les pèrdues de la Guerra Civil (1936-1939)
2. El fort creixement demogràfic de les dècades següents. Entre 1958 i 1977 es va produir una explosió de població coneguda com a *baby-boom*. En aquestes dates van néixer gairebé 14 milions de nens (més de 650.000 cada any)
3. L'elevada proporció de dones en els grups d'edat més avançats. El sexe predominant a la vellesa és el femení, amb un 32,6% més de dones (4.995.737) que d'homes (3.768.467)
4. Una important davallada de la natalitat a partir de 1984, que es pot visualitzar en la reducció de població en el grup de 24 anys o menys.
5. Una lleugera recuperació de la natalitat a partir de 2008, que fa que els grups d'edat de 5 a 14 anys complets siguin més nombrosos.



Font: Institut d'Estadística de Catalunya (2018)

Figura 2. Distribució de la població de Catalunya per grups d'edat i sexe (2018).

Causes de l'envelliment demogràfic

Les variables que influeixen en l'envelliment de les poblacions són, en dosis i combinacions diverses: la reducció de l'índex sintètic de fecunditat (o mitjana de fills per dona), la natalitat (nombre total de naixements) i la mortalitat (nombre total de defuncions), i l'emigració de la població jove.

En el cas de l'evolució de la població catalana en els darrers deu anys (1998-2018), es pot constatar (Taula 2) un augment relatiu en la proporció de persones de 60 anys i més. Dit d'una altra manera, el grup de persones de més edat creix més ràpidament que el conjunt de la població. Les causes d'aquest desequilibri són:

1. El descens de la **natalitat** i la davallada de l'índex sintètic de **fecunditat**. Tot plegat, implica una reducció de població a la base de les piràmides i és la causa principal de l'envelliment demogràfic i el seu ritme.
2. La reducció de la **mortalitat**. Quan el grup de persones de més edat creix per l'augment de l'esperança de vida en totes les edats, fa que la proporció de les persones de cada generació superi el llindar dels 65 anys amb una supervivència elevada. L'augment de la mortalitat masculina amb l'augment de l'edat, incrementa la relació de feminitat, que és de dos dones per home a partir dels 85 anys d'edat.

Taula 2. Evolució de la població catalana per grups d'edat (1998-2018).

Població a 1 de gener, per grups d'edat, a Catalunya, 1998		
Edat	Valor	Percentatge %
De 0 a 19 anys	1287269	21,02
De 20 a 39 anys	1953399	31,89
De 40 a 59 anys	1514586	24,73
De 60 a 79 anys	1139639	18,61
De 80 anys i més	230446	3,76
Total	6125339	100
Població a 1 de gener, per grups d'edat, a Catalunya, 2018		
Edat	Valor	Percentatge (%)
De 0 a 19 anys	1559049	20,67
De 20 a 39 anys	1831665	24,28
De 40 a 59 anys	2311355	30,64
De 60 a 79 anys	1381283	18,31
De 80 anys i més	460473	6,1
Total	7543825	100

Població centenària, per sexe, a Catalunya, 1998-2018					
1998			2018		
Sexe	Valor	Taxa per milió d'habitants	Sexe	Valor	Taxa per milió d'habitants
Homes	30	10,3%	Homes	325	89,0%
Dones	110	36,3%	Dones	1550	408,3%
Total	140	23,5%	Total	1875	251,7%

Font: Institut d'Estadística de Catalunya (2018)

Tècniques i mesures de càlcul en l'estudi de l'estructura de població

L'anàlisi de l'estructura de població requereix la desagregació de la població en subgrups d'individus que comparteixen característiques comunes, com ara: subpoblacions d'homes o dones, joves o grans, actius o no actius laboralment, etc. La identificació dels subgrups permet mesurar el seu pes en relació amb el total de la població (proporció) o amb altres grups (raó), i la freqüència de l'esdeveniment en relació a la població mitjana al llarg d'un any natural (taxa bruta).

1. **Proporció:** és la relació entre un subgrup de població i tota la població, és a dir, un subgrup de població dividit pel conjunt de població. Per exemple, la proporció de la població envellida a Catalunya l'any 2018 era de 0,57 o 57 %. Això significa que per cada 100 persones de la població catalana 57 pertanyen al grup de més grans.
2. **Raó o índex:** és la relació entre dos subgrups de població; és a dir, un subgrup dividit per un altre. Per exemple, la raó de sexe (o correlació entre homes i dones) a Catalunya l'any 2018 era de 103 homes per cada 100 dones.
3. **Taxa bruta:** és la freqüència dels esdeveniments demogràfics esdevinguts en una població durant un període de temps determinat (normalment un any). S'expressa com una relació entre l'esdeveniment i la població total a la meitat de l'any. Per exemple, la taxa bruta d'envelliment a Catalunya l'any 1998 era de 0,022 o 22 ^{0/00}. Això significa que l'any 1998 la taxa d'envelliment a Catalunya es va incrementar amb 22 persones grans per cada 1.000 habitants.

Indicadors demogràfics bàsics

Composició per edat: per analitzar els indicadors d'estructura per edat, cal distribuir la població en tres grups d'edat: (0-15), (16-64) i (65 i més).

Percentatge d'envelliment: és la tècnica més utilitzada per examinar el procés d'envelliment. Es defineix com la proporció de persones de 65 anys i més respecte a la població total. S'interpreta com la quantitat de persones de 65 anys i més per cada 100 habitants. S'expressa mitjançant la fórmula següent:

$$\text{Percentatge d'envelliment} = \frac{\text{Persones de 65 anys i més}}{\text{Població total}} * 100$$

Taxa bruta d'envelliment: és un indicador que mesura la freqüència de l'envelliment en un període de temps respecte a la població total a la meitat de l'any. Indica el nombre de persones que anualment s'incorporen al grup de 65 anys i més durant el període observat, generalment, un any. Es calcula mitjançant la fórmula següent:

$$\text{Taxa bruta d'envelliment} = \frac{\text{Persones que s'incorporen}}{\text{Població total}} * 1000$$

Percentatge de longevitat /sobreenvelliment: el percentatge de longevitat, també conegut com a índex de sobreenvelliment o índex de senectut, és el quocient entre el nombre de persones de 85 anys i més respecte al de persones de 65 anys i més. S'expressa en tant per cent. És un indicador específic de l'envelliment demogràfic i permet quantificar la intensitat de l'envelliment dins el grup dels més grans. El càlcul s'expressa de la manera següent:

$$\text{Índex de longevitat} = \frac{\text{Persones de 85 anys i més}}{\text{Persones de 65 anys i més}} * 100$$

Índex/raó de dependència global per edat: la raó de dependència per edat és el quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el de persones de 15 a 64 anys. S'expressa en tant per cent. La relació de dependència per edat s'utilitza com a indicador de la càrrega econòmica. Si l'índex de dependència supera el 100, ens trobem en una situació on la població activa és menor que la inactiva. Per contra, una relació de dependència menor a 100 ens indica una major proporció de població d'entre 15 i 64 anys. La fórmula s'expressa de la manera següent:

$$\text{Índex de dependència global} = \frac{\text{Persones de 65 anys i més}}{\text{Persones de 15 a 64 anys}} * 100$$

La raó de dependència també permet el càlcul per separat, és a dir, pel grup de més joves i pel grup de més grans.

Índex de dependència juvenil: és el quocient entre el nombre de joves menors de 15 anys i el nombre de persones de 15 a 64 anys. S'expressa en tant per cent. En els darrers 25 anys, a Catalunya, l'índex de dependència juvenil ha baixat, ha passat del 32% al 23%. Això s'explica per la reducció de la na-

talitat durant aquest període i per l'entrada a l'edat adulta de les generacions nascudes durant l'explosió demogràfica (*baby boom*), entre altres factors. En països que es troben en una fase inicial de transició demogràfica (molts dels quals estan ubicats a l'Àfrica subsahariana) aquest índex se situa al voltant del 70%.

Índex de dependència juvenil = $\ast 100$

Índex de dependència de grans: és el quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el de persones de 15 a 64 anys. S'expressa en tant per cent. A Catalunya ha augmentat del 19% al 25% en els darrers 25 anys. En els països amb menor desenvolupament econòmic se situa per sota del 10%.

Índex de dependència de grans = $\ast 100$

Composició per sexe: en demografia, l'estudi de la variable sexe és un element d'anàlisi imprescindible perquè determina diferències pel que fa a l'envelliment, el sobreenvelliment, la mortalitat o la morbiditat de la població.

Proporció de masculinitat: és la proporció d'homes per cada 100 individus. Es pot calcular també la proporció de feminitat. S'acostuma a expressar longitudinalment, en forma de gràfica, per a totes les edats d'una població. Aquesta proporció es pot calcular també per grups específics de població, agrupats per edat o per altres variables d'interès.

Proporció de masculinitat = $\ast 100$

Raó de masculinitat: És el quocient entre persones de dos grups diferents, homes i dones. Generalment, s'utilitza la raó de masculinitat, que indica el nombre d'homes per cada 100 dones. Però també es pot calcular la raó de feminitat, a la inversa.

Raó de masculinitat = $\ast 100$

Raó de feminitat = $\ast 100$

REFERÈNCIES

- Vinuesa, J. y Puga D. (2017). Técnicas y ejercicios de demografía. Madrid: INE.
- Zaidi A. (2008). *Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea*. Recuperado de <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/686> <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihhtv-gfLfAhURQRoKHeQZDAgQFjAAegQI-CRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.euro.centre.org%2Fdownloads%2Fdetail%2F686&usg=AOvVaw1sv8hiTre0dKSWqOpX6aAy>>

- INE (7 de mayo 2013). *Censos de Población y Viviendas 2011: población residente en establecimientos colectivos*. Notas de prensa, (777), 1-9. Recuperado de <https://www.ine.es/prensa/np777.pdf>
- INE. (28 de octubre de 2014). *Proyección de la población española 2014-2064*. Notas de prensa, (870), 1-15. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- European Commission (2018). EUROSTAT: *Demography and migration: Population and social conditions statistics*. [Base de datos]. Recuperat de <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2018). IDESCAT: *Estimacions de població*. [Base de datos]. Recuperado de <https://www.idescat.cat/pub/?id=ep>
- Díaz Martín, R. y Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (Coord.). (2012). *Informe 2010: las personas mayores en España*. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf
- World Population Prospect (2017). *The 2017 division de población*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>
- Berrío Valencia M. I. (2012). *Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública*. Revista Colombiana de Anestesiología, 40(3), 192-194. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>
- Abellán García, A., y Puyol Rodríguez, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2013: indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en red, (1), 1-26. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Pillet Capdepón, F., Cañizares Ruiz, M.^a del C., Ruiz Pulpón, A. R., Martínez Sánchez- Mateos, H., y Plaza Tabasco, J. J. (2018). *Dinámicas demográficas y su relación con la cohesión territorial en las áreas funcionales urbanas de Castilla-La Mancha (España)*. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles, 76, 153-182. doi: 10.21138/bage.2519

CAPÍTOL 12

La infermera centrada en l'envelliment actiu i saludable de les persones

Dra. Cristina Bosch Ferrer

L'envelliment global representa un repte de salut pública. Les projeccions de població suggereixen que l'envelliment de la Unió Europea (UE) s'accelerará en les pròximes dècades, amb una ràpida expansió del nombre i de la quota de persones grans. Segons Nacions Unides, l'any 2050 el 16% de la població mundial tindrà més de 65 anys. De tots els continents, Europa és el que té la població més envellida i amb un índex de dependència de la gent gran més elevat (índex de dependència de la gent gran mesura la població major de 65 anys existent per cada 100 persones de 15 a 64 anys). Destaca una intensificació i feminització de l'envelliment.

Les principals causes del fenomen de l'envelliment són la disminució de la natalitat i l'augment de la longevitat. Hi ha hagut una evolució en l'estructura poblacional, de manera que actualment tant a Catalunya com a Europa la població major de 65 anys supera en número a la població infantil. Aquestes dades reflecteixen la transició demogràfica que es preveu que tindrà lloc a tota la UE durant les pròximes tres dècades, de manera que les Nacions Unides pronostiquen que el 2050 el nombre de persones grans en països desenvolupats serà prop del doble que el de població infantil. Respecte a la longevitat, l'any 2018 l'esperança de vida a Espanya era de 83,2 anys (85,9 anys en dones i 80,5 anys en homes). Tot i que quan es calcula l'esperança de vida amb bona salut o discapacitat, aquestes diferències entre sexe s'igualen amb una esperança de vida amb bona salut entorn als 63 anys, de manera que les dones viuen més però amb pitjor salut. A Catalunya, les projeccions estimen que la població major de 65 anys continuarà augmentant, de manera que l'any 2030 hi haurà una població amb un 22,3% de persones majors de 65 anys. En paral·lel, Catalunya es troba entre les regions europees amb un percentatge de sobreenvelliment més elevat, produint-se una eclosió de la població nona-

genària i centenària. Pel que fa a la feminització de l'envelliment, que és més notable entre majors de 80 anys, continuarà existint, però la seva intensitat es moderarà com a conseqüència de la millora de l'esperança de vida, també en homes.

És probable que l'envelliment de la societat reflectit en les dades epidemiològiques, tingui implicacions profundes, no només per a les persones, sinó també per als governs, les empreses i la societat civil, i afectin, entre d'altres a: sistemes de salut i atenció social, mercats laborals, finances públiques i drets de pensions. Una de les principals àrees de preocupació dels responsables polítics és el cost de proporcionar una salut i una atenció adequada a llarg termini, ja que les persones grans solen tenir necessitats superiors a les dels altres grups d'edat i per tant consumir proporcionalment més serveis socials. Per tant, les conseqüències de l'envelliment global poden ser vistes com una amenaça a l'estat de benestar. No obstant això, la gent gran són una part molt valuosa econòmica, social i cultural de la nostra societat. En aquest sentit, la salut és un factor determinant de la qual dependrà que la transició demogràfica que representa l'envelliment de la població pugui ser beneficiosa per a les persones i la societat. I per tant, arribar a la vellesa amb la millor salut possible és crucial per a aconseguir un desenvolupament sostenible. Tenint en compte, que en l'envelliment tenir salut no vol dir estar lliure de malalties o de deteriorament, ja que moltes persones grans tenen una o més condicions de salut, que quan es gestionen bé i es disposa d'un bon entorn, exerceixen poca influència en el seu benestar. Per tant, més que no tenir malalties a la vellesa, la clau de l'envelliment saludable (ES) és l'optimització de la capacitat funcional. Si les persones grans viuen la vellesa amb bona capacitat física i mental i en entorns adaptats, la seva capacitat per fer les coses a les quals donen valor pot tenir pocs límits.

Iniciatives internacionals en relació a l'envelliment saludable

En aquesta línia, en els darrers temps, s'ha produït una conscienciació creixent del fenomen de l'envelliment i dels seus efectes, que ha merescut un seguit d'iniciatives internacionals dirigides a donar respostes al repte global de l'envelliment. Entre les quals es troba l'Estratègia y pla d'acció mundials sobre l'envelliment i la salut, que proclama que es necessita amb urgència una resposta integral per a fomentar l'ES. Fruit d'aquesta estratègia, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) impulsa la Dècada de l'Envelliment Saludable (2021-2030) amb l'objectiu d'optimitzar la capacitat funcional de les persones grans. Aquesta dècada constitueix un marc d'acció de salut pública que ofereix l'oportunitat d'unir als governs i als diferents actors al voltant de deu anys

d'acció concertada, catalitzadora i de col·laboració per millorar les vides de la gent gran, les seves famílies i les comunitats en què viuen. En la declaració s'ha proposat: impulsar el canvi de la manera de pensar, sentir i actuar en relació a l'edat i l'envelliment; garantir que les comunitats fomentin les capacitats de les persones grans; proporcionar atenció integrada i centrada en la persona que respongui a les necessitats de la gent gran; i proporcionar accés a l'atenció a llarg termini quan les persones grans ho necessitin. En definitiva, pretén garantir que totes les persones puguin realitzar el seu potencial amb dignitat i igualtat i en un entorn saludable.

D'altra banda, la implementació de l'Estratègia y pla d'acció mundials sobre l'envelliment i la salut contribuirà a l'assoliment dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS) de les Nacions Unides. En col·laboració amb els estats membres i socis internacionals i nacionals, l'OMS ha de liderar accions globals coordinades a través dels ODS per afavorir l'envelliment saludable, contribuint a crear societats cohesionades, pacífiques, justes, segures i sostenibles. Garantint que les persones grans envelleixin de manera segura en un lloc adequat per a elles, que estiguin lliures de pobresa, puguin continuar desenvolupant-se personalment i que puguin contribuir a les seves comunitats mantenint l'autonomia i la salut.

Històric sobre els models de l'Envelliment Saludable

Tradicionalment l'atenció de la salut de les persones grans s'havia centrat en les malalties. Un dels models més utilitzats al llarg de la història per a mesurar l'ES ha estat el model de Rowe i Kahn anomenat "Envelliment Satisfactori". Aquests autors distingeixen entre envelliment normal (no patològic però amb alt risc) i envelliment satisfactori (baix risc i alta funció) i proposen un model conceptual que inclou tres dominis: 1) baixa probabilitat d'emmalaltir i de discapacitat; 2) manteniment d'una alta funció física i cognitiva; 3) involucrar-se activament amb la vida (activitats socials i productives). De manera que els dominis físics i de funcionament permeten una activa participació en la vida. Aquest model ha tingut una enorme influència sobretot en les regions occidentals. Tanmateix no ha estat exempt de controvèrsies. La principal crítica que ha rebut ha estat pel seu enfocament excessivament biomèdic, que malgrat incorporar la dimensió social, si no s'acompleixen els criteris físics de no malaltia o discapacitat, la persona no es pot considerar amb un envelliment satisfactori. S'ha criticat molt que persones amb malalties cròniques quedin fora de la possibilitat de tenir un ES. En un estudi dut a terme per Strawbridge et al., si es mesurava l'ES amb el model de Rowe i Kahn només

una cinquena part de la població tenia un ES, en canvi, si es formulava una pregunta subjectiva sobre l'ES, més de la meitat de la mostra es considerava amb envelliment satisfactori (tot i tenir malalties o discapacitats). Altres estudis qualitatius de l'ES autopercebut han comptabilitzat que dos terços de la població estudiada tenien la percepció de tenir un ES, en contrast amb els models biomèdics que comporten prevalences baixes.

Per tant, es fa necessari tenir definicions i mesures més clares de l'ES. La majoria de models biomèdics que mesuren l'ES tenen criteris molt restrictius. Per exemple quan es mesura l'ES de diferents països d'Europa amb un model biopsicosocial es troben prevalences més elevades i una associació forta amb la qualitat de vida alta o molt alta que gairebé duplica el grau d'associació respecte a un model biomèdic. De manera que hi ha autors que defensen que calen definicions més inclusives si es té el propòsit de monitoritzar l'estatus de salut de la gent gran amb objectius de salut pública. Motiu pel qual s'han adoptat definicions menys restrictives, permetent que persones amb malaltia o discapacitat puguin considerar-se amb ES.

Per tot això, l'Informe mundial sobre l'envelliment i la salut de l'OMS pretén canviar les conceptualitzacions de la salut en edats avançades, d'un enfocament centrat en l'absència de malalties a un enfocament centrat en la funcionalitat i l'acceptació que tant l'individu, com els seus entorns tenen un paper en la determinació de l'ES. A més a més, es considera que no es pot posar tota l'atenció en les malalties, ja que es desatenen altres aspectes importants com la mobilitat, l'audició, la memòria associades també a la vellesa i que influeixen sobre el benestar de les persones grans. En aquesta línia l'OMS l'any 2015 planteja una nova definició d'ES.

Model de l'Envelliment Saludable segons l'Organització Mundial de la Salut

L'OMS defineix l'ES com el procés de fomentar i mantenir la capacitat funcional que permeti el benestar a la vellesa. La capacitat funcional consisteix a tenir els atributs que permeten a totes les persones ser i fer el que per a elles és important, i inclou: 1) capacitat per cobrir les necessitats bàsiques; 2) capacitat per aprendre, créixer i decidir; 3) capacitat per moure's; 4) capacitat per construir i mantenir relacions; i 5) capacitat de contribuir a la societat. Entenent que la capacitat funcional ve determinada per la capacitat intrínseca (CI) de la persona (capacitats físiques, mentals i psicosocials), l'entorn (físic, social i normatiu) i com les persones amb les seves capacitats interactuen amb el seu entorn (Figura 1).

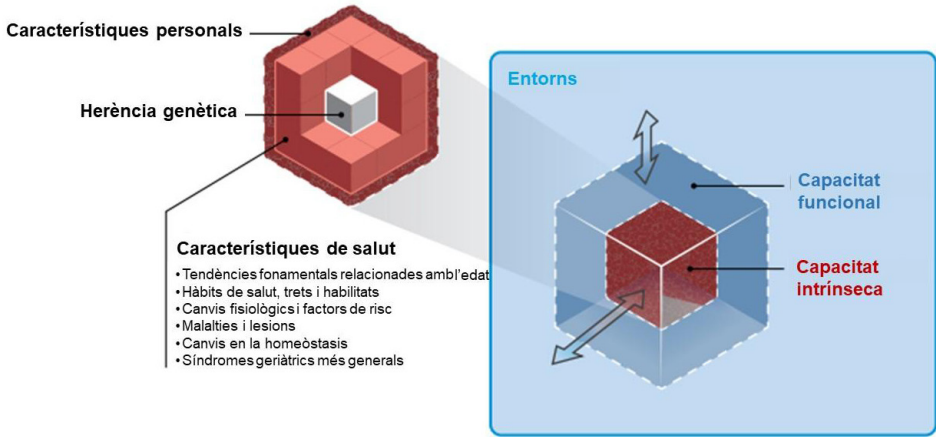


Figura 1. Envelliment saludable.

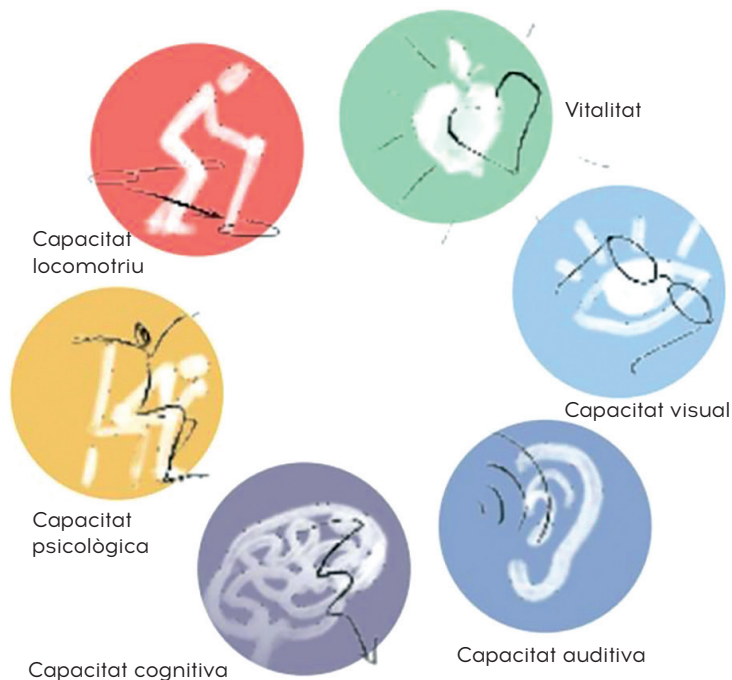
Font: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015 (OMS).

Per fomentar un ES cal preservar la capacitat física i mental a mesura que envelleixen les persones; també significa fer canvis als entorns (habitatge, transport, espais públics, etc.) perquè siguin accessibles i donin suport a les persones grans amb necessitats i capacitats diferents. L'objectiu ja no és tenir la màxima longevitat, sinó augmentar l'esperança de vida de les persones grans amb salut i qualitat de vida, afavorint que es mantinguin actives, autònomes i integrades a la societat. Per tant, l'optimització de la capacitat funcional i intrínseca de les persones, malgrat que l'envelliment les redueix gradualment, és un element clau en l'ES.

Estratègies OMS – ICOPE

L'OMS ha desenvolupat un nou model d'atenció integrada centrat en les persones grans (*Integrated Care of Older People*, ICOPE) centrat en l'optimització de les capacitats intrínseques i funcionals de les persones a mesura que envelleixen. Entenen la capacitat intrínseca com "la combinació de totes les capacitats físiques i mentals d'una persona". En aquest model es formulen directrius sobre intervencions a nivell comunitari per gestionar les pèrdues de la CI. Inclou 13 recomanacions. Considera que és possible prevenir o retardar la dependència si es diagnostiquen i aborden adequadament les condicions prioritàries associades a una disminució de la CI en els diversos dominis (Figura 2).

Figura 2.
Dominis claus de la capacitat intrínseca.
Font: Atención integrada a las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud, 2020 (OMS).



Aquestes condicions prioritàries són: pèrdua de mobilitat; nutrició deficient; disminució de l'agudeses visual; pèrdua auditiva; deteriorament cognitiu i símptomes depressius. Es considera que les condicions estan interrelacionades i interactuen a varis nivells, requerint per tant un model integral de diagnòstic, avaluació i abordatge amb un pla d'atenció personalitzada i centrada en la persona i intervencions múltiples dirigides a la persona i al seu entorn físic i social en l'àmbit de l'atenció primària.

Inclou cinc etapes que impliquen diferents sistemes i nivells d'atenció i que tenen com a finalitat cobrir les necessitats de salut i assistència social de les persones grans:

- El pas 1 de l'estratègia consisteix en la utilització d'un instrument ràpid i breu de cribatge per a la detecció de possibles pèrdues en alguna de les condicions associades a la disminució de la CI (Instrument ICOPE de detecció de l'OMS).
- Aquestes possibles pèrdues han de ser confirmades en el pas 2 fent una avaluació completa i exhaustiva mitjançant exploracions complementàries. En aquesta avaluació es pretén en un primer punt comprendre la vida de la persona, els seus valors i prioritats en l'evolució de la seva salut

- i el seu abordatge. En un segon punt, s'avaluen amb més profunditat la presència d'afeccions associades a la pèrdua de la CI. També s'avaluen i aborden les malalties subjacents (malalties cròniques, polimedicació i els seus efectes) i finalment s'avalua l'entorn físic i social així com la necessitat d'assistència social.
- El pas 3 consisteix en el disseny d'un pla d'atenció integrat personalitzat dirigit a la implementació d'intervencions que promoguin la millora i/o el manteniment de la CI, fixant i prioritzant objectius. De manera que, la persona gran i el/la cuidador/a participen en la presa de decisions, definint conjuntament els objectius de l'atenció en funció a les prioritats, les necessitats i les preferències de la persona. Així mateix l'enfoc integrat es deu a que les intervencions exerceixen un efecte beneficiós en tots els dominis, atès que les condicions associades a la pèrdua de CI comparteixen en essència els mateixos determinants fisiològics i conductuals. Per exemple una intervenció d'entrenament físic de la força per a prevenir la pèrdua de mobilitat, té efectes indirectes sobre el benestar mental, prevenció del deteriorament cognitiu i del risc de caigudes. Pel que amb una intervenció es pot modificar el conjunt de factors que accentuen el risc de dependència. El pla d'atenció personalitzada pot tenir varis components com: intervencions múltiples pel maneig de la pèrdua de CI (millora nutrició, promoció exercici...); abordatge i tractament de les malalties o síndromes geriàtrics presents; suport a l'autocura (proporcionar a les persones grans informació, aptituds i eines que necessiten per controlar les seves malalties i prevenir complicacions, potenciar la seva CI i preservar la qualitat de vida); maneig de les malalties cròniques avançades (cures pal·liatives, rehabilitació); suport i assistència social incloent les adaptacions de l'entorn; i atenció a les necessitats d'assistència social amb ajuda de familiars, amistats i comunitat.
 - El pas 4 preveu garantir la derivació i el seguiment del pla d'atenció a través dels serveis geriàtrics especialitzats, a fi d'integrar els diferents nivells d'atenció i promoure la detecció precoç de complicacions o canvis en l'estat funcional.
 - Finalment, el pas 5 té com a finalitat oferir suport a les persones cuidadores i facilitar informació sobre els recursos comunitaris que tenen a la seva disposició les persones grans. Aquests/es cuidadors/es solen sentir-se aïllats i son propensos a patir problemes psicològics i de depressió. És important avaluar la càrrega dels/les cuidadors/es i atendre també a les seves necessitats.

De manera que l'estratègia ICOPE considera que els professionals de la salut poden detectar trastorns associats amb la disminució de la CI a través d'avaluacions que permetin vigilar les alteracions, i oferir intervencions específiques abans de que es perdi la capacitat funcional. Considera que en l'envelliment es presenten tres fases diferenciades: 1) quan la persona gran té una capacitat funcional alta i estable; 2) quan es dona un declivi de la capacitat; 3) quan hi ha una pèrdua significativa de les capacitats. Aquestes intervencions poden impedir o retardar la fragilitat o dependència i es poden donar en el marc de l'acció de salut pública per a l'ES, sigui a través dels serveis de salut, l'atenció a llarg termini especialitzada o la intervenció de l'entorn. D'aquesta manera es fomenta l'ES, entenent que les persones grans tenen dret a la millor salut possible.

Determinants socials de la salut

La salut dels individus, també la de les persones grans, està influenciada per un conjunt de factors personals, socials, econòmics i ambientals amb i sense relació directa amb el sector de la salut i que interactuen entre ells. Aquest conjunt de factors potencialment modificables per l'acció política són els anomenats determinants socials de la salut. La majoria de problemes de salut de la gent gran està relacionada amb trastorns crònics, molts dels quals es poden prevenir o retardar amb comportaments que propiciïn la salut. Diferents comissions europees i estatals alerten que entre països i dins dels mateixos s'observen desigualtats socials en la salut de la ciutadania, que es deriven principalment de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. L'Informe mundial sobre l'envelliment i la salut de l'OMS subratlla la importància d'entendre i abordar els desavantatges produïts per l'impacte acumulatiu dels determinants. De manera que les polítiques hauran de formular-se i vetllar per tal de superar les desigualtats, en comptes d'accentuar-les. Les persones grans han de tenir igualtat d'oportunitat per accedir als determinants de l'ES, independentment de la seva posició social o econòmica, lloc de naixement o de residència i altres factors socials.

Per tot això cal identificar aquelles condicions en les que les persones envelleixen i que influeixen sobre la seva salut, tenint en compte que el nivell de funcionalitat de les persones no ve determinat exclusivament per les seves capacitats físiques i mentals, sinó que per la interacció que tenen les persones amb l'entorn que habiten al llarg de la vida.

Valoració bàsica de la salut de les persones grans

Un cop exposat el fenomen actual de l'envelliment global i les iniciatives internacionals per a fer-hi front, que inclouen la necessitat de monitoritzar i avaluar l'ES, s'ha fet menció de com ha evolucionat la manera de conceptualitzar l'ES, des d'un enfoc biomèdic al model biopsicosocial que defineix l'OMS. També s'ha resumit l'Estratègia OMS – ICOPE, que proposa un nou model d'atenció integrada centrat en les persones grans a fi d'optimitzar les capacitats intrínseques i funcionals de les persones a mesura que envelleixen. I també s'ha posat en relleu el paper dels determinants socials de la salut que influeixen en l'ES i que per tant també s'han de considerar. Arribat aquest punt, tot seguit es desenvoluparà una proposta de la valoració bàsica de la salut de les persones grans, des d'un punt de vista centrat en l'envelliment actiu i saludable.

Aquesta valoració es farà seguint les premisses de la valoració de les necessitats segons Virginia Henderson, i també d'acord a les propostes de l'estratègia OMS-ICOPE. Virginia Henderson va definir 14 necessitats bàsiques de salut que es poden suplir o ajudar en cas que la persona no pugui dur-les a terme per si sola. Aquest model entén la persona com a un ésser global que necessita gaudir d'una bona salut espiritual, física i mental per assolir la seva màxima independència. D'altra banda, l'estratègia OMS-ICOPE posa el focus en com avaluar i abordar els dominis clau de la capacitat intrínseca.

1. Necessitat de respirar amb normalitat i de circulació

En les persones grans s'han de valorar els paràmetres hemodinàmics (pressió arterial, freqüència respiratòria, ritme regular, amplitud respiratòria (segons si és diafragmàtica, costal, superficial, profunda). Si hi ha presència de sorolls respiratoris, tos, si és fumador/a i en tal cas nombre de cigars al dia. També és important identificar si precisa algun suport respiratori com oxigen domiciliari, ventilació mecànica no invasiva a les nits (CPAC, BIPAP), entre d'altres.

2. Necessitat de menjar i beure

En la vellesa, una de les principals causes de reducció de la vitalitat és la nutrició deficient. Una nutrició inadequada i una reducció de l'activitat física comporten una pèrdua de massa muscular i de força. Per tant, sempre cal reforçar els consells genèrics sobre salut i hàbits saludables, així com les recomanacions dietètiques segons l'edat, ingesta adequada d'aigua, incentivar l'activitat física, promoure l'exposició a la llum solar perquè la pell produeixi Vitamina D.

El 22,2% de persones grans presenta obesitat i un 41,5% sobrepès (IMC entre 25 i 29,9). En la vellesa s'inverteix l'ordre, passant les dones a tenir major

obesitat que els homes (per dieta, major sedentarisme...), per tant, cal valorar l'estat nutricional, l'equilibri energètic de la ingesta calòrica al grau d'activitat física, a fi de mantenir-se sa amb els paràmetres aconsellables d'Índex de Massa Corporal (IMC) (19-25). Tot i que s'ha de tenir en compte que no sempre és un paràmetre vàlid, si més no de manera aïllada, ja que es pot tenir un IMC dins dels intervals acceptats o en la categoria de sobrepès per pèrdua de massa muscular i guany de la massa adiposa. Una manera ràpida de detectar la deficiència nutricional que proposa l'estratègia ICOPE és a través de 2 preguntes: 1) Ha perdut 3 Kg en els 3 darrers mesos sense voler?; 2) Ha tingut pèrdua de l'apetit? Si respon "sí" a una o dues preguntes caldrà avaluar l'estat nutricional amb algun instrument més precís com la Minievaluació nutricional (MNA) que determina si hi ha un risc o deficiència nutricional ($MNA < 17$). En cas que hi hagi deficiència nutricional, caldrà derivar a un/a especialista. Una ingesta calòrica superior a la despesa repercutirà en un augment progressiu de pes, el que pot ocasionar diferents problemes, des d'alteracions osteoarticulars fins a metabòliques, com ara diabetis, hipertensió i dislipèmia.

Pot ser convenient fer una valoració de 24 hores o una setmana sobre els grups d'aliments que consumeix al dia (farinacis, verdures i hortalisses, fruites, fruits secs, làctics, carns, embotits, peix, ous, llegums). Cal preguntar la ingesta d'aigua, les coccions més utilitzades i on menja habitualment, qui cuina, on compra, si són productes de bona qualitat, si emmagatzema els aliments de manera apropiada, quines mesures pren per mantenir la higiene en la manipulació dels aliments, entre d'altres.

Altres aspectes que es poden explorar en la valoració de l'alimentació de la persona gran són: si menja ràpid; nombre d'àpats al dia; si manté un horari regular dels àpats; si menja dieta sencera, tova, líquida; si ha de mantenir algun règim especial; si presenta alguna al·lèrgia o intolerància alimentària; si pren suplementes alimentaris; estat de la dentició; si pren algun medicament que interfereix en la nutrició; presència de nàusees o vòmits; presència de problemes de digestió; hidratació de les mucoses; disponibilitat dels recursos per a alimentar-se; presència d'alguna malaltia metabòlica; si té episodis d'ansietat; soledat, ingressos baixos i malalties cròniques complexes, essent factors que poden augmentar el risc de tenir problemes de nutrició a la vellesa.

A part, hi ha persones grans que presenten disfàgia, incrementant el risc a complicacions potencials com la broncoaspiració. En aquests casos cal valorar-ho i l'alternativa s'orienta a ingerir aliments de consistència semisòlida (truites, cremes espesses, etc.), evitant aliments de consistència dura o molt líquids.

Finalment apuntar que les deficiències nutricionals poden estar associades a la sarcopènia (pèrdua progressiva de la força, massa muscular i la seva fun-

ció). La sarcopènia és deguda a problemes de nutrició o manca d'activitat física (períodes de prostració perllongats), o bé estar associades a l'envelliment sense una causa identificable.

3. Necessitat d'eliminar

S'han de valorar els patrons eliminadoris, tant urinaris, com fecals. Si hi ha continència d'esfínters nocturn, diürn, d'urgència; tipus de transpiració; si hi ha episodis de vòmits, estrenyiment.

En aquest darrer cas, s'ha de considerar que la immobilitat pot comportar problemes d'estrenyiment. Per tant, és necessari incloure a la dieta aliments rics en fibra i acompanyar-los d'una quantitat proporcionada de líquids de manera constant i persistent. S'ha d'incloure a la dieta fruites seques de tot tipus (panses, figues, nous, ametlles), fruites fresques (taronja, kiwi), hortalisses, llegums i cereals integrals. Aquests aliments, rics en fibra vegetal, que no és digerible per al nostre sistema digestiu, afavoreixen l'augment de la mesura del bol fecal, s'estimula el peristaltisme del còlon i, com a conseqüència, promouen el trànsit més ràpid cap al recte i l'anús.

4. Moure's i mantenir una postura corporal correcta

La mobilitat és un factor determinant en l'ES, especialment pel que fa al manteniment de l'autonomia i prevenir la dependència. La capacitat locomotriu es pot avaluar i hi ha estratègies que poden millorar-la.

Segons l'estratègia ICOPE, per valorar la capacitat motriu es pot fer una prova senzilla de cribratge que s'anomena "la prova de la cadira" (si es capaç d'aixecar-se 5 vegades sense ajuda dels braços -que els tindrà creuats sobre el pit- en 14 segons). En cas que sigui negatiu es poden fer proves més extenses com la bateria de proves d'exercici físic de curta durada "*Short Physical Performance Battery*" (SPPB) que a través de 3 exercicis diferents mesura: equilibri, velocitat de la marxa i prova de la cadira, puntuant de 0 a 12 la mobilitat (és sent 12 la millor puntuació).

Un programa d'exercici regular adaptat a les capacitats i necessitats individuals és primordial per a millorar o conservar la capacitat locomotriu. Existeix un projecte anomenat "*Vivifrail*" que proposa una guia pràctica per elaborar un programa d'exercicis adaptats a les capacitats. En l'envelliment és molt important l'activitat física que té efectes beneficiosos en la força, resistència i elasticitat dels músculs, així com millora la capacitat respiratòria, la circulació sanguínia, entre d'altres. És un aspecte primordial a fi de prevenir estats de pre o fragilitat.

La fragilitat és l'extrema vulnerabilitat als factors d'estrès endògens i exògens, que exposen a una persona a un major risc de resultats negatius rela-

cionats amb la salut. En una revisió sistemàtica es va reportar que la fragilitat pot tenir una prevalença entorn el 10% en persones majors de 65 anys. Concretament, en un estudi europeu es va trobar una prevalença de fragilitat en persones entre 50 i 64 anys del 4,1%, augmentant al 17% a partir dels 65 anys, i essent més freqüent en països del Sud d'Europa. La fragilitat engloba les mesures de: pèrdua de pes; debilitat muscular; cansament; lentitud de la marxa; i baix nivell d'activitat física. Existeixen diferents instruments que mesuren la fragilitat, molts d'ells es basen en els criteris de fragilitat (fenotip) de Fried et al. que engloben: pèrdua de pes no intencionada del 5% o més en l'últim any; cansament; debilitat muscular mesurat per exemple a través de la força a estrènyer la mà o la capacitat d'aixecar-se de la cadira; lentitud al caminar; baixa activitat física diària. S'han de complir un mínim de 3 criteris. Discrimina entre fràgil, prefràgil o no fràgil. Es considera que la pre-fragilitat és reversible amb accions que promoguin la salut i l'activitat física. Mentre que la fragilitat implica la pèrdua de capacitats funcionals i la dependència.

També és cabdal valorar si la persona gran fa exercici físic, en aquest cas amb quina regularitat, durada i tipus. Les recomanacions de l'OMS per les persones de més de 65 anys són que dediquin al menys 150 minuts setmanals a realitzar activitats aeròbiques moderades, al menys 75 minuts d'activitat aeròbica intensa, o una combinació equivalent. En aquests casos, l'activitat física consisteix en la pràctica d'exercici durant el temps lliure, els desplaçaments (a peu o en bicicleta), activitats ocupacionals (si encara treballa), tasques domèstiques, jocs, esports o exercicis programats en el context de les activitats diàries, familiars i comunitàries. Quan es fa exercici cal que sigui mínim de 10 minuts seguits i que s'inclouï activitats d'enfortiment muscular almenys 2 vegades per setmana.

Altres aspectes que es poden valorar és si presenta equilibri en la marxa estable; si ha tingut caigudes en els darrers temps; si té alguna amputació; si pateix alguna fractura; si té alguna deformitat esquelètica observable; si manté la postura de l'esquena correcta; si presenta rigidesa o incapacitat muscular o articular; si té autonomia per aixecar-se i assentar-se; si té autonomia per a caminar o utilitza algun dispositiu (bastó, crossa, caminador, cadira rodes...); si hi ha hagut canvis recents en la mobilitat. L'entorn és un factor important a avaluar, atès que la seva adaptació permet mantenir la mobilitat tot i la presència del deteriorament locomotriu, per tant serà important avaluar com es mou la persona gran per la ciutat; si pot pujar escales; si té ascensor, si té a l'abast dispositius de suport.

A més a més, cal tenir en compte altres aspectes que poden influir en la capacitat locomotriu com la polimedicació, malalties de base osteoarticulares

(artrosi, osteoporosi...), fragilitat i sarcopènia, dolor, estat cognitiu, ... que precisaran també un abordatge global i multimodal.

5. Necessitat de reposar i dormir

Aquesta necessitat es pot veure afectada per molts de factors com un estat respiratori insuficient, l'ansietat, el dolor... Cal avaluar els elements que es troben en l'entorn i que poden estimular o no la relaxació. Aquests estímuls varien segons l'aprenentatge i l'adaptació de la persona al seu entorn habitual i segur. En general, un ambient ventilat, amb una temperatura agradable, sense olors desconegudes ni desagradables, amb un grau determinat d'humiditat que permeti respirar confortablement, ajuda a relaxar-se. Cal valorar també les hores de descans nocturnes i diürnes (si fa migdiada), si al matí es lleva descansat, si necessita ajuda per dormir.

6. Necessitat de vestir-se i desvestir-se

Caldrà avaluar si l'aspecte físic és adequat, així com si la roba i el calçat són adequats. Si té autonomia per a vestir-se i triar la roba adient al clima.

7. Necessitat de mantenir la temperatura corporal

Es tindrà en consideració si manté la temperatura corporal a uns paràmetres adequats; si habitualment té sensació de fred o calor; si pot expressar les seves necessitats tèrmiques; si té recursos per combatre el fred o calor, incloent la valoració d'elements que evidencien situacions de pobresa energètica.

A part, en les persones grans cal recomanar que s'evitin unes accions determinades com caminar descalç, mantenir la roba humida en certes parts del cos, portar el cap moll, dormir destapat o , no abrigar-se suficientment o exposar-se a corrents d'aire

8. Necessitat de mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell

Caldrà valorar l'estat de la pell, si hi ha símptomes o signes de deshidratació, presència de ferides, edemes, quins són els hàbits higiènics habituals, si té cura de les ungles, cabell. Si presenta limitacions per a la seva higiene corporal. Si té algun tipus d'ostomia, pròtesis...

Pel que fa al risc de patir nafres per pressió, és important poder fer una adequada valoració per detectar riscos concrets atès que la seva presència implica una afectació important en la qualitat de vida de la persona, a més d'una despesa important per al sistema de salut. Existeixen diferents instruments que permeten detectar el risc de presentar les nafres en funció a diferents fac-

tors, determinant un nivell de risc per al qual es recomanen diferents mesures. Les 3 escales validades més utilitzades al nostre país en centres sociosanitaris i d'atenció primària són l'Escala de Norton que considera 5 paràmetres (estat mental, incontinència, mobilitat, activitat i estat físic), a menor puntuació hi ha menor risc, el punt de tall per considerar-se en risc es situa a 16; l'Escala de Braden que consta de sis sub-escals (percepció sensorial, exposició de la pell a la humitat, activitat física, mobilitat, nutrició, fricció i perill de lesions), el punt de tall és menys o igual a 16; i l'Escala EMINA elaborada i validada al Institut Català de la Salut (ICS) té 5 factors de risc (estat mental, mobilitat, incontinència, nutrició i activitat), a major puntuació major risc, el punt de tall del risc moderat és a partir de 4.

9. Necessitat d'evitar perills i prevenir riscos

Per tal d'avaluar la seguretat i prevenció de riscos de les persones grans cal diferenciar entre l'entorn domèstic; la prevenció de malalties i/o promoció de la salut; i la seguretat psicològica i emocional.

Pel que fa a l'entorn domèstic, s'haurà de valorar si: la llar disposa d'una bona il·luminació i amb interruptors accessibles a l'entrada de les habitacions; els electrodomèstics són d'ús senzill, amb senyals acústics i visuals; en totes les habitacions hi ha prou espai per transitar-hi sense dificultat; els mobles són fàcils de netejar i tenen les cantonades arrodonides; la casa té escales, hi ha sistemes alternatius d'accés, com ara rampes, ascensors o elevadors; la presència de catifes, tapissos o estores i, si n'hi ha, estan ben fixats per reduir el risc de patir relliscades; els llits són d'altura adequada a la talla de la persona; hi ha sistemes reguladors de la temperatura ambiental i de l'aigua que són segurs, senzills, ecològics i econòmics; les portes són de fàcil accés i es poden obrir i tancar des de les dues bandes i les finestres tanquen bé; hi ha instal·lats sistemes de comunicació àgil (telefonía, Internet, teleassistència); en el lavabo hi ha plat de dutxa ampli i antilliscant, seients estables, tipus tamboret, per poder descansar durant la dutxa, agafadors, el vàter està adaptat amb un dispositiu elevador del seient. També s'hauran d'explorar els instruments de compensació utilitzats, com les ulleres, els audíofons (si es revisen regularment i els fa servir de manera continuada); les pròtesis dentals, bastons, crosses o caminadors per desplaçar-se i caminar.

En relació a la prevenció de malalties i promoció de la salut, caldrà explorar si: es controla periòdicament la tensió arterial, i altres paràmetres analítics com el colesterol, els triglicèrids i la glucosa; s'ha realitzat un examen d'agudesia visual i de tensió ocular; s'ha fet una valoració neurològica de la memòria per descartar i detectar l'aparició de deteriorament cognitiu; s'ha fet una valoració

osteoarticular (control del dolor, osteoporosi, artritis, ...); s'ha avaluat l'estat de la pell per detectar possibles trastorns i canvis en pigues i taques; ha passat controls per fer una detecció precoç del càncer de mama i de coll d'úter (dones) o del càncer de pròstata (homes) i controls per detectar el càncer de còlon. S'ha de tenir en compte que és un grup d'edat amb una elevada morbiditat, el 45,9% de les altes hospitalàries amb estàncies més llargues pertanyen a persones de més de 65 anys. Les causes més freqüents de morbiditat són en un 19,8% circulatòries; 17,2% respiratòries; 12,1% digestives; 10,9% neoplàsies, seguides per malalties genitourinàries i osteomusculars. Així mateix, la taxa de morbiditat augmenta amb l'edat i en els homes. Alguns problemes o malalties cròniques o de llarga durada en la vellesa són per a les dones la artrosi i depressió; en homes la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i la pressió arterial elevada (fins als 74 anys que després s'igualen). El 22,8% de persones de més de 65 anys té diabetis, essent més elevat en homes (24,9% vs 21,2% dones), que està estretament relacionat amb el sobrepès, sedentarisme i dieta inadequada.

No obstant, i d'acord al model biopsicosocial centrat en la persona, és adequat preguntar sobre l'autopercepció de salut (condicionada per les malalties, característiques personals i condicions socioeconòmiques i residencials). El 45,4% de persones grans perceben una salut bona o molt bona. Tot i que les percepcions negatives augmenten amb l'edat, existeix un efecte diferenciador segons sexe (52,3% dels homes respecte al 40,0% de les dones).

El dolor també pot estar present. Influeix en el benestar de la persona i la seva capacitat motriu podent impedir la mobilitat, per tant cal avaluar-ho. Existeixen diferents instruments, com per exemple el "Inventari breu del dolor". En tot cas, s'ha de fer un abordatge global per a controlar-lo: farmacoteràpia, teràpies manuals, psicoteràpia, infiltracions, automaneig, entre d'altres.

Igualment s'ha de tenir en compte el factor de la polimediació habitual en les persones grans, i el risc de reaccions adverses que poden provar els fàrmacs. S'haurà d'explorar si la persona gran porta un control periòdic de la medicació habitual per avaluar si ha de mantenir-se o retirar-se; ha eliminat els medicaments que no es pren; conserva de manera adequada la medicació; pren correctament la medicació prescrita.

Moltes malalties infeccioses es transmeten a través de l'aire, per aerosols de microgotetes procedents de les secrecions respiratòries que es desprenen en parlar o amb la tos i l'esternut. Caldrà avaluar les mesures preventives que adopten les persones grans per evitar infeccions com el rentat de mans freqüent, l'evitació d'aglomeracions, el seguiment de mesures protectores en cas d'epidèmia.

En persones que tenen la capacitat locomotriu alterada, cal valorar el risc de caigudes. Per això haurem d'avaluar l'entorn físic a través d'una inspecció visual de l'entorn domèstic i reduir els factors que poden augmentar el risc (moquetes, terres lliscants, presència de desnivells o esgraons, manca d'il·luminació, manca de suports...), així com l'adaptació de les llars. A més a més, s'ha de tenir en comptes l'estat de consciència, la por a caure, la vista, funció cognitiva, presència d'urgències urinàries, nictúria, la polimediació... Si cal també s'haurà d'oferir algun dispositiu de suport a la mobilitat i proporcionar espais segurs per a caminar. Un programa d'exercicis pot prevenir les caigudes.

Finalment pel que fa a la seguretat psicològica i emocional cal fer incís amb el risc de maltractament, comportament agressiu cap a la vellesa, així com a l'edatisme, altrament dit ageisme, que és quan es dona un rebuig o discriminació per motiu de l'edat. En casos de maltractament, les persones grans dependents són més vulnerables, una de cada 6 pateix alguna forma de maltractament, sigui per negligència, agressió física o psicologia, abús sexual, estafes... Quan es sospita de maltractament caldrà observar el comportament de la persona gran i dels cuidadors/es o familiars, buscar signes de lesions físiques. Si es té alguna sospita sol·licitar una avaluació especialitzada als serveis socials o a les forces de seguretat públiques.

A nivell de seguretat econòmica, la pobresa en l'envelliment esdevé un factor important de vulnerabilitat. Tot i que el 89,6% de persones de més de 65 anys tenen un habitatge en propietat, en contrast amb la població general amb un 76,1%, s'ha de tenir en compte que les despeses de les persones grans es destinen en primer lloc al manteniment de l'habitatge (aigua, llum...) (45%) i en segon lloc a l'alimentació. Així doncs, s'ha d'explorar les dificultats que tenen les persones grans per arribar a final de mes, el nivell d'ajuda intergeneracional que presten, si reben algun tipus d'ajuda social, si tenen pobresa energètica, entre d'altres.

10. Necessitat de comunicar i relacionar-se

Davant de situacions en què sorgeixen emocions com la por, la tristesa, la culpa, la ràbia o l'angoixa, el fet de tenir una xarxa de persones properes ajuda a superar les situacions estressants, a sentir-se comprès, permet manifestar emocions i pensaments i a rebre ajuda física i suport emocional. Percebre que es té una bona xarxa de familiars o amics ajuda a no caure en l'aïllament ni en el pensament negatiu i ajuda a saber utilitzar estratègies d'afrontament que reforcen el benestar psicològic.

En aquest cas, cal valorar aspectes com si existeixen dificultats per expressar-se; estar orientat; si manté un aspecte personal correcte; el llenguatge

no verbal correspon al verbal; si presenta problemes de memòria; si expressa amb facilitat les seves experiències viscudes, emocions, preocupacions; si manté algun tipus de relació sentimental; té facilitat per demanar ajuda o ajudar als altres; si té alguna alteració de l'estat de consciència; consumeix algun tipus de droga que alteri la comunicació; pateix alguna deficiència auditiva i/o visual; alteració neurològica; si pren medicaments que poden alterar la comunicació; té dificultats per prendre decisions; canvia l'estat d'ànim regularment o una disminució de les relacions socials

Entre aquets aspectes cal destacar:

- El deteriorament cognitiu: es manifesta com una creixent falta de memòria, atenció i capacitat per a resoldre problemes. Representa un important problema quan afecta a la capacitat de la persona en el seu dia a dia. Una estimulació cognitiva i major participació social poden minimitzar o revertir el deteriorament cognitiu. La cognició està interrelacionada amb altres dominis com l'audició, locomoció... L'estratègia ICOPE proposa proves senzilles per avaluar el deteriorament cognitiu: 1) demanar que recordi 3 paraules que li diem i que siguin senzilles (flor, porta, arròs); 2) Orientació espacio-temporal; 3) preguntar que repeteixi les 3 paraules del pas 1. Si la persona no respon correctament a l'orientació en espai o temps, o bé no recorda les 3 paraules ens indica la probabilitat d'un deteriorament cognitiu i caldrà una avaluació addicional (Mini-cog, Evaluació cognitiva de Montreal (MoCA), Miniexamen de l'estat mental (MMSE)...), i més extensa que inclou la valoració de la nutrició, trastorns o possibles etiologies, medicaments... Per a prevenir el deteriorament cognitiu es recomana exercici multimodal i estimulació cognitiva.
- La vista: és un element fonamental de la capacitat intrínseca, permet la mobilitat i la interacció amb l'entorn com el manteniment de les relacions socials. Les causes més comunes de deficiència visual a la vellesa són: miopia i hipermetropia, cataractes (opacitat al cristal·lí que afecta l'agudesesa visual i que està associada a l'envelliment precisa tractament quirúrgic), glaucoma i degeneració macular. Per tant, en l'avaluació centrada en la persona és fonamental avaluar la visió. Aquesta valoració es pot fer amb una taula optomètrica senzilla de l'OMS (assenyalar la direcció a la que apunta la "E", es fa a una distància de 3 metres, es comença per les "E" més petites). Aquesta avaluació permet comprovar l'agudesesa visual, o bé preguntant si la persona té algun problema a la vista, si li costa llegir o veure de lluny, o preguntar si hi ha malalties oftalmològiques diagnosticades o altres que poden afectar la visió com la hipertensió (pot

causar retinopaties i glaucoma), diabetis (cal fer exàmens periòdics de la retina), tractament amb corticoides (glaucoma, cataractes). A partir dels 50 anys és habitual presentar problemes d'agudes visual i precisar ulleres per a llegir, pel que cal instaurar revisions periòdiques. Si es detecta, sempre precisa una derivació a l'especialista. En molts casos és una deficiència corregible amb lents, dispositius de suport tipus lupes, igualment caldrà reforçar les cures oftalmològiques i consells sobre hàbits saludables, proporcionar assessorament sobre la higiene òptica personal i ambiental. També és necessari adaptar l'habitatge i la comunitat, com és una bona il·luminació (millor la il·luminació lateral; reduir la brillantor o excés de sol, la llum clara sol ser millor; eliminar obstacles; crear contrast de colors (nitidesa entre objectes i dins dels objectes perquè es distingeixin millor, per exemple marcar les vores de les escales, utilitzar plats de colors, nanses de colors); utilitzar tipus de lletres més llegibles (dispositius mòbils, ordinadors, ...); utilitzar dispositius de suport auditiu mòbils que tenen funcions de dictats o narració de text. També cal avaluar si hi ha pèrdua de visió sobtada, hiperèmia, secrecions, cicatrius, dolor, intolerància a la llum... Si la pèrdua de visió és irreversible, caldrà fer rehabilitació de la vista que inclou ajuda psicològica, orientació a la mobilitat i capacitació per les activitats de la vida diària.

- Capacitat auditiva: la pèrdua d'audició és de les deficiències sensorials més prevalent en la vellesa. Pot produir dificultat en la comunicació i aïllament social. Per tant és important avaluar la pèrdua auditiva (existeix una prova senzilla de cribratge que s'anomena "prova dels murmuris" que mesura la capacitat de sentir 4 paraules que es xiuxieugen (audició normal si pot percebre menys de 35 dB). En cas que es doni, cal adaptar l'habitatge per minimitzar la repercussió d'aquesta pèrdua, i adoptar estratègies comunicatives per facilitar l'audició com expressar-se amb claredat, situar-se davant de la persona i mitigar el soroll de fons. A més a més, existeixen dispositius com els audiòfons o implants coclears que poden pal·liar aquesta deficiència. En aquest cas, caldrà derivar a l'especialista.

A nivell de les relacions entre les persones grans, a Espanya l'any 2018, el 60,2% de persones grans estaven casades (75,8% homes i 48,0% dones) i un 28,2% eren viudes (12,0% homes i 40,9% dones). Pel que fa als convivents, s'ha donat un increment de les llars unipersonals en persones de més 65 anys, en proporcions menors que altres països europeus. Més en dones que homes (31,0% dones versus 17,8% homes), tot i que hi ha una tendència a

augmentar en homes en els darrers anys. La forma majoritària de convivència de l'home és amb la parella sense altres convivents. En aquest cas, cal valorar no només l'estat civil de la persona, i quina unitat de convivència té, sinó que també explorar quina xarxa social té la persona, si planifica trobades amb amics, i participa en activitats veïnals, comunitàries, d'esbarjo.

Cal avaluar d'una manera molt activa la solitud i si és una solitud no desitjada (quan es té la sensació de no tenir suport familiar o xarxa social). La solitud és freqüent en la vellesa i està associada amb un major risc de depressió i mort prematura. Entre els factors que es relacionen amb l'aparició de la solitud es troben el fet d'haver perdut el company o la companya sentimental, una reducció en les activitats socials, l'increment de les dificultats físiques i l'augment dels sentiments d'inutilitat, nerviosisme o estat d'ànim baix. Resulta útil preguntar a una persona gran que està sola si augmentar el contacte social amb la família i els amics, o reunir-se amb altres persones que tinguin interessos afins, l'ajudaria a reduir la seva sensació de solitud.

11. Necessitat de viure d'acord amb les pròpies creences i valors

Cal avaluar la dimensió espiritual i de transcendència vital; si professa alguna fe; visió de la vida i de la mort; quines són les seves prioritats i voluntats; si té sentiments de culpa o conflictes oberts; el grau d'acceptació de la vellesa i el sentiment de pertinença a la societat; la por a la pròpia mort.

La persona gran ha de poder adaptar les expectatives a les possibilitats personals, reflexionar sobre els canvis que es produeixen en la vellesa per poder afrontar-los de forma efectiva. Donar valor als assoliments personals i potenciar les estratègies habituals per resoldre i controlar els problemes, fent-ne una interpretació alternativa i positiva. Cal mantenir la capacitat de decidir, expressar sentiments i opinions.

També s'haurà d'avaluar el nivell de felicitat de la persona. Les dones acostumen a tenir nivells més baixos que els homes. No obstant, Espanya té puntuacions altes respecte altres països europeus. En les vellesa poden donar-se símptomes depressius, més prevalents en persones amb malalties cròniques i discapacitats, que pateixen aïllament social o que són cuidadores de persones molt dependents. Per detectar símptomes depressius es pot preguntar si en les darreres 2 setmanes ha tingut algun problema com sentiment de tristesa, malenconia o desesperança; falta d'interès o de plaer en fer les coses. Si a qualsevol de les 2 preguntes es respon si, s'haurà d'avaluar l'estat d'ànim amb algun instrument validat i si escau, derivar a l'especialista. Per poder fer front als símptomes depressius s'ha de reduir l'estrès i enfortir el suport social; motivar a les persones grans a que es mantinguin actives socialment connectades;

promoure la funcionalitat de les activitats quotidianes; promoure la participació en programes comunitaris d'exercicis i desenvolupament d'aptituds; detectar i afrontar la soledat i l'aïllament social.

12. Necessitat de realitzar-se

Tenint en compte la reducció de la població en edat de treballar i el nombre creixent de gent gran i molt gran de la societat, una de les preocupacions més urgents per als responsables de la formulació de polítiques és animar les persones grans a romandre actius laboralment, durant el major temps possible. L'any 2019, la ràtio de dependència a la vellesa era del 34,1%, és a dir, hi havia menys de tres persones en edat de treballar per a cada persona gran. Les projeccions de població suggereixen que la ràtio de dependència de la vellesa de la UE-27 continuarà augmentant i arribarà al 56,7% el 2050, quan hi haurà menys de dues persones en edat de treballar per a cada persona gran. No obstant, segons dades de l'OCDE, l'any 2019 només hi va haver un 6,5% d'ocupació laboral en el grup d'edat de 65 a 69 anys. A Espanya, els anys esperats de jubilació estan entre els 21,7 en homes i 26,6 en dones, essent uns valors elevats respecte a Europa degut en part a l'alta esperança de vida i per tenir unes edats de jubilació real per sota dels 65 anys. Amb tot això, l'índex de dependència de la gent gran creixerà progressivament i passarà de 28,7 l'any 2018 a 34,5 l'any 2030. A partir del període 2030-2035 augmentarà més intensament, perquè serà quan arribin a l'edat de jubilació les generacions plenes del baby-boom.

Per tant, respecte a aquesta necessitat, cal valorar els estudis i l'ocupació: si encara està actiu; si té limitacions per a les activitats que vol realitzar; si pren part segons les seves possibilitats en les tasques domèstiques com plegar roba, cuinar, parar taula...; distribució del temps entre treball i lleure; si té cura dels nets/es; si té algun nivell de dependència per a satisfer les necessitats al domicili.

En aquest cas, caldrà valorar la presència dels cuidadors o del rol que adopten de cuidadors/es. Les dones seguides de les filles cuiden principalment els homes grans. En canvi a les dones grans les cuiden les filles. També s'haurà de valorar si hi ha algun/a cuidador/a contractat, explorar si el nivell de dependència i els recursos disposats permet que la persona pugui viure al propi domicili amb les condicions adequades, tenint en compte que les residències de persones grans a Espanya són insuficients (4,1 places per cada 100 persones grans) i que en molts casos precisen d'uns requisits socioeconòmics no sempre assolibles. A més a més, cal considerar que el suport i l'assistència social no només comprenen l'ajuda prestada per a les activitats quotidianes i

les cures personals, sinó també l'accés a centres comunitaris i serveis públics, per tal de reduir l'aïllament i la solitud, la seguretat econòmica, un lloc adequat de residència, la protecció davant l'assetjament i el maltractament, i la participació en activitats que donin sentit a la vida. Per tant, cal avaluar les necessitats de suport i assistència social.

13. Necessitat de recrear-se

Es pot valorar quines activitats d'oci o entreteniment fa (lectura, trencaclosques, manualitats, pintura, música, bricolatge, art, esport, fotografia...); si li agraden els entreteniments en grup, si li interessa el que passa al seu entorn (política, temps, festes...); forma part d'alguna associació o li agradaria formar-ne part, entitat; acudeix a algun centre com casal de gent gran, centre cívic; si el seu estat de salut li ha modificat la forma de divertir-se; quines limitacions presenta per a la seva activitat recreativa.

14. Necessitat d'aprendre

S'ha de tenir en compte el nivell educatiu. En edats avançades i pel context història passat acostuma a ser més baix. També si existeix dificultats en la capacitat de comprensió i cognició; si hi ha inquietuds o necessitats d'aprenentatge; així com la presència de barreres d'aprenentatge (físiques; psicològiques o socioculturals).

S'ha de tenir en compte que amb l'envelliment pot disminuir la capacitat d'aprendre nous conceptes o la velocitat dels processos mentals i de concentració, però no s'altera el pensament, ni la imaginació, creativitat o motivació. La intel·ligència fluïda que participa en la resolució de problemes i aprenentatge de coses noves pot disminuir amb l'edat, mentre que la intel·ligència cristal·litzada que té a veure amb allò que s'ha après, l'experiència personal, la cultura i la història de vida, disminueix poc amb la edat.

En aquesta necessitat caldrà avaluar també el nivell de competència amb les noves tecnologies informàtiques (TICS). A partir dels 55 anys hi ha un descens de persones que utilitzen internet. Però s'està reduint en els darrers anys. Tot i que el seu ús està augmentat en dones, els homes d'entre 65 i 74 anys fan major ús d'ordinadors i internet que les dones.

Per concloure aquest capítol, val a dir que amb la valoració d'aquestes 14 necessitats es podrà fer una avaluació exhaustiva centrada en la persona gran, que permetrà accedir a un ampli coneixement, necessari perquè els/les infermers/es puguin planificar les cures tenint en compte les necessitats i els objectius prioritaris de la persona gran. L'atenció centrada en la persona

és una atenció holística i personalitzada que es sustenta en les relacions de col·laboració entre el personal de salut i la persona gran, la família o e els amics que donen suport. Es fa necessari identificar aquelles condicions en què les persones envelleixen i que influeixen sobre la seva salut a fi de garantir que les persones grans envelleixin de manera segura en un lloc adequat per a elles, que estiguin lliures de pobresa, puguin continuar desenvolupant-se personalment i que puguin contribuir a les seves comunitats mantenint l'autonomia i la salut.

REFERÈNCIES

- Eurostat. Key figures on Europe 2017 [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, editor; 2017 [citat 18 juny 2021]. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/about/policies/copyright>
- Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos – EnR?l [Internet]. Madrid: CSIC; 2020. [citat 18 juny 2021]. Disponible a: <http://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2020-indicadores-estadisticos-basicos/>
- Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Dades demogràfiques i de qualitat de vida [Internet]. Barcelona: Idescat; 2014 [citat 28 gener 2020]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=111>
- Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The World Report on Ageing and Health. Gerontologist [Internet]. 18 abril 2016 [citat 15 abril 2021];56(Suppl 2):S163-6. Disponible a: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnw037>
- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008 [Internet]. Ginebra: WHO; 2016 [citat 21 abril 2021]. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/
- World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Ginebra: WHO; 2015 [citat 25 octubre 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Decade of healthy ageing: Baseline report [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citat 15 abril 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-baseline-report>
- World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citat 12 maig 2021]. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>
- Infermeria virtual. Vellea [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Barcelona; 2020. [citat 10 juliol 2021]. Disponible a: http://www.infermeravirtual.com/cat#tutorial_6-25

UNITAT
3

LA INFERMERA
PROMOTORA
DELS HÀBITS DE SALUT
DE LES PERSONES
AL LLARG DE LA VIDA

CAPÍTOL 1

La promoció de l'activitat física per a la salut de les persones al llarg de la vida

Dr. Bernat-Carles Serdà Ferrer

Entesa com un estil de vida, un hàbit, l'Activitat Física per a la Salut (AFS) ha de seguir unes mesures i uns procediments a fi que la seva promoció al llarg de la vida resulti eficaç i segura. *L'activitat física correspon a qualsevol moviment corporal produït per la musculatura esquelètica, que té com a resultat una despesa energètica per sobre del metabolisme basal.* La prescripció de l'AFS requereix un coneixement dels principis de l'entrenament adequat als subgrups d'edat i dels principis de la individualització, a través dels quals es tenen en consideració, d'una banda, cadascuna de les capacitats o qualitats físiques i, de l'altra, les necessitats específiques i/o limitacions individuals.

Aquest capítol se centra, en primer lloc, en alguns dels aspectes que són claus per definir i entendre l'AFS. En segon lloc, es fa una valoració de la promoció de l'AFS en el continu de la vida, des de la infància fins a la vellesa. La finalitat d'aquest capítol consisteix a destacar els beneficis de l'exercici físic en qualsevol edat i conscienciar de la importància de la tasca del professional a l'hora de promoure l'AFS de manera prudent i eficaç. Per exercici s'entén l'activitat física planificada, estructurada i repetitiva que té per objectiu el manteniment i la millora d'un o més components de la forma física.

L'activitat física com a via de millora de la qualitat de vida en relació a la salut

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la Qualitat de Vida en Relació a la Salut (QDVRS) com a la percepció que té l'individu envers la seva situació en un context sociocultural. La QDVRS correspon a la satisfacció del nivell de funcionament actual amb el percebut com a possible o ideal. Des d'una perspectiva ecologista de la QDVRS, es considera un procés dinàmic a

partir de les interaccions contínues i canviants entre l'individu i el medi ambient. Com més positiva és la interacció de l'individu amb l'entorn més bona és la QDVRS. Tant en un estat de salut com en un de malaltia es produeix una dialèctica entre els aspectes objectius i subjectius. El constructe QDVRS ve fixat per una sèrie de característiques:

- a) Multidimensional: es treballa des d'un punt de vista holístic i integral i, per això, es tenen en compte les dimensions físiques, psicològiques, socials, emocionals i espirituals.
- b) Subjectiva: és la percepció que té la persona que avalua.
- c) Temporal: el caràcter dinàmic proporciona una opció de canvi i reversibilitat d'acord amb un estat de salut, etapa vital de l'individu (infantesa, adolescència, edat adulta, vellesa), que s'ha analitzat en un moment determinat. L'etapa vital és un element fonamental que condiciona els aspectes que es valoren.
- d) Paradigma modular: està integrat per diferents mòduls, a través dels quals es pretén identificar els trets distintius que diferencien un estat de salut.
- e) Holística: està integrada tant per percepcions positives com negatives.

L'activitat física i l'exercici beneficien en l'àmbit multidimensional la QDVRS. Mitjançant els qüestionaris de Qualitat de Vida, s'informa al professional de les àrees o dimensions del constructe més afavorides i desfavorides. Els qüestionaris permeten establir una planificació de l'activitat física de manera estratègica basada en les prioritats de l'usuari. Per tant, considerant la percepció individual de la QDVRS com a complement de la informació objectiva de salut, augmenta la probabilitat de millora de la salut, el condicionament físic i l'adherència a llarg termini.

La condició física

Una condició física (forma física o *fitness*) adequada i saludable permet dur a terme tant les tasques habituals de la vida diària de manera plaent com gaudir del temps de lleure actiu mantenint l'energia i la vitalitat. Alhora, permet afrontar les situacions imprevistes o emergències sense patir una fatiga excessiva.

Capacitats físiques bàsiques vinculades a la salut: resistència, força i neuromuscular

Les capacitats o qualitats físiques bàsiques corresponen als diferents components de la condició física, els quals es troben classificats en tres nivells per tal

d'entendre, diferenciar, sistematitzar adequadament i optimitzar la millora de la condició física i la salut. Els tres nivells de capacitats són:

- a) **Resistència:** incideix, sobretot, en la salut dels sistema cardíac i respiratori. S'identifiquen com a activitats de resistència: caminar, córrer, nadar, anar en bicicleta, fer rem, canotatge, l'ús de màquines específiques de treball cardiovascular (cinta rodant, el·líptica, cicloergòmetre, etc.) Des d'una perspectiva saludable, es recomana promoure la resistència aeròbica vers la resistència anaeròbica. L'aeròbica presenta un efecte de millora de la condició cardiorespiratòria i es caracteritza per esforços de llarga durada (30 minuts o més); es practica a una intensitat moderada, sense produir cap deute d'oxigen. Altrament, es desaconsella la pràctica de la resistència anaeròbica, tant làctica com alàctica, ja que, a diferència de l'aeròbica, genera un deute d'oxigen i fa que augmenti significativament el risc de dispnea, descompensacions cardíques, lesions osteoarticulars, caigudes o fatiga.
- b) **Força:** té a veure amb la millora de l'estat de salut òssia i muscular. En aquest sentit, correspon al treball de força-resistència isotònica. Des d'aquest punt de vista, es manté o es millora la densitat de mineralització òssia així com el to i l'estat tròfic de la musculatura. La capacitat força-resistència ve determinada pel número de repeticions en relació a la intensitat de la càrrega, que és baixa o moderada. Habitualment, la càrrega es calcula a partir del percentatge de la primera repetició màxima (1RM), és a dir, el pes màxim que un individu pot superar amb una sola repetició. A fi i efecte de minimitzar el risc de lesions, es recomana el càlcul indirecte de la 1RM a partir de l'execució d'un test submàxim.

La capacitat de força-resistència (La força-resistència isotònica correspon a la contracció dinàmica amb canvi de longitud del múscul. La contracció isotònica pot ser concèntrica o excèntrica) ha d'influir en la contracció isotònica concèntrica i en l'excèntrica. En la contracció isotònica concèntrica, el múscul s'escurça i realitza la tensió suficient per vèncer la resistència. Per exemple, es produeix quan aixequem una bossa carregada de terra i flexionem l'avantbraç, ja que hi ha un escurçament muscular concèntric, que implica que els punts d'origen i inserció dels músculs flexors del bíceps braquial i braquial anterior es contreguin i s'escurcin. En canvi, en la contracció isotònica excèntrica, la resistència és major que la tensió exercida pel múscul, per tant, la contracció de les fibres s'allarguen i augmenten la seva longitud. Es produeix quan es descarrega la bossa a terra. En aquest cas, es desaconsella la realització de força-velocitat (potència) i la contracció isomètrica per evitar riscos de sobrecàrrega, lesió múscul-tendinosa i descompensació cardiovascular.

c) **Neuromuscular:** comprèn les capacitats de coordinació, flexibilitat i equilibri treballades individualment o de manera combinada. El treball d'aquestes capacitats permet mantenir la postura estàtica i/o dinàmica equilibrada, integrant la coordinació i l'amplitud de moviments amb el rang articular adequat. En aquest grup, s'identifica la pràctica de l'activitat tònica postural equilibrada (ATPE). El treball combinat té un efecte de millora de la qualitat postural global, així com la millora de la qualitat dels patrons motors bàsics (caminar, córrer, saltar o llançar). Incidint en aquesta capacitat es milloren els mecanismes propioceptius d'anticipació i reacció, es disminueix el risc de lesió, caiguda, fractura i dependència. Com a models d'aquesta pràctica tenim: el ioga, el taitxí, el pilates, el *body balance*, els estiraments estàtics i dinàmics, etc.

Els programes d'entrenament físic saludable permeten incidir de manera diferent en cada una de les capacitats. No obstant això, s'ha de tenir present la globalitat de l'ésser humà i la necessitat de promocionar l'exercici físic en tots els sistemes de l'organisme aconseguint un efecte saludable. En aquest línia, es pot fomentar l'activació de les diferents capacitats físiques vinculada a una mateixa activitat o tasca. El concepte *entrenament* correspon a un procés programat i sistematitzat que compagina càrregues de treball organitzat en temps, sèries i repeticions conjuntament amb una fase de recuperació i repòs. En aquest cas és tan important la planificació de la càrrega d'activitat progressiva i controlada com la programació de la recuperació i el descans. L'objectiu és millorar la condició física general minimitzant els riscos que tenen a veure amb la pràctica de l'activitat física (cardíacs, de lesió osteoarticular, etc.)

Estructura d'un cicle d'entrenament d'exercici físic i de la sessió

L'estructura de l'entrenament saludable ha de seguir unes etapes consecutives i cícliques:

- a) Iniciació física (de 3 a 6 setmanes): es caracteritza per un treball de baixa intensitat i curta durada (volum)
- b) Millora o condicionament: s'augmenta progressivament la intensitat i la durada (volum) de l'entrenament.
- c) Manteniment de l'activitat o adherència.

Cadascuna de les etapes es compon de sessions i cada sessió inclou un objectiu. Pel que fa a la salut, és recomanable registrar i controlar l'activitat física realitzada en cada sessió amb els pulsòmetres, podòmetres o acceleròmetres. La informació es pot complementar amb els qüestionaris o diaris de camp.

L'estructura de la sessió segueix tres períodes ben diferenciats:

1. Escalfament o *warm up*, de baixa intensitat. Té una durada de 10/15 minuts i l'objectiu és activar el sistema respiratori/cardíac, a més de les cadenes musculars i les articulacions implicades a la part principal. L'escalfament redueix el risc de lesió, dispnea, caiguda, etc.
2. Un segon període que correspon a la part principal de la sessió, en què es duen a terme els exercicis programats amb la intensitat i la durada aconsellades.
3. Refredament, conegut també com a 'retorn a la calma' o *cool down*. Fa referència al període de disminució progressiva de la intensitat de l'activitat i en conseqüència de la freqüència cardíaca (FC). Llavors, es calculen els batecs recuperats per la fracció de temps. El resultat és un indicador de condicionament i salut cardiovascular; com major és el número de batecs recuperats per fracció de temps millor és l'eficàcia de recuperació cardiovascular. Des d'una perspectiva bàsica i com a principi de l'entrenament saludable, s'ha de subratllar la necessitat de descans i recuperació postsessió, tenint en consideració la prescripció d'una dieta sana i equilibrada i una hidratació completa.

Efectes de l'activitat física regular en la salut

Comparant la població més activa amb la que ho és menys, s'observa que la primera presenta un menor percentatge de mortalitat, fet que es deu, entre d'altres factors, a una disminució del risc a patir una patologia coronària, hipertensió arterial, ictus, diabetis mellitus tipus 2, càncer (còlon, mama, pròstata) o depressió. També tenen un menor risc de tenir fractura de maluc o vertebral; presenten una major capacitat cardiorespiratòria i muscular; i menys dificultat per mantenir el pes corporal, amb una composició de la massa corporal, és a dir, de la proporció entre massa de greix i massa magra, més saludable.

La dosi recomanada d'activitat física i/o exercici saludable

La dosi d'exercici és un dels paràmetres més controvertits i complicats d'avaluar a nivell general, ja que hi ha un gran nombre de variables involucrades que interactuen alhora i en dificulten el resultat. En aquest sentit, tal com es procedeix amb la prescripció de fàrmacs, és convenient concretar la dosi d'exercici aconsellat per assolir l'efecte saludable. Per això, s'han de definir els factors relatius a la dosi que correspon a la freqüència, la intensitat, el temps (durada de l'exercici) i el tipus d'activitat, i que es combinen amb els principis d'individualitat, progressió i manteniment.

Les guies de les grans acadèmies de reconegut prestigi internacional prescriuen la dosi d'exercici físic recomanable enfocat a la població sana. Es concreta cadascun dels paràmetres i es té amb compte una sèrie d'especificitats relatives a l'estat de salut, edat i condició física. Aquests paràmetres permeten que la guia d'exercici es pugui ajustar a cada cas en particular. És indubtable que quan la prescripció de l'exercici és l'adequada es percep un efecte favorable en l'estat de salut i una millora significativa de la condició cardiorespiratòria, metabòlica i psicosocial.

En els darrers anys el corpus de la investigació ha progressat en el disseny i la implementació de programes d'exercici físic saludable adaptats als efectes de les malalties cròniques més prevalents.

Control de la resposta fisiològica de l'exercici

A fi i efecte de minimitzar els riscos relatius a la pràctica d'exercici és fonamental controlar la resposta fisiològica a la càrrega de treball programada; la recuperació postesforç. Existeixen diferents mètodes validats de control de l'activitat, objectius i subjectius.

Mètodes objectius:

- a) El registre de la FC en batecs/minut registrats amb el pulsòmetre.
- b) El consum màxim d'oxigen (VO_2 Max), que fa referència a la capacitat màxima per transportar l'oxigen dels pulmons i el cor als músculs, necessari per a la contracció muscular. El VO_2 Max es registra amb l'anàlisi de gasos i s'expressa en mil·lilitres, quilograms i minut (ml/kg/min). Augmenta fins a arribar a un límit, o altiplà, i queda fixat, encara que s'incrementi la càrrega d'exercici.
- c) El percentatge de saturació d'oxigen de la hemoglobina en sang registrada amb el pulsioxímetre i expressada en percentatge.
- d) Formes indirectes a partir de diferents testos de camp i proves submàximes d'esforç.

Mètodes subjectius:

- a) La percepció que té l'usuari d'un esforç determinat.
- b) Registres a partir d'escales visuals analògiques, qüestionaris o diaris.

Encara que es dugui un control de l'activitat, es pot fer ús de fórmules senzilles dels percentatges dels paràmetres explicats. La més àmpliament utilitzada és la de la freqüència cardíaca màxima (FCM) que correspon a la FCM teòrica que no és recomanable sobrepassar amb l'esforç intens. La fórmula

correspon al valor estàndard de 220-edat (en anys). Normalment els programes d'entrenament saludable calculen la freqüència de treball que oscil·la entre el 40% i el 75% de la FCM. Si la FC és excessivament elevada, s'identifica una dificultat respiratòria dispneica, sensació de malestar i/o mareig i s'ha d'interrompre immediatament l'activitat per bé que se'n puguin estudiar les possibles causes.

La promoció de l'activitat física en el continu de la vida en nens/es, adolescents, adults i persones grans

La promoció de l'activitat física i l'exercici saludable presenta unes característiques pròpies i determinants depenent del grup d'edat de la població. Per això, s'han diferenciat els subgrups següents: nens/es, joves, adults i persones grans. En cadascun dels subgrups s'aconsella i es prescriu una tipologia d'activitat física adaptada a les seves característiques i les necessitats generals. Nogensmenys, la prescripció que es fa de cada subgrup no deixa de ser una guia adaptable i flexible a les necessitats individuals.

L'element comú dels grups de població és aconseguir l'hàbit d'exercici regular conjuntament amb una dieta adequada i de qualitat. El manteniment d'un estil de vida actiu i saludable millora l'estat de salut, disminueix els riscos associats al sedentarisme i millora la QDVRS.

La promoció de l'activitat física en l'etapa de la infància (1r mes / 12 anys)

En aquesta primera etapa de la infància, que va del primer mes fins als dotze anys, l'activitat física ha de fomentar el creixement i desenvolupament harmònic de l'infant. Es tracta d'adaptar l'activitat al període sensible del nen/a. L'activitat física ha de contenir un alt component lúdic, d'establiment de vincles, de respecte i col·laboració entre iguals, el joc net (*fair play*) que permeti ensenyar una conducta lleial, sincera i correcta. És a dir, s'ha de procurar que, ja de petit, l'infant associï la pràctica de l'activitat física a certs valors, que aprengui que la derrota forma part del procés d'aprenentatge i que, per tant, s'ha d'acceptar.

L'activitat ha de ser plaent i motivadora, ha de servir com a model educatiu. S'ha d'evitar, per tant, un enfocament excessivament competitiu i elitista, amb la generació i reproducció de models esportius que incentiven la violència, l'engany, la trampa i la disputa. L'entrenador/a, el pare o la mare, són un referent per a l'infant, exerceixen una influència molt important en el nen/a. El nen/a no és un 'adult en miniatura' i, per això, la dosi d'activitat física s'ha

d'adaptar íntegrament a les seves característiques de creixement i desenvolupament global (físiques, fisiològiques, psicosocials). La prescripció d'activitat física saludable ha de ser predominantment de capacitat aeròbica d'intensitat mitjana a vigorosa. Se n'hauria de practicar, com a mínim, 60 minuts/diaris en qualsevol context, i s'ha d'incloure l'activitat de treball de força-resistència muscular amb càrregues baixes, per exemple, incorporant el propi pes corporal, amb una freqüència de 2-3 dies a la setmana.

L'activitat física destinada als nens/es inclou el model educatiu d'estimulació psicomotriu, en què el procés d'ensenyament/aprenentatge és dinàmic, participatiu i interactiu, entès com una construcció autèntica operada i significativa pel nen/a.

L'activitat psicomotriu és holística i global i promou l'elaboració i l'estructuració de l'esquema corporal, el coneixement i l'acceptació del cos, l'ajustament tònic muscular, l'estructuració de la lateralitat, la respiració i la relaxació, l'equilibri, la coordinació estàtica i dinàmica dels patrons motors bàsics i l'orientació del cos a l'espai, així com la pràctica d'exercici físic autònom satisfactori com a via efectiva per ser un adult sa. També és important incloure l'expressió corporal com a via efectiva de gestió de l'estat psicoemocional del nen/a, així com l'aprenentatge de tècniques de relaxació efectives en l'etapa infantil (Jacobson o Shultz). Tanmateix, aquestes tècniques s'han de poder combinar amb les d'introspecció o meditació, per exemple, el *mindfulness* per arribar a l'autoconeixement i autocontrol. En finalitzar la sessió, s'aconsella programar un espai de *feedback* en què es pugui compartir el procés d'aprenentatge. Amb l'objectiu d'aconseguir autonomia en la pràctica de l'exercici físic saludable, s'ha de traspassar progressivament al nen/a la percepció de control i autoeficàcia.

Els estudis observacionals longitudinals ho avalen i indiquen que un nen/a que practica activitat física de forma regular i sostinguda és més probable que sigui un adult sa, feliç i que presenti un menor risc de patir malalties cardíaques i metabòliques pròpies de les societats amb tendència al sedentarisme.

L'activitat física i la salut en els adolescents (12 anys / 17 anys)

En aquesta segona etapa (12 anys / 17 anys), la prescripció de l'activitat física i exercici és similar a la de la infància. Consisteix en l'execució d'activitat física aeròbica de 60 minuts diaris, a més d'un treball de força-resistència altern en una freqüència de 3 dies a la setmana. Es recomana realitzar el treball de la capacitat de força combinat amb la capacitat neuromuscular a través de la introducció del/s treball/s tècnic/s de la modalitat esportiva. El resultat és

la transferència de capacitat de força a l'aprenentatge tècnic dels patrons de motors involucrats en les diferents modalitats esportives¹, que propicia una millor coordinació, ajust, precisió i qualitat en el moviment.

L'adolescència és un període clau per l'establiment d'hàbits. L'activitat física i l'exercici és una via educativa eficaç, conjuntament amb l'educació de la família i el context educatiu que permet que els joves identifiquin els riscos relatius a la salut i aconseguixin afrontar-los de forma efectiva i satisfactòria. Tanmateix, és una etapa de risc pel que fa al consum de dietes de baixa qualitat i amb alt contingut de greix, de conducció temerària, sexe sense protecció, risc d'addiccions o l'hàbit al tabac, alcohol, cànnabis, entre altres drogues.

La promoció de l'exercici físic a l'etapa de l'adolescència és complexa, ja que implica un coneixement de les característiques físiques, funcionals i psicosocials dels joves. En aquest període es produeix la fase sobtada de creixement esquelètic i muscular; un disseny de les càrregues excessivament elevades o mal programades poden representar un risc per lesions musculars esquelètiques. És habitual presentar dolor muscular i articular, habitualment concentrat a les extremitats inferiors i als genolls. En algunes ocasions, la pràctica d'exercici resulta fatigant i els entrenaments generen una recuperació lenta. En les fases de pic de dolor ossi i muscular és important assegurar una dieta correcta, equilibrada i proteica, i una hidratació diària suficient, abans, durant i després a l'entrenament. En períodes de dolor és aconsellable programar una pràctica d'exercici físic més enfocat a la visualització i aprenentatge de la tècnica i la tàctica esportiva amb exercicis d'estirament corporal global i descans actiu.

Habitualment s'observa una tècnica poc precisa i descoordinada, que pot generar desconfiança, sensació de pèrdua de la capacitat física neuromuscular i, fins i tot, frustració a l'adolescent. Aquesta situació pot suposar un risc d'abandonament de la pràctica física i esportiva. Per això, és essencial, durant aquesta etapa, motivar els joves a practicar activitat física regular. En joves que presenten algun risc, com pot ser d'exclusió social, s'aconsella la prescripció de l'exercici físic en equip per facilitar el procés de socialització i la participació col·laborativa entre iguals. L'entrenament regular i competitiu organitzat en lligues entre equips sol ser motivador. Es recomana participar en les lligues esportives en què s'estableix l'esperit grupal, el rol de col·laboració amb els companys i la competició amb els contraris. Es posen en joc els recursos tècnics i tàctics des d'una perspectiva motivadora i competitiva. En el si del grup

1. El concepte *esport* correspon a l'exercici físic dut a terme en un marc reglamentat i competitiu.

es comparteix el triomf i l'acceptació de la derrota. Durant aquesta etapa, ha de continuar l'educació integral amb el respecte mutu i el *fair play*, que han d'haver iniciat en l'etapa infantil de manera correcta i satisfactòria.

L'activitat física en l'etapa adulta (18 anys / 64 anys)

Els adults de 18 a 64 anys haurien de practicar de 150 minuts a 300 minuts setmanals d'activitat física i/o exercici regular de baixa intensitat implicant la capacitat aeròbica; o bé, de 75 minuts a 150 minuts setmanals d'activitat física vigorosa distribuïda durant la setmana. La realització de l'activitat pot ser contínua o, bé, en sèries de 10 minuts, fins a arribar a la dosi recomanada.

Conjuntament a la capacitat aeròbica, es recomana alternar la capacitat de força-resistència muscular 2-3 dies setmanals. Es pot realitzar globalment activant les cadenes cinètiques musculars. És important realitzar un treball específic de la musculatura fàscica, gravitatòria², com per exemple l'abdominal que tendeix a la distensió i flaccidesa. Una forma efectiva de treball abdominal correspon a la tècnica hipopressiva coordinant la contracció muscular amb la respiració. També s'ha d'incidir en el control de la musculatura del perineu, especialment en el període de postpart. El treball muscular dels quàdriceps tendeix a l'atròfia progressiva i la seva funció és essencial en el patró motor bàsic de la marxa. El reforçament muscular dels quàdriceps té un poder preventiu en les persones amb dolència articular de genoll/s i/o artrosi a les extremitats inferiors.

L'activitat física i la salut en les persones grans (a partir de 65 anys)

El segment de població de més de 65 anys està guanyant un enorme pes demogràfic en detriment dels menors d'edat. Aquest grup de població està vivint amb condicions múltiples de cronicitat. La discapacitat és el problema més important en les persones d'edat avançada. El principal factor de risc de la discapacitat és la impossibilitat de moure's, així com de realitzar les activitats de la vida diària, les tasques domèstiques i de desplaçament a la llar. Aquesta situació contribueix a un enorme risc de produir un estat de dependència i exclusió social de les persones grans. És fonamental determinar i afrontar les necessitats de les persones grans per tal d'aconseguir un enveïlliment satisfactori.

2. Musculatura que exerceix la seva acció en direcció a les forces gravitacionals.

En aquest marc, des d'una òptica preventiva i terapèutica, amb l'objectiu de modificar els factors de risc de dependència i augmentar els anys de vida sana i de qualitat, és bàsic la promoció d'un estil de vida actiu amb la pràctica d'activitat física regular.

Es considera l'envelliment actiu com al procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat, a fi i efecte de millorar la seva QD-VRS. El llibre blanc de l'envelliment actiu inclou quatre eixos d'envelliment: segur, saludable, participatiu i educatiu/formatiu. La promoció d'un model actiu amb la pràctica d'activitat física regular capacita les persones per millorar el control en la seva salut i l'autoeficàcia i la capacitat d'afrontar cadascuna de les situacions de salut que apareixen en el continu de la vida. Amb tot, val a dir que es requereixen polítiques d'envelliment actiu amb disseny de programes i serveis destinats a les persones grans, amb què se'ls pugui adequar l'atenció a les necessitats del moment i futures. Es tracta d'un tipus de programes amb capacitat preventiva, centrades en les situacions de dependència i que volen garantir la seguretat física i econòmica, combatre la visió estereotipada de la vellesa i projectar una imatge més ajustada a la realitat. També cal considerar la perspectiva de gènere per aconseguir un model de societat més igualitària, justa i solidària entre els homes i les dones. Les polítiques que garanteixin la pràctica d'activitat física a les persones grans han de tenir en compte i promoure iniciatives adaptades a les necessitats multidimensionals de la persona, facilitant l'accessibilitat a les instal·lacions i fent més òptimes les característiques de l'entorn. Dins d'aquest tipus de programes hi ha: les vies verdes saludables, les hortes saludables, marxa nòrdica, les estacions de *fitness* o els espais d'exercici urbans, els balls de saló, el joc de petanca... S'ha de subratllar la necessitat d'elaborar polítiques especialment orientades a promocionar l'activitat física a la població gran sedentària, així com a aconseguir una major adherència de les persones grans a l'activitat física.

En aquest marc, l'activitat física és una estratègia de promoció de la salut rellevant, especialment en les persones grans ja que presenten un risc més elevat de presentar malalties ja conegudes, prevalents i habituals en aquesta etapa de la vida, com per exemple: la diabetis tipus 2, la dislipèmia, la hipertensió arterial, les malalties cardiovasculars, les patologies degeneratives osteoarticulars (atròfia muscular, osteoporosi, artrosi, artritis, artràlgies). Pel que fa a l'àmbit psicològic i social, les persones grans presenten risc d'aïllament i exclusió social, ansietat i depressió; el suïcidi ha augmentat significativament en els darrers anys. En aquesta línia, els estudis confirmen que l'activitat física en grup té un enorme efecte socialitzador i facilita l'afrontament o el *coping* en una etapa complicada de pèrdues continuades: físiques i funcionals, en el

context social i familiar amb la pèrdua del rol laboral, de familiars i amics... La programació de l'exercici físic en grup facilita la comunicació de les problemàtiques, el suport social i un afrontament adequat i satisfactori a aquestes situacions.

Característiques dels programes d'activitat física saludable en la vellesa

El disseny i la implementació de programes d'activitat física per a les persones grans ha de mantenir un enfocament holístic i multidimensional, integrant àrees relacionades, com la dieta i l'alimentació, l'hàbit tabàquic i el consum d'alcohol, la interacció social i la salut mental. Convé que la promoció de l'activitat física de les persones grans sense cap patologia reconeguda segueixi la guia general de prescripció d'activitat física de les acadèmies de reconegut prestigi internacional. Així doncs, es recomana l'activitat física diària predominantment aeròbica continuada o acumulada en sèries de 10 minuts, d'una durada mitjana de 30 minuts, d'intensitat mitjana, compaginada amb activitats específiques de treball força-resistència i, amb l'objectiu de disminuir el risc de caiguda, es recomana treballar la capacitat neuromuscular amb activitats de coordinació i equilibri. Altrament, s'han d'implementar programes d'activitats físiques específicament pensats per a poblacions que pateixen situacions de risc o malalties (càncer, cardiovasculars, neurològiques i degeneratives) a fi i efecte de millorar el seu estat de salut, compensar els dèficits i millorar la seva QDVRs.

Així doncs i per concloure, una interacció positiva de l'individu amb l'entorn denota una més bona QDVRs, la qual ve fixada per un conjunt de característiques: la multidimensional, la subjectiva, el paradigma modular i l'holística.

Altrament, les capacitats físiques bàsiques, vinculades amb la salut, corresponen a tres nivells: força, resistència i neuromuscular. Tanmateix, és important tenir en compte l'ésser humà i la necessitat de promocionar l'exercici físic en tots els sistemes de l'organisme, sempre des d'un punt de vista saludable.

Per tal que la promoció de l'activitat física per a la salut esdevingui eficaç i adequada a l'individu, cal deixar clar els diferents termes amb què es poden treballar (*activitat física, exercici, i esport*) per evitar confusions i delimitar millor uns objectius. L'assoliment de l'objectiu saludable dependrà sobretot d'una estructura programada. Aquesta s'ha de trobar ben cohesionada i ha de ser coherent; per això, cal estructurar el cicle d'entrenament i el de sessió que inclou alhora 3 fases: (*escalfament, període principal i refredament*)

Els riscos relatius a la pràctica d'exercici depenen del control de la resposta fisiològica a la càrrega de treball programada. Com que l'activitat física i l'exercici saludable varien a mesura que passen els anys, la promoció d'aquesta es regeix per diversos patrons, depenent del grup d'edat de la població a què correspon cada individu. No obstant això, no s'ha de passar per alt que la prescripció que es fa de cada subgrup no deixa de ser una guia adaptable i flexible a les necessitats individuals.

En conclusió, l'objectiu final de la pràctica d'activitat física o exercici permet millorar els indicadors de salut, la longevitat, el benestar i la QDVR de la població.

REFERÈNCIES

- American College of Sports Medicine Position Stand. *Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise*. 2011
- American College of Sports Medicine. (2010). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (8a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bakas, T., McLennon, S., Carpenter, J., Buelow, J., Otte, J. Hanna, K.,...Welch, J. (2012). *Systematic review of health-related quality of life models*. Journal Health and Quality of Life Outcomes, 10, 134. doi.org/10.1186/1477-7525-10-134
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2007). Vallbona, C., Roure, E. & Violan, M. (Eds.). *Guia de prescripció de l'exercici físic per a la salut (PEFS)*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Secretaria General de l'Esport. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspacat/sobre_lagencia/Plans_estrategics/PAFES/arxius/guia_de_prescripcio_d_exercici_fisic_per_a_la_salut_pefs_.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2009). *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010: Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut*. 2a part (Vol. II). Barcelona: Departament de Salut. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/pla_de_salut_de_catalunya_a_lhoritzo_2010/informe_de_salut_a_catalunya_avaluacio_dels_objectius_de_salut/mes_informacio/0_pla_de_salut_de_catalunya_a_l_horitzo2010_1a_part_tot.pdf
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. NHS. (2011). *Start Active, Stay Active A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. NHS. London; 2011. Disponible a: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf
- Organització Mundial de la Salut (2010). *Recomenacions mundials d'activitat física per a la salut*. Organització Mundial de la Salut. Ginebra: 2010. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

- Sprangers, M., & Schwartz, C. (2017). *Toward mindfulness in quality-of-life research: perspectives on how to avoid rigor becoming rigidity*. *Quality of Life Research*, 26 (4), 1387-1399. doi: 10.1007/s11136-016-1499-2
- Wren, R. (2016) *Effect of life review on quality of life for older adults living in nursing homes*. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 34(4). 186-204. doi: 10.1080/02703181.2016.1268236

CAPÍTOL 2

Promoció de l'alimentació saludable

Dra. Anna Bonmatí Tomàs

El desenvolupament de les civilitzacions ha estat íntimament lligat a l'alimentació de les persones i es considera que l'alimentació, concepte que va més enllà de la nutrició o l'acte de menjar, ha marcat, marca i marcarà l'esdevenir de la humanitat. Mentre la nutrició es defineix com a la ingesta d'aliments segons la necessitat de l'organisme, l'alimentació engloba altres dimensions humanes com ara les relacions socials, els factors culturals, aspectes religiosos o de creences i factors estructurals, com l'accessibilitat i la disponibilitat d'aliments saludables.

L'alimentació és una ciència que evoluciona i que innova constantment. Es descobreixen nous aliments; es generen canvis interculturals; nous components, ingredients o molècules que aporten més evidències científiques sobre els seus beneficis o riscos per a la salut; es produeixen increments en el valor de certs aliments com els de proximitat o de quilòmetre 0, aliments ecològics o sostenibles; es fan innovacions tecnològiques que permeten transformar i processar aliments fins a crear els anomenats aliments de cinquena gamma.

Alimentació saludable

També és àmpliament reconeguda la vinculació entre l'alimentació i la salut. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) descriu l'alimentació saludable per a persones adultes com a aquella composta per: 5 racions de fruites o verdures al dia, llegums i cereals integrals; menys del 10% calòric en hidrats de carboni ràpids; menys d'un 30% de greixos i dels quals només un 10% haurien de correspondre a greixos saturats, i menys de 5 grams de sal diaris.

D'aquesta manera, es defineix una alimentació saludable com a aquella que és satisfactòria, suficient, completa, equilibrada, harmònica, segura, adaptada a la persona i al medi, sostenible i assequible.

- Satisfactòria: l'alimentació saludable ha de suposar una activitat agradable que permeti a la persona gaudir-ne. En cap cas pot suposar una situació estressant. A més, és millor si es realitza en un entorn familiar o de socialització. Podríem dir que l'alimentació saludable satisfactòria ha de tenir com a objectiu l'assoliment del benestar físic, mental i social.
- Suficient: ha de contemplar la ingesta calòrica diària necessària per a cada persona. Es pot calcular amb la taxa de metabolisme basal de cada persona segons l'edat, sexe, alçada, pes i l'activitat que realitza habitualment.
- Completa, equilibrada i harmònica: ha de contenir els nutrients (hidrats de carboni, proteïnes i lípids) així com les vitamines i minerals necessaris per a cada persona en les diferents etapes de la vida. L'equilibri entre els seus components i la diversitat en els aliments hauria de proporcionar un grau d'harmonia i benestar semblant al que es pot experimentar en fruitar d'una peça musical, una estona de silenci o la contemplació d'una obra d'art.
- Segura: la seguretat en l'alimentació es fonamenta en 3 pilars: la innocuïtat dels aliments, la no inclusió de contaminants ni substàncies tòxiques que comportin riscos per a la salut i el manteniment d'una higiene adequada durant tot el seu emmagatzematge, processament i distribució per tal d'arribar en les millor condicions a l'hora de ser ingerida.
- Adaptada a la persona i al medi: l'alimentació adaptada a la persona es basa en el model en què la persona assumeix el paper central. És a dir, la persona rep la informació i el suport necessari per prendre les seves decisions de manera autònoma segons les seves necessitats i les seves preferències. El rol de la infermera, en el cas de l'alimentació centrada o adaptada a la persona i al medi, passa a ser de facilitadora per a la persona. També ha de tenir en compte altres aspectes d'aquesta persona com el social, l'econòmic, les seves preferències, la seva vida laboral, les activitats de lleure...
- Sostenible: la EAT-Lancet Comission proposa que, tenint en compte els Objectius de Desenvolupament Sostenible de l'ONU i si es pretén assolir una alimentació saludable i sostenible arreu l'any 2050, és imprescindible duplicar el consum mundial de fruites, vegetals, fruits secs i llegums i la reduir a la meitat el consum de carns vermelles i sucres afegits. Se sap que una alimentació en la qual s'inclouin carns vermelles suposa aproximadament un 35- 50% més d'emissions de gasos d'efecte hivernacle, ús del sol i consum d'aigua respecte a una dieta vegana. Per tal d'aconseguir-ho es proposen diverses estratègies globals, entre les quals destaquen el compromís per part d'administracions de tots els

nivells de facilitar i fomentar les dietes saludables i sostenibles; la reorientació de les prioritats agrícoles passant de la gran producció d'aliments a la producció de qualitat d'aliments saludables; i la reducció a la meitat de la pèrdua i desaprofitament alimentari.

- **Assequible:** cal que l'alimentació saludable estigui a l'abast de totes les persones, tant des del vessant econòmic, per tal d'evitar incrementar les desigualtats en salut, com des del vessant de proximitat al seu domicili o lloc de treball. Per fer-ho viable, calen polítiques públiques que incentivin el consum d'aliments saludables a un cost raonable i arreu. En el nostre entorn, ja s'han dut a terme algunes accions, com ara afavorir menús escolars saludables o, més recentment, la incorporació de l'impost a les begudes ensucrades.

Una de les propostes d'alimentació saludable és la **dieta mediterrània**. Aquesta no només es descriu per la seva composició nutricional sinó que pot definir-se com un estil de vida, en el marc d'una cultura i provinent d'una herència dels avantpassats. En definitiva, una manera de viure i d'entendre al vida, parlant llavors no només de dieta sinó d'un patró alimentari. Aquest patró alimentari proveeix la persona dels micronutrients essencials així com de les vitamines i la fibra necessaris, amb la qual cosa promou la salut. Inclou una ingesta elevada de verdures, llegums, fruites, fruits secs, cereals i oli d'oliva, una baixa ingesta de greixos saturats i carn, i una ingesta moderada de peix. En les darreres dècades, però, s'ha observat com en el nostre entorn es va perdent aquest patró d'alimentari. Aquest fet pot suposar, a mitjà o llarg termini, una regressió en el nostre estat de benestar i la nostra salut des de dos

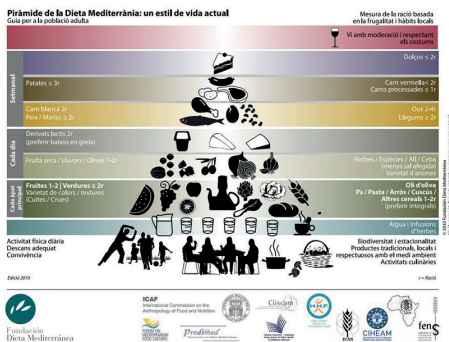


Figura 1. Piràmide alimentació saludable.



Figura 2. Alimentació saludable i sostenible. Font: Fundació Dieta Mediterrània, 2020. Font: Eat Lancet Comission, 2020.

vessants. D'una banda, s'incorpora el consum d'aliments ultraprocessats o rics en sucres o greixos saturats o trans, no gaire beneficiosos per a la nostra salut. De l'altra, es produïx una degradació ambiental del planeta, ja que el patró alimentari de la dieta mediterrània promoció els articles de proximitat i de temporada i afavoreix la disminució de la petjada ecològica.

L'alimentació saludable en la persona

Una de les millors estratègies en la promoció de la salut i la prevenció de les malalties és l'alimentació saludable i l'activitat física. Cada persona decideix com alimentar-se. Fins fa pocs anys, molts dels models emprats per facilitar o donar eines a les persones per poder seguir aquesta alimentació saludable es fonamentaven en el control estricte i constant de l'alimentació per part de la persona. S'arribava a situacions en què la persona percebia l'alimentació com a una confrontació amb els aliments. Aquests model posava al centre els aliments, i la persona es trobava en un estat d'alerta enfront d'aquests, cosa que li provocava estrès i sentiments de frustració i, fins i tot de culpabilitat, davant la ingesta d'aliments poc "saludables". Es creava una situació de conflicte diari amb els aliments i, a vegades, l'alimentació es convertia en una obsessió o derivava, en alguns casos, en trastorns de conducta alimentària.

Els nous models tenen un enfocament positiu de la persona cap a l'alimentació. La persona se situa al centre d'aquest model, és a dir, la relació alimentació-persona es dona mitjançant el gaudi, els consells i els recursos que s'ofereixen a la persona estan totalment adaptats a les singularitats de cadascuna. S'ha comprovat que aquests nous models permeten una millor

Figura 3.
Models
d'alimentació
saludable.
Font pròpia.



**Models d'alimentació saludable
centrat en els aliments**



**Model d'alimentació saludable
centrat en la persona**

adherència en el temps a una alimentació saludable, ja que es converteix en una elecció i no en una obligació. En els darrers anys, s'ha intentat conèixer i descriure les característiques intrínseques de la persona i els factors extrínsecs o externs que faciliten aquest comportament.

Segons el model biopsicosocial the Satter Eating Competence Model (ec-Satter) es defineix la persona amb competència d'alimentar-se saludablement com aquella que compleix les competències següents:

- la visió positiva, relaxada i flexible de l'alimentació.
- les habilitats per incrementar la varietat d'aliments a la dieta.
- les habilitats per millorar l'autoregulació interna a fi de procurar per les necessitats energètiques i de vitamines i minerals.
- les habilitats i recursos pel maneig del context de l'alimentació i l'organització dels àpats familiars.

Un altre model de persona competent amb la seva alimentació es basa en el model de la salut salutogènic creat per Aaron Antonovsky. Aquest model es basa a cercar allò que crea salut en les persones, a fer descobrir a cada persona els recursos que posseeix i com emprar-los per assolir una millor salut. El model salutogènic permet apoderar-se per tenir cura i millora de la salut, i converteix la infermera en una persona facilitadora d'aquesta descoberta. Des d'aquesta perspectiva salutogènica, alguns autors defineixen el *healthy eater* o persona amb competència per alimentar-se saludablement, com a aquella persona amb els coneixements, habilitats i els recursos que li permeten, de manera satisfactòria seguir una dieta saludable. Aquestes persones es caracteritzen especialment per a ser persones conscients, però alhora flexibles, en el gaudi de la seva alimentació i amb una alta autoeficàcia per poder combinar els aliments. Són persones que associen l'alimentació al benestar emocional i social i no a un sentit de culpabilitat i de control rígid sobre la seva alimentació.

Factors per a una alimentació saludable

L'alimentació és un acte individual de cada persona però que està condicionat per molts factors interns propis de cada persona i factors externs de tipus socials, econòmics, emocionals, culturals, religiosos, de creences...

Entre els factors externs podem destacar l'anomenat entorn "obesogènic" en què vivim. Aquest entorn no facilita l'elecció dels aliments adients per assolir una alimentació saludable, ni tampoc dona les mateixes oportunitats a totes les persones a l'hora d'accedir a aquest tipus d'aliments. Cal, doncs, un

canvi i encaminar-nos a un entorn “salutogènic” en el qual totes les persones tinguin les facilitats i els recursos per poder escollir una alimentació saludable. Per això, cal que s’hi impliquin tots els sectors, des del món empresarial, el món de la restauració, les organitzacions empresarials dels productors d’aliments primaris (agricultors, pescadors...), els comerços locals i de proximitat (mercats, carnisseries, fleques, petits supermercats...) així com també les grans empreses productores i distribuïdores d’aliments (grans superfícies comercials).

Aquest canvi també ha d’anar lligat a les experiències vitals de la persona al llarg de la seva vida. Aquesta visió d’alimentació saludable en positiu i no restrictiva ha d’iniciar-se durant la infantesa, en l’entorn familiar i de l’escola. L’infant i el jove modela molts dels seus hàbits en aquestes etapes de la vida i és en aquests períodes on cal fonamentar i donar importància a l’adquisició d’aquests hàbits. Per aquest motiu, segons el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la millora dels hàbits alimentaris de les persones no només ha de promocionar-se des dels centres de salut, cal una implicació de diferents actors en diferents espais (escoles, llocs de treball, activitats del lleure...). Per tant, cal fer un gir en com es transmeten els missatges i els costums en l’alimentació ja des de casa, a l’escola i amb el suport d’unes polítiques públiques que permetin l’accessibilitat a totes les persones a aquesta alimentació saludable i sostenible. És evident, doncs, que la persona decideix què, quan i quin tipus d’alimentació realitza però cal que es posin al seu abast, des de tots els nivells i en tots els entorns, per tal que aquesta decisió pugui ser en benefici de la seva salut.

REFERÈNCIES

- Agència Salut Pública Catalunya. (2018). *Petits canvis per menjar millor*. https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_salu_tothom/Petits-canvis/petits_canvis_la_guia.pdf
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International, 11, 11–18.
- Fotopoulos, C., Krystallis, A., Vassallo, M., & Pagiaslis, A. (2009). *Food Choice Questionnaire (FCQ) revisited*. Suggestions for the development of an enhanced general food motivation model. *Appetite*, 52(1), 199-208. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.09.014>.
- Franco, M., Diez Roux, A.V., Glass, T.A., Caballero, B., & Brancati, F.L. (2008). *Neighborhood characteristics and availability of healthy foods in Baltimore*. *Am J Prev Med.*, 35(6), 561-567. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.07.003>.

- Fundació Dieta Mediterrània. (2021). *Què és la dieta mediterrània?* <https://dietamediterranea.com/ca/nutricio-saludable/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Obesity prevention Clinical guide Updated 2015*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/obesity-prevention-pdf-975445344709>
- Organització Mundial de la Salut. (2020). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Satter, E. (2007). *Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model*. *J Nutr Educ Behav*, 39 (5S), S142-S153. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.006>
- Van Woerkum, C., & Bouwman, L. (2014). 'Getting things done': an everyday-life perspective towards bridging the gap between intentions and practices in health-related behavior. *Health Promot Int.*, 29(2),278-86. <https://doi.org/10.1093/heapro/das059>.
- Willet, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., et al. (2019). *Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food Systems*. *The Lancet*, 393, 447-492. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

CAPÍTOL 3

Promoció de la salut en la gestió de les emocions

Sra. Míriam Ferrer i Avellí
i Dra. Susana Mantas Jiménez

Les emocions són experiències afectives de curta durada (Frijda, 1986; Lazarus, 1991; Levenson, 1994; Scherer, 1984). El patró d'avaluacions que fa la persona determina l'emoció que experimenta. Per exemple, els esdeveniments avaluats com a desagradables i causats per una altra persona provoquen l'emoció de la ira (Roseman, 2010).

Així, l'avaluació dels esdeveniments del nostre entorn, ja siguin esdeveniments negatius o desastres, accidents, atemptats terroristes o una pandèmia com la que ha generat el virus Sars-CoV-2, o, en canvi, esdeveniments positius com contraure matrimoni, el naixement d'un fill o l'ascens a un lloc de treball de major responsabilitat tenen gran repercussió sobre la salut de les persones i es manifesten en l'esfera física, mental, social i/o espiritual.

Les reaccions més esperables es poden classificar en fisiològiques (somatitzacions, dificultats per dormir, sensació d'ofec, palpitations, mal de cap, nàusees, pèrdua de gana, etc.), cognitives (sensació de desprotecció i de perill, dificultats d'atenció i concentració, malsons, desconfiança, negativisme, precaucions innecessàries, hipocondria, etc.), emocionals (por, ràbia, irritabilitat, tristesa, ansietat, frustració, impotència, vergonya, inseguretat, sentiment de culpa, etc.), i conductuals (conductes desafiants, hostilitat, passivitat, alteracions en la ingesta, etc.) Cal tenir en compte que les emocions responen escassament als raonaments lògics, i en canvi, són molt més sensibles a altres emocions complementàries i a les nostres actituds.

La gestió i el maneig de les emocions requereix d'un doble vessant. D'una banda, s'ha de tractar des de la promoció de la Salut, dotant a les persones de les eines necessàries per a una educació i entrenament en el maneig de les emocions al llarg de tot el cicle vital de les persones. D'altra banda, des de la prevenció, es fan necessàries intervencions psicològiques per part de profes-

sionals especialistes en salut mental. La prevenció comprèn no sols l'afecció psíquica, sinó també una altra gamma de problemes com l'afflicció, les reaccions agudes d'estrès, les reaccions agudes del dol o la comprensió mateixa dels processos i la funció reparadora de les emocions, en el conjunt de l'homeòstasi del nostre organisme.

És indubtable que en situacions d'elevat contingut emocional ha d'esperar-se un increment de reaccions normals intenses. La gran majoria d'aquestes manifestacions són normals i, per tant, actuen com a mecanisme reparador i d'adaptació a la nova situació. Quan les emocions requereixen un suport especial, les intervencions per part dels professionals especialistes tindran un caràcter psicoeducatiu i preventiu, i fomentaran l'autonomia i la independència de les persones.

El maneig de les emocions després d'un episodi de gran impacte emocional requereix de nous hàbits, demana paciència, consciència, capacitat d'adaptació i creativitat per buscar i gestionar alternatives a les dificultats que vagin sorgint i, alhora, cal treballar per restaurar l'equilibri emocional desitjat que ens permet viure amb salut. A vegades, caldrà que la gestió emocional estigui correctament orientada i que s'incorporin activitats planificades d'acord amb les necessitats de la persona, cosa que esdevindrà el principal centre d'atenció.

En aquest context, des d'un punt de vista psicològic i seguint un eix temporal, hi ha tres aspectes que cal considerar ja que poden ser d'ajuda. En primer lloc, cal fer una mirada al passat recent i recordar quines han estat les nostres vivències i de quina manera ens han impactat, tant negativament com positivament. En segon lloc, una mirada al present, de quina manera ens hem adaptat a la nova realitat sota paràmetres de funcionament quotidià que es visualitzen en les nostres activitats del dia a dia i quines emocions ens generen, valorant com ens sentim. I, en tercer i últim lloc, una mirada al futur, planificant quines són les preocupacions derivades de l'evolució futura dels esdeveniments, no només en relació a allò que ens ha produït un impacte emocional, sinó també pel que fa al nostre entorn econòmic, social i la xarxa natural (família) etc. Cal que les persones ens preguntem què ens espera d'ara endavant, de quins recursos d'afrontament disposem i com els gestionarem, posant en valor les coses bones que ens depara el futur.

Des de la psicologia, se sap molt bé que les persones ens comuniquem, parlem atès que som éssers socials, no només a través de les paraules sinó també a través de molts altres elements com els gestos, les actituds, els comportaments i, fins i tot, els malestars del nostre cos.

La comunicació és una eina que ens ajuda en la promoció i en el maneig de les emocions. Per tant, cal vehicular determinades qüestions a través de la

paraula, la comunicació, el joc o la relaxació i, així, fàcilment acabaran emergent d'una manera conductual, facilitant-ne el maneig.

Davant de situacions d'elevat impacte emocional, es poden observar dues tendències oposades: de vegades, pot existir la temptació de defugir parlar dels sentiments i emocions considerades negatives amb la idea d'oblidar-se'n com més aviat millor; i en altres ocasions, per contra, la incomoditat que se sent fa que se'n vulgui parlar constantment i que totes les activitats de la nostra vida hagin d'estar vinculades al context de l'emoció, com si d'aquesta manera aconseguíssim alliberar-nos del malestar a través de la seva expressió recurrent. En realitat, tant un extrem com l'altre són maneres excessivament defensives de gestionar el malestar emocional. La posició adequada o el punt saludable és la disponibilitat de poder parlar de les nostres preocupacions i vivències, sense defugir el tema i sense forçar-lo, com a eix vertebrador en la gestió i maneig de les emocions.

La majoria dels experts entenen les emocions com a una experiència multidimensional. Com s'ha comentat anteriorment, quan té lloc, es manifesta amb tres sistemes de resposta: cognitiu o subjectiu; motor, conductual o expressiu; i fisiològic, que a la vegada es correspon amb el triple sistema de resposta per a l'estrès.

L'estrès i, principalment l'estrès laboral, s'ha convertit en un tema d'interès i de recerca en els darrers anys pel seu impacte en les persones, tant pel que fa al benestar com al rendiment professional, en les organitzacions i en la societat com a conjunt (Le Blanc, De Jange i Schaufeli, 2008).

L'estrès es defineix com a una interacció dinàmica entre la persona-entorn, a on un estímul potencialment estressant pot donar lloc a diferents respostes emocionals en diferents individus, depenent de la valoració cognitiva que la persona faci tant de la situació com dels recursos (Lazarus y Folkman, 1986).

Per gestionar les emocions és important, en primer lloc, prendre contacte amb les emocions pròpies. Sovint som conscients del que està passant al nostre voltant però no connectem amb el que nosaltres sentim en aquell moment. Educar en la importància i la possibilitat d'estar atents a les pròpies emocions pot ajudar a regular-les i entendre's millor.

Es tracta de posar en pràctica dinàmiques per explorar què són les emocions, quina funció tenen i de quina manera el nostre cervell les gestiona d'acord amb les necessitats adaptatives de cada moment. Després es poden introduir dinàmiques per aprendre a regular-les, per conduir-les de forma adequada.

A continuació, s'exposen algunes tècniques de relaxació com la *relaxació muscular progressiva de Jacobson* i l'*entrenament autogen de Shultz*, ambdues tècniques efectives per a la reducció de l'estrès i la promoció de la salut en el maneig de les emocions.

La relaxació recurs pel maneig de les emocions

Amb l'entrenament en relaxació s'aconsegueix ser conscient del to muscular i de la seva tensió o distensió, s'aprèn a relaxar músculs que estan en tensió, s'aconsegueix millorar l'autocontrol de conductes emocionals, comportamentals, així com incrementar el rendiment intel·lectual, i s'obté una sensació de benestar.

A continuació, es presenta un esquema de com organitzar i realitzar la relaxació muscular progressiva de Jacobson completa i un entrenament autogen de Schultz complet.

Material i aparells clínics necessaris

- Espai càlid, sense mobles molestos ni sorolls, amb una temperatura moderada (ni alta, ni baixa) i llum regulable o suau
- Matalasset
- Aparell de música
- Música relaxant (per si la tècnica ho requereix)
- La persona atesa ha de portar roba còmoda, sense cinturons ni res que estrenyi i amb mitjons d'esport.

Aspectes previs comuns de la relaxació

- Cal explicar que s'està aprenent una nova habilitat i que, per tant, es requereix temps.
- En alguns moments, es poden tenir sensacions estranyes, com formigueig, sensació de surar o, fins i tot, un increment aparent de la freqüència cardíaca o de la tensió muscular, que són normals en el procés.
- Cal recomanar que deixin passar les coses, que es deixin portar pel procés.
- No s'ha de tenir por de perdre el control, ja que en qualsevol moment es pot aturar l'activitat.
- No s'ha d'agafar com una competició, sinó que cal deixar-se anar i, si no s'aconsegueixen les mateixes sensacions que altres persones, no passa res, cadascú fa el seu procés.
- Cadascú es pot moure per buscar la posició còmoda, però no s'han de fer moviments bruscos o innecessaris, ni parlar amb el terapeuta, si no és imprescindible.
- Es poden mantenir els ulls oberts, inicialment si així ens sentim més còmodes, encara que després fora bo intentar tancar-los.

Contraindicacions

- Infàncies traumàtiques
- Malalties físiques greus
- Ferides i operacions recents
- Atacs epilèptics
- Utilització de drogues al·lucinògenes
- Diabetis (és possible realitzar-lo sota un major control de la glicèmia)
- Testimoni d'accidents greus
- Trastorns dissociatius
- Trastorns obsessius compulsius

Relaxació muscular progressiva de Jacobson

Aquest tipus de relaxació consisteix en la tensió i relaxació sistemàtica de diversos grups musculars, aprenent a discriminar entre les sensacions resultants d'ambdues situacions i aconseguint, finalment, eliminar la tensió i arribar a una relaxació muscular profunda. Aquest tipus de tècnica requereix un entrenament de diverses sessions per aconseguir dominar-la, i existeixen diversos sistemes o tipus d'entrenament.

L'entrenament en la relaxació muscular progressiva bàsicament es duu a terme en aquests tres elements bàsics:

- Concentració de l'atenció en un grup muscular
- Realització de tensió del grup muscular sense arribar al dolor i manteniment de la tensió durant uns segons
- Relaxació de la musculatura, prestant especial atenció a les sensacions que es produeixen

A continuació, es descriu el procés d'entrenament i es proposen algunes activitats per desenvolupar en diverses sessions.

Descripció del procediment

- Cal portar roba còmoda i sense objectes que estrenyin.
- Ens hem d'estirar al matalasser.
- Hem de seguir les instruccions del terapeuta o professional de la infermeria, que són les següents:
 - Concentra't en un sol grup muscular i sent les sensacions que es produeixen (es presenta la seqüència en la taula 1)
 - Realitza tensió del grup muscular de 5 a 7 segons, sense arribar a produir dolor, i sent les sensacions que genera aquesta tensió.

- Relaxa el grup muscular entre 20 i 30 segons i sent les sensacions que es produeixen en aquest moment, com la disminució de la tensió física que genera una millora de la tensió psíquica.
- Repeteix el procés de tensió-relaxació dos cops més (un total de 3 cops)
- Canvia el grup muscular en l'ordre que estableix la taula 1.
- Finalitzats els grups musculars, queda't estirat una estona, sentint les sensacions que s'han produït amb l'exercici i gaudint-ne, si és el cas.
- Aixeca't lentament. Estigues assegut una estona abans d'incorporar-te.

Taula 1. Seqüència dels grups musculars a relaxar.

• Mà i avantbraç dominant	• Pit, espatlla i esquena
• Bíceps dominant	• Respiració profunda (5-5-10)
• Mà i avantbraç no dominant	• Abdomen
• Bíceps no dominant	• Glutis
• Front	• Cuixa dominant
• Ulls	• Cama dominant
• Nas	• Peu dominant
• Mandíbula	• Cuixa no dominant
• Llavis	• Cama no dominant
• Llengua	• Peu no dominant
• Coll i nuca	• Respiració controlada diafragmàtica

Font pròpia.

A continuació, s'exposa un entrenament complet en relaxació muscular progressiva en un total de 7 setmanes:

Primera setmana

- Fer l'exercici estirat
- Realitzar l'exercici com s'ha descrit en el procediment
- Durada aproximada d'uns 40 minuts

Segona setmana

- Canviar la posició
- Entrenament igual que la primera setmana
- Les sensacions de tensió s'han de convertir en un senyal per relaxar-se
- Fer 2 pràctiques diàries de relaxació

Tercera setmana

- Reduir el nombre de grups musculars a 5 grups:

- Els dos braços i les dues mans
 - Ulls, nas i llavis
 - Front, mandíbula i coll
 - Pit, espatlla i esquena
 - Dues respiracions profundes (5-5-10)
 - Cames i peus
 - Tensar de 5 a 7 segons, relaxar de 35 a 40 segons.ç
 - Repassar mentalment tota la musculatura i, si encara està tensat, relaxar
 - Dos minuts de respiració diafragmàtica controlada
 - Repetir de nou aquests darrers 3 passos
- Quarta setmana: relaxació mitjançant el record
- Concentrar l'atenció en els 4 grups musculars següents:
 - Braços i mans
 - Cara i coll
 - Pit, espatlla, esquena i abdomen
 - Cames i peus
 - Exploració de les sensacions de tensió
 - Dos minuts de respiració diafragmàtica controlada
- Cinquena setmana: relaxació suscitada per senyal (RSS)
- Associar una paraula tranquil·litzadora amb l'estat de relaxació
 - Relaxació per record
 - Relaxació suscitada per senyal, cada cop que s'expira
 - Repetir mentalment la paraula
 - Començar a practicar la relaxació diferencial: situacions diferents
 - Relaxació diferencial:
 - Asseguts, sense repenjar el cap i amb els ulls oberts
 - Només posar en tensió els músculs que es necessiten
 - Assegut i no actiu
 - Assegut i mínimament actiu
 - Assegut i clarament actiu
- Sisena setmana
- Relaxació mitjançant el record
 - Dret i no actiu
 - Dret i actiu
 - Dret i clarament actiu
- Setena setmana: mètode de relaxació ràpida
- Aprendre a relaxar-se en situacions no estressants de la vida diària.
 - Practicar un mètode de relaxació ràpida que redueixi a 30-60 segons el temps a relaxar-se

- Relaxar-se de 15 a 20 vegades al dia, en situacions normals de la vida quotidiana
- Pensar en una sèrie de senyals que recordin el fet d'haver-se de relaxar
- Seguir el mètode de relaxació ràpida següent:
 - Fer d'una a tres inspiracions profundes i expirar lentament després de cada inspiració
 - Repetir mentalment la paraula “calma” o “relax”
 - Examinar el cos a fi de localitzar qualsevol tensió existent i intentar relaxar-se tant com es pugui en la situació en la qual s'està.
- Altres estratègies que es poden utilitzar són:
 - Relaxació controlada
 - Relaxació mitjançant el record
 - Relaxació procedida d'una lleu tensió del grup muscular per relaxar-se
- Durant aquesta setmana, es pot utilitzar la relaxació en alguns moments, al llarg del dia, en els quals se senti estressat.

Entrenament autogen de Schultz

És una tècnica de relaxació molt diferent de la relaxació muscular progressiva de Jacobson, tot i que tenen punts de trobada. Hi ha persones a les quals els costa menys relaxar-se amb una tècnica o amb una altra.

És un sistema fàcil d'entendre i de dur a terme, i requereix menys temps de dedicació que l'anterior sistema de relaxació, encara que l'aprenentatge, si no s'està entrenat, pot ser més llarg.

L'aprenentatge de l'entrenament autogen de Schultz requereix entre tres mesos i un any, i els exercicis poden durar entre 5 i 30 minuts. En principi s'aconsella fer 5 minuts al dia tres cops, i després, incrementar el temps per obtenir més beneficis.

És un sistema més suggestiu que requereix una atenció i imaginació en les activitats que es desenvolupen. Els punts sobre els quals es fonamenta són els de sentir diversos aspectes en el nostre cos.

1. Pes
2. Calor
3. Batec
4. Respiració

Descripció del procediment

- Portar roba còmoda i sense objectes que estrenyin (cinturons, collarets, ulleres, sabates...)

- Es recomana estar assegut o bé estirat en un matalasset.
- Durant els exercicis, se suggereixen les paraules: “estic en calma”, “tranquil, molt tranquil”.
- Seguir les instruccions del terapeuta/professional d’infermeria o de la gravació, que són les següents:
 - El meu braç pesa molt (s’acompanya de la frase “estic tranquil, molt tranquil, la meva respiració està tranquil·la”)
 - Repetir de nou, de manera pausada i lenta, percebent la sensació de pes amb atenció, i aleshores repetir la frase “estic tranquil”.
 - Canviar de braç i repetir el mateix procés.
 - Fer el mateix procés amb les cames.
 - Canviar el terme *pes* per *calent*: “el meu braç està molt calent” i fer el mateix procés.
 - Canviar ara amb la frase “el meu cor batega tranquil” i “la meva respiració és tranquil·la, estic en calma”
 - Començar amb la sensació dels batecs al braç dret, amb el mateix procés anterior. Si es produeix una sensació desagradable, cal finalitzar l’exercici.
 - Es finalitza amb la frase “la meva ment està fresca i sento la frescor”.
 - Relaxar-se una estona estirat o assegut i aixecar-se molt lentament.

REFERÈNCIES

- Aguilera Manrique, G.; Belmonte García, M. T.; Zapata Boluda, R.; Granados Gámez, G.; Marcos Pérez, E.; Cristóbal Cañadas, C. “Procedimientos de relajación”. *Metas Enfermería*, 2002, (51): 14-18.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Roseman, I.J. (2010). A model of appraisal in the emotion System: Integrating theory, research, and Applications. En K. Scherer, A. Schorr i T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, and research* (pp. 61-91). New York, NY: Oxford University Press.

CAPÍTOL 4

El sentit de la vida de la persona i la seva salut

Dra. María del Carmen Malagón Aguilera

Per començar es farà un recordatori del concepte de persona amb el qual es treballa ja que és el fonament per entendre la relació que presenta la salut d'una persona amb el significat que dona a la seva vida en general i també a les seves vivències.

La persona, la seva constitució i la seva relació amb la infermeria

La infermeria és la ciència de la salut que desenvolupa i realitza la cura de les persones. Així, el centre del paradigma infermer és cuidar i el subjecte que es cuida és sempre una persona, una família, una comunitat. És imprescindible tenir un coneixement profund de què és una persona, un ésser humà i quina constitució presenta a nivell físic, psicològic, mental i social per poder desenvolupar la disciplina de la infermeria.

La constitució de la persona, de l'ésser humà, és una qüestió estudiada, definida i discutida al llarg de la història per la metafísica (ciència que estudia el ser, el fet d'existir) i pels primers filòsofs i pensadors; Aristòtil deia que l'ésser humà estava format per cos i ànima, característica que atribueix a tots els éssers vius.

La visió que explicarem en aquest capítol és una visió humanista que es pot considerar contemporània, el personalisme. Des d'aquesta visió, la persona es considera com un ésser relacional, essencialment social i comunitari, lliure i transcendent (capacitat de sortir de si mateix/a i fer-se preguntes que el/la sobrepassen, són més grans que ell/a) i amb un valor intrínsec pel fet de ser. El personalisme reconeix en la persona, a més de la intel·ligència com a ésser racional, la voluntat i l'afectivitat (el cor, les emocions), que són les característiques que porten a les persones a l'acció (a fer coses), a

desenvolupar els seus afectes, donant molta rellevància a l'amor. A més, la persona és íntegra, una, i la podem classificar en diferents dimensions/esferes: física, mental/psicològica, espiritual. Alhora aquestes dimensions es poden classificar des de les dimensions més externes o superficials fins a les més interiors o íntimes, en què la física és la més superficial i, l'espiritual, la més íntima.

A continuació analitzarem breument algunes de les característiques de la persona citades anteriorment:

- Ésser relacional, essencialment social i comunitari. Aquesta característica s'oposa a l'individualisme, que considera que l'única realitat és la de l'individu. En canvi, reconeix i dona valor a la solidaritat, la generositat i el servei als altres, així com a les habilitats, com les relacions interpersonals, la comunicació assertiva o l'escolta activa, imprescindibles per a la cura.
- Ésser lliure i transcendent. La llibertat entesa com a la capacitat estretament relacionada amb la voluntat (capacitat voluntària, acció de voler fer) de triar el que més convé a la persona (que la porta al bé, al que és millor per a ella). Per exemple, no es podria dir que tria lliurement una persona que pren la decisió de consumir drogues, perquè no tria el que li és més beneficiós; no tria consumir drogues lliurement, sinó subjecte a condicionants dels quals no ha pogut o no ha sabut desprendre's (adiccions, inestabilitat emocional, dificultats personals o de l'entorn...) La persona és transcendent; és capaç de sortir d'ella mateixa per donar-se a altres persones, també de fer-se preguntes interiors que surten fora de la seva realitat i de la realitat contextual, de l'entorn. Aquestes característiques tenen influència directa en l'ètica de la infermeria i en la cura.
- La persona té un valor intrínsec, que també s'anomena dignitat humana. La persona pel fet de ser-ho és el més valuós que existeix i es coneix. Això fa que una persona no pugui ser considerada un objecte, una cosa i no s'hagi d'utilitzar com a mitjà per a un fi, sinó que sempre ha de ser el fi en si mateix. De fet, les persones ens sentim malament i indignes quan vivim situacions en les quals considerem que ens han utilitzat per aconseguir quelcom, en les quals no s'ha respectat la nostra dignitat. Una infermera ha de tenir molt present aquesta característica per no vulnerar-la.
- La persona és íntegra, és una, un tot format per diverses dimensions o esferes que tenen una interrelació tan estreta que si una es veu afectada,

la resta de la persona també queda afectada en la seva totalitat. Per exemple, si una persona pateix una caiguda i una fractura de fèmur (dimensió purament física), també queda afectada la dimensió mental/psicològica (estat d'ànim), l'espiritual (per què m'ha passat a mi? per què ara?, etc.) i la social (afectació de les relacions amb altres persones). Aquesta consideració és imprescindible per a la visió holística de la infermera, que ha de considerar a tota la persona i no només al problema o dificultat de salut que pugui presentar o a la preferència personal que es vulgui mantenir o augmentar.

- La voluntat i l'afectivitat a més de la intel·ligència. El que mou a la persona a fer, a mantenir, a canviar... és la voluntat. En altres maneres, el voler fer és el que porta a la persona a l'acció de fer. La voluntat és una característica molt valorada en la persona i de la qual la infermera ha de ser conscient i tenir recursos per incentivar-la. Els afectes són condicions íntimes de la persona que es localitzen al cor, a l'interior; són els sentiments, les emocions. Els afectes són involuntaris, no es tria sentir-los o no. Ara bé, allò que sí es tria és què es fa amb aquests sentiments i emocions. Per tant, les persones senten, racionalitzen (hi intervé la intel·ligència) allò que senten i mouen a la voluntat, a l'acció (fan o no fan). Per exemple, una persona pot enfadar-se molt per una situació concreta i sentir ràbia i ira; com que sap que la violència no és el camí (racionalitza, intervé la intel·ligència), decideix (mou la voluntat) no utilitzar la violència com a resposta del que li ha passat.

L'amor és l'afecte positiu que més implicació té sobre el benestar i, per tant, la salut de la persona. L'amor entès com a donació, entrega, servei, generositat, solidaritat, acompanyament, ajuda...

Amb aquesta concepció de la persona, la infermera ha de tenir coneixements i habilitats relacionades amb aquestes àrees per administrar una cura adequada a les preferències i a les necessitats de les persones. Coneixements de la dimensió física (anatomofisiologia, la fisiopatologia...), la dimensió mental/psicològica (la psicologia evolutiva, la psicopatologia, la psiquiatria), la dimensió espiritual (antropologia humana, filosofia, valors, creences...) i la seva dimensió social (política, economia, demografia, epidemiologia, antropologia social...), a part dels coneixements i habilitats propis de la professió (història, metodologia, bases del coneixement de la disciplina, ètica, pensament crític, identitat professional) i de la disciplina infermera: CUIDAR.

A continuació es desenvoluparà més la importància i implicació de la dimensió transcendental de les persones en la seva salut.

La transcendència, el sentit de la vida i la salut

La dimensió transcendent, explicada en l'apartat anterior, sovint es redueix a la religiositat o la pràctica religiosa de les persones. Aquesta concepció és totalment errònia i provoca una infravaloració d'aquesta part de l'ésser humà. La transcendència humana s'explica mitjançant la capacitat que té la persona d'adonar-se que és més que un jo, que pot sortir de si mateix i relacionar-se amb un entorn, amb altres persones i que, a més, hi ha quelcom més gran, no només en el sentit físic, que el supera, que està fora d'ella, que no pot "controlar". Segons Torralba, l'ésser humà és l'únic ésser viu sobre la Terra que es fa les preguntes següents: Per què soc aquí? Quin sentit té ser-hi? Què hi he vingut a fer? Aquestes preguntes reflecteixen aquesta dimensió transcendental que poc té a veure només amb les religions que poden seguir les persones. La resposta a aquestes preguntes també forma part del sentit de la vida de la persona, entès de forma existencial. Però també hi ha un sentit de la vida més pràctic, de les petites coses, de les coses de cada dia.

Alhora, el sentit de la vida d'una persona està directament relacionat amb els valors i les creences que la configuren. Per exemple, hi ha persones que basen la seva existència en l'entrega i ajuda als altres; ho fan perquè viuen el valor de la generositat i de la solidaritat, i creuen que la seva ajuda fa que el món sigui millor... D'altres persones dediquen la seva vida a la seva professió perquè viuen el valor de la laboriositat, la perseverança, l'excel·lència i creuen que la posició social i els diners són molt importants, etc.

El sentit que la persona dona a la seva vida, tant pel que fa a la seva existència com a les petites o grans coses que passen a la vida, afecta al seu benestar i, conseqüentment, a la seva salut. Per què? La resposta és complexa i multifactorial i molts autors i autores l'han volgut respondre de diverses maneres.

Anstonovsky (1979) és l'autor del model de salutogènesi, model de salut que es fonamenta en estudiar, conservar i augmentar els aspectes generadors de salut que es troben dins i fora (entorn) de les persones. L'autor afirma que les persones es mantenen i augmenten el seu benestar i qualitat de vida perquè tenen la capacitat d'entendre, manejar i donar sentit als factors estressants que es van trobant al llarg de la seva vida. Anstonovsky va anomenar aquesta capacitat *sentit de coherència*. Multitud d'estudis corroboren que les persones amb un major sentit de coherència tenen millor salut percebuda i qualitat de vida i tenen més capacitat per recuperar i millorar la salut durant i després d'una malaltia. A més, les persones amb sentit de coherència elevat s'adhereixen més i fan millor les activitats promotores de la salut, millorant també la seva qualitat de vida i, a la llarga, la seva salut.

El sentit de coherència integra el significat i el sentit que la persona atribueix a tot allò que li passa, no només el sentit de tota la seva l'existència. I aquest significat té una implicació directa en el benestar i, per tant, en la salut de la persona. Per aquest motiu es pot afirmar, i nombrosos estudis ho corroboren, que el significat que les persones donen a la seva vida de manera global o més pràctica afecta la seva salut i qualitat de vida. Així doncs, ha de ser font de coneixement infermer i d'aplicació a la planificació i a la gestió de la cura de les persones. Si la infermera no valora, o fins i tot ignora, aquesta realitat no podrà ser capaç d'administrar una cura adequada a les persones.

En aquest sentit, la infermera també com a persona, ha de tenir aquestes preguntes resoltes per facilitar un abordatge eficaç del sentit de la vida en les persones que cuida.

La infermera en la valoració de la dimensió transcendent de la persona

Per tot el que s'ha exposat anteriorment, el sentit de la vida que té cada persona ha de formar part necessàriament de la valoració infermera que recull de manera completa, sistemàtica i veritable tota la informació relacionada amb la salut de les persones.

Aquesta valoració de manera pràctica es concreta en la valoració dels valors, les creences, els temors, les il·lusions, etc. i també si la persona considera que forma part d'alguna religió concreta i si en segueix les pràctiques. Seguint el model de recollida de dades de Virginia Henderson, la informació es recull en la necessitat de creences i valors. Seguint la metodologia infermera, una vegada recollida les dades, la infermera analitza si hi ha alguna dada recollida que no estigui d'acord amb uns estàndards de normalitat.

En el cas d'aquesta necessitat, l'estàndard de normalitat és que la persona pugui expressar els valors i les creences, els temors i les il·lusions i que aquests estiguin d'acord amb ella mateixa, és a dir, que la persona estigui en pau i tranquil·la en el seu interior amb tot allò que verbalitza. A la vegada aquests valors i creences han de concordar amb les actituds i conductes de la persona i el seu context. Per exemple, si en la valoració, una persona ens explica que dona molt de valor a la feina ja que considera que és el més important a la vida i està a l'atur o de baixa laboral llarga, la infermera ha de preveure que aquesta persona patirà un conflicte en la seva dimensió espiritual fruit d'aquesta situació. Un altre cas podria ser quan una persona ens explica que el valor més important de la seva vida és la família, els seus fills i filles, però observem que no rep visites. La infermera hauria d'estar alerta per explorar més, ja que també hi haurà un conflicte en la dimensió espiritual.

En relació a la intervenció de la infermera, el sentit que una persona atribueix a la seva vida, a les vivències que li van succeint o als factors estressants en què es troba, no es pot ensenyar atès que aquest sentit està vinculat a la dimensió més interior de la persona, l'espiritual. El significat no s'aprèn sinó que es troba, s'entén o es visualitza. Per aquest motiu i seguint el model salutogènic, la infermera ha de treballar amb la persona per tal que prengui consciència dels recursos propis de què disposa (psicològics, emocionals, espirituals...) i dels recursos de l'entorn. La infermera li ha d'ensenyar a utilitzar-los per tal de trobar el significat que pot acabar donant-li sentit a tot allò que li està passant. Així doncs, la infermera ha d'oferir els recursos a la persona per tal que pugui respondre a les seves pròpies preguntes interiors. Per exemple, si una persona després d'un accident de tràfic greu es queda paraplàgica, la infermera ha d'acompanyar-la durant tot el procés i oferir-li espai per tal que la persona pugui verbalitzar sentiments.

Per començar es farà un recordatori del concepte de persona amb el qual es treballa ja que és el fonament per entendre la relació que presenta la salut d'una persona amb el significat que dona a la seva vida en general i també a les vivències que li van succeint.

REFERÈNCIES

- Amengual G., Magalhaes G., Torralba F. *El humanismo europeo. Nuestras raíces*. Lleida: Editorial Milenio, 2018.
- Anstonovsky, A. *Health, Stress and Coping*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Anstonovsky, A. *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- Burgos, J M. *El Personalismo*. Madrid: Biblioteca Palabra, 2000.
- Torralba, F. *L'antropologia filosòfica en el marc de les ciències de la salut*. Barcelona: Fundació Blanquerna, 2003.
- Torralba, F. *La persona, centre de l'acció educativa*. Barcelona: Inheca, 2006.

CAPÍTOL 5

Aprendre a evitar el consum de tòxics

Dra. Sandra Gelabert Vilella
i Dr. David Ballester Ferrando

La gran majoria dels adolescents gaudeix d'un bon estat de salut, però una de les principals raons que pot empitjorar aquesta salut són les conductes de risc, entre les quals destaquen el consum d'alcohol i drogues, motiu de gran preocupació a nivell mundial. Els adolescents són especialment vulnerables als efectes d'aquestes substàncies, perquè es troben en una etapa de la vida en ple procés de maduració i desenvolupament.

Aquests últims anys s'han dut a terme moltes investigacions arreu del món, a Europa i a Espanya sobre les tendències de consum de drogues en la població adolescent. En totes es constata que l'alcohol és la droga més consumida, amb percentatges que varien entre el 63-86% segons l'edat i el país, seguit pel tabac i el cànnabis. Es posa de manifest que l'edat d'inici del consum d'alcohol és primerenca, al voltant dels 13-14 anys, xifres que resulten alarmants per les conseqüències que comporta tant per a la salut física com per a la mental, a curt i a llarg termini. A més, s'evidencia un increment en el risc d'addicció quant menor és l'edat en l'inici del consum.

D'altra banda, en els darrers anys, el fenomen de consum de drogues ha experimentat un profund procés de transformació, en paral·lel a l'evolució de les societats desenvolupades. Actualment, a Espanya, els consumidors són cada vegada més joves i, a més, consumeixen drogues amb finalitat recreativa i socialitzant.

Durant l'etapa universitària es produeixen consums de noves substàncies, com ara la cocaïna i estimulants, que s'afegeixen a possibles consums que ja es duïen a terme durant l'ensenyament secundari, com el cànnabis, el tabac i l'alcohol. Aquest fet s'explica per elements psicosocials propis del context universitari en què els i les joves acaben d'assolir l'edat legal, tenen una suposada capacitat per prendre decisions, per resoldre conflictes i abordar positi-

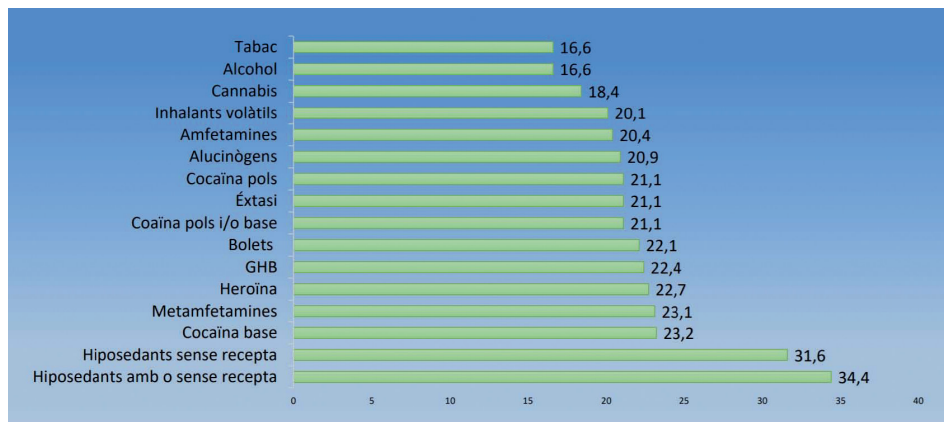


Figura 1. Evolució de l'edat mitjana d'inici de consum d'alcohol i drogues a Espanya (2019). Font: OEDA. Enquesta sobre Alcohol i Drogues a Espanya (EDADES).

vament situacions problemàtiques. Aquests elements fan disminuir la percepció de risc que, sumada a la sensació de llibertat pròpia del context i l'edat, pot argumentar l'augment del consum experimental i/o habitual de determinades substàncies. Pel que fa als tranquil·litzants, aquest patró de consum s'inicia més tard, al voltant dels 30 anys. A la Figura 1 es pot veure l'evolució de l'edat mitjana en l'inici del consum d'alcohol i drogues en la població.

Factors de risc

El consum d'alcohol i drogues té un caràcter multifactorial, amb una gran influència d'aspectes personals i socials. Les principals investigacions s'estan centrant en l'anàlisi dels factors que afavoreixen aquest consum. En el cas de l'alcohol i el tabac, són drogues àmpliament consumides i acceptades socialment en els entorns en què està immers l'adolescent, de manera que la percepció de risc sol estar disminuïda. Altres investigacions assenyalen que els entorns familiars desestructurats, amb progenitors que consumeixen tòxics o que són molt permissius, propicien que els fills adolescents siguin més propensos al consum de drogues. També destaquen el paper de les relacions amb els companys i amics: els adolescents es veuen influïts per les conductes del grup amb el qual es relacionen, ja que tenen tendència a imitar les conductes dels altres per ser acceptats, com pot ser per exemple el consum d'alcohol, tabac o cànnabis durant els caps de setmana. Finalment, i no menys important, són els factors de risc personals, entre els quals destaquen persones amb baixa

autoestima, poca autonomia en la presa de decisions, dificultat per assumir responsabilitats, absència de normes i límits, absència d'adults que li donin suport, actitud evasiva davant de problemes o conflictes, persones amb patologia psiquiàtrica i persones amb dificultat d'autocontrol (impulsivitat o baixa tolerància a la frustració).

Factors protectors

Considerem els factors protectors com a aquells elements que influeixen a l'adolescent a l'hora d'evitar que consumeixi drogues. Alguns són factors personals, com per exemple tenir un concepte positiu de si mateix, tenir objectius personals i un projecte de vida, així com un grau d'autonomia acord amb l'edat, un grau adequat de responsabilitat, normes i límits personals clars, la disponibilitat d'adults que li donin suport quan ho necessita, tenir capacitat per reconèixer i expressar sentiments, disposar d'habilitats socials, gaudir d'un bon autocontrol emocional i de la pròpia conducta i, també, tenir tolerància a la frustració. Altres factors protectors són els relacionats amb la família, com per exemple tenir-hi un vincle afectiu i una comunicació positiva, tenir els límits i les normes de casa clares amb presència de figures d'autoritat i claredat en els rols familiars, així com també un estil adequat de resolució de conflictes, entre d'altres.

En relació al grup d'iguals, és bo que l'adolescent tingui capacitat crítica i desenvolupament del seu propi criteri, que sigui capaç de prendre les seves pròpies decisions, que tingui un model d'amics no-consumidors, que participi en grups positius com ara associacions o clubs esportius i de lleure, que disposi d'una xarxa àmplia d'amics, etc.

Prevenció

Davant del consum d'alcohol i drogues ens plantejem dos nivells de prevenció: universal i selectiva:

La **prevenció universal** és aquella que s'adreça a tota la població amb programes, actuacions o missatges que tenen com a objectiu prevenir o retardar l'inici del consum i reduir la prevalença global del consum d'alcohol, tabac i altres drogues, facilitant informació o millorant les habilitats de les persones per tal d'incrementar els factors protectors. Aquests programes s'adrecen a grans grups poblacionals sense un cribratge previ, és a dir, es planifiquen considerant que tots els membres de la població destinatària comparteixen el mateix nivell de risc. Els programes i les actuacions desenvolupades en aquest

nivell preventiu poden engegar-se des de qualsevol àmbit d'intervenció: comunitari, educatiu, familiar, laboral, del lleure, dels mitjans de comunicació social o dels serveis de salut.

La **prevenció selectiva** és la prevenció que es dirigeix a subgrups de la població que es consideren exposats a certs factors de risc associats al consum de drogues i, per tant, en risc d'abús, tenint en compte la seva pertinença a un segment determinat de la població que presenta conductes potencialment associades al desenvolupament de problemes relacionats amb les drogues, per exemple, joves infractors, joves que presenten problemes d'inadaptació a l'escola o d'absentisme i fracàs escolar. Tenen com a objectiu prevenir l'inici del consum o retardar-lo, i també prevenir els possibles problemes relacionats amb els consums (intoxicacions, conductes sexuals de risc, cops de calor, accidents de trànsit, conductes violentes, etc.). Aquests grups, en situació de risc més alt que la població general, es poden identificar tenint en compte factors de risc biològics, psicològics, socials o ambientals coneguts per estar associats a l'inici de comportaments d'abús de substàncies psicoactives. Per a la seva identificació cal definir indicadors com l'edat, el gènere, la història familiar, el lloc de residència, etc. El coneixement i la consideració de tots aquests aspectes permet el disseny d'actuacions específicament adreçades a afrontar-los de manera preventiva i no estigmatitzant.

Detecció de l'addicció

Un element fonamental en les addiccions és la detecció precoç del consum de drogues. Una detecció adequada i primerenca pot reduir els riscos associats a les addiccions i és un element fonamental per poder ajudar les persones a identificar el problema i buscar solucions. Aquesta detecció, la poden fer familiars, amics, companys de feina, etc. L'educació a la població pot afavorir que les persones properes tinguin coneixements i estratègies per detectar i intervenir correctament davant de situacions de consum de drogues i alcohol.

Els primers canvis que es produeixen en les persones solen ser de caràcter comportamental. Així, se solen produir canvis sobtats en el comportament habitual de la persona, que es pot arribar a mostrar més irritable, impulsiva, amb canvis d'humor sobtats, amb una reducció del rendiment acadèmic o laboral... També pot anar associat a despeses excessives i la demanda de diners; en alguns casos, la persona pot robar. Un altre factor és la pèrdua o el canvi d'amistats, o fins i tot aïllament social. Normalment, quan es demana a la persona si passa alguna cosa perquè se la veu diferent o perquè hi ha una major

necessitat de diners, la respostes són evasives, la persona menteix i intenta normalitzar les noves necessitats i els canvis. També es poden detectar algunes conseqüències a curt i mitjà termini relacionades amb el consum de drogues, com poden ser alguns canvis físics (dilatació de pupil·les en la intoxicació aguda d'estimulants, danys a les fosses nasals, suor excessiva, tics nerviosos, problemes de salut, etc.)

Patrons de consum

Consumir drogues no implica necessàriament tenir una addicció o ser drogo-dependent ja que l'addicció depèn d'una diversitat de factors, entre els quals destaquen: el nivell de dependència física, psíquica i la tolerància que generi la substància, elements personals i, fins i tot, genètics, predisposició familiar, personalitat, situació de vulnerabilitat psíquica, etc.

Des del moment que una persona fa el primer consum d'una substància fins que desenvolupa l'addicció hi ha una sèrie de canvis en relació a les motivacions per consumir i en la interiorització d'aquests consums, que poden modificar els hàbits de vida en relació amb la droga o l'alcohol. Distingim sota aquesta perspectiva quatre tipus de consum: experimental, ocasional, habitual i compulsiu.

- **Consum experimental:** és el consum que correspon al primer contacte amb la substància i sol ser per curiositat, per descobrir noves sensacions, per desinhibir-se o per fer allò que es considera prohibit.
- **Consum ocasional:** és aquell consum intermitent, sense periodicitat i amb llargs períodes d'abstinència. L'objectiu sol ser la cerca del plaer, el relaxament o la superació de dificultats comunicatives.
- **Consum habitual:** és el consum freqüent de la substància. La persona ja sent necessitat de consumir i és menys lliure de decidir sobre el seu consum. Les motivacions són la pertinença a un grup o el reconeixement per part de les persones que el formen, mitigar la soledat, intensificar el plaer, disminuir el cansament, etc. En aquestes situacions la persona pot fer propostes de no consumir en sortir de nit o durant aquell dia, que solen fracassar.
- **Consums compulsiu:** és el consum imprescindible per dur a terme les activitats de la vida diària, malgrat les complicacions que comporta aquest consum. La persona no pot dur a terme cap acció si no manté el consum diàriament. Aquestes persones consumeixen per dependència física i psíquica.

Classificació de les substàncies addictives

Hi ha diverses maneres de classificar les substàncies addictives, com per exemple segons el seu origen, segons si són legals o il·legals, segons la via d'administració, etc. Una de les classificacions més acceptades es fonamenta en l'afectació d'aquestes substàncies en el sistema nerviós central (SNC). És la que es presenta a la taula 1.

Taula 1. Classificació de les drogues segons l'afectació del sistema nerviós central (SNC).

Depressores del SNC	Estimulants del SNC	Pertorbadores o al·lucinògenes del SNC
Alcohol	Cocaïna	Inhalants
Opiacis (opi, morfina, heroïna, metadona)	Amfetamines	LSD
Psicofàrmacs (ansiolítics, hipnòtics)	Nicotina	Derivats del cànnabis (haixix, marihuana)
	Cafeïna	Drogues de disseny
	Speed	Èxtasi

Font pròpia.

Consum i gènere

Tradicionalment, les drogues s'han classificat com a un problema masculí, compatible amb el rol de gènere de la societat. Sota aquests paràmetres socio-culturals, les dones consumidores són penalitzades socialment amb un major menyspreu i culpabilització que en el cas dels homes. Aquesta penalització social condueix a una alta tolerància social dels abusos sexuals a noies que es troben sota els efectes de les drogues, atès que es considera que els homes poden dur a terme els abusos sense remordiments de consciència.

Probablement aquesta menysvaloració fa que les dones triguin més a demanar ajuda i que abandonin prematurament els tractaments de les addiccions, ja sigui per vergonya, per rebuig, per l'estigma social, etc. Les dones, generalment, també pateixen una vulnerabilitat física més greu i una tolerància més alta davant de les drogues, fet que fa que augmenti més ràpidament la progressió cap a l'addicció.

Un altre element rellevant és que les dones tenen una major prevalença de trastorns mentals com ara ansietat, depressió, trastorns de conducta alimentària, etc. Aquests trastorns són molts cops precursors d'un consum de tòxics i

un factor de risc en les addiccions, alhora que les addiccions són un factor de risc de patir trastorns mentals. A més, les dones, pel fet de ser dones i ja des de petites, tenen un historial d'experiències traumàtiques major que els homes, entre el qual hi ha actes de violència masclista, abusos sexuals i violacions. Aquestes experiències de vida són, sens dubte, un factor de risc molt rellevant de patir una addicció.

Per tal d'entendre la necessitat d'abordar la prevenció i el tractament de les drogodependències des d'una perspectiva de gènere, cal:

- Tenir presents les diferències de significat del consum en funció dels factors que condicionen les motivacions per consumir, els diferents patrons de consum i els diversos efectes i conseqüències.
- Tenir en compte la influència del factor generacional en el canvi del model tradicional de rols: el consum de drogues per part de dones adultes és vist com un desafiament a un model tradicionalment de rol masculí. En el cas de les joves, es viu amb més normalitat que es comparteixin els mateixos hàbits i comportaments en relació al consum.
- Incidir en les dificultats afegides que tenen les dones per incorporar-se al tractament i abandonar el consum de drogues: rebuig social, més pressió de l'entorn familiar i serveis assistencials que no tenen en compte les necessitats específiques de les dones.

Per finalitzar, cal plantejar una estratègia específica dirigida a les dones, incidint més enllà de l'atenció a les addiccions, la prevenció, els tractaments, i tenint en consideració els elements culturals i socials per tal de desculpabilitzar-les com a element de canvi prioritari.

REFERÈNCIES

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*, EDADES 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p
- Guía sobre drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007. 90p
- Guía de recomanacions per a la prevenció sobre drogues en l'àmbit universitari. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències; 2016.
- Diputació de Barcelona. *Consum de substàncies en adolescents i joves* [consulta: 01-04-2021]. Recuperat de: https://media.diba.cat/diba/html/educacio/eines_recursos_treball_aula/M3U2_Consum_de_substancias_en_adolescents_i_joves/index.html
- Orte, C. y Ballester, L. (Eds.). *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas*. Barcelona, España: Octaedro; 2018.

AUTORES I AUTORS

Dr. David Ballester i Ferrando

Doctor per la Universitat de Girona. Diplomant en Infermeria. Especialista en Salut Mental. Professor Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Dra. Alicia Baltasar Bagué

Doctora per la Universitat de Girona. Infermera. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural. Postgrau en Salut Pública. Professora Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Dra. Carme Bertran Noguera

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Llicenciada en Antropologia social i cultural. Professora Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria. Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona

Dra. Anna Bonmatí i Tomàs

Doctora per la Universitat de Girona (UdG). Màster Universitari en Promoció de la Salut (UdG). Màster en Nutrició i Alimentació (UB). Diplomada en Infermeria. Llicenciada en Farmàcia. Professora agregada del Departament d'Infermeria de la UdG. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la UdG.

Dra. Cristina Bosch i Ferrer

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en infermeria). Llicenciada en psicologia. Màster Universitari en Promoció de la Salut (UdG). Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Sra. Carla Casals Alonso

Màster en Promoció de la Salut i Màster en Psicologia Clínica de la Salut. Professora associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Sra. Almerinda Domingo Roura

Infermera. Professora Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria. Responsable de Bases Conceptuals del Coneixement Infermer de primer de grau en infermeria. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Sra. Miriam Ferrer i Avellí

Llicenciada en Psicologia. Diplomada en Infermeria. Diplomada en Logopèdia. Curs d'especialitat en Cures Intensives. Professora Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Responsable de les assignatures Psicologia aplicada i Psicologia de la salut.

Dra. Aurora Fontova Almato

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Màster universitari en atenció integral al malalt crític i emergències. Màster en atenció prehospitalària urgent: interuniversitari. Professora associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Dra. Concepció Fuentes i Pumerola

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural. Professora agregada Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona

Dra. Sandra Gelabert Vilella

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Màster Universitari en Promoció de la Salut . Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Catedràtica d'Escola Universitària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Coordinadora del Màster Universitari en Promoció de la Salut. Coordinadora del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona

Dra. María del Carmen Malagón Aguilera

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Màster Universitari en Promoció de la Salut . Màster en mèdicoquirúrgica. Gerontòloga Social. Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Dra. Susanna Mantas Jiménez

Doctora per la Universitat de Girona. Màster Universitari en Promoció de la Salut. Especialista en Psicologia de les Emergències i Catàstrofes. Professora investigadora ordinària del Departament d'Infermeria per la Universitat de Girona.

Dr. Josep Olivet Pujol

Doctor per la Universitat de Girona. Diplomata en Infermeria. Màster Universitari en Promoció de la Salut. Especialista en cures medicoquirúrgics. Professor Titular del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona. Coordinador del Laboratori de Simulació Clínica LASC del Grup de Salut i Atenció Sanitària.

Dra. Josefina Patiño i Masó

Doctora per la Universitat de Girona. Llicenciada en Psicologia. Infermera Especialista en Infermeria Pediàtrica. Professora Titular d'Universitat del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Dra. Carolina Rascón Hernán

Doctora per la Universitat de Girona. Màster Universitari en Promoció de la Salut. Especialista en Infermeria Pediàtrica. Màster en cures d'infermeria a infants i adolescents. Professora Investigadora ordinària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Desenvolupament de la Profesió Infermera de la Universitat de Girona.

Dra. Glòria Reig i Garcia

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Màster Universitari en Promoció de la Salut. Professora Investigadora ordinària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Sra. Marta Roqueta Vall-Ilosera

Diplomada en Infermeria. Especialista en obstètricoginecològica (Llevadora) per Birmingham City University. Màster Universitari en Promoció de la Salut per la Universitat de Girona. Professora Associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Llevadora de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Dr. Bernat-Carles Serdà Ferrer

Doctor per la Universitat de Girona. Diplomant en Fisioteràpia. Llicenciat en Educació Física, Postgrau en Medicina de l'Esport. Professor agregat de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Dra. Rosa Suñer Soler

Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural. Especialista infermera en Unitats de Malaltia Vascular Cerebral per la Universitat d'Alacant. Membre del Grup Assessor d'Infermeria del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

Dra. Marta Vilanova i Vila

Doctora per la Universitat de Girona. Màster en Salut pública. Diplomada en Infermeria. Professora col·laboradora del Departament d'Infermeria. Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del grup de recerca Salut i Atenció Sanitària.



Universitat
de Girona

The logo of the University of Girona, featuring the text "Universitat de Girona" in a white serif font, centered on a dark blue background. The text is flanked by two white decorative brackets, one above and one below.