

PROTOCOLO

DE

VISITA DOMICILIARIA

Noviembre/2004

INDICE

1.- JUSTIFICACIÓN.

2.- OBJETIVOS.

3.- POBLACIÓN DIANA.

4.- ACTIVIDADES:

4.1.- CAPTACIÓN.

4.2.- PLANIFICACIÓN DE LAS VISITAS:

A) PRIMERA VISITA:

- a) Valoración.
- b) Identificación de problemas.
- c) Plan de cuidados.

B) VISITAS SUCESIVAS

5.- EL CUIDADOR

6.- EVALUACIÓN.

7.- ANEXOS:

Anexo I: LISTADO DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Anexo II: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Anexo III: ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

Anexo IV: VALORACIÓN FUNCIONAL. ÍNDICE DE BARTHEL

Anexo V: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DE LOBO

Anexo VI: ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE)

Anexo VII: CUESTIONARIO DE BARBER

Anexo VIII: REGISTRO DE FÁRMACOS

Anexo IX: : ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN RECOMENDADAS EN ADULTOS Y POBLACIÓN ANCIANA (Según PAPPS)

- Prevención cardiovascular y hábitos de vida
- Prevención del cáncer
- Recomendaciones vacunales
- Actividades preventivas dirigidas a los ancianos.

Anexo X: CUESTIONARIO DE ZARIT

Anexo XI: ALGORITMO DEL PROCESO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Anexo XII: HOJA DE REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA

8.- BIBLIOGRAFÍA

9.- AUTORES GRUPO DE TRABAJO

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el envejecimiento de la población y su tendencia creciente es, en los países desarrollados, una de las principales preocupaciones sanitarias y sociales.

En España, en el año 2000, la población mayor o igual de 65 años suponía el 16,9% de la población total; el 7,2% eran \geq de 75 años. Se estima que para el año 2010 el porcentaje de población \geq 65 años será del 17,9% y la \geq de 75 años supondrá el 9,1% del total de la población.

En Extremadura, en el año 2003, el 19,36% de la población era \geq 65 años y el 8,63% eran \geq de 75 años.

Este envejecimiento de la población, es debido fundamentalmente a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida, y a la disminución de la mortalidad, todo ello consecuencia de la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias.

Este cambio en el perfil epidemiológico de la población ha generado que el cuidado de las personas mayores se haya convertido, en la actualidad, en una necesidad sociosanitaria prioritaria.

Todo ello implica un cambio en la demanda asistencial y en la importancia de la atención domiciliaria, que los profesionales sanitarios han de asumir, y donde enfermería debe desempeñar un papel fundamental garantizando cuidados de calidad en respuesta a las necesidades de esta población, en coordinación con los distintos servicios sanitarios y sociales.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Prestar cuidados integrales e individualizados a las personas susceptibles de ser incluidas en el programa y a sus cuidadores, con el objeto de potenciar al máximo sus capacidades de autocuidado para alcanzar el mayor nivel posible de bienestar e independencia y hacerlo de forma coordinada con otros niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los grupos de riesgo.
- Realizar actividades de educación para la salud con el propio individuo, familia y/o cuidador principal.
- Apoyar a la familia y detectar precozmente disfunciones familiares y/o del cuidador.
- Prevenir complicaciones derivadas de la patología y de la inmovilidad que esta condiciona.
- Proporcionar cuidados rehabilitadores.
- Facilitar la coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios, asegurando la continuidad en la atención.
- Disponer en cada Equipo de Salud de un censo de pacientes inmovilizados, terminales y de otros pacientes incluidos en atención domiciliaria. Para ello se puede utilizar el modelo del Anexo I o el listado de usuarios (T.I.S.) que habitualmente es utilizado para anotar los problemas de salud.

3. POBLACIÓN DIANA

- Personas con patología altamente incapacitante.
- Pacientes que transitoriamente requieran atención domiciliaria: postquirúrgicos, altas hospitalarias, etc.
- Pacientes con patología terminal.

Criterios de Exclusión:

- Resolución del proceso.
- Cambio de domicilio permanente.
- Exitus.
- Renuncia expresa.

4. ACTIVIDADES

4.1. CAPTACIÓN

Se puede hacer:

- Por cualquier miembro del equipo tanto en consulta como en domicilio.
- A través de la familia, cuidadores y el propio paciente.
- Mediante revisión de registros, historias, etc.
- Mediante informes de alta hospitalaria.
- Servicios sociales y otras instituciones.
- A través del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.

4.2. PLANIFICACIÓN DE LAS VISITAS

A. PRIMERA VISITA

a) Valoración:

Se realizará mediante la valoración de los patrones funcionales (Anexo II).

- Percepción/Mantenimiento de la salud.
- Nutricional/Metabólico (incluye evaluación del estado nutricional MNA) Anexo III.
- Eliminación.
- Actividad/Ejercicio (incluye la valoración funcional, mediante índice de Barthel, Anexo IV).
- Sueño/Descanso.
- Cognitivo/Perceptual (incluye la valoración de la intensidad del dolor mediante la escala de EVA (escala de 0 a 10) así como el cuestionario de Mini Examen Cognoscitivo (MEC), Anexo V).
- Autopercepción/Autoconcepto (incluye la valoración escala de depresión de Yesavage, Anexo VI).
- Rol/Relaciones.
- Sexualidad/Reproducción.
- Adaptación/Tolerancia al estrés.
- Valores/Creencias.

Se realizará valoración de los ancianos de riesgo a través del cuestionario de Barber (Anexo VII).

b) Identificación de los problemas

Se registrarán todos los problemas detectados en la valoración (priorizar).

c) Plan de actuación

Se elaborará un plan de cuidados individualizado en función de los problemas identificados. Como norma general debe incluir los siguientes contenidos:

1. Informar al paciente y familia sobre sus problemas de salud y complicaciones potenciales.
2. Educar al paciente y familia sobre: higiene, alimentación, movilidad, ejercicio...
3. Educar al cuidador principal para dar cuidados especiales (paciente inmovilizado, terminal, etc.).
4. Medidas de prevención de complicaciones.
5. Medidas de tratamiento para aumentar el bienestar.
6. Medidas para aumentar la adherencia terapéutica. Como ayuda se puede utilizar la hoja de pauta de tratamiento para entregar al usuario (Anexo VIII).
7. Efectuar actividades de salud preventivas (Anexo IX).

La PRIMERA VISITA tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

B. VISITAS SUCESIVAS

Actividades:

- Valorar la evolución.
- Valorar el nivel de aceptación y participación del paciente y la familia en el plan de cuidados.
- Valoración del grado de satisfacción de las necesidades captadas en anteriores visitas.
- Detección de nuevas necesidades.
- Modificaciones terapéuticas y del plan de cuidados que se estimen oportunos.
- Actividades de Educación Sanitaria y de apoyo psicosocial al paciente y la familia.
- Acercar al paciente y a su familia los nuevos recursos sociosanitarios de la zona de salud.
- Una vez al año, o cuando existan cambios relevantes en la salud del paciente, se debe realizar una nueva valoración integral del paciente similar a la que se realiza en la primera visita (por patrones funcionales).

Estas visitas se harán trimestralmente; excepto en casos en que el profesional considere necesario establecer una periodicidad menor.

5. EL CUIDADOR

Las consecuencias de la prestación de ayuda en los cuidadores se ponen de manifiesto en numerosos estudios. Según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) la percepción de los cuidadores es la siguientes: se reduce el tiempo de ocio (64%), cansancio (51%), no tener vacaciones (48%), no frecuentar amigos (39%), sentirse deprimido (32%), deterioro de la salud (28,7%), no poder trabajar fuera (27%), no disponer de tiempo para cuidar de sí mismos (23%), problemas económicos (21%), reducción de su jornada de trabajo (12%) y dejar de trabajar (12%).

Muchos cuidadores de enfermos se ven desbordados por la situación y no siempre cuentan con el apoyo socioeconómico preciso para desarrollar su papel con eficacia y sin deterioro de su propia salud y calidad de vida. Estas situaciones que se nos plantean generalmente se deben a:

- Prolongación de los cuidados.
- Falta de conocimiento.
- Falta de recursos.
- Alteraciones en la salud del cuidador.

Los cuidados y actividades irán dirigidos a evitar en lo posible lo que algunos denominan "síndrome de la cuidadora" y uno de los objetivos sería mejorar su bienestar y calidad de vida.

Actividades:

- Valoración de la carga del cuidador. Cuestionario de Zarit (Anexo X).
- Explicarle en que consiste el problema de salud de la persona a la que cuida.
- Planificar conjuntamente la organización de los cuidados.
- Mantener una actitud comprensiva y empática, sin emitir juicios de valor.
- Favorecer la expresión de sentimientos, ideas, emociones.
- Reconocer la frustración que ocasiona el papel del cuidador.
- Informarle del papel del trabajador social y la ayuda y beneficios que puede proporcionarle.
- Si es adecuado, discutir la posibilidad de ingreso temporal de la persona cuidada en una institución, apoyando la decisión y ayudándole a manejar los posibles sentimientos de culpa y frustración.

- Ponerse en contacto con grupos de autoayuda.
- Planificar conjuntamente un tiempo de descanso y distracción.

Recomendamos utilizar la guía para cuidadores editada por la Consejería de Sanidad y Consumo y que se puede conseguir solicitándola a través de la Gerencia del Área, como se indicó en el escrito remitido en el cual se adjuntaba un ejemplar para cada enfermera de los Equipos de Atención Primaria.

Algoritmo de actuación (Anexo XI)

Todas las actividades a realizar tanto al paciente como al cuidador principal podrán ser registradas en la hoja diseñada a tal fin : Hoja de registro de Visita Domiciliaria (Anexo XII).

6. EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso que trata de comparar lo realizado con lo planificado, introduciendo las medidas correctoras necesarias.

1.- ESTRUCTURA:

Nº de profesionales que participan en el programa
 ----- X 100
 Nº de profesionales del E.A.P.

2.- PROCESO:

Nº de usuarios captados en el programa
 ----- X 100
 Población diana (población estimada susceptible, según cartera de servicio)

Nº de visitas realizadas
 ----- X 100

Nº de visitas previstas

Nº de pacientes a los que se les ha realizado una valoración integral*
 ----- x100

Nº de pacientes incluidos en el programa

(*) Deben tener cumplimentados todos los ítems que procedan del apartado valoración de la hoja de registro

Nº de cuidadores a los que se les ha realizado el cuestionario de Zarit
 -----x100

Nº de cuidadores identificados

Nº de profesionales que poseen un censo de pacientes incluidos en el programa
 -----x100

Nº de profesionales que participan en el programa

3.- RESULTADOS:

$$\frac{\text{Nº de familias que realizan correctamente los cuidados}^*}{\text{Total de pacientes incluidos en el programa}} \times 100$$

(*) Cuando así conste en el apartado "cuidador" de la hoja de registro.

ANEXO II

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN ADULTOS	DIAGNÓSTICOS CEMCAP*
1.- PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD ¿Qué hace para cuidar su salud? Hábitos tóxicos. Estado de vacunación. Medicación actual.	1.1 Riesgo de lesión (traumatismo, intoxicación, asfixia, infección) 1.2 Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal. 1.3 Incumplimiento del tratamiento 1.4 Manejo efectivo del régimen terapéutico personal.
2.- NUTRICIÓN/METABÓLICO Ingesta habitual de alimentos y líquidos Problemas de masticación y/o deglución Relación talla/peso, IMC, Estado de piel y mucosas	2.1 Alteración de la nutrición por defecto. 2.2 Alteración de la nutrición por exceso. 2.3 Alteración de la perfusión tisular periférica. 2.4 Riesgo de déficit del volumen de líquidos. 2.5 Alteración de la mucosa oral. 2.6 Deterioro de la integridad cutánea. 2.7 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 2.8 Deterioro de la deglución.
3.- ELIMINACIÓN Patrón de evacuación intestinal Patrón de eliminación urinaria Sudoración excesiva Drenajes, sondas, etc.	3.1 Estreñimiento. 3.2 Diarrea. 3.3 Incontinencia fecal. 3.4 Alteración de la eliminación urinaria.
4.- ACTIVIDAD/EJERCICIO Circulación (TA, pulso) Respiración (frecuencia, ruidos, síntomas) Movimiento (dificultad, fatiga, inmovilidad) Actividades cotidianas (AVD, ejercicio, ocio)	4.1 Deterioro de la movilidad física. 4.2 Intolerancia a la actividad. 4.3 Dificultad para el mantenimiento del hogar. 4.4 Déficit del autocuidado (alimentación, baño, vestirse, ir al aseo). 4.5 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
5.- SUEÑO/DESCANSO Hora de acostarse/levantarse Dificultad para dormir	5.1 Alteración del patrón del sueño.
6.- COGNITIVO/PERCEPTUAL Nivel de conciencia Orientación (tiempo y espacio) Sentidos (vista, oído, tacto, gusto, olfato) Reflejos Aprendizaje y memoria	6.1 Déficit de conocimientos (especificar). 6.2 Alteración de los procesos del pensamiento. 6.3 Alteraciones sensitivas/preceptuales (visuales/auditivas/cinestésicas/gustativas/táctiles/olfatorias) 6.4 Dolor
7.- AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO ¿Se siente a gusto consigo mismo? ¿Han cambiado sus sentimientos hacia usted? ¿Ha cambiado su forma de ser?	7.1 Trastorno de la autoestima.
8.- ROL/RELACIONES ¿Con quién vive? (cuidador, relación con la familia/vecinos, etc.) Situación laboral (activo, parado, jubilado)	8.1 Trastorno de la comunicación verbal. 8.2 Aislamiento social. 8.3 Alteración de los procesos familiares. 8.4 Cansancio en el rol de cuidador. 8.5 Duelo disfuncional.
9.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN Satisfacción/insatisfacción con la sexualidad Patrón reproductivo	9.1 Alteración de los patrones de sexualidad.
10.- ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS Cambios en su vida Reacción ante situaciones de estrés A quién cuenta sus problemas	10.1 Afrontamiento individual inefectivo.
11.- VALORES/CREENCIAS Cambios de valores Dificultad para practicar religión/creencias	11.1 Sufrimiento espiritual.

ANEXO III

Evaluación del estado nutricional (Mini Nutricional Assessment, MNA)

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta correspondiente al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje:

A.- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

- 0 = anorexia grave
 1 = anorexia moderada
 2 = sin anorexia

B.- Pérdida de peso reciente (<3 meses)

- 0 = pérdida de peso > 3 kg
 1 = no lo sabe
 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg.
 3 = no ha habido pérdida de peso

C.- Movilidad

- 0 = de la cama al sillón
 1 = autonomía en el interior
 2 = sale del domicilio

D.- ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- 0 = Sí 1 = No

E.- Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
 1 = demencia o depresión moderada
 2 = sin problemas psicológicos

F.- Índice de Masa corporal [IMC=Kg(peso)/m²(talla)]

- 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje

(subtotal max. 12 puntos)

12 Puntos o más: normal, no es necesario continuar la evaluación.
 11 Puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

Evaluación

G.- ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

- 0 = No 1 = Sí

H.- ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

- 0 = Sí 1 = No

I.- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 = Sí 1 = No

J.- ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a 2 platos y postre)

- 0 = 1 comida
 1 = 2 comidas
 2 = 3 comidas

K.- ¿Consumen el paciente

- * Productos lácteos al menos 1 vez al día? si no
 * Huevos y legumbres, 1 ó 2 veces semana? si no
 * Carnes, pescados o aves, diariamente? si no
 0 = 0 ó 1 sí
 0,5 = 2 sí
 1 = 3 sí

L.- ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día?

- 0 = Sí 1 = No

M.- ¿Cuántos vasos de agua y otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cervezas.....)

- 0 = menos de 3 vasos
 0,5 = de 3 a 5 vasos
 1 = mas de 5 vasos

N.- Forma de alimentarse:

- 0 = necesita ayuda
 1 = se alimenta solo con dificultad
 2 = se alimenta solo sin dificultad

O.- ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)

- 0 = malnutrición grave
 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
 2 = sin problema de nutrición

P.- En comparación con las personas de su edad. ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?

- 0 = peor
 0,5 = no lo sabe
 1 = igual
 2 = mejor

Q.- Circunferencia braquial (CB en cm.)

- 0 = CB < 21
 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1 = CB > 22

R.- Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

- 0 = CP ≤ 31 1 = CP ≥ 31

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (cribaje + evaluación, máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición
 Menos de 17 puntos: malnutrición.

ANEXO IV

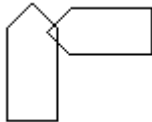
VALORACION FUNCIONAL. INDICE DE BARTHEL			
BAÑO	5	INDEPENDIENTE	Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
	0	DEPENDIENTE	
VESTIDO	10	INDEPENDIENTE	Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
	5	AYUDA	Necesita ayuda, pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
	0	DEPENDIENTE	
ASEO PERSONAL	5	INDEPENDIENTE	Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
	0	DEPENDIENTE	
USO DEL RETRETE	10	INDEPENDIENTE	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
	5	AYUDA	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
	0	DEPENDIENTE	
USO DE LAS ESCALERAS	10	INDEPENDIENTE	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones.
	5	AYUDA	Necesita ayuda física o supervisión para subir y bajar escaleras.
	0	DEPENDIENTE	
TRASLADO SILLON-CAMA	15	INDEPENDIENTE	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
	10	MÍNIMA AYUDA	Necesita una mínima ayuda o supervisión.
	5	GRAN AYUDA	Es capaz de sentarse pero necesita mucha asistencia para el traslado.
	0	DEPENDIENTE	
DEAMBULACION	15	INDEPENDIENTE	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
	10	AYUDA	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
	5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
	0	DEPENDIENTE	
MICCIÓN Se evalúa la semana anterior	10	CONTINENTE	No presenta episodios de incontinencia.
	5	INC. OCASIONAL	Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez/día.
	0	INCONTINENTE	Episodios de incontinencia al menos una vez al día.
DEPOSICIÓN Se evalúa el mes anterior	10	CONTINENTE	No presenta episodios de incontinencia, Si usa supositorios o enemas, se cuida solo.
	5	INC. OCASIONAL	Episodios ocasionales < 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar supositorios o enemas.
	0	INCONTINENTE	
ALIMENTACIÓN	10	INDEPENDIENTE	Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
	5	AYUDA	Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
	0	DEPENDIENTE	
PUNTUACIÓN TOTAL			La <u>incapacidad funcional</u> se valora como:

SEVERA : < 45 puntos GRAVE : 45 - 59 puntos
 MODERADA . . : 60 - 80 puntos LIGERA : 81 - 100 puntos

ANEXO V

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DE LOBO

Es una versión del MMSE (Mini Mental State Examination de Folstein) ampliada y adaptada a las características de la población española. La puntuación máxima es de 35 puntos, pero se establece el punto de corte en mayores de 65 años en 24 y a partir de 23 se sospecha deterioro cognitivo. Hay que especificar el nivel de conciencia de la persona mayor en el momento de realización del test. En la versión adaptada a la población anciana española por Lobo, se ha obtenido la sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69%.

	PUNTOS
1. Orientación	
Tiempo: "Dígame el día de la semana Día del mes Mes Estación Año	5
Espacio: "Dígame el Hospital (o el lugar) Planta	
Ciudad Provincia Nación	5
2.- Fijación	
"Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana" (Repetir hasta que las aprenda)	3
3. Concentración y cálculo	
"Si tiene 30 ptas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?"	5
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	
"Ahora hacia atrás"	3
4. Memoria	
"¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?"	3
5. Lenguaje y construcción	
- Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj.	2
- "Repita esta frase: en un trival había cinco perros".	1
- "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿Qué son un perro y un gato?"	2
- "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa".	3
- "Lea esto y haga lo que dice" CIERRE LOS OJOS	1
- "Escriba una frase"	1
- "Copie este dibujo"	1
	
Puntuación total (un punto cada respuesta correcta)	35
Nivel de conciencia (alerta, obnubilación, estupor, coma):	

Puntuación máxima 35. A partir de 23 indica deterioro cognitivo.

ANEXO VI

ESCALA GERIATRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE)

Nombre:

SI NO

0	1	1.- ¿Está satisfecho con su vida?
1	0	2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?
1	0	3.- ¿Siente que su vida está vacía?
1	0	4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?
0	1	5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?
1	0	6.- ¿Teme que le pase algo malo?
0	1	7.- ¿Se siente feliz muchas veces?
1	0	8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?
1	0	9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?
1	0	10.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?
0	1	11.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?
1	0	12.- ¿Se siente lleno de energía?
0	1	13.- ¿Siente que su situación es desesperada?
1	0	14.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
1	0	15.- ¿Cree tener mas problemas de memoria que el resto de la gente?

TOTAL =

0 - 5 = NORMAL

6 - 9 = DEPRESIÓN LEVE

10 Ó MAS = DEPRESIÓN ESTABLECIDA

ANEXO VII

¿Pertenece al grupo de riesgo? SI NO PUNTUACIÓN DE BARBER: _____

CUESTIONARIO DE BARBER

	¿Vive solo?	SI	NO
¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?		SI	NO
¿Hay mas de dos días a la semana que no come caliente?		SI	NO
¿Necesita alguien que lo ayude a menudo?		SI	NO
¿Le impide su salud salir a la calle?		SI	NO
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por si mismo?		SI	NO
¿Tiene dificultades con la vista para realizar su labores habituales?		SI	NO
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?		SI	NO
¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?		SI	NO

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

FECHA: _____

ANEXO VIII



NOMBRE:

FECHA:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO 	DESAYUNO 	COMIDA 	CENA 	HORA DE DORMIR 	¿QUÉ HAY QUE TENER EN CUENTA? 
NOMBRE DEL MÉDICO/ ENFERMERA: 			TELÉFONO DE URGENCIA: 112		

ANEXO IX

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN RECOMENDADAS EN ADULTOS Y POBLACIÓN ANCIANA (según PAPPS)

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR Y HÁBITOS DE VIDA

Población general aprovechando visitas ocasionales

PROGRAMA	RECOMENDACIONES PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
HTA	Medir la presión arterial	Antes de los 14 años	1 medición
		De 14 hasta 40 años	Cada 4 ó 5 años
		De 40 años en adelante	Cada 2 años
Hipercolesterolemia	Análisis del colesterol total sérico	Varones menores de 35 años, mujeres menores de 45 años.	1 determinación
		Varones de 35 a 75 años, mujeres de 45 a 75 años.	Cada 5 ó 6 años
		> 75 años sólo si no se había realizado anteriormente ninguna determinación.	1 determinación
Prevención tabaquismo	<p>Preguntar y registrar el consumo de tabaco en número de cigarrillos / día</p> <p>En fumadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Consejo claro y personalizado 3) Ofrecer ayuda y seguimiento 4) Valorar la disponibilidad para el cambio y la dependencia 5) Consejo de refuerzo hasta 1 año después. 	<p>Población general aprovechando visitas ocasionales:</p> <p>Exfumadores:</p> <p>(> 1 año sin fumar)</p> <p>No es necesario en > de 25 años que nunca han fumado, ni en personas que llevan muchos años sin fumar.</p>	Cada 2 años
Actividad física	Informar sobre el factor protector de la actividad física. Recomendar mínimo 30 minutos de ejercicio/3 veces semana	Mayores de 14 años	Periodicidad no inferior a 3 meses, ni superior a 2 años
Obesidad	Medir el peso y la talla y calcular el IMC	Mayores de 20 años aprovechando visitas ocasionales	Cada 4 años
Abuso de alcohol	Realizar entrevista para conocer el consumo del alcohol	Mayores de 14 años aprovechando visitas ocasionales, sin límite de edad superior.	<p>Cada 2 años</p> <p>En adolescentes, posiblemente se precise una frecuencia mayor.</p>

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Población general aprovechando visitas ocasionales

PROGRAMA	POBLACIÓN DIANA	EDAD	PERIODICIDAD
Cáncer de cervix	Mujeres sexualmente activas. Se recomienda la búsqueda activa de mujeres con factores de riesgo de infección VPH, promiscuidad sexual y bajo nivel socioeconómico.	Entre 35 y 65 años	Inicialmente dos tests con periodicidad anual y después una citología cada 5 años.
		Mayores de 65 años	Mujeres sin citología en los últimos 5 años inicialmente dos tests con periodicidad anual. Si son normales, no se proponen más intervenciones.
Cáncer de mama	Según recomendaciones de nuestra C.A.	Mujeres de 50 a 64 años Mamografía	Cada 2 años
Cáncer de próstata		Varones adultos	No se dispone de evidencia para recomendar el cribado sistemático.
Cáncer de endometrio	Mujeres posmenopáusicas: No existe evidencia para recomendar el cribado sistemático en mujeres asintomáticas. Se recomienda realizar consejo adecuado para que consulten ante cualquier sangrado.		
Cáncer colorrectal	No existe evidencia consistente para recomendar cribado en población asintomática sin factores de riesgo conocidos (Población de riesgo: Pacientes con pólipos adenomatosos esporádicos de riesgo).		

RECOMENDACIONES VACUNALES

Población general aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario

PROGRAMA	POBLACIÓN DIANA - EDAD	PERIODICIDAD
Vacuna antitetánica y antidiftérica	Vacunación universal Primo vacunación: - Adultos no vacunados - Gestantes no vacunados	Dosis de recuerdo cada 10 años
Vacuna contra la gripe	Según recomendaciones de la Comunidad Autónoma colectivos de riesgo y ≥ 65 años	Anual en otoño
Vacuna antineumocócica	Según recomendaciones CA ≥ 75 y se pretende ir ampliando los tramos de edad hasta los 65 años	Revacunación: una dosis a los 5 años sólo si recibieron la primera antes de los 65 años.
	Personas adultas con riesgo	Revacunación a los 5 años

ACTIVIDADES PREVENTIVAS DIRIGIDAS A LOS ANCIANOS
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN SÍNDROMES GERIÁTRICOS

PROGRAMA	RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA DEL ANCIANO
Prevención de caídas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular. 2. Dar consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio físico, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación. 3. En ancianos con alto riesgo de caídas (>75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo e inestabilidad) se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles que incluya ejercicio físico, revisión del estado de salud, de la medicación psicotrópica y del entorno. 4. En los que hayan sufrido una caída en los 3 últimos meses o con caídas de repetición: preguntar sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída además de un programa individualizado de intervención multifactorial y medida de rehabilitación.
Alteraciones visuales	Realizar un examen completo de la vista por un oftalmólogo o profesional capacitado, según protocolos establecidos en el Área.
Hipoacusia	Realizar anamnesis sobre dificultad en la audición Aconsejar el uso de audífonos si se precisara
Demencia	<p>No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática.</p> <p>Estar alerta ante síntomas de alarma de demencia como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos de comportamiento, referidos por la familia o por el propio paciente.</p> <p>Ante la sospecha de deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y test neuropsicológicos, y seguimiento.</p>
Uso inadecuado de la medicación	<p>Utilizar sistemas informáticos de registro y en su defecto de hojas de perfiles de prescripción.</p> <p>Educación sanitaria de los pacientes.</p> <p>Revisión periódica de los medicamentos consumidos.</p> <p>Formación de los médicos mediante contacto periódicos con expertos sobre el uso adecuado de medicamentos.</p>
Incontinencia urinaria (IU)	<p>Interrogar sobre la presencia de pérdidas de orina.</p> <p>Realizar el estudio básico de la IU</p>
Malnutrición	<p>Identificar a los ancianos con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores.</p> <p>Realizar medición periódica del peso y de la talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha.</p>

ANEXO X

CUESTIONARIO DE ZARIT

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR – CUESTIONARIO DE ZARIT

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

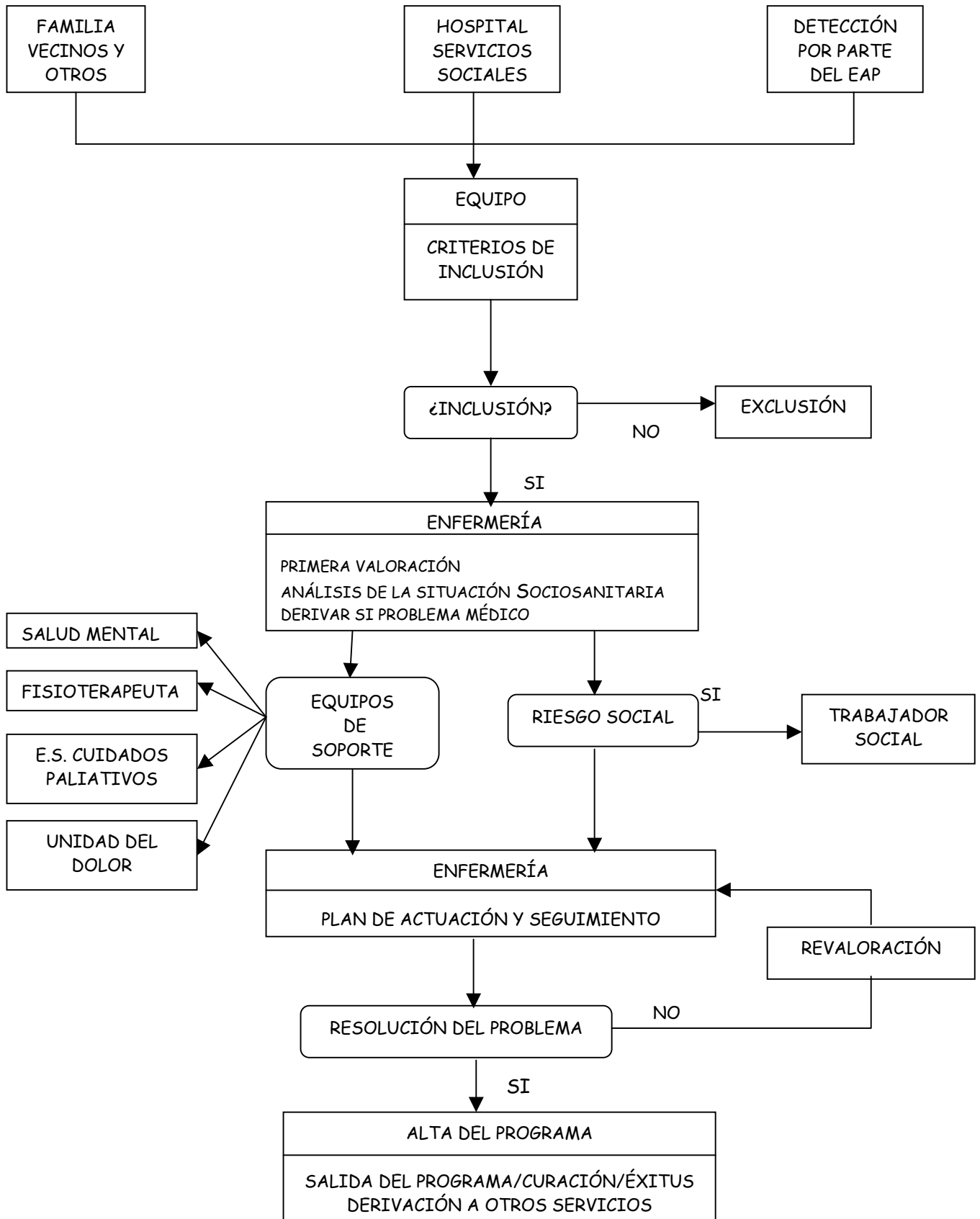
< 46 No Sobrecarga

46 a 55 Sobrecarga leve

>55 Sobrecarga intensa

ANEXO XI

ALGORITMO DEL PROCESO DEL PROGRAMA ATDOM



ANEXO XII

VISITA DOMICILIARIA

CIP	<input type="text"/>	Nombre: _____
1 ^{ER} Apellido:	_____	2º Apellido: _____
Localidad:	_____	C.S. : _____

Nombre del profesional/es: _____ CIAS _____

Fecha de inclusión el programa: _____ Servicio: INMOVILIZADO TERMINALES OTROS

Motivo de inclusión: _____

Cuidador principal: _____

VALORACIÓN (Patrones funcionales)

• P. PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Problemas de salud relevantes: _____
- Identificación de situación de riesgo (C. Barber) SI NO
- Fármacos: Principio activo/Posología _____
Adherencia/Tolerancia _____ / _____
- Hábitos tóxicos: Alcohol: _____ Tabaco: _____ Otros: _____
- Antecedentes de caídas: SI NO Causas: _____
- Vacunaciones: GRIPE TÉTANOS/DIFTERIA NEUMOCOCO OTROS Especificar: _____
- Ingresos en el último año: SI NO Causa: _____

• P. NUTRICIONAL/METABÓLICO

- Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____
- Valoración nutricional (MNA): ADECUADA POSIBLE MALNUTRICIÓN INADECUADA Sonda Nasogástrica: SI NO
- Hidratación: Cantidad de líquidos diarios: _____
- Integridad de piel y mucosas: _____
- Alteraciones buco-dentales: SI NO Tipo: _____

• P. ELIMINACIÓN

- Intestinal: Regular Estreñimiento Incontinencia
- Urinaria: Incontinencia: SI NO Sondaje vesical: SI NO
- Drenajes: SI NO

• P. ACTIVIDAD/EJERCICIO

- TA : _____ FC : _____ FR : _____
- Índice de Barthel: I. Ligera I. Moderada I. Grave I. Severa
- Ejercicio físico: SI NO Tipo: _____

• P. SUEÑO/DESCANSO

- Alteraciones del sueño: SI NO Tipo: _____

• **P. COGNITIVO/PERCEPTUAL**

- Alteraciones Visuales: SI NO Tipo: _____
- Alteraciones Auditivas: SI NO Tipo: _____
- Canal Auditivo: Tapones de cerumen: SI NO
- Dolor: SI NO
- Cuestionario de Mini Mental. Puntuación

• **P. AUTOESTIMA/AUTOPERCEPCIÓN**

- Escala de depresión de Yesavage. Puntuación

• **P. ROL/RELACIONES**

- ¿Vive solo?: SI NO
- Apoyo familiar-social: SI NO

• **P. TOLERANCIA/ ADAPTACIÓN AL ESTRÉS**

- Adaptación a su situación. Alteraciones: SI NO

• **P. VALORES/CREENCIAS**

- Dificultad para practicar religión/creencias: SI NO

• V. SOCIOECONÓMICA: _____

• OTRAS VALORACIONES: _____

CUIDADOR:

- Carga del cuidador: Cuestionario de Zarit. Puntuación
- Realiza /Supervisa correctamente los cuidados:
- Higiene: SI NO
- Alimentación: SI NO
- Movilizaciones / Cambios posturales: SI NO
- Administración de tratamiento farmacológico: SI NO
- Observaciones: _____

EDUCACIÓN PARA LA SALUD						
FECHA	ALIMENTACIÓN	EJERCICIO FÍSICO	HIGIENE	PREVENCIÓN ACCIDENTES	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	OTROS

Dentro de las celdas registrar los contenidos y especificar si la educación se realiza al paciente (P) o al cuidador (C).

FECHA	VALORACIONES SUCESIVAS

(1) CUESTIONARIO DE BARBER

	¿Vive solo?	SI	NO
	¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?	SI	NO
	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	SI	NO
	¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	SI	NO
	¿Le impide su salud salir a la calle?	SI	NO
	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	SI	NO
	¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	SI	NO
	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	SI	NO
	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	SI	NO

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo

¿Pertenece al grupo de riesgo?

SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	
SI	NO	FECHA	

VALORACIÓN FUNCIONAL. INDICE DE BARTHEL

BAÑO	5	INDEPENDIENTE	Se lava completo en ducha o baño. Entra sale del baño sin una persona presente.
	0	DEPENDIENTE	
VESTIDO	10	INDEPENDIENTE	Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
	5	AYUDA	Necesita ayuda, pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
	0	DEPENDIENTE	
ASEO PERSONAL	5	INDEPENDIENTE	Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
	0	DEPENDIENTE	
USO DEL RETRETE	10	INDEPENDIENTE	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
	5	AYUDA	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
	0	DEPENDIENTE	
USO DE ESCALERAS	10	INDEPENDIENTE	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones.
	5	AYUDA	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
	0	DEPENDIENTE	
TRASLADO SILLON - CAMA	15	INDEPENDIENTE	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
	10	MINIMA AYUDA	Necesita una mínima ayuda o supervisión.
	5	GRAN AYUDA	Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
	0	DEPENDIENTE	
DEAMBULACIÓN	15	INDEPENDIENTE	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
	10	AYUDA	Puede caminar al menos 50 m. pero necesita ayuda o supervisión.
	5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
	0	DEPENDIENTE	
MICCIÓN Se evalúa la semana anterior	10	CONTINENTE	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo.
	5	INC. OCASIONAL	Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez/día.
	0	INCONTINENTE	Episodios de incontinencia al menos 1 vez al día.
DEPOSICIÓN Se evalúa la semana anterior	10	CONTINENTE	No presenta episodios de incontinencia, si usa supositorios o enemas, se cuida solo.
	5	INC. OCASIONAL	Episodios ocasionales < 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar supositorios o enemas.
	0	INCONTINENTE	
ALIMENTACIÓN	10	INDEPENDIENTE	Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
	5	AYUDA	Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
	0	DEPENDIENTE	
FECHA			
PUNTUACIÓN			

La incapacidad funcional se valora como:

SEVERA	< 45 puntos	GRAVE.....:	45 - 59 puntos
MODERADA	60 - 80 puntos	LIGERA.....:	81-100 puntos

FECHA / PROBLEMA DETECTADO ó DIAGNOSTICO	PLAN DE CUIDADOS	FECHA / SEGUIMIENTO OBSERVACIONES	FECHA / SEGUIMIENTO OBSERVACIONES	FECHA / SEGUIMIENTO OBSERVACIONES

8. BIBLIOGRAFÍA

Atención al anciano. Grupo de trabajo del anciano de la semFYC, Ediciones Eurobook, SL. Madrid 1997:11-47.

C. De Alba Romero, J. M. Baena Díez, M. C. de Hoyos alonso, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litargo Gil, L. Martín Resende et al. Actividades preventivas en mayores. Atención Primaria. Barcelona 2003; Vol. 32. suplemento 2.1-158

Centro de Investigaciones Sociológicas del Ministerio de la Presidencia. Ayuda informal a personas mayores. Estudio 2117. Datos y opinión. Madrid, Abril 1996.

Cuidarse para cuidar. Guía para la elaboración de talleres para personas cuidadoras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Aproximación a la Atención Domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? Atención Primaria. Barcelona 2003; 31 (8): 473-9

Guía para cuidadores. Edita Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria. Badajoz 2004

Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. ICEPSS, Palma de Gran Canaria (1995)

Plan de Salud de Extremadura 2001 - 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Mérida. 2ª Edición, Junio de 2001.

Rivera Casado J.M. Enfermería geriátrica. Idepsa 1994.

Rivera JM, Cruz AJ. Geriatria en Atención primaria. J. Uriach & Cía. Barcelona 1997.

Roca, M. et al. ¿Se cuida a las familias de los enfermos crónicos? Rev. Rol Enf.1988;122(1): 75-78.

9.- AUTORES GRUPO DE TRABAJO.

- | | | |
|--|--------------------|--------------------------------|
| - Encarnación HURTADO MARCOS | TRABAJADORA SOCIAL | C.O.P.F. Plasencia |
| - M ^a José ROSA ALBARRAN | ENFERMERA | C.S. PLASENCIA II |
| - Mercedes GARCÍA MORÁN | ENFERMERA | C.S. MONTEHERMOSO |
| - M ^a del Mar SERRANO RODILLA | ENFERMERA | C.S. SERRADILLA |
| - Aroa HORNERO BENITO | ENFERMERA | C.S. JARAIZ DE LA VERA |
| - Purificación SÁNCHEZ ZARAGOZA | ENFERMERA | C.S. JARAIZ DE LA VERA |
| - Alejandro MARTÍN PORTAL | MEDICO | C.S. ALDEANUEVA DEL CAMINO |
| - Mercedes RAMOS GONZALEZ | ENFERMERA | E.S. CUIDADOS PALIATIVOS |
| - M ^a Teresa FABREGAT DOMÍNGUEZ | ENFERMERA | Gerencia Área Salud. Plasencia |
- Coordinación del Grupo por parte de la Gerencia del Área: Lidia PERAL BAENA, Dirección de Enfermería de Atención Primaria de Plasencia.
- Nuestro agradecimiento a la Secretaria de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área, que ha llevado a cabo el trabajo administrativo: Consuelo SIMÓN GARCÍA.