

PROGRAMA DE REGISTRO

de la

**RED CENTINELA SANITARIA DE
CASTILLA Y LEÓN**

2013

<i>Índice</i>	
Normas generales de notificación	3
Medicina de Familia:	
Cardiopatía y arteropatía isquémica	5
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa	10
Pediatría y enfermería pediátrica:	
Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años	13
Enfermería:	
Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria	20
Calendario epidemiológico semanal del año 2013	27

NORMAS GENERALES DE NOTIFICACIÓN

1. El envío de los formularios se hará semanalmente exista o no declaración de casos. Esto permitirá obtener un denominador adecuado (la población vigilada) para el cálculo de las tasas de incidencia u otros indicadores.

Se exceptúan los de 'Calidad de los cuidados paliativos al final de la vida' y la 'encuesta familiar' del estudio 'Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años', que solo se enviarán cuando se cumplimenten.

2. Se notificarán los casos vistos en la consulta habitual, visita domiciliaria o atención continuada, siempre que el paciente PERTENEZCA AL CUPO DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA. Esto es debido a que el denominador que vamos a utilizar está calculado en base a la población cubierta por la tarjeta sanitaria del centinela. Asimismo se notificarán los casos conocidos, aun cuando hayan podido ser atendidos por otro facultativo en atención continuada, o en atención especializada u hospitalaria, siempre que PERTENEZCA AL CUPO DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA.

Anverso del formulario

1. En cada formulario se colocará una etiqueta autoadhesiva que lleva su nombre y su CIAS.
2. Es muy importante anotar el número de la semana epidemiológica y la fecha en que finaliza. Para ello hemos confeccionado el calendario correspondiente a 2013.
3. Si el formulario de notificación semanal es enviada sin ningún registro se anotará la causa:
 - a. No se han registrado casos.
 - b. Ausencia de la consulta.

También se podrán especificar otras incidencias.

4. Normas de cumplimentación:
 - a. Como norma general, las preguntas con casillas en todas las opciones pueden tener respuesta múltiple, que se anotará con una X. Las preguntas con opciones numeradas solo tienen una respuesta para la

única casilla disponible, en la que se anotará el número correspondiente.

- b. Las casillas destinadas a las iniciales, fechas, especificaciones u otro tipo de información se cubrirán con MAYÚSCULAS y la mayor claridad y precisión posibles.
- c. Si lo considera necesario, puede hacer anotaciones al margen.

Reverso del formulario

Contiene, de manera simplificada, los criterios de inclusión y exclusión de los temas de estudio del programa anual. Este protocolo contiene información complementaria y de apoyo al profesional centinela para decidir la notificación de un caso.

CARDIOPATÍA Y ARTEROPATÍA ISQUÉMICA (MÉDICOS DE FAMILIA)

Introducción y justificación

Las enfermedades cardiovasculares continúan encabezando las principales causas de muerte en nuestro país, por encima de otras enfermedades como el cáncer. En Castilla y León originaron en 2010 el 31,1 % de los fallecimientos, el 35,9% en las mujeres, siendo la primera causa, y el 26,8% en los hombres. En las mujeres destacan las ocurridas por enfermedades cerebrovasculares (8,9%), y en los hombres, las enfermedades cerebrovasculares (6,1%) y el infarto agudo de miocardio (5,9%).

Las enfermedades cardiovasculares tienen un origen multifactorial. Algunos factores de riesgo están relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco (primera causa de mortalidad evitable), la falta de actividad física y los hábitos alimentarios, y por lo tanto son modificables. Otros factores involucrados en estas enfermedades pueden ser controlados cuando aparecen, como la presión sanguínea elevada, la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipemias.

En 2004 se inició el estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León (RECCyL), que se unía a las investigaciones sobre estas enfermedades y sus factores de riesgo que estaba desarrollando la Red Centinela Sanitaria, cuyo mayor exponente es la Cohorte de Diabetes de Castilla y León. Según estos estudios, en la población de Castilla y León entre 35 y 74 años nos encontramos con un 44% de hombres y 39% de mujeres hipertensos. La hipercolesterolemia afectaba al 33% de varones y al 28% de las mujeres. Además el número de fumadores era de 34% y 20% respectivamente. La diabetes y la obesidad, dos riesgos que suelen ir muy asociados se encontraron en el 11% y 26% de los hombres y en el 7% y 28% de las mujeres.

En el año 1994 la Red Centinela Sanitaria realizó un estudio sobre cardiopatía y arteriopatía periférica en el que se estimó una incidencia de angina de pecho de 333 casos por 100.000 h., de infarto agudo de miocardio de 223 por 100.000 h. y de arteriopatía periférica de 255 por 100.000 h. La hipertensión arterial, la obesidad y la hiperlipemia aparecían como los factores de riesgo más prevalentes en estos pacientes.

Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y la más reciente literatura científica destacan un ligero descenso de las enfermedades cardiovasculares atribuible a las campañas de prevención y concienciación del impacto de este problema de salud.

Objetivos

1. Estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de cardiopatía y arteriopatía periférica en la población de Castilla y León.
2. Estudiar la variación en el perfil del paciente con respecto a los datos de 1994.
3. Comparar los niveles de riesgo cardiovascular de estos pacientes con la población general de Castilla y León (estudio RECCyL)

Metodología

Criterios de inclusión.

Angina de pecho estable.

Uno de los siguientes criterios:

- a) Dolor torácico o referido a otras partes del cuerpo (mandíbulas, hombros, espalda o brazos) compatible con angina de pecho desencadenado principalmente por el esfuerzo y aliviado por el reposo o la administración sublingual de nitroglicerina.
- b) Demostración electrocardiográfica, en reposo o esfuerzo de isquemia cardiaca.

Angina de pecho inestable.

Dolor torácico de localización similar la angina de pecho estable, pero que ha variado su intensidad (mayor) o se desencadena sin situaciones precipitantes o sin esfuerzos.

Infarto agudo de miocardio.

Dos de los siguientes criterios:

- a) Dolor característico de la isquemia de miocardio que dure más de 15 minutos
- b) Alteraciones electrocardiográficas del segmento ST o nueva Q.
- c) Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Incluye: Infarto de miocardio agudo, hasta las 4 primeras semanas (28 días) del comienzo.

Excluye: Infarto agudo de miocardio antiguo/cicatrizado.

Enfermedad vascular periférica.

1) Arteriosclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales)

Uno de los siguientes:

a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

2) Tromboangieitis obliterante (Enfermedad de Buerger).

Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

3) Otras enfermedades vasculares periféricas como acrocianosis, eritromelalgia, acroparestesias, eritrocianosis, que no pertenecen a apartados anteriores.

Instrucciones del formulario

1. Se consignaran los 11 dígitos del CIP, la fecha de nacimiento y el sexo. Si se desea, se puede utilizar la etiqueta que genera el TAIR que lleva el nombre y CIP del paciente y el nombre y CIAS del médico. En ese caso sólo es necesario consignar la semana y fecha de envío del formulario.
2. Las preguntas del formulario pueden tener respuesta única o múltiple, según se especifica.
3. DATOS DE LA ÚLTIMA ANAMNESIS Y EXPLORACION, se refieren a los antecedentes del paciente antes de sufrir el evento cardiovascular y no a los datos recogidos en el momento del diagnóstico.
4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR se refieren a los antecedentes conocidos del paciente antes de sufrir el evento cardiovascular y no a los datos recogidos en el momento del diagnóstico. Se anotará si era hipertenso, diabético o hipercolesterolémico. Si se conoce, la fecha de los diagnósticos y las últimas cifras registradas en la HC.

Antecedentes familiares: Si alguno de los dos progenitores o hermanos tienen o han tenido hipertensión, diabetes, antecedentes de infarto o antecedentes de trombosis/embolia.

Se considerará bebedor de riesgo cuando se consumen más de 280gr/semana los hombres y más de 168gr/semana las mujeres, lo que equivale a 28 unidades de alcohol/semana en los hombres y 16 unidades de alcohol/semana en las mujeres. (Una unidad es un vaso de vino, cerveza...etc.)

5. ANTECEDENTES DE MEDICACIÓN Y DIETA, se refieren a los tratamientos del paciente antes de sufrir el evento cardiovascular y no a los que se instauran el momento del diagnóstico.
6. Si el paciente ha fallecido como consecuencia de un evento cardiovascular agudo, indique las horas transcurridas desde el inicio de síntomas hasta el fallecimiento.

Formulario



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN
PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA)
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUEMICA

Rellene la ficha todas las semanas, aunque no haya registrado casos.
En cada formulario semanal se pueden incluir hasta 2 pacientes. Si una semana consultaran más de 2 casos requieren el envío de formularios adicionales.

Angina de pecho estable:

Uno de los siguientes:

- a) Dolor torácico o referido a otras partes del cuerpo (mandíbulas, hombros, espalda o brazos) compatible con angina de pecho desencadenado principalmente por el esfuerzo y aliviado por el reposo o la administración sublingual de nitroglicerina.
- b) Demostración electrocardiográfica, en reposo o esfuerzo, de isquemia cardíaca.

Angina de pecho inestable:

Dolor torácico de localización similar la angina de pecho estable, pero que ha variado su intensidad (mayor) o se desencadena sin situaciones precipitantes o sin esfuerzos.

Infarto agudo de miocardio

Dos de los siguientes criterios:

- a) Dolor característico de la isquemia de miocardio que dure más de 15 minutos
- b) Alteraciones electrocardiográficas del segmento ST o nueva Q.
- c) Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Incluye: Infarto de miocardio agudo, hasta las 4 primeras semanas (28 días) del comienzo.

Excluye: Infarto agudo de miocardio antiguo/cicatrizado.

Enfermedad vascular periférica

1. Arteriosclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales)

Uno de los siguientes:

- a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.
- b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

2. Tromboangeliitis obliterante (Enfermedad de Buerger).

Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

3. Otras enfermedades vasculares periféricas como acrocianosis, eritromelalgia, acroparestias, eritrocianosis, que no pertenecen a apartados anteriores.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Tel.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegatoto@jcyL.es) y Milagros Gil Costa (gilcosta@jcyL.es)

CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA (MEDICINA DE FAMILIA)

Introducción y justificación

Los cuidados al final de la vida presentan un indudable interés, desde el punto de vista clínico y de la salud pública actual, debido al aumento de la población de edad avanzada, la alta prevalencia de los procesos crónicos, que son causa del fallecimiento, y el crecimiento de los costes sanitarios. Existe además la percepción de que la atención paliativa al final de la vida no alcanza los niveles óptimos de calidad en la mayoría de los países.

Se han realizado estudios previos en Castilla y León con la metodología Euro-SENTI-MELC, en 2010 y 2011, además del estudio 'Atención Paliativa y de Soporte de los Equipos de Atención Primaria en el domicilio' en 2008.

El estudio que se plantea ahora aborda la calidad de los cuidados paliativos que se dispensan a las personas en los últimos meses de su vida.

Los médicos de familia y el personal de enfermería se encuentran, como en muchas otras ocasiones, en la situación ideal para el estudio de estos pacientes. Por otra parte, son partícipes de la atención y están directamente implicados en las decisiones que se toman por parte de los enfermos y sus familias.

Objetivo

Describir y comparar la calidad cuidados paliativos en AP al final de la vida en los últimos tres meses en varios países europeos a través de Redes Centinelas Sanitarias representativas en el año 2013.

El protocolo de este estudio ha sido aprobado por el Comité de Revisión Ética del Hospital Universitario de la Universidad Libre de Bruselas en 2004

Metodología

Se trata de una investigación cuantitativa retrospectiva de mortalidad, recogiendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de las Redes Centinelas Sanitarias. En España participará la Red Centinela de Castilla y León con

la metodología consensuada en el proyecto RECENT. En Europa participarán redes centinelas de Holanda, Bélgica, Italia y Francia

Criterios de inclusión:

- Paciente del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento haya certificado, o del que tenga constancia por otra vía*.
- Edad de 18 años o más en el momento de la defunción.

* Ejemplo: paciente que fallece en el hospital o en una residencia asistida y cuyo certificado se extiende por el médico de la institución, pero que se comunica al médico de familia y se dispone de información sobre el fallecido para completar el cuestionario.

Los casos esperados se sitúan entre 5 y 10 por médico y año.

Periodo de estudio: Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.comprensión o de escritura, ayude a estas personas o cumplimente Vd. el formulario en el momento de la entrevista clínica.

Procedimiento:

A través de un formulario estándar que cumplimenta el médico en la semana siguiente a conocer el fallecimiento del paciente. El formulario no llevará ninguna identificación del paciente y contendrá solamente un número de identificación, anotado por el médico y que sólo él podrá relacionar con el paciente.

- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia amarilla y envíe la blanca al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social por los medios habituales.
- Identifique con un número correlativo o el que Ud. desee cada cuestionario. Le servirá para recuperar información en su copia y verificar algún dato en caso necesario.
- Marque cada casilla con una cruz o señale con un círculo el número de la respuesta más adecuada a la pregunta. Escriba con letras mayúsculas aquellas respuestas que así lo requieran.

Formulario



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA)
CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán a los Paciente del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento haya certificado, o del que tenga constancia por otra vía*.
- Edad de 18 años o más en el momento de la defunción.

*Ejemplo paciente que fallece en el hospital o en una residencia asistida y cuyo certificado se extiende por el médico de la institución, pero que se comunica el médico de familia y se dispone de información sobre el fallecido para completar el cuestionario.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA:

- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia amarilla y envíe la blanca al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social por los medios habituales.
- Identifique con un número correlativo o el que Ud. desee cada cuestionario. Le servirá para recuperar información en su copia y verificar algún dato en caso necesario.
- Marque cada casilla con una cruz o señale con un círculo el número de la respuesta más adecuada a la pregunta. Escriba con letras mayúsculas aquellas respuestas que así lo requieran.

NIVELES DE CONTACTO
 • Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
 • Dirección General de Salud Pública, Pº de Zorrilla 1, 47071 VALLADOLID.
 A. Tomás Vega Alonso (vegato@jcylen) Telf: 983 413753 y Milagros Gil Costa (gilcosta@jcylen) Telf: 983 412302. Fax: 983 413745

Etiqueta/CIAS	Nº de registro: _____ (Número 1, 2, 3... para poder identificar el registro)	Calidad de los cuidados paliativos en atención primaria en Europa Red Centinela Sanitaria de Castilla y León 2013																											
(2) Fecha de nacimiento: / / (3) Fecha de defunción: / / 2013 (4) Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	(16) ¿La defunción fue súbita y totalmente inesperada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO NEGATIVO, FINALICE AQUÍ EN CASO AFIRMATIVO CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO.																												
(5) Causa de la defunción: Causa inmediata Causa intermedia (a) Causa intermedia (b) Causa inicial o fundamental Otros procesos	(17) Indique que temas han sido tratados entre Ud y el paciente o familia (varias respuestas posibles)	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Con el paciente</th> <th style="text-align: center;">Con sus familiares</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Curso de la enfermedad/pronóstico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) La cercanía del fallecimiento</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Ventajas y desventajas de los tratamientos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Ninguno de los anteriores</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Con el paciente	Con sus familiares	a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Curso de la enfermedad/pronóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) La cercanía del fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Ventajas y desventajas de los tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con el paciente	Con sus familiares																											
a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
b) Curso de la enfermedad/pronóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
c) La cercanía del fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
d) Ventajas y desventajas de los tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
h) Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
(6) ¿Ud. u otro médico había diagnosticado demencia? <input type="checkbox"/> Sí, demencia grave <input type="checkbox"/> Sí, demencia moderada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	(18) ¿Cuántas veces en el último mes de vida se realizó una consulta multidisciplinaria* entre los profesionales para discutir los objetivos de cuidados y/o opciones de tratamiento paliativo? (cara a cara o por teléfono) <input type="checkbox"/> Ninguna consulta <input type="checkbox"/> Una sola consulta en el último mes <input type="checkbox"/> Una cada semana aproximadamente <input type="checkbox"/> Una cada día aproximadamente *Médico de familia con especialista o con especialista en cuidados paliativos.																												
(7) ¿Dónde ha vivido el paciente durante la mayor parte del último año de su vida? <input type="checkbox"/> En su casa o con su familia <input type="checkbox"/> Residencia (asistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	(19) ¿Cuántas veces valoró Ud. u otro profesional la medida del dolor durante los últimos tres meses de vida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente																												
(8) A) Lugar donde falleció el paciente <input type="checkbox"/> En su casa o en la de la familia (comprende los pisos tutelados) <input type="checkbox"/> Residencia (asistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Hospital (excluye las unidades de cuidados paliativos) <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos de un hospital <input type="checkbox"/> Otro (especifique) B) Duración de la estancia en el lugar donde falleció (en días; máximo 90 días) C) ¿En ese el lugar donde le paciente deseaba fallecer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No fue informado	(20) Según su opinión, ¿en que medida el paciente aceptó que el final de su vida se acercaba? <input type="checkbox"/> Sí, completamente <input type="checkbox"/> Sí, mayoritariamente <input type="checkbox"/> No del todo <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No sabe																												
(9) ¿Cuántas veces ingresó el paciente en un hospital (excluye las unidades de cuidados paliativos) durante los últimos 30 días antes de fallecer? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más 99) En caso de ingreso (excluye las unidades de cuidados paliativos) ¿cuáles fueron los motivos del último ingreso? (Varias respuestas posibles) <input type="checkbox"/> Deseo del paciente <input type="checkbox"/> Deseo de la familia o persona responsable <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados curativos o para prolongar la vida <input type="checkbox"/> Necesidad de más cuidados paliativos o tratamientos paliativos <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	(21) Ha dispensado Ud. cuidados paliativos a este paciente? <input type="checkbox"/> Sí, hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí, pero no hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> No																												
(10) ¿Cuántas veces fue el paciente a las urgencias de un hospital (sin ingresar) durante los últimos 30 días antes de fallecer? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más	(22) ¿Quién se ha ocupado de los cuidados paliativos de este paciente en los últimos tres meses de su vida? (Varias respuestas posibles) <input type="checkbox"/> Equipo de Atención Paliativa en domicilio <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos hospitalaria <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos en una residencia de asistidos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe	22b) Indique el número de días transcurridos entre el primer tratamiento paliativo y el fallecimiento días																											
(11) ¿Cuántas veces consultó el paciente (o familiar) o lo visitó en los últimos tres meses? Última semana: veces; Semana 2 a 4: veces por semana; 2* y 3 mas antes de fallecer: veces por mes	(23) ¿Que importancia tuvieron los siguientes aspectos de la atención del paciente? 1 = Nada de importancia; 5 = Máxima importancia; ? = Desconocido																												
(12) Después del fallecimiento, ¿ha tenido Ud. contacto con alguno de sus familiares en relación con la atención o consejo sobre el duelo? <input type="checkbox"/> Sí, una vez <input type="checkbox"/> Sí, más de una vez <input type="checkbox"/> No, pero estaba prevista <input type="checkbox"/> No, y no estaba prevista	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Última semana</th> <th style="text-align: center;">Última semana</th> <th style="text-align: center;">Última semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tratamiento curativo</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> </tr> <tr> <td>Prolongar la vida</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento paliativo/comfort</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 ?</td> </tr> </tbody> </table>		Última semana	Última semana	Última semana	Tratamiento curativo	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	Prolongar la vida	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	Tratamiento paliativo/comfort	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?												
	Última semana	Última semana	Última semana																										
Tratamiento curativo	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																										
Prolongar la vida	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																										
Tratamiento paliativo/comfort	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																										
(13) Valore (con un círculo) en esta escala su impresión sobre el fallecimiento del paciente desde el punto de vista de la paz y tranquilidad No tranquila 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muerte tranquila	OBSERVACIONES:																												
(14) ¿Expresó el paciente sus preferencias acerca del tratamiento médico u otros cuidados que quería o no quería recibir en la fase final de su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de esas preferencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de ese deseo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) Si se dio el caso, ¿fue esa persona consultada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No se dio el caso																													

DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS EN MENORES DE 4 AÑOS
(< 4 años hasta 48 meses cumplidos)
(PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA PEDIÁTRICA)

Introducción y justificación

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida.

Aunque el drama ocasionado por las enfermedades diarreicas en los niños se localiza en los países en vías de desarrollo donde ocasiona gran morbilidad y mortalidad infantil, en nuestro entorno supone también un serio problema de salud pública por la alta incidencia y la carga económica que ocasiona la asistencia sanitaria y las hospitalizaciones de los niños afectados.

El número de hospitalizaciones en España en 2010 por enfermedades infecciosas intestinales fue de 3351 en menores de 1 año y de 5164 entre 1 y 4 años. Las infecciones por salmonella y otras intoxicaciones alimentarias supusieron cerca de 1000 altas hospitalarias en menores de 5 años. Se calcula que el 14% de los niños menores de 5 años de nuestro país sufre algún episodio de diarrea infecciosa cada año.

Los principales microorganismos que está detrás de los procesos diarreicos en los países desarrollados son *Escherichia coli*, *rotavirus*, *Norwalk-like virus*, *Campylobacter jejuni*, y *Clostridium difficile* citotóxico; *Shigella*, *Salmonella*, *Cryptosporidium* y *Giardia lamblia* se distribuyen por todo el mundo y son también muy frecuentes en nuestro medio.

No existen mucha información de la frecuencia de estos microorganismos en los síndromes diarreicos en los niños, y además ésta varía dependiendo del país del que se trate. *Escherichia coli* y *Shigella* aparecen como las bacterias más frecuentemente implicadas en las diarreas de los niños.

Entre los virus, se estima que a los 5 años de edad casi todos los niños habrán padecido un episodio de gastroenteritis por rotavirus, uno de cada cinco requerirá atención médica, uno de cada 65 necesitará hospitalización y uno de cada 293 morirá, aunque esta mortalidad está localizada principalmente en los países en vías

de desarrollo. Actualmente se calcula que entre el 40-50% de las diarreas severas en niños pequeños están causadas por los rotavirus*.

En 1994 se realizó el primer estudio sobre estos procesos en la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (antigua Red de Médicos Centinelas). La incidencia anual se estimó en más de 100 episodios por cada 1000 niños (hasta 24 meses cumplidos). La mayor frecuencia se daba entre los 6 y los 18 meses. Aproximadamente en uno de cada 5 casos se realizó coprocultivo donde el rotavirus fue el microorganismo detectado con mayor frecuencia.

Los efectos de la introducción de la vacunación frente al rotavirus en los recién nacidos también está siendo evaluada en diferentes países y va a necesitar datos de contrastada calidad y precisión para establecer políticas de salud pública adecuadas por parte de las autoridades sanitarias. Por otra parte, para la promoción de las medidas higiénicas y dietéticas, incluida la lactancia materna, y la prevención de la enfermedad, es preciso conocer los factores de riesgo y circunstancias que acompañan a estas enfermedades de manera individual o en los brotes en colectividades.

Objetivos

Con estas premisas, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León propone un estudio de las diarreas agudas infecciosas en la infancia, en las consultas de pediatría, con los siguientes objetivos:

1. Estimar la incidencia.
2. Estudiar la distribución de los microorganismos que las originan.
3. Describir la enfermedad y a los enfermos.
4. Valorar los factores y circunstancias de riesgo o protección asociadas a estos procesos.
5. Describir el tratamiento y la hospitalización.
6. Comparar con el estudio de 1994 en el grupo de edad correspondiente.

Metodología

Criterios de inclusión

Criterio operativo de inclusión:

Paciente que presenta diarrea aguda: tres o más deposiciones líquidas en 24 horas.

Edad: menores de 4 años (hasta 48 meses cumplidos)

Con alguna de estas características:

- a. Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconozca la etiología.
- b. Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- c. Evidencia serológica de infección bacteriana o viral.

Incluye: Toxiinfección alimentaria bacteriana, enteritis producida por virus específicos, diarrea presumiblemente infecciosa.

Excluye: gastroenteritis química, diarrea probablemente no infecciosa de etiología no determinada, enteritis y gastroenteritis específicas no infecciosas, alteraciones digestivas funcionales, vómitos presumiblemente de etiología no infecciosa y de causa no determinada.

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente.

Procedimiento:

Registro individualizado de un máximo de tres casos semanales. Se procurará que estos tres pacientes sean de días y edades diferentes para hacer la distribución de casos más heterogénea. Si se ven más de tres casos semanales se anotará el número total de casos atendidos en la casilla correspondiente en la parte superior del formulario 'Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES', incluyendo los registrados.

Pediatra: registro del formulario epidemiológico. Solicitud de coprocultivo.

Enfermera/o de pediatría: entrevista o encuesta telefónica a la madre/padre sobre los factores de riesgo y circunstancias.

Se solicitará coprocultivo aleatorio en uno de cada dos casos registrados de manera sistemática. Si el coprocultivo está motivado por las circunstancias del paciente o del proceso (severidad, duración etc.) se dejará constancia para controlar el sesgo de la distribución de los microorganismos responsables.

Los laboratorios de área serán informados del estudio con el fin de que conozcan el objetivo de salud pública, además del clínico-diagnóstico, de la muestra que se remite para análisis.

El formulario que cumplimente el pediatra se enviará semanalmente, haya o no casos registrados, junto con la encuesta de la entrevista realizada a los padres (Encuesta Familiar) en caso de que haya registros. Estas encuestas familiares serán realizadas por las enfermeras centinelas o por el propio pediatra en el momento de la consulta, o referida a una cita posterior.

El resultado del coprocultivo se anotará en la HC cuando se reciba. Periódicamente se recogerán estos resultados de las HCs por un procedimiento centralizado.

Instrucciones del formulario del médico pediatra

No olvide anotar el CIP del niño. Si se desea, se puede utilizar la etiqueta que genera el TAIR que lleva el nombre y CIP del paciente y el nombre y CIAS del médico. Esta información servirá para recoger el resultado del coprocultivo de la Historia Clínica.

Se cumplimentará el 'TOTAL DE CASOS SEMANALES' con el número de diarreas que cumplen los criterios de inclusión vistos durante la semana, incluidos los casos que se registren de manera individualizada.

Al final del cuestionario se pregunta por análisis complementarios y coprocultivo. En el primer caso se refiere a cualquier tipo de análisis exceptuando el coprocultivo: analítica en sangre, serología, orina..., que se deberá especificar.

En los coprocultivos que se pidan se especificará si está motivado por las circunstancias del paciente: gravedad, resistencia al tratamiento, brote etc., o es una muestra considerada aleatoria (para alcanzar al menos el 50% de los registros individualizados con muestras), que nos permitirá estudiar los microorganismos causales en todo tipo de pacientes.

Cuando le llegue el resultado del coprocultivo, anótelo en la HC electrónica. De manera centralizada se recuperará esa información.

Instrucciones del formulario de la Encuesta Familiar.

Este cuestionario será cumplimentado por la enfermera de pediatría, en el momento del diagnóstico o en una cita posterior o por teléfono si es posible.

Se cumplimentará un formulario por cada caso individualizado que remita el pediatra. Anote el CIP en la parte superior para poder relacionarlo con los casos de diarreas. Si se desea, se puede utilizar la etiqueta que genera el TAIR que lleva el nombre y CIP del paciente y el nombre y CIAS del profesional.

Envíe los cuestionarios según los vaya completando. Guarde una copia en la HC para consultas o extravíos. Si alguna semana no hay casos registrados, no es necesario enviar ningún formulario.

Lactancia y Alimentación:

Señale con X todos los meses en los que el niño ha estado con lactancia materna y todos los que ha estado con lactancia artificial (hasta los 24 meses). Dese cuenta de que pueden solaparse en los casos en los que se haga mixta. En la última fila, anote con una X el momento de introducción de los alimentos.

Formulario del médico pediatra



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN
PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PEDIATRÍA)
DIARREAS AGUDAS INFECCIOSAS EN LA INFANCIA
 (<4 AÑOS -HASTA 48 MESES CUMPLIDOS)

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente.
 En cada formulario se anotará el número total de casos semanales que cumplan los criterios de inclusión. Si no hay casos, se anotará 0 y se enviará igualmente cada semana.
 En cada formulario se registrarán hasta tres casos individualizados semanales. Por cada caso individualizado se cumplimentará el formulario encuesta familiar, y se adjuntarán con el envío semanal.

Criterio operativo de inclusión:

Paciente que presenta diarrea aguda: tres o más deposiciones líquidas en 24 horas.

Edad: menores de 4 años (hasta 48 meses cumplidos)

Con alguna de estas características:

- a. Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconozca la etiología.
- b. Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- c. Evidencia serológica de infección bacteriana o viral.

Incluye: Toxiinfección alimentaria bacteriana, enteritis producida por virus específicos, diarrea presumiblemente infecciosa.

Excluye: gastroenteritis química, diarrea probablemente no infecciosa de etiología no determinada, enteritis y gastroenteritis específicas no infecciosas, alteraciones digestivas funcionales, vómitos presumiblemente de etiología no infecciosa y de causa no determinada.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología

* Dirección General de Salud Pública: P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Tel: 983 413 733 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegatomo@jcy.ln) y Milagros Gil Costa (gilcosta@jcy.ln)

ETIQUETA	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ DECLARACIÓN ESTA SEMANA: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta INCIDENCIAS _____		
Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Caso: • CIP del niño _____ • Fecha de nacimiento (D.M.A.) _____ • Sexo (V o M) _____	_____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>	_____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>
Fecha inicio de síntomas (D.M.A.) _____ Fecha de la consulta (D.M.A.) _____ Clínica asociada a la diarrea (varias respuestas posibles): • Vómitos _____ • Temperaturas (medida o referida por los padres) _____ • Dolor abdominal* _____ • Anorexia _____ • Refiere pérdida de peso _____ (% de pérdida sobre el peso anterior)** _____ % • Otros signos de deshidratación _____ • Rash cutáneo _____ • Otros (especificar) _____ • Episodios anteriores de diarrea en el último año _____ • Acudió previamente a urg. Hospital o C.S. _____ • Está vacunado frente a los rotavirus sí/no _____ • Nº de dosis recibidas _____ • Fecha de la última dosis (D.M.A.) _____	_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____
Referido (marque el número que corresponda): 1. Urgencias hospital _____ 2. Ingreso hospitalario _____ 3. No referido _____	_____	_____	_____
Tratamiento (varias respuestas posibles): • Dieta y/o líquidos orales _____ • Soluciones de rehidratación oral _____ • Antimicrobianos _____ • Absorbentes, protectores, atstringentes _____ • Antiespasmódicos _____ • Inhibidores del peristaltismo _____ • Modificadores de la flora intestinal _____ • Otros (especificar) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solicitud de análisis complementarios (especificar) _____ Se toma muestra para coprocultivo (fechas) (D.M.A.) _____ Muestra aleatoria _____ Muestra motivada por las circunstancias del paciente _____ Cita posterior de control _____	<input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Solo se tendrá en cuenta en los niños de 24 meses o más por la dificultad de evidenciar este síntoma en los lactantes.

** El % de la pérdida de peso solo se tendrá en cuenta cuando se disponga de pesos continuos en lactantes

Encuesta Familiar



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PEDIATRIA)

Diarreas agudas infecciosas en la infancia (<4 años -hasta 48 meses cumplidos)

ENCUESTA FAMILIAR

Etiqueta	CIP DEL NIÑO:.....
Datos de la madre: <ul style="list-style-type: none"> • Localidad de residencia:..... • Nº hijos:..... • Estudios realizados: <ul style="list-style-type: none"> - No completó estudios primarios, primarios (escuela primaria, BOB)..... <input type="checkbox"/> - Secundarios (bachiller, FP, etc.)..... <input type="checkbox"/> - Universitarios..... <input type="checkbox"/> • Trabajo fuera del hogar..... <input type="checkbox"/> • Curso de preparación al parto..... <input type="checkbox"/> 	
Datos del niño: <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro o de bajo peso..... Si / No • Asistencia a guarderías o similar..... Si / No Desde que edad (en meses):..... • Come en la guardería o colegio..... Si / No Desde que edad (en meses):..... 	
Tiene conocimiento de más casos en el entorno en el que ha estado el niño en los últimos días <ul style="list-style-type: none"> No..... <input type="checkbox"/> Si, en la guardería/colegio. Nombre del centro..... <input type="checkbox"/> Si, entre sus amigos/vecinos..... <input type="checkbox"/> Si, entre sus hermanos/primos/familiares..... <input type="checkbox"/> 	
Ha tomado antibióticos en la última semana..... Si / No Cual:.....	
Ha tomado otra medicación en la última semana..... Si / No Cual:.....	

Lactancia y alimentación

	Nac.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	>24
*Lactancia Materna																										
*Lactancia artificial																										
** Introducción alimentos																										

*Señale con X los meses continuos de cada tipo de lactancia
 **Marque con una X el mes en el que se introduce el primer alimento

Otros riesgos

Hay animales en casa:.....
 Cuales (incluya además de perros y gatos, pajaros, peces, tortugas, hámster etc.

VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ENFERMERÍA)

Introducción y justificación

En el sistema asistencial de Atención Primaria, además de la atención programada y de urgencia, se realizan visitas domiciliarias cuya oferta se justifica, fundamentalmente, como forma de cubrir las expectativas y las necesidades de una parte de la población.

La atención domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio de pacientes que, debido a su estado de salud o a su dificultad de movilidad, no se pueden desplazar al Centro de Salud que les corresponde. El desarrollo técnico que hace disponible la tecnología "móvil" (como oxigenoterapia, dispositivos intravenosos, monitores...), permite ofrecer asistencia sanitaria en el domicilio fuera del Centro de Salud o de Centros Hospitalarios y atender al enfermo de forma integral en diferentes momentos de la enfermedad. Además, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar, a detectar situaciones de riesgo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La asistencia sanitaria en el domicilio supone al profesional sanitario ejercer su actividad fuera del Centro de Salud necesitando, en muchas ocasiones, la revisión y actualización de los protocolos de actuación en cada una de las situaciones que se podrían dar.

El Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, podría aportar información específica sobre las características de las visitas domiciliarias y sobre los pacientes atendidos en las mismas y servir de base para orientar estrategias de cambio o mejoras de las actuaciones dependiendo de las patologías observadas y adaptándose a las actuales necesidades de cuidados. Del mismo modo, ayudaría a decidir actividades de formación y reciclaje para los profesionales de enfermería que realizan este tipo de asistencia sanitaria.

Objetivos

1. Describir la carga de trabajo y aspectos organizativos de las visitas domiciliarias.

2. Describir las actividades sanitarias realizadas en las visitas domiciliarias por el personal de enfermería.
3. Conocer el tipo de paciente atendido en las visitas domiciliarias.
4. Describir la situación socio-económica y familiar del paciente atendido en las visitas domiciliarias.

Metodología

Rellene una ficha por cada visita domiciliaria que haga y cumpla los criterios de inclusión y de exclusión.

Envía una ficha por semana, aunque no haya realizado visitas.

Criterios de inclusión:

- Se recogerá información sobre las visitas domiciliarias realizadas por el enfermero centinela durante el periodo de estudio.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.
- Se registrará la primera visita domiciliaria a ese paciente o cuando se realice una nueva actividad. Es decir si el motivo de la visita cambia (nueva actividad), se podría registrar al mismo paciente más de una vez.

Criterios de exclusión:

- Se excluyen visitas sucesivas a un mismo paciente* para realizar la misma actividad.

*En la pregunta 'Número de visitas a la semana (mismo paciente)' del apartado DESCRIPCION DE LA VISITA DOMICILIARIA, se recogerá el número total de visitas de ese paciente en esa semana, independientemente de la enfermedad, actividad o motivo que la ocasione.

Procedimiento:

Las fichas deben enviarse semanalmente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia correspondiente. Si en la semana no hay visitas domiciliarias que registrar, se remitirá la ficha igualmente, cumplimentando los datos de la cabecera (ficha identificativa, número de semana y finalización de la semana. Del mismo modo, indicar la causa de la ausencia de declaración de esa semana y otras incidencias). Estos datos son de obligado cumplimiento.

Es fundamental que en los periodos vacacionales o incapacidad temporal, se remita la ficha señalando ausencia de la consulta y el motivo.

Se registrará la ficha solo la primera vez que se realice la visita domiciliaria durante el periodo de registro, en el caso de que la visita se realice por el mismo motivo. Si el motivo de la visita es distinto, podría registrarse más de una vez.

Instrucciones del formulario

1.- Características socio demográficas del paciente atendido en la visita domiciliaria

- * Identificación del paciente: primeras cuatro letras del CIP.
- * Fecha de nacimiento: día/mes/año (DD/MM/AAAA).
- * Sexo: V=varón M= mujer.
- * Nivel de estudios: sin estudios, educación primaria o equivalente, educación secundaria o equivalente, estudios universitarios.
- * Estado civil: soltero, casado, viudo, separado/divorciado.
- * Situación laboral: activo, paro, jubilado, labores del hogar, estudiante.

2.- Descripción de las visitas domiciliarias

* Número de visitas domiciliarias realizadas en la semana al mismo paciente aunque se le practique la misma actividad (contando la visita domiciliaria que se registra).

* Demanda de la visita domiciliaria en el Centro de Salud (quién la realiza y cómo se realiza la petición de la visita domiciliaria) (respuesta múltiple).

- Por el paciente (por teléfono).
- Por un familiar.
- Derivada de consulta médica.
- Programada previamente.
- Otras: _____

* Situación del domicilio del paciente.

- Zona urbana.
- Zona rural.

Si vive en zona rural, señalar si el domicilio está en la localidad del Centro de Salud cabecera o en la localidad del consultorio.

* Tiempo utilizado para el traslado al domicilio.

(o bien del centro de salud al domicilio o del consultorio al domicilio)

Minutos: _____

* Tiempo de estancia en el domicilio.

Minutos: _____

* Desplazamiento desde el Centro de Salud al domicilio (o bien desde el Centro de Salud o bien desde el Consultorio) (respuesta múltiple).

- A pie.
- Coche propio.
- Coche perteneciente a la Administración.
- Otro: _____

* Tipo de la visita domiciliaria (respuesta única).

- Urgente.
- Programada.
- Demanda.
- Derivada de consulta médica.

* ¿Recibe el paciente visitas domiciliarias de otros colectivos? (respuesta múltiple).

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, registrar el colectivo que realiza la visita:

- Médico del Centro de Salud.
- Trabajador social.
- Equipo de cuidados paliativos.
- Otras: _____

3.- Actividades realizadas en la visita domiciliaria

* Motivo por el que no acude personalmente al Centro de Salud (causa por la cual el paciente no puede acudir personalmente al Centro de Salud) (respuesta múltiple).

- Incapacidad física.
- Senilidad.
- Sensación de gravedad.
- Enfermedad motivo de la consulta.
- Vivir solo.
- No poseer vehículo.
- No tener familia.
- Otros: _____

* Actividades realizadas en el domicilio por el profesional de enfermería (respuesta múltiple).

- Curas (herida quirúrgica, quemaduras, traumatismos).
- Administración medicación intravenosa.
- Administración de vacunas (gripe, neumococo...).
- Control de constantes (tensión arterial).
- Toma de muestras biológicas (orina, heces, extracción de sangre).
- Screening/diagnóstico (glucemias capilares, ECG, tira reactiva en orina, escalas de dolor...).
- Actividades de educación para la salud y consejo sobre hábitos saludables.
- Sondaje.
- Otras: _____

* Demandas secundarias a la Visita Domiciliaria (se refiere a las consecuencias derivadas de la visita domiciliaria) (respuesta múltiple).

- Resolución del problema en la visita domiciliaria.
- Necesita continuidad del cuidado con más visitas domiciliarias.
- Derivación a médico de familia del Centro de Salud.
- Derivación a urgencias del Centro de Salud.
- Derivación al hospital.
- Derivación a Servicios Sociales.
- Otras: _____

4.- Problemas de salud del paciente que recibe la visita domiciliaria (respuesta múltiple)

- Enfermo grave.
- Estado terminal.
- Proceso crónico (enfermedad de Alzheimer, ACV...).
- Persona inmovilizada (fracturas, deterioro cognitivo, enfermedad crónica, enfermedad osteomuscular, enfermedad neurológica...).
- Senilidad.
- Alta hospitalaria reciente.
- Personas con medicación vital.
- Incontinencia.
- Pluripatología.
- Otras: _____

¿El paciente está incluido en algún programa de cartera de servicios de Sacyl?
(respuesta única): SÍ NO NO SABE

Si la respuesta es SÍ, ¿cuál?_____

¿El paciente cumple criterios para acogerse a la Ley de Dependencia? (respuesta
única):

SÍ NO NO SABE

5.- Situación del domicilio del paciente

- ¿Vive solo?. SÍ NO.

Si la respuesta es NO, ¿cuántas personas viven en el domicilio?_____

Edad de los convivientes: _____, _____, _____, _____, _____.

- ¿Dónde vive?:

* Planta baja.

* Chalet adosado.

* Edificio. Si la respuesta es edificio, preguntar si tiene ascensor.

- ¿Tiene ascensor la vivienda?. SÍ NO.

- Aspecto higiénico de la vivienda: bueno, regular, malo.

Bibliografía

1.- Frías Osuna A, Prieto Rodríguez MA, Heierle Valero C, Aceijas Hernández C, Calzada Gómez ML, Alcalde Palacios A, Vázquez Teja T, Sandino Dabán L. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Aten Primaria 2002. 15 mayo 29 (8):495-501.

2.- Martín López MS. Análisis del perfil sociosanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de enfermería desde Atención Primaria. Enfermería Integral 2004; 66: XVII-XXII.

3.- Ballesteros Pérez E, David Sánchez P, Torres Egea P, Palma Ferrando M. Aproximación a un servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal. Gerokomos 2006; 17 (4): 181-188.

4.- Díaz-Cordovés Rego M, Ortiz Fernández MD, Ruiz San Basilio JM, Blancas Avilés MI, Torrejón Matías F, Zambrana Moral R. Medicina de Familia 2005; 6 (3): 153-160.

5.- Atención a domicilio a enfermos crónicos y ancianos. Registro de Enfermería 2000.Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Formulario



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PROGRAMA DE ENFERMERÍA)
VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rellene una ficha por cada visita domiciliar que haga y cumpla los criterios de inclusión y de exclusión.
 Envía una ficha por semana, aunque no haya realizado visitas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se recogerá información sobre las visitas domiciliarias realizadas por el enfermero centinela durante el periodo de estudio.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.
- Se registrará la primera visita domiciliar a ese paciente o cuando se realice una nueva actividad. Es decir si el motivo de la visita cambia (nueva actividad), se podría registrar al mismo paciente más de una vez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyen visitas sucesivas a un mismo paciente* para realizar la misma actividad.

* En la pregunta 'Número de visitas a la semana (mismo paciente)' del apartado DESCRIPCIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA, se recogerá el número total de visitas de ese paciente en esa semana, independientemente de la enfermedad, actividad o motivo que la ocasiona.

Etiqueta	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta INCIDENCIAS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE ATENDIDO CIP: _____ Fecha de nacimiento (D/M/A): ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Nivel de estudios: Sin estudios <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente <input type="checkbox"/> E. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-Divorciado/a <input type="checkbox"/> Situación laboral: Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA VISITA DOMICILIARIA Motivo por el que el paciente no acude personalmente al centro de salud (varias respuestas posibles): Incapacidad física <input type="checkbox"/> Serenidad <input type="checkbox"/> Sensación de gravedad <input type="checkbox"/> Enfermedad motivo de la consulta <input type="checkbox"/> Vivir solo <input type="checkbox"/> No poseer vehículo <input type="checkbox"/> No tener familia <input type="checkbox"/> Otras Actividades realizadas en el domicilio por el profesional de enfermería (varias respuestas posibles): Curas <input type="checkbox"/> Administración medicación intravenosa <input type="checkbox"/> Administración de vacunas <input type="checkbox"/> Control constantes <input type="checkbox"/> Toma muestras biológicas <input type="checkbox"/> Screening/diagnóstico <input type="checkbox"/> Eps <input type="checkbox"/> Sondaje <input type="checkbox"/> Otras Demandas secundarias no relacionadas con la Visita Domiciliaria (varias respuestas posibles): Resolución del problemas <input type="checkbox"/> Necesidad de más visitas domiciliarias <input type="checkbox"/> Derivación del médico de familia <input type="checkbox"/> Derivación a urgencias del Centro de Salud <input type="checkbox"/> Derivación al hospital <input type="checkbox"/> Derivación a Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otras
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE ATENDIDO Número de visitas a la semana (mismo paciente): _____ Demanda de la visita domiciliar: Por el paciente (por teléfono) <input type="checkbox"/> Por familiar <input type="checkbox"/> Derivada por el médico <input type="checkbox"/> Programada previamente <input type="checkbox"/> Otra Situación del domicilio del paciente: Zona rural <input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Si vive en zona rural: Vive en localidad donde se ubica el centro de salud <input type="checkbox"/> Vive en localidad donde se ubica el consultorio <input type="checkbox"/> Tiempo utilizado para el traslado al domicilio: _____ minutos Tiempo de estancia en el domicilio: _____ minutos Desplazamiento desde el centro de salud o desde el consultorio al domicilio: A pie <input type="checkbox"/> Coche propio <input type="checkbox"/> Coche Administración <input type="checkbox"/> Otro Tipo de visita domiciliar: Urgente <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> Derivada de consulta médica <input type="checkbox"/> ¿Recibió el paciente visitas domiciliarias de otros colectivos por este motivo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ (Varias respuestas posibles): Médico del Centro de Salud <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Equipo de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Otras	PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE RECIBE LA VISITA DOMICILIARIA Problemas de salud (varias respuestas posibles): Enfermo grave <input type="checkbox"/> Estado terminal <input type="checkbox"/> Proceso crónico <input type="checkbox"/> Persona inmovilizada <input type="checkbox"/> Serenidad <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria reciente <input type="checkbox"/> Persona con medicación vital <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Pluripatología <input type="checkbox"/> Otras ¿El paciente está incluido en algún programa de Cartera de Servicios de Sacyl? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ, ¿en qué programas? ¿Cumple los criterios para acogerse a la Ley de Dependencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
	SITUACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE ¿Vive solo?: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es NO, ¿con cuántas personas convive?..... Edad 1 _____ Edad 2 _____ Edad 3 _____ Características de la vivienda: Planta baja <input type="checkbox"/> Adosado <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Si vive en un edificio, ¿tiene Ascensor?: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Aspecto de la vivienda?: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>

Calendario epidemiológico semanal del año 2013

CUATRISEMANA	SEMANA	FINALIZA	CUATRISEMANA	SEMANA	FINALIZA
1	1	6 Enero	8	29	21 Julio
	2	13 Enero		30	28 Julio
	3	20 Enero		31	4 Agosto
	4	27 Enero		32	11 Agosto
2	5	3 Febrero	9	33	18 Agosto
	6	10 Febrero		34	25 Agosto
	7	17 Febrero		35	1 Septiembre
	8	24 Febrero		36	8 Septiembre
3	9	3 Marzo	10	37	15 Septiembre
	10	10 Marzo		38	22 Septiembre
	11	17 Marzo		39	29 Septiembre
	12	24 Marzo		40	6 Octubre
4	13	31 Marzo	11	41	13 Octubre
	14	7 Abril		42	20 Octubre
	15	14 Abril		43	27 Octubre
	16	21 Abril		44	3 Noviembre
5	17	28 Abril	12	45	10 Noviembre
	18	5 Mayo		46	17 Noviembre
	19	12 Mayo		47	24 Noviembre
	20	19 Mayo		48	1 Diciembre
6	21	26 Mayo	13	49	8 Diciembre
	22	2 Junio		50	15 Diciembre
	23	9 Junio		51	22 Diciembre
	24	16 Junio		52	29 Diciembre
7	25	23 Junio			
	26	30 Junio			
	27	7 Julio			
	28	14 Julio			

The image features a stylized map of the Castilla y León region in Spain, colored in a light orange hue. Overlaid on this map is a graphic of concentric, semi-transparent purple arcs that form a target or bullseye pattern, centered on the map. The text 'Red Centinela Sanitaria de Castilla y León' is printed in a bold, black, sans-serif font across the middle of the map.

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León