



INFORME

2011

REPORTE

ANUAL

2011

INFORME

ANUAL

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León resume en este informe los resultados más relevantes del trabajo realizado en los diferentes programas que ha desarrollado a lo largo de 2011.

La cohorte de diabetes mellitus de Castilla y León ha alcanzado el pasado año el número deseado de pacientes en seguimiento, y los análisis preliminares que se han llevado a cabo con los datos registrados muestran el gran potencial del que disponemos para entender y describir mejor esta enfermedad en nuestra Comunidad.

Sin duda, uno de los estudios más interesantes de 2011 ha sido el registro de los cuidados al final de la vida de pacientes mayores de 18 años. La información aportada por este trabajo puede, sin lugar a dudas, mejorar la calidad asistencial de estos pacientes y el rendimiento de los recursos médicos y sociales disponibles en la actualidad.

Dos de los estudios de este informe, el herpes zóster en mayores de 14 años y el dolor abdominal crónico en pediatría, presentan un enfoque clínico muy interesante, ade-

más de aportar algunos datos de gran relevancia epidemiológica y de salud pública. El aumento de la incidencia del herpes zóster, como se discute en el informe, debe ser analizado para arrojar algo más de luz sobre el posible cambio de patrón de este proceso, íntimamente relacionado con las políticas de vacunación frente al virus de la varicela.

Complementa este informe el registro de la patología del cuidador realizado por las enfermeras de la Red, problema de salud al que cada día se enfrentan los profesionales de Atención Primaria y que merece un mejor conocimiento para minimizar el impacto, en los propios cuidadores y en las personas dependientes a las que cuidan.

Quiero aprovechar esta oportunidad para reiterar el agradecimiento y la confianza de esta Dirección General en los profesionales que voluntariamente participan en estos programas de registro y el firme apoyo a la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

Agustín Álvarez Nogal
Director General de Salud Pública

CONTENIDO

- PULSAR** 2 Declaraciones semanales.
- PULSAR** 3 Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años.
- PULSAR** 6 Herpes zoster en mayores de 14 años.
- PULSAR** 10 Dolor abdominal crónico en población pediátrica mayor de 4 años.
- PULSAR** 12 Factores de riesgo del cansancio del cuidador.
- PULSAR** 15 Informaciones.



**Junta de
Castilla y León**



Declaraciones semanales

El porcentaje regional de declaraciones efectuadas por la RCSCYL con relación al total de teóricas ha alcanzado el 91% de los médicos de familia y pediatras y del 94% en enfermería (figura 1.1). Por provincias Ávila y León reflejan los índices más bajos de declaración entre los médicos, 81% y 84% respectivamente, y Soria y Palencia entre las enfermeras, 72% y 86% respectivamente.

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por médicos y pediatras se ha mantenido estable a lo largo de 2011, con los habituales descensos en verano y Navidad (figura 1.2).

La población cubierta por los 119 médicos de familia y 24 pediatras ha sido de 98.555 personas, 23.039 menores de 15 años y 75.516 iguales o mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 19.056 menores de 15 y 59.400 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para el cálculo de algunos indicadores. ■

FIGURA 1.1
Porcentaje de declaraciones efectuadas sobre el total de teóricas por provincia.

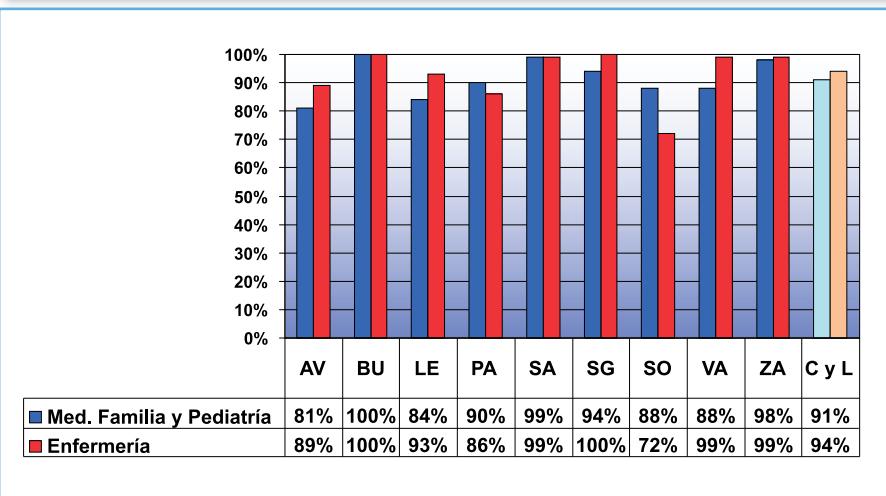
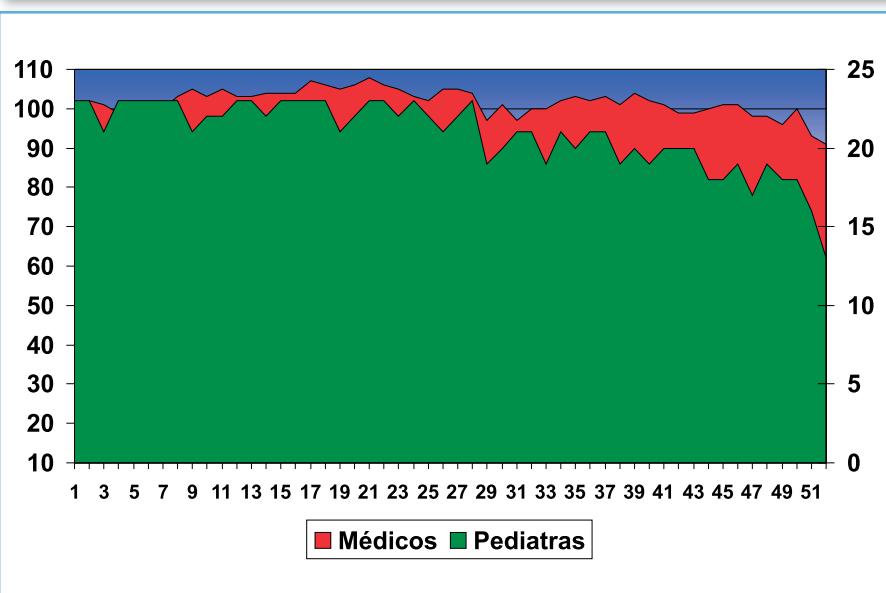


FIGURA 1.2
Evolución del número de notificaciones en Medicina de familia y Pediatría por semana





Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años

Elaboración: **Jose Eugenio Lozano Alonso y Milagros Gil Costa.** Dirección General de Salud Pública.

Introducción

Los cuidados al final de la vida presentan un indudable interés desde el punto de vista clínico y de la salud pública debido al aumento de la población de edad avanzada, la alta prevalencia de los procesos crónicos que son causa del fallecimiento y el coste sanitario en época de recursos limitados. Por otra parte la calidad de los cuidados paliativos en la mayoría de los países occidentales no es homogénea y tiene todavía mucho margen de mejora.

Existen pocos estudios sobre las circunstancias que rodean el fallecimiento de las personas, los traslados para recibir los cuidados que precisan en los meses finales y la calidad de los mismos. La mayoría de los trabajos internacionales están restringidos a poblaciones específicas de pacientes oncológicos o a poblaciones institucionalizadas en hospitales o centros asistenciales de mayores. El estudio 'Cuidados al final de la vida', aborda el conocimiento de las prácticas medico-sociales en el periodo más crítico, en los últimos días de la vida de una persona, y en una población muy específica, la que fallece de manera no súbita.

Este estudio, del que se presentan ahora los resultados de los dos años que lleva incorporado en el registro de la Red Centinela Sanitaria (2010 y 2011), se

enmarca en el proyecto Euro-SENTI-MELC, que ofrece una oportunidad única de describir y comparar la calidad de los cuidados al final de la vida en varios países europeos.

El objetivo general es describir los cuidados al final de la vida en los últimos tres meses en la población de Castilla y León.

Los objetivos específicos se dirigen a estudiar:

1. La continuidad de los cuidados al final de la vida y los traslados de ubicación de los pacientes.
2. Los procedimientos de información y comunicación relacionados con el final de la vida.
3. La provisión de cuidados paliativos.
4. Los síntomas en la última semana de vida.
5. El coste y carga de los cuidados al final de la vida.

Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de mortalidad, recogiendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

Definición:

Se incluyeron a los pacientes del cupo de un médico de fami-

lia cuyo fallecimiento conociera, hubiera o no cumplimentado el certificado, o del que tuviera constancia por otra vía y que tuvieran 18 años o más en el momento de la defunción.

Aunque se indicó en un principio que sólo se incluyeran las muertes esperadas, en esta descripción se incluyen todas, fuesen o no esperadas, por la dificultad que entrañaba para el profesional hacer distinciones en determinados pacientes.

Periodo de estudio:

Entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2011.

Modo de recogida:

A través de un cuestionario estándar que cumplimentaba el médico en la semana siguiente a conocer el fallecimiento del paciente. La remisión de estos cuestionarios se hizo de manera inmediata por la vía habitual de la Red, guardando el médico una copia de resguardo para posibles verificaciones y evitar pérdidas de información.

El cuestionario no llevaba ninguna identificación del paciente y contenía solamente un número de registro, anotado por el médico y que sólo él podrá relacionar con el paciente.

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Ética del Hospital Uni-



versitario de la Universidad Libre de Bruselas en 2004.

Resultados

Durante el año 2010 se recogió información de 269 fallecimientos y durante 2011, 303. En total el número de los registros fue de 572 de los que 412 (77,6%) fueron considerados por el profesional como 'esperados'. Del resto, aunque la defunción ocurrió de manera súbita o inesperada, la revisión de la causa de defunción indica que la mayoría eran pacientes con enfermedades potencialmente letales, en concordancia con los criterios de inclusión establecidos. El 55,1% fueron hombres y el 44,9% mujeres. La distribución por edad y sexo (figura 2.1) muestra que existe una mayor mortalidad precoz en los hombres con respecto a las mujeres, sobre todo por debajo de los 75 años.

La mayoría de los pacientes residen habitualmente con la familia durante el último año de su vida (81,0%), aunque los traslados son frecuentes en el periodo terminal. La figura 2.2 muestra la transición de pacientes durante los últimos 90 días antes de la defunción. Se aprecia una reducción importante del porcentaje de pacientes en su domicilio (76,7% a los 90 días frente al 35,2% a la defunción) e incremento importante de pacientes que fallecen en el hospital (hasta el 40,9%). Los pacientes que se encuentran en residencias permanece estable en torno al 18,0%, y el incremento de traslados a unidades de cuidados paliativos es menos importante, aunque muestra una tendencia creciente que se acentúa en el periodo final donde, en el último mes, se pasa de un 1,3% al 6,6%.

El médico ha tenido contacto con 2 de cada 3 fallecidos en la última semana de vida, y con el 42,5% dos o más veces en consulta o visita domiciliaria. Entre los temas tratados con el paciente, la mayor atención se da a los problemas físicos y la menor a los espirituales o existenciales (figura 2.3).

Se instauró tratamiento paliativo desde atención primaria al 49,7% de los pacientes, con equipo domiciliario al 17,1%, hospitalaria al 11,4%, en residencia asistida al 6,3%, ambulatoria al 5,8% y en centros de día al 1,8%.

El lugar del fallecimiento no es elegido por el paciente (3,5%),

FIGURA 2.1
Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años. Distribución de las defunciones

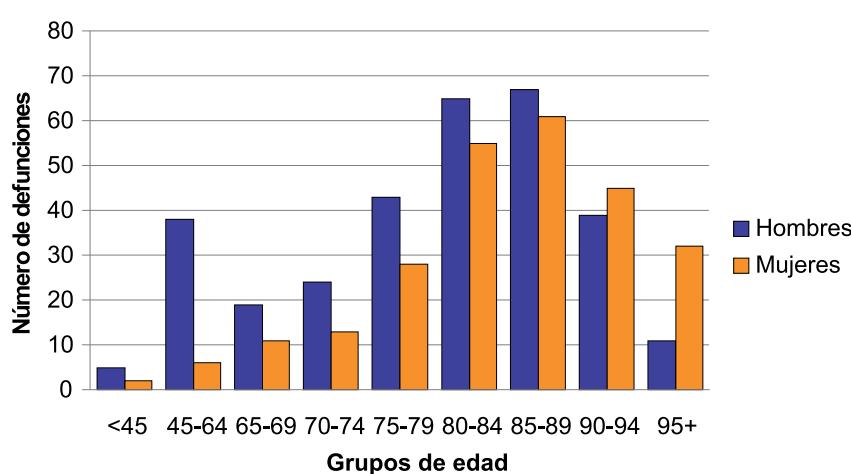
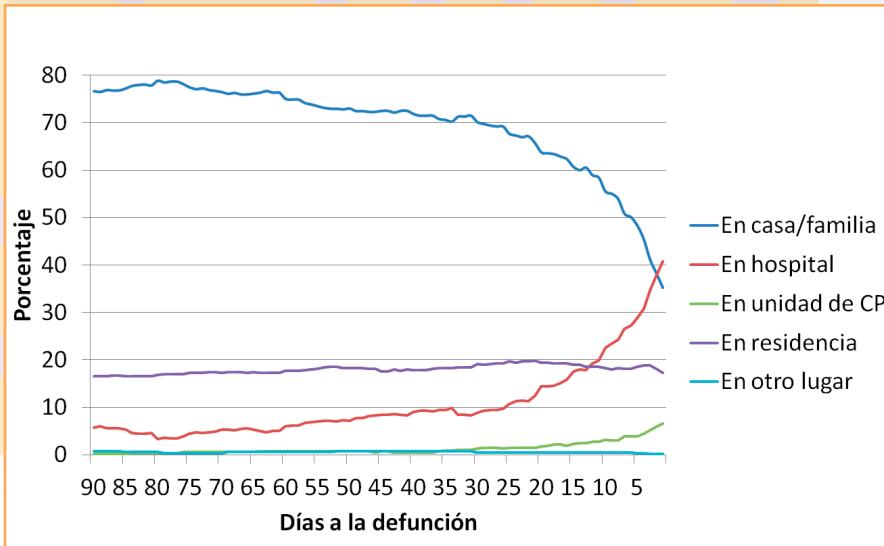
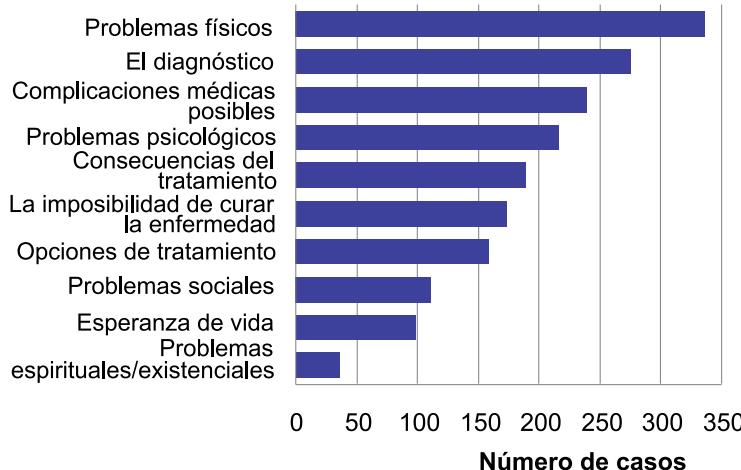


FIGURA 2.2
Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años. Transición de los pacientes en los 90 días anteriores a la defunción

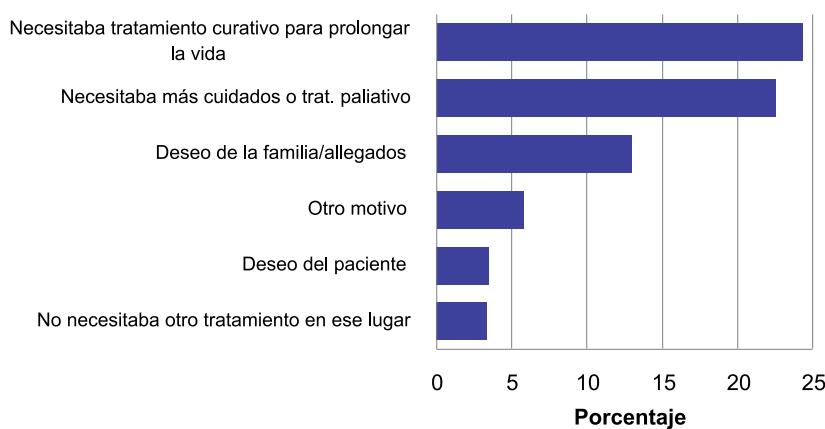


**FIGURA 2.3**

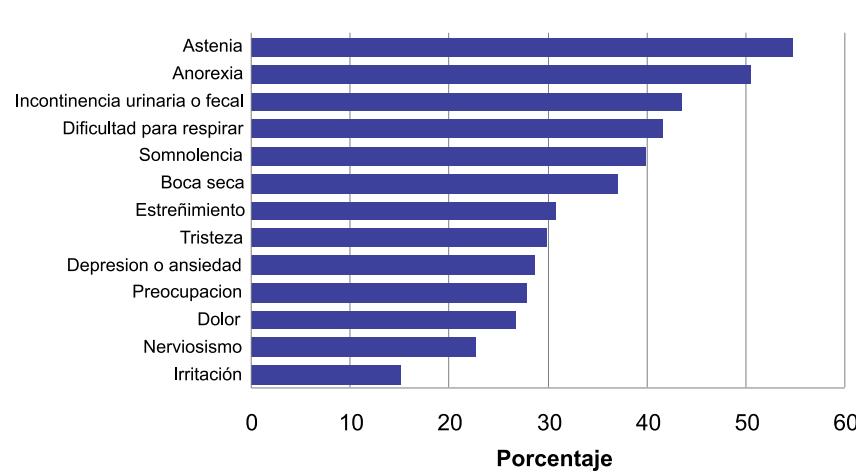
Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años. Temas tratados en la conversación del médico con el paciente

**FIGURA 2.4**

Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años. Causas de la elección del lugar del fallecimiento

**FIGURA 2.5**

Cuidados al final de la vida en mayores de 18 años. Síntomas en la última semana



ni siquiera por la familia (12,9%) sino que viene condicionado por la necesidad de procurar al paciente cuidados paliativos especiales (22,6%) o tratamiento curativo (24,3%) (figura 2.4). Sólo el 10,2% de los pacientes y el 20,7% de los familiares hablan o informan al médico sobre las preferencias del lugar de defunción, siendo la casa el elegido en primer lugar.

Tampoco es frecuente que el paciente le comunique al médico sus deseos sobre el tratamiento al final de la vida. Solo el 6,1% reconoce haber tratado el tema y dos de sus pacientes plasmaron sus voluntades por escrito. No obstante hay que señalar que el 36,4% de los fallecidos no podían tomar este tipo de decisiones en la última semana de vida.

Los síntomas y signos que presentaban con mayor frecuencia los pacientes en los últimos siete días fueron la falta de energía, la anorexia, la somnolencia, la disnea y la incontinencia (figura 2.5). El dolor solo aparece reflejado en el 26,7% de los pacientes, pero en caso de aparecer, afecta de manera considerable a más de la mitad de los enfermos. Sin embargo es la disnea el problema que más condiciona la calidad de vida, con una afectación alta en el 64,3% de todos los registros.

Conclusiones

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. Además, son partícipes de la atención y están directamente implicados en las decisiones que se toman por parte de los enfermos y sus familias.



Los resultados de este informe muestran que la población de Castilla y León fallece en porcentajes similares en el hospital o en su domicilio. Parece también sugerir que los cuidados prestados en las residencias reducen los cambios de ubicación en los últimos tres

meses de vida. Por último, el uso de unidades especiales de cuidados paliativos no está generalizado y sólo se utilizan en los últimos días de vida.

Los problemas de salud y síntomas que presentan los pa-

cientes son los esperados en estas últimas fases de la vida y las decisiones están más motivadas por la práctica médica que influenciadas por los deseos de familiares o, menos aún, por los del propio paciente. ■

Herpes zoster en mayores de 14 años

Elaboración: **Tomás Vega Alonso**. Dirección General de Salud Pública.

Introducción

El herpes zoster (HZ) es una enfermedad caracterizada por una erupción de tipo vesiculoso con dolor, causada por una reactivación del virus de la *varicela-zoster*.

La RCSCyL realizó en 1990 un estudio sobre la incidencia y características epidemiológicas del HZ. La incidencia estimada en ese año fue de 417 casos por cada 100.000 habitantes (1.365 por 100.000 en mayores de 64 años).

La RCSCyL realizó un estudio sobre HZ en la población bajo vigilancia con los siguientes objetivos:

1. Estimar la incidencia de HZ en nuestra comunidad.
2. Describir las características epidemiológicas de los pacientes y de la enfermedad.
3. Comparar la situación en 2011 con la de 1990.

Metodología

Definición estándar CIAP-2 (S70): erupción de vesículas, de distribución unilateral, sobre el área de un dermatoma. Incluye el herpes oftálmico y la neuralgia postherpética.

Criterio de inclusión: todos los casos incidentes en 2011, de 14 o más años de edad,

El estudio ha sido llevado a cabo por la RCSCyL según la metodología de trabajo habitual: notificación semanal con o sin casos y registro individualizado de los casos diagnosticados o conocidos del cupo del médico centinela a través de un formulario estándar cumplimentado por los Médicos de Familia de la Red. Se incluye el cuestionario breve de dolor por herpes zoster.

Cuestionario breve de dolor por herpes zoster

El cuestionario se administró al paciente para la AUTOCUMPLIMENTACIÓN en el momento de la consulta, y se enviaba junto al formulario de declaración. En

el caso de que el paciente no pudiera cumplimentarlo (edad avanzada, no lo entiende etc.), el médico o la enfermera ayudaban para una correcta comprensión.

Resultados

En 2011 se recogieron 288 casos de herpes zóster en mayores de 14 años, lo que supone una tasa de incidencia de 48,5 casos por cada 10.000 habitantes (población vigilada). Las mujeres presentan una incidencia significativamente más elevada que los hombres, 59,2 frente a 37,2 por 10.000.

La distribución por edad muestra una mayor afectación a medida que la población envejece. Llama la atención que hasta los 40 años la incidencia es baja y prácticamente igual en los dos sexos, incluso algo más elevada en los hombres, pero a partir de esta edad, las mujeres presentan tasas muy superiores a las de los hombres, hasta llegar a superar los 100 casos por 10.000 habitantes en las mayores de 75 años (figura 3.1).



Esta tasa es ligeramente superior a la que estimó hace 20 años, en 1990, la Red Centinela Sanitaria (antigua Red de Médicos Centinelas) de 41,7 casos por 10.000 habitantes.

No se aprecia un componente estacional claro, pero se han notificado más casos en los meses de otoño, invierno y primavera, que durante el verano.

Sintomatología

El rash aparece dentro de las 48 horas que siguen al inicio de los síntomas en el 70% de los casos. Los síntomas más frecuentes son el dolor y el malestar prodromico, más frecuentes en las mujeres, 76,6% y 70,9%, que en los hombres, 64,9% y 60,4% respectivamente. La fiebre solo se observa en el 5% de los pacientes, más en los hombres (8%). El prurito es referido por algo más del 10% de los pacientes.

No existen diferencias de sintomatología por edad, salvo en los pocos casos por debajo de los 25 años que tenían mayor malestar y fiebre.

Localización

La principal localización del HZ es la región del tórax y abdomen. Más del 40% de los pacientes presentaban las lesiones en estas zonas anatómicas. La cabeza y el cuello se afectaron en el 15,3%, y las extremidades inferiores y superiores el 7,6 y el 6,6% respectivamente. El dolor, según el inventario realizado en el momento del diagnóstico, aparece con algo más de frecuencia que las lesiones, sobre todo en el tórax y abdomen, 61,8%, veinte puntos porcentuales más que el rash.(figura 3.2)

FIGURA 3.1
Incidencia de herpes zóster en mayores de 14 años. Distribución por edad y sexo.

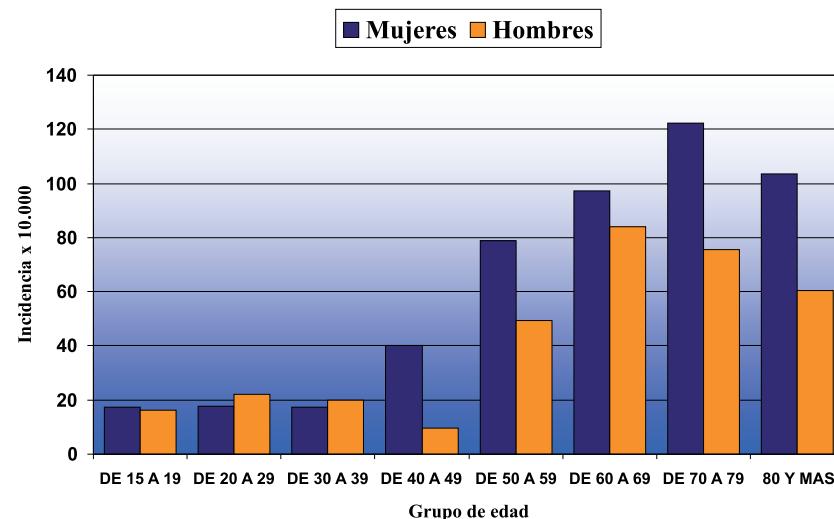
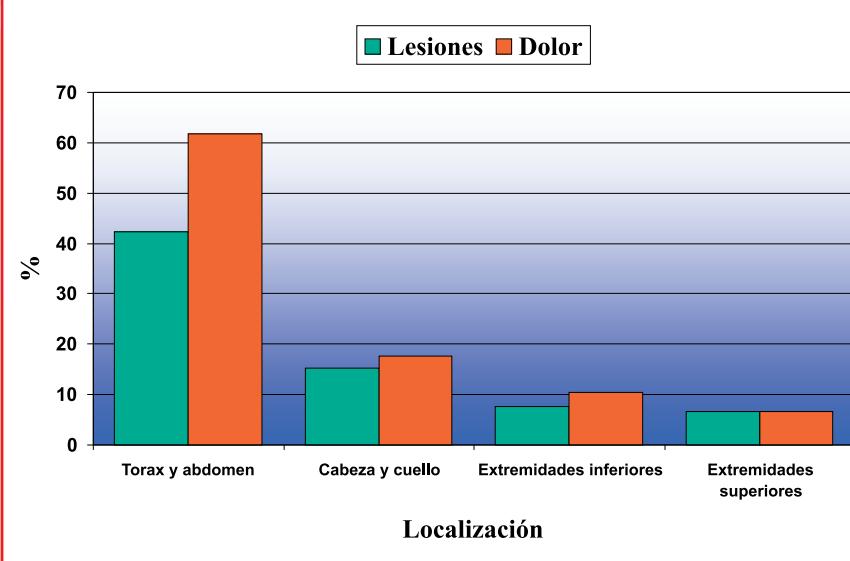


FIGURA 3.2
Herpes zóster en mayores de 14 años. Localización



Factores de riesgo

Poco frecuentemente se identifican factores de riesgo claramente relacionados con el virus de la varicela zoster. Lo más habitual es que la enfermedad se produzca en personas afectadas

de una enfermedad crónica (30%). La diabetes la padecen el 13,5%. Pero lo más llamativo son los problemas de salud mental o problemas de estrés, presentes en el 9,2% de los pacientes (figura 3.3).



Complicaciones y tratamiento

El 12,2% de los pacientes presentan algún tipo de complicación. Las más frecuentes son las neurológicas, recogidas en el 5,9% y relacionadas con la neuralgia herpética y post herpética. El 3,5% presentó una sobre infección bacteriana y el 3,1% complicaciones oculares (principalmente queratitis herpética). Un paciente desarrolló una hepatopatía y otro una otitis aguda.

La interconsulta con el especialista es menos frecuente que la derivación al hospital, el 3,1% y 5,9% respectivamente.

El tratamiento de elección mayoritario son los antivirales, prescritos en el 86,1% de los pacientes, asociado a analgésicos no esteroideos, en el 63,2%. Los antisépticos tópicos se recogen en el 24,6%, y otros tratamientos como los anticonvulsivos, antidepresivos, opioides o corticoesteroides son residuales (figura 3.4).

Los antecedentes de vacunación frente a la varicela se registraron en el 2,4%, y referían haber pasado la enfermedad el 17,0%.

Resultados del inventario breve de dolor por herpes zoster

Los pacientes con herpes zoster pueden sufrir diferentes grados de afectación neurológica con dolores y molestias durante la fase inicial de la enfermedad y persistir o recurrir después de que la erupción haya desaparecido. En este estudio se ha hecho el inventario del dolor en el momento del diagnóstico.

El 72% refiere dolor relacionado con el herpes zoster en al-

FIGURA 3.3
Herpes zóster en mayores de 14 años. Factores de riesgo.

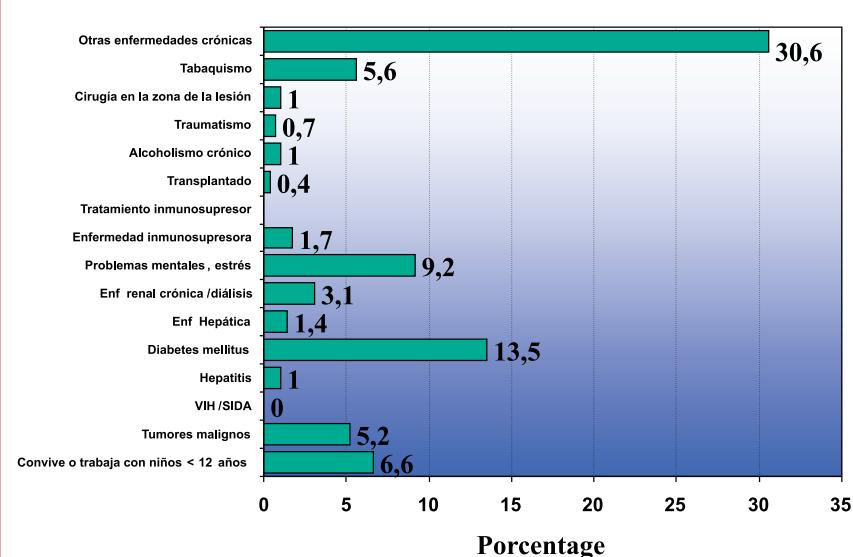
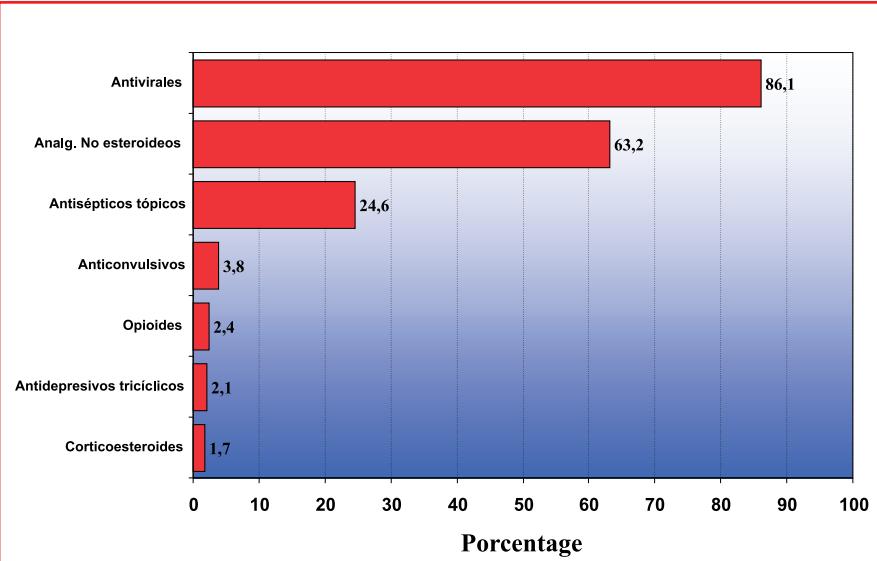


FIGURA 3.4
Herpes zóster en mayores de 14 años. Tratamiento.



guna parte del cuerpo en las últimas 24 horas. En general, el dolor es más frecuente que las lesiones dermatológicas, sobre todo en el tronco. En las extremidades es más raro. La cabeza y el ojo (4%) se ven también muy afectados (figura 3.5).

La intensidad del dolor en las últimas 24 horas, medida en una

escala de 0 a 10, muestra un índice mínimo de 2,27 y máximo de 4,33. (figura 3.5). En el momento de la consulta, la intensidad media era de 3. Sin embargo, este dolor no altera significativamente la vida de las personas. En la misma escala, la afectación del estado general recibe una puntuación media de 2,87, el estado de ánimo 3,05, las relaciones interpersonales 1,90, la ca-



pacidad de andar 1,54, de trabajar 2,23, de alterar el sueño 3,18. Globalmente la vida normal se ve afectada con un índice medio de 2,57, menor si consideramos la mediana de 1,5.

Discusión

La incidencia de herpes zóster en la población se mantiene constante a lo largo de los años como demuestra la comparación de las tasas de 1990 y de 2011, fenómeno que se ha descrito ya con anterioridad. El ligero aumento observado no parece deberse al envejecimiento de la población en el transcurso de estos 20 años, ya que la incidencia en mayores de 65 años es menor en 2011 que lo era en 1990. En el estudio de 1990, también las mujeres representaban un porcentaje mayor 55% que los hombres 45%. Un ajuste de tasas y una mejor comparación de los dos registros darán en el futuro más información sobre la evolución de esta enfermedad.

Como era de suponer, el tronco (torax y abdomen anterior y posterior) es la localización más frecuente, tanto para las lesiones dérmicas como para la neuralgia herpética. Las extremidades, manos y pies se ven mucho menos afectados, pero hay un nada desdeñable porcentaje de 4% con afectación ocular.

La vida normal de estos pacientes se ve afectada, en general, de manera moderada durante la fase aguda del proceso. No se han estudiado las secuelas, concretamente la neuralgia post-herpética, que sería objeto de un estudio complementario no incluido en este registro. ■

FIGURA 3.5
Herpes zóster en mayores de 14 años. Localización del dolor

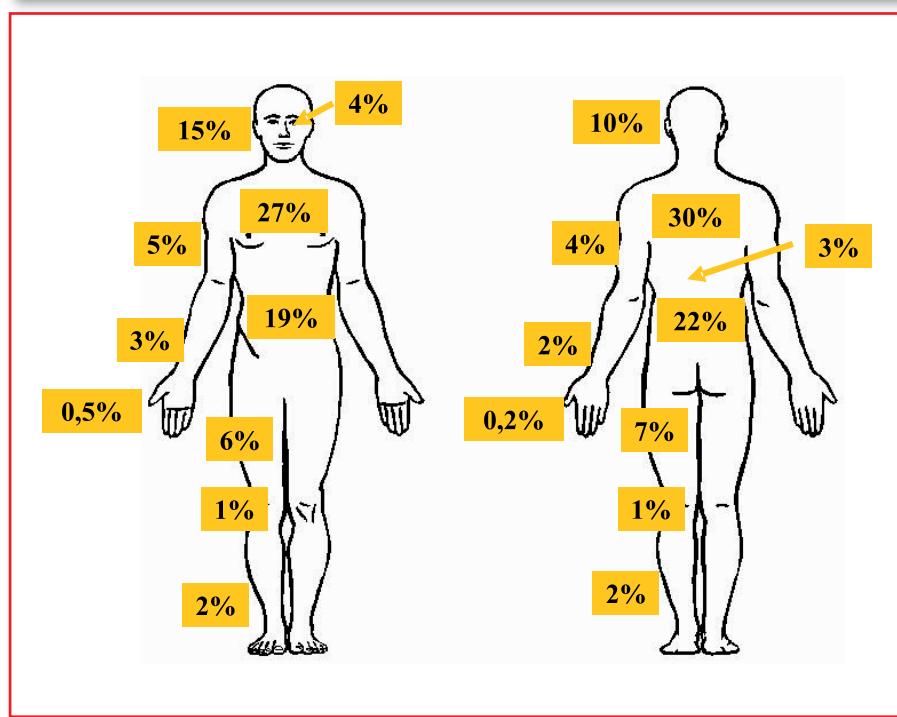


FIGURA 3.5
Herpes zóster en mayores de 14 años. Valoración en escala de 0 a 10 de la intensidad mínima, media y máxima del dolor en las 24 horas anteriores a la consulta.





Dolor abdominal crónico en población pediátrica mayor de 4 años

Elaboración: *Milagros Gil Costa*. Dirección General de Salud Pública.

Introducción

El dolor abdominal crónico en niños constituye un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. La prevalencia exacta es desconocida. Se estima que lo padecen entre el 10 y el 18% de los niños y adolescentes entre los 4 y los 18 años y constituye del 2 al 4% de las visitas pediátricas.

La importancia de este trastorno radica en que puede llegar a afectar las relaciones sociales del niño con otros niños, con su entorno y familia, e interferir en su rendimiento escolar o en la realización de actividades deportivas. Suele presentarse en niños entre 5 y 14 años, con mayor frecuencia entre los 5 y 9 años. A partir de los 9 años es más frecuente en el sexo femenino.

Objetivos

1. Estimar la incidencia del dolor abdominal crónico en nuestra comunidad en menores de 15 años.
2. Describir las características del paciente y del proceso.

Metodología

Se definió el dolor abdominal crónico como el dolor de intensidad capaz de interferir la actividad que el niño está desarrollando y de una frecuencia igual o mayor a tres episodios en los últimos tres meses. En los períodos intercríticos

el niño podía estar asintomático. Solamente se notificaba al paciente la primera vez que era atendido durante el periodo de registro.

el 24,7% presentaba irradiación abdominal, en el 15,5% el dolor les despertaba por la noche, en el 26,8% estaba relacionado con la ingesta de alimentos y en el 28,9% sentía alivio con la defecación.

Resultados

Se han notificado 97 episodios de dolor abdominal, lo que supone una tasa de incidencia de 811 casos por 100.000 menores. El 63,9% de los casos registrados fueron mujeres y el 36,1% varones. Por grupos de edad, se observa que en niñas el mayor número de casos se concentra entre los 6 y 9 años (figura 4.1)

La localización del dolor ha sido perumbilical en el 62,9% de los casos, epigástrico en el 23,7% e infraumbilical en el 11,3%. En 2 casos no fue consignada ésta variable. En

Los síntomas clínicos no presentan datos significativos, solamente el dolor persistente presente en el 21,6%. Como síntomas acompañantes, el estreñimiento es frecuente en el 29,9% de los casos principalmente en el grupo de 6 a 9 años. En segundo lugar las náuseas o vómitos y la sensación de plenitud en el 26,8% de los niños; los primeros afectan más al grupo de 6 a 9 años y la sensación de plenitud al grupo de 10 a 14 (figura 4.2)

El 29,9% de los niños tienen antecedentes familiares de trastor-

FIGURA 4.1
Dolor abdominal crónico. Distribución de los casos por edad y sexo.

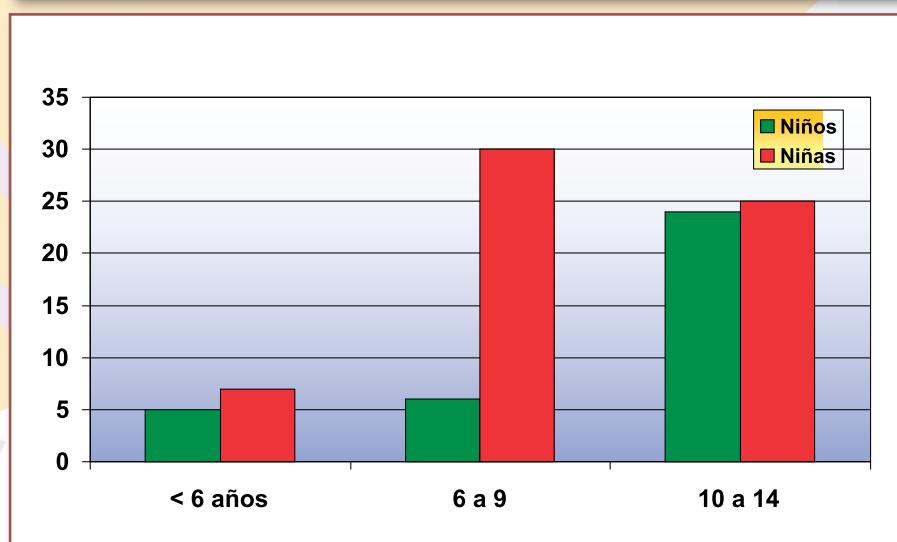
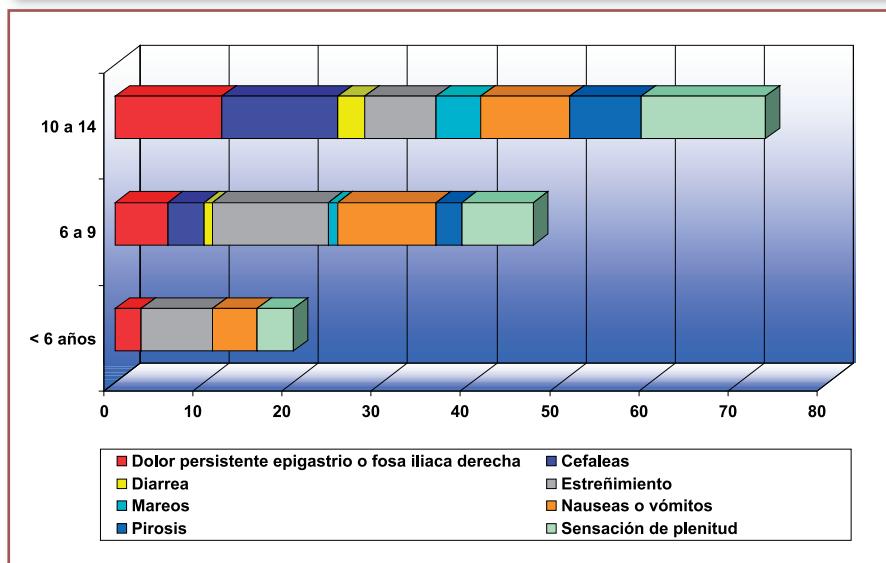




FIGURA 4.2
Dolor abdominal crónico. Síntomas por grupo de edad.



nos digestivos orgánicos o funcionales, y el 9,3% ya tenía antecedentes personales.

Los problemas en el entorno familiar se describen en el 9,3%, los problemas en el entorno social del niño en el 4,1% y la obtención de algún beneficio con los episodios de dolor en el 7,2%.

En la exploración se han apreciado masas o distensión abdominal en el 12,4% de los niños y dolor en la palpación en 8,2%. En ningún caso se aprecio hepatomegalia o esplenomegalia.

Se han realizado analíticas de sangre al 64,9% de los casos, de heces al 57,7%, de orina al 69,1%, búsqueda de parásitos en heces 44,3% y radiología al 46,4%. En la tabla 4.1 se muestran las pruebas realizadas por grupos de edad.

El diagnóstico de sospecha más frecuente fue el dolor abdominal crónico en 28 casos, confirmándose en 12 y el estreñimiento en 14 casos, confirmándose la sospecha en 9. El resto de diagnósticos

confirmados fueron tres pacientes con enfermedad péptica, dos con enfermedad celiaca, uno con dispepsia y uno con enfermedad inflamatoria.

Conclusiones

El dolor abdominal crónico, aun siendo un proceso relativamente poco frecuente, representa un grave trastorno para el paciente y la familia y una patología que exige pruebas diagnósticas

específicas y un claro diagnóstico diferencial.

Aparece en dos niñas por cada niño, y la relativa baja frecuencia de problemas en las relaciones sociales o familiares asociados al dolor abdominal crónico parece indicar que no son factores favorecedores de manera significativa. Por el contrario, los antecedentes familiares de la enfermedad si aparecen fuertemente asociados a estos trastornos. ■

T A B L A 4.1
Dolor abdominal crónico. Exploraciones complementarias.

	Menores de 6	De 6 a 9	De 10 a 14	TOTAL
Analisis de sangre	6 (9,5%)	21 (33,3%)	36 (57,1%)	63 (100%)
Analisis de orina	6 (8,9%)	23 (34,3%)	38 (56,7%)	67 (100%)
Analisis de heces	4 (7,1%)	20 (35,7%)	32 (57,1%)	56 (100%)
Parásitos heces	3 (6,9%)	14 (32,5)	26 (60,4%)	43 (100%)
Radiología	6 (13,3%)	12 (26,6%)	27 (60,0%)	45 (100%)



Factores de riesgo del cansancio del cuidador

Elaboración: **M^a Loreto Mateos Baruque y Eva M^a Vián González.** Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Introducción

En nuestro entorno, existen cada vez más personas cuidadoras de personas mayores, inmovilizadas o con otro tipo de procesos crónicos que necesitan cuidados continuados.

La actividad de los cuidadores supone cambiar, en muchas ocasiones, su conducta habitual con afectación de su vida familiar y laboral pues, en algún momento, son incapaces de compaginar su vida diaria con las responsabilidades que conlleva el cuidado. Esto se traduce en una gran sobrecarga física y psicológica, particularmente, si el cuidador procede del entorno familiar.

Se ha elegido este trabajo para el Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, porque el personal de enfermería puede aportar información específica sobre los factores de riesgo del cansancio del cuidador a través de la consulta de enfermería programada, a demanda o en visitas domiciliarias.

Además, debido al estrecho contacto que mantiene dicho personal con los cuidadores de personas no autónomas, a la experiencia previa en aplicar escalas de tipo Barthel o Zarit y a la participación en equipos de valoración de la dependencia, son los profesionales idóneos para realizar este registro.

Los objetivos de este estudio son:

1. Describir las características epidemiológicas, la situación sociofamiliar, los problemas de salud y la sobrecarga del cuidador.
2. Describir las características de la persona no autónoma cuidada.

Metodología

Criterios de inclusión

Se consideró cuidador principal familiar:

- Persona que atiende a personas no autónomas (dependen de alguien para desarrollar las actividades de la vida diaria).
- No recibe remuneración alguna.
- No pertenece a ninguna Institución Sanitaria ni Social.
- Es familiar de la persona no autónoma.
- Asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidado diarios de la persona no autónoma y la acompaña la mayor parte del tiempo.

Criterios de exclusión

- Cuidadores particulares remunerados.
- Cuidadores procedentes de Instituciones Sanitarias o Sociales.
- Cuidadores de niños sanos.

Captación de cuidador

- A través de la consulta a demanda de enfermería del centro de salud cuando un paciente acudía por cualquier motivo y se le identificaba como cuidador en ese momento (ejemplo: cuando un paciente acudía a la consulta, el/la enfermero/a centinela preguntaba si tenía a su cargo alguna persona no autónoma).
- A través de la consulta programada de enfermería.
- A través de las visitas domiciliaria a personas no autónomas.
- A través de cuidadores incluidos en Cartera de Servicios dentro del Programa del Adulto, "Servicio de atención al cuidador familiar en la comunidad" (búsqueda activa).
- Mediante cualquier medio por el que se podía conocer que una persona era cuidadora de un familiar (búsqueda activa).
- El cuidador debía pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

Resultados

Se obtuvo información de 665 cuidadores (74,7% mujeres y 25,3% hombres), con una edad media de 64,9 años (DE ± 13,6). Los grupos de edad con más cuidadores fueron los de 35 a 64 años y de 65 a 79 años (Figura 5.1).

Un 13,7% de los cuidadores no tenía estudios, un 65,4% finalizó



la educación primaria, un 15,6% la educación secundaria y un 2,7% los estudios universitarios.

Un 41,4% fue captado en consulta programada, un 34,6% en visita domiciliaria, un 16,5% en consulta a demanda y un 6,6% por búsqueda activa.

Según el parentesco del cuidador con la persona no autó-

noma, un 35,9% era cónyuge, un 34,6% hijo/a, un 15,2% padre/madre, un 10,2% otros miembros de la familia como sobrinos, nietos, yernos o nueras y un 4,1% hermano/a (figura 5.2). Un 86,3% de los cuidadores convivía en el mismo domicilio que la persona autónoma siendo la media de convivientes de 2,6 personas (DE $\pm 1,3$). Cambió de domicilio el 6,1%.

El cuidador se encargaba solo de la persona autónoma en un 39,2%. En el caso de existir más de un cuidador, la media era de 1,5 cuidadores (DE $\pm 0,79$).

El cuidador recibía ayuda en un 60,8%. La ayuda era realizada en el 65,3% por otros miembros de la familia, el 27,9% por Instituciones Sociales (ayuda a domicilio), el 15,1% por personas contratadas por la familia y el 7% acudía a centros de día (figura 5.3). La ayuda suponía una media de 7,3 horas al día.

FIGURA 5.1
Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Distribución por sexo y edad.

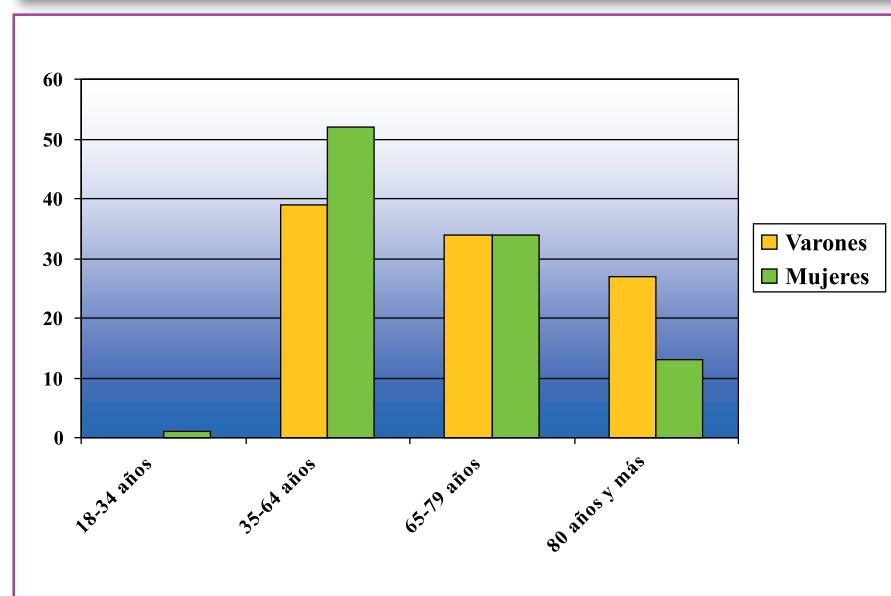
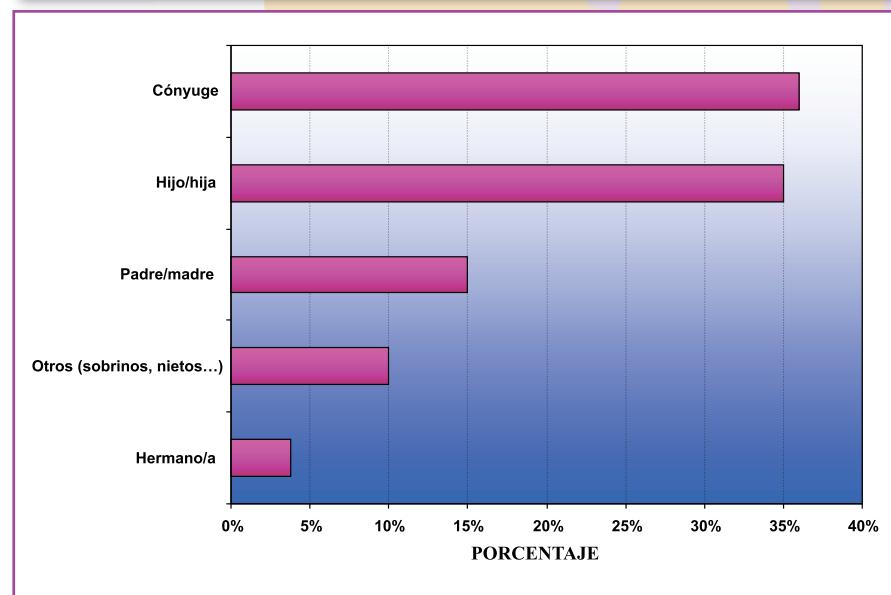


FIGURA 5.2
Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Parentesco con la persona no autónoma.



El periodo de tiempo que el cuidador dedicaba al cuidado de la persona autónoma era: un 96,1% todos los días, un 1,5% días sueltos, un 1,1% días laborables y un 0,6% festivos y fines de semana. La media del número de horas que destinadas al día el cuidador al cuidado era de 17,8 (DE $\pm 8,1$).

El cuidador trabajaba fuera de casa sólo en el 16,2% de los casos. Un 8,3% tuvo que dejar su trabajo para ocuparse de la persona no autónoma.

Un 26,6% de los cuidadores tenía experiencia previa en cuidados oscilando entre 1 mes y 33 años de tiempo dedicado.

Un 83,3% disponía de información sobre cómo realizar los cuidados consiguiendo la información en un 89,1% a través del centro de salud, en un 20,4% por los Servicios Sociales, un 8,7% recibió cursos de formación específicos y un 4,7% de asociaciones de familiares y pacientes.

Según la valoración de la sobrecarga del cuidador, evaluada mediante la escala de Zarit, un 24,4% de los cuidadores tuvo sobrecarga intensa, un 32,9% leve y un 42,1% no tiene sobrecarga.



Los problemas de salud más frecuentemente referidos por el cuidador fueron problemas osteomusculares, depresión/ansiedad y cambios frecuentes en el estado de ánimo (Figura 5.4).

La persona autónoma cuidada tenía una edad media de 81 años (DE $\pm 13,8$). Según valoración del índice de Barthel, un 27,1% refería dependencia moderada, un 30,5% dependencia leve, un 23,3% dependencia grave y un 18,9% dependencia total.

Los principales problemas de salud (figura 5.5) por los que la persona no autónoma debía ser atendida eran: ser anciano dependiente (55,3%), referir múltiples dolencias (50,8%), inmovilización (41,1%), demencia (35,2%) y discapacidad (24,5%).

Un 76,8% cumplía criterios para acogerse a la Ley de Dependencia.

Conclusiones

El perfil que tenemos de cuidador en Castilla y León es: mujer, de 65 años, con estudios secundarios y cónyuge de la persona no autónoma.

Más del 85% de los cuidadores convive con la persona no autónoma con dedicación, fundamentalmente, diaria (96%) y más de la tercera parte no recibe ayuda externa y, si la recibe, es de otros miembros de la familia en la mayoría de los casos.

Según la escala de Zarit, un 57,3% de los cuidadores tiene sobrecarga y los problemas de salud más comúnmente referidos son problemas osteomusculares, depresión/ansiedad y cambios frecuentes en el estado de ánimo.

FIGURA 5.3
Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Tipo de ayuda recibida por el cuidador

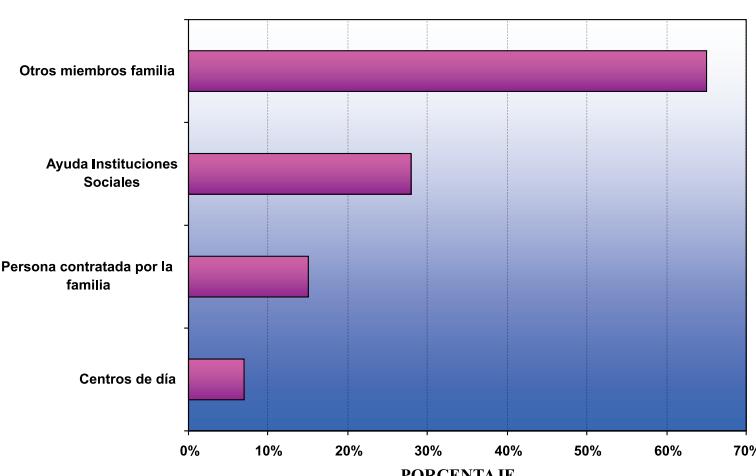


FIGURA 5.4
Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Problemas de salud del cuidador por sexo

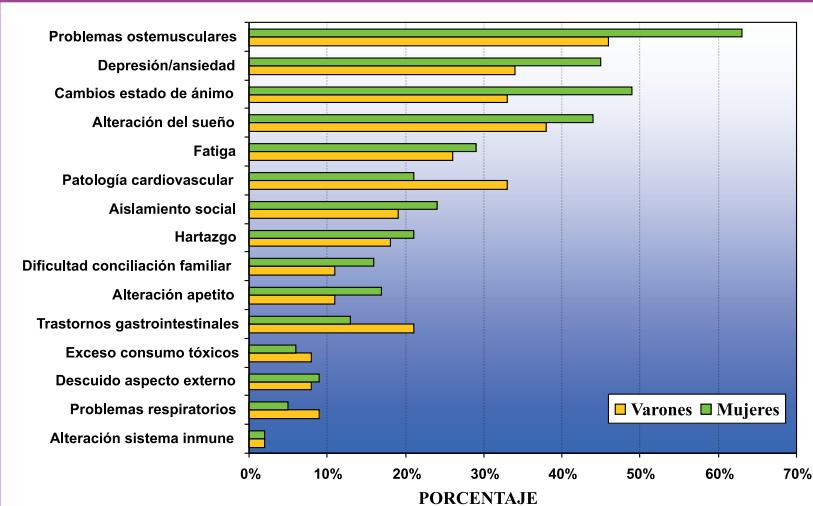
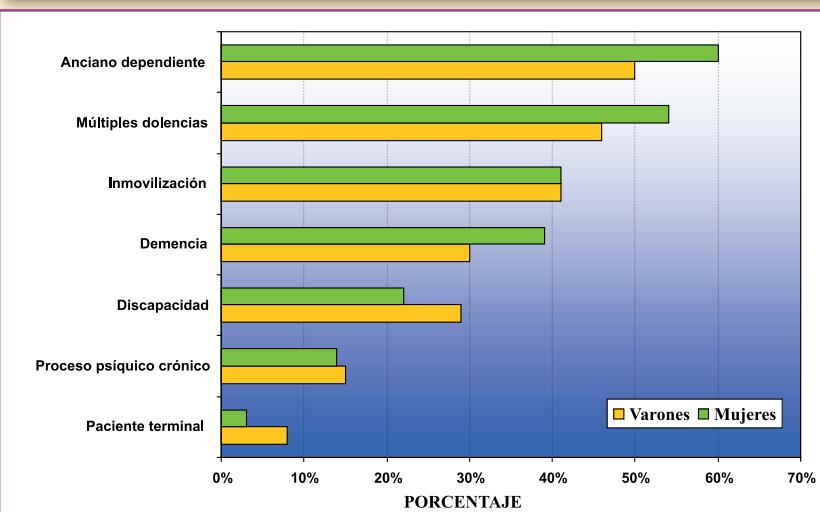


FIGURA 5.5
Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Problemas de salud de la persona no autónoma por sexo





INFORMACIONES

EN RECUERDO

Aprovechamos este informe anual para recordar a dos médicos centinelas que han fallecido recientemente, el Dr. D. José María Bravo Trigo y el Dr. D. Faustino Galán Boyero, que desarrollaban su actividad en las zonas de salud de Zaratán (Valladolid Rural II) y Muñico (Ávila) respectivamente.

Su entrega y dedicación al trabajo de la Red Centinela durante las dos últimas décadas ha sido un ejemplo de compromiso con la medicina, la salud pública y la investigación.

VIGILANCIA DE LA GRIPE INTERNACIONAL

La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades, ha confiado a la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León la coordinación de un trabajo para establecer indicadores homogéneos de actividad gripeal en Europa. En concreto, los 8 expertos que estarán implicados en esta tarea durante los próximos seis meses evaluarán los diferentes métodos para medir la intensidad, la difusión y el impacto de las epidemias de gripe en cada país, así como el tipo de virus predominante en cada temporada y la tendencia de la enfermedad.

A través de los informes periódicos de la red mantendremos esta información actualizada.

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2010 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

MÉDICOS DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Roberto Cosín Borobio
Rosa Díaz del Pozo
Faustino Galán Boyero
Concepción González Díaz
Milagros Iglesias Yáñez
Laureano López Gay
Juan L. Martín Clavo
José Jesús Monge Martín
Amelio Nieto Rubio
Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Lourdes de la Rosa Gil
Juan Antonio Sanz García
Mª del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

Burgos

Pedro Manuel Bañuelos Peña
José Paulino Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
Mª Jesús Fuertes Sagredo
Francisco Javier García Aguilera
Ana María López Ruiz
Purificación Lumbreiras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo
José Mª Martínez Miñón
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Vicente Nevado Bermejo
Ana Palacios Gil
Pablo Puente Roque
Mª Vega Ribera Fuente
Jesús Ruipérez Diez
Hipólito Vicente Santos
José Mª Yaguez Burgos



León

Milagros Belzuz Guerrero
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Mª del Mar Cuervo Guiera
Miguel Escobar Fernández
Ángeles Fernández Fernández
Mª Luisa García Bardón
Alfredo García García
Isabel García Gut
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Javier L. Marcos Olea
Mª del Mar Martínez Fernández
Francisco Javier Mencía Bartolomé
Laura de la Torre Fernández

Palencia

María Teresa Abarquero Amor
María del Valle Alaíz Poza
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Carlos Encinas Candelas
Carlos Flores Farran
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
María Muelas García
Julio Ordax San José
María Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel
Miguel A. de Plaza Marcos
Francisco J. Quijano Gonzalez

Salamanca

Félix Almaraz Cortijo
Pedro Caba Sánchez
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Ricardo Encinas Puente
José Manuel Guarido Mateos
Antonio Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
José María Manzano Jiménez
Maria Josefa Marcos Sánchez
Miguel A. Rodríguez García
Antonio A. Rodríguez Romo
Manuel Ruano Rodríguez
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

Segovia

José Luis Alcalde San Miguel
Pilar Álvarez Rocha
Enrique Arrieta Antón
Antonia Casado Velázquez
Pablo Collado Hernández
Tomás Conde Macías
Soledad Fragua Gil
Pablo Gacimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz
Esther González Garrido
Luis V. González López
Esther Gonzalo Aizpiri
Ricardo Grande Ramírez
José Luis Hermida Manso
Elvira Martín Tomero
Mª Jesús Millán Santos
Agustín Moreno Aragoneses
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Emilio Ramos Sánchez
Juan Carlos Rodríguez Mayo

Soria

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
José Antonio Domingo García
Angel César Gallego Jiménez
Pablo Gonzalez Heras
Laura Lourdes Millán Ibáñez
Elena de Pablo Ramos
Alfredo Simón Vitoria Soria
Tomás Tejero Lamana
Marcelino Oliva Sanz

Valladolid

Jesús María Aguilar García
Ángela Barbero Olloqui
José Mª Bravo Trigo
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Alberto Cortiñas González
Patricia Cossio San Jose
Máximo Durán Ramos
Carmen de la Fuente Hontañón
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez
Francisco Javier Ovejas Díez



José Ignacio Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Carmela Rodríguez Ruiz
Rosa Aurora San Juan Rodríguez
Enrique Valdeolmillos Benito
Marta Zabala Ortega

Zamora

Enrique Botella Peidro
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enríquez
Francisco Javier Zapatero Moreno

PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

Burgos

Carmen Aguado romero
Ana María Gutiérrez Araus
Rosario María Guerrero

León

Pilar Arias Álvarez
Paz Blanco Franco
Ana Mª Carro Serrano
Pilar Gayol Barba
Juan Carlos Redondo Alonso
Pedro de la Serna Higuera

Palencia

María Benigna García Díez
Ángel E. González Menéndez
Ana María Sacristán Martín

Salamanca

Luis Gallego de Díos
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

Segovia

Inmaculada Villamañán de la Cal

Soria

María José Edo Jimeno

Valladolid

Sara Anibarro Pérez
José María Díez Cantalapiedra
Petra Parra Serrano

Zamora

Alicia Cortés Gabaudan

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Ana Baza Bermudez
Ana Benito Pérez
Manuela A. del Pozo Jimenez
Rosa del Rincón del Rincón
Silvia Fernandez Sanchez
Iluminada Jimenez Jimenez
María Jesús Llorente Castronuevo
Montserrat Lopez Ramírez
Pilar Marques Macias
Ana Martín Pascual
Mariano Pagan Alemán
María Jose Piriz Santos
Ana Isabel Rubio Martin
Belen Sanchez Crespos
Marta Vargas del Hoyo
Manuela Vicente García

Burgos

Piedad Arce González
Isabel Camarero Cossio
Rosa Cruz Benito
Isabel de Diego Poza
Teresa de la Fuente Sedano
Encarnación de Miguel Marco
Mª Jesus Fuertes Sagredo
Rosa González Sáez
María José López Pérez
Mª Jesus Maestro Gonzalez
Carmen Martin Fernandez
Jose Luis Ortiz Ortiz



Rosa M^a Ruiz Alcalde
Nieves Saiz Alonso
Paloma San José González
Mónica Sangrador Arenas

M^a Dolores Perez Oliva
Teresa Pérez Rodriguez
Pilar Ramos Carrasco
M^a Teresa Turrión Dominguez
Javier Vicente Perez

León

Roberto Barba García
José Angel Barbero Redondo
Pilar Berciano Halagan
Emilia Bruzos González
M^a Luisa del Río Paramio
Angel González Díez
Juan Raul López Escudero
Raul Majo García
Margarita Negro García
José Gabriel Suárez García
M^a Jesús Vega Abella
Pilar Veledo Barrios
Julián Zapico Espinosa

Palencia

Roberto Alonso romero
Clara Cantera Fombellida
Paz González Esteban
Julia Guerra Rodriguez
Mercedes Guzmán Paredes
Ángeles Helguera Juárez
Sabino Liébana León
Rafael M. Medrano López
Mercedes Pérez Cuadrado
Alejandro Plaza Gutierrez
Jesús Robles González
Esther Rodriguez Campo
Isabel Seco de Guzmán
Pilar Solís Murillo
Teresa Tejedor Merayo
Jose Vicente Vela Martinez

Salamanca

Ceferina Bermejo Moran
Olga Castellanos Morales
Socorro del Molino Velasco
Clotilde García Calle
M^a Nieves García Fernández
Isabel Garzón Maillo
Antonio González Sanchez
Consuelo Hernandez Sanchez
Ángela Martin del Río
Braulio Mateos Prieto
Ildefonso Paniagua Vicente

Segovia

Mar Aguirre Lopez de Aberasturi
Teresa Calvo Navajo
Consuelo Ezquerra Cebollada
Milagros García Abad Yebra
Esther García Lobo
Elena García María
Natalia Gómez Muñoz
Pilar Guerra Andrade
Mercedes Herranz Rosa
Teresa Lopez Nogales
Pilar Pascual Aceves
Inés Poza Barral
Javier Velasco Redondo
Concepcion Vicente Cuadrado

Soria

Bienvenida Catalina Cobo
Carmen Ciordia Díaz de Cerio
Carmen Gil de Diego
Josefa Hernandez Gómez
Soledad Jimenez Santaolaya
Flora Moyano Fiallegas

Valladolid

Maria Luisa Almudevar Vicente
Victoria de Pablos Iglesias
Milagros de Santiago Laso
Begoña Díaz Martinez
Belen Esteban Redondo
Carlos Fraile Caviedes
Angel Fraile de Pablo
Inés Garate Larrea
Margarita Garcia Merino
Francisca Garcia Ruiz
Tomasa Gutierrez Gorgojo
Ana M^a Hernandez Vázquez
Pilar Medina Relea
María Luisa Niño Ruiz
Carmen Outerño Fernandez
Violeta Rueda Mena
Ana M^a Ruiz Mancebo
Valentín Sáez Martín
Enrique Zalama de la Fuente



Zamora

Tomás Castaño Paz
Paz Centeno Cristóbal
Juan Carlos Hernandez Zapata
Felisa Hernandez Martín
María Luisa Iglesias Rojas
Elsa Martín Hernandez
Piedad Matellan Carro

OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA

Rufino Álamo Sanz. Jefe de Servicio
A. Tomás Vega Alonso. Coordinador Técnico de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.
Milagros Gil Costa. Coordinación del programa general
José Eugenio Lozano Alonso. Soporte técnico y estadístico
Carolina Rodriguez Gay. Vigilancia de la Gripe
Elena Pasalodos Sahagún. Mecanografía
Mónica Rodriguez Pereira. Mecanografía
Araceli Castro Rodriguez. Mecanografía

SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE PALENCIA

Loreto Mateos Baruque. Coordinación programa de enfermería
Eva María Vian Gonzalez. Coordinación programa de enfermería

SERVICIOS TERRITORIALES DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL.

COORDINACIÓN PROVINCIAL

Ávila

Ricardo Casas Fischer
Belén Herrero Cembellín
Mª Carmen Lozano Casillas

Burgos

José Luis Yáñez Ortega
Elena Santamaría Rodrigo
Ana María Martinez Rodriguez

León

Julio Ramos Tejera
Ana Carmen Berjón Barrientos
Mª José Villaverde Fernández

Palencia

Julio de La Puente Callejo
Loreto Mateos Baruque
Eva María Vian González

Salamanca

Luis Carlos González Pérez
Teresa Muñoz Cidad
Rosalina Vidal Colinas
Mª José García Pérez

Segovia

José Ángel Gómez de Caso Canto
Mercedes Gómez de Balugera Goicolea
Miryam Fernández Picos
Beatriz Rubio Llorente
Mª Eulalia Antoraz Martín
Félix Javier de Lucas Fernández

Soria

Adriana Del Villar Belzunce
Eduardo Dodero Solano
Rosa Casado Arnillas
Susana Cajal Jiménez
Eusebio Martínez De Castro

Valladolid

Clara Berbel Hernández
Marta Allué Tango
Julia Lucas Rodríguez
María Santos Llorente Martínez

Zamora

Mª José García Alonso
Margarita García Pérez
Eulalia Fradejas Barrios
Paz Martinez Docampo

PROGRAMA DE REGISTRO 2010

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA (≥ 18 AÑOS DE EDAD)

DEFINICIÓN

Se incluirán a los pacientes 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.
- Se excluyen las defunciones súbitas e inesperadas (ejemplos: paciente aparentemente sano que fallece por un infarto agudo de miocardio, fallecimiento por causas externas como los accidentes etc.)

* 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.

INSTRUCCIONES SOBRE EL CUESTIONARIO

- 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.
- Pregunta 7. Consigne la causa de defunción como lo hace en los certificados oficiales de defunción.



(MEDICINA DE FAMILIA)

- Ejemplo pregunta 9: Paciente que fallece en el hospital, donde ha estado 6 días.
Previamente estuvo en su casa 1 mes.
Previamente había estado hospitalizado 3 días.
Previamente estaba en su casa.

9. Indique el lugar de fallecimiento del paciente y los lugares de residencia durante los últimos tres meses (90 días), así como la duración de las estancias en días (aproximadamente si lo desconoce con exactitud). Si el paciente permaneció en el mismo lugar hasta su fallecimiento cumplimente solo el 1 ^{er} lugar					
Ver instrucciones y ejemplos	En casa o con su familia	En residencia para personas mayores	En hospital (excluidos Unidad de CP y residencias asistidas)	Unidad de CP	Otro lugar (especificar)
1 ^{er} lugar de defunción y duración de estancia	_____ días	_____ días	<u>6</u> días	_____ días	_____ días.....
2 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	<u>30</u> días	_____ días	_____ días	_____ días	_____ días.....
3 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	_____ días	_____ días	<u>3</u> días	_____ días	_____ días.....
4 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	<u>51</u> días	_____ días	_____ días	_____ días	_____ días.....

Nótese que $6 + 30 + 3 + 51 = 90$ días previos a la defunción

- Si tiene alguna duda sobre si incluir a un fallecido o sobre alguna cuestión del formulario, telefonee al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de su provincia o al Centro Coordinador de la RCSCyC.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. P.^o de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.
- A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@j cyl.es) Telf.: 983 413753 y
Milagros Gil Costa (gilcosmi@j cyl.es) Telf.: 983 412302. Fax: 983 413745

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA (≥ 18 años de edad)

ETIQUETA	1. Número de registro (ej. 1,2,3,...)..... 2. Fecha de nacimiento: / / 3. Fecha de defunción : / / 2010 4. Sexo : H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 4b. Nivel estudios alcanzados: Sin estudios o básicos..... <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente..... <input type="checkbox"/> E. Secundaria o Equivalente ... <input type="checkbox"/> Universitarios..... <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
-----------------	---

5. Código postal de la residencia habitual del fallecido:..... 6. ¿Dónde residió el paciente durante más tiempo en el transcurso de su último año de vida? En su casa o con su familia <input type="checkbox"/> En una residencia para personas mayores <input type="checkbox"/> En otro lugar <input type="checkbox"/> (especificar).....
--

7. Causa de la defunción: Causa inmediata:..... Causa antecedente: Intermedia:..... Inicial o fundamental:..... Otros procesos contribuyentes:.....
--

8. Estaba el paciente diagnosticado de demencia por Ud. o por otro médico: Si, severa <input type="checkbox"/> Si, moderada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
--

Ver instrucciones y ejemplos	En casa o con su familia	En residencia para personas mayores	En hospital (excluidos Unidad de CP y residencias asistidas)	Unidad de CP	Otro lugar (especificar)
1 ^{er} lugar de defunción y duración de estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días.....
2 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días.....
3 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días.....
4 ^o Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días.....

9b. Por qué motivos fue el paciente cambiado al lugar donde falleció. (Solo en caso de que haya cambiado una o más veces en los tres meses. Varias respuestas son posibles)
Por expreso deseo del paciente <input type="checkbox"/> Por deseo de la familia u otros allegados <input type="checkbox"/> El paciente necesitaba más cuidados o tratamientos paliativos <input type="checkbox"/> El paciente necesitaba tratamientos curativos o para prolongar la vida <input type="checkbox"/> El paciente no necesitaba otro tratamiento en ese lugar <input type="checkbox"/> Otro motivo. Especificar..... <input type="checkbox"/>

10. Con qué frecuencia media tenía contacto con el paciente o sus cuidadores (consultas, visitas a domicilio). Se excluyen los contactos por teléfono.	En la última semana de vida ____ veces por semana	2 a 4 semanas antes ____ veces por semana	2 a 3 meses antes ____ veces por mes
--	--	--	---

11. ¿Qué temas se trataron durante sus conversaciones con el paciente? (conteste a todas las posibilidades))
A. El diagnóstico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> B. La imposibilidad de curar la enfermedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> C. Esperanza de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> D. Complicaciones médicas posibles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> E. Problemas físicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> F. Problemas sicológicos (Ej. tristeza, preocupación, miedo, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> G. Problemas sociales (Ej. de relación, falta de apoyosocial de la familia, amigos, la familia no acepta la enfermedad, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> H. Problemas espirituales/existenciales (Ej. dificultad de aceptar la situación, significado de la vida, enfado con Dios, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> I. Opciones de tratamiento paliativo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> J. Consecuencias del tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/>

12. Indique el grado de importancia que tuvieron los siguientes aspectos en el cuidado de este paciente.
Marque con un círculo de 1=ninguna a 5=mucha ?=desconocida

	En la última semana de vida	2 a 4 semanas antes	2 a 3 meses antes
Tratamiento de curación	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?
Tratamiento de prolongación de la vida	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?
Tratamiento de paliación/confort	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?

13a. ¿Procuró tratamiento paliativo desde Atención Primaria a este paciente?

Si, hasta el fallecimiento
Si, pero no hasta el fallecimiento
No

13c. Qué tipo de asistencia paliativa especializada tuvo el paciente en los últimos tres meses (varias respuestas posibles)

Equipo a domicilio
Cuidados ambulatorios en un hospital
Unidad de cuidados paliativos hospitalaria
Cuidados paliativos* en una residencia asistida
Centro de día de cuidados paliativos
Otro (especificar)
Desconocido

13b. Cuanto tiempo pasó entre el primer tratamiento paliativo y el fallecimiento (en días): _____

13d. Cuanto tiempo pasó entre el primer tratamiento paliativo especializado y el fallecimiento (en días): _____

*supervisado por médico o enfermera

14. ¿Tuvo el paciente o su familia dificultad para cubrir el coste de la atención no sanitaria en los tres últimos meses de vida?

Mucha Alguna Ninguna Se desconoce No necesitaba este tipo de cuidados

15. ¿Se sintieron los cuidadores informales sobrepasados (física o emocionalmente) durante los tres últimos meses de vida?

Si No Se desconoce

16. ¿Fue Ud. informado (verbalmente o por escrito) sobre la preferencia del paciente del lugar del fallecimiento?

Si: por el paciente
por la familia o allegado
Otro (especificar) ;
Lugar elegido: En su casa o en la de la familia
En una residencia asistida
En el hospital (excluidos Unidad de CP y residencias asistidas)
En una unidad de Cuidados paliativos hospitalaria
En otro lugar (especificar)
 No fui informado

17. ¿Expresó de manera explícita el paciente deseos sobre tratamientos médicos que quisiera o no quisiera recibir en la fase final de su vida?

Si No Se desconoce

En caso afirmativo:

¿Habló Ud. con el paciente acerca de esos deseos? Si No
¿Recibió algún tratamiento inconsistente con sus deseos en la última semana de vida? Si No Se desconoce

18. En algún momento expresó el paciente quién tomaría las decisiones sobre tratamientos o cuidados en su lugar, en el caso de que él no pudiera hacerlo (varias respuestas posibles)

Si, por escrito Si, verbalmente No Desconocido

En caso afirmativo

¿Habló Ud con el paciente acerca de sus deseos? Si No
Si la circunstancia se produjo, ¿fue esa persona consultada? Si No No se dio la circunstancia

19. Era el paciente capaz de tomar decisiones en la última semana? Si Algunas veces No Se desconoce

20. ¿Tuvo el paciente estos síntomas durante la última semana de vida?

	Si	No	Desconocido	En caso afirmativo ¿Cómo afectaba al paciente?					
				Nada	Muy poco	moderadamente	Bastante	Mucho	Desconocido
Anorexia	<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"/>
Astenia	<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"/>
Dolor	<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"/>
Somnolencia	<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"/>
Estreñimiento	<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"/>
Boca seca	<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"/>
Dificultad para respirar	<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"/>
Depresión o ansiedad	<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"/>
Inconti. Urin. o fecal	<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"/>

	Si	No	Desconocido		En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia aparecía				
					Raramente	ocasionalmente	frecuentemente	casi constante	desconocido
Sentimiento de tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Fue súbito y totalmente inesperado el fallecimiento? Si No



PROGRAMA DE REGISTRO 2011 (MEDICINA DE FAMILIA)

HERPES ZOSTER EN MAYORES DE 14 AÑOS

Definición estándar CIAP-2 (S70):

Eruzión de vesículas, de distribución unilateral, sobre el área de un dermatoma. Incluye el herpes oftálmico y la neuralgia postherpética.

Registro de todos los casos incidentes en 2011, de 14 o más años de edad, a través de un formulario estándar cumplimentado por los Médicos de Familia de la Red. Se incluye el cuestionario breve de dolor por herpes zoster.

Instrucciones del Cuestionario breve de dolor por herpes zoster

El cuestionario se administra al paciente para la AUTOCUMPLIMENTACIÓN en el momento de la consulta, y deberá acompañar a este formulario de declaración. Anote su CIAS (o etiqueta) y las letras de la TIS en el cuestionario para identificarlo y entrégueselo al paciente. En el caso de que el paciente no pudiera cumplimentarlo (edad avanzada, no lo entiende etc., por favor ayúdale Vd. o la enfermera, en su caso, para una correcta comprensión. Haga una copia de este cuestionario para su Historia Clínica y envíe el original grapado al formulario.

NIVELES DE CONTACTO

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

* Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID
Telf.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcyt.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyt.es)

HERPES ZOSTER EN MAYORES DE 14 AÑOS

ETIQUETA

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
1.- No se han registrado casos
2.- Ausencias de la consulta
INCIDENCIAS

Identificación del caso:

- Primeras cuatro letras de la TIS — — — —
 Fecha de nacimiento (D,M,A) — / — / —
 Sexo (V/M)
- Clínica:**
- Fecha de inicio de síntomas — / — / —
 Fecha aparición del rash — / — / —
 Síntomas prodromicos (anteriores al rash):
 Dolor
 Fiebre
 Malestar
 Otros (especificar):
- Factores de riesgo:**
- Convive o trabaja con niños < 12 años
 Tumores malignos
 VIH/SIDA
 Hepatitis
 Diabetes mellitus
 Enf. Hepática
 Enf. renal crónica /diálisis
 Problemas mentales, estrés
 Enfermedad inmunosupresora
 Tratamiento inmunosupresor
 Transplantado
 Alcoholismo crónico
 Traumatismo
 Cirugía en la zona de la lesión
 Tabaquismo
 Otras enfermedades crónicas:

Complicaciones:

- Ninguna
 Sobreinfección bacteriana
 Oculares (especificar):
 Neurogénicas (especificar):
 Otras (especificar):
 Derivado a hospital:
 Derivado a especialista:
 (especificar):

Tratamiento:

- Antivirales
 Antisépticos tópicos
 Analgésicos no esteroideos
 Corticoesteroides
 Opioides
 Antidepresivos tricíclicos
 Anticonvulsivos
 Otros:
 Antecedentes de vacunación de varicela:
 Antecedentes de varicela:

	General	Local	Derecha	Izquierda	Bilateral
Cabeza					
Ojo					
Oído					
Cuello					
Espina dorsal					
Dorso superior					
Dorso inferior					
Pecho					
Abdomen					
Brazo					
Antebrazo					
Mano					
Muslo					
Rodilla					
Pierna y pie					

PROGRAMA DE REGISTRO 2011 (PEDIATRÍA)

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN MAYORES DE 4 AÑOS

Definición:

Dolor abdominal que aparece en niños **mayores de 4 años**, con una intensidad que **es capaz de interferir la actividad que el niño está desarrollando y con una frecuencia igual o mayor a tres episodios en un periodo de tiempo superior a tres meses**; en los períodos intercríticos el niño **está asintomático**.

NIVELES DE CONTACTO

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

* Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID
Telf.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcyt.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyt.es)

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN MAYORES DE 4 AÑOS

ETIQUETA

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
1.- No se han registrado casos
2.- Ausencias de la consulta
INCIDENCIAS

Identificación del caso Primeras cuatro letras de la TIS — — — — Fecha de nacimiento (D,M,A) —/—/— Sexo (V/M) <input type="checkbox"/>	Otros síntomas Sensación de plenitud <input type="checkbox"/> Pirosis <input type="checkbox"/> Regurgitación <input type="checkbox"/> Nauseas o vómitos <input type="checkbox"/> Cambio ritmo intestinal o características de las heces <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Estreñimiento (< 3 deposiciones/semana) <input type="checkbox"/> Diarrea (más de 3/deposiciones/día) <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Síntomas sensoriales <input type="checkbox"/> Síntomas motores <input type="checkbox"/>	Localización y características del dolor Localización <input type="checkbox"/> 1.- Perumbilical <input type="checkbox"/> 2.- Epigástrico <input type="checkbox"/> 3.- Infraumbilical <input type="checkbox"/> Características: Irradiación abdominal <input type="checkbox"/> Despierta por la noche <input type="checkbox"/> Relacionado con la ingesta <input type="checkbox"/> Alivio con la defecación <input type="checkbox"/>	Exploración Hepatomegalia o esplenomegalia <input type="checkbox"/> Masas o distensión abdominal <input type="checkbox"/> Dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas <input type="checkbox"/> Anomalías perianales <input type="checkbox"/>	Exploraciones complementarias Analítica de sangre <input type="checkbox"/> Analítica de orina <input type="checkbox"/> Análisis de heces <input type="checkbox"/> Parásitos en heces <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Otras: _____	Diagnóstico De sospecha Confirmado Enfermedad péptica <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca <input type="checkbox"/> Enf. Inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Dispepsia intestino irritable <input type="checkbox"/> Dolor abdominal funcional <input type="checkbox"/> Otros: _____
Clínica Pérdida de peso involuntaria <input type="checkbox"/> Deceleración velocidad de crecimiento <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal <input type="checkbox"/> Vómitos significativos <input type="checkbox"/> Diarrea crónica severa <input type="checkbox"/> Dolor persistente epigástrico o fosa ilíaca derecha <input type="checkbox"/> Fiebre no justificada <input type="checkbox"/> Síndrome miccional <input type="checkbox"/>					



PROGRAMA DE REGISTRO 2011 (ENFERMERÍA)

FACTORES DE RIESGO DEL CANSANCIO DEL CUIDADOR

Criterio de inclusión:

Persona que atiende a personas no autónomas (pacientes inmovilizados, terminales, crónicos dependientes, discapitados, etc.), que no recibe remuneración alguna, no pertenece a ninguna Institución Sanitaria ni Social y que tiene relación familiar con la persona cuidada.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores particulares remunerados.
- Cuidadores procedentes de Instituciones Sanitarias o Sociales.
- Cuidadores de niños sanos.

Captación de cuidador:

1. A través de la consulta a demanda de enfermería del centro de salud cuando un paciente acude por cualquier motivo y se le identifica como cuidador en ese momento (ejemplo: cuando un paciente acude a la consulta y se pregunta si tiene a su cargo alguna persona no autónoma).
2. A través de la consulta programada de enfermería.
3. A través de las visitas domiciliaria a personas no autónomas.
4. A través de cuidadores incluidos en Cartera de Servicios dentro del Programa del Adulto, "Servicio de atención al cuidador familiar en la comunidad" (búsqueda activa).
5. A través de cualquier medio por el que se pueda conocer que una persona es cuidadora de un familiar (búsqueda activa).

NOTA: El cuidador debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

NIVELES DE CONTACTO

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

* Centro de Gestión: Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Sección de Epidemiología. Avda. Casado del Alisal, 32. 34001 PALENCIA
Telfs.: 979 715 441 y 979 715 443. Fax: 979 715 427. M^a Loreto Mateos Barque (mathbarlo@jcy.es) y Eva M^a Víán González (viagonev@jcy.es)

ETIQUETA

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:	
1.- No se han registrado casos	<input type="checkbox"/>
2.- Ausencias de la consulta	<input type="checkbox"/>
INCIDENCIAS	<input type="checkbox"/>

1. DATOS SOCIODEMOCRÁFICOS DEL CUIDADOR

- 1.1. Primeras cuatro letras de la TIS — — — —
1.2. Fecha de nacimiento (D, M, A) — / — / —

1.3. Sexo (V/M)

1.4. Nivel de estudios:

- Sin estudios: Primarios: Secundarios:
 Universitarios: Desconocido:

1.5. Modo de captación del cuidador:

- C. demanda: C. programada: Visita domiciliaria:

Motivo de consulta: _____

Búsqueda activa: No consta:

2. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DEL CUIDADOR

2.1. Parentesco del cuidador con la persona no autónoma:

- Cónyuge:
- Padre/Madre:
- Hijo/Hija:
- Hermano/Hermana:
- Otros: _____

2.2. ¿Es el único cuidador?: Sí NO

Si la respuesta es NO, ¿cuántos cuidadores más hay?: _____
Actualmente, ¿cuántas personas conviven en el domicilio del cuidador?: _____

2.3. ¿La persona no autónoma vive en el mismo domicilio que el cuidador?:
Sí NO
- Si la respuesta es NO, ¿están los dos domicilios en la misma localidad?

Sí NO
- Si la respuesta es Sí, ¿ha tenido que cambiar de domicilio el cuidador?: Sí NO

2.4. ¿El cuidador recibe ayuda para cuidar a la persona no autónoma?:
Sí NO
Si la respuesta es Sí, indicar de quién:

 - Otros miembros de la familia:
 • Ayuda a domicilio desde Instituciones Sociales:
 • Centro de día:
 • Persona contratada por la familia:
 • No consta:
 • Otros: _____

2.5. Periodo de tiempo dedicado al cuidado de la persona no autónoma:
Todos los días
Días laborables
Festivos y fines de semana
Días sueltos
No consta
Otros: _____

2.6. Número de horas que dedica al día el cuidador a cuidar de la persona no autónoma: _____

2.7. ¿El cuidador trabaja fuera de casa?:
Sí NO

2.8. ¿El cuidador ha tenido que dejar de trabajar fuera de casa?:
Sí NO

2.9. ¿Ha cuidado anteriormente a más personas no autónomas?:
Sí NO

2.10. ¿El cuidador dispone de información sobre cómo cuidar a personas no autónomas? (respuesta múltiple):
Sí NO
Si la respuesta es Sí, indicar cuánto tiempo: _____ (años, meses)

2.11. ¿El cuidador dispone de información sobre cómo cuidar a personas no autónomas? (respuesta múltiple):
Sí NO
Si la respuesta es Sí, ¿Dónde ha conseguido esa información?:
 • Centro de Salud
 • Servicios Sociales
 • Asociaciones de familiares/pacientes
 • Cursos de formación para cuidadores
 • Otros: especificar _____

3. PROBLEMAS DE SALUD Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR

3.1. Sobrecarga del cuidador (puntuación obtenida en el test de Zarit): _____

≤ 46 puntos: NO SOBRECARGA

47-55 puntos: SOBRECARGA LEVE

≥ 56 puntos: SOBRECARGA INTENSA

- 3.2. Problemas de salud actuales del cuidador (respuesta múltiple):
- Consumo excesivo de alcohol/café/tabaco: Sí NO
 - Problemas de sueño: Sí NO
 - Dificultad conciliación vida familiar y laboral: Sí NO
 - Aumento o disminución del apetito: Sí NO
 - Cambios frecuentes en el estado de ánimo: Sí NO
 - Depresión/ansiedad: Sí NO
 - Hartazgo respecto al enfermo/otros: Sí NO
 - Descuido aspecto externo: Sí NO
 - Problemas osteomusculares y dolores: Sí NO
 - Patologías cardiovasculares: Sí NO
 - Trastornos gastrointestinales: Sí NO
 - Alteraciones del sistema inmunológico: Sí NO
 - Problemas respiratorios: Sí NO
 - Pérdida de energía/fatiga crónica: Sí NO
 - Aislamiento social: Sí NO
 - Otros: Sí NO
 - ¿Cuáles? _____
 - Ninguno: Sí NO

4. DATOS DE LA PERSONA NO AUTÓNOMA CUIDADA

- 4.1. Fecha de nacimiento: — / — / —
4.2. Sexo (V/M)

- 4.3. Grado de dependencia de la persona no autónoma (puntuación obtenida en el test de Barthel): _____
< 20 puntos: DEPENDENCIA TOTAL
20-35 puntos: DEPENDENCIA GRAVE
40-55 puntos: DEPENDENCIA MODERADA
≥ 60 puntos: DEPENDENCIA LEVE

- 4.4. Tipos de procesos padecidos por la persona no autónoma (respuesta múltiple):
- Demencia:
 - Inmovilización:
 - Proceso psíquico crónico:
 - Paciente Terminal:
 - Múltiples dolencias:
 - Anciano dependiente:
 - Discapacidad:
 - No consta:
 - Otros: _____

- 4.5. ¿El paciente cumple criterios para acogerse a la Ley de Dependencia?
Sí NO NO SABE

