



SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE PATOLOXÍAS CRÓNICAS NAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE PATOLOXÍAS CRÓNICAS NAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



EDITA:

Servizo Galego de Saúde
Secretaría Xeral
Xerencia de Atención Primaria de Santiago

REALIZA:

Gráfica de Asturias, S.L.
Santiago de Compostela

Depósito Legal: C 1355-2009

SEGUIMIENTO COMPARTIDO
DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
EN CONSULTAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

1. Introducción	página 7
2. Organización do seguimento compartido	página 9
3. Seguimento do paciente con diabetes mellitus en atención primaria	página 13
4. Seguimento do paciente con hipertensión arterial en atención primaria	página 27
5. Atención ao paciente inmobilizado	página 53

INTRODUCCIÓN

A atención aos pacientes con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e inmobilizados é responsabilidade dos profesionais de Atención Primaria, que deben traballar de forma coordinada e compartida. Este funcionamento coordinado entre o persoal de enfermaría, o persoal médico e, se é o caso, traballador social é fundamental no diagnóstico e seguimento do paciente crónico.

Con este documento preténdense dar unhas liñas guía para iniciar o seguimento coordinado destes pacientes na consulta de Atención Primaria (AP).

Outro obxectivo fundamental é regular a frecuentación de pacientes. Todos sabemos que moitos dos nosos pacientes crónicos acoden de forma reiterada ás consultas de AP, tanto do persoal de enfermaría como de médicos/as de familia, sen que iso signifique un mellor control da súa doenza, pero ocasiona unha masificación das consultas de ambos os dous profesionais e, en definitiva, deteriora a calidade da atención prestada a todos os usuarios.

Consideramos que os pacientes deben acudir menos veces e que debemos ofrecerlles unha atención de maior calidade en cada unha das visitas, facilitando deste modo a mellora no grao de control do paciente. Todo isto pasa pola reorganización da frecuencia e dos contidos da consulta.

Para levar a cabo este proxecto son imprescindibles, polo menos, as seguintes premisas:

- Este tipo de consultas deben facerse sempre de forma concertada.
- Os pacientes deben saír da consulta cunha nova cita (día e hora), xa sexa para o/a médico/a ou enfermeiro/a, aínda que esta sexa ao cabo de 3-6 meses.

Somos conscientes de que esta dinámica de traballo non se pode instaurar de forma brusca, xa que o paciente afeito a vir moi a miúdo presentará resistencia ao espazamento das citas. Por iso propoñemos un espazamento progresivo das consultas, así como un cambio no seu contido, de forma que o paciente perciba que cando acode á súa consulta concertada a atención recibida non é a mesma ca cando acode pola súa conta tomar a tensión arterial ou mirar a súa glicemia capilar.

ORGANIZACIÓN DO SEGUIMENTO COMPARTIDO

AUTOR

Fernández Merino, Carmen

Directora asistencial. XAP Santiago de Compostela

carmen.fernandez.merino@sergas.es

1. OBXECTIVOS

A curto prazo: implantar un sistema de traballo coordinado entre profesionais de AP (médicos de familia e persoal de enfermaría) para o seguimento de pacientes con patoloxías crónicas, diabetes e HTA, e entre o médico de familia, o persoal de enfermaría e o traballador social no caso dos pacientes inmobilizados.

A medio prazo: avaliar se este sistema de traballo reduce a frecuentación nas consultas de atención primaria.

A longo prazo: permitir mellorar o grao de control do paciente e reducir a morbimortalidade (diminución do número de ingresos e da mortalidade en xeral).

2. PROCEDEMENTO DE TRABALLO

2.1. Programación de citas

Os pacientes atenderanse en consultas concertadas con antelación. A data desta consulta acórdase entre o profesional sanitario e o paciente, en ningún caso se poderá asignar no mostrador de citación unha cita destas características sen o coñecemento e acordo co persoal sanitario. Tampouco se poderán asignar nin na central de chamadas nin por Internet.

O centro de saúde debe organizarse para que o persoal de cita coñeza como van ser remitidos estes pacientes para que se lles asigne este tipo de citas correctamente.

Suxerimos dúas posibilidades:

1. Os profesionais teñen unha axenda na que citan os pacientes e ao final de cada día pásanllela aos administrativos para que a fagan constar no SIGAP.
2. Os sanitarios escribenlle unha nota ao paciente para o mostrador de cita previa e alí, á vista desa nota, danlle a cita.

2.2. Axendas

Estas citas grávanse sempre en ocios da axenda destinados para consulta concertada. As axendas poden ter eses ocios predeseñados ou, no momento da cita, pódense transformar dous ocios de demanda ou administrativa en citas concertadas.

2.3. Contido das citas

Estas citas deben ser un pouco máis longas ca as outras, para poder levar a cabo nelas todas as actividades necesarias, co que se garante que o paciente non ten que volver ao pouco tempo. Así mesmo, faranse todos os trámites burocráticos necesarios (receitas ata a seguinte consulta, se é o caso, petición de análise, emisión de partes de IT...).

3. INCLUSIÓN DE PACIENTES

3.1. Etapa previa. Análise de situación de cota

1. Revisar conxuntamente un número de historias, sobre dez, que poidan servir como mostra para coñecer a situación da cota, frecuentación da consulta de cada un dos profesionais, periodicidade das visitas (frecuentación), grao de control da patoloxía crónica, calidade do rexistro da historia (datos que constan na historia e probas complementarias realizadas).
2. Establecer un plan de traballo para cada paciente, periodicidade das visitas, obxectivos a curto e a longo prazo.
3. A partir de aí íranse incluíndo progresivamente o resto dos pacientes. Sempre se debe facer, antes de incluílos, unha valoración conxunta da historia para marcar obxectivos e plan de traballo.

4. REXISTRO NA HISTORIA CLÍNICA

Recoméndase utilizar a folla de monitoraxe (folla gris HC07) e se é necesario anotar algo máis farase na folla de seguimento (branca HC08). Calquera anotación na historia do paciente debe ir acompañada da sinatura do profesional que a efectúa.

Utilizan estes rexistros tanto os médicos de familia como o persoal de enfermaría.

SEGUIMIENTO DO PACIENTE CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Blanco Rodríguez, Rubén

Médico de familia. SAP Boiro

joseruben.blanco.rodriquez@sergas.es

Do Muíño Joga, Manuel

Médico de familia. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais

manuel.do.muino.joga@sergas.es

Túñez Fernández, Javier

Enfermeiro. UAP O Pino

javier.tunez.fernandez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

A diabetes mellitus (DM) defínese como unha síndrome crónica e progresiva constituída por un grupo de procesos que se caracterizan por hiperglicemia, consecuencia da alteración na secreción da insulina, da súa acción ou de ambas.

A súa relevancia vén dada polo grande impacto sociosanitario que ocasiona a súa alta prevalencia (xa que afecta entre o 6 e o 10% da poboación e o número de casos duplicarase nos próximos 25 anos), a súa elevada morbilidade (é a principal causa de novos casos de cegueira, de enfermidade renal terminal e de amputación non traumática de membros inferiores e aumenta 2-4 veces o risco de enfermidade coronaria e enfermidade vascular cerebral cunha redución da esperanza de vida en 15 anos), e os inxentes custos tanto económicos como asistenciais que ocasiona.

Este aumento da prevalencia constitúe un grave problema de saúde pública que vén orixinado polo envellecemento da poboación, os cambios no estilo de vida, o sedentarismo e, en especial, a obesidade.

As complicacións crónicas da DM débense tanto a un control insuficiente das cifras de glicemia como aos anos de evolución da enfermidade. Aínda que as complicacións microvasculares se conseguen reducir cun control estrito da glicemia, a redución das complicacións macrovasculares seguirán sendo a materia pendente. Se os estudos DCCT (Diabetes Complications and Control Trial) en DM tipo 1 e os estudos de Kumamoto e UKPDS en DM tipo 2 referendan os beneficios do control óptimo da glicemia na redución das complicacións microvasculares, a relación entre a hiperglicemia e a enfermidade cardiovascular (complicacións macrovasculares) segue en discusión, aínda que cada vez hai máis datos que suxiren que o control da glicemia e dos factores de risco cardiovasculares poden reducir o risco.

OBXECTIVOS

Os obxectivos deste protocolo consisten en:

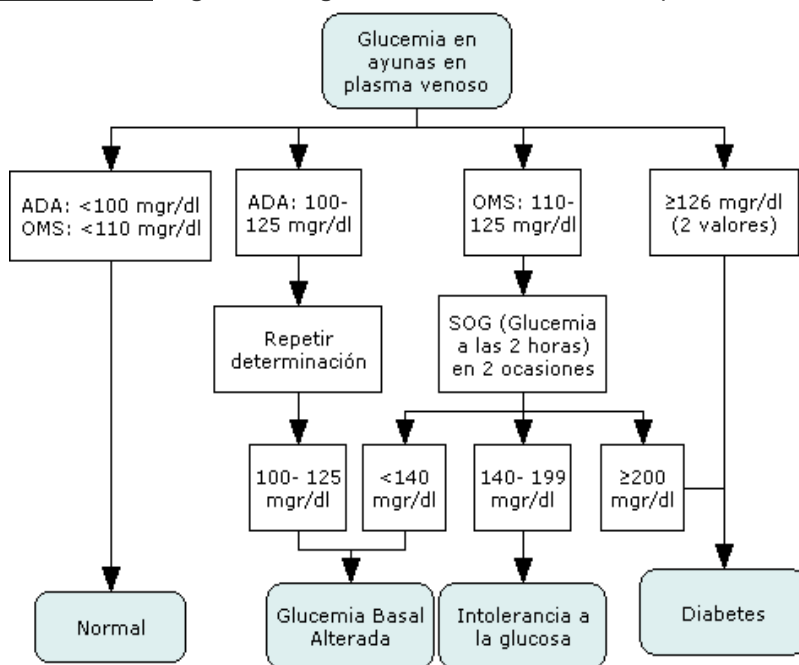
1. Diminuír a morbimortalidade ocasionada pola diabetes mellitus.
2. Aumentar o número de diabéticos coñecidos.
3. Protocolizar os ditos pacientes.
4. Unificar criterios de actuación nas consultas do/a médico/a de familia e de enfermaría.
5. Establecer as relacións entre os distintos membros do equipo.

1. DIAGNOSTICO

1.2. Criterios diagnósticos

- Glicemia ao azar ≥ 200 mg/dl en presenza de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia ou perda de peso inexplicada).
- Glicemia en xaxún (polo menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dl.
- Glicemia ≥ 200 mg/dl ás dúas horas tras a sobrecarga oral con 75 g de glicosa (SOG).
- Nas dúas últimas opcións é necesario comprobar o diagnóstico cunha nova determinación de glicemia en xaxún ou sobrecarga oral de glicosa. En calquera dos casos a determinación farase en plasma venoso por métodos encimáticos.
- Cando os niveis de glicemia dun paciente están alterados pero non acadan as cifras diagnósticas de diabetes, clasifícanse en:
 - Glicemia basal alterada (GBA): paciente con niveis de glicemia basal entre 100-125 mg/dl, segundo a Asociación Americana de Diabetes (ADA). A Organización Mundial da Saúde (OMS) segue mantendo os valores de glicemia basal entre 110 e 125 mg/dl.
 - Intolerancia á glicosa (ITG): pacientes con niveis ás dúas horas. do TTOG (test de tolerancia oral á glicosa) entre 140-199 mg/dl.

ALGORITMO 1. Algoritmo diagnóstico da diabetes mellitus (Guía Fisterra)



2. CLASIFICACIÓN

Clasificación da diabetes (ADA, 1997)

DIABETES MELLITUS

1. Diabetes tipo 1

De causa inmunolóxica
Idiopática

2. Diabetes tipo 2

3. Outros tipos específicos

Defectos xenéticos da función beta
Defectos xenéticos da acción da insulina
Enfermidades do páncreas endócrino
Endocrinopatías
Inducidas por fármacos
Infeccións
Formas infrecuentes de orixe inmune
Outras síndromes xenéticas

4. Diabetes xestacional

TRASTORNOS DA REGULACIÓN DA GLICOSA

1. Intolerancia á glicosa (IG)

Método: test de tolerancia oral á glicosa
Criterio: glicemia ás 2 h > 140 mg/dl e <200 mg/dl
Risco: diabetes mellitus manifesta e macroangiopatía

2. Glicemia basal alterada (GBA)

Método: glicemia basal en plasma venoso
Criterio: glicemia >110mg/dl e < 126 mg/dl
Risco: diabetes mellitus manifesta macroangiopatía

3. DETECCIÓN

3.1 Criterios de detección

1. Cada 3 anos, a partir dos 45 anos de idade.
2. En pacientes con factores de risco predispoñentes para DM tipo 2 (podería considerarse facer a detección antes dos 45 anos). Neste grupo inclúense os factores implicados no desenvolvemento da DM tipo 2, que son:
 - Idade \geq 45 anos
 - Obesidade, sobrepeso (\geq 25kg/m²)
 - Inactividade física
 - Historia familiar de diabetes
 - Pertenza a determinados grupos étnicos
 - Historia de diabetes xestacional previa

- Intolerancia á glicosa ou glicosa alterada en xaxún
 - Resistencia á insulina e condicións clínicas relacionadas (ovario poliúístico, acantose nigricans)
 - Outras patoloxías asociadas con síndrome metabólica (anexo 1)
3. Embarzadas entre a semana 24 e 28 (test O'Sullivan).

4. CONTIDOS DA CONSULTA

4.1. Consultas de enfermaría

4.1.1. Contidos consulta de enfermaría

1. Interrogatorio

- Hipoglicemias
- Síntomas de hiperglicemia
- Cambra e parestesias
- Claudicación intermitente (índice nortello/ brazo).
- Lesións nos pés
- Consumo de tabaco

2. Avaliación de cumprimento

- Alimentación
- Exercicio
- Tratamento farmacolóxico
- Hixiene e coidado dos pés

3. Exploración

- Peso calculado do IMC e perímetro abdominal
- Exame dos pés (anexo 2)
- Presión arterial
- Glicemia capilar
- Exame das zonas de punción

4. Educación diabetolóxica

- Programa educativo inicial
- Consello mínimo para deixar de fumar
- Intervencións de reforzo
- Cartilla de autocontrol

4.1.2. Periodicidade das consultas de enfermaría

A periodicidade das visitas dependerá do estado do paciente, da súa autorresponsabilidade, do grao de control metabólico, do tratamento que siga e do período de tempo desde o diagnóstico.

1. Pacientes novos

- Tratados con dieta e exercicio: un control cada catro semanas ata conseguir uns coñecementos básicos educativos.
- Tratados con antidiabéticos orais: un control cada dúas semanas ata conseguir uns coñecementos básicos educativos.

- Tratados con insulina: dúas ou máis visitas á semana ata que dominen a técnica de inxección e aprendan os coñecementos básicos.

2. Pacientes controlados

- Se o paciente se autorresponsabiliza do seu tratamento e autoanálise, un control cada 2 ou 3 meses.
- Se non hai boa colaboración, un control mensual.

Recomendacións de controis nunha situación estable e con bo control metabólico (Guía clínicas Fisterra):

Actividades/Frecuencia	Inicio	3 meses	6 meses	Anual
Síntomas hiperglicemia	X	X		
Síntomas hipoglicemia		X		
Síntomas complicacións (a)	X			X
Cumprimento dieta e exercicio		X		
Cumprimento farmacolóxico		X		
Consumo alcohol e tabaco	X	X		
Auatoanálise sangue (b)		X		
Intervencións educativas (c)	X	X		
Peso e tensión arterial	X	X		
Exploración pés (d)	X			X
Fondo de ollo (e)	X			X
Glicemia capilar		X		
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	X		X	
Perfil lipídico	X		X	
Creatinina	X		X	
Albuminuria	X			X
ECG	X			X
Vacunación gripe				X

(a) Cambios na agudeza visual, dolor torácico con esforzo e en repouso, claudicación intermitente, ortostatismo, alteracións do ritmo intestinal, impotencia, parestesias, dores ou cambras en pernas ou brazos.

(b) Revisarase cada 3 meses a cartilla de rexistro de glicemias. A autoanálise considérase imprescindible naqueles pacientes que reciben tratamento con insulina. Pode ser útil nos tratados con sulfonilureas ou glinidas para detectar hipoglicemias.

(c) Xeneralidades, alimentación, exercicio físico, consello antitabaco, actuación en situacións especiais, coidado pés, detección e manexo hipoglicemias, realización de autoanálise e técnica manexo insulina (se procede).

(d) Inspección, palpación pulsos e exploración sensibilidade con monofilamento e diapasón.

(e) En caso de utilizarse para a detección métodos máis sensibles que a oftalmoscopia directa como é a fotografía do fondo ollo, o exame de fondo de ollo pódese realizar cada tres anos. Excepto nos seguintes casos: pacientes mal controlados, con diabetes de máis de 20 anos de evolución, tratados con insulina ou con graos iniciais de retinopatía; aos cales se lles debe realizar anualmente.

4.1.3. Criterios de remisión á consulta médica

- Cada 6 meses para revisión
- Mal control glicémico en máis dunha ocasión ou cifras excesivamente altas aínda que aparezan unha soa vez (> 300 mg/dl)
- Episodios frecuentes de hipoglicemia
- Efectos adversos aos medicamentos
- Ante calquera alteración relevante detectada na visita

4.2. Consultas do/a médico/a de familia

4.2.1. Primeira consulta médica

Interrogar sobre:

- Hábitos de vida, antecedentes familiares, tratamentos actuais, anamnese (síntomas e complicacións)
- Exploración física: peso, talla, peso IMC, perímetro abdominal, exame pés, exploración pulsos, fondo de ollo ou retinografía, presión arterial e frecuencia cardíaca, auscultación cardiopulmonar e abdominal e palpación abdominal
- Exploracións complementarias: HbA1c, perfil lipídico, microalbuminuria (cociente alb/creatinina), filtrado glomerular (MDRD), ECG. Índice nocello/brazo (ITB)
- Prescrición de tratamento
- Derivación á consulta programada de enfermaría

4.2.2. Actividades que realizará o/a médico/a de atención primaria

Actividades	Revisión inicial	Periodicidade
<i>Historia clínica básica</i>		
Hábitos de vida/tabaco e alcohol	X	Anual
Clínica diabetes	X	Anual
Complicacións	X	Anual
Antecedentes familiares	X	
Antecedentes medicamentosos	X	Anual
<i>Exploración física</i>		
Peso/IMC/Per. abd.	X	Semestral
Exame pés*	X	Semestral
Exploración pulsos	X	Semestral
Fondo de ollo/retinografía	X	Anual
Presión arterial e frecuencia cardíaca	X	Semestral
Exploración xeral	X	Anual
<i>Exploracións complementarias</i>		
HbA1c		Semestral
Perfil lipídico		Semestral
Microalbuminuria		Semestral
Filtración glomerular (MDRD)		Anual
Electrocardiograma		Bianual

4.2.3. Periodicidade visitas medicas

Polo menos deberanse efectuar dúas visitas médicas anuais co fin de avaliar obxectivos de control de todos os factores de risco, control das complicacións crónicas e axuste de tratamento.

5. CRITERIOS DE CONTROL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

(Baseada en recomendacións da ADA 2008)

Parámetro	Obxectivo de control	Intensificar intervencións
HbA1c	< 7	> 8
Colesterol total	< 200	> 230
LDL	< 100	> 130
HDL	> 40	< 35
Triglicéridos	< 150	> 200
Presión Arterial	≤ 130/80	≥ 140/90
Tabaco	NON	SI

6. TRATAMENTO

6.1. Obxectivos do tratamento

- Normalización da glicemia
- Desaparición dos síntomas derivados da hiperglicemia
- Evitar descompensacións agudas da enfermidade
- Evitar ou atrasar as complicacións vasculares:
 - Microanxiopáticas
 - Macroanxiopáticas
- Diminución da mortalidade
- Acadar unha boa calidade de vida

6.2. Medidas xerais de actuación terapéutica

No tratamento da DM débense incluír todas aquelas estratexias que impliquen a prevención da enfermidade ou o atraso da súa aparición. Se a enfermidade xa está presente, débese tratar de forma multidisciplinar e intensiva.

Toda estratexia terapéutica en prevención primaria na diabetes mellitus se debe realizar sobre a base dun enfoque integral e multifactorial: o tratamento conxunto da HTA, da DM e da hiperlipidemia, con obxectivos de control estritos e a administración de ácido acetilsalicílico deben ser a base de toda estratexia terapéutica.

6.2.1. Estratexias para a modificación do estilo de vida

- Establecer un compromiso terapéutico co paciente
- Incidir na relación conduta-saúde-enfermidade
- Facer entender as dificultades para o cambio de conduta
- Establecer un plan para a modificación do estilo de vida
- Involucrar a outros profesionais e realizar un seguimento

6.2.2. Abandono do tabaco

- Todos os fumadores deben recibir consello profesional para abandonar definitivamente calquera forma de tabaco. Establecerase a estratexia das 5A:
 - (A). Averiguar de forma sistemática que pacientes son fumadores.
 - (A). Analizar o grao de adicción do paciente e a súa disposición a deixar de fumar.
 - (A). Aconsellarlles con firmeza a todos os fumadores que o deixen.
 - (A). Axudar a establecer unha estratexia para deixar de fumar.
 - (A). Acordar un calendario de visitas de control e seguimento.

6.2.3. Elixir dietas saudables

As principais modificacións que se lle deben recomendar ao paciente diabético son a substitución de azucres de absorción rápida polos de absorción máis lenta e o repartimento das inxestións ao longo do día para facilitar a secreción da insulina endóxena e evitar os picos de glicemia posprandiais.

A dieta debe ser variada e cunha inxestión calórica axeitada.

Débase fomentar o consumo de froitas, verdura, cereais integrais, pan, lácteos desnatados, pescado e carne magra.

A inxestión total de graxa non superará o 30% da inxestión calórica total e a de ácidos graxos saturados non debería exceder un terzo da inxestión total de graxa.

6.2.4. Exercicio físico

É un dos piares no control da diabetes e debe ser introducido paulatinamente. A meta é, polo menos, media hora de actividade física a maioría dos días da semana. Realízase cunha intensidade do 60-75% da frecuencia cardíaca máxima.

6.2.5. Tratamento farmacolóxico

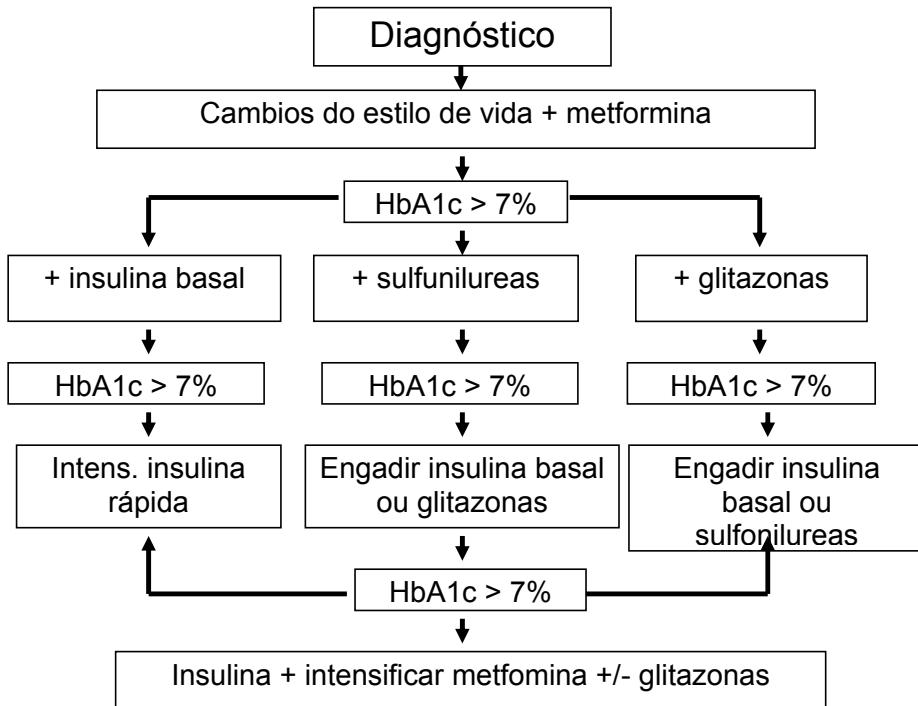
- Sulfonilureas
- Metformina
- Glitazonas
- Inhibidores das alfa-glucosidasas
- Secretagogos de acción rápida
- Inhibidores das incretinas
- Insulinas
 - Insulinas rápidas
 - Insulinas basais
 - Mesturas

Desde o diagnóstico recoméndase a utilización de metformina e establecer un plan de alimentación e actividade física adecuada. Se en posteriores controis a HbA1c > 7%, pódense engadir sulfonilureas, glitazonas ou insulina. Tamén

diferentes autores consideran a posibilidade de utilizar tres fármacos orais cando o control é insuficiente con dous.

O tempo entre pasos terapéuticos non debe superar os dous ou tres meses. Débese considerar sempre a necesidade de insulinización cando o paciente presenta sintomatoloxía hiperglicémica severa xunto a unha glicemia basal maior de 300 mg/dl.

A insulina é de obrigatorio uso en xestantes diabéticas.



ANEXOS

ANEXO 1. SÍNDROME METABÓLICA

Síndrome metabólica (criterios ATP-III)

Factor de risco	Definición
Obesidade abdominal, circunferencia da cintura	
Varóns	> 102 cm
Mulleres	> 88 cm
Triglicéridos*	> 150 mg/dl
Colesterol HDL*	
Varóns	< 40 mg/dl
Mulleres	< 50 mg/dl
Presión arterial*	≥ 130/≥ 85 mmHg
Glicemia en xaxún*	≥ 110 mg/dl

*Ao estar a tratamento farmacolóxico

ANEXO 2. PÉ DIABÉTICO

Debe incluír:

- Inspección na procura de zonas de presión, arrubiamentos, rozaduras, endurecementos.
- Palpación de pulsos: pedio e tibial posterior.
- Reflexos rotuliano e aquíleo.
- Sensibilidade mediante monofilamento en tres puntos de cada pé.
- Sensibilidade profunda: úsase o diapasón na articulación metatarsofalánxica do primeiro dedo ou sobre o maléolo interno.
- Tamén se lle ensinará ao paciente como realizar por si mesmo o exame dos pés.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ American Diabetes Association. "Clinical Practice Recommendations 2002". *Diabetes Care* 2002; 25(Suppl 1):S1-147.
- ❖ UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. "Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34)". *Lancet* 1998; 352:854-65.
- ❖ American Diabetes Association. "Standards of Medical Care in Diabetes-2008". *Diabetes Care* 2008; 31:S12-S54.
- ❖ Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G. "Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes". *N Engl J Med* 2003; 348:383-93.
- ❖ Gaede P, Lund-Andersen H, Parving H, Pedersen O. "Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes". *N Engl J Med* 2008; 358:580-91.
- ❖ NCEP: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults /Adult Treatment (Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
- ❖ "Guidelines for Management of Arterial Hypertension 2007". *Journal of Hypertension* 2007; 15:1105-87.
- ❖ Guías clínicas Fisterra - Diabetes mellitus tipo 2. Grupo de Diabetes da Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (semFYC). 2007; 7 (6).
- ❖ American Diabetes Association. "Standards of medical care in diabetes 2007". *Diabetes Care* 2007; 30 (suppl.1):S4-41.
- ❖ Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R, Zinman B. "Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes". *Diabetes Care* 2006; 29:1963-72.
- ❖ Alberti KG, Zimmet PZ. "Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation". *Diabet Med* 1998; 15:539-53.

SEGUIMIENTO DO PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Pastor Benavent, Carmen

Médica de familia. UAP 4 Ambulatorio Concepción Arenal
carmen.pastor.benavent@segas.es

Oubiña Tourís, José Luis

Enfermeiro. UAP Porto do Son
joseluis.oubina.touris@sergas.es

1. OBXECTIVOS

- Detección, diagnóstico e seguimento de pacientes con hipertensión arterial.
- Unificación de criterios de actuación nas consultas do médico de familia /enfermaría (MF/ENF).
- Establecer as relacións entre os distintos membros do equipo.

2. POBOACIÓN DIANA

- Todas as persoas maiores de 15 anos pertencentes á demarcación do EAP.

3. CAPTACIÓN

- **Directa:** polo/a médico/a de familia e enfermeiro/a
 - Demandada polo usuario
 - Ofertada na consulta
- **Indirecta:** derivado por outro profesional da saúde
 - Especialistas
 - Outros axentes sanitarios

4. INCLUSIÓN

- Pacientes hipertensos xa diagnosticados
- Pacientes hipertensos de novo diagnóstico

5. DIAGNÓSTICO DE HTA

A toma da presión arterial, na detección de novos casos, ten que facerse no brazo dominante. Cando se detectan cifras elevadas, a presión medirase en ambos os dous brazos e elixirase para a confirmación e o seguimento aquel no que se dean cifras superiores (anexo 1).

Os pacientes que presenten cifras alteradas de tensión arterial sistólica (TAS \geq 140 mmHg) e/ou tensión arterial diastólica (TAD \geq 90 mmHg) serán remitidos á consulta de enfermaría para confirmación diagnóstica de acordo co seguinte procedemento:

5.1. TA > 180/110 mm Hg

Repetir a medición en 30 minutos:

- Se persiste e presenta afectación clínica, valorar crise hipertensiva e o seu tratamento.
- Se non se evidencia afectación clínica, confirmar cifras e citar o paciente na consulta do/a médico/a de familia ou enfermeiro/a no prazo máximo dunha semana, para establecer pauta de actuación.

5.2. TA \geq 140/90 e \leq 180/110 mmHg

Citarase o paciente na consulta de enfermaría para confirmar o diagnóstico de

HTA, para o que se terá en conta o seguinte:

O diagnóstico de HTA debe realizarse despois de polo menos dúas determinacións por visita e, como mínimo, en dúas ou tres visitas.

Unha vez realizadas estas determinacións pódense dar as seguintes situacións:

5.2.1. TA < 140/90 mmHg: NON HTA

- Completar actividades do PAPPs correspondentes á súa idade.
- Volver tomar TA coa seguinte periodicidade:
 - Se o paciente está entre os 15 e 40 anos: cada 4 anos.
 - Se é > de 40 anos e sen factores de risco cardiovascular: cada 2 anos.

5.2.2. TA < 140/90 mmHg EN SITUACIÓNS ESPECIAIS

Son situacións especiais todas aquelas nas que existe RCV medio, alto ou moi alto segundo a Guía europea de práctica clínica para o tratamento da hipertensión arterial 2007 (táboa I).

5.2.3. TAS ≥ 140 e TAD ≤ 90 ou TA ≤ 140 e TAD ≥ 90 mmHg

- Diagnósticase de HTA
- Rexistrar en IANUS como HTA
- Incluír no protocolo do paciente con HTA

6. ESTRATIFICACIÓN RISCO CARDIOVASCULAR (RCV)

A estratificación do risco cardiovascular informaranos sobre o prognóstico, aconsellándonos sobre o obxectivo que hai que lograr e a intensidade terapéutica e de seguimento máis adecuado.

Táboa I. Estratificación do risco cardiovascular do paciente (SEH-SEC 2007)					
Outros factores de risco (FR)	Normal PAS:120-129 PAD: 80-84	Normal-Alta PAS:130-139 PAD: 85-89	Grao 1 PAS: 140-159 PAD: 90-99	Grao 2 PAS: 160-179 PAD:100-109	Grao 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Sen outros FR	Risco basal	Risco basal	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 FR	Risco baixo	Risco baixo	Risco moderado	Risco moderado	Risco moi alto
> 3 FR SM, DO ou diabete	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco moi alto
ENF CV ou RENAL	Risco moi alto	Risco moi alto	Risco moi alto	Risco moi alto	Risco moi alto

PAS (presión arterial sistólica). PAD (presión arterial diastólica). SM: (síndrome metabólico). DO: (deterioración orgánica subclínica). FV: (factores de risco cardiovascular: tabaco, dislipemia, obesidade, antecedentes familiares de enfermidade cardiovascular en varóns antes dos 55 anos e nas mulleres antes dos 65).

Mancia G. "Guía europea de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007". *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(9):968.6e

Sociedade Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. "Guía española de hipertensión arterial 2005". *Hipertensión* 2005; 22 (supl. 2, maio).

7. DEFINICIÓN DE PARÁMETROS PARA A ESTRATIFICACIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR

7.1. Factores de risco cardiovascular (FR)

Considéranse FR os seguintes:

- Valores de **TAS e TAD** > 140/90 mm de Hg
- **Idade e sexo** (homes > 55 anos, mulleres > 65 anos)
- **Tabaquismo**
- **Dislipemia**, colesterol total (CT) > 190 mg/dl ou cLDL > 115 mg/dl ou cHDL homes < 40 mg/dl, mulleres < (46 mg/dl) ou triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dl
- **Glicosa plasmática** en xaxún 102-125 mg/dl
- **Proba de tolerancia á glicosa anormal**
- **Obesidade abdominal**: perímetro de cintura home > 102 cm , muller > 88 cm
- **Antecedentes familiares de enfermidade cardiovascular prematura** (homes á idade < 55 anos; mulleres < 65 anos)

7.2. Síndrome metabólica

O diagnóstico establécese cando están presentes tres ou máis dos determinantes de risco que se mencionan a continuación.

Obesidade abdominal (perímetro cintura)

- Homes: > 102 cm
- Mulleres: > 88 cm

Triglicéridos

- Homes: ≥ 150 mg/dl
- Mulleres: ≥ 150 mg/dl
- Ou tratamento farmacolóxico para os TG

cHDL

- Homes: < 40 mg/dl
- Mulleres: < 46 mg/dl
- Ou tratamento farmacolóxico

Presión arterial

- Homes: ≥ 130/ ≥ 85 mmHg
- Mulleres: ≥ 130/ ≥ 85 mmHg
- Ou tratamento con fármacos para a HTA

Nivel de glicosa en xaxún

- Homes: ≥ 100 mg/dl
- Mulleres: ≥ 100 mg/dl
- Ou tratamento farmacolóxico para a hiperglicemia

7.3. Diabetes mellitus

- Glicemia ao azar ≥ 200 mg/dl en presenza de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia ou perda de peso inexplicada)
- Glicemia en xaxún (polo menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dl, en dúas determinacións consecutivas
- Glicemia ≥ 200 mg/dl ás dúas horas despois da sobrecarga oral con 75 g de glicosa (SOG)

7.4. Deterioración orgánica subclínica

- Hipertrofia ventricular esquerda (ECG ou ecocardiograma)
- Índice nocello/brazo $< 0,9$
- Lixeiro incremento da creatinina sérica (varón 1,3-1,5 mg/dl; muller 1,2-1,4 mg/dl).
- Microalbuminuria
 - Diurese de 24 horas: 30-300 mg/24 h
 - Cociente albúmina- creatinina: varón 22, muller ≥ 31 mg/g)
- Filtrado glomerular estimado (MDRD) < 60 ml/min/1.73m² ou aclaramento de creatinina < 60 ml/min.

7.5. Enfermidade clínica asociada

- **Enfermidade cerebrovascular**
 - Ictus isquémico
 - Hemorragia cerebral
 - Ataque isquémico transitorio
- **Enfermidade cardíaca**
 - Infarto de miocardio
 - Anxina
 - Revascularización coronaria
 - Insuficiencia cardíaca conxestiva
- **Enfermidade renal**
 - Nefropatía diabética
 - Deterioración renal (creatinina varón $> 1,5$; muller $> 1,4$ mg/dl)
 - Proteinuria (> 300 mg/24 h)
- **Enfermidade vascular periférica**
- **Retinopatía avanzada**
 - Hemorragias ou exsudados
 - Edema de papila

8. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN NO PACIENTE DIAGNOSTICADO DE HTA

Todos os pacientes diagnosticados de HTA se incluírán no seguinte protocolo.

8.1. Consulta de inclusión no protocolo

8.1.1. Actividades enfermaría

▪ Anamnese

Na consulta de enfermaría interrogarase o paciente sobre:

- Antecedentes familiares: enfermidade cardiovascular en homes < de 55 anos e mulleres < de 65 anos, diabetes, HTA, dislipemia, enfermidade renal.
- Antecedentes persoais: diabete mellitus, dislipemia, enfermidade cardiovascular e/ou renal, enfermidade arterial periférica.
- Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco e outras drogas.
- Dieta.
- Exercicio.
- Situación sociolaboral e familiar.
- Uso de fármacos.
- Cálculo de RCV (SCORE) (anexo 5).
- Se o paciente xa coñece a súa hipertensión: preguntar a antigüidade desta, cifras máximas, derivacións ao hospital pola HTA, medicación previa, así como á tolerancia e cumprimento.

▪ Exploración

- Peso, talla, cálculo de IMC.
- Perímetro abdominal (varón > 102 cm e muller > 88 cm).
- Frecuencia/Ritmo cardíaco.
- Edemas.
- Pulsos periféricos.
- Toma de TA (anexo 1).

▪ Probas complementarias

Desde a consulta de enfermaría solicitaranse as seguintes probas complementarias:

- ECG.
- MAPA (se está dispoñible no centro de saúde).
- ANALISE: glicemia en xaxún, colesterol total e fraccionado e triglicéridos, ións, ácido úrico, creatinina, hemoglobina e hematócrito, análise de urina elemental, sedimento e filtrado glomerular estimado (MDRD).
- Índice nocello-brazo (se está dispoñible no centro).

▪ **Tratamento**

Unha vez confirmado o diagnóstico, iniciárase o tratamento non farmacolóxico:

- Recomendar cambios no estilo de vida en todos os casos: restrición do consumo de sal (diminuír a condimentación con sal na cociña, non lles engadir sal aos alimentos na mesa, non tomar alimentos ricos en sodio, como conservas, alimentos precociñados, salgadasuras, embutidos, afumados, augas minerais ricas en sodio, fármacos etc.), diminución do consumo de bebidas alcohólicas, realización de exercicio moderado, redución do peso e abandono do hábito tabáquico.
- Promoción da automedida domiciliaria de tensión arterial mediante AMPA, técnica mediante a cal melloraremos o diagnóstico de hipertensión, valoraremos o efecto dos fármacos antihipertensivos e involucraremos o paciente no control da súa patoloxía. Realizarase con tensiómetros automáticos validados. A automedición da presión arterial (AMPA) está especialmente indicada en:
 - Identificación do efecto de “bata branca”
 - Confirmación da sospeita clínica de HTA illada na consulta (ou de “bata branca”)
 - Sospeita de HTA illada ambulatoria ou enmascarada
 - Confirmación do diagnóstico de HTA grao 1 en pacientes sen lesión de órganos diana
 - HTA con variabilidade elevada
 - HTA episódica

▪ **Citar para consulta concertada de médico de familia**

- Concertar unha cita na consulta concertada do/a médico/a de familia cando se dispoña do resultado das probas complementarias.
- Comentarase no día co médico/a de familia calquera situación que sexa considerada relevante por parte do/a enfermeiro/a.

▪ **Seguimento**

Á hora de valorar a periodicidade do seguimento terase en consideración:

- Valoración da resposta á medicación antihipertensiva
- Estudo da HTA non controlada e/ou resistente
- Sospeita de hipotensión producida polo tratamento
- Disfunción autonómica
- Necesidade de controis rigurosos (nefrópatas, cardiópatas, diabéticos, transplantados...)
- Hipertensos con limitacións de acceso ao sistema sanitario (xeográficas, de horario, laborais...)

8.1.2. Actividades do médico de familia

▪ **Obxectivos**

As actividades que se realizarán irán encamiñadas a:

- Descartar HTA secundaria
- Comprobar a existencia de lesión de órganos diana
- Coñecer a existencia de patoloxías asociadas que poidan influir no pronóstico e tratamento da HTA
- Establecer o grao de HTA do paciente (táboa I)
- Establecer o risco cardiovascular do paciente
- Establecer o plan terapéutico (anexo 6)

▪ **Anamnese**

Buscar síntomas de HTA e/ou complicacións.

- Síntomas relacionados con posible HTA secundaria:
 - Xerais: astenia, sudación, cambio de peso, debilidade muscular, cambios na pel e anexos, ronquidos.
 - Sistema nervioso: cefalea, somnolencia, cambios no carácter (adinamia, apatía, bradilalia...), alteración da memoria, cambios na visión, nerviosismo, parestesias, cambras.
 - Cardiovasculares: dor torácica, dispnea, ortopnea, palpitacións, edemas, claudicación intermitente, frialdade nas extremidades.
 - Renais: poliuria, nicturia, hematuria.
 - Dixestivos: polidipsia, alteración do apetito, dor abdominal, náuseas, vómitos, cambio do hábito intestinal.
 - Vasculares: dor nos membros inferiores durante a marcha...
- Síntomas de afectación orgánica:
 - Neurolóxica: cefalea, mareos, vertixe, diminución da libido, diminución da forza e/ou debilidade nos membros.
 - Cardiovascular: dor torácica, disnea, ortopnea, edemas, palpitacións, claudicación intermitente, frialdade nas extremidades.
 - Renal: poliuria, nicturia, hematuria.
 - Ocular: alteracións da visión.
 - Preguntar por tratamentos concomitantes que eleven a TA.

▪ **Exploración física**

- Exploración de tiroide e pulsos caróticos.
- Exame cardiopulmonar.
- Exploración abdominal na procura de masas e soplos abdominais.

▪ **Revisión de probas complementarias**

- ECG: valorarase especialmente a presenza de alteracións do ritmo cardíaco, da condución, anomalías na repolarización e a presenza ou non de HVI.
Definición de hipertrofia de ventrículo esquerdo.
 - Criterios de Cornell: R en AVL + S en V3 > 28 mm (varóns). R en AVL + S en V3 > 20 mm (mulleres).
 - Criterios de Sokolow: S en V1 + R en V5 ou V6 > 38 mm.
- MAPA (se se dispón no centro de saúde).
- Cálculo do risco cardiovascular: ten importantes implicacións nas decisións terapéuticas iniciais, xa que permite identificar os pacientes de maior risco, nos que a intervención debe ser máis precoz e os obxectivos de control máis estritos.

▪ **Pautar tratamento**

Salvo situacións de risco alto ou moi alto (táboa I e II), en primeiro lugar debe indicarse tratamento non farmacolóxico a través de modificacións no estilo de vida.

A indicación de tratamento farmacolóxico é inmediata no caso de HTA grao 3 ou en HTA grao 1 ou 2 con risco cardiovascular global alto ou moi alto.

- Proposta de actuación de SEH-SEC 2007:

Para iniciar o tratamento farmacolóxico teremos en conta o risco cardiovascular do paciente (SEH-SEC 2007), táboa II.

▪ **Derivación á consulta concertada de enfermaría para seguimento**

▪ **Obxectivos xerais de control**

Nos hipertensos o obxectivo principal do tratamento consiste en lograr unha redución máxima do risco total a longo prazo de enfermidades cardiovasculares, o que esixe o tratamento concomitante de todos os factores de risco acompañantes (táboa III).

Táboa II. Indicacións de intervención					
Presión arterial (mm Hg)					
Outros factores de risco (FR)	Normal TAS:120-129 TAD: 80-84	Normal-Alta TAS:130-139 TAD: 85-89	Grao 1 TAS: 140-159 TAD: 90-99	Grao 2 TAS: 160-179 TAD:100-109	Grao 3 TAS \geq 180 TAD \geq 110
Sen outros FR	Ningunha intervención respecto á PA	Ningunha intervención respecto á PA	Cambios de estilo de vida durante varios meses, seguido de tratamento farmacolóxico se a PA non está controlada	Cambios de estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamento farmacolóxico se a PA non está controlada	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico inmediato
1-2 FR	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamento farmacolóxico se a PA non está controlada	Cambios de estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamento farmacolóxico se a PA non está controlada	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico inmediato
> 3 FR SM, DO	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida e considerar tratamento farmacolóxico	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico inmediato
Diabete	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico			
ENF CV ou RENAL	Cambios de estilo de vida+ tratamento farmacolóxico inmediato	Cambios de estilo de vida+ tratamento farmacolóxico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamento farmacolóxico inmediato	Cambios de estilo de vida+ tratamento farmacolóxico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacolóxico inmediato

Mancia G. "Guía europea de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007". *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(9):968.34e

HT: hipertensión; LO: lesión subclínica de órganos; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; SM: síndrome metabólico.

Táboa III. Obxectivos de control de HTA	
Obxectivo xeral	TAS > 140 e TAD < 90mmHg
En situacións especiais:	
Diabetes mellitus	TAS < 130 e TAD < 80 mmHg
Insuficiencia cardíaca	TAS < 130 e TAD < 80 mmHg
Insuficiencia renal	TAS < 130 e TAD < 80 mmHg
Insuficiencia renal e proteinuria >1g/día	TAS < 125 e TAD < 75 mmHg
En pacientes de idade avanzada	Individualizar en función da calidade de vida

8.2. Seguimento

8.2. Seguimento

8.2.1. Consulta enfermaría

- **Obxectivos básicos**
 - Detección de síntomas que indiquen lesión de órganos diana.
 - Comprobar o cumprimento terapéutico.
 - Detección de efectos secundarios (anexo 6).
 - Fomentar hábitos de vida saudables.
- **Periodicidade do seguimento**
 - Cada 30 días se a TA non está controlada.
 - Cada 3 meses HTA con tratamento farmacolóxico e TA controlada.
 - Cada 6 meses HTA sen tratamento farmacolóxico e cifras de TA controlada.
- **Variables que poidan influír na frecuencia das visitas**
 - Mal control reiterado da TA.
 - Sospeita de incumprimento terapéutico.
 - Efectos secundarios intolerables dos fármacos.
 - Tratamento complexo ou cambios nas pautas de tratamento.
 - Asociación doutros factores de RCV ou enfermidade concomitante que requira maior frecuencia de visitas.
 - Presenza de lesión de órganos diana ou clínica de enfermidade cardiovascular que requira maior frecuencia de visitas.
 - Calquera outra circunstancia a xuízo do profesional.
- **Criterios de derivación á consulta médica**
 - En ausencia dun control adecuado.
 - Se TAS \geq 140 e $<$ 160 mmHg ou TAD \geq 90 e TAD \leq 100 mmHg, volver citar para incidir no cumprimento do tratamento:
 - Con RCV elevado (\geq 3 FR, SM, deterioración orgánica subclínica, diabetes, enfermidade cardiovascular ou renal establecida), citar nun mes.
 - Sen RCV elevado, citar en dous meses.
 - Se TAS $>$ 160 e $<$ 180 mmHg ou TAD $>$ 100 e \leq 110 mmHg:
 - Con RCV elevado, citar en 15 días
 - Sen RCV elevado, citar nun mes.
 - TAS \geq 180 ou TAD $>$ 110 mmHg, derivación á consulta médica directamente, indagando posibles causas que puidesen orientar o médico de familia (inxestión de corticoides, estrés, esquecementos, abandono do tratamento, alimentos ou fármacos con alto contido en sodio)

como certas presentacións de fármacos efervescentes, inxestión excesiva de alcohol etc.).

- Presenza de síntomas de repercusión visceral (dispnea, angor, dispnea paroxística nocturna, ortopnea, palpitacións, alteración do ritmo e/ou frecuencia cardíaca, claudicación intermitente).
- Aparición de efectos adversos do tratamento (anexo 6).
- Crise hipertensiva.
- Revisión anual, logo de petición de probas complementarias.

▪ **Educación sanitaria: contido**

- Explicar o obxectivo da consulta de enfermaría, o funcionamento dos servizos e a coordinación coa consulta médica.
- Crear clima de confianza. escoitar, atender e coñecer as crenzas, condicionantes e medos de cada paciente.
- Explicar en termos sinxelos e claros que é a hipertensión, que factores inflúen, as complicacións e a importancia do seu control.
- Recomendar dieta hiposódica e restricións dietéticas de alimentos.
- Exercicio físico aeróbico individualizando segundo a situación clínica do paciente e explicar a relación entre exercicio físico e saúde.
- Medidas importantes no paciente con HTA:
 - Cumprimento do tratamento farmacolóxico.
 - Redución do peso. Manter o peso ideal (IMC=20-25 kg/m²).
 - Abandono do tabaco.
 - Diminución do consumo de alcohol e doutras drogas.
 - Diminución do sal.
 - Control do estrés.
- Animar ao autocontrol da presión arterial cun aparello electrónico validado (anexo 4).
- Reforzo positivo dos logros acadados.

8.2.2. Periodicidade das exploracións complementarias

- Creatinina sérica: anual
- ECG cada 2-3 anos se o previo é normal; anual se existe presenza de betabloqueantes.
- Glicemia, perfil lipídico e uricemia: anualmente en pacientes tratados con diuréticos ou betabloqueantes. Con maior frecuencia se HTA asociada a diabetes, hiperuricemia ou dislipemia.
- Potasemia: en pacientes tratados con diuréticos, IECAS e ARA-II ao mes do inicio do tratamento e anualmente.
- Hormonas tiroideas, polo menos no estudo inicial.

En pacientes con complicacións cardiovasculares (CV), outros factores de risco CV e enfermidades asociadas a periodicidade das exploracións debe ser individualizada.

Nota: solicitar estas probas desde a consulta de enfermaría e dar cita concertada para o médico de familia cando estean os resultados.

8.2.3. Seguimento: médico de familia

▪ Actividades que cómpre realizar

- Medida da TA
- Verificación do cumprimento
- Anamnese: síntomas de lesión de órganos diana, hábitos e conductas de risco (sedentarismo, tabaquismo, inxestión enólica excesiva)
- Exame físico (igual que nos acabados de diagnosticar)
- Avaliación dos resultados das probas complementarias
- Educación sanitaria
- Tratamento: instauración, revisión ou modificación do tratamento segundo sexan as cifras tensionais rexistradas, ata atinxir o obxectivo segundo o RCV individual de cada paciente.

ANEXO 1: TÉCNICA DE MEDIDA DE TA

Condições do paciente:

Relaxación física

- Evitar exercicio físico previo.
- Repousar durante 5 minutos antes da medida.
- Evitar actividade muscular isométrica: sedestación, lombo e brazo apoiados, pernas non cruzadas.
- Evitar medir nos casos de disconfort, vexiga repleccionada etc.

Relaxación mental

- Ambiente na consulta tranquilo e comfortable.
- Relaxación previa á medida.
- Reducir a ansiedade ou a expectación por probas diagnósticas.
- Minimizar a actividade mental: non falar, non preguntar.

Circunstancias que hai que evitar

- Consumo de cafeína ou tabaco nos 15 minutos previos.
- Administración recente de fármacos con efecto sobre a TA (incluíndo os antihipertensivos).
- Medir nos pacientes sintomáticos ou con axitación psíquica/emocional.
- Tempo prolongado de espera antes da visita.

Aspectos que hai que considerar

- Presenza de reacción de alerta que só é detectable por comparación con medidas ambulatorias.
- A reacción de alerta é variable (menor co persoal de enfermaría ca diante do/a médico/a, maior fronte ao persoal descoñecido ca ante o habitual, maior en especialidades invasivas ou cirúrxicas ou área de Urxencias).

Condições do equipo

Dispositivo de medida

- Esfigmomanómetro mantido de xeito adecuado.
- Manómetro aneroide calibrado nos últimos seis meses.
- Aparello automático validado e calibrado no último ano.

Manguito

- Adecuado ao tamaño do brazo; a cámara debe cubrir o 80% do perímetro.

- Dispoñer de manguitos de diferentes tamaños: delgado, normal, obeso.
- Velcro ou sistema de peche que suxeite con firmeza.
- Estanqueidade no sistema de aire.

Desenvolvemento da medida

Colocación do manguito

- Seleccionar o brazo con TA máis elevada, se o houbese.
- Axustar sen folgura e sen que comprima.
- Retirar prendas grosas, evitar enrolalas de forma que compriman.
- Deixar libre a fosa antecubital para que non toque o fonendoscopio; tamén os tubos poden colocarse cara a arriba se se prefire.
- O centro da cámara (ou a marca do manguito) debe coincidir coa arteria braquial.
- O manguito debe quedar á altura do corazón; non así o aparato, que debe ser ben visible para o explorador.

Técnica

- Establecer primeiro a TAS por palpación da arterial radial.
- Inflar o manguito 20 mm Hg por enriba da TAS estimada.
- Desinflar a ritmo de 2-3 mmHg/segundo.
- Usar a fase I de Korotkoff para a TAS e a V (desaparición) para a TAD; se non é clara (nenos, embarazadas), a fase IV (amortecemento).
- Se os ruídos son febles, indicarlle ao paciente que eleve o brazo, que abra e peche a man 5-10 veces; despois, insuflar o manguito rapidamente.
- Axustar a 2 mmHg, non redondear as cifras aos díxitos 0 ou 5.

Medidas

- Dúas medidas mínimo (de media); realizar tomas adicionais se hai cambios > 5 mmHg (ata 4 tomas das que se debe facer a media xuntas).
- Para diagnóstico: tres series de medidas en semanas diferentes.
- A primeira vez medirase en ambos os dous brazos: series alternativas se hai diferenza.
- En anciáns, cómpre facer unha toma en ortostatismo tras 1 minuto en bipedestación.
- En mozos, deberase facer unha medida na perna (para excluír coartación).

**ANEXO 2: RECOMENDACIÓN SOBRE ESTILO DE VIDA PARA
PACIENTES HIPERTENSOS**

INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN
Reducción do peso	Manter peso ideal (IMC=20-25 kg/m ²)
Restrición do consumo de sal	Reducir inxestión a valores < 100 mmol/día (6 g de sal)
Moderación do consumo de alcohol ^(*)	Limitar o consumo < 210 g/semana (30 g/día) en varóns e 140 g/semana (20 g/día) en mulleres
Adopción de dieta DASH	Dieta rica en froitas, verduras produtos lácteos desnatados con redución da graxa total e especialmente saturada
Exercicio físico moderado	Práctica habitual (polo menos 5 días/semana) de exercicio aeróbico (p. ex., camiñar de présa polo menos 30 minutos, natación etc.)

(*) Para o cálculo usarase a **unidade de bebida estándar (UBE)**, segundo a seguinte táboa, tendo en conta que **1 UBE** equivale a **10 gramos** de alcohol puro.

1 vaso pequeno de viño	1 unidade
1 quinto ou un tubo de cervexa	1 unidade
1 copa de xerez	1 unidade
1 café con licor	1 unidade
1/2 whisky	1 unidade
1 chopo	1 unidade
1 copa de cava	1 unidade
1 copa de coñac	2 unidades
1 mediana de cervexa	1 1/2 unidades
1 combinado	2 unidades

ANEXO 3: VALORACIÓN DO CUMPRIMENTO TERAPÉUTICO

Defínese como cumprimento terapéutico a medida na que o paciente asume as normas ou consellos dados polo seu médico e/ou enfermeiro/a respecto ao tratamento farmacolóxico e medidas hixiénico-dietéticas.

O incumprimento na HTA en España é do 45%. Enténdese por paciente cumpridor o que cumpre o 80-110% do tratamento e por non cumpridor o que cumpre menos do 80% ou máis do 110% do tratamento. Tanto se é incumpridor por exceso como por defecto e está asociado o bo control co grao de cumprimento.

Hai dous tipos de métodos para cuantificar o grao de cumprimento.

MÉTODOS DIRECTOS

Cuantifican o fármaco medindo os seus niveis nalgún fluído do organismo. Non son métodos útiles en AP.

MÉTODOS INDIRECTOS

Son os que se utilizan en AP e reflicten a conduta do paciente. Son sinxelos e baratos, pero sobreestiman o cumprimento. Baséanse na entrevista clínica e na medición do reconto de comprimidos. Entre os máis usados están:

▪ TEST DE MORINSKY

Considérase cumpridor aquel hipertenso que responde de forma correcta ás seguintes catro preguntas, mesturadas durante unha conversación sobre a súa enfermidade de forma cordial:

- 1) Esquece tomar algunha vez os medicamentos para a HTA?
- 2) Tómaos á hora indicada?
- 3) Cando se encontra ben, deixa de tomar a medicación?
- 4) Se algunha vez lle senta mal, deixa vostede de tomala?

▪ TEST DE HAYNES-SACKETT OU CUMPRIMENTO AUTOCOMUNICADO

Consta de dúas partes. A primeira consiste en evitar unha pregunta directa ao paciente sobre a toma da medicación, pois directamente contestaría que si a toma. Para evitalo, farémolles ver a dificultade que teñen algúns pacientes para tomar o tratamento introducindo a frase:

“A maioría dos pacientes teñen dificultade para tomar todos os comprimidos, ten vostede dificultade para tomar os seus?”

En caso afirmativo, interrogaríase sobre os comprimidos tomados no último mes.

As recomendacións sobre a medición levan a realizar este test. Se o paciente afirma ser incumpridor, será considerado como tal; se refire ser un bo cumpridor e a súa TA está controlada, darase por cumpridor xa que ese é o obxectivo; se di que é cumpridor e non están as cifras controladas, confirmarase a sospeita de incumprimento mediante o reconto de comprimidos.

ANEXO 4: APARATOS ELECTRÓNICOS VALIDADOS

Modelo

OMRON HEM 705 CP
OMRON 711
OMRON M4
OMRON M5 I
OMRON M4 I
OMRON 705 IT
OMRON 705 CPII
OMRON M7
OMRON M6
OMRON MX3 PLUS
A&D UA 779
A&D UA 787
A&D UA 767
A&D UA 767 Plus
MICROLIFE BP 3AD1-1
MICROLIFE BP 3BTO-A

Validación

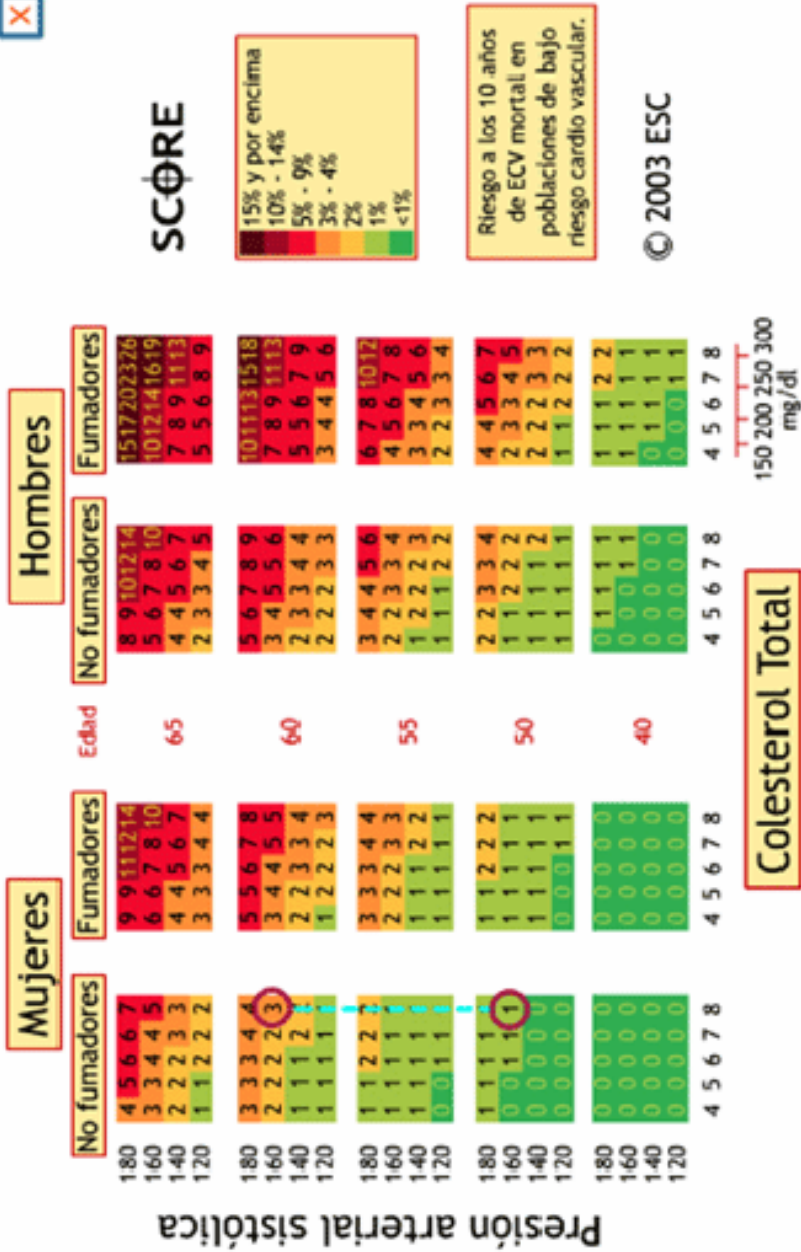
BHS AAMI
BHS AAMI
BHS AAMI
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
AAMI
BHS Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
BHS Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
BHS
BHS
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión

MONITORES OSILOMÉTRICOS DE PULSO

OMRON 637 IT
OMRON R5 I
OMRON RX3
OMRON MX3 plus
OMRON R6
OMRON R7

BHS AAMI Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
AAMI Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión
BHS AAMI Protocolo da Sociedade Europea de Hipertensión

ANEXO 5: PROXECTO SCORE



1. PRINCIPIOS DO TRATAMENTO FARMACOLÓXICO

- **Comezar o tratamento coa dose máis baixa dispoñible do fármaco elixido.**
 - Esta medida minimiza os efectos secundarios. Informarase o paciente previamente do obxectivo do tratamento e dos posibles efectos secundarios.
- **Planificar unha redución lenta e gradual da TA.**

Os descenso bruscos da TA poden ocasionar un compromiso do fluxo sanguíneo cerebral e coronario.
- **Comprobar a resposta no prazo de 4-8 semanas.**

Este prazo será menor nos casos de HTA estadio 3 (grave). Se a resposta é favorable e a tolerancia é boa, pero non se acadou o obxectivo de TA, poderase aumentar a dose do fármaco.
- **No caso de resposta desfavorable ou de efectos adversos optarase por cambiar de grupo de fármacos.**
- **A taxa de resposta á monoterapia non adoita superar o 50%: a maioría dos pacientes necesitarán unha asociación de fármacos.**

En moitas ocasións unha correcta asociación a doses baixas ou medias é máis eficaz ca a monoterapia a doses altas.
- **Utilizar fármacos de acción prolongada que sexan eficaces durante 24 horas e que permitan a dose única diaria.**

O tratamento tomarase habitualmente na primeira hora da mañá antes do inicio das tarefas cotiás. A toma única diaria favorece o cumprimento terapéutico.
- **A elección dun determinado tipo de fármaco será individualizada para cada paciente.**

A individualización basearase na existencia de trastornos clínicos asociados, doutros factores de risco ou de enfermidades concomitantes.
- **O obxectivo terapéutico serán uns niveis de TA < 140/90 mmHg.**

En pacientes con diabetes ou con insuficiencia renal crónica o obxectivo será un control máis estrito con TA < 130/80 mmHg.
- **O tratamento manterase de forma indefinida.**

Unha boa e continua comunicación entre o persoal sanitario e o paciente resulta esencial na eficacia do tratamento.

2. RANGOS DE DOSES E INTERVALOS DE ADMINISTRACIÓN DOS DISTINTOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

	RANGO DE DOSES (mg/día)	INTERVALO DE DOSES (horas)		RANGO DE DOSES (mg/día)	INTERVALO DE DOSES (horas)
Diuréticos			IECA e ARAII		
Diuréticos tiazídicos			IECA		
Clortalidona	12,5-50	24-48	Benazepril	10-40	24
Hidroclorotiazida	12,5-50	24	Captopril	25-150	8-12
Indapamida	1,25-2,5	24	Cilazapril	1-5	12-24
Xipamida	10-20	24	Enalapril	5-40	12-24
Diuréticos de asa			Espirapril	3-6	24
Furosemida	40-240	8-12	Fosinopril	10-40	12-24
Piretanida	3-12	24	Imidapril	2,5-10	24
Toresamida	2,5-20	12-24	Lisinopril	5-40	24
Diuréticos distales			Perindopril	2-8	24
Amiloride	2,5-5	24	Quinapril	5-80	24
Espironolactona	25-100	12-24	Ramipril	1,25-10	24
Triamterene	25-100	12-24	Trandolapril	0,5-4	24
Betabloqueantes			ARAII		
Betabloqueantes			Candesartán	8-32	24
Atenolol	25-100	12-24	Eprosartán	600-1.200	24
Bisoprolol	2,5-10	24	Irbesartán	75-300	24
Carteolol	2,5-10	24	Losartán	25-100	24
Metoprolol	50-200	24	Telmisartán	40-80	24
Nadolol	80-240	6-8	Valsartán	80-320	24
Nebivolol	2,5-5	24	Otros fármacos: antihipertensivos		
Oxprenolol	160-480	12-24	Alfabloqueantes		
Proparanolol	40-320	8-12	Doxazosina	1-16	12-24
Sotalol	80-640	12-24	Prazosina	1-15	12
Alfa-betabloqueantes			Terazosina	1-20	12-14
Carvedilol	12,5-50	12	Urapidil*	60-180	12
Labetalol	200-1.200	8-12	Fármacos de acción central		
Calcioantagonistas			Alfametildopa	500-2.000	8-12
Dihidropiridínicos			Clonidina	0,3-1,2	12
Amlodipino	2,5-10	24	Moxonidina	0,2-0,6	24
Barnidipino	1,-20	24	Vasodilatadores arteriales		
Felodipino	2,5-20	24	Hidralacina	50-300	8-12
Lacidipino	2-6	24			
Lercanidipino	5-20	24			
Nicardipino	60-120	8-12			
Nifedipino	30-90	12-24			
Nisoldipino	10-40	12-24			
Nitrendipino	10-40	12-24			
No dihidropiridínicos					
Diltiazem	120-360	8-24			
Verapamil	120-480	12-24			

3. EFECTOS SECUNDARIOS ESPECÍFICOS DE CLASE DOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS. PRECAUCIÓN

	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIÓN
Diuréticos*	Hipopotasemia, hiperuricemia, alcalose metabólica, hiponatremia, hipernatremia, deshidratación, dislipidemia, intolerancia á glicosa, impotencia. Hiperpotasemia (aforradores de potasio)	Evitar o seu uso a doses altas* As tiazidas perden a súa eficacia con insuficiencia renal moderada-avanzada. Evitar aforradores de potasio en insuficiencia renal.
Betabloqueantes	Bradicardia, astenia, frialdade de extremidades, broncoconstrición, dislipidemia, intolerancia á glicosa.	En insuficiencia cardíaca deben iniciarse con doses mínimas e monitoraxe clínica estreita pois poden agravar a enfermidade. Non deben suspenderse de forma brusca.
Calcioantagonistas	Edemas nas extremidades inferiores, cefalea, taquicardia, palpitacións, sufocos, rubefacción facial, nicturia. Estrinximento con verapamil.	Evitar o uso de preparados de acción curta. Verapamil e diltiazem non deben usarse conxuntamente con betabloqueantes.
IECA	Tose (5 %-20 %), hiperpotasemia, deterioración aguda da función renal, hipotensión de primeira doses en pacientes con depleción de volume, rash, disxeusia, edema anxioneurótico.	Controlar creatinina e potasio séricos aos 7-14 días de iniciado o tratamento, sobre todo nos casos de insuficiencia renal, idade avanzada e enfermidade aterosclerótica. Precaución en pacientes con claudicación intermitente pola posible coincidencia con estenose de arterias renais. En pacientes con depleción de volume corríxila antes.
ARA II	Semallante a IECA agás a tose	Semallantes a IECA.
Alfabloqueantes	Hipotensión de primeira dose. Hipotensión ortostática.	Administrar a primeira dose ao deitarse. En pacientes de idade avanzada e diabéticos descartar hipotensión ortostática.

* A maioría dos efectos secundarios dos diuréticos describíronse co uso de doses altas; co emprego das doses recomendadas na actualidade, equivalentes a un máximo de 25 mg/día de hidroclorotiazida, a incidencia de efectos secundarios é mínima.
(Tomado de "Guía sobre diagnóstico e tratamento da hipertensión arterial en España 2002, rev. 2007").

4. PROBLEMAS COAS COMBINACIÓNS DE MEDICAMENTOS

▪ Problemas cos diuréticos

Os diuréticos aumentan a eliminación renal de sodio e de auga. Polo tanto, interferirán na eliminación de substancias que sigan a vía renal para a súa eliminación.

- Poden producir toxicidade dixitálica ao inducir diminución dos niveis de potasio
- A súa acción vese interferida pola utilización de antiinflamatorios non esteroideos.
- O alcohol e os depresores do sistema nervioso central poden ver potenciados os seus efectos sobre todo en canto á hipotensión ortostática se refire debido á depleción de volume que producen.

Ao mesmo tempo, son fármacos recoñecidos como potenciadores do efecto antihipertensivo da maioría das familias.

▪ Os betabloqueantes

Todos os betabloqueantes interfieren coa digoxina e se ven afectados polas situacións de depleción de volume, de forma que poden producir hipotensión ortostática.

Fármacos como os antagonistas do calcio ou a lidocaína ven igualmente potenciadas as súas accións por esta familia de fármacos.

▪ Inhibidores do encima de conversión e antagonistas do receptor da anxiotensina II

Son os fármacos máis afectados pola interacción cos antiinflamatorios non esteroideos ao actuar en vías opostas.

Existe igualmente un incremento dos valores de potasio en sangue potenciado por estes fármacos que, se se une á acción doutros, pode desembocar en situacións de hiperpotasemia graves.

▪ Alfabloqueantes

A súa principal interacción ten que ver coa utilización dos inhibidores da fosfodiesterasa 5, utilizados na disfunción eréctil, potenciando o efecto de hipotensión ortostática que producen todos estes fármacos.

▪ **Antagonistas do calcio**

A súa combinación con alcohol ou con outros depresores do sistema nervioso central pode potenciar os efectos de ambos os dous e producir mareo, hipotensión e dificultade para a concentración.

Antibióticos macrólidos como a eritromicina ou algúns antiácidos como a cimetidina potencian o metabolismo destas substancias.

▪ **O problema dos antiinflamatorios**

Os antiinflamatorios non esteroideos son os fármacos que máis problemas presentan á hora da súa prescrición a persoas hipertensas. Son fármacos de amplo uso por tratarse de axentes que controlan a dor e a inflamación.

O mecanismo polo cal producen incrementos nas cifras de presión arterial non está moi claro, pero pode tratarse dunha combinación de múltiples efectos. Hai moléculas de antiinflamatorios que conteñen ións de sodio (ibuprofeno ou naproxeno), non obstante, as que non o conteñen tamén producen incrementos de presión. Un segundo mecanismo é a interacción na vía das prostaglandinas, alterando así o fluxo sanguíneo renal. Esta acción sobre as prostaglandinas antagonizaría, ademais, o efecto antihipertensivo dalgún grupo de fármacos como son os inhibidores do encima de conversión ou os antagonistas dos receptores da anxiotensina II producindo por ese mecanismo o efecto hipertensivo.

En última instancia preséntase que, dado que o exercicio é unha ferramenta fundamental no tratamento dos pacientes hipertensos, pode ser necesaria a administración cautelosa de antiinflamatorios, por períodos curtos e controlados co fin de aliviar a dor e permitir o mantemento da actividade física.

5. FÁRMACOS E SUBSTANCIAS QUE PODEN ALTERAR O CONTROL DA PRESIÓN ARTERIAL

- Antiinflamatorios non esteroideos
- Anticonceptivos orais
- Anorexíxenos
- Alcohol
- Fármacos con galénica efervescente ricos en sal
- Inhibidores da monoaminoxidasa
- Antidepressivos tricíclicos
- Ciclosporina
- Eritropoietina
- Anfetaminas
- Cocaína e drogas de deseño
- Desconxestivos nasais
- Regalicia
- Zume de pomelo

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). "2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension". *J Hypert* 2007; 25: 1005-1187.
- ❖ Mancia G. "Guía Europea de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007". *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(9):968.e1-e94.
- ❖ Coca A, Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, et al. "Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007". *Hipertensión* 2007; 24: 70-83.
- ❖ Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. "Guía Española de Hipertensión Arterial 2005". *Hipertensión* 2005; 22 (52).
- ❖ M de la Figuera von Wichmann, A Dalfó i Baquñe. "Hipertensión arterial". A. Martín Zurro, JF Cano Pérez. *Atención Primaria* (5.ª ed.). Madrid: Elsevier, 2003; 764-98.
- ❖ The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure: the seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection , Evaluation and Treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003, Vol. 289 n19:2560-2572

Referencias en Internet

- ❖ American Diabetes Association. Recomendations 2006. *Diabetes Care* 2006 <http://www.diabetes.org/>
- ❖ Sociedad Española de HTA (SEH-LELHA) <http://www.seh-lelha.org/>
- ❖ Sociedad Española de diabetes (SED) <http://www.sediabetes.org/>
- ❖ Sociedad Española de Endocrino y Nutrición (SEEN) <http://www.seenweb.org/>
- ❖ Sociedad Española de Nefrología (SEN) <http://www.senefro.org/>
- ❖ European Society of Hipertensión (SEH) <http://www.eshonline.org/>
- ❖ American Heart Association (AHA) <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200000>
- ❖ American Society of Hipertensión (ASH) <http://www.ash-us.org/>
- ❖ British Hipertensión Society (BHS) <http://www.hyp.ac.uk/bhs/default.htm>
- ❖ Guía Clínica de hipertensión de Fisterra <http://www.fisterra.com/fisterrae>
- ❖ The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypert* 2007. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypert* 2007; 25: 1005-1187. <http://www.cardiobarbanza.com>

ATENCIÓN AO PACIENTE INMOBILIZADO

AUTORES

Lires Rodríguez, Carmen

Médica de familia. SAP de Boiro

carmen.lires.rodriguez@sergas.es

Cruz del Río, Juana

Traballadora social. SAP-1. Ambulatorio Concepción Arenal

juana.cruz.delrio@sergas.es

Varela Meizoso,Oliva

Enfermeira. SAP Vite

oliva.varela.meizoso@sergas.es

Pías García, María

Enfermeira. SAP Ordes

Pena Duro, Rocío

Enfermeira. SAP-1. Ambulatorio Concepción Arenal

rocio.pena.duro@sergas.es

1. INTRODUCCIÓN

Os cambios sociais e demográficos da sociedade galega (descenso da natalidade, aumento da esperanza de vida, fluxos migratorios ás cidades, desestruturacións familiares e incorporación da muller ao mercado laboral) dificultan a dispoñibilidade de cuidadores informais e, polo tanto, faise necesario revisar o tradicional modelo de atención domiciliaria a demanda.

É evidente que todas estas circunstancias están a producir un aumento da demanda de atención domiciliaria, tanto dos/as traballadores/as sociais como dos/as médicos/as e, especialmente, de cuidados de enfermaría. Faise, pois, necesaria a elaboración dunha guía que axude a coordinar e integrar as intervencións destes profesionais na atención ao paciente inmovilizado no seu domicilio, dende a perspectiva do rigor metodolóxico e da calidade.

Este protocolo pretende servir de guía para os profesionais das unidades e servizos de atención primaria (médicos/as, enfermeiros/as e traballadores/as sociais), de tal xeito que axude a:

- Abordar de forma integral o paciente e o seu cuidador ou cuidadora.
- Reducir as actividades a demanda, programando as intervencións.
- Mellorar a comunicación entre os profesionais e garantir a continuidade asistencial.
- Desenvolver un modelo de atención ao inmovilizado baseado en estándares de calidade.

2. DEFINICIÓN DO INMOBILIZADO

Entendemos por paciente inmovilizado toda persoa que pasa a maior parte do tempo na cama ou que só a pode abandonar coa axuda doutras persoas. Tamén se inclúen aquelas persoas que teñen dificultade importante para desprazarse do seu domicilio habitual, independentemente da causa que a orixina e cun tempo de duración previsible superior a dous meses.

3. POBOACIÓN DIANA

Pacientes con incapacidade para acudir ao centro de saúde segundo a definición anterior.

4. OBXECTIVO XERAL

Asegurar a continuidade de cuidados das persoas inmovilizadas e dos seus cuidadores.

5. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Manter e, se é posible, mellorar a calidade de vida relacionada coa saúde das persoas dependentes incluídas no protocolo.
- Seguimento das patoloxías crónicas que padece o paciente inmobilizado e prevención/seguimento dos problemas inherentes á inmobilización.
- Potenciar o autocoidado.
- Manter e, se é o caso, mellorar a calidade de vida dos cuidadores das persoas incluídas no protocolo.
- Potenciar a colaboración e coordinación cos servizos sociais e redes de apoio social.
- Fomentar a coordinación entre os distintos niveis asistenciais para garantir a continuidade de cuidados.
- Diminuír o número de ingresos hospitalarios.
- Manter e, se é o caso, fomentar a rede de apoio familiar.
- Fomentar a permanencia do paciente no seu contorno.
- Mellorar a coordinación medico/enfermeiro/traballador social no seguimento do paciente inmobilizado.

6. CAPTACIÓN

- Altas hospitalarias.
- Demanda do paciente, familia, veciños ou rede de apoio social.
- Busca activa.

7. CRITERIO DE INCLUSIÓN

Calquera problema de carácter físico, psíquico ou social que defina o paciente como inmobilizado.

8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Negación familiar ou negativa do propio paciente.
- Ámbito familiar hostil e/ou de risco para asegurar os cuidados. Situación de risco para os profesionais.

9. BAIXA DO PROTOCOLO

- Falecemento.
- Ingresos en centros residenciais acreditados.
- Cambio de domicilio ou residencia.
- Aparición dalgún criterio de exclusión.

10. VALORACIÓN E REXISTROS

No período máximo dos tres meses seguintes á captación, o equipo de atención domiciliaria (persoal de enfermaría de referencia, médico/a de familia

e traballador/a social, se o/a houbese) deberá facer a visita domiciliaria co obxectivo de:

- Valorar o paciente e a persoa cuidadora.
- Valorar o seu ámbito.
- Identificar e priorizar diagnósticos.
- Elaborar o plan de actuación.

Na historia clínica quedará rexistrado:

- Valoración médica completa. Definir un plan de actuación (tratamentos, probas complementarias que se precisen e seguimento do paciente) con rexistro na folla de seguimento (HC 02).
- Problemas de saúde activos e inactivos e tratamentos actuais con rexistro na folla de problemas (HC P1).
- Valoración de enfermería por patróns funcionais (anexo 1).
- Plan de cuidados de enfermería (anexo 2).
- Naquelas UAP/SAP nas que haxa traballador/a social, farase unha valoración social con rexistro na folla de historia social (HC 07), protocolo social do paciente inmovilizado (anexo 3) e, de ser o caso, informe social (anexo 4) conforme á Lei 39/2006 ou Lei de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

11. INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN NO PROTOCOLO

O enfermeiro ou enfermeira programará unha reunión co resto do equipo encargado da atención ao paciente para valorar a inclusión do paciente. Naqueles casos nos que non exista uniformidade de criterio tomarase a decisión conxuntamente co responsable de protocolo.

Procederase á codificación no SIGAP. No caso de exclusión, a/o enfermeira/o rexistrará na historia clínica a data e o motivo de exclusión.

12. CONTROL E SEGUIMENTO

O/A enfermeiro/a manterá a coordinación e comunicación cos demais membros do equipo de atención domiciliaria, así como co/s responsable/s do protocolo cando fose necesario.

As visitas de seguimento faranse segundo o plan de actuación.

- Quedará rexistrado na historia clínica:
 - Evolución do estado do paciente.
 - Revisión e actualización do plan terapéutico.
 - Revisión e actualización do plan de cuidados de enfermería.
 - Data da próxima visita.

13. AVALIACIÓN

Ao final de ano farase unha avaliación do desenvolvemento do protocolo.

14. RESPONSABLE DO PROTOCOLO

O/s responsable/s do protocolo será preferentemente un/ha enfermeiro/a, xa que son os maiores provedores de cuidados no domicilio do paciente inmobilizado. No caso de haber dous responsables, un debería ser enfermeiro/a.

Entre as funcións do responsable do protocolo de atención domiciliaria estarán:

- Manter a comunicación e coordinación cos demais membros do equipo.
- Facilitar na medida do posible a relación cos distintos niveis asistenciais e outros servizos da comunidade.
- Promover actividades formativas en atención domiciliaria.
- Avaliar o protocolo xunto cos membros do equipo de atención domiciliaria.
- Realizar propostas de mellora de iniciativa propia ou formuladas por calquera membro do equipo.
- Participar na valoración de inclusión do paciente naqueles casos que sexa necesario.

15. CONTIDO DA VISITA DE VALORACIÓN

A visita ao domicilio, programarase preferiblemente de forma conxunta, co obxectivo de facer a recollida de datos para a toma de decisión de inclusión/exclusión, elaborar/priorizar diagnósticos e establecer o plan de actuación.

Enfermaría:

- Valoración do paciente, do cuidador ou cuidadora e do seu contorno segundo patróns de M. Gordon. Se é preciso, utilizaranse as escalas ou test validados que veñen recollidos na guía *Estandarización de cuidados ao paciente inmobilizado no domicilio*.
- Se fose preciso, informaranse os servizos sociais de base naqueles centros nos que se dispoña de traballador/a social.
- Priorización de diagnósticos.
- Elaboración do plan de cuidados de enfermaría.
- Previsión da próxima visita.

Médico:

- Exploración física completa.

- Solicitar probas complementarias se fose preciso.
- Diagnósticos médicos.
- Plan terapéutico.
- Previsión da próxima visita.

Traballador/a social:

- Diagnóstico social.
- Indicadores de risco social: escala Gijón en todos os casos. Escala de Zarit só en situacións de risco de sobrecarga da persoa cuidadora.
- Plan de intervención.
- Se procede, data da próxima visita ou alta se non procede intervención. Será retorno ao/á traballador/a social se houberse modificación da situación inicial ou demanda/derivación de calquera profesional do equipo de atención domiciliaria.

16. ACTIVIDADES DA VISITA DE SEGUIMIENTO

O contido e a periodicidade dependerá do plan de actuación establecido para cada paciente.

Nas visitas de seguimento deberase:

- Reforzar e darlle apoio ao cuidador ou cuidadora.
- Realizar educación sanitaria.
- Realizar as actividades preventivas previstas nos protocolos vixentes.
- Realizar as actividades programadas no plan de actuación.
- Intervir sobre procesos clínicos ou reagudizacións.
- Concertar a data da próxima visita.
- Contémplase o seguimento telefónico naquelas situacións puntuais nas que non sexa necesaria a presenza no domicilio. Nunca substituirá a visita programada.

ANEXO 1



XERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
AREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AO PACIENTE INMOBILIZADO

Apelidos: Nome: N.º H.ª C.

Tf.: Coidador/a principal: Relación/parentesco:

Enfermeiro/a: Data: Pox. Valoración:

1.- CONTROL OU MANTEMENTO DA SÚDE

Enfermidades en curso:

Estado vacinal: Correcto Actualizar **Alerxias:**

Hábitos tóxicos: Alcohol Tabaco Outros:

Ingresos hospitalarios recentes: Si Non

Tratamentos actuais:

Outras medicinas ou remedios:

Preguntar/indagar sobre:

- Cumpre controles e tto: Ben Mal Regular

- Estado actual de saúde:

- Actividades para coidar da saúde:

- Coñecemento dos coidados que precisa: Ben Mal Regular

- Accidentes ou caídas recentemente: Si Non

- Risco: Si Non

- Seguridade no domicilio: Boa Mala

- Uso de próteses ou outros dispositivos: Si Non

- Hixiene: Boa Mala

Comentario:

2.- NUTRICIONAL - METABÓLICO

Peso: Talla: IMC: Tipo de nutrición: Oral Enteral Outras:

Ganancias/perdas: Restriccións na dieta: Si Non **Suplementos:** Si Non **Apetito:** Si Non

Dentiación: Completa Incompleta Prótese **Cavidade bucal:** Séptica Coidada

Dificultade para mastigar: Si Non **Dificultade para deglución:** Sólidos Líquidos **N.º Comidas/día:**

Dieta tipo (cantidade e calidade):

Inxesta de líquidos (cuantificar):

Problemas gastrointestinais: Náuseas Vómitos Regurxitación Outros:

Pel, mucosas e anexos: • Hidratación: Boa Mala • Coloración: • Temperatura:

• Humidade: Si Non • Lesións: Si Non

• Risco de UPP/feridas: Si Non • Uso de dispositivos de prevención: Si Non

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM:

Comentario:

0192295

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Urinaria: Continencia Perdas/n.º: _____ Incontinencia Frecuencia: _____
 Cantidad: _____ Molestias/dificultade: Sí Non
 Uso de sonda vesical: Sí Non Tipo: _____ N.º: _____ Uso de colector de pene: Sí Non

Intestinal: Continencia Perdas ou escapes/n.º: _____ Incontinencia Frecuencia: _____
 Características: _____
 Molestias/dificultade (especificar): _____
 Uso de laxantes: Sí Non Colostomía/otros dispositivos: _____
 Uso de cueiro: Sí Non Tipo/Talla: _____
 Sudación, secrecións, menstruación (se procede): _____
 Comentario: _____

4.- ACTIVIDADE -EXERCICIO

ABVD. Índice de Barthel-Granger: _____ AIVD. Índice de Lawton e Brody: _____
 T.A.: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ Dispnea: Sí Non Tipo: _____ (de esforzo, repouso).
 Exercicio: Sí Non Tipo: _____
 Tipo de mobilidade: Sen axuda Con axuda (especificar) _____
 Atáxica Capacidade de manterse: sedestación bipedestación Cansazo: Sí Non
 Edemas: Sí Non Osixenoterapia: Sí Non N.º horas: _____
 Comentario: _____

5.- SONO -DESCANSO

Problemas para conciliar o sono: Sí Non N.º horas de sono: _____ Sono reparador: Sí Non
 Esperta de noite: Sí Non Causas: _____
 Uso de fármacos: Sí Non Sono invertido: Sí Non
 Comentario: _____

6.- COGNITIVO - PERCEPTIVO

Nivel de conciencia:
 - Consciente: Orientado/a Desorientado/a Axitado/a Apático/a
 - Inconsciente: Responde a estímulos: Sí Non
 Sabe ler: Sí Non Sabe escribir: Sí Non Toma decisións: Sí Non
 Alteración sensorial: Sí Non Indicar: Visual Auditiva Usa: Gafas Audifono
 Problemas de: Memoria Concentración Expresión Toma de decisións Aprendizaxe
 Expresión de dor: Verbal Facial Uso de fármacos: Sí Non
 Outras medidas: _____
 Se procede: Test de Pfeiffer: _____ Miniexame de Lobo: _____
 Escala da dor (EVA): _____
 Comentario: _____

7.- AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Valoración de si mesmo: Ben Mal Regular Cambios no estado de ánimo: Si Non
Enfadados frecuentes: Si Non Que lle preocupa: _____
Medos/temores: Si Non Perda da esperanza: Si Non Verbaliza ideas de morte: Si Non
Que lle fai sentirse mellor: _____
Se procede (sospeita de ansiedade ou depresión): Test de Golberg: _____ Test de Yesavage: _____
Comentario: _____

8.- ROL - RELACIÓNS

Estructura familiar (convivencia): _____
Problemas/relacións familiares: Si Non Resposta familiar: Boa Mala Trato: Adecuado Inadecuado
Problemas económicos: Si Non Ten visitas: Si Non Expressa queixas: Si Non
Participa en actividades de ocio: Si Non Problemas para pedir axuda: Si Non Síntese só: Si Non
Alteración da vida familiar do cuidador/a: Si Non
Se procede: Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit: _____
 Escala de risco social: _____
Comentario: _____

9.- SEXUALIDADE - REPRODUCCIÓN (se procede)

Muller: Alteracións menstruais: _____ Problemas xinecolóxicos: _____
 Método/s anticonceptivo/s _____ Sexualidade (se procede): _____
Home: Problemas aparello xenal: _____ Problemas erección (se procede): _____
 Método/s anticonceptivo/s _____ Sexualidade (se procede): _____
Comentario: _____

10.- ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AO ESTRÉS

Cambios ou alteracións en: Patróns de comunicación: Si Non Conductas de adaptación: Si Non
Participación social: Si Non
Cambios recentes na súa vida familiar (falecemento, cambio domicilio): Si Non
Situación de crisis familiar: Si Non Participa na toma de decisións: Si Non
Problemas de afrontamento: Si Non
Uso de alcohol, medicamentos ou drogas para afrontar problemas: Si Non
Ten alguén con quen comentar os seus problemas: Si Non
Como enfermeiro/a, en que podo axudarlle: _____
Comentario: _____

11.- VALORES - CRENZAS (se procede)

Dificultade para practicar a súa relixión (se procede): Si Non
Valores ou crenzas das que queira falar: _____ Conflictos internos: Si Non
Necesidade de reconciliarse con alguén: Si Non
Comentario: _____

DIAGNÓSTICOS PROPOSTOS ASOCIADOS AOS PATRONS FUNCIONAIS

1.- CONTROL OU MANTEMENTO DA SAÚDE.

- a) Manexo non efectivo do réxime terapéutico.
- b) Risco de lesión.

2.- NUTRICIONAL - METABÓLICO.

- a) Risco de deterioración da integridade cutánea*.
- b) Deterioración da integridade cutánea.
- c) Deterioración da integridade tisular*.
- d) Deterioración da deglución.

3.- ELIMINACIÓN.

- a) Risco de estrinxemento*.
- b) Estrinxemento.
- c) Deterioración da eliminación urinaria.
- d) Incontinencia fecal.

4.- ACTIVIDADE - EXERCICIO.

- a) Risco de síndrome de desuso.
- b) Déficit de autocoidado: alimentación*.
- c) Déficit de autocoidado: uso do retrete*.
- d) Déficit de autocoidado: vestido/aicalamento*.
- e) Déficit de autocoidado: baño/hixiene*.
- f) Limpeza ineficaz das vías aéreas.
- g) Deterioración da mobilidade física.

5.- SONO - DESCANSO

- a) Deprivación do sono.
- b) Insomnio (deterioración do patrón do sono).

6.- COGNITIVO

- a) Dor crónica.
- b) Coñecementos deficientes (especificar).
- c) Deterioración da comunicación verbal.

7.- AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- a) Ansiedade.
- b) Baixa autoestima situacional.

8.- ROL - RELACIÓNS

- a) Risco de soedade.
- b) Risco de cansazo do rol de cuidadora/r*.

9.- SEXUALIDADE - REPRODUCCIÓN (se procede)

- a) Patrón sexual non efectivo.

10.- AFRONTAMENTO/TOLERANCIA AO ESTRES


- a) Afrontamento non efectivo.

11.- VALORES - CRENZAS (se procede)

- a) Risco de sufrimento espiritual.

*Propoñense especialmente estes diagnósticos por ser os máis relevantes no paciente inmobilizado.

ANEXO 3



SERGAS
Servicio Galego de Saude

PROTOCOLO SOCIAL DO PACIENTE INMOBILIZADO

CARPETA 2: ATENCIÓN INFORMAL E FORMAL

-Atención informal: Si Non Nº de cuidadores:

CUIDADOR PRINCIPAL:

-Nome e Apellidos:

-Año nacemento:

-Parentesco: ¿Convive?: Si Non

-¿Traballa fóra do domicilio?: Si Non Enf./Altausv. Si Non

-Situación do cuidador/a habitual: *(posibilidade de marcar máis dunha vez)*

Sen problemas

Sen axuda doutros persos

Non pode ofrecer máis cuidados

Descoñecemento/incomprensión de normas de cuidado

Sobrecarga

Con problemas de saúde

Con idade avanzada

Ten outras ocupacións

Atende outros persos dependentes

-Condición do paciente:

-Relación paciente/cuidador:

-Observacións:

-Atención formal: Si Non

-Recurso formal (máis de un se procede):

-Observacións:

CARPETA 1: PACIENTE INMOBILIZADO

-Data da valoración: Nº de historia:

-Nome e apelidos:

-Estado civil:

MINUSVALÍA CALIFICADA: Si % Non

-Axuda de 3ª persoa: Si Non

-Impedibilidade empregar transporte público: Si Non

-Incapacitación legal: Si Tutor legal Non

-Situación familiar:

-Parentesco dos convivintes:

-Nº de convivintes (incluído o paciente):

-Observacións:

-Situación económica

- Ingresos propios do paciente: Si Non

- Ingresos do núcleo de Convivencia:

- Observacións:

CARPETA 5. VALORACIÓN SOCIAL

-Valoración social:

-Campo da deficiencia ou situación de risco social

Relacións familiares

Atención formal

Atención informal

Relacións sociais

Vivenda

Situación económica

-Intervención: Si Non

-SEGUIMIENTO/DATAS:

-Observacións:

CARPETA 3:RELACIONES SOCIAIS

-Tempo que pasa só o paciente:

-¿See á rúa? Si Ocasionalmente Non

-¿Recibe visitas no seu domicilio? Si Non

-¿Participa nalgunha actividade social? Si Non

-Observacións:

CARPETA 4: DATOS DE VIVENDA/ECONÓMICOS

-Cambio da vivenda: Si Motivado Non

-Tipo de vivenda: Réxime de tenencia:

-Localización: ¿Medios de transporte?:

-¿Incremento: Si Non Ventilación axeitada: Si Non

-¿Hiène axeitada: Si Non Accesibilidade á vivenda: Si Non

-Equipamento da vivenda

Água corrente	Radiadores
Água quente	Ins. Calefacción
Electricidade	Teléfono
W.C.	Nevera
Bañeira	Lavadora
Ducha	TV/Radio/Vídeo

-Condicións da vivenda:

ANEXO 4



XUNTA DE GALICIA
VICEPRESIDENCIA
DA IGUALDADE E DO BENESTAR
Secretaría Xeral do Benestar
Dirección Xeral de Acción Social

A cubrir por un/unha traballador/a social de
calquera administración pública.

ANEXO III

PROCEDEMENTO VALORACIÓN DO GRAO E NIVEL DE DEPENDENCIA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO VP210A	DOCUMENTO INF
--	---	-------------------------

INFORME SOCIAL

Emitido polo/a traballador/a social D/Dña
Nº de colexiado/a Organismo/Entidade Telef.
Referente a D/dña
Para efectos de solicitude de valoración da situación de dependencia.

1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE

Nome e apelidos
Data de nacemento DNI nº Estado civil
Enderezo Telef.

Profesión
Situación laboral en activo Sen ocupación Pensionista

2. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR

2.1 **Unidade de convivencia formada por:** (sinalar o coidador principal da persoa en situación de dependencia, se é o caso.)

Nome e Apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación labor

2.2 **Outros membros da rede informal de apoio:** (Sinalar a relación de parentesco coa persoa en situación de dependencia.)

Nome e Apelidos	Idade	Parentesco	Profesión	Situación labor

Nota: Se existe rotación da persoa en situación de dependencia, cubrir os campos en relación coa unidade de convivencia coa que convive no momento de presentar a solicitude e sinalar rotación.

3. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

3.1. Dinámica relacional e funcionamento da rede informal:

Relacións normalizadas Relacións escasas Relacións conflitivas
Ausencia de relacións Persoa Institucionalizada Outros

3.2. Análise do coidador principal.

3.2.1. Perfil do coidador:

Familiar e membro da unidade de convivencia Familiar que non convive coa persoa dependente
Coidador non familiar sen contraprestación económica Coidador profesional remunerado
Ausencia de coidador Outros

5. SITUACIÓN DO CONTORNO SOCIAL

5.1. Vivenda:

- Tipo de vivenda:

Sen vivenda	<input type="checkbox"/>	Chabola	<input type="checkbox"/>	Casa prefabricada	<input type="checkbox"/>	Caravana	<input type="checkbox"/>
En situación de desafuzamento	<input type="checkbox"/>	Piso, apartamento	<input type="checkbox"/>	Vivenda Unifamiliar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vivenda Colectiva	<input type="checkbox"/>	Pensión	<input type="checkbox"/>	Habitación realugada	<input type="checkbox"/>	Albergue	<input type="checkbox"/>

- Réxime de tenza:

Propia ou dalgún membro da unidade familiar	<input type="checkbox"/>	Cedida ou facilitada	<input type="checkbox"/>
Vivenda alugada	<input type="checkbox"/>	Centro residencial	<input type="checkbox"/>
		Realugada	<input type="checkbox"/>

- Condicións de habitabilidade da vivenda : Adecuadas Amoreamento Insalubridade/inhabitabilidade
 Deficientes condicións de habitabilidade e/ou carece dalgún servizo básico, existencia de dispositivos de risco
 Especificar de cal/cales carece:

- Accesibilidade da vivenda:

Sen barreiras arquitectónicas	<input type="checkbox"/>	Con barreiras no acceso á vivenda	<input type="checkbox"/>
Con adaptacións Funcionais	<input type="checkbox"/>	Con barreiras no interior da vivenda	<input type="checkbox"/>

5.2. Características da zona na que habita:

- Localización da vivenda: Zona urbana Zona semiurbana/semirural Zona rural Zona rural illada
- Acceso a equipamentos sociosanitarios: Boas comunicacións e accesos Comunicacións deficientes

6. SITUACIÓN ECONÓMICA:

6.1 Ingresos do solicitante:

- Ingresos netos (pensións, prestacións económicas, retribucións ...):

Concepto	Contía	Número de pagas

- Rendementos de capital mobiliario (xuros, venda de valores, letras do tesouro, prazo fixo...)

Concepto	Contía anual

- Outros rendementos (de capital inmobiliario, actividades económicas...):

Concepto	Contía anual

- Ganancias e perdas patrimoniais (venda de accións, venda de inmobles, reembolso de fondos de inversión...):

Concepto	Contía anual

- Gastos fixos da persoa en situación de dependencia (alugueres, hipotecas, servizos de carácter público e/ou privado de coidados e atención á persoa en situación de dependencia...):

Concepto	Contía anual

7. OUTROS DATOS DE INTERESE E VALORACIÓN PROFESIONAL:

Proposta de servizos e outros apoios

Residencia Centro de día Centro de noite Axuda no Fogar
 Coidados no contorno por coidador familiar Asistencia persoal Outros

- Intensidade da/s modalidade/s proposta/s (nº de horas) e entidade prestataria:

- Datos do coidador /a do entorno e/ou asistente persoal:
 - Nome e apelidos..
 - DNI nº:.....
 - Parentesco coa persoa beneficiaria (se é o caso):
 - Formación específica da persoa coidadora: SI Non
- No caso da modalidade de axuda no fogar e de asistencia persoal especificar qué tipo de atencións precisaría e para qué actividades e tarefas:

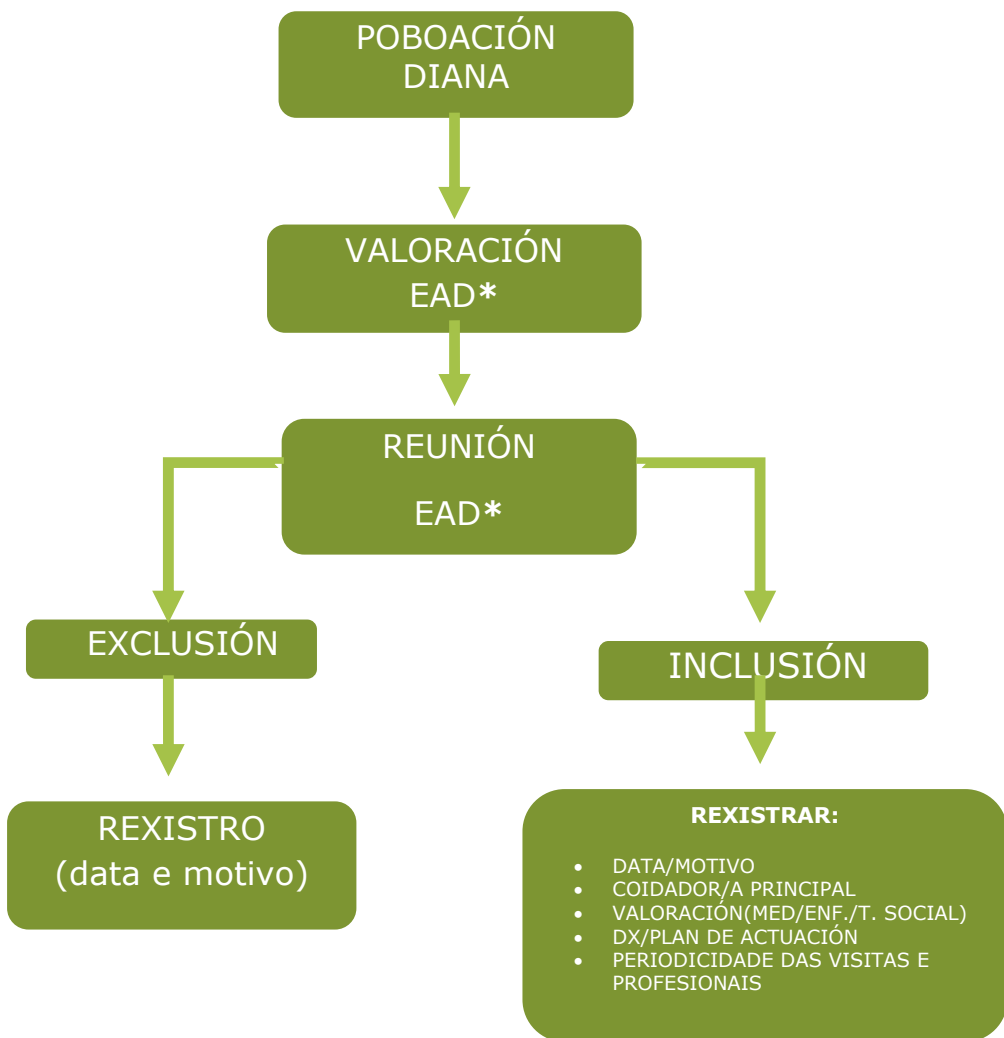
Valoración profesional.....

\$ ELO
\$ INATURA DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL
En _____, de _____ de 200__

(Para cubrir pola Administración)										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">RECIBIDO</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">REVISADO E CONFORME</td> </tr> </table>	RECIBIDO	REVISADO E CONFORME	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DATA DE ENTRADA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/ /</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DATA DE EFECTOS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/ /</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DATA DE SAÍDA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/ /</td> </tr> </table>	NÚMERO DE EXPEDIENTE	DATA DE ENTRADA	/ /	DATA DE EFECTOS	/ /	DATA DE SAÍDA	/ /
RECIBIDO										
REVISADO E CONFORME										
NÚMERO DE EXPEDIENTE										
DATA DE ENTRADA										
/ /										
DATA DE EFECTOS										
/ /										
DATA DE SAÍDA										
/ /										

Delegado/a provincial da Igualdade e do Benestar de _____

ALGORITMO ATENCIÓN DOMICILIARIA



EAD: equipo de atención domiciliaria

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. “Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en atención primaria”. *Revista Trabajo Social y salud*. 1993; 16: 137-156.
- ❖ González Montalvo Ji. “Principios básicos de la valoración geriátrica integral”. *Valoración geriátrica integral*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Glosa Ediciones. Barcelona, 2001.
- ❖ Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.
- ❖ De Robertis, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. Editorial Ateneo, 2.º edición. Barcelona, 1992.
- ❖ Rodríguez Rodríguez, Pilar. “Indicadores sociales. *Geriátrica XXI Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. EDIMSA. Madrid. 2000.
- ❖ Protocolo do Servizo de Continuidade de Coidados para a Atención Domiciliaria. Dirección Xeral de Programas Asistenciais. 2003- Servizo Canario de Saúde.
- ❖ *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Revisado 2004. Comisión para o Desenvolvemento da Atención Enfermeira no Servizo Andaluz de Saúde. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principaldocumentosAcc.asp
- ❖ Terol García, Enrique “Modelo de organización de la atención domiciliaria con equipo de soporte en Atención Primaria en el territorio Insalud”. 1998. Disponible en:<http://www.fehad.org/valhad/pn018.htm>.
- ❖ Julián Viñals R, García Sánchez M.ª J., Durán Macho E., Ramírez Arrizabalaga R. “Atención domiciliaria programada. Coordinación entre Atención Primaria y Especializada”. Ref. Médicos de Familia, *Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria* N.º 3- vol. 4, decembro 2002.
- ❖ “Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años”. Subdirección Xeral de Investigación Sanitaria do Instituto de Saúde Carlos III. Ano 2005.
- ❖ “Estandarización de coidados de enfermería ao paciente inmobilizado no domicilio”. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela, 2005.

COORDINADORES

Vidal Fernández, Manuel

Subdirector de enfermería

Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela

Fernández Merino, M.^a del Carmen

Directora asistencial

Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela

Millán Pérez, Juan José

Director de enfermería

Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela



Servizo Galego
de Saúde

Secretaría Xeral
Servizo Galego de Saúde

Protocolo