ANEXOS

PROTOCOLO

“ATENCIÓN EN DOMICILIO A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA”

Centro de Salud Familiar Paredones.

Anexo 1:

FICHA DE INGRESO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA O DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADO

I. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA PERSONA VISITADA EN DOMICILIO

N° DE FICHA				N° DE CARPETA FAMILIAR					
SECTOR				FECHA DE APLICACIÓN					
DOMICILIO									
APELLIDO PATERNO									
APELLIDO MATERNO									
NOMBRES									
CÉDULA DE IDENTIDAD									
PUNTAJE DE BARTHEL		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL	

II. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

CAUSA DE DEPENDENCIA			
TIEMPO DE DEPENDENCIA			
PUNTAJE FICHA DE PROTECCIÓN SOCIAL			
ESTIPENDIO		SÍ	NO

DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE													
FECHA NACIMIENTO		EDAD			SEXO		F		M				
PREVISIÓN DE SALUD	FONASA		ISAPRE		DIPRECA		CAPREDENA						
	PRIVADO		INP		AFP		SIN PREVISION						
ESTADO CIVIL	CASADO/A		SOLTERO/A		VIUDO/A		SEPARADO/A		CONVIVIENTE				
ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD		BASICA INCOMPLETA		BÁSICA COMPLETA								
	MEDIA INCOMPLETA		MEDIA COMPLETA		TÉCNICO PROFESIONAL								
	UNIVERSITARIA INCOMPLETA		UNIVERSITARIA COMPLETA		POSTGRADO								
NÚMERO DE HIJOS VIVOS	MUJERES			HOMBRES									
NÚMERO DE NIETOS VIVOS	MUJERES			HOMBRES									

GRUPO FAMILIAR CON QUE VIVE LA PERSONA DEPENDIENTE					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD	PARENTESCO	ACTIVIDAD

III. CONDICIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE

CONDICIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE												
	VE		ESCUCHA									
ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA		SOMNOLIENTO		SOPOROSO							
	SOPOR PROFUNDOO		COMA		COMA PROFUNDO							
VÍA DE COMUNICACIÓN PREFERENTE		ORAL Y ESCRITA		ORAL		ESCRITA						
		GESTOS		DIBUJO		NO SE COMUNICA						
ALIMENTACIÓN	AUTOALIMENTADO		ORAL ASISTIDO		SNG O SNY		GASTROSTOMÍA					
CAVIDAD BUCAL	EDENTADO PARCIAL				EDENTADO TOTAL							
	PRÓTESIS PARCIAL				PRÓTESIS TOTAL							
CONTINENCIA		CONTINENTE				INCONTINENCIA URINARIA						
		INCONTINENCIA FECAL				INCONTINENCIA MIXTA						
FORMAS DE APOYO A INCONTINENCIA		PAÑAL				SONDA FOLEY						
		AUTOCATETERISMO				CATATERISMO						
		ESTUCHE PENEANO				COLOSTOMÍA						
TENDENCIA A FECALOMA		SI				NO						
AMPUTACIONES	MIEMBRO	LATERALIDAD				GRADO						
		IZQUIERDA		DERECHA		PARCIAL		TOTAL				
	DEDOS											
	MANO											
	ANTEBRAZO											
	BRAZO											
	DEDOS PIE											
	PIE											
	PIERNA											
	MUSLO											
	OTRO											
ESTADO NUTRICIONAL	NORMA		DESNUTRIDO			OBESO						

ESTADO DE UÑAS (MANOS Y PIES)		CORTAS, LIMPIAS		CORTAS, SUCIAS
		LARGAS, LIMPIAS		LARGAS, SUCIAS
		ONICOMICOSIS		UÑAS EN GARRA
		UÑAS ENCARNADAS		
FÉRULAS Y ÓRTESIS		SI		NO
USO DE FÉRULAS Y ORTESIS		TRANSITORIAS		PERMANENTES
OTROS SERVICIOS		DIÁLISIS		CUIDADOS PALIATIVOS
		OXIGENO		
HERIDAS Y ÚLCERAS		**SI**		**NO**
GRAVEDAD		TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3 TIPO 4
NÚMERO		ÚNICA		MÚLTIPLE
UBICACIÓN		CABEZA		HOMBROS
		COLUMNA		CODOS
		RODILLAS		TALÓN
		PLIEGUE MAMARIO		PLIEGUE INGUINAL
		PLIEGUE INTERGLUTEO		OTRO

IV. CONDICIONES DEL CUIDADO DE LA PERSONA DEPENDIENTE

UBICACIÓN HABITUAL		DORMITORIO		PASILLO
		COMEDOR/ LIVING		DEPENDENCIA FUERA DE LA CASA
		OTRO		
EL ESPACIO QUE OCUPA HABITUALMENTE ¿ES COMPARTIDO?		SOLO		
		CON 1 ADULTO		CON 2 O MÁS ADULTOS
		CON 1 NIÑO		CON 2 O MÁS NIÑOS
ESPACIO DE CIRCULACIÓN ALREDEDOR DE LA CAMA ES SUFICIENTE	SI		NO	
ILUMINACIÓN		ELÉCTRICA		VELAS
		NATURAL		
CANTIDAD DE ILUMINACIÓN		SUFICIENTE		INSUFICIENTE
VENTILACIÓN		NATURAL		OTRA
		OTRO (AIRE ACONDICIONADO)		
CANTIDAD DE VENTILACIÓN		SUFICIENTE		INSUFICIENTE
CALEFACCIÓN		SIN CALEFACCIÓN		LEÑA
		PARAFINA		GAS
		ELÉCTRICA		CARBÓN
CANTIDAD DE CALEFACCIÓN		SUFICIENTE		INSUFICIENTE

CONDICIONES DE LA CAMA				
SÁBANAS		MAL ESTADO, LIMPIAS		MAL ESTADO, SUCIAS
		BUEN ESTADO, LIMPIAS		BUEN ESTADO, SUCIAS
		SIN SABANAS		
ALMOHADAS		ADECUADAS		INADECUADAS
		BUEN ESTADO		MAL ESTADO
		LIMPIAS		SUCIAS
COLCHÓN		BUEN ESTADO		MAL ESTADO
		LIMPIO		SUCIO
COLCHÓN ANTIESCARA		BUEN ESTADO		MAL ESTADO
		LIMPIO		SUCIO
FRAZADAS		SUFICIENTES		INSUFICIENTES
		BUEN ESTADO		MAL ESTADO
		LIMPIAS		SUCIAS
SABANILLA CLÍNICA		SI		NO
PROTECTOR DE COLCHÓN		SI		NO
ALTURA DE LA CAMA		ADECUADA		NO ADECUADA

HIGIENE								
PERSONAL		ASEADO		DESASEADO		BIEN VESTIDO		MAL VESTIDO
AMBIENTAL		LIMPIO		SUCIO		ORDENADO		DESORDENADO

V. SITUACIÓN DEL CUIDADOR

CUIDADOR PRINCIPAL											
FECHA NACIMIENTO		EDAD			SEXO		F		M		
PREVISIÓN DE SALUD	FONASA		ISAPRE		DIPRECA		CAPREDENA				
	PRIVADO		INP		AFP		SIN PREVISION				
ESTADO CIVIL	CASADO/A		SOLTERO/A		VIUDO/A		SEPARADO/A		CONVIVIENTE		
ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD		BASICA INCOMPLETA		BÁSICA COMPLETA						
	MEDIA INCOMPLETA		MEDIA COMPLETA		TÉCNICO PROFESIONAL						
	UNIVERSITARIA INCOMPLETA		UNIVERSITARIA COMPLETA		POSTGRADO						
TELÉFONO			E-MAIL								
PARENTESCO	CONYUGE		PADRE		MADRE		HIJO/A				
	NIETO/A		NUERA/YERNO		SIN PARENTESCO		CONVIVIENTE				
	OTRO FAMILIAR										

TIEMPO QUE HA CUIDADO		MENOS DE 6 MESES		DE 6 MESES A 1 AÑO
		1 A 5 AÑOS		11 A 20 ANÑOS
		21 A 40 AÑOS		MÁS DE 40 AÑOS
EXISTENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA		SÍ		NO
ESTA EN CONTROL POR ENFERMEDAD CRÓNICA		SÍ		NO
TRABAJO		NO TRABAJA		TRABAJA EN HOGAR
		JORNADA PARCIAL		JORNADA COMPLETA
		ESPORÁDICO		

CAPACITACIÓN EN CUIDADOS	SI			NO			
NECESIDAD DE CAPACITACIÓN	MUY NECESARIA		NECESARIA		INNECESARIA		

RECREACIÓN					
	VISITA AMIGOS		PARTICIPA EN ORG. SOCIAL		PARTICIPA EN ORGANIZACIÓN DEPORTIVA
	ASISTE A LUGAR DE CULTO RELIGIOSO		TIENE OTROS PASATIEMPOS		PRACTICA DEPORTE

PUNTAJE TOTAL ESCALA ZARIT		
GRADO DE CARGA DEL CUIDADOR	PUNTAJE	
SIN SOBRECARGA	22 A 46	
SOBRECARGA LEVE	47 A 55	
SOBRECARGA INTENSA	56 A 110	

CUIDADOR SECUNDARIO				
COMPARTE EL CUIDADO		SI		NO
CON QUIEN				
TIPO DE APOYO COMUNITARIO Y/O INSTITUCIONAL		MONETARIO		ESPECIES
		TIEMPO DE CUIDADO		TRASLADO
APOYO DE LA COMUNIDAD		SI		NO
QUE ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN		VOLUNTARIADO		MUNICIPIO
		ORG. SOCIAL		ORG. RELIGIOSA
		FUNDACIÓN O SIMILAR		OTRO
TIPO DE APOYO		MONETARIO		ESPECIES
		TIEMPO DE CUIDADO		TRASLADO

OBSERVACIONES.....
.....
.....

NOMBRE DE LA ENFERMERA .....

Anexo 2.

EVALUACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL

NOMBRE: _____

FECHA EVALUACIÓN: _____

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓ
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	Continencia normal.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinencia.	0
Micción (Valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia.	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
	Total	

MÁXIMA PUNTUACIÓN: 100 PUNTOS (90 SI VA EN SILLA DE RUEDAS)	
RESULTADO	**GRADO DE DEPENDENCIA**
< 20	Total (corresponde a Dependencia Severa)
20-35	Grave (corresponde a Dependencia Severa)
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Nota: para ser clasificado con Dependencia Severa, el puntaje debe ser menor o igual a 35 puntos.

Anexo 3.

PLAN DE CUIDADOS EN DOMICILIO A PACIENTE CON DEPENDENCIA SEVERA

FAMILIA			
CARPETA FAMILIAR		**SECTOR**	
TIPO DE RIESGO			

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON DEPENDENCIA

Nombre		Ficha	

RUT		F. Nacimiento		**Edad**		Sexo	F	M

Problemas de Salud ¿Cuáles?	

CALENDARIO DE ATENCIONES EN DOMICILIO

Profesionales	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Médico												
Enfermera												
Kinesiólogo(a)												
T. Ocupacional												
Nutricionista												
Técnico Paramédico												
Podólogo												

OTRAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

Quien deriva	A quién deriva	Motivo	Fecha de derivación	Fecha de intervención

PROBLEMAS B-P-S-F	OBJETIVOS/RESULTADOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES/MEDICAMENTOS	CALENDARIZACIÓN	RESPONSABLES	RECURSOS A MOVILIZAR	ACEPTA INTERVENCIÓN	
						SI	NO

OBSERVACIONES

_____ _____

Nombre y firma representante de la Familia

Nombre y firma del representante del Equipo

Anexo 4.

TARJETÓN DE SEGUIMIENTO

Nombre Paciente:	
N° Ficha Clínica:	

ITEM	**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**			**Fecha**		
F. Cardíaca																																										
F. Respiratoria																																										
Presión Arterial																																									
Glicemia																																									
Saturación de Oxígeno																																									
Peso																																									
Talla																																									
Condiciones Generales (Registrar en relación a la pauta de ingreso) **M: Mejor I: Igual P: Peor**																																									
	M	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**
Estado Nutricional																																									
Estado Conciencia																																									
Piel																																									
Fanereos																																									
Cavidad Bucal																																									
Columna																																									
E.S.D.																																									
E.S.I.																																									
E.I.D.																																									
E.I.I.																																									
DOLOR																																									
Alteraciones Conductuales																																									
Alimentación																																									
Apetito																																									
Continencia																																									
Apoyo a Continencia																																									
Constipación																																									
Condiciones de Vida																																									

Complicaciones (Registra N° de eventos en el ´periodo desde último control)												
Respiratoria Aguda												
Descompensación Respiratoria												
Cardíaca Aguda												
Descompensación Cardíaca												
Renal Aguda												
Descompensación Renal												
Infección Urinaria												
Descompensación Metabólica												
Cuadro Digestivo Agudo												
N° de Controles en Hospital												
N° de Controles en Consultorio												
N° de Controles en SU												
N° de Controles en Domicilio												

Indicaciones (Registrar en relación a ficha de ingreso) I: Igual C: Cambio Si hay cambios registrar en observaciones

	I	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**		**I**	**P**	
Farmacoterapia																																				
Movilización																																				
Cuidado Postural																																				
Apoyo Ortésico																																				

Cuidador (Registrar en relación de ingreso) **(M: Mejor I: Igual P: Peor**

	M	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**	**M**	**I**	**P**
Autopercepción Salud Física																																				
Autopercepción Animo																																				
Asistencia Controles Médicos																																				

Observaciones

Fecha:	**Fecha:**
Fecha:	**Fecha:**
Fecha:	**Fecha:**

Fecha:	**Fecha:**