

# ATENCIÓN INTEGRAL EN EL HOGAR

Más allá de la visita domiciliaria



**ISBN:**

978-84-09-12860-0.

**AUTORES:**

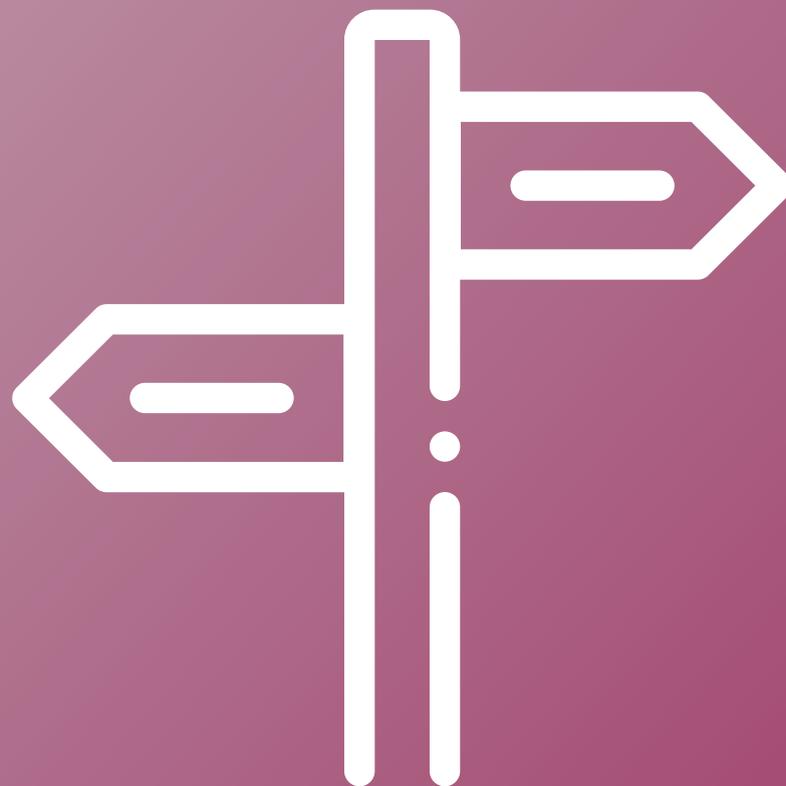
Ana López-Torres Escudero, Esmeralda Torralba Molina, Mercedes Araujo Calvo, Esther Nieto García, M<sup>a</sup>. Asunción Andrés García, Teresa de la Huerga Fernández-Bofill, Carmen Trillo Civantos.

**REVISORES:**

Carmen Ferrer Arnedo, Juan José Jurado Balbuena, Carmen Solano Villarrubia, Juan Ángel Infantes Rodríguez, Ángel Lizcano Álvarez, María Pérez Velasco, Susana Martín Iglesias, Carmen Jiménez Gómez, Ángel Martín García, Francisco Cegri Lombardo, Cristina M<sup>a</sup>. Lozano Hernández, Junta directiva SEMAP.

**FOTOS:**

Óscar Aguado Arroyo (pgs. 12, 26, 34, 42, 72)



ÍNDICE

PRESENTACIÓN_ .....	P.05
PRÓLOGO_ .....	P.07
INTRODUCCIÓN_.....	p.11
Justificación_ .....	p.18
EL MODELO DE SEMAP PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA_ .....	p.25
ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA_ .....	p.33
Atención centrada en la persona y en la autonomía personal .....	p. 35
Fragilidad .....	p.42
Discapacidad .....	p.50
Dependencia.....	p.60
INTERVENCIONES TRANSVERSALES EN TODOS LOS NIVELES_ .....	p.68
Atención a la soledad .....	p.68
Atención a personas cuidadoras (PC) .....	p.77
Gestión de casos .....	p.81
HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL HOGAR_ ....	p.91
Nuevas tecnologías.....	p.92
Comunicación.....	p.95
BIBLIOGRAFÍA_ .....	p.99
ANEXOS_ .....	p.105



Es para mí un placer presentar el libro “Atención integral en el hogar. Más allá de la visita domiciliaria” que tienes en tus manos.

Con esta publicación se completa la serie que la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria ha dedicado a la atención a las personas con enfermedades crónicas.

Sin duda el hogar de las personas se constituye en un espacio de atención privilegiado para que las enfermeras de familia y comunitaria prestemos unos cuidados integrales dirigidos, no solo a la realización de técnicas, sino tendentes a detectar la fragilidad y prevenir la dependencia trabajando con las personas objeto del cuidado, sus familias y cuidadoras.

Este documento no pretende ser una guía de práctica ni un protocolo, más bien quiere poner el foco en aquellas situaciones en las que las enfermeras debemos estar más atentas y, por tanto, tener una actitud proactiva. Trata unos mínimos como base del cuidado en el domicilio. A partir de ahí, cada enfermera deberá individualizar los diagnósticos e intervenciones adecuadas en función de su valoración y del contexto en que se encuentre cada persona.

Quiero felicitar y agradecer al grupo de trabajo que durante estos meses ha acometido esta tarea con rigor y, sobre todo, mucha ilusión para que sea una herramienta que ayude a la visibilización del cuidado enfermero en el domicilio y contribuir a una mejor calidad de vida de las personas en sus hogares.

**Juan José Jurado Balbuena**  
*Presidente de SEMAP*  
Abril 2019



**DRA. CARMEN FERRER ARNEO**

*Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del SNS*

Marzo 2019

Con la publicación de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud se plantea un nuevo enfoque para definir servicios que sean capaces de responder a necesidades emergentes y muy relacionadas con las personas que tienen problemas de salud crónicos. Problemas con los que van a vivir y por tanto, han de ser capaces de desarrollar estrategias personales para afrontarlos.

El objetivo es conseguir ser capaces de garantizar una atención a cada persona desde el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando así enfoques interdisciplinarios y abordando, de forma flexible y permeable, servicios integrales desde el desarrollo de modelos de atención apoyados en equipos eficaces que reconocen la especificidad de cada uno.

En este marco aparece la idea de que es necesario reorientar el desarrollo integrado de la atención y la asistencia domiciliaria para conseguir el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, con suficiente capacidad de autogestión y esto se puede conseguir, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería

de Atención Primaria, tal y como proponen las estrategias que ven una oportunidad en el liderazgo y el desarrollo de los nuevos roles de las enfermeras y enfermeros comunitarios para conseguir esta meta.

Mantener a la persona en su entorno para que pueda estar segura, con calidad de vida y con el soporte adecuado a su situación clínica y social es la máxima que nos planteamos hoy al proponer rediseñar una atención y una asistencia integral en domicilio.

A la pregunta sobre ¿quién es el profesional que debe de hacer de interlocutor para el paciente, la persona cuidadora principal y la familia en este entorno próximo de la provisión de cuidados cotidianos?, sin duda alguna por la tradición, la experiencia y por la evidencia disponible, es la enfermera y los enfermeros del paciente en el medio comunitario y de atención primaria quienes deben estar al lado de las personas, gestionando los casos desde la capacidad de autocuidado y trabajando en este lugar de atención.

Se trata más bien de ejercer como líder de la provisión de servicios de un proceso integrador de recursos que responden a necesidades concretas. Ya se planteaba en la normativa de los años 90 como un quehacer a desarrollar desde la organización de la actividad enfermera de AP y es una tradición consolidada que requiere de nuevos

enfoques que mejoren la continuidad y la presencia cuidadora como estrategia de acompañamiento en la complejidad, tal y como dicen los documentos de la cronicidad y sus recomendaciones: “Los profesionales de enfermería de Atención Primaria han de coordinar los procesos de atención de las personas que precisan Atención Domiciliaria, es decir, aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes socio familiares”

Nuestra máxima hoy es generar estructuras de servicio centrados en las necesidades de los ciudadanos. Sin duda alguna, las personas que tienen algún tipo de problema de salud, y viven en su casa, puntualmente requieren de servicios hospitalarios, únicamente en situaciones de crisis o reagudizaciones difíciles de controlar en el ámbito de atención primaria, pero es el hogar, su casa donde las personas quieren estar, es donde se desarrolla su vida y esta deberíamos de procurar que fuese una vida de calidad, a pesar de la circunstancia de una enfermedad que genere algún grado de dependencia funcional o de falta de capacidad para la generación de estrategias de cuidado de uno mismo.

Este documento que nos presenta SEMAP tiene la cualidad de que intenta enmarcar los límites y la aportación del buen hacer enferme-

ro en el ámbito domiciliario. Describe la oportunidad que es para la atención integral que las enfermeras y enfermeros lideren la provisión de servicios siempre respondiendo a lo que las personas necesitan desde la gestión del cuidado. Así pues al escuchar a los pacientes, a sus cuidadores y pensar en servicios que sirvan para resolver situaciones de salud en el entorno próximo convierte al domicilio en el lugar más apropiado, dado que es donde se desenvuelve la persona de manera habitual y donde se encuentra su unidad personal de apoyo y de desarrollo de su autogobierno.

Este documento presenta como el domicilio es el entorno real en el que la persona debe de ser capaz de generar estrategias de adaptación, donde toma relevancia el cuidado rutinario, donde persona cuidadora desarrollan sus capacidades para cuidar de otro y donde se plantea que estar ayudado por su enfermera tendrá como resultado, un cuidado seguro, confortable y eficaz, lo que permitirá a la persona más frágil, tener la mayor independencia posible, así como el mejor nivel de calidad de vida. Esto se consigue, por tanto, al brindar servicios enfermeros a domicilio que generen un cuidado integral, capacitador y centrado en el paciente como forma óptima de mejorar los resultados en salud de las personas con necesidades complejas.

*“Sueño que algún día las enfermeras del mundo  
irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas  
que sufren y no tienen suficiente atención.  
Pero eso tal vez sea para el año 2000”.*

Florence Nightingale (1820-1910).





INTRODUCCIÓN



Las **personas ya no se mueren igual**, y esa no siempre es una buena noticia, los avances de la ciencia y los cambios en la sociedad occidental han provocado que los patrones de enfermedad de la población se modifiquen, las enfermedades que antes mataban ahora se cronifican y esto aumenta el envejecimiento de la población. Las personas llegan al final de la vida con grandes necesidades de cuidados, avanzando hacia la discapacidad y la dependencia, y como consecuencia, las familias y su estructura se ven afectadas. Es importante para el sistema tener en cuenta que gran parte del peso del cuidado recae fundamentalmente sobre la figura de la cuidadora informal, generalmente mujer (esposa, hija, nuera), afectando a su salud y a su vida en general.

España sigue su **proceso de envejecimiento**. Según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores de 65 años, lo que supondrá el 18,4% de la población, de éstas, un 6% es mayor de 80 años. Según las previsiones, si siguen los patrones poblacionales actuales, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, lo que supone el 34,6% del total de la población (que sufrirá en España una pérdida de 5,5 millones).

La **longevidad** está asociada a una mayor incidencia de enfermedades crónicas, a mayor complejidad de los problemas de salud y a un crecimiento de la discapacidad. Tanto la demanda de atención domiciliaria

como la complejidad de la misma han ido aumentando en los últimos años. El 57% de las casas han tenido al menos una persona que requiere cuidados<sup>1</sup>. En uno de cada cinco hogares vive al menos una persona con discapacidad. El número de personas que viven solas está creciendo<sup>2</sup>, a la vez que está decreciendo el número de cuidadores informales y el número de miembros que componen las familias<sup>3</sup>.

En 2012 el Ministerio de Sanidad presenta el documento “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, que marca las bases para que las CCAA desarrollen sus propias estrategias, dirigidas a **reorientar** los servicios hacia una atención integral e integrada, centrada en la persona y sus necesidades en todas las fases de la enfermedad, que a medida que progresa va generando una pérdida progresiva de la capacidad funcional y un mayor grado de dependencia. Por ello, las estrategias proponen cambios en todos los niveles asistenciales con el fin de conseguir una continuidad de cuidados real, siendo el rediseño del servicio de **Atención Domiciliaria**<sup>4</sup> uno de los puntos clave a abordar.

Es paradójico comprobar cómo los cambios que hay que abordar en la organización para adaptar la atención sanitaria a una realidad que ya está presente, van muy por detrás de lo que pacientes y profesionales necesitan. El profesor J.M. Morales Asencio, señala que “*sólo el 39% de*



Persona mayor sana



Persona mayor con  
enfermedad crónica



Frágil



Discapacidad



Dependiente

Figura 1. La escalera de persona mayor (PM) sana a PM dependiente.

los países evaluados por la OMS tienen partidas de financiación para las enfermedades crónicas. Este nuevo escenario es abordado, generalmente, con viejas formas y usos por parte de los Servicios de Salud, a pesar de que es conocido que cuando los problemas crónicos mandan, los modelos de atención a agudos no sirven<sup>5</sup>.



**Atención Domiciliaria es la atención dirigida a aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares.**

**El domicilio es el mejor lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida.**

*\*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.*

En los países de renta alta, las enfermedades crónicas representan el patrón epidemiológico dominante. Las **organizaciones sanitarias** deberían orientarse hacia un modelo que conceda más importancia al cuidar que al curar<sup>6</sup>. Habitualmente identificamos edades avanzadas con **discapacidad**, sin embargo se observa una amplia variabilidad en la valoración del deterioro físico y funcional que no siempre va unido a la edad. Conservar o perder cierta capacidad funcional no se valora en general, no es un todo o nada, es necesario concretar esta funcionalidad para actividades específicas que la persona necesita para desarrollar con **independencia y autonomía una vida que valore como plena y satisfactoria**.

En el continuo que iría desde este concepto de total capacidad funcional a la discapacidad funcional, hay muchos estadios intermedios. Esta situación se debe a múltiples factores condicionantes del autocuidado de la salud, que incluye determinantes internos (edad,

sexo, valores, hábitos, creencias, experiencias de salud previas, etc.) y externos (recursos, situación socioeconómica, cultura, sistemas de salud, etc.) siendo clave la valoración de los mismos para determinar la posterior actuación.

En este continuo salud-enfermedad existe un escalón invisible entre una persona mayor y una persona mayor **dependiente** (con excepción de la situación de deterioro cognitivo), debido a que éste es un proceso progresivo y el inicio de las intervenciones que se realizan sobre estas personas suele ser en el momento en el que éstas son **ya** dependientes, generalmente dependiente de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Previo a llegar a esta situación, que en la mayoría de las personas mayores llega antes o después, se dedican escasos recursos a la prevención y detección precoz.

Estos ancianos más vulnerables pueden vivir en situación de aislamiento social. Es frecuente la **soledad** y la falta de personas a las que acudir en caso de necesidad, bien por pérdida de familiares y personas queridas, o porque éstas vivan lejos. Si a esto se suman sentimientos de desesperanza y la percepción personal de no ser útil para la sociedad, muchos mayores pueden carecer de razones para vivir.

A pesar de los sentimientos de soledad la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en sus domicilios para mantener su autonomía, aunque precisen de apoyo formal o informal para desarrollar algunas de las actividades de la vida diaria.

Mediante la promoción, prevención, entrenamiento en autocuidados, e intervenciones tempranas sobre la persona en situación de **fragilidad**, se puede retrasar la pérdida funcional, trasladando la **discapacidad** al extremo final de la vida. La proactividad del profesional es esencial para evitar el paso de la prefragilidad a la discapacidad y dependencia. El lugar más apropiado, por ser el medio en el que se desenvuelve la persona, es el **DOMICILIO**, es el entorno real al que el paciente tiene que adaptarse a diario con el fin de mantener la mayor autonomía posible, y es el lugar donde valorar y adaptar nuestras intervenciones a las situaciones concretas vividas.

## OBJETIVO 8

Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.

Reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

*\*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad  
en el Sistema Nacional de Salud.*

Frente a la dependencia y la fragilidad, y como medida fundamental de prevención, aparece el concepto de **Envejecimiento saludable**, definido por la OMS como el “*Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*”. **Las personas mayores tienen proyectos de vida y tienen el derecho de hacer libremente aquello que decidan para poder realizar sus aspiraciones de bienestar y respeto**, aspectos que dejamos de lado en la valoración de las necesidades cuando únicamente priorizamos lo biológico.

La OMS ha identificado más de 5 millones de enfermeras en Europa<sup>8</sup>, forman el mayor grupo de profesionales de la salud, y suelen ser el primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario; estos profesionales son el núcleo de la atención continuada y el apoyo para los grupos de población más vulnerables y desfavorecidos. Hasta el momento y a pesar de la necesidad de introducir en la atención domiciliaria un abordaje de actuación proactivo de promoción y prevención, la atención que la enfermera presta en el domicilio va dirigida fundamentalmente a aquellas personas con necesidades de intervención derivadas de su nivel de fragilidad y/o dependencia, mientras que las acciones preventivas y de promoción de salud quedan relegadas a un segundo plano.



**Los profesionales de enfermería de AP han de coordinar los procesos de atención de las personas que precisan Atención Domiciliaria, es decir, aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares.**

*\*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.*

En 2014 se publica la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid, en la que se potencia el seguimiento proactivo de las personas en la comunidad y en el domicilio, la atención domiciliaria, y el papel y liderazgo de las enfermeras en la promoción del autocuidado y en el abordaje a la cronicidad, estableciéndose la necesidad de desarrollar nuevos roles profesionales, entre

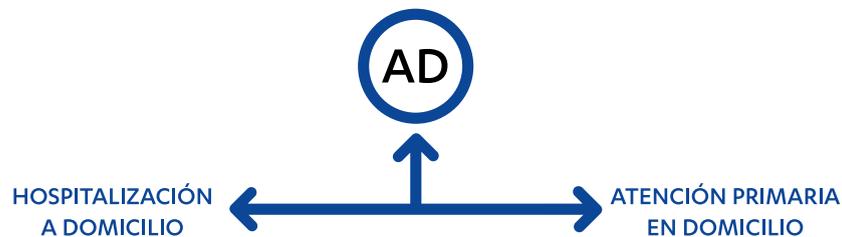
ellos tres enfermeros como son: el rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados, el rol de la enfermera gestora de casos y el rol de la enfermera de continuidad asistencial, para dar respuesta a las nuevas y crecientes necesidades de la población atendida.

**Los profesionales de enfermería**, por tanto, están afrontando una serie de retos en diferentes ámbitos profesionales y por ello es prioritario analizar y redefinir sus funciones en la oferta sanitaria y ampliar su cartera de servicios, **porque la actividad de una profesión se justifica a partir de la utilidad que tiene y que la sociedad le reconoce.**

**El rol de educadora/entrenadora en autocuidado** definido en 2016 por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria e incorporado al modelo de atención de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en Madrid, tiene el objetivo de aumentar la capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y la gestión eficiente de su enfermedad en la población general, así como prevenir la fragilidad en las personas mayores. Junto al anterior, el **rol de gestión de casos**, para la atención a la complejidad y la dependencia, y el **rol de la enfermera de continuidad asistencial** en la planificación y coordinación de los cuidados al alta hospitalaria, son imprescindibles para una atención domiciliaria de calidad, que dé respuestas a las necesidades crecientes de la población.

Ante este escenario, los profesionales necesitan trabajar juntos en **equipos multidisciplinares**, y los servicios sociales y sanitarios deben coordinarse para evitar una fragmentación del cuidado. Mejorar la coordinación del cuidado entre profesionales tiene como consecuencia resultados más coste-efectivos<sup>9</sup>.

En la encuesta que SEMAP realizó en 2016 entre 300 enfermeras, para conocer la situación de la Atención Domiciliaria (AD) en la Comunidad de Madrid, los profesionales de atención primaria describieron factores como la sobrecarga de trabajo, carencia de tiempo y falta de conocimientos, como barreras que interfieren en la realización de actividades como la gestión de casos, la planificación de cuidados, e incluso la atención domiciliaria. Por otra parte los y las profesionales consideran la atención domiciliaria un servicio fundamental en los cuidados de sus pacientes, que necesita cambios importantes para alcanzar mayores y mejores coberturas, y esto lo han de hacer y facilitar tanto los y las profesionales como la organización y las políticas sanitarias. (Anexo V).



- Orientada al tratamiento de la enfermedad, prevención de reingresos, complicaciones y disminución de la estancia media
- Relación puntual con equipo hospitalario que le atiende.
- En situaciones de ingreso domiciliario desde el hospital.
- Reagudizaciones de procesos crónicos.
- Responsabilidad de los servicios hospitalarios. Lo que dificulta la intervención desde primaria y/o duplicidades en la atención sanitaria.
- Baja eficiencia.
- Cuidados puntuales hasta su resolución, dando por finalizada la relación.
- Creación de servicios específicos, únicamente para algunas especialidades.
- Desconocimiento de la trayectoria del paciente en diferentes ámbitos y su contexto habitual.
- Más lejos del domicilio, no llega a toda la población susceptible.
- Inequidad (servicios creados solo en algunos hospitales).
- Enfocados a la resolución del problema.

- Enfoque integral, valoración centrada en la persona: paciente, familia, entorno.
- El paciente conoce al profesional que ya proporcionaba cuidados continuados. Es por derecho, dado que existe libre elección de enfermera, base de la relación de confianza.
- En cualquier circunstancia ante la necesidad sentida.
- Enfermedad aguda, crónica, terminal y otros procesos.
- Responsabilidad de la enfermera familiar y comunitaria como líder del equipo en los cuidados en el domicilio.
- Continuidad de cuidados y cuidados continuados a lo largo de la vida.
- Servicios creados y consolidados desde 1984 y homogéneos desde 1991. Cartera de servicios.
- Conocimiento de la historia de vida del paciente, familia, y su contexto habitual.
- Proximidad y cercanía al personal.
- Equidad (para todos los usuarios).
- Enfocados a la cronicidad y calidad de vida. Gestión de casos.

## MODELO TRADICIONAL

- Existente en la mayoría de los países.
- Sin continuidad entre los servicios ofrecidos por los equipos del Hospital y de AP.
- Se dirige a pacientes: incluidos en un programa o asistencia especial de salud debido a su estado de aislamiento o a sus precarias condiciones de salud, requieren asistencia general.
- Excluye tratamientos y cuidados complejos.

## MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA

- Permite alianza estratégica entre hospital y AP.
- Estrecho vínculo entre profesionales de AP y hospital.
- Acuerdos AP/AH sobre continuidad y responsabilidad de tratamiento tras el alta precoz en hospitalización a domicilio o convencional.
- Perfil de paciente incluido en el servicio definido previamente
- Fundamental; organización, financiación e integración AP/ AH para proveer ambos tipos de atención domiciliaria.

*\*Tabla elaboración propia con aportaciones del art. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo. J. C. Contel Segura. Investigador colaborador de la red RIMARED<sup>11</sup>.*

SEMAP plantea una **ampliación en el enfoque, del que partir, en la atención domiciliaria**, con el fin de mantener y **respetar la autonomía** de las personas **y sus propios deseos**, siendo el eje fundamental que vertebra el documento.

Este documento elaborado por SEMAP, pretende ser una ayuda para los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en la atención en el domicilio de las personas a las que cuida, desde la prevención hasta la atención en los últimos momentos de la vida, tanto a los y las pacientes como a sus familias y a quienes les cuidan.

Es importante **dónde** son cuidadas las personas, pero también en qué momento y de qué forma. Determinar quién es candidato a la atención en el domicilio únicamente por cuestiones de alteración en la salud, conlleva una atención limitada y sesgada. Es necesario tener en cuenta los condicionantes sociales y familiares en todos los procesos de atención a las personas. Es en el servicio de atención domiciliaria donde estas consideraciones tendrían mayor impacto, **supone incluir a personas que aun pudiendo caminar y salir de sus casas**, pueden no estar en condiciones óptimas, o no disponer de los recursos necesarios que permitan mantener su calidad de vida y autonomía en el domicilio.

Hasta hace poco tiempo la atención domiciliaria de enfermería iba dirigida a personas con necesidades de cuidados que tenían dificultades para desplazarse y poder ser atendidas en la consulta de enfermería, siendo las principales causas de la limitación en el desplazamiento, las producidas generalmente por deterioro funcional y/o cognitivo, pueden verse agravadas por falta de recursos (económicos y/o sociales) y barreras arquitectónicas.

En el momento actual, SEMAP apuesta por la visita domiciliaria proactiva, donde los factores que determinan la decisión del profesional para acudir al domicilio de las personas no esté **limitada exclusivamente a su capacidad para desplazarse**<sup>10</sup>.

Situaciones en las que el profesional deberá ampliar su valoración, incluyendo condicionantes sociales, familiares, emocionales, y no tener en cuenta únicamente el estado de salud, para determinar el lugar de atención y las necesidades.

#### **Situaciones que generan duda sobre acudir a domicilio:**

- **Presencia de persona cuidadora que dé apoyo al desplazamiento.**
- **Capacidad para realizar desplazamientos puntuales de forma autónoma cerca del domicilio.**
- **Edad de la persona dependiente (población infantil).**
- **Institucionalización en residencia independientemente de la existencia o no de profesionales sanitarios.**

Generalmente se asocia atención domiciliaria con persona mayor, pero se puede dejar fuera de los cuidados domiciliarios a aquellas personas que, independientemente de la edad, están en situación de dependencia. En estas circunstancias la gestión de casos se va a convertir en la herramienta de atención imprescindible para el apoyo social y familiar, además de la prestación de cuidados.

#### **Personas que precisan valoración para incluir en servicio de AD**

- **Población infantil dependiente.**
- **Enfermedades poco frecuentes.**
- **Discapacidad física y mental en adultos jóvenes.**
- **ELA.**
- **Paraplejía y tetraplejía.**
- **Enfermedades neurodegenerativas.**
- **Fibrosis pulmonar, EPOC.**
- **Enfermos con necesidad de cuidados paliativos o con enfermedad en fase terminal.**
- **Etc.**

## REPASO HISTÓRICO

### 12 Julio 1816

Publicación Reglamento Hospitalidad Domiciliaria.

### 24 Septiembre 1821.- Cortes extraordinarias

Aprobación Reglamento de Beneficencia Pública, incluye la atención domiciliaria.

- Título V. De los socorros domiciliarios.
- Título VI. De la hospitalidad domiciliaria.

### 1933

Aparece la figura de la Enfermera Visitadora Sanitaria reconocida y documentada.

### 28 Diciembre 1963

- Ley 193/1963 publica creación Seguridad Social.

### 19 Marzo 1970

Publicado el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos. Donde se establece la organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios función incluida y ampliada en el Plan Nacional de la seguridad social para la asistencia a ancianos minusválidos, psíquicos, físicos y sensoriales del IMSERSO.

- Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales, en su artículo 8 trata de la prestación de Ayuda a Domicilio.

En Madrid se publica en el BOCM el DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 88/2002 donde se define el servicio de ayuda a domicilio como “la prestación que tiene como objetivo prevenir situaciones de crisis personal y familiar incluyendo una serie de atenciones de carácter doméstico social de apoyo psicológico y rehabilitador a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”.

### Describe las siguientes finalidades;

- Atenciones y cuidados personales, domésticos, sociales y técnicos..., para permanecer en su medio habitual de convivencia.
- Potenciar la autonomía personal y la integración en el medio habitual..., estimulando la adquisición de competencias personales.
- Apoyar la organización familiar, sin suplir, en ningún caso la responsabilidad de aquella.
- Evitar el deterioro de las condiciones de vida de las personas que por diversas circunstancias se encuentran limitadas en su autonomía personal.
- Evitar la institucionalización innecesaria.

## HISTORIA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA

Es en la reforma sanitaria de los años 80, con la creación de los centros de salud (CS) de AP, cuando la atención domiciliaria pasa a considerarse un servicio prioritario de atención a la población. En los primeros años los profesionales de enfermería carecían de independencia y no disponían de espacio propio en el centro de salud. La conquista de la “consulta de enfermería”, inicialmente con cita programada y posteriormente con cita independiente a personas que no estuvieran previamente derivados de las consultas médicas, fue un logro profesional que marcó un antes y un después en el desarrollo de la EFyC. En esos años la atención domiciliaria **estaba claramente definida como función de la enfermera de atención primaria y era priorizada sobre otras actividades en el centro de salud.**

## SITUACIÓN ACTUAL

Los datos que recogen los informes presentados por la gerencia de atención primaria, reflejan un descenso de actividad en domicilio que no es proporcional a las necesidades de la población. El análisis de las razones de este aparente descenso sería muy extenso y no aportaría mejoras a este documento, lo que es evidente es que actualmente las necesidades de atención en domicilio están cambiando y es preciso revisar el modelo. En los últimos años se están creando unidades de hospitalización en domicilio que conviven con la AD que realizan los

profesionales de AP, si estos servicios no se organizan, definen de forma adecuada, y se dotan de objetivos concretos, se puede dar lugar a la duplicidad de la atención en domicilio, indefinición de roles, descoordinación, o inhibición de atención por parte de profesionales de AP<sup>1</sup>.

Por su parte la atención primaria en el domicilio puede dividirse en dos grandes modelos: \*Ver gráfico pág. 18.

## SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA Y COMUNIDAD DE MADRID. BASES NORMATIVAS

Dentro de la Estrategia Nacional en el punto 3.3, Continuidad Asistencial, recomienda potenciar la Atención Domiciliaria, propone:

- Eliminar las barreras estructurales entre Atención Primaria y Atención Especializada para conseguir una respuesta efectiva a las necesidades de cuidados, evitando duplicidades e ineficiencias.
- Señala el cambio imprescindible en los roles profesionales para alcanzar los máximos resultados en salud con una mayor coordinación.
- Desarrollo real de equipos multidisciplinares en los que cada profesional intervenga según sus funciones y capacitación profesional en comunicación y conexión a nivel profesional y a nivel de servicio de atención en el que se encuentre.
- Se señala la oportunidad, aún no desarrollada, que el uso de las nuevas tecnologías puede suponer para proporcionar atención y seguimiento no presencial por parte de pacientes y profesionales.

### ***\*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud .***

La Comunidad de Madrid presentó en mayo de 2014 el documento “Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid” que se propone como objetivo final.

Evitar que las personas sanas padezcan enfermedades crónicas, retardar la progresión de estas dolencias y disminuir sus complicaciones a la vez que se mejora la calidad de vida de los pacientes que ya las padecen. Todo ello sin olvidar un claro enfoque sostenible, en el presente y en el futuro, asegurando que las personas reciban la atención adecuada, en el lugar óptimo y a cargo de los mejores profesionales.

### ***\*Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.***

Paralelamente al diseño y publicación de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos en la Comunidad de Madrid, en el marco de grandes cambios organizativos, se han editado varios documentos en donde se analiza la necesidad de ampliar el campo competencial de la Enfermera Comunitaria, necesario para adecuarse a los retos sociosanitario que nos vienen en la sociedad del siglo XXI, fruto de esta situación,

1. Enero 2009. Se publica el documento Papel de Enfermería de Atención Primaria, en el marco del proyecto Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
2. Mayo 2014. Estrategia de Calidad de los Cuidados de Atención Primaria.
3. Enero 2014. Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud.
4. Noviembre 2013. Atención Integral a las Personas Cuidadoras de Pacientes Dependientes. Servicio Madrileño de Salud.

Por otra parte, es la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid el pilar fundamental sobre el que los profesionales de los Centros de Salud se apoyan para el desarrollo y la mejora de los servicios sanitarios que se ofertan a la población desde el primer nivel asistencial.

### **En la revisión para el año 2017 se han incluido los servicios**

- Servicio 420; Atención a la persona mayor a la fragilidad y al deterioro funcional, , que engloba los servicios 417 (prevención y detección de problemas en personas mayores), 418 (atención a la persona mayor frágil y 501 (atención domiciliaria a pacientes inmovilizados), de la cartera de servicios 2016.
- Servicio 502; Atención en cuidados paliativos.

Además se ha adaptado la cartera de servicios a los niveles de intervención, ajustando la atención sanitaria en función de las necesidades de cada persona.

SITUACIÓN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL MUNDO	
Modelos atención existentes en EEUU y Europa	<p><b>Nurses home;</b> empresas de servicios de enfermería ofertan cuidados especializados a pacientes que requieren una terapia específica determinada, planteando un plan de cuidados integral e integrado con el sistema de salud correspondiente y los profesionales sanitarios responsables de la salud del paciente. Los cuidados se ofertan en el entorno domiciliario como cuidados especializados.</p> <p><b>Nursing home;</b> centros sanitarios gestionados desde un punto de vista enfermero, con una metodología de cuidados enfermeros, lejos del modelo biomédico tradicional. Residencias con requerimiento asistencial profesionalizado, son centros gestionados administrativamente por enfermeros.</p> <p><b>Enfermera de enlace;</b> procura la continuidad de asistencia de los cuidados entre la atención especializada y la primaria. Evalúa la situación del alta hospitalaria y las necesidades de un paciente en el domicilio, prioriza actuaciones en aquellos grupos más vulnerables a los problemas de salud, especialmente en personas con problemas de movilidad, edad avanzada, que padecen procesos crónicos o terminales.</p> <p>La filosofía de las enfermeras de enlace se sustenta en la coordinación metodológica de cuidados encaminados a la independencia y autonomía de los pacientes y sus familias, bien desarrollando las intervenciones necesarias para alcanzarla, bien supliendo los déficit de autonomía.</p> <p><b>Gestora de casos en AP;</b> no tiene actividad asistencial, sino que coordina ésta y los recursos disponibles para la atención de pacientes. Surgen conflictos entre esta figura y los trabajadores sociales, así como con las enfermeras de AP, pero en cualquier caso están suponiendo un importante recurso para pacientes y familias y para la enfermería de AP. Los fines son evitar ingresos hospitalarios, control de pacientes que requieren una asistencia específica, mejorar la coordinación entre los diferentes recursos sociosanitarios, servicios hospitalarios, urgencias, 112, AP. Establecer un sistema de información integrado que permita mantener una línea abierta de comunicación entre equipos de enfermería. Establecer un programa de educación sanitaria para el paciente y familia. Facilitar el apoyo y la formación de los cuidadores.</p>
EEUU	<p>Los cuidados domiciliarios para la gente mayor y discapacitada está cubierta por el programa Medicare.</p> <p>Los programas Medicaid cubren el cuidado domiciliario y residencial a largo plazo para los pobres. Integrar ambos sistemas es complicado.</p> <p>Hay programas que ponen el foco en pacientes complejos que causan elevados costes con problemas complejos y múltiples problemas de salud y hospitalizaciones, se les ofrece cuidaos integrados por gestoras de casos dentro de la atención primaria. Las gestoras de casos basan su práctica en una buena y regular comunicación con sus pacientes vía telefónica (por lo menos una vez cada 4-6 meses), encuentros cuando están hospitalizados o en domicilio. Primaria juega un papel importante y central en la gestión de casos de los pacientes de alto coste, trabajando próximos a la gestora de casos y otros profesionales.</p>
CANADÁ	<p>Atención Primaria universal. El cuidado domiciliario, incluida la gestión de casos y servicios profesionales como enfermería, rehabilitación están cubiertos.</p> <p>El proyecto PRISMA (Quebec 1999) para mejorar e implementar una red de servicios integrados para mejorar la salud, empoderamiento y satisfacción de los mayores frágiles y con demencia para incrementar la utilización de los servicios sanitarios y sociales sin aumentar la carga de los cuidadores.</p> <p>Componentes clave; coordinación de servicios, un punto de entrada sencillo, gestión de casos, planificación de servicios individualizada y un sistema de información compartido.</p> <p>Los profesionales de AP trabajan próximos a las gestoras de casos para apoyar y planificar los cuidados.</p>
AUSTRALIA	<p>Los servicios de la enfermería comunitaria son parte de los cuidados hospitalarios. Existe el copago. Tratan de integrar la atención primaria y los servicios de salud de la comunidad para ofrecer continuidad de cuidados y reducir los reingresos hospitalarios de los pacientes con necesidades de salud complejas y enfermedades crónicas.</p>
NUEVA ZELANDA	<p>El cuidado primario depende de los profesionales generalistas que operan como un negocio privado y son capaces de establecer tasas para sus consultas. Las gestoras de casos son enfermeras que apoyan el proceso de asesoramiento holístico y planificación de cuidados.</p>
REINO UNIDO	<p>Los profesionales de primaria son contratistas independientes para el sistema nacional de salud. Los ingresos residenciales a largo plazo son privados y con copago. La gestión de casos proactiva para los mayores de riesgo usando herramientas predictivas del riesgo ha proporcionado una capacidad añadida para intervenir antes de que ocurra la hospitalización.</p>
PAÍSES BAJOS	<p>Desde el 2000 Geriant ofrece un servicio basado en la comunidad para personas diagnosticadas de demencia, 24 horas al día 7 días por semana. El equipo incluye gestión de casos, geriatras, psicólogos clínicos, psiquiatras y enfermeras especializadas en cuidados domiciliarios. Las gestoras de casos son el punto principal para el cliente y sus cuidadores informales a la hora de coordinar servicios desde el equipo y desde otros puntos de la red incluyendo hospitales, primaria y cuidado en domicilio.</p>





# EL MODELO DE SEMAP PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA



## ELEMENTOS ESENCIALES DEL MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ELECCIÓN

- **Puerta de entrada única: enfermera de atención primaria.**
- **Visión holística de la persona: visión integral e integrada del paciente, familia y entorno como unidad básica de la atención.**
- **Planificación de los cuidados en consenso con persona, familia/persona cuidadora.**
- **Trabajar junto al paciente y familia: relación de confianza.**
- **Fomento de la autonomía, el autocuidado, y la responsabilidad de la salud de la persona.**
- **Respeto a los valores y preferencias de las personas.**
- **Apoyo a la familia y las personas cuidadoras.**
- **Cordinación entre niveles asistenciales: gestión de casos.**
- **Comunicación con las personas implicadas en los cuidados y continuidad de cuidados: manejo herramientas de comunicación, TICs...**

## EL MODELO DE SEMAP PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Ninguno de los modelos identificados fuera y dentro de nuestro entorno, responde a las necesidades actuales y futuras de la población ni a la realidad de nuestro sistema sanitario. El mejor modelo de atención no puede ser un modelo simple, ha de ser un modelo que apoye el **cuidado integral centrado en la persona** como forma óptima de mejorar los resultados en salud de las personas con necesidades complejas<sup>12</sup>.

## CONSIDERACIONES PREVIAS DE NUESTRO MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Es fundamental programar y planificar, de forma adecuada y junto con las personas a las que vamos a visitar la intervención, principalmente la primera entrevista. La herramienta de trabajo de los profesionales de enfermería elegida entre los diferentes modelos para la recogida de información es la valoración integral estructurada utilizando los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon. Así de una forma sistemática se recogen todos aquellos aspectos que se necesitan para elaborar un plan de cuidados, se identifican diagnósticos, se plantean objetivos y se programan intervenciones junto con el paciente, familia y persona cuidadora. Entendemos que la valoración que se realiza para cada persona que atendemos va a ser integral, y patrón por patrón. En cada visita, o en varias visitas, determinaremos todos

los aspectos que comprenden a la persona. El plan de cuidados será individualizado y por tanto adaptado a sus necesidades, por lo que el documento recoge algunos de los diagnósticos, criterios diagnósticos e intervenciones más comunes, pudiendo ampliarse según la valoración individualizada de cada paciente

Este documento se ha diseñado separando por **escalones** los distintos niveles de intervención en el domicilio, partiendo de la autonomía hasta llegar a la dependencia. En cada uno de los escalones se incluyen valoraciones focalizadas de ese apartado que van enfocadas al **objetivo principal, que es mantener a la persona en el escalón más bajo en el que pueda estar según su situación clínica y social**. Las preguntas que el profesional debe de hacer a paciente, cuidadora y familia así como la valoración objetiva en base a test validados incluidos en los programas de atención informatizados, se recogen en tablas y anexos para facilitar su manejo en el domicilio.

La entrevista clínica que se realiza en el domicilio del paciente ha de ser programada, para poder disponer del tiempo necesario para cumplir los objetivos de cada atención en el hogar del paciente, que será diferente en cada ocasión, existiendo una primera de valoración y posteriormente de seguimiento, y si es posible en presencia de la familia y la persona cuidadora, sin olvidar la importancia que tiene el registro de todos los datos en la historia clínica del paciente, que es esencial para una adecuada continuidad de cuidados, evaluación de servicios y de resultados.

### EL HOGAR

#### Definición de hogar

Se puede definir tanto cómo el “espacio físico” cómo “el grupo de personas” dónde, o con quién, cada individuo desarrolla su vida diaria con un sentimiento de pertenencia, confortabilidad, seguridad y calma. Es por tanto el lugar donde sentirnos en casa y elaborar nuestra identidad personal y nuestro arraigo colectivo. Aquello que también llamamos **nuestra casa**, un concepto relacionado con el sentimiento, es en esencia, un espacio de acogimiento.

“

La Atención Domiciliaria que presta la Enfermera Familiar y Comunitaria comprende todos los cuidados individualizados, enfocados a conservar la calidad de vida, respetando la autonomía, los deseos de las personas de permanecer y ser cuidadas en su Hogar, minimizando riesgos, atendiendo la soledad, la vulnerabilidad y el apoyo a sus familias y personas cuidadoras. Estos cuidados tienen en cuenta los aspectos psicosociales y emocionales.

# EL MODELO DE SEMAP PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

El hogar tiene varias dimensiones fundamentales: el hogar como espacio físico, como espacio social, como espacio identitario, como espacio “ideal”, como lugar de memoria o como espacio ideológico.

Del sentimiento intimista<sup>13</sup> que despierta en todos el concepto de hogar, se desprende la necesidad de ser invitados a ese medio por las personas que pudieran precisar nuestra atención, si queremos establecer desde el principio con ellos una relación terapéutica, de confianza, haciendo que se sientan protagonistas de la escena y siendo conscientes de su autonomía para decidir sobre su futuro y los cuidados que recibirán<sup>14</sup>.

A través de este trabajo SEMAP plantea un cambio en el enfoque de esta intervención, priorizando la autonomía y la toma de decisiones de la persona que elige como lugar de atención principal su propio hogar.

## ESTRUCTURA BÁSICA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

1. Revisar datos incluidos en la Historia Clínica del paciente: antecedentes, patologías, tratamientos, alergias, vacunaciones, recursos sociosanitarios disponibles, planes de cuidados, historial de caídas e ingresos, capacidad de autocuidado, presencia de persona cuidadora, otros datos de interés.

2. Contactar con el paciente y/o la familia; concertar fecha y hora, explicar el objetivo de la visita, solicitar presencia de la familia y persona cuidadora si fuera posible.

3. Estructurar la recogida de información por patrones funcionales.

- Una buena valoración es guiada por la enfermera, pero resuelta por el paciente y su cuidador/a. Ellos son los que deben de expresar con sus palabras, sus sentimientos, preocupaciones, anhelos, necesidades... La **escucha activa**, la observación, la inspección y el examen son las herramientas con las que cuenta la Enfermera Familiar y Comunitaria en la Atención Domiciliaria. La valoración será objetiva (con test y escalas validadas y aceptadas en nuestro medio) y recogerá datos subjetivos (entrevista dirigida a detectar necesidades sentidas).

- Es importante recoger tanto la información objetiva (lo que la enfermera indaga, recogida de datos medibles por observación/exploración) como la subjetiva (lo que el paciente y familia expresan).

- Valorar la capacidad para la autonomía personal.

- Determinar la capacidad intrínseca, el estado físico y mental.

- Detectar los riesgos que limitan la autonomía.

4. Valorar la situación familiar. Es fundamental en la atención a la persona en su domicilio. Es importante valorar la interacción familiar, los roles de cada miembro y las vivencias que genera en cada persona. No debemos olvidar recoger datos sobre, aportaciones positivas o bien alteraciones en las dinámicas familiares, trabajo, o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con el desempeño de estos roles. El enfoque familiar del cuidado implica:

- Identificar la **etapa vital** en la que se encuentra la familia en el momento en el que aparece la crisis o enfermedad.

- Identificar los **roles familiares** previos a la aparición de la enfermedad y los cambios que se dan en dichos roles durante el proceso de adaptación.

- Identificar **factores favorecedores** de las dinámicas familiares positivas.

- Identificar **comportamientos disfuncionales** que entorpecen el proceso.

- Identificar **necesidades** individuales y del conjunto familiar.

- Facilitar el desarrollo de estrategias de **adaptación**.

- Ayudar en el proceso de **cambio**.

- Evaluar de forma continua el proceso en base a la evolución de la persona enferma y la reconstrucción del sistema familiar.

La Escala de Apgar Familiar<sup>15</sup> es un buen barómetro identificador de alteraciones en las dinámicas familiares. Si se sospecha aislamiento o deterioro en las relaciones sociales se recomienda el uso de la Escala de Gijón para profundizar en la valoración.

## 5. Valoración del domicilio:

- Identificar riesgos de caídas y accidentes
- Valorar la posibilidad de realizar adaptaciones

## 6. Tras realizar la valoración completa de la persona en el domicilio hemos de:

- Identificar y registrar los diagnósticos enfermeros para los problemas reales o de riesgo identificados en la Atención Domiciliaria.
- Elaborar un plan de cuidados junto con el paciente, la persona cuidadora y la familia. Es posible que se necesiten varias visitas para completar el diseño. Una vez hecho se planificarán las visitas de seguimiento. En el documento incluimos propuestas de Dx y objetivos en cada capítulo de atención, las intervenciones al ser tan extensas se incluyen en los anexos.
- Entrega de material informativo, escrito, gráfico o similar, si se dispone.
- Planificar visitas de seguimiento con un planteamiento proactivo utilizando la llamada telefónica, y definiendo su periodicidad y la visita presencial.
- Registro en la Historia Clínica.

La sistematización de la visita domiciliaria en cualquier situación en la que se encuentre la persona a la que vamos a atender, facilita la detección precoz de necesidades y la intervención preventiva.

En cada escalón vamos a incluir únicamente aquellos diagnósticos que con mayor frecuencia pueden presentarse y que con su abordaje y resolución evitarán el avance a peldaños superiores. Se enuncian los resultados esperados y para conseguirlos se identifican aquellas **intervenciones específicas del domicilio**.

Conscientes de que se pueden aplicar numerosos diagnósticos, resultados e intervenciones derivadas de la valoración que realicemos vamos a centrarnos únicamente en aquellas **acciones dirigidas a mantener a las personas en sus hogares, si es lo que desean, con la mejor calidad de vida e independencia posible**.

Martin Lesende et al. en su artículo *“El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. (2010)”* describe distintas tipologías de personas mayores en relación con la funcionalidad. En base a esta clasificación se establecen diferentes grupos de intervención a desarrollar en el domicilio<sup>16</sup>:

### 1. Personas mayores sanas, sin enfermedad ni alteración funcional.

Intervenciones con **enfoque preventivo**; evitar inactividad con programas de ejercicios y prevención de caídas, valoración e intervención sobre factores de riesgo detectados, incluidos los riesgos en el hogar.

### 2. Personas mayores con enfermedad crónica sin problemas funcionales.

Intervenciones con **enfoque preventivo**, programas de ejercicios y prevención de caídas, incluyendo intervenciones de fomento del autocuidado y acciones para el cuidado de las enfermedades crónicas.

**3. Personas mayores en riesgo de deterioro funcional**, independientes pero inestables y con alto riesgo de discapacidad pero en situación reversible. Intervenciones con **enfoque curativo y rehabi-**

**litador**, dirigidas a revertir la situación de pérdida de funcionalidad y avance hacia la dependencia; diseño de programas de ejercicio físico multicomponente y prevención de caídas, en el que se incluyen manejo de polifarmacia y riesgos del hogar. Los riesgos son diferentes en situación de pérdida funcional y puede ser necesario adaptación del entorno y uso de recursos. Intervenciones de gestión de casos.

**4. Persona mayor en situación de dependencia de carácter transitorio o permanente.** Intervenciones con enfoque curativo, rehabilitador y preventivo dirigidas a recuperar funcionalidad y **prevenir un mayor deterioro** que agrave la discapacidad. Intervenir junto a otros profesionales: fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales además de médicos de familia desarrollando acciones multifocales, es decir coordinar equipos multidisciplinares que favorezcan la recuperación de capacidades de la persona mayor en situación de dependencia, gestión de casos.

**5. Persona mayor en situación de final de la vida.** Limitación funcional grave no reversible, altas necesidades de cuidados. Intervenciones con enfoque paliativo y preventivo con **especial atención al bienestar** en el final de la vida.

Siguiendo esta clasificación basamos nuestro modelo de AD, acciones dirigidas a eliminar o disminuir el riesgo de ascenso hacia la dependencia, diseñando planes de cuidados específicos para cada situación. Premisa de la propuesta; **activar el servicio de Atención Domiciliaria cuando las personas aún son autónomas.** La clasificación de Martín Lesende es de aplicación a personas mayores únicamente, nuestra propuesta no se limita a este grupo de población, que si bien, va a ser el más numeroso dentro de nuestra atención en el hogar, no podemos dejar de lado a otras personas que por su situación de vulnerabilidad, dependencia y/o discapacidad pueden beneficiarse de nuestra intervención profesional para facilitar su adaptación al hogar, disminuyendo riesgos y aportando recursos que permitan permanecer en el mientras sea posible.

**Independientemente de la situación funcional de la persona mayor o en situación de dependencia, se deben incluir intervenciones dirigidas a:**

- **Respetar la autonomía.**
  - **Prevenirla soledad y el aislamiento social.**
  - **Atender a la persona cuidadora.**
  - **Realizar acciones con enfoque centrado en la atención familiar.**
-





ESCALERA HACIA LA  
DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN  
CENTRADA EN LA PERSONA

# Guía SEMAP de Atención a domicilio



Foto: Óscar Aguado

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

## ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y EL FOMENTO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

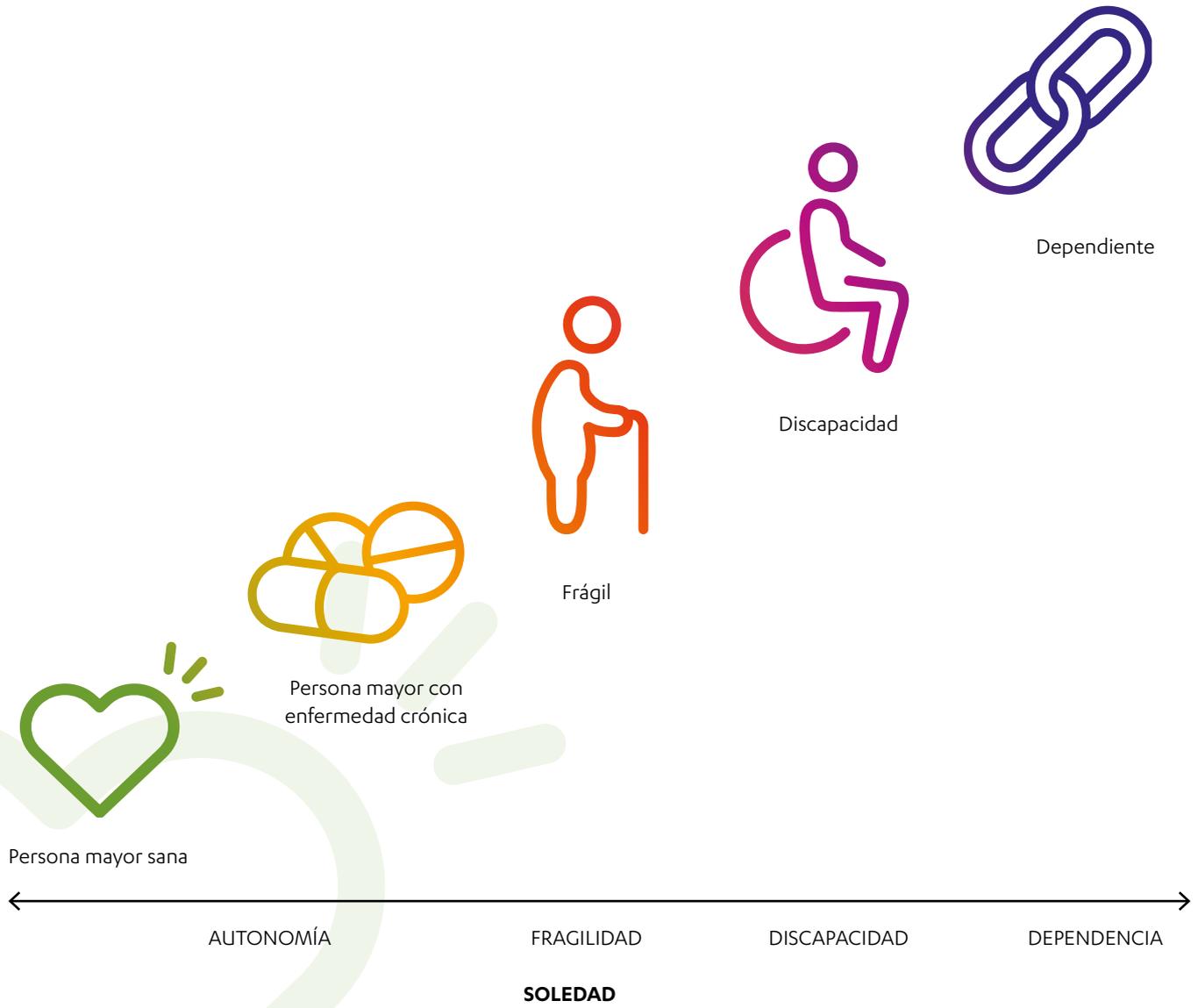
**“Ser capaces de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor”.**

Ésta es la forma en la que la OMS propone definir un envejecimiento saludable<sup>18</sup>. Para poder fomentarlo se necesita un cambio en la visión del envejecimiento, la creación de entornos adaptados, la adecuación de los sistemas de salud a las necesidades de los mayores y la creación de sistemas de atención a largo plazo.

Los servicios, en general, no se ajustan a las necesidades de las personas mayores. Es necesario rediseñarlos para proporcionar la atención integral y coordinada que ha demostrado ser más adecuada y efectiva. El punto de partida es colocar a estas **personas** en el **centro de la atención de la salud**, lo que requiere centrarse en sus necesidades y preferencias únicas, e incluirlas como participantes activos en la planificación de la atención y manejo de su salud. Es preciso integrar los planes de salud, gestión de casos, el apoyo al autocuidado y el apoyo al envejecimiento.

### **Valoración focalizada**

Garantizar el **derecho a elegir**, está vinculado a la autonomía y tiene gran influencia en la dignidad, integridad, libertad, e independencia



“Es más probable el éxito donde hay un foco específico sobre el trabajo con individuos y cuidadores informales para ayudar en el autocuidado”<sup>17</sup>

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

de la persona mayor. Entre las elecciones sobre las que la persona mayor debería tener el control estarían: el lugar donde vive, las relaciones que tiene, cómo pasa su tiempo y si se somete a tratamientos o no.

Estas elecciones vienen condicionadas por tres **factores importantes**, que juntos **determinan la autonomía** como componente básico de su bienestar general:

- **Capacidad intrínseca**, esto es el conjunto de capacidades físicas y mentales de una persona en un momento dado<sup>7</sup>.
- **Entorno** que habitan, los recursos y las oportunidades a su disposición.
- **Habilidad funcional**.

**La atención centrada en la persona** implica el respeto al derecho a la **autonomía** en la toma de decisiones y en las elecciones sobre su proyecto vital. La autonomía como capacidad no es un todo o nada, depende de las situaciones, y para ejercerla puede ser necesaria la ayuda de otros, bien desde la familia, personas cuidadoras y/o profesionales sociosanitarios, por tanto es esencial la atención individualizada, el trato personalizado y asegurar la planificación y coordinación entre los recursos existentes.

En ocasiones, la autonomía se ve limitada por la **seguridad**. Asumir algunos riesgos y encontrar el equilibrio entre el bienestar y la seguridad es esencial para el respeto a la autonomía personal y el fomento de la **calidad de vida**. Este ha de ser el **objetivo fundamental** de la atención domiciliaria para la EFyC en el cuidado de personas mayores autónomas.

El concepto **Calidad de Vida** fue definido por la OMS como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del suje-*

*to, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno”*.

Respetar el deseo de las personas sobre cualquier otra consideración es el principio básico de la valoración del profesional, para ello hay que **detectar riesgos potenciales y necesidades sentidas** de las personas vulnerables<sup>20</sup> con el deseo de permanecer en su hogar y así poder gestionar los recursos que lo permitan. Esta afirmación toma especial relevancia en personas con deterioro cognitivo leve, situación que puede generar un conflicto entre autonomía versus riesgo potencial. La intervención conjunta enfermera-servicios sociales con intervenciones proactivas y su monitorización son esenciales para ello<sup>21</sup>.

Imaginemos una persona que se encuentra en la base de la escalera, una persona mayor y autónoma que acude a nuestra consulta periódicamente y a quien le realizamos intervenciones encaminadas a mantener esa autonomía a lo largo de los años, ¿en qué momento vamos a considerar que una persona se beneficiará de la atención domiciliaria por su enfermera de referencia?

En cualquier otro peldaño de la escalera hacia la dependencia no hay ninguna duda de la intervención en el domicilio, bien preventiva (detección de riesgos, adelantarse a posibles crisis, etc.), o bien planificando intervenciones sobre necesidades detectadas.

El punto de inflexión para decidir, junto con el paciente y la familia, que es el momento de acudir al domicilio nos lo va a dar **los signos de cambio en la valoración integral de la persona**, en ocasiones estos cambios son difíciles de identificar si no se pone el foco en ellos, de ahí la necesidad de desarrollar acciones periódicas de **detección precoz** de síntomas o signos de alteración: ya sean cambios clínicos, mentales, sociales, o funcionales, objetivo fundamental en este nivel. (Persona prefrágil).

En el SERMAS, en la historia clínica informatizada de AP, cada paciente tiene incluido entre sus planes personales los programas y protocolos de valoración adaptados a su edad, nivel de riesgo, y nivel de



Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y saludable<sup>18</sup>.

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA**

**00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.**

**00193 Descuido personal.**

**00243 Riesgo de deterioro para la toma emancipada de decisiones.**

**NOC**

**0313 Nivel de autocuidado.**

**0906 Toma de decisiones.**

**1602 Conducta de fomento de la salud.**

**1614 Autonomía personal.**

**1635 Gestión del tiempo personal.**

**1902 Control del riesgo.**

**1908 Detección del riesgo.**

**1909 Conducta de prevención de caídas.**

**1910 Conducta de seguridad: Ambiente seguro en el hogar.**

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

intervención que los profesionales le asignan, y que van a permitir un seguimiento individualizado y ajustado a la realidad de cada persona.

Desarrollar todos los posibles planes de cuidados en la atención en el domicilio convertiría este documento en una herramienta poco práctica y difícil de manejar, por lo que únicamente enunciaremos los diagnósticos NANDA (Ed 2015-2017) posibles más frecuentes y los resultados que podemos esperar.

## Intervenciones

Las intervenciones (NIC) son la herramienta que dan valor a la acción enfermera y que en su aplicación permite el avance hacia los resultados (NOC) que esperan las personas a las que cuidamos y los profesionales.

El diseño del plan de cuidados tiene como **objetivo mejorar y/o conservar la autonomía**, priorizando acciones enfocadas a potenciar las ABVD y las AIVD que la persona sea capaz de realizar, y a eliminar o minimizar los riesgos potenciales.

## Recursos

Los servicios sociales municipales son proveedores de recursos de ayuda en el hogar, algunos de los que se pueden gestionar son:

- Comida a domicilio.
- Teleasistencia.
- Adaptación para la habitabilidad de la vivienda.
- Atención doméstica.
- Atención a las personas: aseo personal, ayuda para ABVD, apoyo en traslados y movilizaciones, acompañamiento fuera del hogar para la realización de gestiones y trámites relacionados con la vida diaria, ayuda en la toma de medicamentos .
- Comedores.

- Centros de mayores.
- Pisos tutelados.

Cada municipio desarrolla sus circuitos de solicitud y valoración del servicio necesario que garantice el bienestar de las personas en su entorno y la mejora de la calidad de vida, sin suplir la responsabilidad que corresponde a la familia, que no siempre está presente o tiene capacidad para asumir los cuidados.

<https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Servicios-sociales/Carta-de-servicios/?vgnextfmt=default&vgnextchannel=1375c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnextoid=1375c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>.



## AUTONOMÍA:

- “Ser capaces de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor” definición de la OMS de Envejecimiento Saludable.
- La administración sanitaria ha de ser capaz de proporcionar las medidas necesarias para que la persona pueda envejecer de forma saludable, facilitando las herramientas tanto materiales como de crecimiento personal y empoderamiento de la persona.
- La atención centrada en la persona hace que ésta se sienta empoderada, segura de sí misma y con mayor capacidad de decisión sobre cómo mantener y mejorar su calidad de vida.
- Trabajando de forma conjunta con la persona, hemos de ser capaces de definir los riesgos específicos que cada individuo presenta (riesgos que no son estáticos) y de esta forma prevenir o detectar de forma precoz cualquier posible cambio que nos pueda favorecer la aparición de un problema y la pérdida de la autonomía.



# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

## FRAGILIDAD

La Atención Domiciliaria no va dirigida únicamente a las personas mayores, sino también a aquellas personas que por su situación de salud necesitan atención enfermera en su domicilio, con el fin de prestarles los cuidados necesarios y apoyar los cuidados realizados por otras personas cuidadoras, como veremos en el apartado de la dependencia. Si bien, por las características de la población a la que atendemos, son las personas mayores las que con mayor frecuencia precisan de nuestra intervención en domicilio. En el apartado anterior, las acciones más recomendadas son fundamentalmente de apoyo y fomento del autocuidado, incidiendo en aquellos aspectos que favorezcan la autonomía de las personas para mantener una adecuada calidad de vida en su hogar. Para el abordaje de la fragilidad nuestras intervenciones han de ser más proactivas y continuadas en el tiempo y la población a quien va dirigida es siempre población mayor.



**El factor de riesgo de fragilidad más importante es la edad y la inactividad física. El factor de riesgo fundamental de discapacidad son las caídas y la causa principal de las caídas es la fragilidad.**

*\* Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.*

El Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la Persona Mayor<sup>22</sup> define **fragilidad** como, el *“incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo, y lo predispone a eventos adversos de salud. Permite, por tanto, identificar a un subgrupo de mayores de 65 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional”*.

**Se centra en la funcionalidad** y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad. La fragilidad es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo.

Nuestra actuación irá dirigida a prevenir y/o revertir las situaciones que preceden a la discapacidad con el objetivo de desplazar la aparición de ésta al límite de la supervivencia biológica. Es decir, que las personas no lleguen a ser dependientes. Tanto en el centro de salud como en el domicilio el profesional sanitario ha de **intervenir en la prevención de la fragilidad** para evitar el progreso del deterioro funcional a la discapacidad y a la dependencia. Si, como hasta ahora, centramos las acciones del cuidado en la enfermedad y no sobre la fragilidad, la discapacidad no se previene.

La OMS, en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de 2015, considera la fragilidad como el *“deterioro progresivo, relacionado con la edad, de los sistemas fisiológicos, que provoca una disminución de reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos”*.

En la situación de fragilidad interaccionan el **envejecimiento y la capacidad funcional**, siendo la edad avanzada una condición necesaria, por ello una persona joven puede estar enferma pero no será frágil.

Para el abordaje de la fragilidad el Ministerio de Sanidad editó el documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la Persona Mayor<sup>22</sup>, derivado de la Estrategia Nacional de abordaje de la Cronicidad<sup>4</sup>. A partir de este documento cada comunidad autónoma diseña sus propios protocolos de intervención. En la Comunidad de Madrid, la adaptación de la cartera de servicios de Atención Primaria en relación a la estrategia de cronicidad ha incluido el **cribado de fragilidad** centrado en la pérdida de funcionalidad. Mediante el cuestionario de Barthel se determina si existe o no disminución en la capacidad para realizar las actividades básicas la vida diaria (ABVD). Una buena referencia de pérdida de función la puede dar la alteración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), medida a través del cuestionario Lawton-Brody, el cual, a pesar de los importantes

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

00231 Riesgo Síndrome de fragilidad del anciano.

00257 Síndrome de fragilidad del anciano.

00199 Planificación ineficaz de las actividades.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

00092 Intolerancia a la actividad.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.

00168 Estilo de vida sedentario.

00249 Riesgo de úlceras por presión.

## NOC

1909 Conducta de prevención de caídas.

1910 Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar.

1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.

208 Movilidad.

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

sesgos culturales y de género, es una herramienta útil para monitorizar la evolución de la persona mayor sana.

## Valoración focalizada

A cada paciente mayor de 70 años que acude al centro de salud se le realizará el cribado de fragilidad. **El factor de riesgo de fragilidad más importante es la edad y la inactividad.** La secuencia de actividades es la siguiente:

**1. Escala de Barthel:** inclusión en el programa.

**2. Cribado fragilidad/limitación funcional:** Short Physical Performance Battery (SPPB). Combina equilibrio, velocidad de la marcha y fuerza al levantarse de la silla. Es útil para:

- Prevenir la discapacidad.
- Prevenir eventos adversos, dependencia, institucionalización y mortalidad.
- Una **puntuación por debajo de 10** indica:
  - Fragilidad.
  - Elevado riesgo de discapacidad.
  - Riesgo de caídas.

*\* Se puede utilizar la escala FRAIL donde no sea posible su realización*

## 3. Valoración riesgo caídas:

- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?.
- ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?.

- ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (esta pregunta se considerará positiva si la prueba de ejecución utilizada para el cribado de fragilidad resulta alterada).

**4. Revisar medicación:** si la persona consume **cinco o más fármacos**, es el factor de riesgo de caídas más fácilmente modificable. La revisión periódica de la medicación y la adecuación de la prescripción son las recomendaciones más eficaces y fácilmente desarrolladas en AP para prevenir el avance de la fragilidad hacia la dependencia.

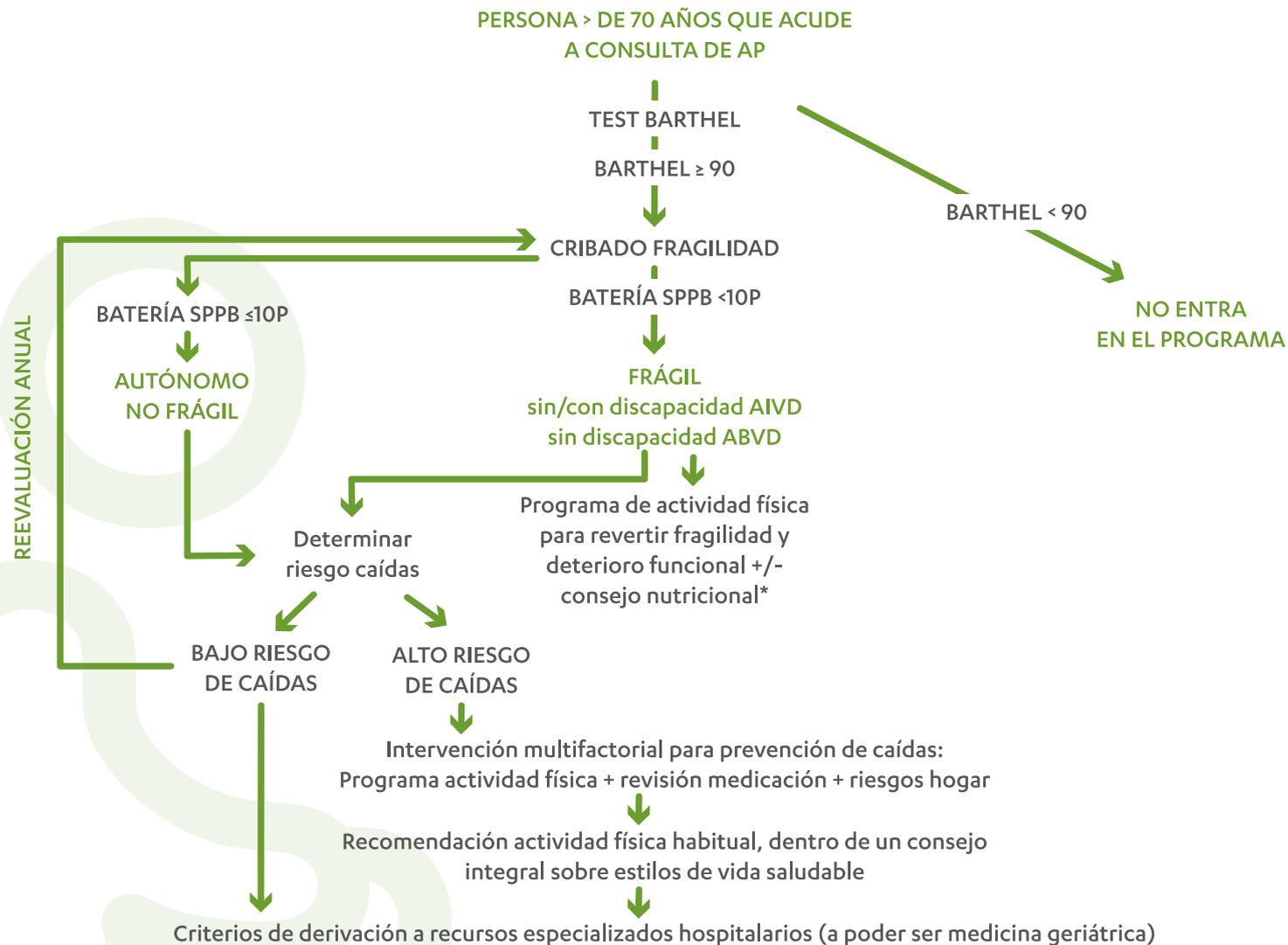
**5. Riesgos en el hogar:** detección de riesgos de caídas, accidentes domésticos, y posibilidad de establecer medidas correctoras.

Una vez detectada la fragilidad se debe continuar con la valoración dirigida a detectar aquellos aspectos que agraven la situación y sean modificables.

## Intervenciones adaptadas a la situación individual

Podemos tener en cuenta el Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014.

- Cribado de fragilidad y detección de riesgo de caídas:
  - Mayor no frágil: consejo integral en estilos de vida saludable, diseñado en atención primaria para la población adulta
  - Mayor frágil:
    - Programas de actividad física multicomponente que potencian resistencia, equilibrio y fuerza. De forma individual y/o grupal. El objetivo será revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional.
    - Valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados.



*\*Preferentemente enmarcado en una valoración multidimensional (valoración geriátrica integral VGI)*

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Alto riesgo de caídas: intervención multifactorial para la prevención de caídas:
  - Plan de actividad física.
  - Revisión de polimedicación.
  - Reducción de riesgos ambientales en el domicilio.

## Actividad física

Las personas mayores que realizan ejercicio físico regular junto con hábitos de vida saludable muestran mayor satisfacción con su vida y mejor salud percibida, son más capaces de crear entornos seguros, de mantener habilidades sociales y de relación y mejorar o mantener su capacidad cognitiva<sup>23</sup>.

Los programas de atención a las personas mayores han de centrarse prioritariamente en **mantener la capacidad funcional** en el proceso de envejecimiento, independientemente de la edad y la patología. Los **programas de actividad física** son los que han demostrado mayor beneficio en múltiples aspectos, ya que no solo evitan la pérdida de función sino que disminuyen la grasa visceral relacionada con la enfermedad cardiovascular, mejoran la fuerza, la potencia, la masa muscular, el equilibrio, la marcha, la actividad articular, la función respiratoria, las funciones ejecutivas, producen estimulación cognitiva, tienen efecto ansiolítico y sobre todo **disminuye el riesgo de caídas, la institucionalización y el riesgo de mortalidad**<sup>24</sup>.

La pérdida de masa muscular disminuye la fuerza y potencia muscular, como consecuencia aparece limitación funcional, estado precursor de la discapacidad, por tanto, las **intervenciones** consistentes en **mejorar la actividad física** son esenciales para evitar el deterioro hasta la discapacidad y han podido demostrar su eficacia en la prevención de la dependencia.

La afectación de la marcha en pacientes frágiles tiene su origen en problemas cognitivos. Observando cómo camina un paciente podemos hacernos una idea de la fragilidad física, puesto que la velocidad,

coordinación, equilibrio, etc., tienen control cortical y dan cuenta de la integridad del sistema. Está demostrado que los programas de ejercicio físico en personas con alteración cognitiva retrasan o evitan pérdida de funcionalidad, así como el avance de la demencia. No está tan claro que disminuyan el riesgo de caídas, pero ante los beneficios mencionados se diseñarán **programas individualizados y adaptados a cada persona en su domicilio**<sup>25</sup>.

## Recursos

- Vivifrail: <http://www.vivifrail.com/es/proyecto>.
- Ejercicios de Otago: <http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2014/02/Otago-Spanish-Booklet.pdf>.
- RETICEF<sup>26</sup>.



## FRAGILIDAD

- En la situación de fragilidad interaccionan el envejecimiento y la capacidad funcional, siendo la edad avanzada una condición necesaria, por ello una persona joven puede estar enferma pero no será frágil.
- Las acciones más recomendadas son fundamentalmente de apoyo y fomento del autocuidado, incidiendo en aquellos aspectos que favorezcan la autonomía de las personas para mantener una adecuada calidad de vida en su hogar.
- Para el abordaje de la fragilidad nuestras intervenciones han de ser más proactivas y continuadas en el tiempo y la población a quien va dirigida es la población mayor.
- El factor de riesgo de fragilidad más importante es la edad y la inactividad física. El factor de riesgo fundamental de discapacidad son las caídas y la causa principal de las caídas es la fragilidad.
- En la Comunidad de Madrid, la adaptación de la cartera de servicios de Atención Primaria en relación a la estrategia de cronicidad ha incluido el cribado de fragilidad centrado en la pérdida de funcionalidad. Mediante el cuestionario de Barthel se determina si existe o no disminución en la capacidad para realizar las actividades básicas la vida diaria (ABVD).



# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

## DISCAPACIDAD

Actualmente la expectativa de vida ha aumentado hasta cerca del límite máximo de la supervivencia biológica, a la vez que lo hace la mejora de las condiciones ambientales y de los sistemas de salud. Esta expectativa de vida es muy diferente a la expectativa de **vida libre de discapacidad, o esperanza de vida en salud**<sup>27</sup>. Las formas de enfermar en edades avanzadas son diferentes al resto de la población, los cuidados que reciben y las características de las personas cuidadoras van evolucionando como lo hace la sociedad, por ello hay que reorientar los sistemas de salud para adaptarlos a estas nuevas necesidades. El enfoque ya no puede ser exclusivamente curativo sino que está enfocado a la prevención, la gestión de riesgos y el autocuidado. Para eso se requiere una atención integrada (servicios sociales y sanitarios), continuada (desde AP) y coordinada entre AP y atención hospitalaria (AH).

La **discapacidad** relacionada con la edad aparece a edades tardías, especialmente a partir de los 75 años, y según la esperanza de vida actual, vivimos suficiente tiempo como para llegar a ello. A estas edades aumenta la comorbilidad y disminuye la reserva funcional, lo que impide responder adecuadamente a las demandas y ser autónomos, disminuyendo la calidad de vida. Cuando disminuye la **capacidad funcional** y la autonomía, estableciéndose la dependencia, se pierde calidad de vida.

Habitualmente, se identifica la edad avanzada con **discapacidad**, pero se observa una amplia variabilidad en la valoración del deterioro físico y funcional que no siempre va unido a la edad, entonces hablamos de **diversidad funcional**. Conservar o perder cierta capacidad funcional no es un todo o nada, sino que hay que concretar esta funcionalidad en las actividades específicas que la persona necesita para desarrollar con independencia y autonomía una vida que considere como plena y satisfactoria. Desde la total capacidad funcional a la discapacidad funcional hay muchos estados intermedios, esta situación se debe a múltiples factores condicionantes del autocuidado de la salud que incluyen determinantes internos (edad, sexo, valores, hábitos, creencias, experiencias de salud previas, etc) y externos (recursos, situación socioeconómica, cultura, sistemas de salud etc.).

Según la OMS, la **discapacidad** es un término general que abarca las deficiencias o problemas que afectan, a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad o dificultades para ejecutar tareas, y las restricciones de la participación en situaciones vitales<sup>28</sup>.

Un 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad<sup>28</sup>. Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las de la sociedad en la que vive. El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas son algunas de las causas. Las desventajas en salud que produce son: peores resultados sanitarios, académicos, tasas más altas de pobreza, y participación limitada.

La mayor parte del apoyo que tienen las personas con discapacidad procede de familiares y/o sus redes sociales, pero recurrir exclusivamente al apoyo informal puede tener consecuencias adversas para la persona cuidadora, como tensión psicológica y emocional, aislamiento y pérdida de oportunidades socioeconómicas. Estas dificultades aumentan a medida que envejecen los miembros de la familia.

Cada persona con discapacidad es receptora, sin ninguna duda, de los servicios de los equipos de atención primaria, especialmente de la EFyC. Hasta ahora, desde atención primaria las intervenciones que se realizan con estas personas y sus familias están dirigidas a mantener o resolver problemas de salud. Además, para poder abordar necesidades sociales es preciso coordinar acciones con otros servicios, organizaciones e instituciones especializadas que aseguren una atención de salud integral, y para conseguirlo es preciso desarrollar un modelo de **gestión de casos**, como modelo de provisión de servicios. *“La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el que se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona”.*

El entorno donde habitan las personas puede convertirse en una limitación para permanecer en él cuando envejecen, o cuando tienen alguna diversidad funcional. Las ciudades no están adaptadas a la discapacidad, eliminar los obstáculos en los espacios públicos,



## 10 DATOS SOBRE LA DISCAPACIDAD NOVIEMBRE DE 2017

### **Dato 1: más de 1000 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad**

Esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial. Entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para funcionar. Las tasas de personas con discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y del aumento de las enfermedades crónicas a escala mundial.

### **Dato 2: la discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables.**

Los países de ingresos bajos tienen una mayor prevalencia de discapacidades que los países de ingresos altos. La discapacidad es más común entre las mujeres, las personas mayores y los niños y adultos que son pobres.

### **Dato 3: las personas con discapacidad no suelen recibir la atención de salud que necesitan.**

La mitad de las personas con discapacidad no pueden pagar la atención de salud, frente a un tercio de las personas sin discapacidades. Las personas con discapacidad son más de dos veces más propensas a considerar insatisfactorios los servicios de salud que se les dispensan. Son cuatro veces más propensas a informar de que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud.

### **Dato 4: los niños con discapacidad tienen menos probabilidades de ser escolarizados que los niños sin discapacidad.**

Se observan desfases entre las tasas de finalización de los estudios para todos los grupos de edad y en todos los contextos, con contrastes más pronunciados en los países más pobres. Por ejemplo, la diferencia entre el porcentaje de niños con discapacidad y el porcentaje de niños sin discapacidad que asisten a la escuela primaria oscila entre el 10% en la India y el 60% en Indonesia.

### **Dato 5: las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad.**

Los datos mundiales indican que las tasas de empleo son más bajas para los hombres con discapacidad (53%) y las mujeres con discapacidad (20%) que para los hombres sin discapacidad (65%) y las mujeres sin discapacidad (30%). En los países de la OCDE, la tasa de empleo para las personas con discapacidad (44%) ascendió a poco más de la mitad de la correspondiente a las personas sin discapacidad (75%).

### **Dato 6: las personas con discapacidad son vulnerables a la pobreza.**

Las personas con discapacidad viven en condiciones peores - por ejemplo, alimentación insuficiente, vivienda precaria, falta de acceso al agua potable y el saneamiento - que las personas sin discapacidad. Debido a los costos adicionales que gen-

eran, entre otros aspectos, la atención médica, los dispositivos de ayuda o la asistencia personal, las personas con discapacidad suelen ser más pobres que las no discapacitadas con ingresos similares.

### **Dato 7: la rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y a reforzar la independencia.**

En muchos países, los servicios de rehabilitación son insuficientes. Datos procedentes de cuatro países del África meridional indican que solo entre un 26 y un 55% de las personas que requerían servicios de rehabilitación médica los recibían, y solo entre el 17 y el 37% de los que necesitaban dispositivos de ayuda (por ejemplo, sillas de ruedas, prótesis, audífonos) podían acceder a ellos.

### **Dato 8: las personas con discapacidad pueden vivir y participar en la comunidad.**

Incluso en los países de ingresos altos, entre el 20% y el 40% de las personas con discapacidad no ven por lo general satisfechas sus necesidades de asistencia en relación con las actividades que realizan cotidianamente. En los Estados Unidos de América, el 70% de los adultos confían en sus amigos y familiares para que les brinden asistencia en sus actividades cotidianas.

### **Dato 9: los obstáculos discapacitantes se pueden superar.**

Los gobiernos pueden:

- \* promover el acceso a los servicios generales;
- \* invertir en programas específicos para las personas con discapacidades;
- \* adoptar una estrategia y plan de acción nacionales;
- \* mejorar la educación, formación y contratación del personal;
- \* proporcionar una financiación adecuada;
- \* aumentar la conciencia pública y la comprensión de las discapacidades;
- \* fortalecer la investigación y la recopilación de datos; y
- \* garantizar la participación de las personas con discapacidad en la aplicación de políticas y programas.

### **Dato 10: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad tiene por objeto promover, proteger y asegurar el goce de los derechos humanos por todas las personas con discapacidad.**

Hasta la fecha han firmado la Convención más de 170 países y organizaciones de integración regional, y 130 la han ratificado. El informe de la OMS/el Banco Mundial sobre discapacidad proporciona las mejores pruebas científicas disponibles para asegurar el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas con discapacidades en consonancia con la Convención.

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

transporte, información y comunicación hará posible que las personas con discapacidad participen en la educación, empleo y vida social, reduciendo así su aislamiento y dependencia OMS. (Informe mundial sobre la discapacidad. 2011).

**La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** aprobada en 2006 por Naciones Unidas reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación.

Especifica también:

- Los estados proporcionarán los servicios de salud que necesiten como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades. Proporcionarán estos servicios lo más cerca posible de las comunidades.
- Exigirán a los profesionales de la salud que les presten atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad y la autonomía.
- Adoptarán medidas efectivas y pertinentes, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Según el INE los tipos de discapacidad con mayores tasas tienen que ver con: movilidad, autocuidado, vida doméstica, audición, visión, comunicación, aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, e interacciones y relaciones personales.

Las ayudas técnicas y personales facilitan la vida cuando existe discapacidad, sillas de ruedas, bastones, audífonos, etc., disminuyen la severidad de la discapacidad, al igual que sucede cuando las personas reciben cuidados o asistencia de otras personas. **Las personas que no**

**reciben ayudas para realizar sus actividades, expresan más necesidad de ayudas técnicas que de asistencia personal**<sup>23</sup>. La mitad de las personas con discapacidad en las ABVD que las reciben, refieren que les permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD.

Los condicionantes culturales y las creencias individuales en ocasiones conllevan el rechazo a la ayuda en domicilio por considerar que es una intromisión en su intimidad, para algunas personas que una persona extraña acuda a su domicilio para realizar tareas, que por sus limitaciones no pueden realizar, supone un estrés importante, les genera inseguridad y ansiedad, por lo que prefieren ayudas técnicas y adaptación del entorno antes que una asistencia domiciliaria. El respeto por los deseos personales está por encima de otras consideraciones.

Es necesario diferenciar las intervenciones de la EFyC en el domicilio para prevenir y atender la discapacidad en personas mayores, de las intervenciones que se desarrollarán en personas con discapacidad no asociadas a la edad.

## Valoración focalizada

Una vez más se reconoce la necesidad de una valoración integral, sistemática y estructurada siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, con la recogida de datos especialmente enfocada a las necesidades producidas por la situación de discapacidad de cada persona en su hogar, sin olvidar el entorno familiar y en especial la persona cuidadora en caso de que la precise.

## Intervenciones

El **objetivo fundamental** de las intervenciones en este nivel ha de ir enfocado a **revertir la situación de discapacidad si fuera posible**, o a favorecer niveles de **autonomía**, así como a **minimizar los riesgos** en función de la discapacidad de la persona. La acción coordinada con los servicios sociales del centro de salud y los municipales es fundamental para poder aportar las ayudas que más necesiten estas personas.

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

**00137 Aflicción crónica.**

**00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.**

**00071 Afrontamiento defensivo.**

**00069 Afrontamiento ineficaz.**

**00120 Baja autoestima situacional.**

**00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.**

**00133 Dolor crónico.**

**00136 Duelo.**

**00118 Trastorno de la imagen corporal.**

**00153 Riesgo de baja autoestima situacional.**

**00152 Riesgo de impotencia.**

**00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia.**

**00054 Riesgo de soledad.**

**00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.**

**00150 Riesgo de suicidio.**



# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

## Recursos

Guía de Prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de Dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos:

([www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/.../33012\\_gprestaciones.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/.../33012_gprestaciones.pdf)).

Prestaciones en Madrid:

- Ayuda a domicilio y teleasistencia.

Modalidades del servicio:

- Atención doméstica.
- Atención personal.
- Teleasistencia y otras ayudas técnicas.
- Ayudas complementarias para la mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda.
- Plazas en centros de atención a personas con discapacidad intelectual, que integran la red pública de la Comunidad de Madrid.
  - Centros ocupacionales. Son aquellos que proporcionan la habilitación profesional, el desarrollo personal y la integración social a las personas no gravemente afectadas.
  - Pisos tutelados. Son centros residenciales para personas con discapacidad intelectual y un nivel de autonomía suficiente.
- Plazas en centros de atención a personas con discapacidad por enfermedad mental, que integran la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

- Recursos residenciales: Residencias, Pisos Supervisados y Pensiones Concertadas Supervisadas.

- La Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid cuenta con los siguientes recursos de atención diurna: centros de día de soporte social, centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral.

- Otros Dispositivos: equipos de apoyo social comunitario, servicio de atención social y apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental crónica en situación de marginación y exclusión.

- Ayudas para el fomento de la autonomía personal y la promoción de la accesibilidad a personas con discapacidad.

- Ayuda para el pago de atención especializada en residencia.

- Ayudas para movilidad (adaptación y adquisición de vehículo, eliminación de barreras en el vehículo, ayuda de transporte en taxi).

- Adaptación funcional de la vivienda habitual.

- Adquisición de audífonos no contemplados en el sistema sanitario.

- Adquisición de gafas o lentillas para personas con discapacidad hasta los 18 años, no contempladas en el sistema sanitario.

- Adquisición de ayudas técnicas para personas gravemente afectadas que permanezcan en el domicilio y no estén contempladas en el sistema sanitario.

- Tarjeta especial de estacionamiento para personas discapacitadas con movilidad reducida.

## NOC

**1308 Adaptación a la discapacidad física.**

**1309 Capacidad personal de recuperación.**

**1613 Autogestión de los cuidados.**

**1614 Autonomía personal.**

**1902 Control del riesgo.**

**1910 Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar.**

**1912 Caídas.**

**2608 Resiliencia familiar.**

**5400 Potenciación de la autoestima.**

# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Tarjeta personal que permite estacionar en cualquiera de los lugares señalizados como reservas de estacionamientos a personas con discapacidad. Solo podrá ser utilizada cuando su titular sea transportado en el vehículo o éste sea conducido por la persona con movilidad reducida titular de la misma.

- Subvenciones para la mejora de la accesibilidad en el interior de las viviendas de la Comunidad de Madrid.

Dichas soluciones deberán favorecer las condiciones de accesibilidad permitiendo:

- La deambulación por los diferentes espacios que componen la vivienda, incluidos trasteros, terrazas, balcones, etc.
- La manipulación y el uso de los diferentes elementos e instalaciones contenidos en la vivienda.
- El uso efectivo de los espacios e instalaciones de la vivienda.
- La comunicación visual y o auditiva.
- El uso efectivo de baños, aseos, cocinas, tendederos y lavaderos.
- Ayudas complementarias para la mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda.
  - Acondicionamiento de la vivienda: limpiezas a fondo, pintura, pequeñas reparaciones y otras tareas que requieran la actuación de especialistas y posibiliten el mantenimiento de unas condiciones mínimas de higiene.
  - Adaptaciones funcionales del hogar, reforma y adquisición de equipamientos destinados a la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar, facilitación de la movilidad interior, apoyo al trabajo de atención básica a la persona usuaria

y aumento de la seguridad en el entorno doméstico, eliminando riesgo de accidentes.

- Otras ayudas económicas.

“Recursos de cuidados por relevo comunitarios”.



## DISCAPACIDAD

- “El entorno donde habitan las personas puede convertirse en una limitación para permanecer en él cuando envejecen, o cuando tienen alguna diversidad funcional”.
- “Es necesario diferenciar las intervenciones de la EFyC en el domicilio para prevenir y atender la discapacidad en personas mayores, de las intervenciones que se desarrollarán en personas con discapacidad no asociadas a la edad”.
- “El objetivo fundamental de las intervenciones en este nivel ha de ir enfocado a revertir la situación de discapacidad si fuera posible, o a favorecer niveles de autonomía, así como a minimizar los riesgos en función de la discapacidad de la persona”.



# ESCALERA HACIA LA DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

## DEPENDENCIA

*“La dependencia es la situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o de otros apoyos para su autonomía personal”.* Esta es la definición incluida en el portal de la dependencia, página web del Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad junto con el IMSERSO. No es igual dependencia que discapacidad; una persona dependiente siempre va a tener algún nivel de discapacidad, pero **no todas las personas con alguna discapacidad son dependientes.**

En España la atención a la dependencia está regulada por la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*<sup>29</sup> que hemos visto en otros apartados. Esta ley supuso el reconocimiento del derecho de las personas en situación de dependencia a la protección del estado, lo que configura el cuarto pilar del Estado del Bienestar junto con el Sistema Nacional de Salud, Sistema Educativo y Sistema de Pensiones, desarrollado en España en los años 80 y 90<sup>30</sup>.

**La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define Autonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.**

En el capítulo III, art. 26 se definen tres niveles de dependencia:

**Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

**Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

A fecha de 31 de diciembre de 2017 el número de personas dependientes beneficiarias con prestaciones en territorio nacional fue de 954.831 .

- 333.145 personas reconocidas en situación de dependencia con grado III.
- 397.231 personas reconocidas en situación de dependencia con grado II.
- 224.455 personas reconocidas en situación de dependencia con grado I.

En la Comunidad de Madrid a fecha de 31 de marzo de 2018 se han presentado 207.222 (3,18%) solicitudes. Mientras que el número de beneficiarios es de 120.469 (1,85%)<sup>3</sup>.

Estadísticas CAM <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/indicadores-sectores-atencion-social>.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Dependencia: estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

00074 Afrontamiento familiar comprometido.

00147 Ansiedad ante la muerte.

00102 Déficit de autocuidado: alimentación.

00108 Déficit de autocuidado: baño.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

00109 Déficit de autocuidado: vestido.

00101 Deterioro generalizado del adulto.

00103 Deterioro de la deglución.

00046 Deterioro de la integridad cutánea.

00131 Deterioro de la memoria.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00101 Deterioro generalizado del adulto.

00060 Interrupción de los procesos familiares.

00092 Intolerancia a la actividad.

00155 Riesgo de caídas.

00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

00040 Riesgo de síndrome de desuso.

00054 Riesgo de soledad.

Capítulo I: implicación de cada administración desde estatal a local.

Capítulo II: prestaciones económicas y el catálogo de servicios sociales de promoción de la autonomía personal.

## Artículo 13.

### Objetivos de las prestaciones de dependencia.

**La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:**

**a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.**

**b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.**

- Sección 1: Prestaciones del sistema.

Artículo 15: Catálogo de servicios.

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio: Atención a las necesidades del hogar.

Cuidados personales.

- Servicios de Centro de día y noche: Centro de día para mayores .

Centro de día para menores de 65 años.

Centro de día de atención especializada.

Centro de noche.

- Servicio de Atención Residencial: Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

- Sección 2: Prestaciones económicas.
- Sección 3: Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado.
- Art 21. Prevención situaciones dependencia.
- Art 22. Teleasistencia.
- Art 23. Ayuda a domicilio.
- Art 24. Servicio de centro de día y de noche.
- Art 25. Servicio atención residencial.
- Sección 4: Incompatibilidad de las prestaciones.

Capítulo III: define como se realiza la valoración de la dependencia.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>.

## NOC

**0312 Preparación para el alta: Vivir con apoyo.**

**0311 Preparación para el alta: vida independiente.**

**0906 Toma de decisiones.**

**1308 Adaptación a la discapacidad física.**

**1613 Autogestión de los cuidados.**

**1910 Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar.**

**3015 Satisfacción del paciente/usuario: gestión de casos.**

**2007 Muerte confortable.**

## Valoración focalizada

Es la EFyC el profesional con mayor experiencia y capacidad para la realización de la valoración funcional e integral que requiere el informe con el cual se inician los trámites para la solicitud de reconocimiento del grado de dependencia, es quien dispone de la información más completa sobre la realidad sanitaria y social de cada una de las personas en esta situación. La coordinación con servicios sociales del centro de salud y/o municipales es imprescindible para la tramitación. La ley determina quién ha de solicitar dicha valoración, pudiendo ser, bien la persona o su familia o bien de oficio desde los servicios sociales.

El esquema que la ley determina para la **solicitud de la valoración del nivel de dependencia** es el siguiente:

1. **Solicitud y tramitación**, son los servicios sociales municipales quien tramita la solicitud, siendo imprescindible el informe de salud en el que hay que incluir la valoración por parte del profesional de enfermería que incluya;

- Test de Barthel para la valoración funcional de las AVD.
- Test de Lawton Brody que determina la capacidad para las AIVD.

Añadir a estas escalas la valoración por patrones de M. Gordon permite completar la visión del profesional sobre la situación real y detectar necesidades presentes y futuras para una adecuada planificación de la intervención.

2. **Valoración de la dependencia**, realizada por profesionales del ámbito social de la comunidad autónoma en base a valoración del entorno habitual, entrevista personal siguiendo el baremo de dependencia establecido.

3. **Dictamen propuesta**, emitido por el órgano de valoración, contiene diagnóstico grado de dependencia y cuidados que requiere la persona.

4. **Reconocimiento del grado de dependencia**, resolución por parte de la administración autonómica.

5. **Elaboración del programa individual de atención** establecido por los servicios sociales, determina las necesidades de intervención entre servicios y prestaciones económicas según el grado determinado.

6. **Resolución del procedimiento** de reconocimiento de prestaciones, la ley dice que ha de ser en un máximo de seis meses desde la fecha de solicitud, será remitida por correo certificado a las personas solicitantes o sus representantes e incluirá los servicios que corresponde.

7. **Recursos**, en el plazo de un mes tras la recepción de la resolución.

8. **Solicitud de revisión**, por parte de la persona interesada, representantes o de oficio por parte de la administración pública por mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia o por error de diagnóstico o de aplicación del baremo.

Una de las dificultades principales para poder planificar acciones sobre las personas dependientes, es la falta de **coordinación** entre servicios sociales y sanitarios, ausencia de canales de comunicación efectivos y reales que dificultan la planificación de intervenciones. Es preciso conocer en cada municipio el acceso a los servicios sociales que ofertan a la población y en la medida de lo posible establecer sistemas efectivos para compartir información a través del profesional de Trabajo Social del centro, si se dispone de este recurso. En Madrid hay más de 200 municipios cuyos servicios sociales funcionan de forma diferente, así como los recursos que ofertan de atención a la dependencia.

A lo largo de todo el documento se ha puesto de manifiesto que el objetivo de la intervención de la EFyC con las personas a las que atienden, y más concretamente con las que se encuentran en el domicilio, es evitar el avance hacia el siguiente escalón en la escalera de la dependencia. Partiendo del nivel en el que nos encontramos a cada paciente en el momento en el que se decide conjuntamente que se puede beneficiar de atención en el domicilio, las intervenciones se centrarán en minimizar riesgos y dar soporte para que se mantenga en ese nivel el mayor tiempo posible.

La dependencia es el nivel más alto de la escalera. Una vez establecida la situación de dependencia suele permanecer hasta el final de la vida, con puntuales excepciones en las que la situación de dependencia es transitoria y las acciones se centrarán en abordar las necesidades detectadas para revertir ese estado y evitar que se establezca una dependencia permanente.

Cuando la situación de dependencia de una persona se ha establecido, las necesidades aumentan exponencialmente y no únicamente las necesidades relacionadas con la situación física, ya deteriorada de por sí; a éstas se añaden las dificultades que supone la pérdida de autonomía y la imposibilidad de realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria, por lo que es necesario contar con una persona cuidadora (generalmente mujer), que lleva a cabo los denominados cuidados informales, prestados por familiares o personas de su entorno cercano. En ocasiones los cuidados diarios son prestados por profesionales capacitados para ello o coexisten las dos figuras. La atención a las personas cuidadoras, que ha de iniciarse en escalones anteriores, va a adquirir mucha más relevancia ante la dependencia por los efectos que el cuidado permanente tiene en la persona cuidadora.

El objetivo de las acciones de la EFyC ante una persona dependiente en su domicilio es proporcionar las herramientas necesarias para que tenga una adecuada **Calidad de Vida Relacionada con la Salud**. Este concepto es amplio y complejo y abarca muchos aspectos de la vida de las personas además de la salud. Existen modelos diferentes para valorar la calidad de vida (CV) en personas mayores, dependientes y cuidadoras, en los que se llega a la conclusión de que los aspectos que determinan la CV de estas personas tienen elementos comunes. Puig-Llobet<sup>5</sup> et col. analizan estos elementos que determinan la calidad de vida en personas mayores de 75 años dependientes que son atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadoras<sup>23</sup>. Aunque el estudio tiene sus limitaciones, coincide con la bibliografía existente en los aspectos que las personas mayores y cuidadoras dicen que son importantes en su vida, **la salud, las relaciones, la vida social, el entorno, la economía y la autonomía**.

Una de las herramientas más útiles para ayudar a mantener o recupera la CV de las personas dependientes es la **gestión de casos**<sup>31</sup>, modelo de provisión de servicios que mejora la organización, coordinación e integración de servicios<sup>32</sup>, con un diseño de un plan de intervención dirigido a identificar potenciales necesidades y planificar acciones de provisión de recursos. La clave de la **gestión de casos** es la proactividad del profesional que lo realiza, en nuestro caso la enfermera de atención primaria. Para desarrollar acciones de gestión de casos de forma proactiva y preventiva es fundamental realizar una valoración completa e integral, con la valoración por patrones y poniendo el foco en la detección de las necesidades actuales y futuras tanto de la persona dependiente de las personas que les cuidan.

La valoración estará centrada en aquellos aspectos que faciliten la identificación precoz de problemas derivados de la situación de dependencia. Se orientará la visita domiciliaria a detectar aquellos aspectos que mejoren la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, con especial atención a la persona cuidadora que, por su relevancia, se desarrolla en un apartado posterior, al igual que la gestión de casos.

### Intervenciones

La intervención que facilita la consecución de objetivos en las personas dependientes y quienes les cuidan es la **gestión de casos**, por lo que es la única que vamos a incluir en este apartado, puesto que desarrolla actividades dirigidas a alcanzar cada uno de los objetivos que se buscan en el diseño del plan de cuidados. Por su importancia en el modelo de SEMAP se desarrolla en un apartado específico posterior.

## DEPENDENCIA

- “No es igual dependencia que discapacidad, una persona dependiente siempre va a tener algún nivel de discapacidad, pero no todas las personas con alguna discapacidad son dependientes”.
- “Es la EFyC el profesional responsable de la valoración del nivel de dependencia, es quien dispone de la información más completa sobre la realidad sanitaria y social de cada una de las personas en esta situación”.
- “El objetivo fundamental de las intervenciones en este nivel es proporcionar las herramientas necesarias para que tenga una adecuada Calidad de Vida Relacionada con la Salud”.
- “Una de las herramientas más útiles para ayudar a mantener o recuperar la CV de las personas dependientes es la gestión de casos”.
- “La valoración estará centrada en aquellos aspectos que faciliten la identificación precoz de problemas derivados de la situación de dependencia”.



## ATENCIÓN A LA SOLEDAD

Hay dos formas de considerar la soledad: la soledad como *“la insatisfacción con el número y calidad de relaciones sociales”* (OMS)<sup>7</sup>, que según datos estadísticos tiene una prevalencia de un 7 a 17% en las personas mayores y es el concepto de soledad que habitualmente maneja el profesional sanitario. La otra es un concepto subjetivo que la RAE define como *“pesar y melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”*, y es la que hasta un 40% de las personas mayores dicen sentir. La soledad va más allá de las relaciones sociales, es un sentimiento que deriva en ocasiones en depresión.

Tanto la soledad objetiva o ausencia de una red social adecuada, como la subjetiva o sentimiento de soledad, se asocian con el deterioro del estado de salud y de la calidad de vida. La soledad y el aislamiento, asociados a mala salud y a factores de riesgo conductuales tienen un gran impacto en las limitaciones funcionales, en el riesgo de discapacidad y de muerte de una persona mayor<sup>33</sup>.

Según la encuesta continua de hogares del INE (2016) 1.330.300 personas mayores de 65 años viven solas, y este dato ha aumentado en un solo año un 4%. El 70,7% de las personas que viven solas son mujeres. El 39,6% de las mujeres mayores de 85 años viven solas frente a un 25,9% de hombres.

El **aislamiento**, como la falta de contacto social, y la soledad, son dos factores que indican la ausencia de redes sociales fuertes, pero el sen-

timiento de soledad puede darse independientemente de que exista o no aislamiento social, y es más importante la satisfacción con las relaciones que se mantienen, que el número de las mismas. Los más desfavorecidos son los que cuentan con un nivel educativo más bajo, menos capacidad intrínseca, y menos flexibilidad y oportunidades de acceder a los recursos que promueven la salud.

Mientras estar solo puede ser una experiencia positiva, la soledad tiene connotaciones negativas. La soledad y los contactos sociales limitados tienen un impacto negativo en el bienestar y la salud, incluyendo el riesgo de morbilidad y problemas funcionales, físicos y mentales. Las investigaciones muestran que la soledad es el más importante precursor de la depresión en los ancianos<sup>34,35</sup>.

Las relaciones recíprocas son importantes para la autoestima de la persona mayor y constituyen un incentivo para el compromiso social continuo. Es esencial detectar a las personas de riesgo, y prestar atención a las que han sufrido **sucesos vitales estresantes** recientes: pérdida de un ser querido, enfermedad o situación incapacitante, dificultades económicas, jubilación, hijos que abandonan el hogar, cambio de residencia, etc.

La soledad, la enfermedad, el sufrimiento y la proximidad de la muerte son ocasiones especiales para la emergencia espiritual, en ellas se abre la oportunidad de encuentro consigo mismo, con los demás y con lo que nos trasciende, y nos permite experimentar lo que somos en profundidad. **Las necesidades espirituales** están relacionadas con

## IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS SOLAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

Z28	Soledad / Vivir solo
P03	Sentirse solo (Soledad)

En la Comunidad de Madrid. SERMAS. Aplicación AP Madrid. CIAP

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

- 00124 Desesperanza.
- 00120 Baja autoestima situacional.
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional.
- 00054 Riesgo de soledad.
- 00167 Disposición para mejorar el autoconcepto.
- 00052 Deterioro de la interacción social.
- 00060 Interrupción de los procesos familiares.
- 00061 Cansancio rol cuidador.
- 00062 Riesgo de cansancio rol cuidador.
- 00063 Procesos familiares disfuncionales.
- 00183 Disposición para mejorar el confort.
- 00214 Disconfort.
- 00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual.
- 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.
- 00066 Sufrimiento espiritual.
- 00185 Disposición para mejorar la esperanza.
- 00175 Sufrimiento moral.
- 00083 Conflicto de decisiones.

todos los aspectos de la persona, con su bienestar, calidad de vida, y buen funcionamiento emocional<sup>36</sup>.

La soledad crónica tiene un peso tangible sobre el cuerpo de quien la sufre. Un estudio, citado tanto por Vivek como por Mark Robinson, de la ONG Age UK, concluye que vivir en un estado de soledad conlleva riesgos similares a fumar quince cigarrillos al día. El estrés crónico inducido por estar solo aumenta el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, diabetes, artritis y depresión, entre otras enfermedades. También hay estudios que muestran afectaciones de sueño y del sistema inmune. Algunos especialistas proponen que se incorpore un análisis del nivel de soledad a toda evaluación inicial.

El **impacto** de la **soledad** en la calidad de vida admite muchos matices, es muy diferente si la soledad es impuesta o buscada, si es temporal o permanente, de aquí la importancia de la valoración individualizada y el significado que cada uno otorga a la soledad, siempre teniendo en cuenta la perspectiva particular del paciente y no la valoración general que de ella hace el profesional, según su sistema de creencias. Para una valoración adecuada de la soledad subjetiva, una de las escalas que podemos utilizar es la escala UCLA-3 (Russell 1996), puntuaciones <20 pueden indicar un grado severo de soledad y puntuaciones entre 20-30 un grado moderado<sup>37</sup>.

Respecto a la **espiritualidad** es fundamental conocer los valores y creencias de las personas en relación con su forma de vida y con su proceso de muerte para adaptar las intervenciones a la individualidad. El cuestionario GES de la SECPAL, pretende ser una herramienta para evaluación y detección de necesidades, y a la vez una herramienta de intervención para trabajar el acompañamiento e identificación de recursos espirituales, teniendo en cuenta que no es tan importante la herramienta como el uso que se haga de ella<sup>38</sup>.

Tener un **propósito de vida** modula la percepción de la soledad. Cada situación y vivencia se diferencia por su unicidad irrepetible y particular, esto es esencial para realizar valoraciones individualizadas sobre los sentimientos que provoca la soledad en los diferentes contextos, situaciones y personas. Identificar algún propósito en la vida, conocer

el significado que otorgan las personas a la soledad y cómo la viven, hará que enfoquemos las intervenciones profesionales a los aspectos concretos que podemos ayudar a mejorar, para que cada persona logre encontrar mayor bienestar en la situación en la que vive y suplir las carencias que manifiesta. Enfocarse y reconocer aspectos positivos que son fuente de bienestar y que pueden ser reconocidos como ocasiones para disfrutar de momentos agradables, en objetivos a corto plazo que reportan algún placer, y en propósitos a futuro, atenuan la sensación de soledad y dan un sentido y un propósito de vida.

## Intervenciones

Los profesionales sanitarios tenemos dificultades para identificar a los pacientes que están solos o tienen participación social escasa, especialmente cuando no viven solos, ya que raramente se pregunta. Debido a la importancia de los efectos adversos de la soledad es importante detectarlos<sup>39</sup>.

Las intervenciones que han demostrado eficacia para abordar la **soledad**<sup>19</sup> y en las que pueden participar las enfermeras con intervenciones comunitarias son:

- Intervenciones grupales y programas de ejercicios en la comunidad mediante el apoyo social y el fomento de las capacidades. Son más efectivas que las intervenciones individuales, ya que ofrecen una oportunidad para el compromiso social y el establecimiento de nuevos vínculos.
- Intervenciones participativas y con base teórica.
- Intervenciones presenciales y/o asistidas por la tecnología.
- Identificar las redes que prestan apoyo a las personas mayores en la comunidad y fomentarlas.
- Acceso a dispositivos de apoyo y tecnología.
- Mejoras en el diseño urbano, políticas de transporte y facilidad de acceso a entornos favorables para fomentar las redes sociales.

## NOC

1201 Esperanza.

1203 Severidad de la soledad.

1206 Deseo de vivir.

1208 Nivel de depresión.

1502 Habilidades de interacción social.

1504 soporte social.

2001 Salud espiritual.

2003 Severidad del sufrimiento.

2007 Muerte confortable.

Tener un **propósito de vida** puede mitigar la soledad y tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar. Tener una pobre salud mental y pocos propósitos de vida son indicadores de soledad. Por tanto, mejorar la salud mental y los propósitos de vida reducen la soledad en las personas de riesgo.

Las intervenciones en la **espiritualidad** tienen como objetivo aliviar el sufrimiento a través del trabajo en el sentido, el propósito, la dignidad y el bienestar existencial. Trabajar la espiritualidad mejora los síntomas depresivos, la desesperanza, la paz interior, la serenidad y la comprensión del final de la vida.

La presencia de la enfermera, el acompañamiento y no abandono ante el sufrimiento es esencial. A la relación de ayuda en la que el acompañante intenta estimular y capacitar al otro para que ponga en marcha sus propios recursos y el máximo nivel de competencia al menor coste emocional posible para todos, se le llama **Counseling**. Este considera que la persona tiene la capacidad y los recursos suficientes en sí misma para la autoayuda y el cambio, y que estos pueden ser movilizados en un clima adecuado<sup>36</sup>.

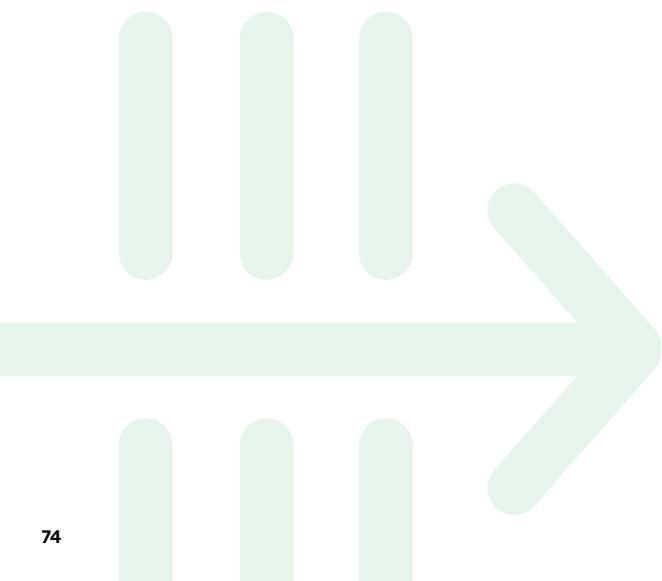
### Recursos comunitarios

Se sabe que cuanto más tiempo destina una persona a actividades productivas más aumenta su bienestar, tiene mayor sensación de control y de sentirse apreciada. Es importante tener un propósito y la oportunidad de aprender y dar algo a cambio, no solo recibir servicios de la comunidad.

La enfermera debe conocer los recursos sociales que ofrece la comunidad donde vive la persona mayor, y estos tienen que ser **bidireccionales** (recibir/dar), no solo son importantes los recursos en los que los mayores reciben una atención, sino también aquellos en los que ellos pueden participar y ofrecer sus conocimientos, experiencias y habilidades para compartirlos con otros. La coordinación trabajo social/ EFyC permite facilitar el acceso los recursos disponibles como: teleasistencia, centros de día, voluntariado para acompañamiento a mayores en el marco de la atención a la soledad y a situaciones de riesgo de aislamiento, detección de situaciones de negligencia o malos tratos, ban-

cos de tiempo (intercambio de tiempo y servicios por otros servicios), eventos públicos, clases, centros de reunión para personas mayores, programas de convivencia intergeneracional “Programa convive”, apartamentos para mayores, equipos intergeneracionales para combatir estereotipos negativos y mayor grado de contacto jóvenes-mayores para reducir las actitudes negativas y moderar las percepciones, ONGs, ejercicio al aire libre “moverse es cuidarse”, fisioterapia preventiva y de mantenimiento, tarjeta Madridmayor, web madridmayor.es...

Un capítulo aparte requiere la actividad de **voluntariado**, en la que la persona mayor ofrece su tiempo y ejerce de voluntario. Está demostrado que tiene efectos beneficiosos sobre la salud y es una actividad muy bien valorada socialmente. Hay una relación recíproca entre salud y voluntariado, ya que los adultos mayores con mejor estado de salud trabajan como voluntarios y al mismo tiempo, las personas son más saludables y felices porque trabajan como voluntarias. La naturaleza altruista del voluntariado contribuye con efectos beneficiosos sobre la salud y quizás tenga efectos más positivos que otras formas de contribución social. Los estudios han demostrado que el voluntariado mejora la autoevaluación de la salud física, reduce la HTA, aumenta la fuerza física y la velocidad de la marcha, y reduce los síntomas de depresión.



## ATENCIÓN A LA SOLEDAD

- “La soledad puede definirse de dos formas complementarias: soledad objetiva o ausencia de red social adecuada y soledad sentida o sentimiento de soledad”.
- “Para conocer la situación de cada persona en relación a la soledad hay que atender a los sucesos vitales estresantes, el propósito de vida, las necesidades espirituales, la red social y número de contactos sociales”.
- “Es importante preguntar sobre la soledad para intervenir sobre ella y buscar recursos para prevenir su impacto en la salud física y mental”.

## IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO CIAP	PROBLEMA/DESCRIPCIÓN
Z14	PROBLEMA CON CÓNYUGE POR ENFERMEDAD (CUIDADOR)
Z18	PROBLEMA POR ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS/HIJOS (CUIDADOR)
Z22	PROBLEMA CON PADRES/FAMILIARES POR ENFERMEDAD (CUIDADOR)

En la Comunidad de Madrid. SERMAS. Aplicación AP Madrid. CIAP.

Fuente: Atención Integral a las Personas Cuidadoras de Pacientes Dependientes. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Noviembre 2013.

Diagnóstico	
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	00061 Cansancio del Rol del Cuidador.
	00062 Riesgo de cansancio del Rol del Cuidador.
NOC	2508 Bienestar del Cuidador Familiar.
	2210 Resistencia del papel del Cuidador.
	2506 Salud emocional del Cuidador Familiar.
	2507 Salud física del Cuidador Familiar.

## ATENCIÓN A PERSONAS CUIDADORAS (PC)

Un objetivo importante para la EFyC es cuidar a las Personas Cuidadoras (PC) de personas dependientes, proporcionarles acompañamiento en su cometido, darles apoyo, facilitarles conocimientos y habilidades para su autocuidado y promover hábitos de vida saludables<sup>40</sup>. Se debe tener presente que una PC en estado óptimo va a proyectar hacia la persona dependiente que está a su cuidado una luz que mejorará su vida en todas sus facetas biopsicosociales.

Una PC asume la responsabilidad de la atención de forma permanente, es la principal referente y apoyo de la persona a la que cuida, convive con ella o pasa más de 10 horas diarias en su domicilio, lo que conlleva un desgaste físico y emocional. El 40% de las PC tienen niveles elevados de depresión y cansancio físico. En bastantes casos ser una PC es una fuente de estrés<sup>41</sup>.

El ejercicio de la función del rol de PC se relaciona con niveles de **sobrecarga** física y emocional considerables, pudiendo perjudicar a todas las esferas de su vida con tendencia a **dejar de cuidarse para cuidar**.

La vida de la PC se verá afectada desde que asume la responsabilidad de cuidar; exige reorganizar su vida a nivel familiar, laboral y social. En esta reorganización hay una tendencia en la PC a sobrecargarse, a no darse espacio, a abandonar casi por completo sus actividades lúdicas y a no cuidarse. La sobrecarga produce en las PC consecuencias físicas, psíquicas, económicas, incluso es un factor de riesgo de mortalidad<sup>42</sup>. Una de las causas puede ser que las PC tienden a subestimar los problemas y responsabilidades a los que tendrán que hacer frente.

Cuando una persona cercana y querida pasa a estar en una situación de dependencia, tanto ella como los que la rodean atravesarán una fase de desconcierto, incertidumbre, dudas, temores, tristeza y rabia, que tendrán que ir asimilando hasta poder **aceptar la nueva situación**. (Fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación).

Cuidar no es una experiencia sencilla. Implica problemas y dificultades que son imprescindibles afrontar con determinación. Del afrontamiento adecuado o no de los obstáculos con los que se encuentren

va a depender el nivel de satisfacción con su papel de PC y también la oportunidad de transformar la tarea de cuidar en una experiencia conmovedora.<sup>9</sup>

La EFyC dirigirá sus acciones a ayudar a la PC en el afrontamiento del cuidado, desarrollar acciones de autocuidado y aportar recursos sociales de apoyo, de tal forma que la acción del cuidado pueda llegar a ser una experiencia enriquecedora y satisfactoria, influyendo en la tranquilidad de la persona cuidada y aumentando la calidad de vida de la PC.

Ser una PC implica **ruptura y cambio**. Supone un duelo que hay que pasar.

## CONSECUENCIAS POSITIVAS DEL CUIDADO

**La satisfacción y maestría por el cuidado alude a los sentimientos de placer por ayudar, saber que se está proporcionando la mejor asistencia, disfrutar del tiempo que se pasa junto a la persona que se cuida, y sentirse cercano a la persona atendida debido a la ayuda prestada.**

**Las PC se sienten satisfechas y más útiles, perciben mejoras en la calidad de la relación con la persona que cuidan y adquieren mayor confianza y aceptación de sí misma.**

### Valoración focalizada

La EFyC debe tener la capacidad de: realizar valoraciones integrales y de diagnosticar alteraciones que permitan disminuir el riesgo de presentar patologías tanto agudas como crónicas en la PC, favoreciendo la disminución de sobrecarga de cuidado y la calidad de cuidado brindado. El patrón más relevante a valorar son los de Rol-Relaciones y Valores-Creencias, por ser los que están más relacionados con el rol de la persona cuidadora.

(Atención Integral a las Personas Cuidadoras de Pacientes Dependientes. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Noviembre 2013)

## **Considerarla de manera integral. BIOPSIICOSOCIAL**

**Intervención sanitaria desde la prevención y promoción de la salud a través del autocuidado**

**El bienestar de la persona cuidadora mejora cuando:**

- **Cuida de su propia salud.**
- **Adquiere habilidades de afrontamiento.**
- **Aprende a delegar.**
- **Dedica tiempo para sí misma.**
- **Recibe apoyo, reconocimiento y comprensión de su familia.**
- **Tiene conocimientos sobre los cuidados específicos.**
- **Cuenta con la ayuda profesional.**
- **Dispone de apoyo institucional.**
- **Conoce y utiliza los recursos sociosanitarios existentes.**

## **DECÁLOGO DE LA PERSONA CUIDADORA**

**La persona dependiente es autónoma en determinadas tareas.**

**La persona dependiente precisa su tiempo para realizar sus tareas autónomas.**

**Continuar con las rutinas siempre que se pueda.**

**Tener en cuenta las preferencias de la persona cuidada.**

**Prevenir cambios bruscos en el ambiente y la rutina.**

**Preservar la seguridad de la persona con dependencia.**

**Adaptar la vivienda.**

**Procurar productos de apoyo (ayudas técnicas) cuando esté indicado.**

**Favorecer su autoestima.**

**Respetar la intimidad de la persona cuidada.**

## Intervenciones

El Objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de las PC.

La EFyC debe dirigir acciones de promoción de la salud y prevención de complicaciones en las personas que cuidan utilizando el intercambio de experiencias conjuntas y estimulándolas a responsabilizarse de su propia salud.

Estas intervenciones están dirigidas a que las PC puedan disponer de un espacio para reflexionar sobre sus necesidades y reducir su malestar.

## Modelo de Atención a la Persona Cuidadora

Es posible que la persona cuidadora tenga asignado diferente profesional de enfermería que la persona dependiente, quizás sea ésta una de las causas de la infra-atención que recibe la PC en favor de la persona dependiente. Planificar la atención es la mejor forma de cuidar adecuadamente a la PC. Por la ley de protección de datos no es posible acceder a la historia clínica de una persona sin su consentimiento. Si se identifican necesidades más allá de las propias del cuidado hacia la persona dependiente (formación para el cuidado, protección de la PC cuando ejecute acciones de cuidado, etc.) se recomendará a la PC que acuda al profesional de enfermería que le corresponda para diseñar un plan de cuidados dirigido o mejorar los síntomas detectados.

Las acciones a desarrollar son:

- Atención en **consulta** programada para valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, seguimiento.
- Atención en **consulta**, a **demanda o urgente**, la PC tiene que saber que tiene la puerta abierta para resolver las situaciones puntuales que sobrepasen su capacidad de afrontamiento.
- **Consulta o seguimiento telefónico proactivo.**
- Al programar una **visita en domicilio a Persona Dependiente**, se valora si se programa visita en domicilio a la Persona Cuidadora.

- **Registro** en agenda para anotar en cada historia, si procede, el plan de cuidados diseñado.

- **Visita en domicilio de la persona dependiente.**

- **Visita en domicilio de la persona cuidadora.**

- **EpS** grupal o grupo de autoayuda.

## Recursos

- Centro de salud:

- Enfermera Familiar y Comunitaria.

- Trabajadora/or Social.

- Médica/o de Familia.

- Apoyos y Dependencia:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

[http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/saad/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/saad/index.htm).

Catálogo de servicios: [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/ciudadanos/ser\\_pres/cs/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/ser_pres/cs/index.htm).

- DICAPNET: El Portal de las Personas con Discapacidad.

Productos y servicios para personas cuidadoras: <https://www.dicapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/recursos-del-cuidador/productos-y-servicios-para-cuidadores>.

## IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO CIAP	PROBLEMA/DESCRIPCIÓN
Z14	PROBLEMA CON CÓNYUGE POR ENFERMEDAD (CUIDADOR).
Z18	PROBLEMA POR ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS/HIJOS (CUIDADOR).
Z22	PROBLEMA CON PADRES/FAMILIARES POR ENFERMEDAD (CUIDADOR).

En la Comunidad de Madrid. SERMAS. Aplicación AP Madrid. CIAP.

Fuente: Atención Integral a las Personas Cuidadoras de Pacientes Dependientes. Servicio Madrileño de Salud.

Dirección General de Atención Primaria. Noviembre 2013.

Biblioteca para personas cuidadoras: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/recursos-del-cuidador/biblioteca-para-cuidadores>.

- Asociaciones (Guía de recursos en la Comunidad).
  - CUMADE. Asociación de familiares y cuidadores de mayores dependientes.  
cumade@cumade.com.
  - DCYDE. Asociación, Fibromialgia, Dolor Crónico y Dependencia (Cuidadoras/es).  
secretaria@dcyde.org.
  - CUIDADANAS. Servicio de Apoyo Integral a Personas Cuidadoras (Fundación Mujeres).  
C/ Ponzano, 7, 4º. 28010 Madrid. Teléfono: 915 912 420.  
<http://www.cuidadanas.es/contactar>.
  - CUÍDATE-CUÍDALE. Asociación de Personas Cuidadoras.  
cuidatecuidale@gmail.com.
- Voluntariado (Guía de recursos en la Comunidad).
- Grupos de Autoayuda (Guía de recursos en la Comunidad).
- Cruz Roja Ser Cuidadora: <https://www.cruzroja.es/principal/web/ser-cuidador>.

## GESTIÓN DE CASOS

### NUEVOS ROLES PARA NUEVOS RETOS

Para el abordaje integral de las personas con necesidades de atención en su domicilio se definen nuevos roles.

El rol de **enfermera entrenadora/educadora en autocuidado (EEA), de la CAM**, tiene la finalidad de promover personas activas y responsables de su autocuidado. *El fin último que se persigue es el empoderamiento y capacitación en salud de la persona de tal forma que*

*ésta sea capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria, disminuyendo su relación de dependencia de las instituciones y profesionales sanitarios.*

El rol de **Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA)** es la enfermera de atención hospitalaria que gestiona los cuidados integrales en pacientes crónicos complejos, entre las distintas unidades y servicios hospitalarios y con los recursos extrahospitalarios, asegura la continuidad de cuidados bidireccional, siendo el nexo de unión entre AP y AH.

El documento “Marco referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de salud” define la continuidad de cuidados enfermeros:

*“Es atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención enfermera en la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales (personas, entornos e información)”.*

La **Enfermera Gestora de Casos (EGC)** en la estrategia de la Comunidad de Madrid es la enfermera de Atención Primaria que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia, facilitando la coordinación entre los niveles de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado, asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización.

El desempeño de los roles enfermeros definidos en la “Estrategia De Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid”<sup>43</sup> contribuyen a dar una respuesta integral a las necesidades de cuidados de las personas que precisan AD, a las de sus familias y a las de sus personas cuidadoras. La estrategia define cuatro nive-

## ENFERMERA ENTRENADORA/EDUCADORA EEE

- Se define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos.
- Sus objetivos son: promover personas activas y responsables de su autocuidado, favoreciendo el proceso de aprendizaje en salud, así como desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan mejor afrontamiento y control de la enfermedad crónica.
- El desempeño de este rol se realiza con carácter universal y va dirigido a todas las personas, modificando el tipo de intervención en función de las características de las personas y su situación clínica.

## ENFERMERA DE CONTINUIDAD EC

- Nivel hospitalario, coordina continuidad de cuidados con el resto de niveles asistenciales.
- Elementos principales:
  - Referente del paciente en el hospital.
  - Garantiza la integración y coordinación de todos los niveles asistenciales.
  - Su herramienta fundamental es la comunicación.
  - Preparación al alta.
- Apoyo en el autocuidado para una adecuada transición entre niveles.
- Atención y apoyo a la familia y personas cuidadoras.

## ENFERMERA GESTORA DE CASOS ECC

- “Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos”.
- Modelo de provisión de servicios.
- El gestor que lidera el equipo, planifica y coordina los cuidados, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo costes derivados del cuidado fragmentado.

les de intervención, si bien en el nivel de promoción en ausencia de enfermedad y en el nivel bajo de intervención, las acciones no van dirigidas a personas con necesidades de Atención Domiciliaria. Son el nivel medio, y fundamentalmente el nivel alto de intervención, el que se dirige a estas personas, que por su situación sociosanitaria requieren ser atendidas en su hogar. En estos niveles de intervención, junto con la EEA aparece la figura de la ECA hospitalaria y la EGC, con competencias para la atención avanzada e integral, y cuyo objetivo fundamental es retrasar lo más posible la dependencia y atender de forma temprana las necesidades de aquellas personas que han llegado a esa situación, impulsando el desarrollo de intervenciones proactivas y continuas en todos los niveles de atención, primaria en su domicilio y hospitalaria en los casos en los que es necesario.

Otro de los objetivos principales del desarrollo de los nuevos roles es fomentar el **trabajo en equipo interdisciplinar**, formado por profesionales de los servicios **sanitarios y sociales** implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la **máxima participación del paciente** y de su entorno.

Es un elemento clave en esta coordinación y trabajo interdisciplinar el establecimiento de canales de comunicación entre los profesionales que les permitan fijar objetivos consensuados y específicos de cobertura, calidad, evaluación y de formación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada hospital y de los centros de salud.

La estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad describe la **Gestión de Casos**<sup>4</sup> como un **proceso de valoración, planificación y coordinación que facilite la provisión, monitorización y evaluación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para resolver el caso**.

En España existen diferentes modelos implantados. Muchos de ellos han demostrado su eficacia en el manejo de pacientes de alta complejidad sin resultados claros sobre el modelo en sí mismo, como describe el profesor Morales Asencio<sup>44</sup>: *“no se dispone de evidencias globales sobre la gestión de casos como tal, sino que las evaluacio-*

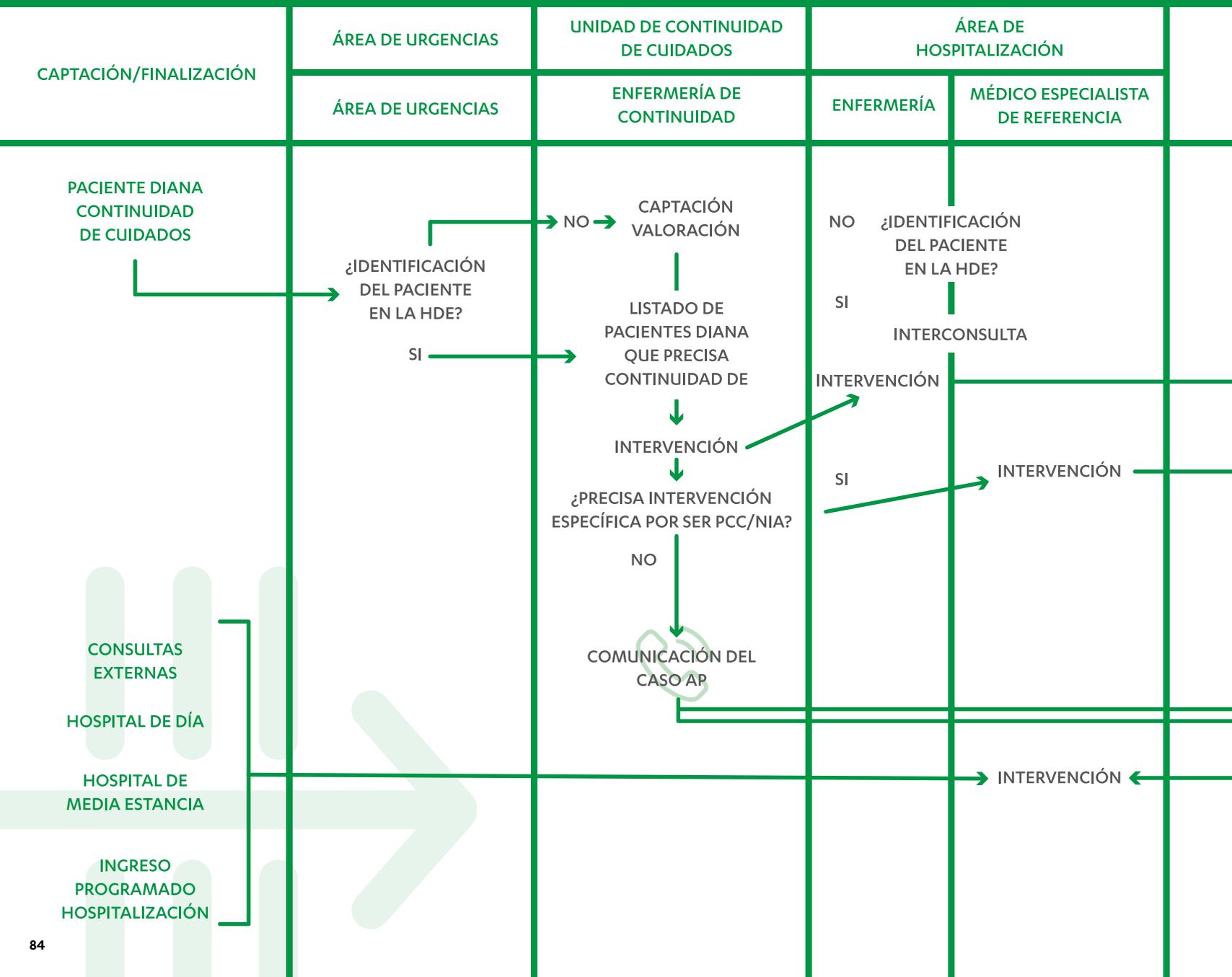
*nes se han llevado a cabo sobre modelos específicos, en poblaciones concretas y en contextos determinados”.*

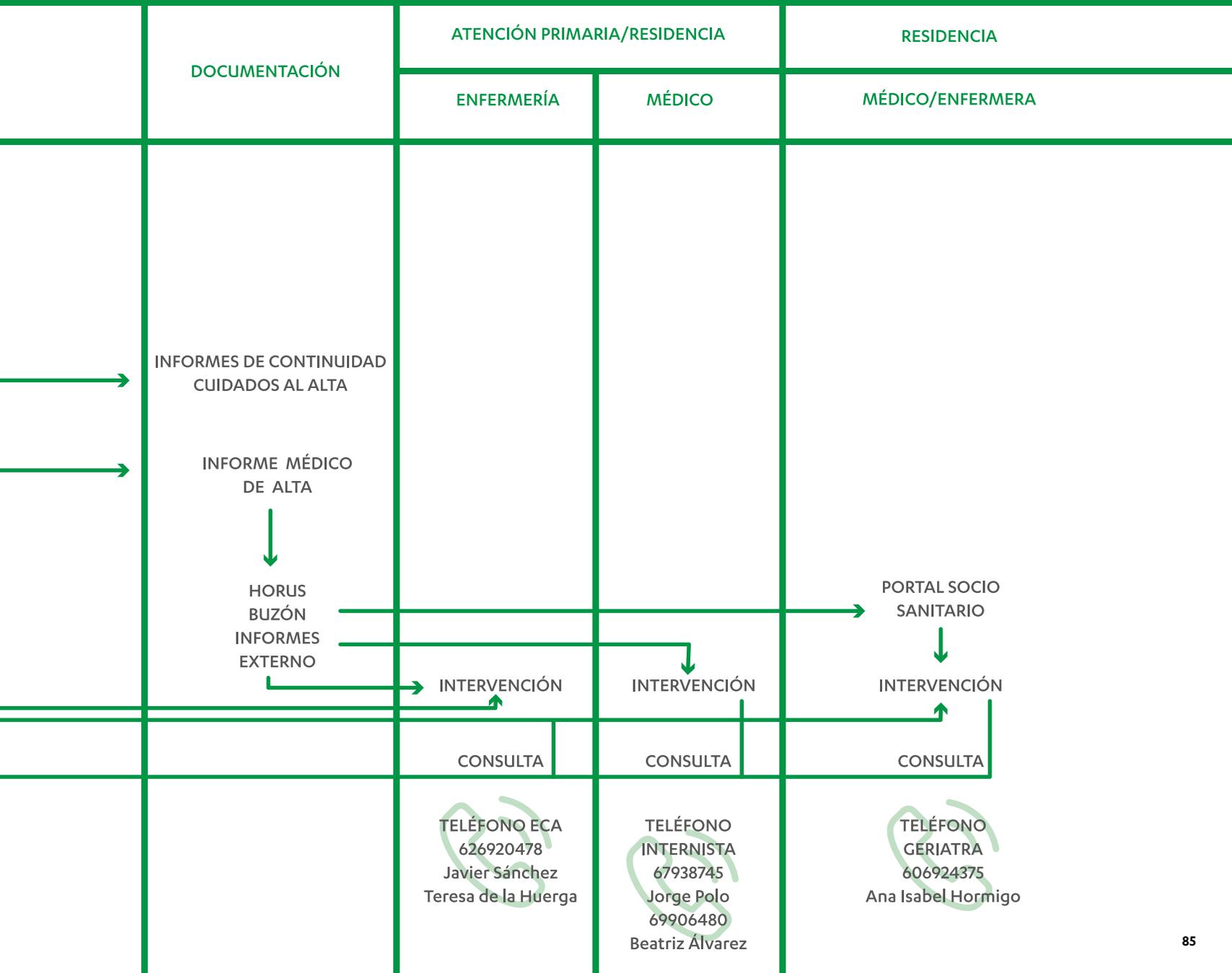
Es Andalucía, la comunidad que más avanzado tiene este modelo con la creación de la figura de la enfermera gestora de casos (2002)<sup>45</sup>, adscrita a atención primaria y con una funciones claramente definidas para abordar los problemas complejos de aquellas personas con mayores necesidades por su situación sociosanitaria, sin olvidar a las familias y personas cuidadoras, con un enfoque proactivo, preventivo y eficiente, y una acción integral y continuada, desarrolla acciones de coordinación y movilización de recursos ante las necesidades detectadas. Entre sus funciones incluyen la colaboración estrecha con el equipo de atención primaria especialmente con la enfermera del paciente, con quien diseña y desarrolla el plan de acción. Este perfil profesional no tiene asignación de población, es un modelo de apoyo a los profesionales de los EAP, similar al modelo de atención de los equipos de soporte domiciliario de personas.

En Madrid la gestión de casos no se centra en una sola figura que ejerce las funciones exclusivas del modelo, sino que son **cada una de las enfermeras de atención primaria quienes han de desarrollar acciones planificadas de detección e intervención ante la aparición de un “caso” con necesidades complejas**. Junto con las enfermeras de continuidad asistencial aseguran los procesos de transición entre niveles. Cada hospital, junto con las direcciones asistenciales, ha diseñado sus procedimientos de comunicación y coordinación que la estrategia para la atención a pacientes con enfermedad crónica determina<sup>43</sup>.

La gestión de casos no es un proceso continuo, no es un plan de acción a largo plazo ni un programa de aplicación similar a los programas con los que acostumbramos a atender a la población. No podemos confundir gestión de casos con gestión de los cuidados<sup>31,46</sup>. La gestión de casos tiene principio y fin, se activa al detectar la necesidad de coordinación para cubrir una situación de alteración detectada, bien desde nuestro nivel de asistencia primaria o bien desde servicios sociales, hospitales u otros dispositivos. Las intervenciones están divididas según el momento del proceso en el que nos encontremos.

# MECANISMOS DE COMUNICACIÓN EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL DESDE FJD A DOMICILIO O RESIDENCIA





Comunidad	Marco	Gestión de Casos	Enlace Hospitalario
Andalucía	Decreto de apoyo a las familias. 2002.	EGC Comunitaria. • Atención en domicilio. • Perfil integrador y coordinador. • Evita fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad.	EGC Hospitalaria.
Aragón	Atención al enfermo crónico dependiente.	Enfermera de enlace de sector. • Coordinación el altas en enfermo dependiente. • Coordinación sociosanitaria. • Gestión recursos ayudas técnicas.	Enfermera de valoración y gestión de casos.
Canarias	Servicio de continuidad de cuidados en domicilio.	Enfermera comunitaria de enlace, función; gestión de casos. • Adaptación inmobilizados y cuidadoras. • Valoración inicial integral. • Plan de cuidados consensuado con profesionales. • Gestiona recursos y ayudas técnicas. • Formación a personas cuidadoras. • Continuidad de los cuidados ingresan o alta.	
Cataluña		Enfermera gestora de casos de AP. • Abordaje integral. • Atención sociosanitaria. • Promoción de independencia y autocuidado. • Abordaje multidimensional.	Enfermera gestora de casos de H. • Continuidad de cuidados.
Madrid	Estrategia atención a la cronicidad.	El papel de «gestor de casos» está implícito en la actividad de enfermería de AP.w.	Enfermera continuidad de cuidados.
Murcia	2010.	Enfermera gestora de casos AP-AH ubicada en primaria. Gerencias integradas. • Atención en situaciones de complejidad y personas cuidadoras.	
Comunidad Valenciana		Enfermera gestora de casos de AP. En coordinación con las enfermeras de AP. • Atención casos complejos y persona cuidadora.	Enfermera gestora de casos de H. • Garantizar continuidad de atención. • Colaboración con unidades de hospitalización a domicilio.
País Vasco	Estrategia para el abordaje de la cronicidad en Euskadi. 2010.	Enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH). Enfermera gestora de continuidad (EGC). Enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA).	

## **NIC 7320 Gestión de casos**

Definición: Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados.

### **Intervenciones dirigidas a identificar necesidades**

- Explicar el papel del gestor del caso al paciente y a la familia.
- Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.
- Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria.
- Valorar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos económicos y las condiciones del entorno del paciente, según sea necesario.

### **Intervenciones dirigidas a planificar y coordinar**

- Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia.
- Determinar los resultados que deben obtenerse con la aportación del paciente y/o de la familia.
- Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el médico del paciente.
- Evaluar de forma continuada el progreso hacia los objetivos fijados.
- Identificar y coordinar los recursos y/o los servicios necesarios.
- Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (p. ej., otras enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terceros pagadores, fisioterapeutas).
- Proporcionar asistencia directa según las necesidades.

- Enseñar al paciente y/o a la familia la importancia del autocuidado.
- Fomentar actividades de toma de decisiones adecuadas en el paciente y/o la familia.

### **Intervenciones dirigidas al seguimiento del proceso**

- Documentar todas las actividades de la gestión del caso.
- Monitorizar el plan para asegurar la calidad, la cantidad, la oportunidad y la efectividad de los servicios.
- Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesarios.
- Ayudar al paciente y/o a la familia a acceder a los sistemas de salud existentes.
- Guiar al paciente y/o a la familia a través del sistema sanitario.
- Ayudar al paciente y/o a la familia a tomar decisiones informadas en cuanto a la asistencia sanitaria.
- Defender al paciente según sea necesario.
- Notificar al paciente y/o a la familia cualquier cambio en el servicio, la finalización del servicio y la eliminación del programa de gestión del caso.
- Promover la utilización eficaz de los recursos.



## ATENCIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS

- La satisfacción y maestría por el cuidado alude a los sentimientos de placer por ayudar, saber que se está proporcionando la mejor asistencia, disfrutar del tiempo que se pasa junto a la persona que se cuida, y sentirse cercano a la persona atendida debido a la ayuda prestada<sup>1</sup>.
- La EFyC debe dirigir acciones de promoción de la salud y prevención de complicaciones en las personas que cuidan, utilizando el intercambio de experiencias conjuntas y estimulándolas a responsabilizarse de su propia salud.
- Estas intervenciones están dirigidas a que las PC puedan disponer de un espacio para reflexionar sobre sus necesidades y reducir su malestar.





HERRAMIENTAS PARA LA  
ATENCIÓN INTEGRAL  
EN EL HOGAR



*Dimensiones de la Gestión de Casos*

## NUEVAS TECNOLOGÍAS

En la era digital no podemos aislarnos de la realidad en la que vivimos y que avanza mucho más rápido de lo que las personas lo hacen. Si bien es cierto que las personas receptoras de nuestro cuidado no son precisamente las más “digitalizadas” las nuevas tecnologías constituyen un amplio e ilimitado abanico de recursos si los sabemos aprovechar.

*Desde la Asociación Salud Digital se plantean si ¿pueden las TICs ayudar a afrontar retos para abordar problemas como, el envejecimiento de la población o la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que incrementan el gasto sanitario, así como para afrontar la propia integración del sistema sanitario español, fuertemente descentralizada, además de ayudar para el empoderamiento del paciente. ¿Cómo puede favorecerlo las TICs y no generar rechazo por la “deshumanización” en las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes?.*

Algunos de los avances tecnológicos han sido incorporados al sistema sanitario madrileño. Ejemplos de ello son la implantación de la receta electrónica y la visualización de parte de la información clínica desde distintos ámbitos asistenciales y por el paciente. La población lo ha integrado en su día a día, incluso las personas más mayores, que

pueden tener más dificultad para incorporar los cambios. Sin ninguna duda es un cambio en positivo que hace mucho más cómoda la vida de las personas y muestra como la implantación de las nuevas tecnologías puede ser mucho menos traumática de lo que pueda parecer a priori.

*¿Y por qué no utilizar recursos compartidos paciente-profesionales? La innovación y la tecnología móvil permiten a los profesionales sanitarios y a los pacientes acceder de un modo rápido y sencillo a gran cantidad de información, plataformas de comunicación o sistemas de recordatorios y alertas, entre otros. Así, herramientas como las aplicaciones móviles y los recursos web son instrumentos de gran utilidad para avanzar en mejoras de la adherencia, especialmente en aquellos pacientes con accesibilidad o familiarizados con las nuevas tecnologías.*

Existen experiencias publicadas en diferentes estudios que hacen referencia a la efectividad de sistemas de atención telefónica en distintas patologías. La Biblioteca Cochrane Plus5 **publica varias revisiones relacionadas con este modelo de asistencia en algunas patologías determinadas, EPOC, Insuficiencia Cardíaca;**<sup>17</sup> **si bien los resultados no son concluyentes debido al diseño de los estudios** sí que hay resultados optimistas que apuntan a una mejora en la calidad de vida, disminución de reingresos y ahorro de costos en visitas.

En los últimos años se están incorporando a la atención otras acciones distintas de la atención directa al paciente, como son el seguimiento telefónico, correo electrónico, etc. La Biblioteca Cochrane-[www.biblioteca-cochrane.com](http://www.biblioteca-cochrane.com) dispone de revisiones sobre intervenciones en este nuevo modelo de atención en procesos concretos. En el caso de pacientes con EPOC<sup>47</sup> muestra una reducción significativa del número de visitas a urgencias y un aumento de la calidad de vida, si bien esta atención, incluye la determinación de constantes, además de la información y asesoramiento, por lo que puede ser inicialmente más costosa.

## ¿Qué puede conseguir la atención y seguimiento telefónico?

- Asegurar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.
- Detectar y prevenir descompensaciones en pacientes de riesgo.
- Complementar la información sobre cuidados dada en consulta y/o visita domiciliaria previas.
- Reforzar el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Seguimiento y reevaluación del plan de cuidados.
- Inicio de trámites para cubrir necesidades sociosanitarias.

En definitiva y como ya se ha visto, es una herramienta fundamental para la EGC y ECA.

Es preciso diseñar protocolos estandarizados para la atención telefónica que permitan unificar criterios y evaluar resultados sobre la calidad de vida del paciente crónico y su entorno<sup>17</sup>.

Según las conclusiones del estudio “los ciudadanos ante la e-salud”<sup>48</sup>, se habla de ciudadanos más informados que intervienen proactivamente en el cuidado de su salud, debido a las posibilidades que brindan canales como Internet, las redes sociales virtuales y diversos dispositivos y aplicaciones móviles, consolidando todo ello la

emergencia de la figura del paciente empoderado que deriva en nuevos modelos de relación profesional-paciente.

Por otro lado, la inclusión de las TIC en el ámbito sanitario genera nuevas sensaciones, en general como se ha observado, muy positivas por parte de los ciudadanos en cuanto a su utilidad para mejorar la seguridad y calidad en la atención que reciben tanto en los centros sanitarios (mejoras en la utilidad y el acceso a su historia clínica o mejoras en la gestión administrativa) como en su domicilio, de la mano de la telemedicina y teleasistencia, gracias a un mejor acceso de los profesionales a la información clínica. En este mismo estudio se destaca que dentro de las fuentes de información sobre salud disponibles, las más utilizadas son las más tradicionales, que se caracterizan por el trato cara a cara. El 89% de la población recurre a profesionales de la salud para informarse sobre salud, siendo la fuente más utilizada.

Internet sigue siendo una fuente de información en proceso de una utilización más masiva. Aunque desde 2011 ha crecido de manera significativa dicho ámbito de uso, el principal hándicap general es que sigue siendo una fuente en vías de alcanzar un grado de confianza amplio para el uso de sus contenidos.

Las redes sociales son el medio menos utilizado por parte de los pacientes como fuente de información y, además, no son consideradas como una fuente de confianza.

Los objetivos y retos que se abren en la actualidad en la relación entre los pacientes y sus profesionales sanitarios se podrían resumir en cuatro:

- Ahorrar y optimizar el tiempo por ambas partes.
- Primar la mejora de la calidad de vida del paciente. Aunque curarse continúa siendo el principal objetivo, gana peso el prestar especial atención a las condiciones en las que transcurre su vida.
- Orientar la atención hacia la prevención y no tanto al tratamiento.
- Concienciar e informar al paciente acerca de su propia salud<sup>49</sup>.

# HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL HOGAR

El mayor uso de Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es un elemento facilitador importante para el cuidado integrado e integral, pero no es una condición necesaria. El contacto personal y presencial con las enfermeras es más efectivo que la monitorización basada exclusivamente en el apoyo telefónico. El cuidado personalizado es más importante que el uso de alta tecnología en los cuidados<sup>50</sup> aunque es un complemento útil en el seguimiento de pacientes en domicilio.

El uso de las TIC pretende una comunicación directa que permita resolver las dudas sobre el cuidado del paciente, sin pedir citas previas, sin esperas, de forma permanente y continua. La enfermería debe aprovechar, sin duda, estos recursos para liderar y gestionar como actividad propia el seguimiento proactivo y preferente de los pacientes en sus domicilios

Los cuidados de enfermería a través del teléfono o del correo electrónico corporativo son parte de intervenciones complejas y estructuradas, incluidas en la gestión de casos, seguimiento proactivo, continuidad de cuidados, que son competencia de la EFyC. El seguimiento telefónico está asociado con un incremento significativo en la calidad de vida y muestra una reducción significativa en el número de pacientes con una o más atenciones de urgencia en 12 meses<sup>8</sup>.

Comparativamente, las visitas domiciliarias reducen de forma significativa todas las causas de admisión hospitalaria. Las intervenciones telefónicas también reducen la admisión hospitalaria pero la significación es límite. Sin embargo las intervenciones hospitalarias no tuvieron efecto<sup>51</sup>.

Es más probable el éxito donde hay un foco específico sobre el trabajo con individuos y cuidadores informales para ayudar en el autocuidado, que incluya diversas modalidades de atención con el fin de mantener de un modo u otro la presencia de la enfermera en el domicilio.

## COMUNICACIÓN

### HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO: TIC Y OTROS RECURSOS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

1. TELÉFONO: Consulta telefónica de seguimiento al alta y seguimiento proactivo telefónico como novedad para el seguimiento del paciente crónico complejo.

- **Llamadas de confort.** Se realizarán a los pacientes dados de Alta.

- **Llamadas de seguimiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo.

- **Llamadas de adherencia tratamiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para el cumplimiento del tratamiento.

- **Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** Se realizarán a todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para el cumplimiento del tratamiento.

2. TELEENFERMERÍA: Conviene no identificar la Atención Telefónica del paciente con la Teleenfermería o prestación de servicios de enfermería a distancia. En esta última modalidad de atención las intervenciones aumentan su complejidad (teleconsulta, tele diagnóstica, teleformación, telemonitorización, telerehabilitación) y su finalidad es un intercambio electrónico de información entre el profesional y el paciente. A través del uso de diferentes tecnologías (correo electrónico, fax, aplicaciones móviles, etc.) se pueden enviar datos al profesional para su interpretación y emitir una respuesta clínica no presencial. Con estas modalidades de atención se permite disminuir los tiempos y las distancias, mejorar la accesibilidad y la atención sanitaria, y existen numerosos documentos que acreditan una reducción del tiempo efectivo de atención, el coste y los RRHH, que resulta económica para reducir la necesidad o la duración de estancias hospitalarias,

hacer extensivo a las poblaciones dispersas el acceso a los servicios, y para ampliar los servicios a domicilio de calidad.

3. PAL24. Unidad de Atención Paliativa Continuada. Servicio 24 horas, al que se accede a través del 061, dirigido a pacientes con necesidades de cuidados paliativos, sus familias y los profesionales que les atienden, que estén incluidos en programa de cuidados paliativos y que tengan registrado en su historia clínica el código CIAP A99.01
4. APP. Tienen la limitación de que existe un número elevado de aplicaciones enfocadas a la salud y pocas de ellas validadas, además de posibles problemas de privacidad.
5. APP y programa Vivifrail. Prevención de la fragilidad a través del ejercicio físico. <http://www.vivifrail.com/es/>.
6. WEARABLES.
7. PORTAL DEL PACIENTE. MI CARPETA DE SALUD.
8. TELEASISTENCIA: Es un servicio social que con soporte de la tecnología, facilita la atención y el apoyo personal y social continuo a personas en situaciones de fragilidad por limitaciones de la autonomía personal o la dependencia para las actividades de la vida diaria asociadas a la edad, la discapacidad o la enfermedad. Está especialmente indicada para personas que viven o pasan mucho tiempo solas<sup>49</sup>. Algunos de los servicios que incluye son: detectores de agua/gas/humo, cámaras de videovigilancia, dispositivos de localización GPS y presencia, detectores de caídas, llamadas telefónicas, dispositivos pulsadores de alarma, etc.

## HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO: TIC Y OTROS RECURSOS DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

1. COMUNICACIÓN TELEFÓNICA, LLAMADA ENFERMERA CONTINUIDAD ASISTENCIAL-AP (Bidireccional). Vía de comunicación más rápida, directa y eficiente, cuyo objetivo es asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales. Es bidireccional,

desde AH hacia AP en aquellos pacientes que previo al alta la ECA valora la necesidad de atención continuada de cuidados por parte de la familia y/o profesionales de AP, o bien desde AP los profesionales detectan riesgo de descompensación y/o necesidad de atención prioritaria. Se incluyen las situaciones de necesidades sociosanitarias al alta, previsión de dispositivos de apoyo, derivaciones a servicios sociales, institucionalización, etc.

2. CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL.
3. E-CONSULTA :Cuando el paciente se encuentra en el domicilio o residencia, las e-consultas permiten a los médicos y enfermeras de los Centros de Salud, realizar interconsultas 'on-line' con los médicos y enfermeras de los Servicios Hospitalarios, mejorando mediante la comunicación entre los profesionales sanitarios, la continuidad asistencial del paciente y evitar desplazamientos cuando no es realmente necesario.
4. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.
5. PAL24. Plataforma de atención específica paliativa. Se apoya en los recursos del SUMMA 112 y ESAPD atendida por profesionales con experiencia y formación específica avanzada en Cuidados Paliativos. Esta operativa durante 24 horas al día los 365 días del año con tres objetivos:
  - Dar confianza y apoyo a los cuidadores en el domicilio, evitando desplazamientos innecesarios a los servicios de urgencia.
  - Dar soporte a los profesionales que se encargan de la atención del enfermo en cualquier nivel asistencial.
  - Gestionar los recursos de atención paliativa disponibles en la Comunidad de Madrid en el momento.
6. VISOR HORUS.
7. REGISTRO INSTRUCCIONES PREVIAS.

# HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL HOGAR

8. BUZÓN DE INFORMES: Es el buzón de correo del profesional asignado a cada paciente donde llegan los informes de consultas, atención en urgencias, en hospital de día, ingresos y altas hospitalarias para informar de todos estos sucesos a los profesionales. Es uno de los medios más útiles y adecuados por la rapidez de emisión de estos informes y la facilidad para consultarlos por parte del profesional para realizar llamadas proactivas y programar visitas en domicilio al alta, siendo importante también la función de alertas ante parámetros analíticos alterados.
  9. PORTAL SOCIOSANITARIO. Comunicación con residencias socio-sanitarias.
  10. INTRANET: SALUDA, PORTAL ATENCIÓN PRIMARIA.
-





BIBLIOGRAFÍA



1. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:1-13.
2. Instituto nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares-Año 2017. 2018;2016:1-9. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/ech\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/ech_2017.pdf).
3. De A. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia EDAD 2008. 2008.
4. MINISTERIO DE SANIDAD SSI. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012.
5. Morales Asencio JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index de Enfermería* [Internet]. 2010 [citado 22 de febrero de 2019];18(4). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/236025101>.
6. Gobierno Vasco - Dpto. de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gob Vasco - Dpto Sanid y Consum [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2019];3367264. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos\\_cronicos/eu\\_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf).
7. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
8. Duque MC. Nurses Home : enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro. *Bibliografía revisada.* 2009;7(2).
9. MINISTERIO DE SANIDAD P, IGUALDAD SE. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria. 2011; Disponible en: <https://www.apeto.com/assets/asociosanitaria2011.pdf>.
10. Parab CS, Cooper C, Woolfenden S, Piper SM. Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(6).
11. Segura JCC. Atención domiciliaria : una reflexión más allá de nuestro modelo. 2005;81-3.

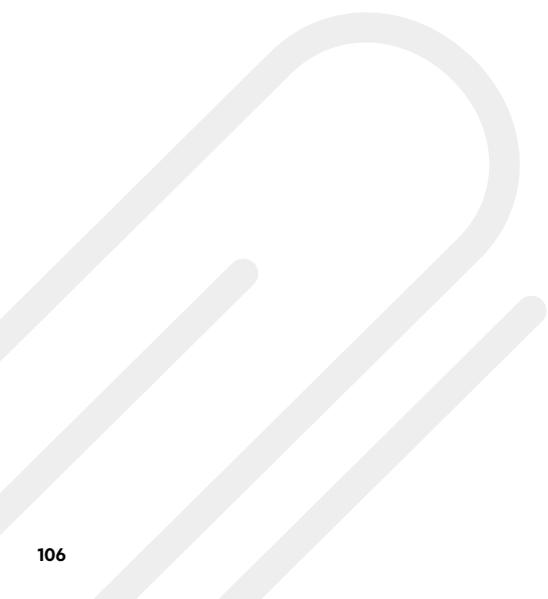
12. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies. *Kings Fund*. 2014;1-28.
13. Pinilla R. Vivienda, casa, hogar: Las contribuciones de la filosofía al problema del habitar. *Doc Soc*. 2005;(138):13-39.
14. Bachiller S. Las Personas En Situación De. *Soc e Cult [Internet]*. 2013;16(1):81-90. Disponible en: Redalyc.
15. Alegre Y, Suárez M. CADEC Instrumentos de Atención a la Familia : El Familiograma y el APGAR familiar. *Rampa*. 2006;1(1):48-57.
16. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria [Internet]*. 1 de julio de 2010 [citado 24 de febrero de 2019];42(7):388-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>.
17. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2011;(8). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007718.pub2>.
18. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y saludable. *Asam Mund la Salud [Internet]*. 2016;3(2012):65-9. Disponible en: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1).
19. Dalgleish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Envejecimiento y salud, OMS. *J Exp Psychol Gen*. 2007;136(1):23-42.
20. Estudio de la Vulnerabilidad Social. 2006;91:399-404.
21. Gené Badia J, Contel Segura JC, Hidalgo García A, Borràs Santos A, Porta Borges M, Oliver Olius A, et al. Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2009;41(2):91-101.
22. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de. 2014.
23. Llobet MP, Anciano F, Satisfacción ; Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria [Internet]. 2011 [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
24. Albornos-Muñoz L, Moreno-Casbas MT, Sánchez-Pablo C, Bays-Moneo A, Fernández-Domínguez JC, Rich-Ruiz M, et al. Efficacy of the Otago Exercise Programme to reduce falls in community-dwelling adults aged 65-80 years old when delivered as group or individual training. *J Adv Nurs [Internet]*. julio de 2018 [citado 25 de febrero de 2019];74(7):1700-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29633328>.
25. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. *Estudio Octabaix. Aten Primaria*. 2014;46(9):475-82.
26. Rodríguez Mañas L. RETICEF: Una oportunidad para impulsar la investigación española sobre envejecimiento y fragilidad. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia [Internet]*. 1 de marzo de 2008 [citado 27 de febrero de 2019];43(2):68-70. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X08711570>.
27. Instituto Nacional de Estadísticas. Panorámica de la discapacidad en España. *Boletín Inf del Inst Nac Estadística (Panorámica la Discapac en España) [Internet]*. 2009 [citado 28 de febrero de 2019];1-12. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es).
28. Mundial B. Informe mundial la discapacidad.

29. Estado J. Ley 39 / 2006 , de 14 de diciembre , de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia . 2006;1-30.
30. Valcarce A. Ley de Dependencia : una revolución social. 2007;5(2):2-5.
31. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan [Internet]. 2007;(42):7-17. Disponible en: [https://www.sis.net/documentos/zerbitzuan/La\\_gestion\\_de\\_casos.pdf](https://www.sis.net/documentos/zerbitzuan/La_gestion_de_casos.pdf).
32. Primaria A, Director S. Sobre cómo mejorar la atención en cuidados paliativos How to improve support in palliative care. Atención Primaria. 2015.
33. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 1 de marzo de 2015;10(2):227-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
34. Arranz L, Giménez-Llort L, De Castro NM, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de mayo de 2009 [citado 26 de febrero de 2019];44(3):137-42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09000274>.
35. Neville S, Adams J, Montayre J, Larmer P, Garrett N, Stephens C, et al. Loneliness in Men 60 Years and Over: The Association With Purpose in Life. *Am J Mens Health*. 2018;12(4):730-9.
36. Espiritualidad en Clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. SECPAL. 2014.
37. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semer - Med Fam* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 26 de febrero de 2019];42(3):177-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315001896?via%3Dihub>.
38. Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en Clínica [Internet]. 2014 [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: [http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia\\_secpal.pdf](http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia_secpal.pdf).
39. Due TD, Sandholdt H, Siersma VD, Waldorff FB. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1-8.
40. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), (semFyc) SE de M de F y C, Atención F de A de EC y, (FAECAP) P. DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGÍA. 2013 [citado 26 de febrero de 2019];34. Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/guias/desarrollo-de-guias-de-practica-clinica-en-pacientes-con-comorbilidad-y-pluripatologia>.
41. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" [Internet]. [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>.
42. Pérez-Godoy Díaz E, Moreno-Guerín Baños AJ. Duelo y muerte en cuidadores familiares y profesionales de enfermos de Alzheimer. *Gerokomos* [Internet]. 2007 [citado 28 de febrero de 2019];18(2):15-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
43. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>.

44. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1):23-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>.
45. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. MANUAL DE LA GESTION DE CASOS EN ANDALUCIA: ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN ATENCION PRIMARIA Revisado Febrero de 2007 Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. 2007;32. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual\\_Gesti?n\\_Casos\\_en\\_Andaluc?a\\_Atenci?n\\_Primarya.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual_Gesti?n_Casos_en_Andaluc?a_Atenci?n_Primarya.pdf).
46. EL PROYECTO PILOTO ETXEAN ONDO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN EN DOMICILIOS Y EN RESIDENCIAS Y LA INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
47. Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, García-Armesto S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. *Trend in potentially avoidable hospitalisations for chronic conditions in Spain*. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30(1):52-4. Disponible en: [https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/gv30n1/original\\_breve3.pdf](https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gv30n1/original_breve3.pdf).
48. Vázquez R, María M, López M, Colaboradora E, Networks O. Ministerio de Industria, Energía y Turismo Entidad Pública Empresarial Red.es Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información-ONTSI-Área de Evaluación. 2016;0-200.
49. Vázquez R, María M, López M, Colaboradora E, Networks O. Ministerio de Industria, Energía y Turismo Entidad Pública Empresarial Red.es Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información-ONTSI-Área de Evaluación [Internet]. 2016 [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los\\_ciudadanos\\_ante\\_la\\_e-salidad.pdf](https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-salidad.pdf).
50. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs Lessons from seven international case studies [Internet]. 2014 [citado 24 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/7981/12c57a7ade2239037ea96ec32a4a8039a5a4.pdf>.
51. March Cerdá JC. El Domicilio Como Centro de Atención en Atención Primaria [7] [Internet]. Vol. 33, *Atencion Primaria*. Elsevier Doyma; 2004 [citado 26 de febrero de 2019]. p. 110-1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670479366X?via%3Dihub>.



ANEXOS



**ANEXO I****DOCUMENTOS APOYO****1. DOCUMENTOS INFORMATIVOS A PACIENTES Y FAMILIA****REDUZCA EL RIESGO DE CAÍDAS.**

¿Por qué se producen las caídas?

¿Cómo se puede reducir el riesgo de caídas?

Cuide su salud.

Realice actividad física con frecuencia. La actividad física fortalece el cuerpo.

Prevenga la deshidratación. La deshidratación puede facilitar la pérdida de estabilidad.

Visite a su oftalmólogo. Asegúrese de no tener problemas con la vista o necesitar una graduación en sus cristales.

Hable con su médico si el medicamento que toma normalmente le produce somnolencia, mareos o confusión. Infórmese de cómo reducir estos efectos secundarios.

**Tome medidas de precaución adicionales.**

Encienda las luces cuando entre en una habitación. No camine en la oscuridad.

Asegúrese de que no haya obstáculos en su camino.

Utilice los pasamanos de las escaleras.

Siéntese en sillas que no se muevan y tengan apoya brazos para ayudarse cuando se sienta y se levanta.

Utilice zapatos que tengan suelas firmes, planas y antideslizantes. No utilice sandalias o calzado abierto que pueda hacerle perder el equilibrio.

Reemplace la punta de goma del bastón y de los andadores cuando se hayan gastado.

**Realice pequeños cambios a su hogar.**

Instale temporizadores, luces que se enciendan y apaguen con aplausos, o luces con sensor de movimiento.

Use luces de noche en su habitación, en el pasillo que conduce al baño, al igual que dentro del mismo.

No coloque objetos en el suelo o en las escaleras.

Elimine las alfombras en áreas pequeñas y deshágase de las alfombras que puedan hacerle resbalar.

Coloque los objetos de más uso en lugares que estén a su alcance y no requieran el uso de un taburete como escalera.

Asegúrese de que le resulte fácil acostarse y levantarse de su cama.

Asegúrese de que los peldaños de sus escaleras no estén resbaladizos.

Use calcomanías o alfombras no resbaladizas en la bañera o la ducha.

Instale barras de apoyo cerca del inodoro, la bañera o la ducha.

**Fuente; Documentación incluida en listado de recomendaciones a pacientes del programa AP Madrid.**

## ANEXO II

### INTERVENCIONES RECOMENDADAS.

Las intervenciones (NIC) propuestas en cada apartado no son excluyentes de los otros apartados, las que son comunes se nombran sin desarrollar las actividades propuestas.

#### 1. AUTONOMÍA

##### 5250 Apoyo en la toma de decisiones.

- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.

##### 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar.

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar del paciente.
- Implicar al paciente/familia en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Aconsejar las modificaciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.
- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.
- Aconsejar la eliminación de todos los malos olores.
- Sugerir servicios de desparasitación, si es necesario.
- Facilitar la limpieza de la ropa sucia.
- Explicar el coste del mantenimiento necesario y de los recursos disponibles.
- Ofrecer soluciones a las dificultades económicas.
- Solicitar los servicios de una asistenta, según corresponda.
- Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.
- Proporcionar información sobre la ayuda temporal a los que cuidan a los miembros de la familia, si es necesario.
- Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

**5440 Aumentar los sistemas de apoyo.**

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.

**5395 Mejora de la autoconfianza.**

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.
- Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.
- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.

- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p. ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

**4410 Establecimiento de objetivos comunes.**

- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Animar al paciente a identificar sus propios puntos fuertes y habilidades.
- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.

- Reevaluar los objetivos y el plan, según corresponda.

## **6610 Identificación de riesgos.**

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas.
- Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

## **6480 Manejo ambiental.**

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles).

- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.

- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar a la familia/allegado información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro para el paciente.
- Favorecer la seguridad contra incendios, según corresponda.

## **6485 Manejo ambiental: preparación del hogar.**

- Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los CUIDADOS DOMICILIARIOS.
- Encargar y confirmar la entrega de cualquier medicación y suministros necesarios.
- Proporcionar información escrita respecto a la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia, según sea necesario.

## **6486 Manejo ambiental: seguridad.**

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

- Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología).
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).

### **5380 Potenciación de la seguridad.**

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Mostrar calma.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Escuchar los miedos del paciente/familia.
- Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas de afrontamiento habituales.

### **5616 Enseñanza medicamentos prescritos.**

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.

- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.

- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde depositar los recipientes con objetos afilados en su comunidad.

- Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

- Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, según corresponda.

- Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.

- Incluir a la familia/allegados, según corresponda.

### **2380 Manejo de la medicación.**

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.

- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

- Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.

- Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.

- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.

- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.

- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
- Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.
- Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.

## **200 Fomento del ejercicio.**

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Incluir a la familia/cuidadoras/es del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

## **6650 Vigilancia.**

- Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.
- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
- Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
- Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- Vigilar los patrones conductuales.
- Controlar el estado emocional.
- Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia.
- Controlar los cambios de los patrones de sueño.
- Controlar el estado nutricional, según corresponda.

## **7110 Fomentar la implicación familiar.**

- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un PLAN DE CUIDADOS, incluidos los RESULTADOS esperados y la implantación del plan de cuidados.
- Identificar otros FACTORES ESTRESANTES situacionales para los miembros de la familia.

- Reconocer y respetar los mecanismos de AFRONTAMIENTO utilizados por la familia.

## 2. SOLEDAD

### 0053 Aislamiento social, deterioro de la interacción social, riesgo de relación ineficaz.

- Definición de aislamiento social: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

- Definición de deterioro de la interacción social: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

- Definición de riesgo de relación ineficaz: Riesgo de un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

#### • Actividades:

- Aumentar los sistemas de apoyo, facilitar las visitas, potenciación de la socialización.
- Elaboración de relaciones complejas.
- Modificación de la conducta: habilidades sociales.
- Fomentar la implicación familiar y estimular la integridad familiar.
- Presencia.
- Terapia de entretenimiento y actividad.

### 5328 Visitas domiciliarias de apoyo.

- Evaluar el grado de depresión para establecer un nivel basal.
- Establecer el número propuesto de visitas.

- Mostrar interés por el paciente, evitar los obstáculos de la escucha activa, centrarse en la interacción suprimiendo prejuicios, sesgos, suposiciones y otras distracciones. Utilizar la conducta no verbal para facilitar la comunicación. Escuchar el mensaje y los sentimientos no expresados, además del contenido de la conversación.

- Ayudar al paciente a nombrar sentimientos y emociones asociados con la situación .

- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

- Ayudar al paciente a elaborar una lista completa de los problemas actuales.

- Ayudar al paciente a identificar el problema principal y una lista de decisiones, evaluar las ventajas e inconvenientes de esta lista, elegir soluciones deseadas y desarrollar un plan para llevar a cabo la solución.

- Evaluar los síntomas de depresión a intervalos apropiados.

### 5420 Apoyo espiritual.

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.

- Animar al paciente a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionan fuerza y apoyo espirituales.

- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.

- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

- Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada. Facilitar el uso de la meditación, oración, y demás tradiciones y rituales.

- Compartir las propias creencias sobre significado y propósito.

- Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
- Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores.
- Estar abierto a las expresiones de soledad e impotencia.
- Alentar la asistencia a servicios religiosos y fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea. Remitir al asesor espiritual elegido por la persona.
- Asegurar que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
- Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la edad y la muerte. Ayudar a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

## **5100 Potenciación de la socialización.**

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y las limitaciones en la comunicación con los demás.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.

## **3. FRAGILIDAD**

### **5250 Apoyo en la toma de decisiones.**

### **7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar.**

### **5440 Aumentar los sistemas de apoyo.**

### **5516 Enseñanza medicamentos prescritos.**

### **4410 Establecimiento de objetivos comunes.**

### **7110 Fomentar la implicación familiar.**

### **200 Fomento del ejercicio.**

### **6610 Identificación de riesgos.**

### **6480 Manejo ambiental.**

### **6485 Manejo ambiental: preparación del hogar.**

### **6486 Manejo ambiental: seguridad.**

### **180 Manejo de la energía.**

- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente/allegado a establecer metas realistas de actividades.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
- Instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.

### **2380 Manejo de la medicación.**

#### **5395 Mejora de la autoconfianza.**

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.

- Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.
- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p. ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

### **5380 Potenciación de la seguridad.**

#### **6490 Prevención de caídas.**

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda.

- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
  - Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.
  - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
  - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente.
  - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
  - Marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones, si es necesario.
  - Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.
  - Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
  - Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
  - Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
  - Disponer barandillas y pasamanos visibles.
  - Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
  - Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
  - Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
  - Disponer zonas de almacenamiento de fácil alcance.
  - Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
  - Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, según corresponda, al salir de la cama.
  - Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
  - Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
  - Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
  - Sugerir el uso de calzado seguro.
  - Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar.
  - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).
- 221 Terapia de ejercicios: ambulación.**
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
  - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
  - Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
  - Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
  - Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
  - Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.

- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulaci3n.

- Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.

### **222 Terapia de ejercicios: equilibrio**

- Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.

- Evaluar las funciones sensoriales (visi3n, audici3n y propiocepci3n).

- Facilitar un ambiente seguro para la pr3ctica de los ejercicios.

- Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n, andador, almohadas o colchonetas) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, mensurables.

- Reforzar o proporcionar instrucci3n sobre la posici3n y la realizaci3n de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.

- Proporcionar informaci3n sobre terapias alternativas, como Yoga y Taich3.

- Realizar una evaluaci3n del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales seg3n corresponda.

- Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educaci3n sobre ca3das.

### **6650 Vigilancia.**

#### **4. DISCAPACIDAD**

##### **5520 Facilitar el aprendizaje.**

- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.

- Ajustar el contenido de nuestros mensajes de acuerdo con las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

##### **1800 Ayuda con el autocuidado: AIVD.**

- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (p. ej., poner n3meros grandes en el tel3fono, subir el volumen del timbre del tel3fono, colocar la lavadora y otros electrodom3sticos en la planta principal, poner barandillas laterales en el v3st3bulo, barras para asirse en los cuartos de ba3o).

- Conseguir mejoras en el transporte que contrarresten las discapacidades (p. ej., controles manuales en los coches, espejo retrovisor m3s ancho), seg3n corresponda.

- Consultar con el terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta c3mo tratar la discapacidad f3sica.

##### **7200 Fomentar la normalizaci3n familiar.**

- Fomentar el desarrollo de la integraci3n del ni3o en el sistema familiar sin que el ni3o se convierta en el centro de la familia.

- Ayudar a la familia a que vea al ni3o afectado primero como a un ni3o, en lugar de como a una persona enferma cr3nica o discapacitada.

- Fomentar la interacci3n con otros ni3os sanos.

- Animar a los progenitores a que tengan las mismas expectativas y utilicen las mismas técnicas con el niño afectado que con los otros niños de la familia, si es el caso.

- Animar a los progenitores a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.

- Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales.

## **6480 Manejo ambiental.**

### **1400 Manejo del dolor.**

- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.

- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.

### **5230 Aumentar el afrontamiento.**

- Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas por la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

### **5370 Potenciación de roles.**

- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.

- Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles.

## **5. DEPENDENCIA**

### **7320 Gestión de casos.**

- Explicar el papel del gestor del caso al paciente y a la familia.

- Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.

- Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria.

- Valorar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos económicos y las condiciones del entorno del paciente, según sea necesario.

- Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia.

- Explicar las vías clínicas al paciente y a la familia.

- Individualizar las vías clínicas para el paciente.

- Determinar los resultados que deben obtenerse con la aportación del paciente y/o de la familia.

- Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el médico del paciente.

- Evaluar de forma continuada el progreso hacia los objetivos fijados.

- Identificar los recursos y/o los servicios necesarios.

- Coordinar la provisión de los recursos y de los servicios precisos.

- Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (p. ej., otras enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terceros pagadores, fisioterapeutas).

- Proporcionar asistencia directa según las necesidades.

- Enseñar al paciente y/o a la familia la importancia del autocuidado.
  - Fomentar actividades de toma de decisiones adecuadas en el paciente y/o la familia.
  - Documentar todas las actividades de la gestión del caso.
  - Monitorizar el plan para asegurar la calidad, la cantidad, la oportunidad y la efectividad de los servicios.
  - Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesarios.
  - Ayudar al paciente y/o a la familia a acceder a los sistemas de salud existentes.
  - Guiar al paciente y/o a la familia a través del sistema sanitario.
  - Ayudar al paciente y/o a la familia a tomar decisiones informadas en cuanto a la asistencia sanitaria.
  - Defender al paciente según sea necesario.
  - Notificar al paciente y/o a la familia cualquier cambio en el servicio, la finalización del servicio y la eliminación del programa de gestión del caso.
  - Promover la utilización eficaz de los recursos.
- 7140 Apoyo a la familia.**
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
  - Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
  - Ofrecer una esperanza realista.
  - Facilitar la comunicación de inquietudes / sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
  - Favorecer una relación de confianza con la familia.
  - Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
  - Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
  - Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.
  - Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.
  - Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.
  - Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
  - Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas.
  - Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.
  - Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
  - Proporcionar información frecuente a la familia a cerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo.
  - Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
  - Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.
- Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.
- Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.
- Brindar cuidados al paciente en lugar de la familia para relevarla y también cuando ésta no pueda ocuparse de los cuidados.
- Tramitar y/ o facilitar la posibilidad de disponer cuidados intermitentes progresivos, cuando se indique y se desee.
- Informar a la familia cómo puede ponerse en contacto con el cuidador.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y pena, si procede.

## **740 Cuidados del paciente encamado.**

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Facilitar la adquisición de colchón terapéutico adecuado.
- Informar y adiestrar a cuidador/familia sobre la necesidad de:
  - Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
  - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.
  - Disponer de barandillas, si procede.
  - Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel.

- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.

- Vigilar el estado de la piel. - Enseñar ejercicios de cama, si procede.

## **1800 Ayuda al autocuidado.**

- Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos para la adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Enseñar a los padres / familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.

## **1860 Terapia de deglución.**

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, foniatra y dietista), para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje / realización de tareas de ingestión y deglución.
- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.

- Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.
- Colocarse de forma tal, que paciente pueda vernos y oírnos.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente / familia.
- Colaborar con el Foniatra para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.
- Proporcionar / usar dispositivos de ayuda, si se precisan.
- Evitar el uso de pajas para beber.
- Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (“barbilla metida”).
- Guiar al paciente en la fonación “ah” para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.
- Proporcionar chupachús para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.
- Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia delante sobre la mesa.
- Enseñar al paciente a que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Enseñar al paciente a no hablar durante la comida, si procede.
- Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.
- Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Proporcionar descanso antes de comer / hacer ejercicio, para evitar fatiga excesiva.
- Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
- Enseñar al paciente a alcanzar partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua. En caso contrario retirarlos.
- Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Enseñar a la familia / cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista.
- Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para atragantamientos.
- Enseñar a la familia / cuidador a comprobar si han quedado restos de la comida en la boca después de comer.
- Proporcionar las instrucciones por escrito, si es necesario.
- Proporcionar un esquema de las sesiones de prácticas a la familia / cuidador, según sea necesario.
- Proporcionar / comprobar la consistencia de los alimentos / líquido en base a los descubrimientos del estudio de la deglución.
- Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente.

- Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
- Controlar peso corporal.
- Vigilar hidratación corporal (ingesta, salidas, turgencia de la piel y membranas mucosas).
- Proporcionar cuidados bucales si es necesario.

### **3540 Prevención de las úlceras por presión.**

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Braden).
- Registrar el estado de la piel y planificar monitorización.
- Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a:
  - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
  - Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
  - Girar continuamente cada 1-2 horas, si procede.
  - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
  - Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
  - Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
  - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
  - Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
  - Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para codos y talones, si procede.
- Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.

- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.

- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

### **4410 Establecimiento de objetivos comunes.**

#### **4480 Facilitar la autoresponsabilidad.**

- Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
- Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

- Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
  - Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.
  - Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente.
  - Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
  - Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad.
  - Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.
  - Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.
  - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.
- 4420 Acuerdo con el paciente.**
- Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
  - Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
  - Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
  - Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
  - Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente.
  - Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
  - Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.
  - Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, si fuera posible.
  - Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
  - Establecer objetivos en términos positivos.
  - Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.
  - Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
  - Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.
  - Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
  - Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir los objetivos.
  - Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.
  - Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.
  - Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos.
  - Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.

- Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente.
- Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.
- Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas / acciones.
- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.
- Identificar junto con el paciente una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.
- Coordinar con el paciente las oportunidades de revisión del acuerdo y de los objetivos.
- Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario.
- Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas, que tengan sentido.
- Animar al paciente a que elija un refuerzo / recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta.
- Identificar las recompensas adicionales con el paciente, si se superan los objetivos originales, según deseos.
- Especificar con el paciente el tiempo de entrega de los refuerzos / recompensas.
- Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas.

- Ayudar al paciente a desarrollar algún modelo de hoja de información que ayude en el seguimiento de los progresos hacia los objetivos.

- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

- Explorar con el paciente las razones del éxito o la falta de éste.

## **5210 Guía de anticipación.**

- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.

- Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal, si procede.

- Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente.

- Determinar los métodos de solución de problemas habituales del paciente.

- Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema.

- Ayudar al paciente a decidir la persona encargada de solucionar el problema.

- Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad del paciente para solucionar problemas, si procede.

- Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles durante el curso de acción, si procede.

- Ensayar las técnicas necesarias para enfrentarse a la aparición de crisis de desarrollo o circunstancial con el paciente, si resulta adecuado.

- Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles.

- Proporcionar al paciente una referencia preparada (materiales educativos) si es el caso.
- Sugerir libros / literatura para que el paciente los lea, si resulta oportuno.
- Remitir al paciente a centros comunitarios, si procede.
- Programar visitas en momentos de desarrollo / circunstanciales estratégicos.
- Programar visitas extra en pacientes con preocupación o dificultades.
- Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.
- Proporcionar al paciente un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, si fuera necesario.
- Involucrar a la familia / seres queridos, si procede.

#### **5340 Presencia.**

- Mostrar una actitud de aceptación.
- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Permanecer en silencio, si procede.
- Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.

- Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.
- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

#### **5380 Potenciación de la seguridad.**

#### **5480 Clarificación de valores.**

- Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención.
- Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios.
- Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
- Utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y cuestiones escritas), si procede.
- Plantear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en qué pensar.
- Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones.
- Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.
- Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.

- Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia / seres queridos.
- Apoyar la decisión del paciente, si procede.
- Utilizar sesiones múltiples, según lo indique la situación específica.
- Evitar el uso de la intervención con personas que tengan serios problemas emocionales.
- Evitar el uso de interrogatorios de corroboración.

## **6460 Manejo de la demencia.**

- Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados en el grado deseado.
- Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicación, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios.
- Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo, mediante herramientas de evaluación normalizadas.
- Observar el funcionamiento cognitivo, con una herramienta de evaluación normalizada.
- Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas al estado cognitivo del paciente.
- Condiciones ambientales estables y adecuadas (iluminación, evitar peligros potenciales, identificación del paciente, etc.).
- Mantener contacto visual con el paciente. Identificarse siempre que nos acerquemos y dirigirnos por su nombre.

- Dar órdenes simples hablando con tono de voz claro, bajo y respetuoso. Evitar confrontaciones para manejar el comportamiento.
- Evitar el contacto y la proximidad si son fuentes de estrés o ansiedad.
- Evitar rotaciones frecuentes de los cuidadores, siempre que sea posible, así como cambios de ambiente.
- Establecer periodos de reposo para evitar la fatiga y reducir el estrés.
- Tomar nota de alimentación y peso.
- Proporcionar espacios seguros para pasear.
- Evitar frustración del paciente interrogándole con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- Proporcionar pistas tales como: sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres para ayudar en la orientación.
- Dejarle comer solo, si procede y en compañía de otros. Facilitarle la alimentación adecuada.
- Proporcionar alimentos que se coman con las manos a pacientes que no se sienten para comer.
- Seleccionar actividades individuales o grupales acordes a las capacidades cognitivas e intereses del paciente.
- Facilitar fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en ellas. Decorar habitaciones con escenas e imágenes familiares, etc.
- Discutir con los miembros de la familia y amigos, la mejor manera de interactuar con el paciente.
- Ayudar a la familia a comprender que quizás sea imposible que el paciente aprenda nueva información.

- Limitar el número de elecciones que el paciente tenga que hacer para evitarle ansiedad.
- Marcar sus pertenencias de manera que le sea fácil identificarlas (letras grandes, símbolos, etc.).
- Evitar uso de trabas físicas.
- Observar cuidadosamente si hay causas que aumenten una confusión aguda y reversible.
- Retirar o cubrir espejos si el paciente tiene miedo o se siente intimidado al observarse en ellos.

#### **6485 Manejo ambiental: preparación del hogar.**

#### **6490 Prevención de caídas.**

#### **6610 Identificación de riesgos.**

#### **7120 Movilización familiar.**

- Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Comentar el poder y los recursos de la familia con los miembros de la misma.
- Determinar las influencias culturales de la familia.
- Identificar los roles de la familia con los miembros de la misma.
- Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender.
- Analizar la situación familiar actual.

- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente de acuerdo con los deseos del mismo.
- Enseñar a los cuidadores en domicilio la terapia del paciente.
- Identificar el efecto de la conducta familiar sobre el paciente.
- Determinar el efecto de la conducta del paciente sobre la familia.
- Comentar con los miembros de la familia la manera de utilizar el poder y los recursos para potenciar el estado de salud del paciente.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre aquellas maneras eficaces de resolución de problemas que puedan ser utilizados por el paciente.
- Enseñar a los miembros de la familia estrategias para el mantenimiento de la salud, el restablecimiento de ésta o para una muerte en paz del paciente.
- Establecer metas realistas con el paciente y la familia.
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación y desarrollo de terapias o en los cambios en el estilo de vida del paciente.
- Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad, cuando corresponda.
- Identificar con los miembros de la familia los recursos comunitarios que pueden utilizarse para mejorar el estado de salud del paciente.
- Remitir a las familias a grupos de apoyo de otras familias, si procede.
- Determinar sistemáticamente la consecución de objetivos por parte del paciente.

## 6. ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA

### 7040 Apoyo al Cuidador principal.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Monitorizar la presencia de indicios de estrés.
- Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre el proceso de duelo.
- Apoyar al cuidador durante el proceso de duelo.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidados por relevo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Comentar con el paciente los límites del cuidador.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

### 5270 Apoyo emocional.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

### 4920 Escucha activa.

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.

- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
  - Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
  - Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
  - Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
  - Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
  - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
  - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
  - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- 5430 Grupo de apoyo.**
- Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
  - Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
  - Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
  - Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
  - Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
  - Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.
  - Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.
  - Reunirse en sesiones de 1-2 horas, según corresponda.
  - Comenzar y terminar con puntualidad, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión.
  - Disponer las sillas en un círculo en estrecha proximidad.
  - Hacer públicas las normas de admisión para evitar problemas que puedan aparecer a medida que el grupo avanza.
  - Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.
  - Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
  - Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.
  - No permitir que el grupo se convierta en una reunión social improductiva.
  - Ayudar al grupo a progresar por las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
  - Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.**

## ANEXO III

### TEST Y ESCALAS DE VALORACIÓN.

#### 1. BARTHEL. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

Valora la autonomía para realizar las actividades imprescindibles.

100 Independiente.  
 >60 Dependiente leve.  
 40-55 Dependiente moderado.  
 20-35 Dependiente severo.  
 20 < Dependiente total.

COMER	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente
BAÑO	
5	Independiente
0	Dependiente
ASEO	
5	Independiente
0	Dependiente
VESTIRSE	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente
MICCIÓN	
10	Continente
5	Incontinente ocasional
0	Incontinente
DEPOSICIÓN	
10	Continente
5	Incontinente ocasional
0	Incontinente
USO DEL WC	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente
TRASLADO SILLÓN/CAMA	
15	Independiente
10	Mínima ayuda
5	Gran ayuda
0	Dependiente
DEAMBULACIÓN	
15	Independiente
10	Necesita ayuda
5	Independiente en silla de ruedas
0	Dependiente
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	Independiente
5	Necesita ayuda
0	Dependiente

## 2. CUESTIONARIO GES (SECPAL).

Evaluación de necesidades y recursos espirituales.

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Qué es lo que más le molesta?
3. ¿Qué es lo que más le ayuda?
4. ¿En qué o en quién se apoya en situaciones de crisis?
5. ¿Qué le hace sentirse seguro, a salvo?
6. ¿Qué es lo que la gente valora más de usted?

Intrapersonal	1. Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo.				
Intrapersonal	2. He hecho en mi vida lo que sentía que tenía que hacer.				
Intrapersonal	3. Encuentro sentido a mi vida.				
Interpersonal	4. Me siento querido por las personas que me importan.				
Interpersonal	5. Me siento en paz y reconciliado con los demás.				
Intrapersonal	6. Creo que he podido aportar algo valioso a la vida de los demás.				
Transpersonal	7. A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas.				
Transpersonal	8. Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, dios...).				
<i>El objetivo no es buscar una categoría para cada respuesta, sino que la persona pueda explorar, reflexionar y encontrar una respuesta.</i>					

## 3. EDMONTON. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS.

Valora la intensidad de síntomas y se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sin dolor											Máximo dolor
Sin cansancio											Máximo cansancio
Sin náusea											Máxima náusea
Sin depresión											Máxima depresión
Sin ansiedad											Máxima ansiedad
Sin somnolencia											Máxima somnolencia
Buen apetito											Sin apetito
Máximo bienestar											Máximo malestar
Sin falta de aire											Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir											Máxima dificultad para dormir

**4. ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS. J.H. DAWTON.**

Cuantifica el riesgo de caídas en el anciano y pacientes inmovilizados.

<b>CAÍDAS PREVIAS</b>	
No	0
Si	1
<b>MEDICAMENTOS</b>	
Ninguno	0
Tranquilizantes sedantes	1
Diuréticos	1
Hipotensores no diuréticos	1
Antiparkinsonianos	1
Otros	1
<b>DÉFICIT SENSORIALES</b>	
Ninguna	0
Alteraciones visuales	1
Alteraciones auditivas	1
Extremidades (ictus)	1
<b>ESTADO MENTAL</b>	
Orientado	0
Confuso	1
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
Normal	0
Segura con ayuda	1
Insegura con/sin ayuda	1
Imposible	1

Alto riesgo > 2 puntos

Las medidas preventivas han de priorizarse con 3 o más puntos.

### 5. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DEL ANCIANO ESCALA DE GIJÓN.

Escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar.

Permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social.

FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de edad similar	2
Vive con cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive sólo y tiene hijos próximos	4
Vive sola y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
> 1'5 veces el salario mínimo	1
Desde 1'5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo inclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuada a las necesidades	1
Barreras arquitectónicas en vivienda o portal (peldaños, puertas estrechas)	2
Humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (agua caliente, calefacción)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale del domicilio y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

**6. FRAIL.**

**Cuestionario autorreferido para cribado de la fragilidad.**

Cada uno de los 5 dominios puntúa de 0 a 1 punto.

Las 11 enfermedades por las que se pregunta se puntúan 0-4 respuestas positivas= 0 puntos y 5-11 respuestas positivas= 1 punto.

FATIGABILIDAD						
¿Qué parte del tiempo durante las 4 últimas semanas te sentiste cansado?						
Todo el tiempo = 1	La mayoría de las veces = 1	Parte del tiempo = 0	Un poco de tiempo = 0	En ningún momento = 0		
					SÍ	NO
RESISTENCIA						
¿Tiene dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?						
DEAMBULACIÓN						
Por sí mismo y sin uso de ayudas ¿tiene dificultad para caminar varios cientos de metros?						
COMORBILIDAD						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene hipertensión?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene diabetes?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene cáncer (excepto menores de piel)?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene enfermedad pulmonar crónica?						
¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido un ataque cardiaco?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene insuficiencia cardiaca?						
¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido angina de pecho?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene asma?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene artritis?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene ICTUS?						
¿Alguna vez un médico le dijo que tiene enfermedad renal?						
PÉRDIDA DE PESO						
¿cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos?						kg
Y hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos?						kg
Cálculo % (≥ 5% de pérdida de peso = 1 punto. ≤5% pérdida de peso= 0 puntos)						%
0-2 Paciente no frágil						
3-5 Paciente frágil						

## 7. GOLDBERG.

Cuestionario heteroadministrado para el cribado de la ansiedad y la depresión.

La valoración se realiza sobre las 2 últimas semanas.

Cada una de las subescalas se estructura en:

4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista trastorno mental.

Los 5 ítems siguientes se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas anteriormente ( $\geq 1$  en depresión y  $\geq 2$  en ansiedad).

SUBESCALA DE DEPRESIÓN			
	SÍ	NO	
¿Se ha sentido con poca energía?			
¿Ha perdido interés por las cosas?			
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?			
¿Se ha sentido desesperanzado?			
	SÍ	NO	TOTAL SÍ =
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?			
¿Ha perdido peso a causa de falta de apetito?			
¿Se ha estado despertando temprano?			
¿Se ha sentido enlentecido?			
¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?			
SUBESCALA DE ANSIEDAD			
	SÍ	NO	
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			
¿Ha estado muy preocupado por algo?			
¿Se ha sentido muy irritable?			
¿Ha tenido dificultad para relajarse?			
	SÍ	NO	TOTAL SÍ =
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?			
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?			
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareo, sudor, diarrea?			
¿Ha estado preocupado por su salud?			
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?			
<i>Puntuación total. Escala única. Puntuación de corte en <math>\geq 74</math> años <math>\geq 6</math></i>			

## 8. INDICADORES DE RIESGO SOCIAL.

1. Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo: Persona que no convive con nadie, o que convive con personas con algún tiempo de discapacidad por motivos de edad, enfermedad o disminución.
2. Persona con relación familiar conflictiva: hace referencia a cualquier tipo de conflicto familiar (desavenencias, rotura de relación, etc.).
3. Familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo: Las dificultades hacen referencia a motivos laborales, cargas familiares, agotamiento y otras limitaciones personales.
4. Condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes.
5. La vivienda es inadecuada a las necesidades del enfermo: Hace referencia a la existencia de barreras arquitectónicas, falta de espacio, humedades, falta de servicios básicos (agua, luz, calefacción, teléfono, etc.).
6. Se aprecia falta de recursos económicos: Hace referencia a la manifestación expresa del enfermo y familia y también a la impresión de los profesionales.

1 sola respuesta afirmativa indica riesgo social.

## 9. ÍNDICE ESFUERZO CUIDADOR.

Entrevista semiestructurada.

Cada respuesta afirmativa suma 1 punto.

	Sí	No
Tiene trastornos del sueño (Ej. El paciente se levanta por la noche).		
Es un inconveniente (Ej. La ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).		
Representa un esfuerzo físico (Ej. Hay que sentarlo, levantarlo).		
Supone una restricción (Ej. Limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).		
Ha habido modificaciones en la familia (Ej. Se ha roto la rutina o no hay intimidad).		
Ha habido cambios en los planes personales (Ej. Rechazar un trabajo o renunciar a vacaciones).		
Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. Por parte de otros miembros de la familia).		
Ha habido cambios emocionales (Ej. Causa de discusiones).		
Algunos comportamientos son molestos (Incontinencia, le cuesta recordar cosas, acusa de quitarle cosas).		
Es molesto darse cuenta que el paciente ha cambiado comparado con antes.		
Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. Necesita reservarse tiempo para la ayuda).		
Es una carga económica.		
Nos ha desbordado totalmente (Ej. Preocupación por la persona cuidada, como continuar el tratamiento).		
≥ 7 puntos sugiere un elevado nivel de esfuerzo del cuidador		

**10. ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.**

Valora la capacidad para vivir de forma independiente en la comunidad.

Estas actividades se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>			
Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	No participa en ninguna labor de la casa.	0
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	1	Lava por sí solo toda su ropa.	1
No es capaz de usar el teléfono .	0	Lava por sí solo pequeñas prendas.	1
<b>HACER COMPRAS</b>		Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.	0
Realiza independientemente todas las compras necesarias.	1	<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Realiza independientemente pequeñas compras.	0	Viaja solo en transporte público o utiliza su propio coche.	1
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro medio de transporte.	1
Totalmente incapaz de comprar.	0	Viaja en transporte público cuando va a acompañado de otra persona.	1
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		Solo utiliza el taxi o el automóvil acompañado de otras personas.	0
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	No viaja.	0
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	Es capaz de tomar su medicación ala hora y dosis correcta.	1
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	Toma su medicación si le es preparada previamente.	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>		No es capaz de admionistrarse su medicación.	0
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados.	1	<b>MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer camas.	1	Se encarga de sus asuntos económicos.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	Realiza las compras de cada día, necesita ayuda en grandes compras, bancos, etc.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	Incapaz de manejar dinero.	0
0-1 Dependencia total 2-3 Dependiente severo 4-5 Dependencia moderada 6-7 Dependencia ligera 8 Independiente.			

## 11. MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC).

Versión adaptada y validada del Minimental State Examination de Folstein.

Es un test de cribado de demencias, útil en el seguimiento evolutivo de las mismas.

1 punto por respuesta correcta.

<b>ORIENTACIÓN</b>
Espacial día fecha mes estación año.
Temporal lugar planta ciudad provincia nación.
<b>FIJACIÓN</b>
Repita estas tres palabras hasta que las aprenda. peseta caballo manzana
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>
Reste de 3 en 3 desde 30 (1 punto por sustracción correcta). 27 24 21 18 15
Repita 5-9-2 hasta que los aprenda (1 punto por cada dígito en posición inversa). 2 9 5
<b>MEMORIA</b>
¿Recuerda las tres palabras que aprendió? peseta caballo manzana
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto?
Mostrar un reloj ¿Qué es esto?
Repita esta frase: En un trigal había cinco perros.
Una manzana y una pera son frutas ¿qué son el rojo y el verde? (colores).
¿Qué son un perro y un gato? (animales).
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa. Primera Segunda Tercera
Lea esto y haga lo que dice (Cierre los ojos).
Escriba una frase.
Copie este dibujo. 
<b>DETERIORO COGNITIVO.</b> >65 años: Menor o igual a 23 puntos. <65 años: Menor o igual a 27 puntos.

## 12. NORTON. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
BUENO 4 Puntos	ALERTA 4 Puntos	TOTAL 4 Puntos	AMBULANTE 4 Puntos	NINGUNA 4 Puntos
NUTRICIÓN: 4 comidas/día. 4 raciones de proteínas/día y 2000Kcal, IMC 20-25	Orientado en tiempo, lugar y personas	Capaz de cambiar de postura	Independiente total	Control de ambos esf ínteres
INGESTA DE LÍQUIDOS: 1500-2000cc/día	Responde a estímulos visuales, auditivos y táctiles	corporal de	No necesita otra persona	S.vesical y control esfínter anal
TEMPERATURA CORPORAL: 36-37°C	Comprende la información	forma autónoma	Camina solo	
HIDRATACIÓN: Relleno capilar rápido, mucosas húmedas, recuperación pliegue cutáneo	Solicitar que refiera nombre, fecha, lugar y hora			
MEDIANO 3 Puntos	APÁTICO 3 Puntos	DISMINUIDA 3 Puntos	CAMINA CON AYUDA 3 Puntos	OCASIONAL 3 Puntos
NUTRICIÓN: 3 comidas/día. Más de la mitad del menú. 3 raciones proteína/día y 2000Kcal, IMC ≤20	Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso	Inicia movimientos voluntarios pero	Camina con ayuda o con supervisión de otra persona o	No controla esporádicamente uno o ambos
INGESTA DE LÍQUIDOS: 1000-1500cc/día	Despierta sin dificultad	requiere ayuda	medios mecánicos	esf ínteres
TEMPERATURA CORPORAL: 37-37.5°C	Obedece órdenes sencillas	para mantenerlos	(bastones, andadores, muletas)	
HIDRATACIÓN: Relleno capilar lento, mucosas húmedas, recuperación lenta pliegue cutáneo		Desorientación en tiempo y respuesta verbal lenta. Solicitar tocar la punta de	o completarlos	
REGULAR 2 Puntos	CONFUSO 2 Puntos	MUY LIMITADA 2 Puntos	SENTADO 2 Puntos	URINARIA O FECAL 2 Puntos
NUTRICIÓN: 2 comidas/día. 1/2 del menú. 2 raciones proteína/día y 1000Kcal, IMC ≥50	Inquieto, agresivo, irritable, dormido	Solo inicia movilizaciones	No puede caminar ni ponerse de pie	No controla uno de los esf ínteres
INGESTA DE LÍQUIDOS: 500-1000cc/día	respuesta lenta a estímulos	con escasa	Puede sentarse en	permanentemente
TEMPERATURA CORPORAL: 37.5-38°C	dolorosos	frecuencia	una silla.	
HIDRATACIÓN: Ligeros edemas, piel seca, escamosa. Lengua seca y pastosa.				
Discurso breve e inconexo. Vuelve a dormirse sin estímulos. Desorientación. Pelizcar		Precisa ayuda humana o mecánica		
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
MUY MALO 1 Punto	ESTUPOROSO a) COMATOSO b) 1 Punto	INMÓVIL 1 Punto	ENCAMADO 1 Punto	URINARIA Y FECAL 1 Punto
NUTRICIÓN: 1 comida/día. 1/3 del menú. 1 ración proteína/día y < 1000Kcal, IMC ≥50				
Desorientación en tiempo, lugar y personas	Incapaz de cambiar de postura	Dependiente para todos sus movimientos	No controla ninguno de los esf ínteres	

\*Continúa en página siguiente.

INGESTA DE LÍQUIDOS: <500cc/día	a) Despierta solo a estímulos dolorosos, sin respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto	por sí mismo, mantener la	posición corporal o sustentarla	(dependencia total). Precisa ayuda humana para cualquier objetivo
TEMPERATURA CORPORAL: >38'5 <35'5°C	b) Ausencia total de respuesta			
HIDRATACIÓN: Edemas generalizados, piel seca, escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo	Valoración: presionar el tendón de Aquilés. Comprobar reflejo corneal, pupilar y faríngeo			
* Valorar enfermedades concomitantes que causan deterioro en la piel: diabetes, ACVA, Isquemia, trombosis de MMII, sepsis, neoplasias				
5-11 Muy alto riesgo				
12-14 Riesgo evidente				
> 14 Riesgo mínimo / No riesgo				

### 13. TEST COGNITIVO PEIFFER.

Cuestionario heteroadministrado para cribado del deterioro cognitivo en > 65 años.

Screening en población general, especialmente útil en mayores y con nivel de instrucción bajo.

Cada error suma un punto.

¿Qué día es hoy? (día, mes, año).
¿Qué día de la semana es hoy?
¿Dónde estamos ahora?
¿Cuál es su número de teléfono?
¿Cuál su dirección? (sólo si no tiene número de teléfono).
¿Cuántos años tiene?
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año).
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
Reste de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0
0-2 errores: normal. 3-7 errores: deterioro mental leve-moderado. 8-10 errores: deterioro mental severo. Con baja escolarización se permite un error más. Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

**14. PPS. ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS.**

Trata de establecer el pronóstico de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos.

%	DEAMBULACIÓN	ACTIVIDAD EVIDENCIA ENFERMEDAD	AUTOCUIDADOS	INGESTA	NIVEL DE CONCIENCIA
100	Libre	Normal, sin evidencia de enfermedad	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal, alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Imposibilidad de trabajar. Alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Imposibilidad de trabajar. Alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hobbies o trabajo doméstico. Enfermedad manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión
50	Principalmente sentado / estirado	Imposible cualquier trabajo. Enfermedad extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	principalmente encamado	Igual anterior	Básicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	Reducida	Alerta o somnolencia o confusión
20	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Alerta o somnolencia o confusión
10	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	sólo cuidados de la boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido				

## 15. SPPB. BATERÍA DE PRUEBAS FUNCIONALES SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY).

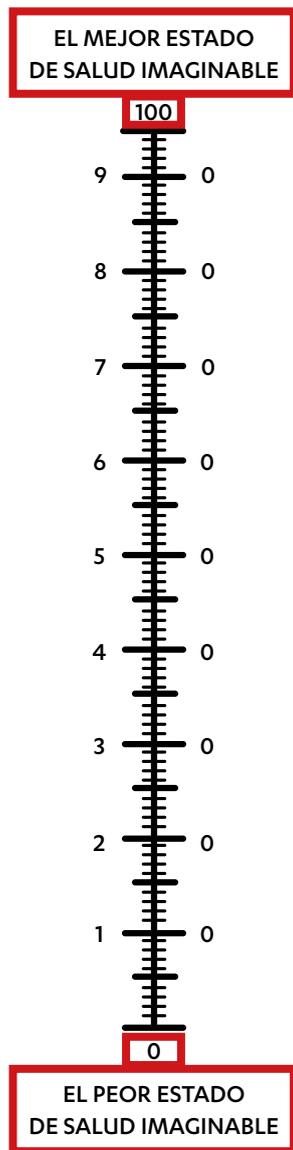
Prueba de ejecución validada en normalizada en nuestro medio para detectar fragilidad y predecir discapacidad.

Es importante respetar la secuencia de las pruebas.

Los tres subapartados suman 0-12 puntos y cambios de 1 punto tienen significado clínico.

TEST DE EQUILIBRIO	
<p>Pies juntos durante 10 segundos. Si &lt;10 segundos pasar a test de velocidad de la marcha. 1 punto = 10 segundos 0 puntos = menos de 10 segundos</p>	
<p>Pies en semi-tándem Talón de un pie a la altura del dedo gordo del otro pie durante 10 segundos. Si &lt;10 segundos ir al test de velocidad de la marcha. 1 punto = 10 segundos 0 puntos = menos de 10 segundos</p>	
<p>Pies en tándem Un pie delante de otro tocando el talón de uno la punta del otro durante 10 segundos. 2 puntos = 10 segundos 1 punto = 3-9 segundos 0 puntos = menos de 3 segundos</p>	
TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA	
<p>Medir el tiempo invertido en caminar 4 metros a ritmo normal (usar el mejor de 2 intentos). 4 puntos = menos de 4'82 segundos 3 puntos = 4'82 - 6'2 segundos 2 puntos = 6'21 - 8'7 segundos 1 punto = más de 8'7 segundos 0 puntos = no lo puede realizar</p>	
TEST DE LEVANTARSE DE LA SILLA	
<p>Pretest: pedir que cruce los brazos sobre el pecho e intente levantarse de la silla. Si puede realizarlo pasar al test de 5 repeticiones. 0 puntos = no puede</p>	
<p>Test 5 repeticiones: Medir el tiempo que tarda en levantarse 5 veces de la silla lo más rápido que pueda, sin pararse. 4 puntos = menos de 11'19 segundos 3 puntos = 11'2 - 13'69 segundos 2 puntos = 13'7 - 16'69 segundos 1 punto = 16'7 - 59 segundos 0 puntos = más de 60 segundos o incapaz</p>	
<p>≥ 10 puntos: Autónomas, no frágiles. &lt; 10 puntos: Frágiles. Indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad y caídas.</p>	

### 16. TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD.



### 17. TEST DE APGAR FAMILIAR.

Muestra cómo perciben los miembros de la familia el funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Aplicable a la población infantil.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			
Familia normofuncional: 7-10 puntos Familia disfuncional: 0-6 puntos Familia con leve disfunción: 0-3 puntos Familia con grave disfunción: 0-2 puntos			

## 18. UCLA-3. ESCALA DE SOLEDAD. (Rusell 1996). Validada por Velarde Mayol, Fragua Gil, García de Cecilia.

Valora la soledad subjetiva.

	(1) Me siento así a menudo	(2) Me siento así con frecuencia	(3) Raramente me siento así	(4) Nunca me siento así
¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo/a?				
¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?				
¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo/a?				
¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?				
¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o escriba?				
¿Con qué frecuencia se siente completamente solo/a?				
¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?				
¿Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía?				
¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?				
¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?				
Puntuaciones <20 pueden indicar un grado severo de soledad. Puntuaciones entre 20-30 pueden indicar un grado moderado de soledad.				

**19. YESAVAJE-5. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN.**

Cuestionario heteroadministrado para el cribado de depresión en >65 años.

	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Se siente a menudo aburrido?		
3. ¿Se siente a menudo sin esperanza?		
4. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?		
5. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?		
> 4 puntos se considera depresión.		

**20. ZARIT REDUCIDO. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.**

Mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores.

Nunca (1)

Casi nunca (2)

A veces (3)

Frecuentemente (4)

Casi siempre (5)

	1	2	3	4	5
¿Siente que a causa del tiempo que dedica a su familiar ya no tiene tiempo para usted misma/o?					
¿Se siente estresada al tener que atender a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?					
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?					
¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?					
¿Siente que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
En general, ¿Se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar?					
≥ 17 puntos indic a c laudic ac ión familiar (pero no puede diferenc iar en c uanto a la intensidad de la sobrecarga)					

## ANEXO IV

### TABLA DE VALORACIÓN:

#### Catálogo de preguntas que complementan la valoración.

	1. Percepción de la salud	2. Nutrición-Metabólico	3. Eliminación	4. Actividad-Ejercicio	5. Sueño
AUTONOMÍA	<p>¿Problemas que más le han afectado y formas de enfrentarse a ello?</p> <p>¿Qué actividades puede realizar solo, para cuáles necesita ayuda y cuáles le suponen un esfuerzo extra?</p> <p>¿Cómo maneja la medicación que toma?</p> <p>¿Cuáles son los riesgos para su salud que observa a su alrededor? ¿En su casa, en la calle?</p> <p>¿Qué apoyos cree que necesitaría para mantener su calidad de vida en su hogar?</p>	<p>¿Sabe usted que en las personas mayores disminuyen la capacidad de sentir sed y por eso han de "obligarse" a hidratarse?</p>	<p>¿Siente que tiene problemas en la utilización de su wc?</p> <p>¿Se le escapa la orina o heces?</p>	<p>¿Qué actividades realiza en casa?</p> <p>¿Qué actividades realiza fuera de casa?</p> <p>¿Desearía realizar más actividades dentro o fuera de casa?</p> <p>¿Utiliza algún dispositivo de ayuda? (Ej. bastón...).</p>	
FRAGILIDAD	<p>¿Cómo se siente?</p> <p>¿Qué tal se encuentra?</p> <p>¿Considera que su salud le permite vivir solo en su casa?</p> <p>¿Cree que necesita algún tipo de ayuda para seguir viviendo solo en su casa?</p> <p>¿Necesita adaptar su vivienda a su situación actual?</p> <p>¿Con qué recursos cuenta? (Tipos de ayuda en el domicilio: comidas, limpieza... de SSSS, de otros...).</p>	<p>¿Precisa la ayuda de otras personas?</p> <p>¿Se ha dado cuenta de si ha cogido o perdido peso últimamente?</p> <p>¿Dispositivos? -¿Manejo/dudas con dispositivos?</p> <p>¿Puede conseguir mecanismos/dispositivos para prevención?</p>	<p>¿Precisa de la ayuda de otras personas para la movilización?</p> <p>¿Utiliza algún mecanismo de ayuda para moverse?</p> <p>¿Cuáles?</p>	<p>¿Cree que es importante el ejercicio físico a su edad?</p> <p>¿Cuál es la limitación que tiene para realizar los ejercicios que mejoren su condición física?</p> <p>¿Tendría más interés para usted si le facilitaran la realización de ejercicio con otras personas o en lugares adecuados?</p>	
DISCAPACIDAD	<p>¿Siente que esta discapacidad le permite vivir como hasta ahora en su casa?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda considera que precisa?</p>	<p>¿Precisa ayuda para comer de forma adecuada debido a su discapacidad?</p> <p>¿Qué necesitaría para cubrir de forma adecuada esta necesidad?</p>	<p>¿Necesita ayuda de otras personas?</p> <p>¿Precisa y cuenta con dispositivos que le ayuden a solventar los problemas derivados de su discapacidad?</p>	<p>¿Cuenta con recursos o dispositivos para lograr la movilidad dentro y fuera de su hogar?</p> <p>¿Necesita adaptar su vivienda a su situación actual?</p>	<p>¿Cree que las preocupaciones debidas a su situación de discapacidad le impiden descansar de forma adecuada?</p>

	6. Cognitivo-Perceptivo	7. Autopercepción-Autoconcepto	8. Rol-Relaciones
AUTONOMÍA	<p>¿Es capaz de leer y escribir?</p> <p>¿Tiene conocimientos en las nuevas tecnologías?</p> <p>¿Tiene teléfono móvil? ¿Es Smartphone?</p> <p>¿Qué aplicaciones utiliza?</p>	<p>¿Ha notado algún signo, aunque sea leve, de pérdida de capacidad para su actividad habitual en los últimos meses?</p>	<p>¿Cómo le gustaría seguir viviendo y dónde?</p> <p>¿Tiene a quien pedir ayuda de forma regular?</p>
FRAGILIDAD		<p>¿Siente usted que con la pérdida de capacidad funcional también se ha modificado su auto-concepto?</p>	
DISCAPACIDAD	<p>¿Cree que puede encargarse de sus asuntos personales a pesar de su discapacidad actual? ¿Cree que lo hace bien?</p> <p>¿Su discapacidad le causa dolor? ¿De qué tipo?</p>		<p>¿Ha afectado su discapacidad al rol que venía desempeñando hasta ahora? ¿En qué ámbito, familiar, laboral...?</p>

	9. Sexualidad-Reproducción	10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés	11. Valores y creencias
AUTONOMÍA	¿Concede importancia a su vida sexual y le preocupa que cambie?		
FRAGILIDAD			¿Cree usted que la situación de fragilidad va unido a la edad y no tiene ningun remedio?
DISCAPACIDAD	¿Cree que su sexualidad se ha visto afectada por su discapacidad? ¿En qué forma?	¿Le causa preocupación su situación actual de discapacidad? ¿Cómo supera esa preocupación? Si cree que no puede seguir viviendo como hasta ahora, ¿qué haría al respecto?	¿Qué espera de su día a día? ¿Cree que su discapacidad de permite cubrir sus necesidades a nivel espiritual?

	1. Percepción de la salud	2. Nutrición-Metabólico	3. Eliminación	4. Actividad-Ejercicio	5. Sueño
DEPENDENCIA	<p>¿Cómo considera que su situación de dependencia es atendida?</p> <p>¿La ayuda que dispone es adecuada a su estado?</p> <p>¿Es capaz de manejar su medicación? ¿Dónde conserva los fármacos? ¿Quién se encarga de ir a por su medicación?</p>	<p>¿Tiene dificultades para tragar?</p> <p>¿Considera que su alimentación es la adecuada?</p> <p>¿Puede preparar la comida sin ayuda?</p> <p>Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión en persona con alta dependencia.</p> <p>¿Dispone de dispositivos que minimicen ese riesgo?</p> <p>¿La alimentación es adecuada para evitar malnutrición?</p>	<p>¿Necesita ayuda para ir al wc?</p> <p>¿Tiene problemas de incontinencia?</p> <p>¿Tiene problemas de estreñimiento?</p>	<p>¿Considera que no tiene fuerza para realizar actividades normales?</p> <p>¿Cree que la situación de falta de energía podría revertirse?</p> <p>¿Qué actividad que actualmente no puede realizar desearía poder hacer?</p> <p>¿Puede salir de casa? ¿Tiene o necesita dispositivos de ayuda para la movilidad?</p> <p>¿Siente miedo o inseguridad al realizar alguna actividad habitual?</p>	
PERSONA CUIDADORA					<p>¿Cree que la carga del cuidado le impiden descansar de forma adecuada?</p> <p>¿La persona a la que cuida, por su situación de dependencia, interrumpe y/o altera la calidad del sueño y descanso?</p>
SOLEDAD					<p>¿Se incrementa la sensación de soledad por la noche?</p> <p>¿Le da miedo quedarse dormido?</p>

	6. Cognitivo-Perceptivo	7. Autopercepción-Autoconcepto	8. Rol-Relaciones
DEPENDENCIA		<p>¿Se le olvida alguna vez realizar alguna acción habitual?</p> <p>¿Dispone de alguna ayuda en casa que compense su déficit, visual, auditivo, de memoria?</p>	<p>¿Cómo le gustaría seguir viviendo y dónde?</p> <p>¿Tiene a quien pedir ayuda de forma regular?</p>
PERSONA CUIDADORA			<p>Parentesco con persona dependiente.</p> <p>Convivencia o no con ella. Calidad de la relación.</p> <p>Tipos de atención: cuidados, tareas del hogar: limpieza/compras/gestiones.</p> <p>¿Desde cuándo ejerce el cuidado?, ¿cuánto tiempo dedica al día?</p> <p>Red de apoyo familiar y social: situación sociofamiliar y económica.</p> <p>Disminución del interés por las personas o por las actividades.</p> <p>Problemas.</p> <p>Pertenencia a grupos de ayuda mutua o asociaciones de pacientes.</p>
SOLEDAD		<p>¿Hasta cuándo se ve independiente para vivir en su casa?</p> <p>¿Le gustaría vivir en otro sitio diferente a su casa?</p> <p>Si no pudiera vivir solo de forma independiente ¿dónde querría vivir?</p> <p>¿Qué tipo de ayudas podrían mejorar su capacidad para ser independiente?</p> <p>¿Se siente sólo?</p> <p>¿Qué significa para usted la soledad?</p> <p>¿Cómo se siente cuando esta solo o sola?</p> <p>¿Cómo se ve en relación con otras personas?</p>	<p>¿Vive solo?</p> <p>¿Quién le cuida?</p> <p>¿En quién confía para su cuidado?</p> <p>¿Qué actividades comparte con otros?</p> <p>¿Tiene actividades lúdicas?</p> <p>Valorar el tipo de hogar, la composición de la familia (cuántos la componen, relación entre ellos, sustentador principal, edades, roles, nivel de salud de cada uno), si hay otros cuidadores.</p> <p>Valorar red de apoyo social.</p>

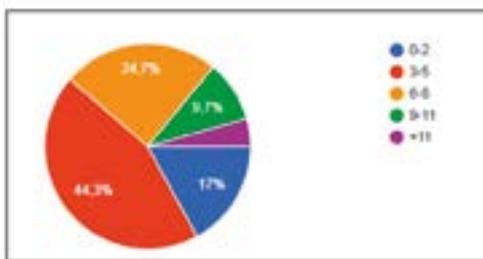
	9. Sexualidad-Reproducción	10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés	11. Valores y creencias
DEPENDENCIA		<p>¿Siente que su situación le supera?</p> <p>¿Qué situaciones domésticas generan más estrés o angustia?</p> <p>¿Considera que su situación de dependencia no tiene solución?</p> <p>¿Qué necesitaría para adaptarse al estado en el que se encuentra?</p>	<p>¿Piensa en ocasiones sobre su futuro?</p> <p>¿Tiene algún miedo por su situación de dependencia?</p> <p>¿Ha hecho testamento vital?</p> <p>¿Expresa a sus familiares sus deseos y creencias?</p>
PERSONA CUIDADORA		<p>¿Siente que su situación le supera?</p> <p>¿Qué situaciones domésticas generan más estrés o angustia?</p> <p>¿Considera que su situación de dependencia no tiene solución?</p> <p>¿Qué necesitaría para adaptarse al estado en el que se encuentra?</p>	<p>Grado de satisfacción con su vida. Conflictos éticos/morales/toma de decisiones.</p> <p>En caso de practicar alguna religión, afectación por la situación de cuidado.</p>
SOLEDAZ			<p>¿Está contento?</p> <p>¿Cree que puede ser feliz estando solo/a?</p> <p>¿Se encuentra cómodo en su casa?</p> <p>¿Qué le haría estar más cómodo?</p> <p>¿Qué quiere mejorar de su vida y qué dejar igual?</p> <p>¿Qué cree necesita para mantenerse como está o para mejorar?</p> <p>¿Considera que ha cumplido sus objetivos vitales?</p> <p>¿Su trayectoria vital es satisfactoria?</p> <p>¿Siente que tiene cosas por hacer, decir o finalizar?</p> <p>¿Qué cosas considera que tiene pendientes?</p> <p>¿Se siente en paz consigo mismo?</p>

## ANEXO V

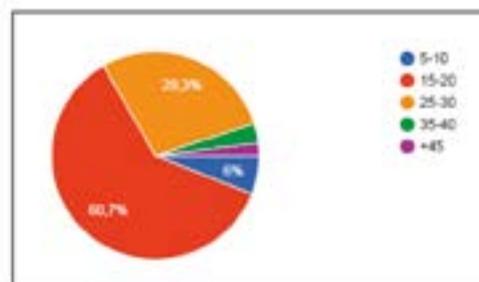
### ENCUESTA DE SEMAP A PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Resultados más interesantes.

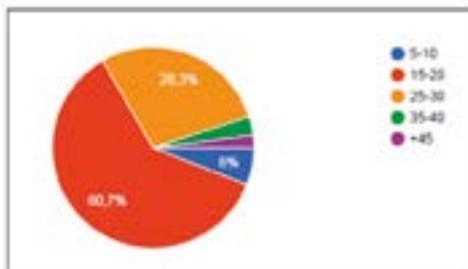
1. Media de domicilios semana.



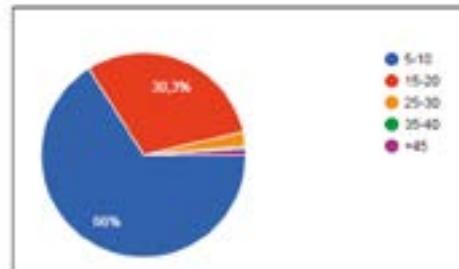
2. Tiempo medio de desplazamiento a los domicilios.

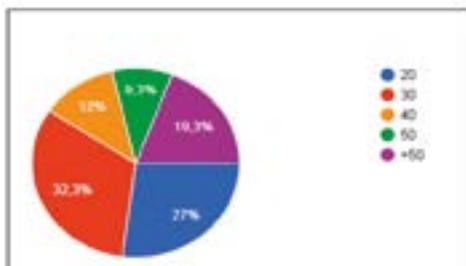


3. Tiempo medio de permanencia en los domicilios.

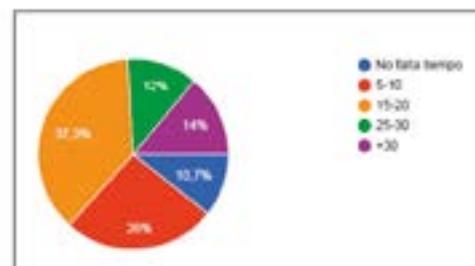


3. Tiempo medio para el registro en la historia clínica.

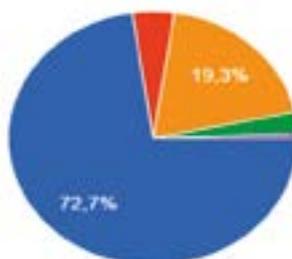




5. Tiempo total en agendas dedicado a la atención domiciliaria.

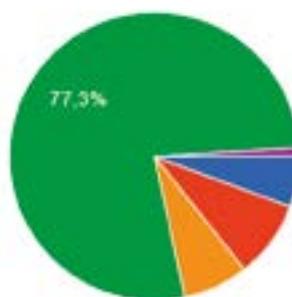


6. Tiempo extra, fuera de agenda, dedicado a la atención domiciliaria.



- Técnicas de enfermería (inyectables, curas, vacunas, INR, etc)
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad
- Valoración y establecimiento de un plan de cuidados
- Apoyo emocional al paciente y familia
- Valoración social y del domicilio

7. Intervenciones realizadas mayoritariamente.



- Cuando corresponde según cartera de servicios
- Por continuidad de cuidados (por requerir alguna técnica al alta hospit...)
- Cuando solicitan mi atención para la realización de alguna técnica
- Cuando programo las visitas en función de las necesidades de cada...
- Por continuidad de cuidados (para valoración al alta hospitalaria)

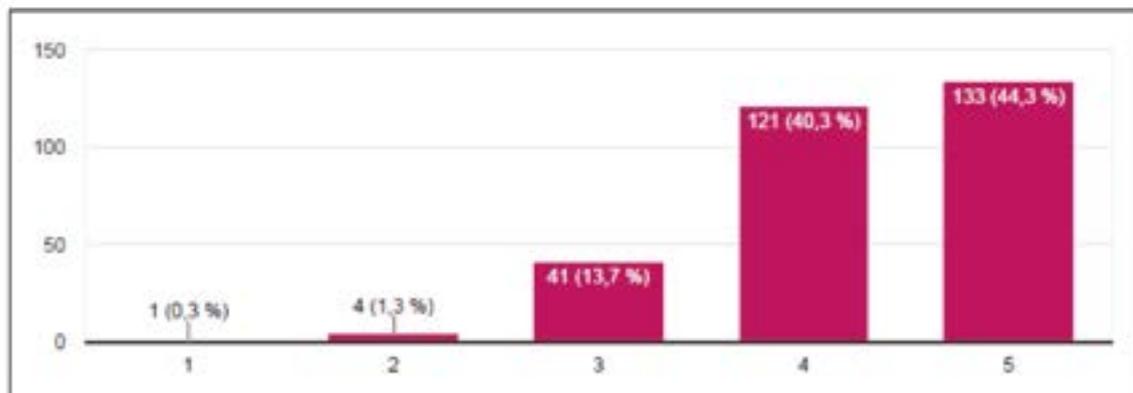
8. Razón para realizar visita a pacientes inmovilizados.

\* Valores de máximo desacuerdo (1) a máximo acuerdo (5).

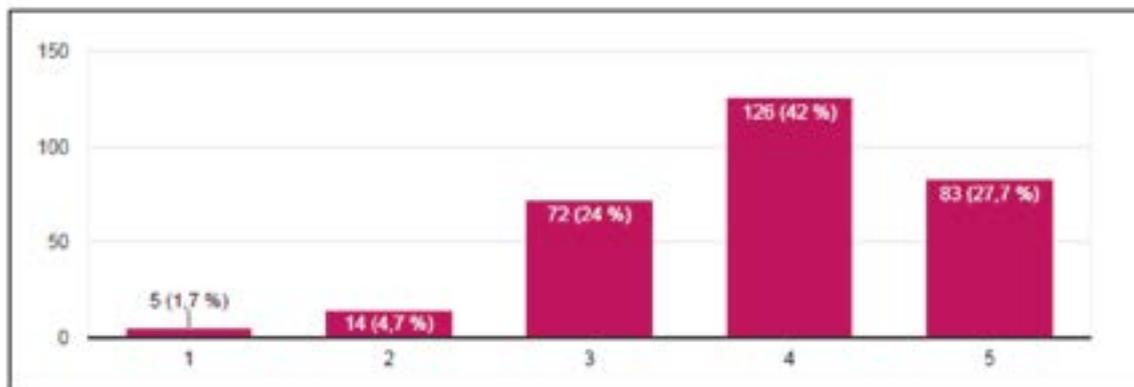


9. Opinión sobre la necesidad de cambio de la AD.

10. Opinión sobre la responsabilidad del cambio de la AD.

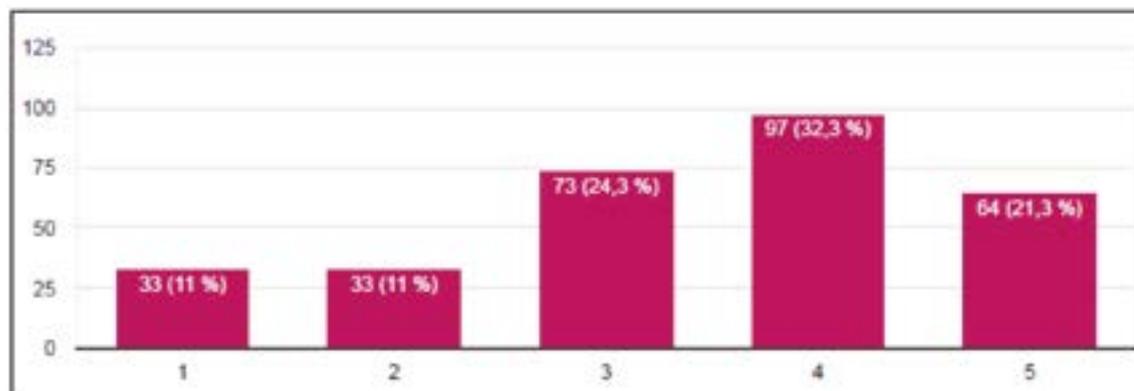


a. Gestores.

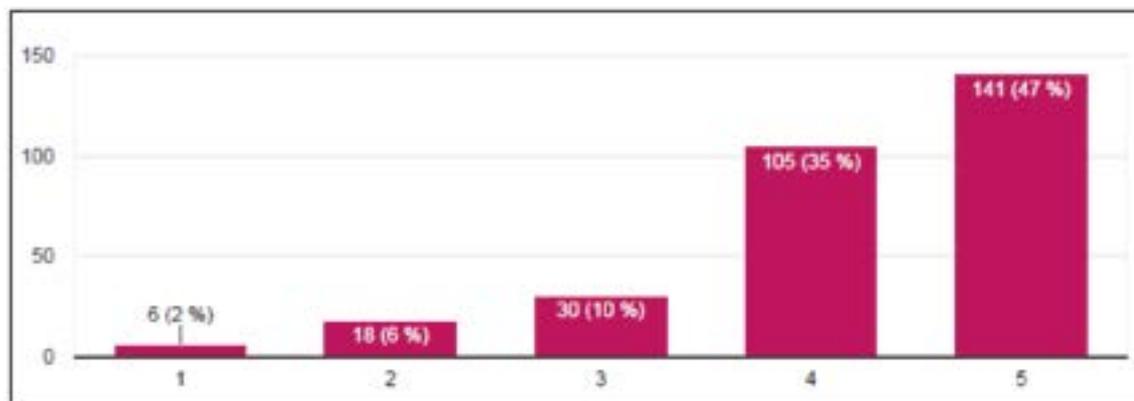


b. Profesionales.

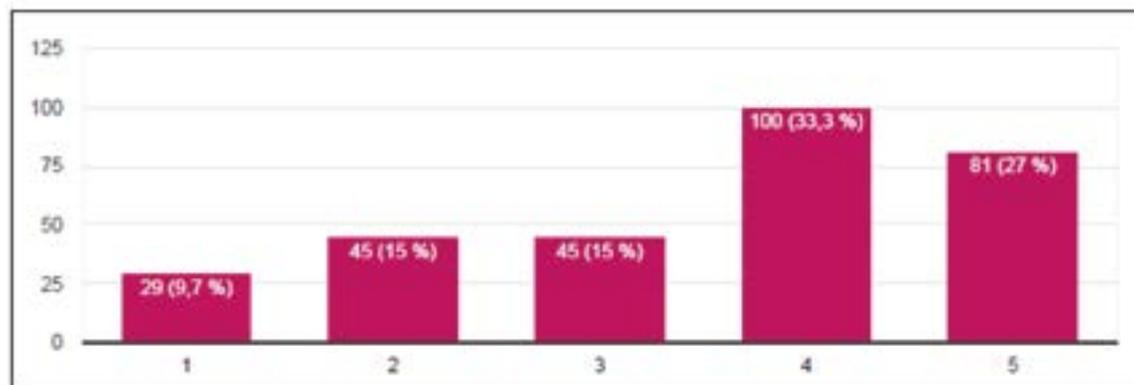
#### 11. Dificultades en la realización de la AD.



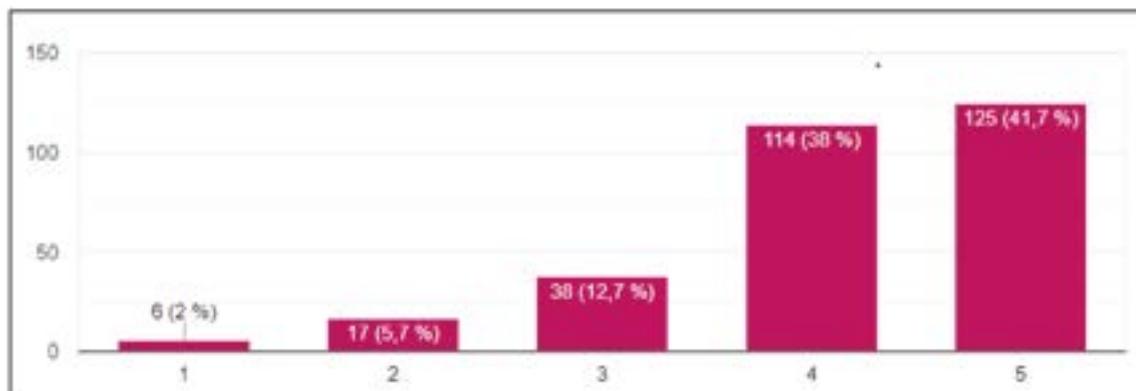
a. Problemas de salud de profesionales.



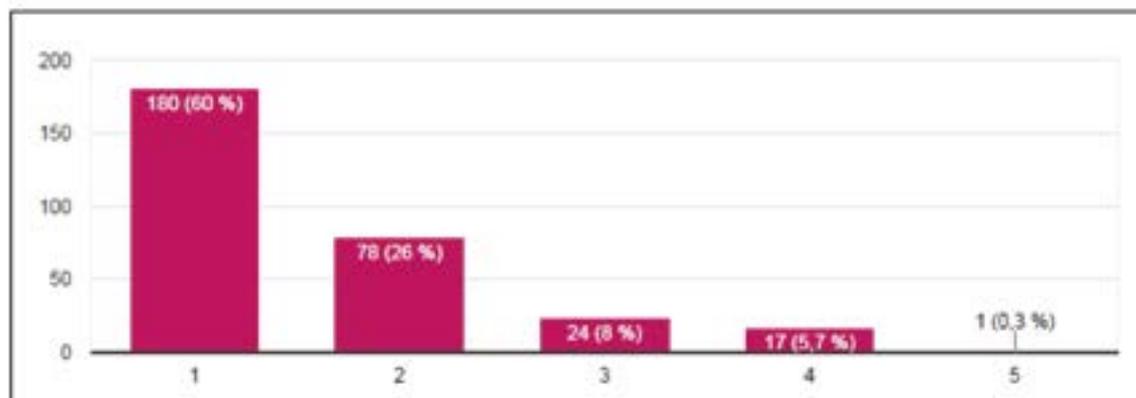
b. Carga de trabajo, la AD mayor planificación y dedicación que actividad del CS.



c. Sobre esfuerzo actividad diaria.

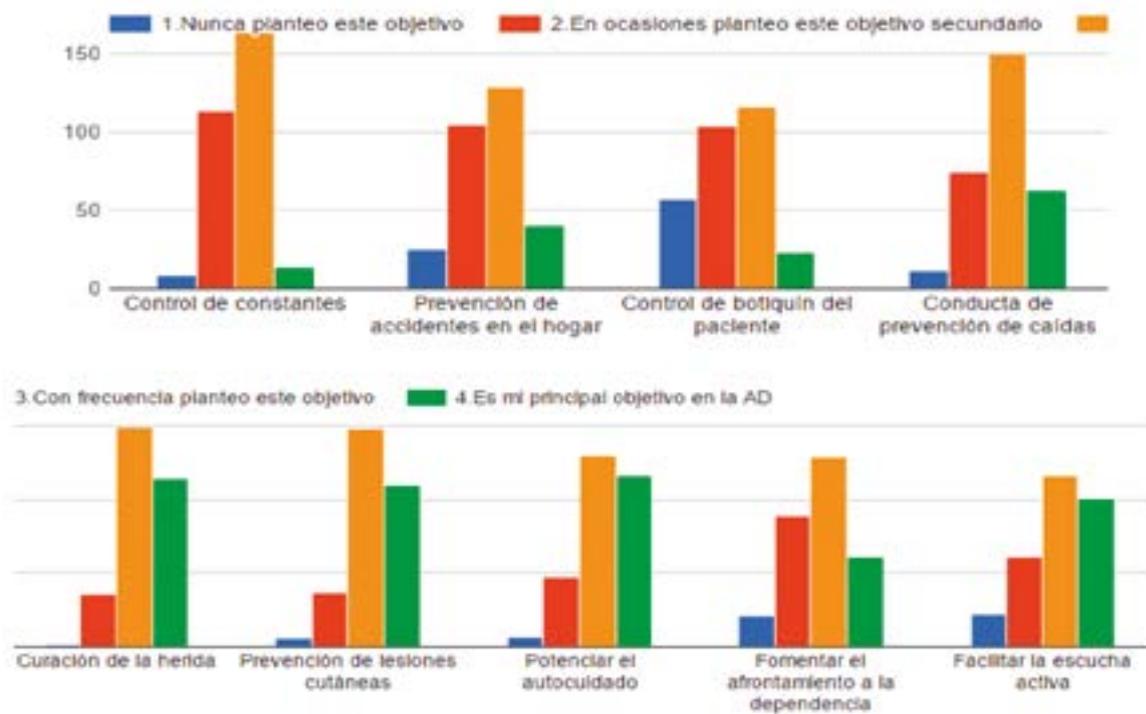


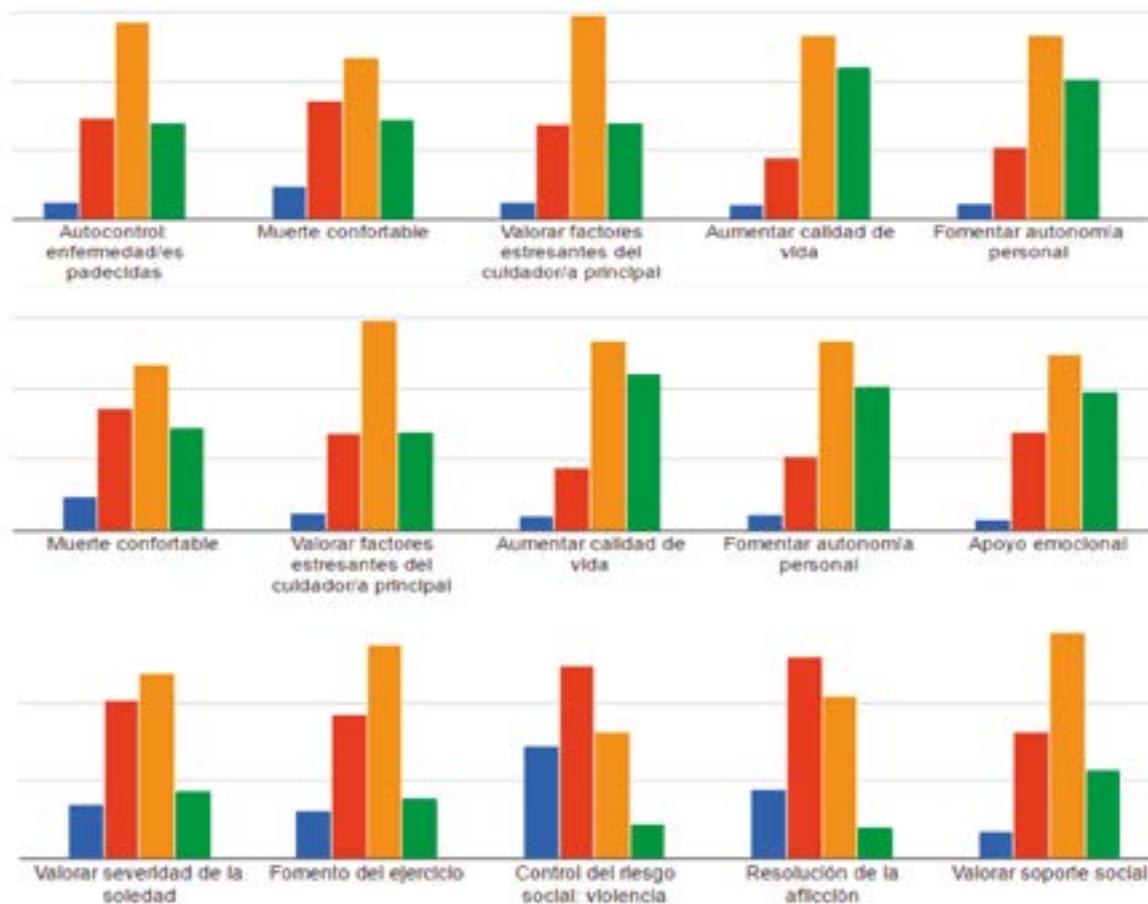
d. Mayor complejidad de la AD frente a la atención en consulta.



12. No hay demanda de AD

13. Actividad que se realiza con mayor frecuencia. NIC.





# ATENCIÓN INTEGRAL EN EL HOGAR

Más allá de la  
visita domiciliaria