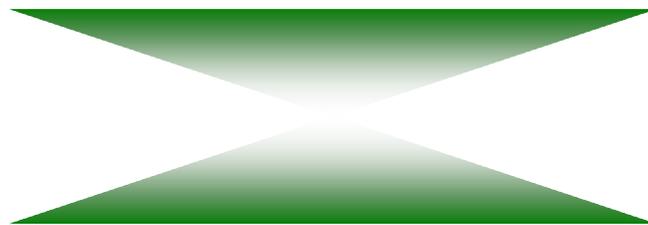




COMISIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN
ANDALUCÍA



GONZALO JIMÉNEZ, ELENA
TORAL LÓPEZ, ISABEL
RUIZ BARBOSA, CARMEN
MARTÍN SANTOS, FRANCISCO JAVIER
MORALES ASENCIO, JOSÉ MIGUEL



ÍNDICE

1. [INTRODUCCIÓN](#)
2. [ANÁLISIS DE SITUACIÓN](#)
3. [DESARROLLO DE LA PROPUESTA](#)
 - a. [Cartera de Servicios](#)
 - i. [Inmovilizados](#)
 - ii. [Terminales](#)
 - iii. [Cuidadores](#)
 - iv. [Altas hospitalarias](#)
4. Modelo de Gestión de la Atención Domiciliaria
 - a. Nivel de atención directa
 - b. Nivel de gestión de casos
 - c. Nivel de gestión del servicio
5. Atributos de la Atención Domiciliaria
 - a. Personalización
 - b. Mejora de la accesibilidad
 - c. Mejora de la capacidad de respuesta
 - d. Sistema de información
 - e. Valoración integral multidimensional y plan asistencial
6. Estrategias de implementación
 - a. Orientaciones generales
 - b. Criterios para la dotación de enfermeras coordinadoras de atención domiciliaria



1. INTRODUCCIÓN

Los términos "Cuidados a domicilio" (Home Care) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria y tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Esta modalidad de atención varía también en términos de la duración de los servicios: en unos casos se ofrecen por un breve periodo tras una hospitalización, mientras que en otros se trata de cuidados de larga duración requeridos a consecuencia de procesos crónicos invalidantes¹.

El interés por la atención domiciliaria se ha acentuado durante la última década por las siguientes razones:

- Las presiones demográficas derivadas del envejecimiento de las poblaciones que suponen un aumento de la necesidad de cuidados de salud, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidad para el autocuidado.
- La disminución de la disponibilidad de cuidadores informales, en la mayoría de los países, debido a las tendencias en la fertilidad hacia familias más pequeñas, a la creciente participación femenina en el mercado laboral y a una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia.
- Las políticas de sustitución del uso del hospital, por intervenciones en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por diversas formas de atención domiciliaria.



- Los cambios en el contenido y complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos.

Aunque la gama de cuidados que se ofrecen en el hogar incluye la asistencia médica, terapia ocupacional y fisioterapia, el interés se centra, mayoritariamente, en el análisis de los cuidados enfermeros a domicilio y en los servicios de ayuda domiciliaria, al ser éstos los que constituyen la base de los cuidados de larga duración.

Los principales estudios que comparan la situación en el ámbito internacional ponen de manifiesto dos grupos de países respecto al nivel de desarrollo de la atención domiciliaria^{2,3,4,5,6} de una parte Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido disponen de sistemas bastante bien desarrollados. De otra, países como Austria, Grecia, Italia, Portugal y España se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo.

Los criterios en los que se basa esta división tienen que ver con las diferencias existentes en los siguientes elementos:

- **Los usuarios** a los que se dirige el servicio, incluyendo la edad y la situación de salud
- **Los modelos de práctica profesional**, incluyendo el papel atribuido a los profesionales, a los pacientes y a la red informal de cuidados, el tipo de problemas del paciente sobre los que se interviene, las actividades que se realizan, la tecnología utilizada, y los resultados que esperan obtenerse de las intervenciones



- **Las características de la provisión de servicios**, entre las que se incluyen la cualificación de los profesionales, los mecanismos de acceso al servicio, el método de asignación de pacientes, los recursos utilizados, el grado de normalización y las fórmulas de coordinación o integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios

Respecto a los usuarios atendidos en el domicilio en todos los estudios nacionales^{1,2,3,6} las personas mayores son las principales beneficiarias, aunque los cambios en los patrones epidemiológicos y las posibilidades de transferir tecnología al domicilio apuntan a nuevos perfiles de usuarios. Los datos sobre población atendida son confusos y la comparación resulta difícil al no disponer de indicadores homogéneos. Hutten y Kerkstra en el estudio de NIVEL³ aportan datos correspondientes al año 1996 que ponen de manifiesto dichas dificultades. En Holanda, por ejemplo, el 5% de la población recibió algún tipo de atención de enfermería en el domicilio, proporción que asciende al 35% entre los mayores de 85 años. En Inglaterra recibieron cuidados de enfermería el 10% de las personas con edades entre 65 y 74 años, el 23% del grupo entre 75 y 85 años, y el 42% de los mayores de 85. En España en el mismo año se estimaba que el 8% de la población general recibía algún tipo de servicio de enfermería en el hogar, aunque tan sólo el 0.18% recibía ayuda a domicilio de los servicios sociales.

También los modelos de práctica profesional muestran diferencias entre países y dentro del mismo país, entre regiones, áreas de salud, e incluso entre profesionales. Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren la demanda de un médico para iniciarse, esto sólo es un requisito en Finlandia, Francia y Alemania. Incluyen la gestión de casos (valoración, plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y asignación de recursos, incluida la ayuda a domicilio), utilizan formas estandarizadas de valoración y sistemas de clasificación para priorizar los ingresos en instituciones.



Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación de acuerdo a estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y plan asistencial suele ser una enfermera especialista en enfermería comunitaria.

Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente, cuidados de tipo psicosocial, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar, así como procedimientos técnicos que incluyen desde administrar un inyectable o realizar una cura, hasta administrar anestesia epidural, introducir un catéter o manejar un respirador mecánico^{1,3,4,7}

La provisión de servicios varía, de unos países a otros, en la cualificación de las enfermeras que gestionan los casos o realizan los cuidados, los mecanismos de captación y referencia para acceder a los servicios, los instrumentos de valoración, los mecanismos de financiación de los servicios y la participación del cliente en los mismos.

En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos multidisciplinarios que trabajan en centros de atención primaria -países nórdicos, Irlanda- la atención domiciliaria se provee como parte de un conjunto de actividades integradas por los mismos profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y/o familias, garantizando así la continuidad asistencial sin que ésta se vea afectada por el grado de dependencia. Aquellos países con un sistema de atención primaria basado en las prácticas profesionales independientes han desarrollado estructuras específicas para la atención domiciliaria -por ejemplo, Dinamarca y Holanda^{2,4}

6

Al margen del modelo, todos los países con sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados coinciden en las siguientes tendencias⁸



- Aumentar el nivel de coordinación, colaboración e integración entre los servicios de atención domiciliaria sanitaria y la ayuda social a domicilio. Algunos países como Dinamarca, Holanda e Irlanda han llegado a la integración total de ambos servicios en una sola organización, en Holanda e Irlanda desde el sistema sanitario.
- Las enfermeras son el principal proveedor y gestor del servicio en todos los países, en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales en aquellos en los que la atención domiciliaria se provee desde los centros de salud.
- Incorporación de auxiliares de enfermería para ayuda a las tareas de higiene personal y procedimientos poco complejos, tendiéndose al empleo de profesionales que integren tareas de apoyo tanto a las actividades de cuidado personal como a actividades instrumentales.
- Aumento de la participación de otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, podólogos y enfermeras especialistas en salud mental y pediatría.
- Desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales: formación y asesoramiento para el cuidado, manejo problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones ayuda mutua, servicios de respiro.



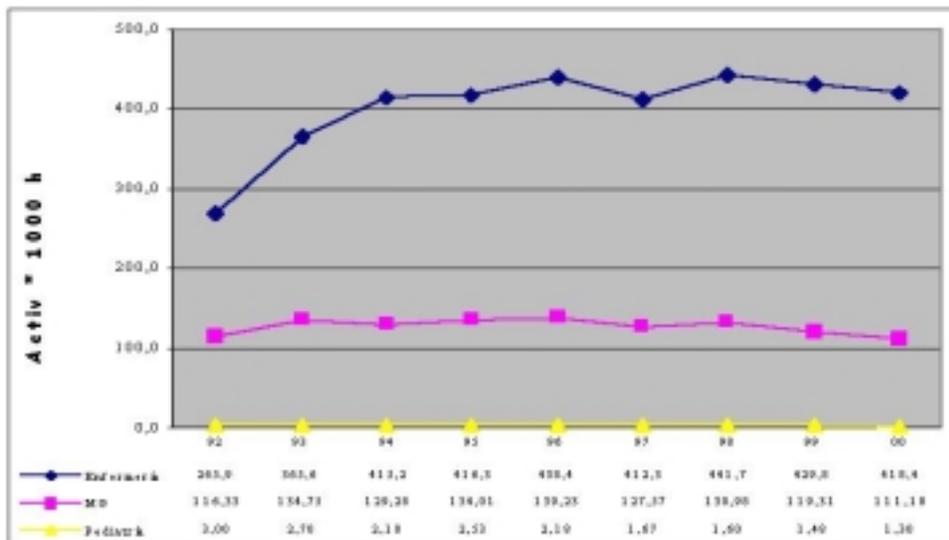
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

7

Entre las diferentes modalidades de atención que se ofrecen desde el sector salud, la atención domiciliaria es la que ha sufrido un incremento mayor durante la pasada década. La figura 1 ilustra la evolución de la actividad en atención



primaria en Andalucía, entre los años 1992 y 2000, según datos de los sistemas de información REGAP y SIGAP^{9,10}.



Atención domiciliar por profesionales en Andalucía. Evolución de 1992 a 2000.
Fuente: Registro anual de atención primaria de Andalucía (REGAP) y SIGAP.

Elaboración FJ. Martín Santos

Fig. 1

Como puede observarse, el incremento de actividad ha recaído en las enfermeras quienes, de acuerdo a las mismas fuentes, han pasado de hacer 1.845.662 visitas a domicilio durante 1992 a 3.054.145 en el año 2000. Este aumento de la actividad no sólo ha repercutido en una mayor intensidad del servicio –nº de visitas/paciente- sino también en una mejora de la cobertura de la población; así, las proporciones de pacientes inmovilizados y pacientes terminales que recibieron atención en el domicilio pasaron del 35'81% al 66'20% y del 60'76% al 85'16, respectivamente, entre los años 1998 y 2000¹⁰

Actualmente la atención domiciliar dirigida a personas inmovilizadas se lleva a cabo por los equipos de atención primaria -médicos generales y de familia, enfermeras y trabajadoras sociales-, con algunas experiencias de hospitalización a domicilio y con algunos equipos de soporte^{11,12} -por ejemplo de cuidados paliativos, dependientes de atención especializada o de ONGs como la Asociación Española contra el Cáncer -, en donde el acceso desde



atención primaria, la coordinación y la continuidad de la atención son difíciles, además de ser una oferta poco equitativa para los usuarios del medio rural.

Un punto y aparte merece la atención domiciliaria a la puérpera y el recién nacido en los primeros días después del parto, llevada a cabo por matronas y enfermeras con coberturas suficientes y con una magnífica consideración de las usuarias de este servicio ¹³.

Con los servicios sociales -municipales y diputaciones- se trabaja a demanda de salud, sin que esté establecido un plan de coordinación de recursos sociales y sanitarios -Teleasistencia, SAD, ayudas técnicas- para aquellos pacientes que necesiten cuidados intensos para permanecer en su domicilio con garantías de seguridad y continuidad. Igualmente ocurre con Asociaciones y ONGs con recursos para ancianos e incapacitados (ASFA. Cruz Roja, FOAM, GEROM, etc)

Para elaborar este documento se han revisado anuarios y memorias, protocolos y guías de atención domiciliaria elaboradas por EAP andaluces desde 1986 hasta la actualidad (Sevilla, Chana, Cartuja). En ellos quedan recogidos: criterios de inclusión, mecanismos de captación, procedimientos, registros, indicadores de evaluación, que han evolucionado progresivamente desde los que estableció el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1984 (Ministerio)¹⁴ hasta la propuesta de enfoque de riesgo que propone la Guía del Anciano de Andalucía¹⁵, y en la actualidad los criterios de la Cartera de Servicios del SAS¹⁶.

En general, durante los últimos años, se han incorporado mejoras en la atención domiciliaria entre las cuales merece la pena destacar:

- *Estandarización de la práctica.* Puede reconocerse una tendencia general a utilizar escalas de valoración validadas y protocolos o guías, consensuadas



entre los profesionales, para la toma de decisiones clínica. En revisiones publicadas en España se ilustra la presencia de protocolos en la mayor parte de los centros de salud donde se recogen objetivos asistenciales así como objetivos educativos e intervenciones con los cuidadores principales. Casi en la totalidad de éstos es la enfermera la mayor proveedora del servicio.

- *Nuevo enfoque de la atención.* Frente al tradicional enfoque de la atención, orientado a la enfermedad, numerosos equipos empiezan a centrar su intervención en los problemas que generan dependencia (problemas de discapacidad funcional, afrontamiento etc) y en la capacidad de autocuidado del paciente y de la red familiar para hacer frente a la situación.
- *Aumento de la satisfacción de los ciudadanos con este servicio.* En las últimas encuestas de satisfacción de usuarios de los centros de salud del SAS el aspecto mejor valorado por los encuestados ha sido la atención domiciliaria de enfermería con un 95,6% de satisfacción para la encuesta de 2001.
- *Incremento del nivel tecnológico de los servicios.* Entre las estrategias para acortar las estancias hospitalarias numerosas instituciones han puesto en marcha programas de hospitalización domiciliaria –que ofrecen servicios de nivel tecnológico e intensidad de cuidados parecidos a los del hospital. En nuestro país estos programas suelen liderarse desde el hospital aunque en el entorno europeo encontramos experiencias muy valiosas lideradas desde el nivel primario⁸. Las posibilidades de transferir al domicilio tecnologías antes reservadas al hospital –como la nutrición parenteral o la ventiloterapia- han aumentado notablemente, mejorando con ellas la accesibilidad a los servicios de grupos de población con necesidades específicas.



- *Nuevas estructuras para la atención domiciliaria.* Se han desarrollado estructuras complementarias de apoyo a las de los equipos de atención primaria, tendentes a la ampliación y mejora de la capacidad de resolución de los servicios. Entre ellas destacan los PADES en Cataluña o los ESAD – equipos de soporte de la Atención Domiciliaria- en el área INSALUD ^{11,12}
- *Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial.* La coordinación entre los diferentes niveles y recursos necesarios para la atención domiciliaria ha sido uno de los principales retos a asumir para garantizar la efectividad del servicio. Durante los últimos años se han desarrollado diferentes sistemas de gestión de casos orientados a mejorar la coordinación entre los niveles primario y especializado y entre los sectores sanitario y social, destacan entre ellos el pilotado en la Comunidad Canaria, a través de enfermeras comunitarias de “enlace” y el de la Comunidad Castellano-Manchega basado en comisiones de coordinación sociosanitaria. Por su parte la Comunidad de Madrid ha comenzado a gestionar la ayuda a domicilio desde los equipos de atención primaria, los cuales pueden solicitar dicho servicio para sus pacientes, directamente a las empresas proveedoras.

Sin embargo, considerando la previsible evolución de los factores que han contribuido al aumento y diversificación de la oferta de cuidados domiciliarios será necesario incorporar cambios en la atención domiciliaria que permitan la adecuación a las demandas y necesidades futuras.

Contel y cols¹⁷, a partir de una amplia revisión sobre el tema, encuentran las siguientes oportunidades de mejora para obtener servicios de atención domiciliaria adecuados y efectivos:

- Definir la cartera de servicios de A.D.
- Incorporar un sistema de valoración integral multidimensional



- Realizar visitas de screening en poblaciones con factores de riesgo conocidos. Existe evidencia de buenos resultados^{18.19}, tanto en mediciones de tipo físico (AVD, AIVD), como psicológico, caídas, institucionalización y mortalidad. Estas visitas no deben realizarse de manera inespecífica en población sin factores de riesgo conocidos pues no existe evidencia clara de su efectividad.
- Mantener profesionales de referencia en Atención Primaria
- Incorporar la valoración sistemática de riesgos en el hogar
- Mejorar la provisión de ayudas técnicas y adaptación del hogar
- Utilizar sistemas de clasificación para priorizar ingresos en unidades de media-larga estancia y residencias
- Establecer mecanismos de coordinación o integración con los servicios de ayuda a domicilio de los servicios sociales de cara a mejorar la provisión de servicios de suplencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Dimensionar los recursos en el nivel primario con arreglo a la cartera de servicios a desarrollar
- Mejorar la calidad del alta hospitalaria
- Implicar a los equipos de atención primaria en la hospitalización a domicilio.



OPORTUNIDADES MEJORA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

ÁREA DE MEJORA	SÍNTESIS EVIDENCIA
1. Incorporar un sistema de valoración integral multidimensional ^{20,21,22}	<ul style="list-style-type: none">◆ El rasgo común de la valoración es la función física, pero son relevantes otros dominios como la salud emocional, la función social, la función cognitiva, el dolor, el sufrimiento y la satisfacción. La información se obtiene mejor mediante instrumentos de autovaloración por los afectados. En cuidados de larga estancia, la dimensión de valores y preferencias de la persona adquiere una importancia especial.◆ La evaluación geriátrica multidisciplinar en ancianos frágiles mejora su capacidad funcional, disminuye el encamamiento, los síntomas depresivos y el uso de servicios domiciliarios [ECA, N= 568 OR=0.67(0.47-0.99), OR=0.60(0.37-0.96), OR=0.44 (0.20-0.94), OR=0.60 (0.37-0.92), respectivamente]◆ Retrasa el desarrollo de incapacidad y disminuye la institucionalización permanente en ancianos en domicilio.
2. Realizar visitas de cribaje en grupos de riesgo (ancianos frágiles...) ^{23,24,25}	<ul style="list-style-type: none">◆ Los cribajes sistemáticos no mejoran el estado mental, la visión o la audición de los ancianos◆ La intervención es más efectiva cuando está bien definida y se actúa sobre grupos de riesgo claramente diferenciados
3. Mantener profesionales de referencia en Atención Primaria ^{26,27}	<ul style="list-style-type: none">◆ La gestión de casos mejora la calidad de vida, la satisfacción y el estado funcional en Atención Primaria, aunque se precisan más estudios multicéntricos para evaluar su coste-efectividad.
4. Incorporar la valoración sistemática de riesgos en el hogar ²⁸	<ul style="list-style-type: none">◆ Reducción de caídas en el domicilio y en exterior, en ancianos con antecedentes de caídas (1 ECA, 530 sujetos RR 0.64, 95% CI 0.49-0.84).◆ El cribaje multidisciplinar para ancianos en la comunidad con o sin antecedentes de caídas) (3 ECAs 1973 pacientes RR 0.73, 95%CI 0.63-0.86) es efectivo en la prevención.
5. Utilizar sistemas de clasificación para priorizar ingresos en unidades de media-larga estancia y residencias ²⁹	<ul style="list-style-type: none">◆ El uso de SCPs es un instrumento útil para la planificación y gestión de servicios de salud para pacientes crónicos y geriátricos. Su desarrollo en media y larga estancia y en residencias ha sido mayor que en agudos, extendiéndose su aplicación a la gestión de centros, evaluación de la calidad, asignación de recursos y accesibilidad.
6. Mejorar la calidad del alta hospitalaria ³⁰	<ul style="list-style-type: none">◆ 4 ECAs, el alta precoz y programada de ancianos con ACV mejora la mortalidad, la institucionalización, y la dependencia (OR: 0.87 (0.39-1.93), 0.69 (0.36-1.31) and 0.88 (0.49-1.57) respectivamente) Los beneficios aumentan con un equipo de coordinación del alta, incluida la disminución de estancias (9 días, p<0.001)



3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

El rediseño de la atención domiciliaria propuesto tiene en cuenta la evidencia disponible respecto a las oportunidades de mejora recogidas en la literatura. Se apoya en la diferenciación entre las funciones de atención directa - responsabilidad de los profesionales que tienen asignada la atención al individuo o familia de que se trate-, de las de gestión del servicio, para las cuales se propone un modelo de gestión de casos. La propuesta se completa con un sistema de valoración integral de los casos, incluyendo valoración del hogar y del cuidador/a principal, atención telefónica, definición de roles de suplencia/ayuda para las actividades de la vida diaria y rehabilitación funcional así como dispositivos de enlace con diferentes servicios sanitarios y sociales.

El modelo permitirá aprovechar, para el desarrollo de la atención domiciliaria, las posibilidades de continuidad e integración asistencial que ofrece nuestro modelo de Atención Primaria al tiempo que se mejora la capacidad de respuesta a la demanda, coordinando los diferentes recursos asistenciales a través de la gestión de casos. La ampliación del servicio por medio de la atención telefónica, la valoración integral o las intervenciones de suplencia y rehabilitación funcional se justifican en el potencial de mejora de la efectividad que demuestra la evidencia disponible. Por otra parte, los dispositivos de enlace con el hospital, las unidades interniveles para pacientes dependientes o los servicios sociales (ayuda a domicilio y residencias), además de movilizar recursos – financieros, profesionales, ayudas técnicas- para el cuidado de las personas dependientes y de apoyo a sus cuidadores pueden sentar las bases de un futuro sistema de cuidados de larga duración.



3.1. CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, parece conveniente incluir además a los que tienen grandes dificultades para desplazarse. Así mismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir desplazamientos de los profesionales al domicilio de los pacientes, para valorar el entorno físico o las relaciones familiares, sin que ello suponga la inclusión en esta modalidad de atención. *La atención domiciliaria constituye una alternativa asistencial siempre que sea posible garantizar en el hogar un nivel de efectividad similar al que podría obtenerse en régimen de institucionalización y sea aceptado por el paciente/familia.*

A continuación se describe la oferta de servicios dirigida a los tres grandes grupos de población, que requieren atención en esta modalidad: inmovilizados, personas en situación terminal, personas que requieren cuidados en el hogar tras un episodio de hospitalización. También se presenta la oferta dirigida a los cuidadores informales, quienes, además del principal recurso para la atención en el domicilio, pasan a ser considerados como clientes del sistema de atención. En primer lugar se enuncian los servicios disponibles para todos los pacientes independientemente del grupo al que pertenezcan y a continuación se describe la oferta específica para cada grupo.

Los servicios que se especifican aquí, son considerados de desarrollo prioritario aunque la oferta de atención domiciliaria debe completarse con las intervenciones en el domicilio que incluyen los servicios de atención al anciano frágil, puérpera y recién nacido, como quedan desarrollados en la cartera de servicios de atención primaria del SAS.



De forma global, la **población diana** se compone de:

- ◆ Pacientes con necesidades de cuidados tras el alta hospitalaria,
- ◆ Pacientes inmovilizados por motivos neurológicos, reumatológicos, deterioro cognitivo....,
- ◆ Personas en situación terminal,
- ◆ Cuidadores principales

El **servicio** para cada grupo de población deberá incluir las siguientes actividades en función de las necesidades detectadas:

- ◆ *Valoración integral*
- ◆ *Valoración de riesgos en el hogar* y provisión de ayudas técnicas y adaptaciones
- ◆ *Actividades preventivas* según grupo de riesgo: vacunaciones, prevención primaria y secundaria de factores de riesgo cardiovascular,..
- ◆ *Plan asistencial multidisciplinario.*
- ◆ *Detección precoz, tratamiento y seguimiento de hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, obstrucción crónica del flujo aéreo y otros problemas crónicos de salud.*
 - ◆ *Monitorización y control de síntomas*
 - ◆ *Ayuda para las Actividades de la vida diaria*, básicas e instrumentales
 - ◆ *Educación para el autocuidado*
 - ◆ *Intervenciones técnicas de enfermería:* inyectables, curas y suturas, extracciones y toma de muestras para analítica, pruebas complementarias, sondajes, espirometrías y lavados óticos, nutrición enteral, ventiloterapia, aerosolterapia y oxigenoterapia, control de la anticoagulación oral, urgencias.
- ◆ *Gestión del material sanitario y ayudas técnicas necesarios para la provisión de los cuidados en el domicilio.*



- ◆ *Servicios de apoyo al cuidador principal:* información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda para la búsqueda de recursos, movilización de redes, servicios de respiro, atención al duelo, manejo de problemas de afrontamiento.
- ◆ *Seguimiento y atención telefónica.*
- ◆ *Preparación del alta hospitalaria*
- ◆ *Coordinación sociosanitaria:*
Gestión de recursos de ayuda a domicilio para cuidados personales..
Gestión de recursos sociosanitarios dirigidos al paciente o cuidador/a ; estancias diurnas o temporales en residencias o unidades para pacientes dependientes, teleasistencia domiciliaria o alojamientos alternativos.
- ◆ *Información necesaria a otros proveedores que puedan intervenir en el proceso (servicios de urgencias, equipos de salud mental,..)para garantizar la continuidad del plan de cuidados.*
- ◆ *Fisioterapia preventiva y rehabilitadora*
- ◆ *Cuidados de los pies.*
- ◆ *Cuidados paliativos*

3.1.1. ATENCIÓN DE INMOVILIZADOS

Se trata de los cuidados en el domicilio ofertados por el EBAP a personas afectadas por procesos crónicos invalidantes (patologías osteoarticulares, vasculares, obstrucción crónica del flujo aéreo, pacientes neurológicos, estado cognitivo alterado permanentemente...) En este grupo podemos encontrar pacientes crónicos estables, incapacitados (no necesariamente ancianos) con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, y que necesitan suplencias para las actividades de cuidado personal , actividades instrumentales, manejo y control de los síntomas, del régimen terapéutico, etc. Son pacientes que, a lo largo del proceso de la



enfermedad crónica, pueden sufrir descompensaciones agudas susceptibles de cuidados para su recuperación.

La estrategia fundamental del régimen asistencial en estos usuarios estará basada en potenciar la autonomía y prevenir la pérdida funcional, compensando las limitaciones para el autocuidado, para permitirles vivir en las mejores condiciones posibles, de acuerdo a las características del proceso que les afecta.

Captación

Altas hospitalarias

Avisos domiciliarios del paciente, familia, vecinos

Derivados por los profesionales EBAP, Servicios sociales

Criterios de inclusión

El servicio debe ofrecerse a aquellas familias de la zona básica de salud con algún familiar que, en el momento de la derivación, presente o esté en riesgo de presentar, alguno de los siguientes problemas:

- ◆ Deterioro de la movilidad física: deterioro de la deambulación, deterioro de la movilidad en cama, dificultad para realizar transferencias (cama-sillón)
- ◆ Deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión, úlceras vasculares, heridas que precisen cuidados continuados.
- ◆ Grandes déficit de autocuidados: alimentación, higiene, uso del baño, vestido, eliminación
- ◆ Incontinencia de esfínteres: urinaria, fecal
- ◆ Dolor agudo o crónico
- ◆ Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico
- ◆ Dificultad para afrontar la enfermedad y sus consecuencias
- ◆ Duelo anticipado
- ◆ Aislamiento social: dificultad para relacionarse con otras personas



- ◆ Confusión aguda o crónica
- ◆ Exacerbaciones frecuentes del proceso crónico: hospitalizaciones frecuentes.
- ◆ Ausencia de cuidadores primarios competentes: carencia de cuidadores, o incompetencia por falta de capacidad y/o motivación (afrontamiento familiar inefectivo)

Límite del servicio

- ◆ Fallecimiento
- ◆ Cambio de domicilio
- ◆ Situación de desequilibrio entre las necesidades de cuidados del paciente y la competencia de los cuidadores, con los recursos profesionales sociales y sanitarios disponibles en la zona: hospitalización, residencia

Indicadores

- ◆ Número de pacientes inmovilizados en programa/censo estimado de pacientes inmovilizados (15% de los mayores de 65 años)
- ◆ Número de pacientes incluidos en programa con valoración integral explicitada en su historia clínica/ número de pacientes inmovilizados en programa
- ◆ Número de pacientes con plan asistencial explicitado en su historia/número pacientes inmovilizados en programa
- ◆ Número de pacientes con plan de cuidados de enfermería explicitado en su historia clínica/número de pacientes inmovilizados en programa
- ◆ Satisfacción de los usuarios del servicio: Pacientes, familiares

3.1.2. ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL

Cuidados en el domicilio ofertados por el EBAP a personas en las que presentan las siguientes características³¹:

- ◆ Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable



- ◆ Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- ◆ Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- ◆ Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- ◆ Pronóstico de vida inferior a 6 meses

El *objetivo principal* del servicio es el confort de los pacientes. La atención debe ser integral atendiendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los instrumentos básicos para la prestación efectiva de este servicio son el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación que debe ser practicado por todos los profesionales que participen en el mismo^{32,33}.

Población diana

Persona en situación terminal y cuidadores

Captación

A través de la enfermera responsable del paciente en el hospital (Unidades de Cuidados Interniveles de pacientes dependientes, unidades de cuidados paliativos,..) o a través de otros profesionales del EBAP mediante contacto con la enfermera coordinadora de atención domiciliaria.

Criterios de exclusión

- ◆ Rechazo del paciente/familia
- ◆ Situación de desequilibrio entre las necesidades de cuidados del paciente y la competencia de los cuidadores, con los recursos profesionales sociales y sanitarios disponibles en la zona: hospitalización, residencia

Contenidos específicos del servicio

Atendiendo a los problemas específicos y más frecuentes que aparecen en el transcurso de un proceso de enfermedad terminal



- ◆ Soporte emocional, información y comunicación al paciente y cuidadores
- ◆ Valoración y abordaje continuado del dolor (incluye medidas farmacológicas así como las medidas encaminadas a aumentar el confort, la relajación y la seguridad y la información a los cuidadores sobre las mismas)
- ◆ Valoración y control de los síntomas más frecuentes; Respiratorios (disnea, tos y estertores pre mortem), Digestivos (anorexia, estreñimiento, náuseas y vómitos, disfagia e hipo), Urinarios (Incontinencia, tenesmo,..) y Neuropsicológicos (Insomnio y estado confusional agudo). incluye medidas farmacológicas y medidas encaminadas a aumentar el bienestar y seguridad del paciente así como la información a los cuidadores.
- ◆ Cuidados de la boca; valoración, prevención y abordaje de problemas de boca dolorosa, boca seca, sialorrea y halitosis.
- ◆ Prevención, información y abordaje de situaciones de urgencia o crisis.
- ◆ Prevención y abordaje de claudicación emocional de la familia.
- ◆ Atención al proceso de agonía y muerte.
- ◆ Atención al duelo. Prevención de duelo patológico

3.1.3. ATENCIÓN DE CUIDADORES PRINCIPALES DE LA RED FAMILIAR

Es la atención sanitaria ofertada desde los EBAP a los cuidadores primarios de pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria con los criterios de la cartera de servicios. La percepción de la carga que ocasiona el cuidado es tan importante, que puede ser mejor predictor de institucionalización que la propia situación de salud del receptor de cuidados. Se trata de personas que, por su papel responsable del cuidado de personas dependientes, tienen dificultades para desplazarse al centro de salud para realizar actividades preventivas, de rehabilitación o curativas para sí mismas. De otra parte, el desempeño de rol de cuidador tiene consecuencias que afectan a la calidad de vida del cuidador: repercusión que se objetiva en la salud física y psíquica,



interferencias en la actividad laboral u otras obligaciones (en el caso de las mujeres, el cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar)

Población diana

Aquellas personas que se hayan identificado en la valoración como cuidadores primarios de pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria

Captación

A través de la enfermera coordinadora de atención domiciliaria y de los profesionales del EBAP responsables del paciente inmovilizado (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales)

Criterios de inclusión

El servicio debe ofertarse a los cuidadores primarios de los pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria, especialmente los que presentan, o están en riesgo de presentar los siguientes problemas:

- ◆ Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
- ◆ Dificultad para afrontar el cuidado
- ◆ Duelo: anticipado, disfuncional

Criterios de exclusión

- ◆ No aceptación por parte del cuidador

Contenidos específicos del servicio

- ◆ Servicio presencial y telefónico de apoyo al cuidado: información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda en la búsqueda de recursos, movilización de redes, servicios de respiro, atención y seguimiento del duelo, manejo de problemas de afrontamiento.
- ◆ Seguimiento de problemas crónicos de salud
- ◆ Detección precoz y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular
- ◆ Facilitación y acceso a los servicios sanitarios que se requieran (Diagnóstico precoz de cáncer de mama, vacunación antigripal,..)

Criterios de evaluación

- ◆ Número de cuidadores primarios que tiene valoración de la carga explicitada en su historia clínica/número de pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria



- ◆ Número de cuidadores primarios que tienen explicitado plan de cuidados en u historia clínica/número de pacientes incluidos en el servicio de ayuda a domicilio
- ◆ Satisfacción de los cuidadores por el servicio

3.1.4. ATENCIÓN AL ALTA HOSPITALARIA

Cuidados en el domicilio ofertados por el EBAP a personas que, tras ser dadas de alta del hospital, mantienen una situación de dependencia para su autocuidado. En general, este servicio se orienta a evitar las complicaciones que podrían ocasionar reingresos en el hospital. Se ofrece durante un periodo relativamente corto –no superior a los 30 días posteriores al alta- en el que aun se mantiene la necesidad de intervenciones técnicas, vigilancia de la salud o ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, que de otro modo motivaría la prolongación de la estancia.

Población diana

Total de personas que mantienen necesidad de cuidados tras recibir el alta hospitalaria.

Grupos de riesgo

- ◆ Pacientes crónicos con ingresos frecuentes.
- ◆ Ancianos frágiles.
- ◆ Pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica en CMA o cirugía de estancia corta.

Captación

A través de la enfermera responsable del paciente en el hospital o, en su defecto, de la supervisora de la unidad de hospitalización, mediante contacto telefónico o por correo electrónico con *la enfermera coordinadora de atención domiciliaria* de la zona básica de salud del paciente.



Criterios de inclusión

El servicio se ofertará a aquellos pacientes/familias que en el momento del alta presenten –o tengan riesgo de desarrollar- alguno de los siguientes problemas:

- ◆ Deterioro de la movilidad y sus modalidades: deambulación, movilidad en cama, transferencias.
- ◆ Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, vestido, eliminación.
- ◆ Confusión.
- ◆ Incontinencia urinaria o fecal.
- ◆ Alteraciones de la integridad cutánea: úlceras por presión, úlceras vasculares, heridas quirúrgicas que precisan cuidados.
- ◆ Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico.
- ◆ Aislamiento social.
- ◆ Cansancio en el rol de cuidador.
- ◆ Afrontamiento familiar inefectivo.

Criterios de exclusión

- ◆ Rechazo del paciente/familia.
- ◆ Situación de desequilibrio entre las necesidades de cuidados del paciente y la competencia de los cuidadores, con los recursos profesionales sociales y sanitarios disponibles en la zona
- ◆ Entorno inadecuado para el cuidado según valoración realizada por la enfermera responsable de atención domiciliaria

Límite final del servicio

- ◆ Resolución de los problemas que motivaron la oferta.
- ◆ Necesidad de atención domiciliaria prolongada. Tras la valoración de la enfermera coordinadora de atención domiciliaria se ofertaría un servicio de atención domiciliaria de cuidados de larga duración (inmovilizado, terminal...)
- ◆ Institucionalización.



Contenidos específicos del servicio

◆ Preparación del alta hospitalaria

Valoración del paciente, entorno, apoyo familiar y asignación de recursos a cargo de la enfermera coordinadora de atención domiciliaria de la zona básica a la que esté asignado el paciente conjuntamente con la enfermera de referencia del hospital antes del alta del paciente. La enfermera responsable del plan de cuidados en el hospital establecerá el contacto cuando se den los criterios de inclusión. En el caso de pacientes sometidos a CMA o cirugía de corta estancia programada la planificación del alta puede hacerse antes del ingreso.

◆ Información y educación al paciente y cuidador/a sobre los cuidados al alta antes de que se produzca la misma a cargo de la enfermera responsable del paciente en el hospital.

◆ Elaboración del informe de cuidados al alta por parte de la enfermera responsable del paciente en el hospital. Entrega al paciente y a la enfermera coordinadora de atención domiciliaria.

◆ Gestión de recursos característicos de la hospitalización a domicilio: oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición parenteral o quimioterapia.

Indicadores de evaluación

◆ Número de personas que cursan alta hospitalaria con criterios de inclusión en atención domiciliaria y reciben el servicio en el periodo estudiado /Nº total de personas que cursan alta con criterios de inclusión en atención domiciliaria

◆ Número de pacientes que cursan alta y reciben AD que sufren reingresos (por el mismo proceso) en un período de 1-3 meses posteriores al alta/ número total de pacientes que cursan alta y reciben AD en el periodo estudiado.

◆ Número de pacientes con los problemas que motivaron la inclusión en el servicio resueltos, del total de paciente en AD, en el periodo estudiado. Específico para cada tipo de problema.



- ◆ Número de pacientes y cuidadores que recibieron diferentes recursos sociosanitarios del total de pacientes para los que se solicitaron, en el periodo estudiado. Especifico para cada tipo de recurso
- ◆ Grado de satisfacción de los usuarios con el servicio.



SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO

Se diferencian tres niveles de decisiones:

Nivel de atención directa

Las decisiones dirigidas a la atención individual de los pacientes recaen sobre los miembros de los equipos básicos de atención primaria siendo la enfermera –la enfermera del cupo o UAF al que pertenece el paciente / familia– la principal proveedora de cuidados. Es además la que solicita la intervención del médico, de la trabajadora social o de otros recursos comunitarios cuando el paciente lo necesita.

En el modelo que se propone, se pretende que la enfermera que tiene a su cargo el cuidado de una familia sea también la principal responsable de atender a cualquiera de los miembros que requiera, durante un periodo transitorio o de forma continuada, atención domiciliaria así como a la persona de la familia que haga el papel de cuidador/a principal. Esta enfermera se responsabiliza del plan de cuidados que se establezca, así como de facilitar los recursos y servicios necesarios, disponibles en el centro de salud (gestión de materiales de curas, de prótesis, citas, analíticas, visita médica,..). Es también responsable de atender y/o derivar a otros profesionales del EBAP las demandas de los pacientes y/o cuidadores incluidos en AD y de la supervisión de las auxiliares que participan en la atención directa proporcionando ayuda para las AVDs de acuerdo al plan asistencial.



Nivel de gestión de casos

El segundo nivel de decisiones se refiere a la valoración integral del paciente/familia que necesita atención en el hogar así como a la asignación y coordinación de los recursos adecuados a cada caso. En este nivel se sitúan ahora los principales problemas y dificultades que afectan a la efectividad y satisfacción, tanto de pacientes como de profesionales, con los servicios de atención domiciliaria. Como responsable de la gestión de casos, se propone la figura de una **enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios**, adscrita a la zona básica de salud de acuerdo a una ratio de 1/200 personas incluidas en atención domiciliaria, cuya misión será: *velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizand los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados*. El papel de la enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios se centra así en garantizar una intervención integrada y continua entre los profesionales, sectores y niveles asistenciales implicados, a través de la coordinación y utilización óptima de los recursos sociosanitarios. Los objetivos y funciones inherentes a este papel pueden considerarse equivalentes a los desempeñados por *enfermeras comunitarias de enlace* en la comunidad canaria (Duarte, Izquierdo...La enfermera comunitaria de enlace.....o por *comisiones de coordinación sociosanitaria* en diferentes entornos (INSALUD), ofreciendo como ventaja la posibilidad de agilizar la respuesta a la demanda y optimizar los costes de transacción al existir una figura de referencia para la gestión de casos.

El perfil profesional de la enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios se describe sobre la base de las competencias a desarrollar, es decir de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores requeridos para desempeñar su papel en relación con las expectativas de los ciudadanos y de los servicios de socio-salud. La visión global que facilita la identificación de competencias permitirá identificar el valor que añade la figura de la enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios al proceso de atención en el domicilio



así como establecer mecanismos de evaluación del desempeño profesional y del logro de objetivos con mejor precisión que la clásica descripción del puesto en base a funciones y tareas.

◆ **Competencias de la enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios.**

La definición de competencias intenta responder a la pregunta: ¿Qué desempeño debe poseer para dar respuesta a la falta de eficacia y eficiencia que presenta la atención domiciliaria?

Las competencias habitualmente se definen en niveles graduales de progresión, de acuerdo con el nivel de complejidad que adquiere el desempeño o la función propuesta. En este sentido cabe destacar la descripción utilizada en el Reino Unido^{34,35} para la gradación de niveles competenciales:

Nivel 1: Competencia en la realización de una variada gama de actividades laborales, en su mayoría rutinarias y predecibles.

Nivel 2: Competencia en una importante y variada gama de actividades laborales, llevadas a cabo en diferentes contextos. Algunas de las actividades son complejas o no rutinarias y existe cierta autonomía y responsabilidad individual. A menudo, puede requerirse la colaboración con otras personas, quizás formando parte de un grupo o equipo de trabajo.

Nivel 3: Competencia en una amplia gama de diferentes actividades laborales llevadas a cabo en una gran variedad de contextos que, en su mayor parte, son complejos y no rutinarios. Existe una considerable responsabilidad y autonomía y, a menudo, se requiere el control y la provisión de orientación a otras personas.

Nivel 4: Competencia en una amplia gama de actividades laborales profesionales o técnicamente complejas llevadas a cabo en una gran variedad de contextos y con un grado considerable de autonomía y responsabilidad personal. A menudo, requerirá responsabilizarse por el trabajo de otros y la distribución de recursos.

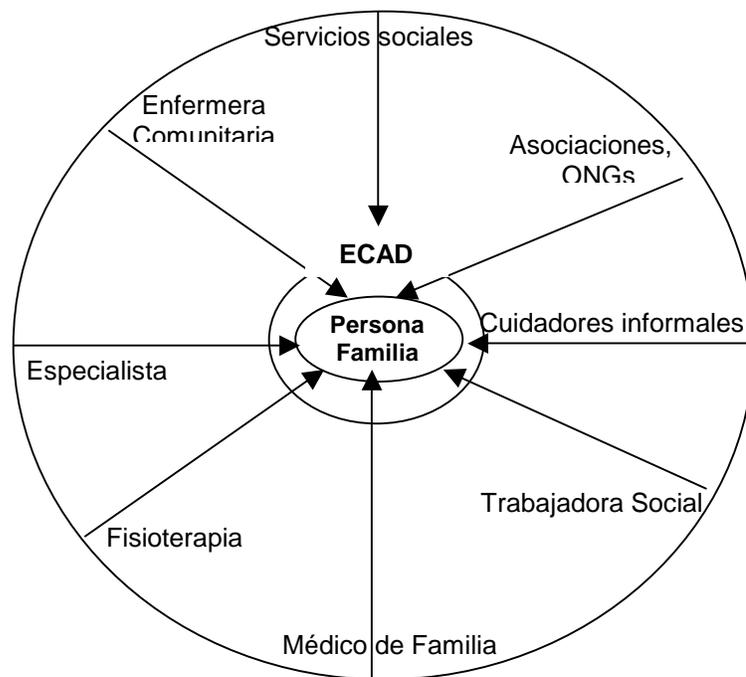
Nivel 5: Competencia que implica la aplicación de una importante gama de principios fundamentales y técnicas complejas en una amplia y a veces impredecible variedad de contextos. Se requiere una autonomía personal muy importante y, con frecuencia, gran responsabilidad respecto al trabajo de otros y a la distribución de recursos sustanciales. Asimismo, requiere de responsabilidad personal en materia de análisis y diagnósticos, diseño, planificación, ejecución y evaluación.

En el caso de la enfermera coordinadora de cuidados en el domicilio se propone el nivel competencial 5, ya que la complejidad y variedad de toma de decisiones implica la elaboración de juicios, intervenciones y evaluaciones en las que se requiere un alto grado de autonomía y responsabilidad. El perfil profesional se fundamenta en la **gestión de casos**, definida por la Case



Management Society of America como “un 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”. La coordinación de servicios de socio-salud puede llevarse a cabo de forma episódica o continua³⁶.

De forma global, la Enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios facilita la comunicación y coordinación entre miembros de los servicios de salud y sociales, para evitar la fragmentación del cuidado, implicando al individuo y a su familia en la toma de decisiones. Su enfoque es integrador y centrado en la persona, organizando de forma axial todos los recursos estructurales y humanos pertinentes, en dirección a ésta:



La enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios se ocupa de la primera valoración integral del paciente y reevaluaciones en los periodos que se establezcan, del diseño del plan asistencial, conjuntamente con los profesionales implicados en la atención directa, así como de la identificación y movilización de los recursos necesarios para el desarrollo del mismo. Actúa de



enlace para la gestión de recursos que están fuera del centro de salud (atención especializada, unidad de residencias del Distrito, servicios sociales,...) y participa en la planificación del alta, con la enfermera responsable del paciente en el hospital. En concreto se espera que esta enfermera:

- ◆ Realice el cribaje de pacientes, derivando a los profesionales responsables del equipo de atención primaria aquellos que no reúnen criterios de inclusión para la gestión de casos –su problema puede ser resuelto con los recursos del equipo de atención primaria.
- ◆ Colabore en la planificación del alta hospitalaria de pacientes con criterios de inclusión en servicios de atención domiciliaria, a demanda de la enfermera responsable del paciente en el hospital.
- ◆ Realice la valoración multidimensional de pacientes, siguiendo el protocolo correspondiente, a demanda de los profesionales o cuidadores que están en contacto directo con los mismos – médico, enfermera o trabajador social del EBAP, profesionales de los servicios sociales, profesionales del hospital, cuidador/a de la familia-.
- ◆ Informe al paciente y la familia sobre los servicios que oferta, recursos de socio-salud disponibles y opciones de intervención, de cara a facilitar una toma de decisiones informada.
- ◆ Informe al resto de miembros del equipo sociosanitario de sus servicios.
- ◆ Proponga el plan asistencial a los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales que deben intervenir, según la valoración. Orienta y coordina las intervenciones hacia los objetivos asistenciales.
- ◆ Solicite directamente, o con la colaboración de los trabajadores sociales de la zona básica de salud, recursos de ayuda a domicilio para cuidados personales a los servicios sociales o empresas proveedoras de ayuda a domicilio, de acuerdo al plan asistencial y gestione los recursos asignados.



- ◆ Solicite directamente, o con la colaboración de los trabajadores sociales de la zona básica de salud, servicios de respiro para los cuidadores con problemas, o riesgo de sobrecarga y gestione los recursos asignados.
- ◆ Solicite y gestione otros recursos sociosanitarios dirigidos al paciente o cuidador/a informal: estancias diurnas o temporales en residencias, unidades de cuidados para personas dependientes, teleasistencia domiciliaria o alojamientos alternativos.
- ◆ Solicite y gestione recursos característicos de la hospitalización a domicilio: oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición parenteral o quimioterapia , a demanda de los profesionales responsables de la atención directa.
- ◆ Solicite y gestione ayudas técnicas de acuerdo al plan asistencial –según catálogo-
- ◆ Solicite y coordine servicios profesionales de acuerdo al plan asistencial o a demanda de los profesionales responsables de la atención directa – fisioterapeuta, podólogo, médico especialista, psicólogo-
- ◆ Realice el seguimiento y evaluación de los planes asistenciales velando por la satisfacción de necesidades del paciente y la continuidad de cuidados sobre otro tipo de variables.
- ◆ Promueva la formación, el desarrollo profesional y la mejora continua de los procesos en atención domiciliaria.
- ◆ Incluya en sus intervenciones el uso sistemático de los telecuidados y seguimiento a distancia de pacientes y cuidadores específicos en los que se ha evidenciado la efectividad de esta intervención.
- ◆ Sea la referente en todos los foros de coordinación interniveles o intersectoriales (Comisión de Cuidados de Area, Unidades de Cuidados Interniveles para Pacientes Dependientes..).



COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA COORDINADORA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

HABILIDADES

- | | |
|-----|---|
| H1 | Desarrollo de relaciones interpersonales constructivas |
| H2 | Comunicación escrita y verbal |
| H3 | Negociación y resolución de conflictos |
| H4 | Capacidad de reaccionar ante cambios |
| H5 | Empleo habitual de la evaluación y el análisis crítico |
| H6 | Gestión de riesgos |
| H7 | Gestión de equipos interdisciplinarios |
| H8 | Establecimiento de objetivos comunes |
| H9 | Planificar y organizar de forma efectiva la autonomía del paciente y su familia |
| H10 | Manejo de tecnología para la información y la comunicación |

CONOCIMIENTOS

- | | |
|-----|--|
| C1 | Recursos de financiación y dispositivos de ayuda en materia sociosanitaria |
| C2 | Servicios y recursos de salud disponibles |
| C3 | Valoración, identificación, manejo y evaluación de respuestas humanas asociadas a situaciones de vulnerabilidad |
| C4 | Valoración integral e instrumentos utilizados en la misma |
| C5 | Estándares clínicos característicos de pacientes vulnerables |
| C6 | Resultados de salud más frecuentes en pacientes vulnerables: clínicos, calidad de vida, económicos, satisfacción |
| C7 | Sistemas de Información en Salud |
| C8 | Sistemas de Clasificación de Pacientes |
| C9 | Taxonomías y Clasificaciones en Salud relacionadas con el cuidado de pacientes y familias vulnerables |
| C10 | Educación para la Salud |
| C11 | Procesos asistenciales: diseño, gestión y evaluación |
| C12 | Instrumentos para la gestión y mejora de la calidad |
| C13 | Tecnologías de comunicación y telecuidados |
| C14 | Metodología de mejora de la efectividad y acceso a fuentes de evidencia |
| C15 | Toma de decisiones compartidas |
| C16 | Gestión de equipos de trabajo |

ACTITUDES

- | | |
|-----|--|
| A1 | Visión integral de la persona y orientación de la atención centrándola en el paciente y su familia |
| A2 | Respeto del principio de autonomía |
| A3 | Valoración y atención a los valores, principios y creencias de la persona |
| A4 | Facilitación de la comunicación entre el paciente / familia y los profesionales implicados |
| A5 | Colaboración con el resto de miembros del equipo de socio-salud |
| A6 | Provee información para la toma de decisiones informada y ayuda ante conflictos en la misma |
| A7 | Búsqueda del consenso entre miembros del equipo sociosanitario y el paciente/familia |
| A8 | Compromiso con el paciente y su familia / cuidadores |
| A9 | Búsqueda permanente de la calidad y la excelencia en el cuidado |
| A10 | Busca y aplica resultados de investigación relevante a su ejercicio profesional |
| A11 | Orientación a la obtención de resultados de salud |



FORMACIÓN

Formación indispensable a desarrollar del modo más descentralizado posible mediante convenio con la EASP y participación de las sociedades profesionales que tuviesen contenidos en esta materia.

Se proponen dos áreas prioritarias:

◆ **Continuidad de cuidados en pacientes vulnerables:**

Curso de 30 horas dirigido a enfermeras clínicas y mandos intermedios de atención especializada y primaria.

Objetivo general: Proporcionar cuidados integrados en la metodología de procesos a este tipo de pacientes.

Los contenidos deberán centrarse en enfoques, metodología de cuidados e instrumentos que favorezcan la continuidad asistencial en grupos de población vulnerables (pacientes con problemas de movilidad, riesgos de sobrecarga en cuidadores, pacientes sometidos a cirugía de corta estancia, pacientes en situación terminal, ...) Se abordarán temas como la planificación del alta, el informe de continuidad de cuidados, la coordinación interniveles, sistemas de seguimiento telefónico, etc.

◆ **Formación de la Enfermera Coordinadora de Atención Domiciliaria (ECAD):**

Curso de 60 horas dirigido a enfermeras que acrediten conocimientos sobre Enfermería Clínica básica sobre pacientes vulnerables (terminales, inmovilizados, ...), efectividad clínica y conocimientos de continuidad de Cuidados

Objetivo general: Formar a las enfermeras que vayan a desempeñar funciones de gestoras de casos.

Los contenidos deberán centrarse en profundizar sobre enfermería Clínica avanzada y su aplicación en pacientes vulnerables (terminales, inmovilizados, ...), metodología e instrumentos para la valoración integral de pacientes desde el enfoque sociosanitario (capacidad funcional para las AVDs



básicas e instrumentales, función cognitiva, estado mental, ansiedad y depresión, función afectiva, función social, riesgos en el hogar y soporte de cuidadores informales), metodología e instrumentos para la gestión de casos (criterios de selección, uso de trayectorias clínicas, liderazgo de equipos...), sistemas de clasificación de pacientes y gestión de recursos sociosanitarios y telecuidados

Nivel de gestión del servicio

El tercer nivel de decisiones corresponde a la Coordinación de Enfermería del Distrito quien se encargará de facilitar y evaluar este servicio así como de seleccionar a las enfermeras coordinadoras de cuidados domiciliarios asignadas a los centros de salud.

Así mismo, será necesario redefinir los indicadores que actualmente se utilizan para la evaluación y seguimiento de este servicio introduciendo, entre otros, indicadores sensibles a la práctica enfermera.



5. ATRIBUTOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.

- ◆ **Personalización del servicio:** Cada paciente/familia tendrá asignada una enfermera responsable de su cuidado -independientemente del modelo organizativo de la zona básica-.
- ◆ **El domicilio** debe convertirse en el ámbito central de la provisión de servicios por lo que es necesario que la enfermera garantice los recursos materiales que se hayan identificado como necesarios para el cuidado, así como la coordinación con los diferentes profesionales y servicios con objeto de superar barreras administrativas. La enfermera responsable del caso actuará como mediadora del paciente y/o cuidador informal y sistema



sanitario para la obtención de recursos materiales y servicios necesarios para los cuidados orientándose a la solución de problemas con el mínimo de contactos con el sistema por parte de los usuarios.

- ◆ **Las barreras a la accesibilidad se minimizarán** mediante el uso sistemático del **teléfono** – y otras herramientas telemáticas cuando estén disponibles- como herramienta necesaria para el seguimiento y valoración continua del paciente (proactivo), así como la gestión de demandas espontáneas del paciente o cuidador principal (reactivo) lo que redundará en mayor percepción de seguridad por parte de los usuarios. Será necesario asegurar una buena accesibilidad telefónica de los pacientes a la enfermera (teléfonos móviles disponibles) así como informar a los pacientes y/o cuidadores del uso de este servicio (tarjetas de visita de la enfermera o documento de salud del adulto donde se indican nombre de la enfermera, teléfono de contacto y horarios de trabajo).

- ◆ **Se incrementará la capacidad de respuesta del servicio** facilitando el acceso a servicios de fisioterapia en el domicilio. Para ello sería necesario aumentar la dotación de fisioterapeutas en el nivel primario. Igualmente debe garantizarse el acceso a las **ayudas técnicas** necesarias para cada caso, como camas articuladas, barandas de protección, andadores, bastones, colchones antiescaras, carritos. La enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios facilitará la recuperación y disponibilidad del material necesario.

- ◆ **Sistema de Información para la gestión de cuidados. Es obvio que** resulta imprescindible un soporte adecuado al **sistema de información** que permita el análisis de la efectividad del servicio. En este sentido, la *accesibilidad total* a equipos informáticos con software adecuado al registro de la información que genera este servicio enfermero, es un elemento imprescindible para el desarrollo óptimo del mismo. La inclusión de variables



del Conjunto Mínimo Básico de Datos Enfermeros, elementos de la valoración integral y aplicaciones que permitan la planificación adecuada de cuidados son instrumentos esenciales que debe contener este soporte.

- ◆ **Valoración integral y Plan de Cuidados:** Cada paciente y/o cuidador tendrán acceso a un sistema de valoración integral y a un plan de cuidados individualizado donde se identifiquen sus problemas, los objetivos asistenciales y las intervenciones necesarias para alcanzarlos (incluidas actividades preventivas), utilizando clasificaciones estandarizadas de diagnósticos, intervenciones y resultados. En el caso de pacientes con problemas complejos que requieran intervenciones sociosanitarias se elaborará un plan asistencial interdisciplinar que constituya el eje de la atención. La enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios será la responsable de realizar la valoración inicial así como de la coordinación y seguimiento del plan asistencial.

Sistema De Valoración Integral Del Paciente

El objetivo principal de la valoración integral es poder diseñar el plan asistencial del paciente, es decir, identificar aquellos problemas susceptibles de ser atendidos por los servicios sanitarios y sociales disponibles, en donde queda incluido el plan de cuidados médico, de enfermería y de trabajo social, así como la coordinación con los servicios sociales, otros recursos comunitarios y otros niveles asistenciales.

La orientación será a explorar la capacidad para el autocuidado y detectar necesidades de cuidados no cubiertas, de acuerdo a un modelo de cuidados consensuado (Henderson, Orem u otros), así como identificar aquellos recursos de apoyo necesarios para realizar suplencias.

Debe incluir valoración clínica, funcional, mental, social y carga del cuidador principal.



Valoración clínica	<ul style="list-style-type: none">- Exploración órganos y aparatos- Movilidad- Percepción general de salud- Valoración sensoperceptiva- Función cognitiva- Función afectiva- Actividades de la Vida Diaria (Básicas e instrumentales)- Depresión- Dolor	Orientación a explorar la capacidad de autocuidado de acuerdo a un modelo de cuidados consensuado (V. Henderson, D. Orem u otros)
Valoración social	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo informal disponible- Recursos- Integración social y familiar	
Valoración Cuidador principal	<ul style="list-style-type: none">- Capacidad y disponibilidad de ayuda del cuidador- Percepción general de salud- Sobrecarga	

Fuente: elaboración propia

Valoración clínica

A través de una exhaustiva y sistemática anamnesis y exploración por órganos y aparatos, incluyendo específicamente:

- Patologías que tengan repercusión funcional, medicación habitual, y deficiencias sensoriales (auditivas, visuales)
- ◊ Valoración de la movilidad posible: marcha, coordinación, equilibrio, transferencia cama-sillón, utilización de ayudas técnicas
- ◊ Autopercepción del estado de salud, e interpretación subjetiva de los síntomas. La consideración negativa de este aspecto se relaciona con trastornos afectivos, pluripatología y patrón de elevado consumo de fármacos y de recursos sanitarios³⁷.

Valoración funcional

La capacidad funcional se considera mejor indicador del estado de salud y de la calidad de vida que el estudio de prevalencia de enfermedades, además de ser predictor de morbimortalidad y consumo de recursos sociales y sanitarios³⁸.



Por esto se hace imprescindible su valoración en personas que permanecen inmobilizadas para conocer el nivel de dependencia y garantizar la suplencia necesaria para cubrir requisitos de autocuidado: explorando capacidad para llevar a cabo actividades de cuidado personal (alimentarse, vestirse, lavarse, usar el baño, etc.), y actividades instrumentales (cocinar, comprar, mantener la casa, manejar dinero, usar transportes y teléfono, etc)

Valoración mental

Los estados confusionales y la demencia son motivo de dependencia, y existe asociación entre el déficit cognitivo moderado-severo y dificultad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, así como para la toma de decisiones respecto a los cuidados que en cada momento son oportunos⁸.

Igualmente, es posible que la depresión y el bajo estado de ánimo asociado a la incapacidad, aumente la probabilidad de dificultad para el autocuidado, lo que justifica la necesidad de valorar también la esfera afectiva. A través de la entrevista y mediante la observación del paciente se obtiene la impresión sobre su estado de conciencia, orientación, memoria, lenguaje, conducta, atención y concentración.

No se recomienda la realización de pruebas de cribado de deterioro cognitivo en población asintomática, aunque sí es útil realizarlas ante la presencia de signos y manifestaciones del paciente o informaciones al respecto del familiar²⁵

Valoración social

Los cambios vitales y sociales que acompañan a una situación de dependencia por enfermedad crónica o terminal, hacen necesario prestar atención a aspectos fundamentales que condicionan el bienestar del propio paciente y de su familia, como pueden ser los recursos económicos y la integración en el núcleo familiar y en el barrio. Es particularmente importante el apoyo con que se cuenta para cubrir necesidades básicas, como la comida o el



aseo. También destacar el número de personas que ayudan en el cuidado directo y/o aportan elementos materiales de apoyo, así como quienes proporcionan apoyo emocional y afectivo, tanto al paciente como a los cuidadores. Todos ellos constituyen la red natural de apoyo

Otro aspecto del apoyo son los recursos institucionales para actividades concretas, entre los que se encuentran los profesionales del EBAP, la teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, voluntarios y grupos de ayuda mutua, los cuales constituyen la red organizada de apoyo.

Valoración de la carga del cuidador

Identificar al cuidador principal

Identificar la carga objetiva

Identificar la carga subjetiva, la cual hace referencia a la vivencia que tiene el cuidador respecto al desempeño de su rol. Incluye: autopercepción de la carga, sentimientos de apoyo del resto de la familia, detección de trastornos afectivos y situación de superprotección-dependencia mutua cuidador-paciente.

Algunos autores hacen referencia a que la detección de sobrecarga en los cuidadores puede predecir situaciones de claudicación familiar, abandono del paciente, demanda de institucionalización, incumplimiento del régimen terapéutico y malos tratos al paciente^{37, 39}.

Instrumentos para la valoración

Es preciso destacar la importancia de utilizar instrumentos de valoración con garantías de validez y fiabilidad, para poder obtener resultados rigurosos que no respondan a impresiones de los profesionales poco estructuradas.

Así mismo, puede ser una oportunidad el homogeneizar el uso de instrumentos de valoración para los pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores principales.



Algunos de ellos como el Índice de Katz, para actividades básicas de la vida diaria está muy difundido entre los EBAP por estar incluido en la propuesta de valoración de la Guía del Anciano.

Otro instrumento de ámbito más local y autonómico es la Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado (EVA), validada en la zona básica de Guadix en población anciana por Pedraza y Germán Bés, y usada en la práctica por enfermeras de atención primaria de algunas provincias andaluzas (Granada y Jaen, fundamentalmente).

Los grupos de trabajo del anciano y de demencias la Semfyc proponen también instrumentos de valoración funcional y de detección de deterioro cognitivo. De igual modo, y más recientemente, en Andalucía el grupo del proceso de demencia proponen instrumentos para la valoración integral para el paciente con demencia y su familia.

En la tabla siguiente podemos comparar las escalas más usuales para realizar valoración funcional y cognitiva

	Contenido	Características principales*	Potencia	Limitaciones
Cuestionario de Pfeiffer (1975)	Cognitivo: 10 preguntas que valoran fundamentalmente memoria y orientación, información sobre hechos cotidianos y cálculo)	Especificidad 90%; sensibilidad, 80% Fiabilidad test-pretest, 0,8; 3-5 minutos; Corrección según nivel cultural	Muy breve. Utilidad en cribado cognitivo rápido compatible con dinámica y tiempo de consulta a demanda..	Limitación en deterioros leves o incipientes. Insensible a pequeños cambios. Limitación en analfabetos y pacientes psiquiátricos graves
Mini Mental de Folstein (MMSE) (1975). Mini Examen Cognoscitivo (MEC, Lobo; adaptación española)(1976)	Cognitivo: valora memoria, orientación, atención, capacidad constructiva concentración, cálculo, razonamiento abstracto, lenguaje	Especificidad, 70-90%; sensibilidad, 85-90%, según punto de corte. Fiabilidad test-retest, 0,8 Unos 10-15 minutos. Requiere entrenamiento y seguir instrucciones	Amplio uso en nuestro medio. Rango bastante amplio, útil en cribado, descripción, valoración, monitorización, predicción	Influencia nivel cultural (se indican correcciones), déficit sensoriales, y trastornos afectivos
Test de Isaacs (1972)	Cognitiva (fluidez verbal, denominación categorial, memoria semántica). Se pide nombrar colores, animales, frutas, y ciudades	Sensibilidad, 79-87%; especificidad, 67-82%; 5 minutos	Muy sencillo y no requiere soporte documental. Utilidad en analfabetismo y déficit sensoriales	Rango poco delimitado de funciones cognitivas
Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (1988). Test Del Informador (TIN) (1995)	Cognitivo-funcional (memoria, funcionalidad, capacidad ejecutiva, juicio). Se interroga respecto a cambios respecto a 5-10 años en memoria, orientación, capacidad ejecutiva y de juicio	Cumplimentado por familiar o allegado. Sensibilidad, 86%; especificidad, 91%; 5-10 minutos.	Muy sensible para estadios iniciales de deterioro cognitivo	Enfocado a demencia
Test del reloj	Se pide que dibuje «la hora que se le indica» en una esfera de reloj. Cinco categorías de respuesta		Útil en dificultades léxicas	Subjetividad en la interpretación, requiere entrenamiento

Fuente: PAPPS. Atención Primaria. 28 Supl.2 Noviembre 2001



	Contenido	Características principales*	Potencia	Limitaciones
<i>Valoración funcional</i>				
Índice de Katz	Baño, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia, alimentarse	Actividades básicas, ABVD Fiabilidad interintraobservador, 0,9; < 10 min	Muy empleada. Útil en pacientes deteriorados (institucionalizados, domiciliarios, patologías...) o medio rehabilitador	Valoración de resultados en letras. No sensible a pequeños cambios
Índice de Barthel	Baño, vestido, aseo, retrete, escaleras, sillón-cama, deambulación, micción, deposición, alimentación	Valora ABVD; < 10 minutos	Mayor discriminación de funciones y rango de ítems; puntúa de 0-100. Más útil en valoración inicial, monitorización, pronóstico	No útil para pequeños deterioros
Índice de Lawton y Brody	Cuidar la casa, lavar ropa, preparar comida, compras, teléfono, transporte, manejo de dinero, responsable medicación	Valora AIVD. Coeficiente reproductibilidad, 0,9; < 10 minutos	Amplio uso (a pesar de sus importantes limitaciones)	Importante influencia-sesgo cultural (sexo). Puntuación en 0-8 puntos limita mucho su discriminación. Actividades instrumentales limitadas
<i>Valoración afectiva</i>				
Escala Geriátrica de Depresión (versión reducida)	15 ítems en torno a esfera emocional	Sensibilidad, 84%; especificidad, 95%; 5-8 minutos	Concebida para geriatría. Útil en cribado rápido o como apoyo diagnóstico; también útil en diferenciar seudodemencia	Escaso valor en control evolutivo y monitorización
Escala abreviada de depresión de Goldberg	4 preguntas de cribado de esfera afectiva y otras 5 de confirmación si ha contestado afirmativamente al menos a 1	Sensibilidad, 83%; especificidad, 82%; 2-4 minutos	Muy breve, compatible con un cribado inicial en la consulta	Sólo sirve para cribado rápido
<i>Multidimensionales</i>				
Láminas COOP WONCA	6 láminas con 5 viñetas (grados) cada una, valoran componente físico, emocional, y social: capacidad física, sentimientos, actividad diaria, actividad social, cambio de salud, salud global, dolor. Referido a 15 días previos	Adaptada y validada en nuestro medio. Buena validez aparente; < 15 minutos	Sencilla, puede autoadministrarse Útil si hay bajo nivel cultural	El entrevistador podría condicionar resultados (subjetividad)
Escala de Incapacidad física y psíquica de la Cruz Roja	Subescala física: movilidad, ayuda en actos, continencia. Subescala psíquica: orientación, conversación, comportamiento, continencia	Creada y validada en España (medio especializado); unos 10 minutos	Sencilla. Valora 2 dimensiones y funcionalidad global	Importante condicionamiento de incontinencia. No sensible a pequeños cambios

Fuente: PAPPS. Atención Primaria 28 Supl.2 Noviembre 2001



Instrumentos que se proponen

EASY CARE

(Elderly Assessment System)

Es un instrumento diseñado para promover un sistema de valoración de ancianos común en el ámbito europeo. Está centrado en detectar necesidades no cubiertas y en quién realiza las suplencias (apoyo formal e informal), y enfocado más a la calidad de vida que a la enfermedad. Tiene una única puntuación de incapacidad de 0 a 100. Y contiene items en relación a la autopercepción de la situación de salud, déficit sensoriales, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales y papel de los cuidadores en las suplencias.

Es un instrumento muy fácil de usar por distintos profesionales y muy bien aceptado por los pacientes.

Por todo ello, puede ser útil tanto para utilizarlo a la hora de organizar el plan asistencial, como para ayudar a los profesionales de atención primaria a organizar los cuidados a sus pacientes en atención domiciliaria. Además la información que se obtiene del EASY puede ser utilizada para medir necesidades y resultados que pueden interesar a los gestores sanitarios, los administradores de recursos, investigadores y políticos sanitarios, especialmente en el grupo de población anciana.

Test de fluidez verbal o Test de Isaacs

Es un test muy sencillo que no requiere soporte documental y muy poco entrenamiento. Dado su sensibilidad y especificidad muy aceptables, y su utilidad en analfabetos y en personas con déficiencias sensoriales, puede ser muy útil en el screening de deterioro cognitivo.

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage^{40,41,42}

Validada en nuestro medio una versión reducida de cinco items

43

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit⁴³

Incluye impacto sobre los cuidados, dificultades en la relación con el paciente, expectativas de autoeficacia para el cuidado (es decir, en qué medida se



sienten competentes). Es específica para cuidadores de pacientes con demencia.

c. **Estrategias de implementación**

Orientaciones generales

Para garantizar resultados es necesario tener en cuenta una serie de condiciones básicas para su implantación:

- La selección de las enfermeras coordinadoras de atención domiciliaria en base al mapa de competencias.
- La formación para la adaptación al nuevo modelo de trabajo
- La agrupación de los recursos con objeto de conseguir mayor impacto (nº de población incluida en el servicio).
- El grado de implicación de la Coordinación de Enfermería en el proyecto
- La accesibilidad a software específico que permita la recogida de información y por tanto su evaluación.

Criterios para la dotación de enfermeras coordinadoras de cuidados domiciliarios

El dimensionamiento de las Enfermeras Coordinadoras de Atención Domiciliaria (ECAD) debe estar en función de la población dependiente que precisa atención domiciliaria *en cada ZBS*. Se señala en cursiva *en cada ZBS* puesto que es **esencial** que ésta enfermera esté en los EBAPs formando equipo con el resto de profesionales con los que se realizará la provisión de la atención en el domicilio, y **no se deben crear equipos de distrito** que desde fuera presten ese servicio.

En el documento elaborado por el grupo CODAE del SAS se establece una enfermera cada 200 personas dependientes.

La población referida es:



Población diana	Criterio	Tamaño
Paliativos	0,2% población general	14.532
Altas hospitalarias de seguimiento domiciliario	12,5% de las altas	69.290
Inmovilizados	15% de los ancianos	163.456
TOTAL PACIENTES PARA SEGUIMIENTO DOMICILIARIO		247.307

Se excluyen de esta estimación los ancianos residentes en instituciones (Residencias de Ancianos) en la medida en que la atención a este colectivo de población se plantea desde la existencia de Unidades específicas.

El criterio implica pues la necesidad de creación de un número de Enfermeras coordinadoras de cuidados domiciliarios de 1.237 para la gestión de casos de esos 247.307 pacientes.

La priorización de la ubicación del recurso vendrá determinada en función del carácter urbano/rural de la población atendida en la ZBS y el número de pacientes dependientes (paliativos, altas en domicilio e inmovilizados) que conforman nuestra población diana.

La prioridad vendrá pues establecida en función de dos variables:

- El tipo de ZBS (urbana / rural), priorizando las urbanas por dos razones: el sistema informal de cuidados es más débil en las ciudades que en los pueblos y los ratios de enfermera son mucho peores en los núcleos urbanos respecto a las zonas rurales.
- El número de pacientes dependientes definidos según lo señalado en la tabla.

Sería necesario, pues, construir una tabla con esas dos variables. Para conocer la población diana se precisa saber de cada zona:

- Población anciana (para establecer los inmovilizados).



Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud

- Población general (para estimar los paliativos).
- Altas hospitalarias.

De no conocer lo anterior se puede estimar todo a partir de la población general, considerando la proporción de ancianos media de Andalucía y las altas hospitalarias generales.

Distritos	Población	Inmov	Terminales	Altas	TOTAL pacientes depend.
1 Sevilla-Macarena-Carmona	374.982	8.437	750	3.576	12.763
2 Bahía Cádiz	469.946	10.574	940	4.482	15.995
3 Córdoba	331.715	7.464	663	3.163	11.290
4 Costa del Sol	266.050	5.986	532	2.537	9.055
5 Alcalá-Dos Hermanas-Utrera-Morón	343.907	7.738	688	3.280	11.705
6 Huelva Costa	300.862	6.769	602	2.869	10.240
7 Jerez-Sanlúcar	294.979	6.637	590	2.813	10.040
8 Algeciras-La Línea	226.681	5.100	453	2.162	7.715
9 Málaga	606.469	13.646	1.213	5.783	20.642
10 Aljarafe	81.521	1.834	163	777	2.775
11 Granada	421.237	9.478	842	4.017	14.337
12 Sevilla Este-Sur	632.417	14.229	1.265	6.031	21.525
13 Camas-Sierra Norte	146.319	3.292	293	1.395	4.980
14 Almería centro	241.069	5.424	482	2.299	8.205
15 Jaén	188.010	4.230	376	1.793	6.399
16 Poniente-Roquetas	164.837	3.709	330	1.572	5.610
17 Condado	68.740	1.547	137	656	2.340
18 Antequera	103.570	2.330	207	988	3.525
19 Linares-Andujar	191.890	4.318	384	1.830	6.531
21 Alcalá la Real-Martos	93.550	2.105	187	892	3.184
22 Axarquía	114.082	2.567	228	1.088	3.883
22 Guadalhorce-Ronda	158.261	3.561	317	1.509	5.387
23 Loja-Santa Fé	139.986	3.150	280	1.335	4.765
24 Levante-Alto Almanzora	112.539	2.532	225	1.073	3.830
25 Montilla-Lucena-Cabra	255.627	5.752	511	2.438	8.701
26 Sierra de Cádiz	116.829	2.629	234	1.114	3.976
27 Palma del Río-Alto Guadalquivir	97.203	2.187	194	927	3.308
28 Guadix-Baza	118.728	2.671	237	1.132	4.041
29 Costa-Alpujarras	129.461	2.913	259	1.235	4.406
30 Nordeste-Úbeda	167.004	3.758	334	1.593	5.684
31 Norte de Córdoba	87.356	1.966	175	833	2.973
32 Sierra de Huelva-Andévalo Central	74.557	1.678	149	711	2.538
33 Osuna-Écija	145.598	3.276	291	1.388	4.956
TOTAL ANDALUCÍA	7.265.982	163.485	14.532	69.290	247.307

Los 15 distritos señalados en la tabla anterior tienen ratios bajos de enfermera por habitantes, y juntos prestan servicios a una población netamente urbana de 4.926.164 habitantes, es decir el 68% de la población andaluza.



La dotación de Enfermeras coordinadoras de cuidados domiciliarios empezaría pues en esos distritos en este año y de manera proporcional al número de pacientes que serán atendidos. Dichos distritos finalizarán el año 2002 con un ratio de 1.575 pacientes por cada enfermera, para en años posteriores, y con el resto de distritos de Andalucía, situar ese ratio en 200 pacientes atendidos domiciliariamente por Enfermeras coordinadoras de cuidados domiciliarios. Para que la medida sea efectiva **en cada distrito se deberán priorizar las ZBSs en las que situar dicho recurso**, evitando opciones de *un poco para todos* que dejaría con escasos efectos la incorporación de estas enfermeras.



EASY CARE

Sistema de valoración y seguimiento de personas dependientes

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Nº Hª: _____ Domicilio: _____ CP: _____
Teléfono: _____ Centro de Salud _____
Discapacitado: SI/NO Fecha de evaluación: _____

1. ¿Ve bien? (Entrevistador: Con gafas si la usa)

- Sí
Con dificultad
No ve nada

2. ¿Oye bien? (Con audífono, si lo usa)

- Sí
Con dificultad
No oye nada

3. ¿Tiene dificultad para hacerse entender debido a problemas con el habla?

- No tiene dificultad
Dificultad con algunas personas
Dificultad considerable con todo el mundo

4. ¿Tiene dificultades para masticar o tragar alimentos?

- No
Sí

5. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
Muy buena
Buena
Regular
Mala

6. Durante el mes pasado, ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado y triste?

- Nada
Poco tiempo
Algo de tiempo
Una buena parte del mes
La mayor parte del mes
Todo el tiempo

7. ¿Se siente solo?

- Nunca
A veces
A menudo

8. ¿Su alojamiento es...?

- Bueno
Suficiente para sus necesidades
Insuficientes para sus necesidades

48

9. ¿Es usted capaz de hacer las tareas de la casa?

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?



Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud

Sin ayuda (limpiar, fregar el suelo etc.)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (puede hacer las cosas menos laboriosas pero necesita ayuda para los trabajos pesados)	3	Un familiar que vive con usted	
No puede realiza las tareas domésticas en absoluto	5	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	
10. ¿Es usted capaz de prepararse la comida?		Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Sin ayuda (planea y cocina comidas completas por sí mismo)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (puede preparar algunas cosas pero es incapaz de preparar la comida)	2	Un familiar que vive con usted	
No puede prepararse la comida en absoluto	4	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	
11. ¿Es usted capaz de irse de compras?		Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Sin ayuda (se encarga personalmente de las compras necesarias)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (necesita que alguien le acompañe en todas sus compras)	2	Un familiar que vive con usted	
No puede hacer compras en absoluto	4	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	
12. ¿Es usted capaz de manejar dinero (pagar facturas, contar dinero)?		Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Sin ayuda (pagar facturas, contar el cambio etc.)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (aunque puede arreglarse con el dinero en el bolsillo, necesita ayuda para pagar facturas o manejar cheque bancarios)	2	Un familiar que vive con usted	
No puede manejar el dinero en absoluto	4	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	
13. ¿Es usted capaz de usar el teléfono?		Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Sin ayuda (incluyendo buscar y marcar números)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (puede contestar el teléfono y llamar a números de emergencia –0.91- o los números más habituales, pero necesita un teléfono especial o ayuda para buscar y marcar números)	1	Un familiar que vive con usted	
No puede usar el teléfono en absoluto	3	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	
14. ¿Es usted capaz de tomar su medicación?		Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Sin ayuda (las dosis correctas a la hora oportuna)	0	Su pareja	
Con alguna ayuda (puede tomar su medicación si alguien se la prepara y/o se lo recuerda)	2	Un familiar que vive con usted	
Es totalmente incapaz de tomar su medicación	4	Un familiar que no vive con usted	
		Un amigo o alguien que no cobra por eso	
		Ayuda privada (pagada)	
		Ayuda pública	
		Otro ¿quién?	



15. ¿Es usted capaz de salir a caminar?

Unos 50 metros o más sin ayudas	0
Unos cuantos metros (menos de 50 metros)	4
Es totalmente incapaz de caminar por fuera de casa	6

16. ¿Es usted capaz de moverse por su casa?

Sin ayuda (con bastón o muletas si los usa)	0
Con alguna ayuda (bajo la supervisión de alguien no especializado)	5
En silla de ruedas sin ayuda (incluidas puertas y esquinas)	4
Necesita ayuda física para moverse	7

17. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras?

Sin ayuda (se incluyen cualquier instrumento de ayuda para andar)	0
Con alguna ayuda	2
Es totalmente incapaz de subir y bajar escaleras	5

18. ¿Es usted capaz de moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma?

Sin ayuda	0
Con alguna ayuda (de alguien que supervise para mayor seguridad)	4
Con mucha ayuda (de una persona fuerte o entrenada o dos no especializados para sentarse)	6
Es usted completamente incapaz (no mantiene el equilibrio sentado y necesita dos personas)	7

19. ¿Es usted capaz de susar el water (o el sillón con escupidera)?

Sin ayuda (puede alcanzar la taza/sillón con escupidera, desvestirse lo necesario, limpiarse y salir)	0
Con alguna ayuda (puede hacer algunas cosas, incluío limpiarse)	5
No puede usar la taza/sillón de water	8

20. ¿Se le escapa la orina? (incontinencia urinaria)

No	0
Pocas veces (menos de una vez al día)	6
A menudo (una o más veces al día) o necesita ayuda con el catéter/sonda de orina	8

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?

Su pareja	
Un familiar que vive con usted	
Un familiar que no vive con usted	
Un amigo o alguien que no cobra por eso	
Ayuda privada (pagada)	
Ayuda pública	
Otro ¿quién?	



21. ¿Se le escapa la caca? (incontinencia fecal)	
No	0
Pocas veces (menos de una vez al día)	6
A menudo o necesita enemas.	9
22. ¿Es usted capaz de usar el baño o la ducha?	
Sin ayuda (puede entrar y salir de la bañera o ducharse sin ayuda o supervisión de nadie)	0
Necesita ayuda para bañarse o ducharse	6
23. ¿Es usted capaz de arreglarse (por ejemplo peinarse, afeitarse, maquillarse etc.) ?	
Sin ayuda (si alguien le da las cosas si fuera necesario)	0
Con ayuda	5
24. ¿Es usted capaz de vestirse sólo?	
Sin ayuda (incluidos botones, cremalleras, cordones etc.)	0
Con ayuda (puede hacerlo a medias sin ayuda)	3
No puede vestirse solo	6
25. ¿Es usted capaz de comer solo?	
Sin ayuda	0
Con algo de ayuda (para cortar los alimentos, untar la mantequilla etc.)	5
No puede comer sólo	8

Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Su pareja	<input type="checkbox"/>
Un familiar que vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un familiar que no vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un amigo o alguien que no cobra por eso	<input type="checkbox"/>
Ayuda privada (pagada)	<input type="checkbox"/>
Ayuda pública	<input type="checkbox"/>
Otro ¿quién?	<input type="checkbox"/>
Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda	
Su pareja	<input type="checkbox"/>
Un familiar que vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un familiar que no vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un amigo o alguien que no cobra por eso	<input type="checkbox"/>
Ayuda privada (pagada)	<input type="checkbox"/>
Ayuda pública	<input type="checkbox"/>
Otro ¿quién?	<input type="checkbox"/>
Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Su pareja	<input type="checkbox"/>
Un familiar que vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un familiar que no vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un amigo o alguien que no cobra por eso	<input type="checkbox"/>
Ayuda privada (pagada)	<input type="checkbox"/>
Ayuda pública	<input type="checkbox"/>
Otro ¿quién?	<input type="checkbox"/>
Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?	
Su pareja	<input type="checkbox"/>
Un familiar que vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un familiar que no vive con usted	<input type="checkbox"/>
Un amigo o alguien que no cobra por eso	<input type="checkbox"/>
Ayuda privada (pagada)	<input type="checkbox"/>
Ayuda pública	<input type="checkbox"/>
Otro ¿quién?	<input type="checkbox"/>

Total puntuación (Preguntas de capacidad de la 9 a la 25)

Puntuación total (Suma)___ (Máximo 100)



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se siente y a lo que le ocurre, en cada pregunta responde lo que más se aproxime a cómo se siente usted. ¿Con qué frecuencia...?

 Muestre la tarjeta con la escala mientras lee cada una de las afirmaciones

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo/a?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1	2	3	4	5
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?	1	2	3	4	5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
12. ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos/as a casa, a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
13. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1	2	3	4	5
14. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
15. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
16. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
17. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
18. ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
21. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5

Escala de 21 a 56 21 mínima sobrecarga/56 máxima sobrecarga

Martín et al, 1996: realizaron un estudio de validación en cuidadores de personas con trastornos psiquiátricos según DSM-II-R. Obtuvieron buenos datos de fiabilidad y consistencia interna. El análisis factorial reveló la existencia de tres factores que explican el 53.8% de la varianza: a) sobrecarga, b) rechazo y c) competencia. La escala arrojó una consistencia interna satisfactoria con un Coef. Alfa de Cronbach de 0.91. El análisis de validez del constructo mostró una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con GHQ y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente. Comparado con un gold estándar (opinión clínica de una enfermera psiquiátrica) los siguientes puntos de corte obtuvieron la siguiente valoración:

	Sensibilidad	Especificidad
No sobrecarga- sobrecarga leve 46-47	85.1%	84.4%
Sobrecarga- sobrecarga intensa 55-56	90.6%	93.3%

Percentiles:

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
29,44	35,55	38,53	42,75	49,33	54,60	61,28	69,25	77	96



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALE) DE YESAVAGE: VERSIÓN 15 ÍTEMS

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su estado de ánimo. Elija una respuesta de acuerdo a como se ha sentido las últimas dos semanas

	SÍ	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos (hacer planes)?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

En negrita aparecen las preguntas de la versión de cinco ítems validada por De Dios et al.⁴¹

Es una escala que va de 0 a 15: 0 mínimo / 15 máximo

Es un instrumento muy breve y simple para el despistaje de la depresión en ancianos

Validaciones:

Aguado Taberné, et al.⁴⁰: Comparando la versión de 15 ítems con el gold estándar de un diagnóstico médico según criterios de la CIE-10 en una población de mayores de 65 años no institucionalizada (N=202) los datos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo son los siguientes para cada uno de los puntos de corte señalados:

	> ó = 4	> ó = 5	> ó = 6	> ó = 7
Sensibilidad	86.8	81.3	68.1	52.7
Especificidad	59.2	74.7	83.3	88.3
Valor predictivo +	54.5	64.3	69.7	71.6
Valor predictivo -	90.6	87.7	82.3	73.9

Martí et al 2000⁴²: En esta caso se trataba de 131 sujetos ingresados en un centros geriátrico municipal (procedentes de hospitales donde habían ingresado por una enf. o proceso agudo discapacitante o por una descompensación de una enf. crónica). Se comparó con el diagnóstico psiquiátrico según el DSM-IV. Se escogió el punto de corte > ó = a 5 como el que mejor sensibilidad y especificidad obtuvo en relación al diagnóstico del DSM-IV

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo +	Valor predictivo -
> ó = 4	85.3	72.2	58.3	91.5
> ó = 5	85.3	85.5	72.9	92.7
> ó = 6	75.6	96.6	91.2	89.7



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jamieson A. Home Care for Older people in Europe: A comparison of policies and practices. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- 2 Lesemann F, Martín C. Home-based care, the elderly, the family and The Welfare State: An international comparison. Ottawa: University of Ottawa Press, 1993.
- 3 Hutten J, Kerkstra A. Home Care in Europe: A country-especific guide to its organization and financing. Arena, 1996.
- 4 Overveit J. Coordinating Community Care: Multidisciplinary teams and care management. Bristol: Open University Press, 1993.
- 5 Hutten J, Kerkstra A. Análisis comparativo de los diferentes sistemas de organización y financiación de la atención domiciliaria en Europa. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999.
- 6 Adalvert E, Svetling I. Balancing Pluralism: new welfare mixes in care for the elderly. Viena: European Centre of Vienna, 1993.
- 7 Zanotti R. Home care nursing services: uniqueness and diversity. En: Modly D, Zanotti R, Poletti P, Fitzpatrick JJ, eds. Home care nursing services: international lessons. New York: Springer, 1997
- 8 Contel JC, Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en atención primaria. En: En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999.
- 9 Servicio Andaluz de Salud. Actividad asistencial en atención primaria. Andalucía (Series estadísticas de los años 1992 a 1998)
- 10 Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2000. Sevilla: SAS, 2001.
- 11 Vilá A. Las políticas autonómicas para personas mayores (I). Atención Sociosanitaria y Bienestar 2000; 4: 17-25.
- 12 Vilá A. Las políticas autonómicas para personas mayores (II). Agathos 2001; 1: 15-29
- 13 García MM et al. Evaluación del Programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía. Granada: EASP, 1996.
- 14 Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud. Madrid: MSC, 1984.
- 15 Servicio Andaluz de Salud. Guía de Atención a la Salud del Anciano. Sevilla: Consejería de Salud, 1992.
- 16 Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000. Sevilla: SAS, 2000.
- 17 Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer, 1999.
- 18 van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000;320:754-758.
- 19 Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garret P, Gottsch M et al. A multifactorial intervención to reduce the risk of falling among elderly people. N Engl J Med 1994; 331: 821-827.
- 20 Kane RL. Kane RA. Assessment in long-term care. Ann Rev Public Health 2000; 21:659-86.



- 21 Boulton C, Boulton LB, Morishita L. et al.: A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatrics Society*, 2001; 49(4):351-9.
- 22 Stuck AE, Aronow HU, Steiner A: A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9
- 23 van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum et al.: Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review *BMJ* 2000; 320: 754-758.
- 24 Masters PA: Evidence is unclear that preventive home visits for elderly persons in the community improve mortality or health outcomes. *ACP Journal Club* 2000; v133(2):59
- 25 Elliott L, Crombie IK, Irvine L, Cantrell J, Taylor J: The Effectiveness Of Public Health Nursing: A Review Of Systematic Reviews. NHS Scotland. Scottish Executive. 2001
- 26 Ferguson J A, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J General Inter Medicine* 1998, 13 (2), 123-126
- 27 Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness Center for Reviews and Dissemination Reviewers. Case management programs in primary care. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. Issue 1, December 2002.
- 28 Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. : Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Musculoskeletal Injuries Group Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue Issue 1, 2002
- 29 Garcia-Altes A. Martinez F. Carrillo E. Peiro S: Sistemas de Clasificación de Pacientes en instituciones de media y larga estancia: evolución y perspectivas futuras. *Gaceta Sanitaria*. 2000; 14(1):48-57
- 30 Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- 31 Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- 32 Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. Unidad de medicina paliativa El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria, 1992
- 33 Gómez Sáncho M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS, 1994.
- 34 NCVQ. Las titulaciones profesionales en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Londres. 1995. Hanson, Mike. Lecciones y experiencias del desarrollo de la educación y la capacitación basadas en competencias en el Reino Unido. CONALEP. 1996
- 35 OIT: Las 40 preguntas más frecuentes sobre competencia laboral, en <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/index.htm>
- 36 Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management. 2002
- 37 Benítez del Rosario MA. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En: *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona, Springer, 1999
- 38 Alba Romero C, Gorroño Goitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A: Programa de Actividades Preventivas en Atención Primaria Atención Primaria , 28 Supl.2 Noviembre, 2001
- 39 Medrano Albéniz I. Aspectos éticos y legales de la enfermedad de Alzheimer. En: *Cuidados de enfermería en el Alzheimer y otras demencias. Formación continuada. Monográficos de enfermería*. Ed. Ovale, 1996



40 Aguado Taberné, C; Martínez de la Iglesia, J; Onís Vilches, MC; Dueñas Herrero, RM; Albert Colomé, C; Espejo Espejo, J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Aten. Primaria*. 26 (Supl. 1): 328

41 De Dios del Valle R, Hernández Sánchez AM, Rexach Cano LI, Cruz Jentoft AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2001; 36(5): 276-280

42 Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2000; 35 (1): 7-14

43 Martín, M; Salvadó, I; Nadal, S; Laurindo, CM; Rico, JM; Lanz, P; Taussig, I. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Rev. Gerontol*. 1996: 6: 338-346