



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Carmona Rega, M I. Proyecto de Desarrollo de la Gestión de Cuidados para Ancianos Institucionalizados. Unidad de Atención a Residencias. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0087.php>

PROYECTO DE DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS.

DIPLOMA “EXPERTO UNIVERSITARIO EN GESTIÓN DE
CUIDADOS”

M^a INÉS CARMONA REGA. ENERO 2005.

1-INTRODUCCIÓN

El siglo XX ha vivido una revolución de la longevidad que explica el proceso de envejecimiento. Si la vejez universal ha sido un proceso o una adquisición reciente, se puede decir que los octogenarios son prácticamente un descubrimiento del último cuarto de siglo.

España ha dado un salto cualitativo; ocupa el quinto puesto en el ranking de envejecimiento, pero además será el país más viejo en el 2050. (1)

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

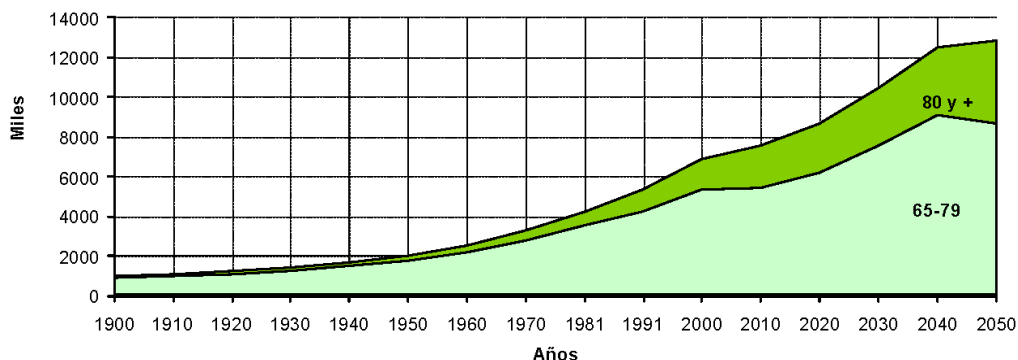
La vejez es compleja y heterogénea y es fruto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales y debe ser entendida como una fase más del ciclo vital.

La evolución demográfica en Andalucía, España, así como los países europeos ha seguido la misma dinámica, caracterizada por:

- Una disminución de la fecundidad y de la mortalidad.
- Un aumento de la esperanza de vida. Mantiene una tendencia a proporcionar más años a la vida.
- Un crecimiento en términos absolutos y relativos de las personas mayores de 65 años.
- Un asentamiento cada vez más urbano de la población

Gráfico 1

Evolución de la población mayor. España, 1900-2050 (miles)



* De 1900 a 2000 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970 la población es de derecho.

Fuente: INE: *Anuario Estadístico*, varios años;

INE: *Censos de Población*;

INE: INEBASE: *Revisión del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2000*. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. INE, 2002.

INE: INEBASE: *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo Población a 31 de diciembre de 1991*. INE, 2002.

Conf. Cajas de Ahorro: *Estadísticas básicas de España*

Según el INE del 2002 en nuestro país existen 6.842.142 personas mayores de 65 años (en el 2050 llegaremos a los 12 millones) que supone un 16,9% de la población justo el doble que en el año 1960(1). Los octogenarios se han multiplicado por 12. En 1900 había 115.000 Ahora hay 1,5 millones y el 2050 habrá 4,1 millones (2)

En Andalucía las cifras son similares al resto del país y de la CEE. En la región andaluza viven 1.394.369 mayores de 65 años, un 19,18 % con

respecto a la población general. (1)

Del total de estos mayores el 26% sufren alguna deficiencia o dependencia. Esta dependencia aumenta con la edad, de forma que entre los 80-84 años aumenta al 47% y en el caso de personas muy mayores, de más de 85 años llega al 63,36%. En 1998 el Consejo de Europa definió dependencia: “estado en el que se encuentran las personas que por razones de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana”. Esta dependencia real tiene una estrecha relación con la autopercepción del estado de salud como indicador del estado de salud global y predictivo de necesidades asistenciales y tiene gran repercusión para la morbilidad y una vejez saludable y activa. (3)

El envejecimiento poblacional es y será una realidad a la que habrá que prestar la suficiente atención, no sólo por el incremento progresivo de su proporción, sino por el aumento de las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas y, por extensión, por la cualificación humana y técnica de las personas que tendrán que hacerse cargo de su cuidado. (4)

Aproximadamente el 17% de las personas mayores de 64 años reciben cuidados como consecuencia de alguna discapacidad o dependencia. (1)

¿Quién cuida a estos mayores dependientes? En las personas mayores la responsabilidad principal de los cuidados suele ser asumida por una hija en un 38% de los casos y por el cónyuge en el 21,5%. (1)

Los servicios sociales actúan como cuidador principal de los personas mayores con discapacidad en un 8,4% de los casos. (1)

Según el Antropólogo Malinowsky (1884-1942) “la sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear las instituciones que le resulta necesarias para su funcionamiento”. (5)

El perfil de anciano frágil con un incremento de la demanda sanitaria y social y la necesidad de un entorno protector, han llevado al desarrollo de instituciones geriátricas. “La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales”. La fragilidad comporta, que a partir de un umbral determinado, una mayor vulnerabilidad del anciano ante la enfermedad, un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional y la consiguiente dependencia en el desarrollo de actividades de la vida diaria y en última instancia, la muerte. El reconocimiento clínico de la fragilidad sólo puede establecerse mediante la valoración integral sistemática de estos pacientes. (6)

Las instituciones orientadas a la atención a largo plazo de los pacientes ancianos se pueden clasificar de varias formas, ya sea atendiendo a la misión asistencial, la dependencia, el ámbito de actuación etc. Para hacer frente a la complejidad clínica evolutiva de todos estos pacientes se ha visto la necesidad de una diversificación de las líneas de producto socio sanitario. (5)

Centros de Día de Personas Mayores

¿Qué es un Centro de día?

Son centros de promoción del bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población.

¿Qué servicios ofrece?

Además de las actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc., algunos Centros de Día ofrecen también los siguientes servicios:

1.- Servicio de Comedor (Orden de 6 de mayo de 2002) modificada por (Orden de 30 de julio de 2004).

El objeto de este servicio es el almuerzo, todos los días laborables, de lunes a viernes. La prestación del servicio está supeditada a la existencia de una demanda mínima de 10 usuarios.

Requisitos:

Ser socio de un Centro de Día de titularidad de la Junta de Andalucía.

Vivir solo o con personas mayores de 65 años, o bien con otras personas que no puedan permanecer con ellos por razones laborales.

2.- Servicio de orientación jurídica (Orden de 1 de septiembre de 2003).

Es un servicio gratuito de atención personalizada que tiene como finalidad resolver a las personas mayores las dudas de carácter jurídico que se les puedan plantear en el desarrollo de su vida cotidiana y en su relación con los demás.

Unidades de Estancia Diurna

¿Qué es un programa de estancia diurna?

Son un conjunto de actuaciones dirigidas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. El programa garantiza una asistencia mínima en los centros de treinta y nueve horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año.

¿Cuáles son sus fines?

Mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de la persona mayor y apoyar a la familia o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos, así como favorecer su compatibilidad laboral.

¿Qué servicios ofrece?

- **Estimulación de las capacidades bio-psico-sociales.**
- **Ayuda en las actividades de la vida diaria.**
- **Manutención (desayuno, almuerzo, merienda).**
- **Acompañamiento.**
- **Transporte adaptado a los usuarios con atención en horario completo.**

Programa de Alojamiento Universitario con Personas Mayores

Consiste en poner en contacto a estudiantes universitarios necesitados de alojamiento en la ciudad donde cursan sus estudios, con personas mayores que ofrecen la posibilidad de alojarlos en su casa para aliviar su soledad y/o su dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria.

BENEFICIOS PARA EL MAYOR:

- **Compañía.**
- **Ayuda económica de 30 a 90 euros mensuales.**
- **Seguro o equipamiento para la vivienda que realiza el alojamiento.**

Centros Residenciales

Son centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral.

Las plazas residenciales se clasifican en válidos, asistidos y en gravemente afectados según el grado de dependencia y atención que precise la persona mayor.

PRESTACIONES:

Los residentes tendrán garantizadas las siguientes prestaciones:

- **Atención a la salud.**
- **Estimulación de las capacidades bio-psico-sociales.**
- **Ayuda en el desarrollo de las actividades diarias.**
- **Asistencia social.**
- **Manutención.**
- **Otras.**

Respiro Familiar

¿Qué es un programa de respiro familiar?

Son un conjunto de actuaciones dirigidas a prestar una atención integral a la persona mayor. El programa se desarrolla en centros residenciales, en períodos que oscilen entre veinticuatro horas y un mes, con carácter prorrogable.

¿Cuáles son sus fines?

Colaborar con la familia cuidadora de una persona dependiente, a la que se presta apoyo mediante un servicio residencial de duración transitoria, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias análogas.

¿Qué servicios ofrece?

Los residentes tendrán garantizados las siguientes prestaciones:

- **Atención a la salud.**
- **Estimulación de las capacidades bio-psico-sociales.**
- **Ayuda en el desarrollo de las actividades diarias.**
- **Asistencia social.**
- **Manutención. (7)**

Cuidados paliativos:

Estas unidades tienen como objetivo terapéutico mejorar el bienestar y la calidad de vida de los enfermos que padecen una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin respuesta a un tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Este objetivo se logra por medio del control de síntomas y el soporte emocional como el soporte a sus familiares. (5)

Situación demográfica de las personas mayores de 65 años y relación de oferta de plazas residenciales

ANDALUCIA

Población Total 7.268.795
Mayores de 65 Años 1.394.369
Porcentaje de > 65 Años 19,18%

Titularidad pública

Centros 160
Plazas 8.824
Porcentaje 30,49%

Titularidad privada

Centros 488
Plazas 20.115
Porcentaje 69,51%

Total

Centros 648
Plazas 28.939
Ratio (*) 2,95
Plazas de estancia diurna 287

*** N° de plazas por cada 100 personas Mayores de 65 Años (7)**

Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Usuarios. Enero 2001

Ámbito Territorial	Poblac.>65	Nº usuarios	Índice de Cobertura
Andalucía	1.040.072	21.191	2,04
Aragón	253.807	6.189	2,44
Asturias	229.061	4.095	1,79

FUENTE: INEbase. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón Municipal 1999; Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas

Servicio Público de Teleasistencia en España. Usuarios. Enero 2001

Ámbito Territorial	Poblac.>65	Nº usuarios	Índice de Cobertura
Andalucía	1.040.072	16.135	1,55
Aragón	253.807	4.234	1,67
Asturias	229.061	2.036	0,89

Fuente: INEbase. Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón Municipal 1999; Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas

Nuestra comunidad cuenta con 32 centros de día privados y 4 concertados

(índice de cobertura 0.131). (1)

La Unidad de Atención a Residencias del Distrito Metropolitano de Granada intenta ser un aporte más al diseño de un sistema socio sanitario que regule los cuidados de larga duración desde una perspectiva de responsabilidad compartida.

Desde el punto de vista de gestión de centros pretende ser un instrumento que permita la toma de decisiones con criterios de eficiencia y calidad.

Desde el punto de vista de gestión de cuidados enfermeros, pretende resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos por una actividad estratégica que una la evidencia y el arte de enfermería centrado en la persona. Se trata de un cuidado innovador que incluye la atención individualizada, la intervención de la enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

A-JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Una vez creada la Unidad de Atención a Residencias del Distrito Metropolitano de Granada se constituyó un grupo de mejora con representación de profesionales de Servicio Andaluz de Salud, profesionales de las residencias y profesionales del Distrito. Se utilizó la técnica de grupo Nominal con el objetivo de profundizar en cual debería ser la prestación de servicios del Distrito Metropolitano a las residencias de mayores, así como en cuales serían las fortalezas, debilidades y propuestas de mejora.

El producto de esta fase es una lista de proposiciones, de las que se destaca la necesidad de reorganización y rediseño del producto enfermero.

Previo a la creación de la Unidad ya existía una necesidad sentida por el Distrito de creación de dicha Unidad de Atención a Residencias cuyo objetivo general sería actuar como garante de la igualdad de la prestación de atención sanitaria a todas las residencias; y como objetivos específicos:

- **Garantizar la continuidad de la asistencia, mediante la actuación coordinada de nuestro equipo multidisciplinar.**
- Gestionar los cuidados, diseñando planes estandarizados y coordinando las intervenciones.
- Seguimiento del cumplimiento de las guías, protocolos y planes de cuidados.
- Coordinar los servicios sanitarios (derivaciones a segundo y tercer nivel) que reciben para hacerlos más eficientes.
- Haciendo gestión de casos, entendiéndose como proceso de colaboración que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa 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 costo-efectivos. (Case Management Society of América).
- Centralizando la prescripción de fármacos y de material y dispositivos de cuidados para poder evaluarla.

- Establecer bases y circuitos de coordinación con Servicios Sociales.
- Realizar e implementar protocolos específicos de la unidad.
- Prestar los servicios de forma que produzcan satisfacción en los usuarios y cumplan con sus necesidades y expectativas. Respetando sus derechos y deberes.
- **Planificar la formación de profesionales que imparten la atención a los mayores(en algunos casos ser discente).**

2-AMBITO DEL PROYECTO

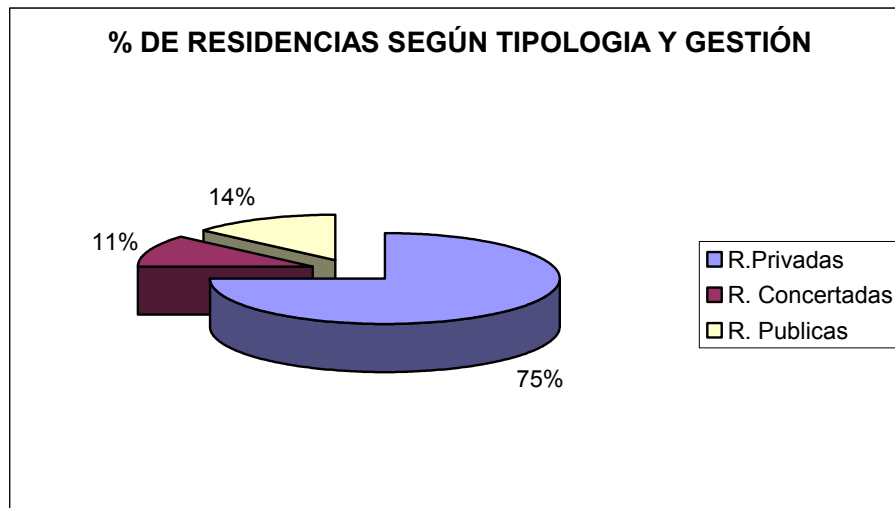
A-Descripción de la UNIDAD

La Unidad de Atención a Residencias esta constituida por un médico geriatra y un enfermero de enlace. La ubicación física es en la sede del Distrito. La Unidad tiene nivel de gestión pero no asistencial.

B-Población Diana.

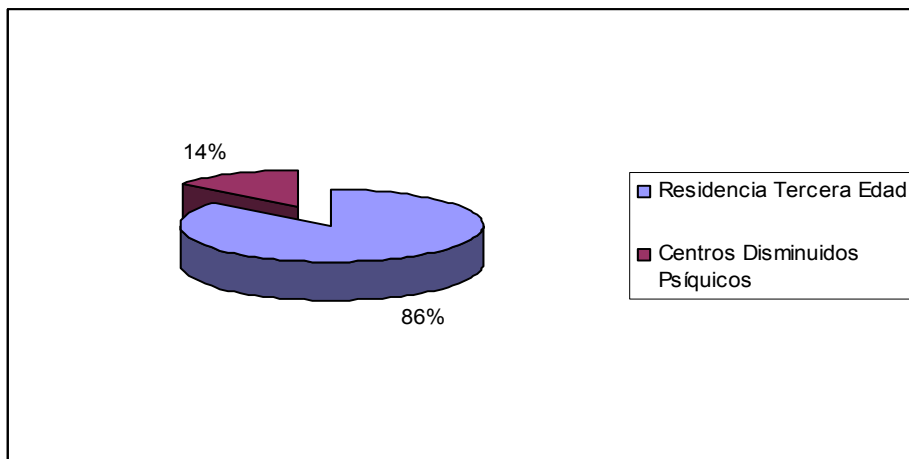
La Unidad de Atención a Residencias (UAR) atiende a un total de 2630 residentes repartidos en 44 residencias .De estas, según su gestión y propiedad nos encontramos que 5 son concertadas; 6 publicas y 33 privadas.

GRÁFICO 2. PROPORCIÓN DE RESIDENCIAS SEGÚN PROPIEDAD Y GESTIÓN

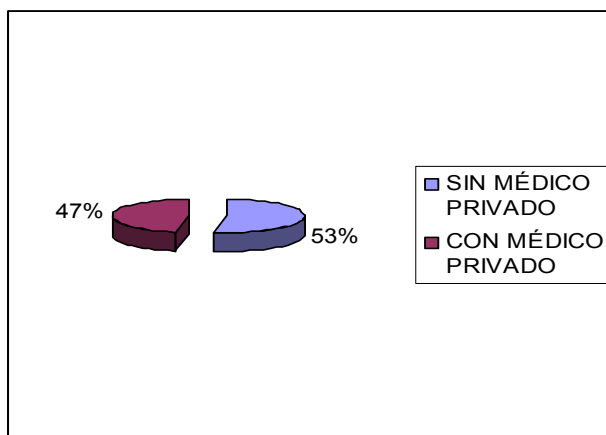


Los usuarios de las residencias están distribuidos por necesidades o tipología en centros de la tercera edad en 86% y el 14% en residencias para disminuidos psíquicos.

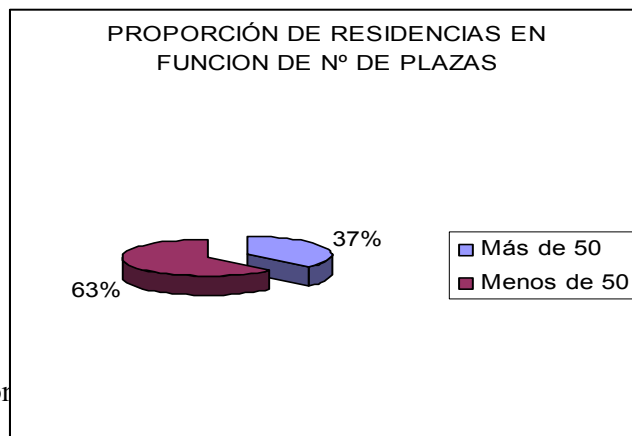
GRÁFICO 3. PROPORCIÓN SEGÚN TIPOLOGIA 3ª EDAD/DISMIN.PSIQ.



En 29 residencias no se dispone de facultativo propio y en 14 centros tampoco de enfermeros. La atención sanitaria se realiza actualmente por los profesionales de las distintas Zonas Básicas del Distrito. Están asistidos con médico propio 1160 residentes que hacen un 47%, frente a 1330 que no disponen de este recurso .Con personal de enfermería están atendidos el 86% (2148 residentes).
 GRÁFICO 4. PROPORCIÓN SEGÚN RESIDENCIAS CON/SIN MÉDICO



Son las residencias con mayor número de plazas las que disponen de personal sanitario propio. Existe un 63% de residencias de menos de 50 residentes frente a un 37% con más de 50 plazas. (8)
 GRÁFICO 5.



B-LA

ANALISIS DE SITUACION

En 37 residencias tienen asignación médico-enfermera, pero esto no implica que la asistencia esté personalizada, ya que la mayoría de la asistencia se delega al personal propio de las residencias. Siete residencias se mantienen repartidas por cupos médicos.

La valoración general y evolución clínica de los pacientes, no suele estar recogida en la historia clínica disponible sólo en la residencia. Los tratamientos si están más especificados y recogidos. La observancia de la historia clínica en el sistema informático es incompleta .En escasas ocasiones nos encontramos con los diagnósticos principales recogidos. Desde el punto de vista asistencial, no se trabaja con protocolos, ni en el centro de salud ni en la residencia a excepción de la valoración de incontinencia urinaria que están empezando a realizar los enfermeros de las ZBS. Los médicos de las residencias en su mayoría desconocen los procesos asistenciales de forma que su puesta en marcha va retrasada. De todos es sabido, que este sector de población genera un gasto desmesurado en farmacia. La causa es multifactoriales, aunque una de las razones más importantes es la pluripatología de estos pacientes. Se ha de conseguir mayor integración e implicación de los médicos de las residencias en el uso racional del medicamento.

El suministro del material fungible es muy variable pasando desde un suministro escaso basado en recetas hasta la libre dispensación, a demanda por la residencia.

Las derivaciones a especialistas se realizan en las mismas condiciones que para cualquier usuario, aunque no se disponen de registros que informen del número y tipo de dichas derivaciones.

C-SITUACION DE PARTIDA.

Para valorar la situación de partida de la Unidad de Atención a Residencias utilizaremos la técnica de DAFO. El DAFO es una herramienta simple y generalizada que facilita la toma de decisiones estratégicas. Su objetivo es ayudar a una institución a encontrar sus factores estratégicos críticos, para usarlos, una vez identificados, apoyando en ellos los cambios organizacionales: consolidando “fortalezas “, minimizando “debilidades “, aprovechando las “oportunidades”, y reduciendo las “amenazas”. Para la realización de dicha técnica se reunió al coordinador del distrito, al geriatra y a los 10 enfermeros de enlace del distrito metropolitano.

DEBILIDADES

- **Escasez de recursos humanos.**
- **Poca cualificación del personal que trabaja en las residencias.**
- **Gran dispersión de los centros residenciales.**
- **Variabilidad en la recogida de información.**
- **No existe valoración general, la historia médica posee poca información a excepción del tratamiento.**
- **No se trabaja con ningún modelo enfermero. .**
- **Desconocimiento por parte del personal de residencias de los objetivos marcado por el sistema publico andaluz.**
- **No se trabaja con diagnósticos enfermeros salvo la valoración de incontinencia urinaria.**
- **No se usan protocolos, ni guías de práctica clínica.**
- **No existe continuidad en los cuidados enfermeros.**

- **La implantación de los procesos asistenciales es prácticamente inexistente.**
- **No existe homogeneidad en la utilización y dispensación de material.**
- **Poca coordinación y unificación de criterios entre profesionales de ambas instituciones.**
- **Falta de formación en geriatría y gerontología.**

AMENAZAS

- **La toma de decisiones no esta a cargo de profesionales sanitarios.**
- **Existencia de baja implicación por parte de familiares, personal del centro, médico privado.**
- **Escasez o nula coordinación.**
- **Presión de los familiares.**
- **Poca coordinación con otras instituciones.**
- **Intereses económicos con farmacia**
- **Visita médica ilegal a personal NO sanitario**
- **Impotencia inspección IASS.**
- **Publicitan como suyos, prestaciones, dentro de su cartera de servicios, algunos que son del sistema público y ellos no llegan a proveer.**

FORTALEZAS

- **Apoyo institucional.**
- **Necesidad sentida por parte trabajadores de las residencias.**
- **Necesidad sentida por parte de los trabajadores de sistema publico de salud.**
- **Inclusión de paciente pluripatológico dentro de la cartera de servicios de Sistema andaluz de salud.**
- **La implantación por parte colectivo enfermero de modelo de atención en los cuidados enfermeros.**
- **Reciente incorporación a la profesión enfermera de metodología.**
- **La mayoría de las residencias tienen adjudicado un médico del Centro de salud.**

OPORTUNIDADES

- **El 86% de las residencias tienen enfermero**
- **El 47% de las residencias tiene personal facultativo.**
- **Con el esfuerzo que conlleva este proyecto se podría reducir el gasto farmacéutico y mejorar la calidad de prestación.**
- **Se normalizaran las intervenciones:**
 - **gestión de prescripción centralizada.**
 - **gestión de derivaciones centralizada.**
 - **gestión de cuidados centralizada.**
- **Adecuar las intervenciones a las necesidades de los usuarios.**
- **Hacer actuación encaminadas a la prevención secundaria.**
- **Se realizaran valoraciones enfermeras utilizando un modelo enfermero.**
- **Se realizaran diagnósticos enfermeros utilizando SELE (Sistema estandarizado de lenguaje enfermero).**
- **Se realizara gestión de casos.**

3-REFERENTES ESTRATEGICOS

A-MISION.

La unidad de Atención a Residencias del Distrito metropolitano actuaría como garante de que todos los ancianos institucionalizados reciban la misma atención sanitaria y los mismos cuidados con idéntico nivel de calidad independientemente de la residencia (según cartera de servicios de SSPA). Pretendemos preparar al personal de las residencias y de las zonas básicas para la mayoría de las intervenciones necesarias en este ámbito. Se buscarán fórmulas para fomentar la responsabilidad de las residencias en las cuestiones referentes a la salud de sus clientes. La Unidad tendrá una intervención como colaboradora y de supervisión. Para ello se ha de asumir como guías de actuación el fomento, la implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en las residencias; la mejora de la eficiencia y la innovación, la docencia y la cooperación con las residencias y otros niveles asistenciales.

B-VISION.

Se pretende que la Unidad de Atención a Residencias sea un referente en calidad, en permanente crecimiento profesional y técnico; que logre un alto grado de satisfacción en la sociedad, en las personas que trabajan en las residencias y especialmente en sus clientes (ancianos). Para ello se hará una gestión eficiente, participativa, orientada a la mejora continua, cercana y ágil en la resolución de problemas.

C-VALORES.

- **El anciano como centro de la actividad.**
- **Trabajo en equipo.**
- **Comunicación abierta.**
- **Respeto mutuo.**
- **Trabajamos para el paciente (anciano).**
- **Orientación a resultados.**
- **Apuesta por la innovación.**
- **Sentido de pertenencia de los trabajadores.**
- **Consenso.**
- **Continuidad asistencial.**
- **Adecuación de las necesidades.**
- **Satisfacción de los usuarios.**
- **Calidad científico-técnica.**
- **Accesibilidad a los servicios en igualdad de condiciones de los no institucionalizados.**
- **Eficiencia: buen uso de los recursos.**

D-MODELO Y METODOLOGIA DE CUIDADOS

Modelo de Cuidados

Una vez revisada la bibliografía actual con relación a las tendencias y teorías de enfermería se ha optado por consenso elegir como modelo para la práctica asistencial en la Unidad, el enunciado por Virginia Henderson, incluyendo algunos aspectos propios del entorno residencial que generan problemas y/o alteraciones en la satisfacción de las necesidades de la persona. De una forma esquemática y de acuerdo a las

propuestas para el desarrollo científico de un Modelo de Cuidados o Marco Conceptual de los Cuidados, se ha considerado el definir los puntos relevantes para la descripción del mismo como son:

Modelo de cuidados
Virginia Henderson

Fundamento
Se fundamenta en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual.

Objetivo

La recuperación, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona la integración a su medio residencial en el menor tiempo posible, o el acompañarle en el proceso de la muerte.

Beneficiario del servicio

La persona que requiere cuidados de enfermería, en una situación de salud concreta y en interacción con el medio residencial considerado en términos de cliente de cuidados.

Papel del profesional

Suplir y / o completar a la persona en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz.

Fuentes de dificultad

Obstáculos o limitaciones personales o del entorno que modifican la capacidad de la persona para dar respuesta a los cambios producidos, tanto a nivel físico, como psíquico, espiritual y social.

Necesidades y requerimientos susceptibles de ser atendidas :

- **Respiración**
- **Alimentación-hidratación**
- **Eliminación**
- **Movilización**
- **Reposo-sueño**
- **Vestirse**
- **Termorregulación**
- **Higiene – Piel**
- **Seguridad**
- **Comunicación**
- **Creencias – Valores**
- **Trabajar – realizarse**
- **Ocio**
- **Aprender**

Intervención del profesional

Mediante la aplicación de Planes de Cuidados, estandarizados para aquellas situaciones de salud más frecuentes e individualizados en todos los casos.

Consecuencias o resultados esperados de la intervención

La satisfacción de las necesidades alteradas en el individuo y el mantenimiento de las que no lo están.

E-PRINCIPIOS DE ÉTICA.

La Ética es aquella dimensión de la filosofía que reflexiona sobre la moralidad de las acciones y conductas humanas, de los valores y principios morales ante la ciencia de la vida y atención sanitaria; tiene como misión dar pautas o criterios de acción para afrontar situaciones o retos que general conflictos éticos. La Bioética, como disciplina global sobre la vida biológica, hace referencia y se enfrenta a problemas como los planteados por la ingeniería genética, las técnicas de reproducción médicamente asistidas, la eugenesia, el

aborto, el suicidio, la eutanasia, el cuidado en las enfermedades incurables, la experimentación en seres humanos, los trasplantes de órganos, la relación personal sanitario-paciente, los derechos de los enfermos, los problemas de confidencialidad, o los derechos de las futuras generaciones.

En la bioética, ocupan una posición central los derechos del paciente y las esferas más esenciales de la existencia del ser humano, que atañen a la cantidad y calidad de la vida.

En la bioética se reconocen cuatro principios básicos: justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia.

¿Cómo afectan estos principios a los ancianos institucionalizados? Es difícil abordar y buscar fundamentos éticos en la cultura que nos movemos. Así lo expresa el profesor Javier Gafo:

“... es verdad que unas sociedades que supervaloran la eficiencia, la juventud y el cultivo del cuerpo, son especialmente insensibles para ponderar los profundos valores de humanidad y de experiencia presentes en los ancianos, y que es urgente repensar las actitudes sociales ante esos segmentos cada vez más abundantes en nuestra sociedad, a los que se tiende a condenar a una muerte social, con anterioridad a su propia muerte física”.

Centrándonos en la atención sanitaria, en los principios que deben regir en todos los servicios sanitarios, en la atención a la salud, debemos analizar la estrecha relación que existen entre atención en salud, mas concretamente entre cuidados y calidad.

Los principios éticos están estrechamente relacionados con la calidad puesto que para que la calidad en sus distintas dimensiones sea entendida debe de reflejar valores que tengan un gran respaldo social.

Los cuatro principios de la bioética están implícitos en todas las decisiones que se toman en la atención a la salud y en los cuidados sanitarios, son respetados por todos y por ello una atención de salud que no los respete no podría ser considerado de buena Calidad; de mismo modo una atención de Calidad implica que los cuatro principios se han tenido en cuenta.

Los cuatro principios son:

Beneficencia: La principal preocupación de las personas mayores es la salud, por lo que sus necesidades serán contar con una buena competencia profesional y, la mayor expectativa la de aliviar los síntomas. Los mayores viven en un equilibrio permanente entre las necesidades físicas, mentales y sociales que deben cubrir y las capacidades que tienen para ello...Estas personas son vulnerables ante cualquier alteración de este equilibrio. La beneficencia esta muy relacionada con la efectividad de la atención que se presta.

No maleficencia: Se esta obligado moralmente a no poner procedimientos que estén claramente contraindicados, ni siquiera con el consentimiento del paciente. Evitar aplicar medios extraordinarios o desproporcionados, que pudieran suponer un encarnizamiento terapéutico. Hay que hacer un balance apropiado entre riesgos y beneficios de cualquier intervención.

Autonomía: consiste en que una atención de calidad debe respetar en la medida de lo posible las preferencias del paciente haciéndolo participe de sus decisiones en lo relativo a su proyecto vital, con qué, cómo, cuándo, y por quién desea ser cuidado durante su enfermedad. Defiende la libertad que tiene el individuo por muy mal que este o muchos años que tenga, para establecer sus propias normas, valores y tomar decisiones.

En caso de pacientes con una manifiesta situación de incapacidad, se tiene la obligación ética de sugerir a la familia la tramitación de una incapacidad legal jurídica al considerar que el paciente no puede intervenir en el proceso de la toma de decisiones relacionadas con su vida. Para ello se necesita la realización de un informe médico y conlleva la designación de la figura de tutor o responsable del mayor. En los casos en que los deseos de la familia sean opuestos a lo que podría parecer razonable desde el punto de vista médico, se puede utilizar la vía judicial para que se nombre al tutor que decida el paciente. Esta situación ayuda a evitar situaciones de abuso, malos tratos, abandono y explotación económica. Es preciso salvaguardar la autonomía de los ancianos frente a las instituciones sociales y estatales. En relación con este principio está el consentimiento informado y la confidencialidad así como el derecho a la intimidad. La ley 41/2002 tiene como objetivo la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales. La satisfacción es una de las posibles expresiones de la autonomía. Esta satisfacción está en relación con la información que ha recibido el paciente y con la relación que ha tenido con el profesional.

Justicia: Implica que una atención de calidad debe ser equitativa, dando más al que menos tiene. Se mide por la accesibilidad, que es un indicador de equidad, especialmente si se focaliza en los grupos más vulnerables, que son los que más necesidades tienen. Los ancianos institucionalizados como grupo vulnerable no debe sufrir discriminación respecto al resto de la población, tienen derecho a recibir el mismo tratamiento que en otros periodos de la vida y se les debe dispensar un trato respetuoso y salvaguardar su dignidad. El ateísmo (contravalores y actitudes peyorativas que marginan socialmente a los ancianos) van en contra de este principio.

Centrándonos más en la prestación de cuidados al anciano institucionalizado debemos de considerar una serie de temas susceptible de ser analizados a través de los principios de la bioética. Es a través de la creación de protocolos éticos donde se debe analizar y dar respuesta a problemas éticos de los cuidados geriátricos así como los dilemas ético-legales que afectan a estos pacientes (Decreto 23/2004, de 3 de febrero del 2004).

- **Perdida de autonomía y total dependencia.**
- **Información y comunicación.**
- **Consentimiento informado. Muy relacionado con el principio de autonomía .Mientras que el anciano pueda hay que implicarlo en la toma de decisiones**
- **Distribución de recursos socio sanitarios.**
- **Decisiones de representación o sustitución en pacientes incapaces.**
- **Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida.**
- **Confidencialidad y privacidad.**
- **Limitación del esfuerzo terapéutico.**
- **Experimentación y ensayos clínicos.**
- **Maltrato a los ancianos.**
- **Retirada de Tratamientos vitales y futilidad terapéutica.**
- **Morir con dignidad y eutanasia.**
- **Confidencialidad, privacidad y secreto profesional.**

La ética del cuidado para con las personas mayores enfermas tiene que pasar por la expectativa de la sensibilización social y personal. De hecho preocuparse por los problemas de nuestros mayores significa sentar las bases para mejorar su presente y nuestro futuro. (2) (4) (9) (10).

4-CARTERA DE CLIENTES.

La cartera de clientes de la UAR esta formada por los clientes externos a la Unidad que son todos los ancianos de las residencias y los clientes internos que son el personal de las Zonas Básicas de salud donde están ubicadas dichas residencias. Los trabajadores de las residencias los consideraremos clientes internos a la hora de ofertarles formación.

A-CLIENTE EXTERNO.

La distribución de las residentes en cuanto a sus capacidades como validos o asistidos es la siguiente: 1181 validos y 589 asistidos.

GRÁFICO 6. PROPORCIÓN DE RESIDENTES VALIDOS Y ASISTIDOS.

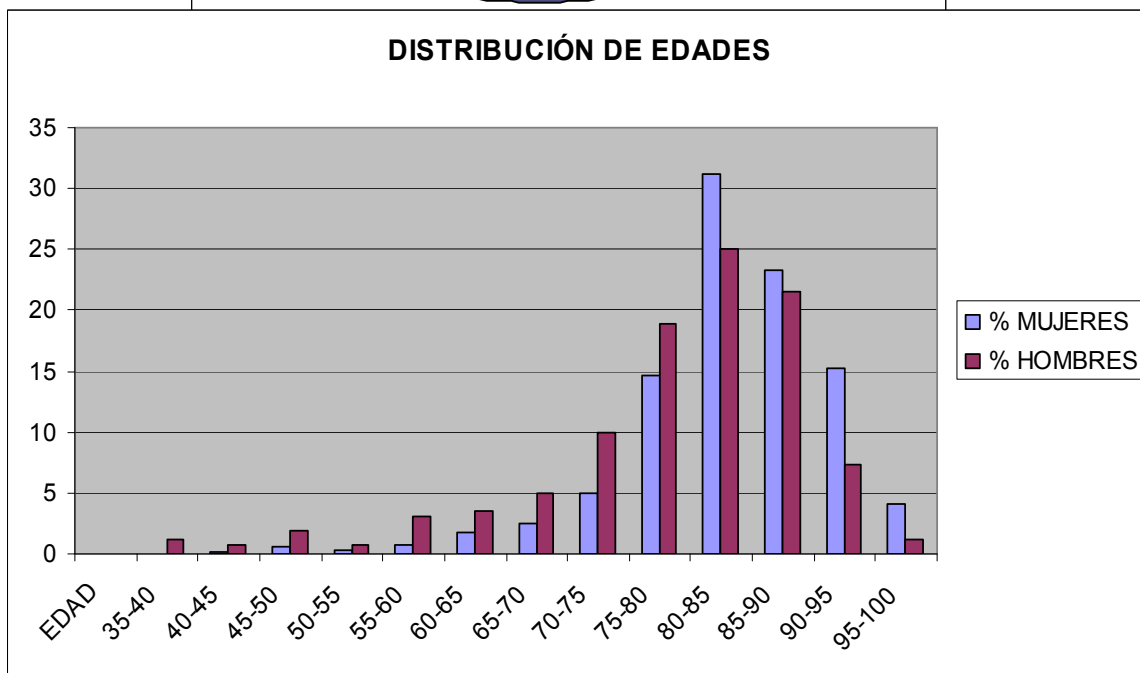
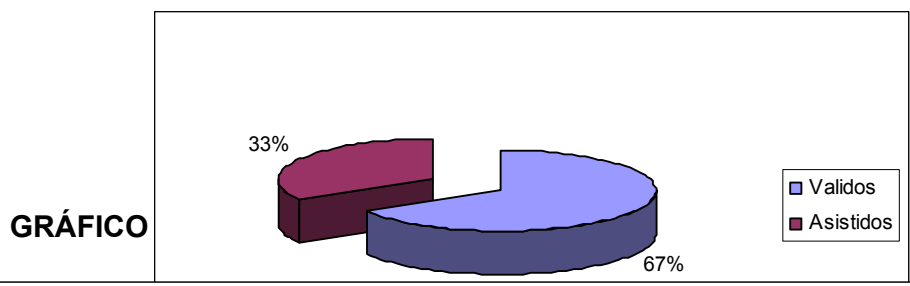


GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

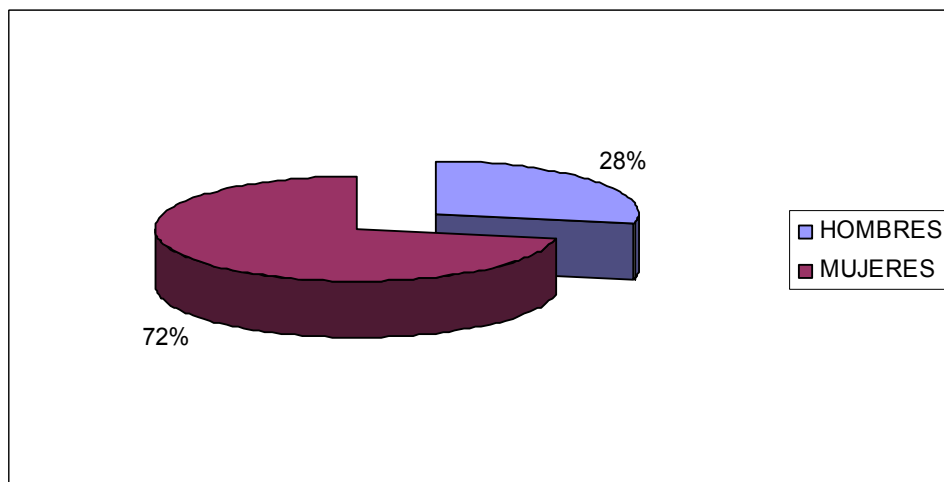
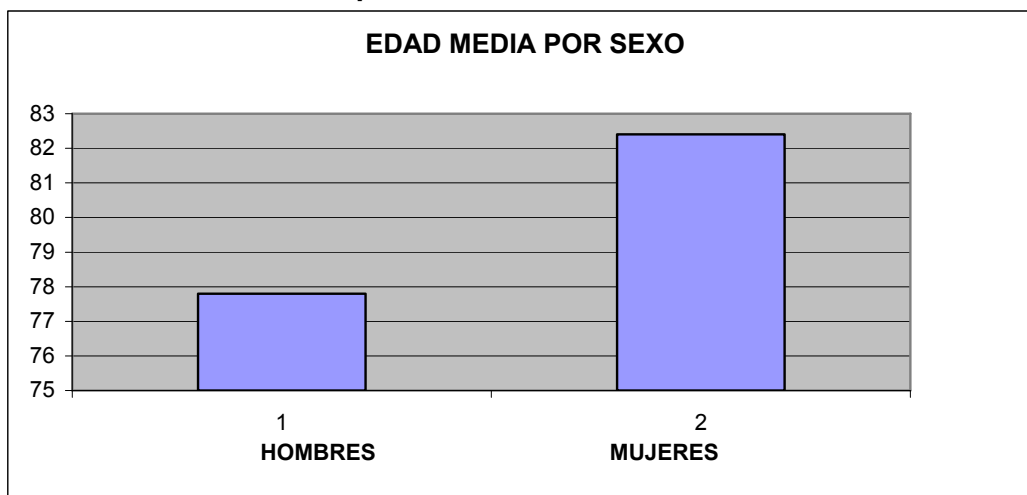


GRÁFICO 9. Edad media por sexo.



Según la Sociedad de Geriátría y Gerontología Española el porcentaje de prevalencia de los síndromes geriátricos en ancianos institucionalizados es el siguiente:

Porcentaje de la prevalencia de los síndromes geriátricos en personas mayores que viven en residencias

		%			%
1	Problemas de nutrición		10	Inmovilismo	29,3
	Desnutrición	4	11	Úlceras por presión	5,5
	Obesidad	14	12	Incontinencia urinaria	39,2
	Pérdida de peso mayor del 5% en seis meses	2		Ocasional	6,7
	Disfagia	3		Frecuente	5,2
	Alimentación	2			

	nasogástrica	
2	Alteraciones de los órganos de los sentidos	
	Disminución de la agudeza visual	56
	Hipoacusia	36
	Problemas auditivos	36
	Utilización de audífono	6
3	Caídas	
	Caída con antecedente ambiental	35
	Caída por enfermedad	57
4	Estreñimiento	9
	Incontinencia fecal	19
5	Demencias	37
	Fase leve	22
	Fase moderada	31
	Fase severa	47
6	Problemas familiares	18
7	Falta de afectividad	15
	Marginación social	6
8	Inactividad	25
9	Depresión	7 al 11

Fuente: Imserso-SEGG

13	Autocuidado y deterioro en las actividades diarias, dependientes:	
	Comer	28
	Lavarse	73
	Vestirse	40
	Arreglarse	54
	Trasladarse	21
14	Polifarmacia	
	Media de fármacos consumidos	3,5
	No consume ningún fármaco	5
	Consume tres o más fármacos	65
	Toma más de cinco fármacos	29
15	Exceso de conductas	
	Ansiedad	17
	Agresividad verbal	19
	Irritabilidad	31
	Deambulaciones	15
	Alucinaciones	8
16	Insomnio	0,7

DIARIO MEDICO

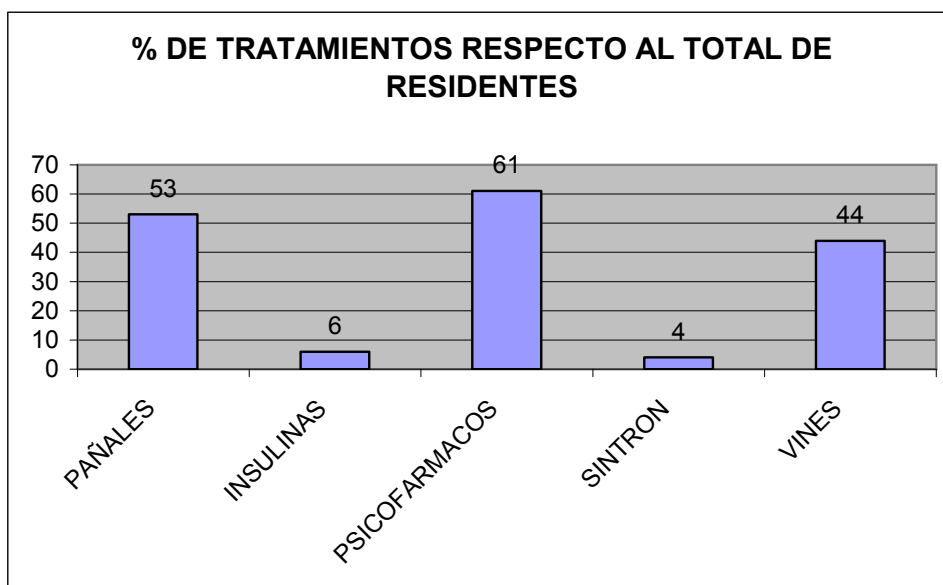
Como vemos las áreas más afectadas son las correspondientes a autocuidados, caídas, alteración de los sentidos, incontinencia urinaria, polifarmacia e inmovilismo. Todos tienen una correlación con los diagnósticos enfermeros más frecuentes en la población anciana:

- riesgo de caídas/ riesgo de traumatismo
- déficit de autocuidados, vestido acicalamiento.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la deambulación.
- Trastorno de la percepción sensorial. (visual, auditiva, etc.)
- Incontinencia urinaria (funcional y de urgencia).
- Deterioro de la eliminación urinaria: Nicturia.
- Dolor agudo/crónico.

- Desesperanza.
- Riesgo de soledad.
- Deterioro del patrón del sueño.
- Estreñimiento.
- Deterioro de la deglución. Riesgo de aspiración.
- Fatiga.
- **Desequilibrio nutricional por exceso.**
- **Confusión crónica.**
- **Deterioro de la memoria etc. (11).**

En un estudio realizado en algunas residencias pertenecientes al distrito metropolitano se va visto que los tratamientos mas utilizados son:

GRÁFICO 10 .PROPORCIÓN DE TRATAMIENTOS RESPECTO DEL TOTAL DE LOS RESIDENTES.



Como se puede valorar todos susceptibles de la intervención enfermera: valoración de incontinencias, actuación sobre la administración de psicofármacos con gran repercusión sobre el riesgo de caídas y educación diabetológica.

B-DESCRIPCION DE LOS CLIENTES INTERNOS.

Los clientes internos serán de 44 médicos de familia pertenecientes a las distintas zonas básicas de salud, así como 44 enfermeras también de dichas zonas; de manera que se lleve a cabo la personalización en la asistencia.

Dentro del personal de las residencias consideraremos clientes internos a personal facultativo, a los enfermeros y las auxiliares de enfermería puesto que uno de los objetivos será la formación.

5-CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD.

La cartera de servicios que ofertara la unidad de Residencias será la

misma que ofrece el SAS a la población general, puesto que los ancianos institucionalizados son clientes de este sistema. Pero además se hará:

- **Propuesta de criterios mínimos de oferta en agenda de profesionales de SAS.**
- **Implantación del comité de ética donde se den cabida a todas las instituciones relacionadas con las residencias.**
- **Se creara una comisión para la mejora de la Calidad.**
- **Se creara un espacio físico o virtual donde se puedan recoger todas las sugerencias, encuestas de satisfacción tanto de los ancianos, de los profesionales de las residencias y profesionales del SAS.**

6-OBJETIVOS A ALCANZAR.

DESTINATARIO	OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
RESIDENTES	Plan de acogida del paciente institucionalizado compartido entre SAS y Asuntos sociales	Cada anciano o tutor conozca a su ingreso la cartera de servicios de la residencia.
	Valoración Geriátrica Integral (Anexo 1)	Se le realizara valoración al ingreso a todos los residentes por el médico y/o enfermera en las residencias con personal sanitario o por el médico y/o enfermera de la ZBS en residencias que no tenga personal sanitario
	Garantizar unos cuidados de calidad y evitar la variabilidad en la practica enfermera en: -Deterioro de la integridad cutánea -Estreñimiento. -Incontinencias. -Temor R/c caídas. -Insomnio. -Confusión crónica. -Deterioro de la movilidad física.	Elaboración de protocolos de: <ul style="list-style-type: none"> • protocolo de upp • protocolo de úlceras vasculares • guía de incontinencias • protocolo para manejo de ACO por enfermería • protocolo dolor en UUP • protocolo diarreas-vómitos para enfermería • protocolo estreñimiento para enfermería • protocolo confusión
	Actividades Preventivas. Vacunas: VAG VAT VAN	VAG al todos los residentes anual. VAT, 0, 1, al año, recuerdo a los 10 años. 1 Vez .especialmente recomendada a institucionalizados(comité asesor de vacunas y AEP)
	Encuestas de satisfacción de atención médica y enfermera. Accesibilidad a ambos servicios.	Evaluación de encuestas de satisfacción de forma anual. Valoración de reclamaciones

	Gestión centralizada de todas las derivaciones y traslados necesarios para el paciente.	Las derivaciones a especialistas se harán a través de la UAR, que actuara de filtro y permitirá la elaboración y consenso de criterios de derivación.
RESIDENTES	Actividades preventivas en pacientes autónomos	Valoración con periodicidad bianual de: -riesgo de caídas.(anexo II) -Hipoacusia- -Salud Mental: depresión -eliminación:>75 años. -TA -Colesterolemia. - Densitometría. Consejos en hábitos no saludables: tabaco, alcohol.
	Recogida de datos al ingreso y evolución	Todos los residentes contarán con una historia en la residencia donde se recogerán la valoración al ingreso y seguimiento. Esta historia tendrá su correlativa en el CS en TASS o DIRAYA
RESIDENCIAS	Abastecimiento de material fungible: Gasas, jeringas, agujas, vendas etc.	Se elaboraran protocolos de isoconsumos por síndromes geriátricos e histórico de cada residencia de forma que se optimice el consumo.
	Dispensación de la medicación desde la farmacia por adelantado y no ha meses cumplidos para tratamientos crónicos. Buscando estrategias para el control de la medicación aguda.	Se hará un previsión mensual de tratamientos crónicos / pacientes por el médico de SAS y el médico de la residencia para poder valorar y anticipar dichas recetas. Dotando a las residencias que tengan personal facultativo de stockage de medicación urgente.
Clientes internos (médicos de las residencias para la formación)	Formación:	Ofertando formación, acceso a guías de práctica clínica que aumente la implicación en las políticas de farmacia.
Personal de las residencias(médicos y enfermeros)	Programa de formación	Elaboración de mapas de competencias para ajustar las necesidades de formación.

<p>Personal de las residencias(auxiliares y cuidadores)</p>	<p>Programa de formación</p>	<p>Se impartirá un programa básico con los siguientes temas: -Problemas del cuidador en el entorno residencial (técnica de empatía) -El paciente terminal -Deterioro de la movilidad y déficit funcionales -Prevención de las úlceras por presión -Cuidados de la sonda nasogástrica y nutrición enteral -Técnicas conductuales en el cuidado del incontinente -Cuidados en la confusión aguda y crónica. -Prevención de caídas.</p>
<p>Profesionales</p>	<p>Crear un censo de residentes atendiendo a su condición de validos y asistidos.</p>	<p>Haciendo de forma semestral supervisión del estado funcional de los ancianos a través de Test de Barthel. (Anexo I)</p>

7- PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD: ESTRATEGIA, ESTRUCTURA Y MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO, INDICADORES A MONITORIZAR, PROCESOS A NORMALIZAR.

El plan operativo para la mejora continua de la calidad en la Unidad de Residencias tiene tres tipos de actividades diferenciadas, si bien, lo ideal es que se integren y realicen de forma simultánea:

- El ciclo de mejora. Se basa en la identificación de problemas de Calidad con el objetivo de solucionarlos y aprovechar las oportunidades de mejora descubiertas.
- La monitorización. Se basa en la medición periódica y sistemática de una serie de aspectos clave de la atención o indicadores de Calidad, con el objetivo de asegurar que se mantienen niveles aceptables e identificar las oportunidades de mejora que requieran un análisis más profundo.

- El diseño de la Calidad. Se basa en la prevención de problemas mediante el diseño de procesos.

Estas actividades se centralizarán en un grupo estable de profesionales. La comisión de mejora de la Calidad, con elementos estructurales definidos y normas de funcionamiento. Esta comisión se encargara de promover, vehiculizar, centralizar, planificar, monitorizar, dinamizar, informar, globalizar, integrar y coordinar las actividades de mejora.

Para confeccionar el grupo es muy importante que las personas que lo integren estén motivadas en temas de calidad. Todos los miembros deben de tener responsabilidades bien definidas dentro del grupo. Uno de los miembros será el responsable de dirigir y coordinar las actividades del programa e integrar la información a todos sus niveles. Otro profesional ejerce las funciones de secretario del grupo.

En la Unidad de Residencias la comisión de mejora de Calidad estará formado por profesionales de Servicio Andaluz de Salud (médico y enfermera de las ZBS que tengan adscritas residencias), representantes sanitarios de las residencias (médico y enfermera y auxiliar de clínica) personal no sanitario de las residencias (director) y enfermero de enlace. El total de la comisión no debe sobrepasar los 8-10 miembros.

De forma paralela y en temas específicos se pueden crear equipo o grupos de mejora para abordaje de temas específicos.

Dentro del ámbito de las áreas de mejora se contempla:

1. Realización a todos los diabéticos, tal como se especifica en cartera de servicios de SSPA una revisión de fondo de ojo con retinógrafo digital.
2. Puesta en marcha de programa de telemedicina para lesiones dermatológicas que sean abordables a través de esta técnica; aumentando así la accesibilidad de estos pacientes a segundo nivel de esta especialidad.
3. Creación y puesta en marcha de protocolo específico de UAR para que las demencias sean valoradas y tratadas por el geriatra.

La monitorización de la calidad se hará creando indicadores de accesibilidad, de procesos, de resultados y de desarrollo.

A- Indicadores de accesibilidad.

1. % de ancianos o familiares/tutores que conocen la cartera de servicios. Se mide anualmente. FUENTE encuestas de satisfacción, Estándar 95%.
2. % de ancianos con registro de voluntades anticipadas. Valoración semestral. FUENTE: Historia Clínica. ESTANDAR 95%.
3. % de ancianos con modificaciones de tratamiento o decisiones clínicas no conocidas por la enfermera responsable. FUENTE: Hoja de evolución de enfermería, hojas de tratamiento médico. Estándar 95%
4. % de ancianos derivados a especialistas Valoración semestral. FUENTE: Registros Unidad Residencias. Estándar.95%

5. % de reclamaciones sobre cuidados enfermeros. .Valoración semestral. FUENTE .reclamaciones. Estándar 90%.

B- Indicadores de Procesos.

1. % de ancianos con VGI recogida Valoración semestral. FUENTE: TASS y Diraya. Estándar :90%
2. % de ancianos con plan de cuidados individualizados. Valoración semestral FUENTE: Historia de del paciente .TASS o diraya. Estándar 90%
3. % de ancianos con el nivel de dependencia valorado al ingreso y según protocolo Valoración semestral. FUENTE: TASS o diraya. Estándar.99%
4. % de ancianos que ingresan tras alta hospitalaria con informe de continuidad de cuidados al alta /anual FUENTE TASS FUENTE Área de documentación clínica. Estándar 90%.
5. % de ancianos con reingresos hospitalarios. Valoración semestral. FUENTE H^a clínica. Estándar 90%.

C-Indicadores de resultados.

1. % ancianos con VAG-VAT/ anual .Tass y diraya. Estándar 99%
2. % de ancianos con protocolo de de prevención de caídas realizado según proceso/ anual. FUENTE TASS o diraya. Estándar 95%.
3. % de ancianos incluidos en procesos asistenciales. Anual. FUENTE historia clínica. Estándar 90%
4. % diagnósticos enfermeros con protocolo de actuación elaborado. FUENTE registro de actividades UR. Estándar 80%.
5. % de ancianos con prescripción de absorbentes. Valoración anual. FUENTE h^a Clínica.

D-Indicadores de desarrollo.

1. % de personal sanitario con un curso de formación al semestre .FUENTE: registro de actividades formativas UAR. Estándar 60%.
2. % de médicos y enfermeros de las residencias y ZBS con actividad en residencias que participan en eventos científicos sobre geriatría y gerontóloga. FUENTE: Registro actividades UAR. Anual. Estándar 60%.
3. % de profesionales de residencias que participan en algún proyecto de investigación sobre geriatría .bianual. FUENTE: Registro formación UAR. Estándar 50%

4.

Qué	Quién	Dónde	Cuándo	Cómo	Observaciones
Asistencia sanitaria a Demanda	MR y/o ER	Residencia	A demanda o programada	Según procesos, protocolos, Planes de cuidados... consensuados o mejor práctica clínica	En los episodios nuevos se rellenará una ficha portátil (o historia) y la prerrecepta En el caso de residentes nuevos se les realizara el "Plan de Acogida" y el informe correspondiente.
Toma de muestras y/o extracción para analítica	ER	Residencia	A demanda de MR	Técnicas estandarizadas	Las muestras se trasladarán al centro de salud para su entrega en el laboratorio hospitalario
Valoración de enfermería, diagnósticos de enfermería	ER	Residencia	Al ingreso del residente.	Según modelo de 14 necesidades V.H.	De forma individualizada en las revisiones que se establezcan.
Visita programada a la residencia (AD)	MF y/o EF	Residencia	Mínimo 1 día a la semana. fijado previamente	Tipo consultoría con el personal sanitario de la residencia	Revisar altas y bajas de la residencia, ingresos y altas hospitalarias, urgencias atendidas, cambios o inicios de tratamiento, planes de acogida, valoraciones de enfermería y planes de cuidados... y cualquier otra incidencia
Dar información escrita sobre: procesos agudos, prerreceptas, planes de acogida, cambios de TTº... a MF/EF.	Sanitarios de residencias	Residencia	En el momento de la visita programada	En las hojas de valoración estandarizadas y suministradas por la U.A.R. (ficha portátiles, hoja de urgencias, informe de planes de acogida...)	Los documentos pueden ser sustituidos por cualquier otro que contenga la misma información.
Registro en Hª. Diraya	MF o EF	C. Salud	Tras la visita	A través de la agenda Diraya creada para atención programada a residencias, "añadiendo pacientes a la agenda". "Agendas por grupo de profesionales"	Los documentos (valoraciones, procesos...) se registraran en el formato específico proporcionado por Diraya, ó según protocolo marcado por la UAR
Revisión del episodios nuevos, prerreceptas, listados de medicación solicitados y emisión de receta oficial	UAR	Distrito	Tras visita programada de MF/EF	Revisión de cada visita registrada en la agenda específica Diraya (MF/EF)	La UAR valorará que el diagnóstico, el tratamiento, los planes de cuidados... se ajusten a guías, procesos y protocolos previamente pactados.
Suministro de material Fungible	ZBS	C. Salud	Mensualmente	Previa valoración conjunta de enfermería (residencia y EF) de los pacientes que requieren tratamientos y/curas	
Pruebas diagnósticas de AP(espirometrías, INR ...) instrumental "portátil"	EF	Residencia	Al menos una vez al mes	Técnicas estandarizadas	El EF realizará estas pruebas diagnósticas si en la residencia no disponen del instrumental necesario para ello.

PROYECTO DE DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Qué	Quién	Dónde	Cuándo	Cómo	Observaciones
Demanda de asistencia urgente domiciliaria	Personal de Residencia	Residencia	Tras necesidad de atención urgente a residente	Llamada al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 902505061	La residencia tendrá preparada la historia del residente
Actividades de coordinación entre Residencias y UAR	EF	ZBS	Según protocolos establecidos.	Contacto telefónico o reuniones concertadas.	
Asistencia Sanitaria Urgente	MFo EF, MDU o EDU	Residencia	Tras recibir la demanda del centro coordinador	Según protocolos (PAUE) o mejor practica clínica	Su MF/EF habituales en horario de funcionamiento del Centro. Los profesionales del DCCU en horario de funcionamiento de éste
Registro en Historia DCCU	Profesional que presta la asistencia	Historia de DCCU	En el momento de la asistencia	Según protocolo de cumplimentación.	Una copia quedará en la residencia, una en el CS (Diraya) y otra para la U.A.R(*)
Entrega de medicación	MF, MDU	En la Residencia	En el momento de la asistencia	Con medicación de maletín de urgencias o receta oficial (**).	
Uso de material fungible (si necesario)	El EF de urgencias	En la residencia	En el momento de la asistencia	Uso del material fungible en el momento de la asistencia	
Elaboración de planes de cuidados	ER o EF (si no hay enfermero en la residencia)	En la residencia	Según valoración enfermera.	Utilización de modelo enfermero y SELE(Nanda , Nic , Noc)	
Registro del episodio en historia de salud (Diraya)	Profesional que presta la asistencia	En CS	Tras visita a la residencia	En Diraya	(*) Una copia de la historia o la ficha será remitida a la UAR (correo interno desde CS)
Revisión del episodio y Emisión de receta oficial y/o P100 (ambulancia)	UAR	Distrito UAR	Semanalmente	A través de Diraya	Semanalmente, el profesional que se determine desde la residencia acudirá a Distrito a recoger, entre otros, las recetas de la semana
La asistencia urgente que se realice por el personal sanitarios de la residencia se considerará como asistencia programada a efecto de la relación con AP (*) Una copia de la historia o la ficha quedará en la residencia para entregarla al MF de referencia en la visita programada semanal (para remitir por correo interno a la UAR) (**) se asume que no sea emitida en talonario de Código-6					Sí el paciente requiere traslado se llamará al Centro Coordinador para que envíe una ambulancia a la residencia (y lo anotará posteriormente en la Ficha).

8-NORMALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

Arquitectura Nivel 4.

Procesos Asistencial. Subproceso 1: residencias con facultativo

9-SISTEMAS DE INFORMACIÓN BÁSICO PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS CMBDE, CUADRO DE MANDO BÁSICO, MECANISMOS DE RECOGIDA, AGREGACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la elaboración del cuadro de mandos integral de la Unidad de Residencias del Distrito metropolitano retomamos la Visión de la Unidad como línea estratégica hacia donde queremos llevar nuestra unidad y que resultados queremos conseguir.

Los objetivos e indicadores planteados permitirán a corto- medio plazo la acreditación de la UAR como UNIDAD CLÍNICA.

Cuadro de Mandos: Unidad de Atención a las Residencias

Nº Residencias	
Nº Residentes	
TAES	
TAFES	

Trimestre acumulado

Área		Objetivos	Indicador/índice	Conseguido	Estándares	
Eficacia	Servicios Asistenciales	objetivos de cartera	Índice Atención Domiciliaria (EE)	0%	>95%	
			Cobertura Planes de Acogida	0%	>80%	
			Índice de la Cartera	0%	>90%	
		Índice Calidad en Procesos	DM (FO, EPD, HbA1c)	#¡VALOR!	6	
			EPOC (Espirometría, Plan Cuidados)	#¡VALOR!	6	
			Demencias (ver)	#¡VALOR!	6	
			Paliativos (exitus domiciliario, opiáceos)	#¡VALOR!	6	
Eficiencia	Servicios soporte	Objetivos de farmacia	PVP TAFE	#¡REF!	#¡REF!	
			PA	#¡REF!	#¡REF!	
			NTNR	#¡REF!	#¡REF!	
		Objetivos de Consumo Fungible	Tiras reactivas glucemia			
			Pañales Curas Otros			
Satisfacción	Área de atención al usuario	Encuesta de satisfacción (misma que para SAS)				
		Reclamaciones			0	

PROYECTO DE DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Cartera de Servicios		ZBS/UNIDAD CLÍNICA: Unidad de Atención a las Residencias (UAR)										
		Nº Residentes	3000									
		> de 65 años										
SERVICIO	DENOMINADOR	POBLACIÓN DIANA	% ESTÁNDAR	PRIMER TRIMESTR	SEGUNDO TRIMESTR	TERCER TRIMESTR	CUARTO TRIMESTR	ACUM 4T	Coefic. ponder.	PUNTOS TEORICOS	RESULTADOS	
Asistencia al alta hospitalaria	Total altas		95,00					0	5,0	475,00	0	
Asistencia a inmobilizados	p		95,00						5,0	475,00		
Asistencia a enfermos terminales	ver		95,00					0	5,0	475,00	0	
Atención de ancianos en riesgo	ver		95,00					0	5,0	475,00	0	
										1.900,00	0	
										índice	0,00%	
HTA			75,00					0	0,7	52,50	0	
Diabetes (DMI+DMII)			75,00					0	2,0	150,00	0	
EPOC	9% de >40 años (40 y más)		55,00					0	2,0	110,00	0	
Asma adultos			50,00					0	2,0	100,00	0	
Atención a personas polimedicadas			100,00					0	1,5	150,00	0	
Inmunizaciones Tétanos-difteria (Completan)			100,00					0	1,0	100,00	0	
Inmunizaciones Gripe (Alto riesgo)			95,00					0	0,3	28,50	0	
Cirugía Menor (Contar todas)	0,6% Población General		100,00					0	2,0	200,00	0	
										4.691,00		
										Índice	0,00%	
Planes de Acogida	total de residentes	3000	80,00					0				

CARTERA DE PROCESOS

PROCESO CUIDADOS PALIATIVOS		
% de pacientes terminales con indicación de opioides + % de pacientes con éxitos en residencia que recibieron apoyo según proceso		
(Indicador A + Indicador B) / 2	Intervalos	Función de valor
Umbral mínimo: 0,1 % P.G.	>= 75 %	10
	72.3 - 74.9	9
	69.6 - 72.2	8
	66.9 - 69.5	7
	64.2 - 66.8	6
	61.5 - 64.1	5
resultado función de valor	58.8 - 61.4	4
1	56.1 - 58.7	3
	53.4 - 56.0	2
	50.1 - 53.3	1
	>=50%	0

PROCESO DEMENCIAS		
% de pacientes con test psicométrico + % pacientes con identificación cuidador principal		
(Indicador A + Indicador B) / 2	Intervalos	Función de valor
Umbral mínimo: 2,5 % > 65 años P.G.	>= 65 %	10
	62.3 - 64.9	9
	59.6 - 62.2	8
	56.9 - 59.5	7
	54.2 - 56.8	6
	51.5 - 54.1	5
resultado función de valor	48.8 - 51.4	4
1	46.1 - 48.7	3
	43.4 - 46.0	2
	40.1 - 43.3	1
	<= 40 %	0

PROCESO DIABETES		
% de pacientes con una determinación de HbA1c + % HbA1c < 8% + % de pacientes exploración pies + % de pacientes con fondo de ojo anual		
(Indicador A + Indicador B + Indicador C + Indicador D)/4	Intervalos	Función de valor
Umbral mínimo: 2 % P.G.	> 80%	10
	79.9 - 76.7	9

	76.6 - 73.4	8
	73.2 - 70.1	7
	70.0 - 66.8	6
	66.7 - 63.5	5
resultado función de valor	63.4 - 60.2	4
1	60.1 - 56.9	3
	56.8 - 53.6	2
	53.5 - 50.1	1
	<=50	0

PROCESO EPOC		
% de pacientes con espirometría anual + % de pacientes con plan específico de atención al alta + Anotación en HC de las reagudizaciones durante el último año		
(Indicador A + Indicador B + Indicador C) / 3	Intervalos	Función de valor
	>= 45 %	10
Umbral mínimo: 3 % > de 40 años P.G.	42.3 - 44.9	9
	39.6 - 42.2	8
	36.9 - 39.5	7
	34.2 - 36.8	6
	31.5 - 34.1	5
resultado función de valor	28.8 - 31.4	4
1	26.1 - 28.7	3
	23.2 - 26.0	2
	20.1 - 23.1	1
	< 20 %	0

Uso racional del Medicamento: Fungibles	ZBS/UNIDAD CLÍNICA: Unidad de Atención a las Residencias (UAR)
--	---

Nº Residentes	
TAFES	

	Indicador	formula	conseguido	estándar
Cuantitativos	tiras reactivas	% de desviación de prescrito respecto a indicado (visado)		< 5%
	pañales	% de desviación de prescrito respecto a indicado (visado)		<5%
Cualitativos *	gasas			
	vendas			
	esparadrapo			
	desbridantes			
	apósitos			
	antisépticos....			
	CURAS			
	jeringas			
	agujas			
	sistema suero			
	suero			
	OTROS			
	tiras reactivas			
	pañales			

* pendiente de elaborar patrones de uso consumo para curas y material fungible (consenso).	el indicador se basará en el % de desviación con respecto al consumo (teórico del pacto)	%	al consumo (teórico del pacto)
---	--	---	--------------------------------

10-MAPAS DE COMPETENCIAS

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener

un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: conjunto de saberse teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

Las competencias de estas tres áreas se pueden categorizar para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia) de acuerdo a dos categorías *Imprescindible* (I) y *Deseable* (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 e valor de menor prioridad y 4 el de la máxima.

Para construir el mapa de competencias del médico y el enfermero de enlace que forman la Unidad de Residencias del Distrito metropolitano se han cogido competencias básicas de una unidad organizativa, de la UGC de AP así como de mapas de algunas guías de procesos asistenciales de las patologías más prevalentes con las que se trabaja en residencias como son guía de proceso asistencial de paciente pluripatológico; guía de ataque cerebro-vascular; guía de proceso de cuidados paliativos y guía de proceso asistencial de demencias.

MEDICOS								
UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS								
DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO .GRANADA								
CODIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
C-0024	Informática, nivel usuario							
	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización							
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)							
	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA							
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios							
	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía							
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida							
	Técnica específica							

C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I			
	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo						
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I			
	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés						
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I			
	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria						
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I			
	Técnica específica						
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I			
	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía						
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I			
	Técnica específica						
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I			
	Técnica específica						
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I			
	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios						
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I			
	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática						
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I			
	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos						
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I			
	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica						
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I			
	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas						

C-0614	Cartera de servicios de la organización/institución a la que pertenece	I	I	I				
	El/la profesional conoce la cartera de servicios de la Unidad Clínica a la que pertenece							
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico "según proceso"	I	I	I				
	El/la profesional conoce los tratamientos farmacológicos relacionados con el proceso: fármacos, pautas y vías de administración. Específicamente incluye conocimientos en peculiaridades de uso, efectos secundarios, interacciones,... También incluye conocimientos en farmacocinética clínica							
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
	Técnicas específicas referidas a los procesos que le afectan y en su nivel de responsabilidad.							
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	I	I	I				
	Técnicas específicas de aplicación en el Proceso en el que se trabaja							
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	I	I				
	Técnicas específicas.							
C-0447	Codificación de procesos asistenciales en CIE-9-MC	D	I	I				
	El/la profesional conoce los sistemas de codificación de enfermedades							
C-0580	Coste efectividad de todo lo que hace	D	I	I				
	El/la profesional tiene conocimiento de la relación coste - efectividad de su actividad profesional							
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas "con el proceso"	D	I	I				
	Técnicas específicas. Específicamente incluye Sistemas de red social,...							
C-0498	Tecnología específica de los procesos	D	I	I				
	Técnicas específicas							
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
	Conocimiento de los procesos que le afectan (Cuidados Paliativos, Pluripatológico, Fractura de cadera, ACV...)							
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	I	I	I				

	Técnicas específicas							
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	I	I	I				
	Técnicas específicas							
C-0534	Conocimiento de la exploración física, neurológica y escalas de valoración según proceso	I	I	I				
C-0164	Conocimiento y coordinación con dispositivos socio sanitarios	D	I	I				
C-0077	Conocimiento de la legislación de Servicios Sociales y de sus aplicaciones Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado							
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo							
	Abordaje socio sanitario	I	I	I				
	Nociones de Farmaeconomía (nivel básico: genéricos)	I	I	I				
	Bases del tratamiento y complicaciones potenciales de los procesos	I	I	I				
C-0353	Cuidados en geriatría y gerontología básicas	I	I	I				
C-0265	Patología geriátrica	I	I	I				

MÉDICOS								
UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS								
DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO								
.GRANADA								
CODIGO	HABILIDADES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis							
	El/la profesional tiene la capacidad de extraer de una gran cantidad de información lo esencial, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis sacando conclusiones acertadas e la información o de la situación.	I	I	I				

H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I					
	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente								
H-0023	Capacidad para tomar decisiones.	I	I	I					
	El/la profesional toma decisiones en base a su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior								
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I					
	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo								
H-0054	Informática , nivel usuario	I	I	I					
	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows.								
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I					
	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta								
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I					
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica								
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I					
	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal								
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I					
	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad.								
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I					
	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás								
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I					
	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita								
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I					
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica								
H-0055	Capacidad docente	D	I	I					
	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación y para impartir acciones formativas.								
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I					
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica								
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I					
	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados.								
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I					
	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos								

H-0025	Capacidad de liderazgo							
	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido.							
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual							
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	I	I	I				
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica							
H-0390	Manejo de la técnicas terapéuticas	I	I	I				
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica							
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica							
H-0272	Capacidad para Comunicación	I	I	I				
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Se hace hincapié de forma específica en el trato con el paciente agresivo							
H-0344	Emisión de informes de derivación	I	I	I				
	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica							
	Valoración integral del paciente	I	I	I				
	Utilización de las escalas validadas existentes	I	I	I				
	Manejo de criterios de interconsulta	D	I	I				
H-0037	Codificación diagnóstica	D	D	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	I	I				
H-0343	Valoración integral del paciente según modelo biopsicosocial	I	I	I				
H-0012	Motivar para el cumplimiento terapéutico correcto	I	I	I				
H-0236	Conocimiento y utilización adecuada del tratamiento farmacológico según proceso	I	I	I				

MEDICOS								
UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS								
DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO .GRANADA								
CODIGO	ACTITUDES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				

	El/la profesional busca continuamente cómo obtener aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria						
A-0009	dialogante, negociador						
	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar						
A-0018	Honestidad , sinceridad						
	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa y hace lo que piensa y dice						
A-0024	Juicio crítico						
	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva						
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.						
	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés						
A-0040	Orientación a resultados						
	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas						
A-0041	Capacidad de asumir compromisos						
	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá delante de forma óptima						
A-0043	Discreción						
	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor						
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,						
	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo						
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo						
	El/la profesional aporta algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora						
A-0048	Positivo						
	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles						
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)						

	El/la profesional es consciente de que sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación.						
A-0050	Responsabilidad	I	I	I			
	El/la profesional es un/a profesional						
A-0051	Sensatez	I	I	I			
	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir						
A-0007	Creatividad	D	I	I			
	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia						
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I			
	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo						
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I			
	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y cómo lo hace						
A-0038	Resolutivo	D	D	I			
	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas						
A-0052	Visión de futuro	D	D	I			
	El/la profesional trabaja hoy para mañana						
A-0023	Intuitivo y con sentido común	I	I	I			
A-0037	Eficiencia	D	I	I			
A-0062	Enfoque integral, biopsicosocial, del individuo	I	I	I			
	El/la profesional ve a una persona enferma, no un órgano enfermo						
A-0063	No introducir creencias: actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I			
	El/la profesional actúa sin determinismos, respetando las ideas o creencias del cliente, no induciendo las suyas propias						
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	I	I	I			
	El/la profesional es técnicamente bueno, y humanamente también						
A-0013	Disponibilidad	I	I	I			
	El/la profesional está accesible a los demás, y cuando se le requiere da su tiempo, conocimiento y trabajo						
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	D	I	I			

	El/la profesional manifiesta orgullo de pertenecer a un proyecto y organización.						
A-0017	Generador clima de confianza y seguridad	D	I	I			
	El/la profesional manifiesta la convicción de que la Historia de salud no es burocracia, le da la importancia que tiene y actúa en consecuencia						
A-0056	Amabilidad	D	I	I			
	El/la profesional es una persona de fácil trato						
A-0003	Asertividad	D	I	I			
	El/la profesional establece sus relaciones interpersonales en base a un comportamiento de acercamiento procurando establecer conexión con las necesidades y planteamientos de los otros						
	Cooperación interniveles	D	I	I			
A-0020	Proactivo	D	I	I			
	El/la profesional induce y hace cosas, sin necesidad de esperar a que se las pidan o sugieran						

ENFERMERAS								
UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS								
DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO								
.GRANADA								
CODIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales							
	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo.	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)							
	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de practica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados							
	Técnica específica	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)							
	Técnica específica	I	I	I				

C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I			
	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía						
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica,)	D	I	I			
	Conocimientos básicos de calidad						
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I			
	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o lidera						
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto..)	D	I	I			
	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad						
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	D	I			
	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos						
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I			
	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática aquellos que sean de aplicación en el Sistema Andaluz de Salud.						
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I			
	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas						
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I			
	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés						
C-0174	Bioética	D	D	I			
	Técnica específica						
C-0614	Cartera de servicios de la organización/institución a la que pertenece	I	I	I			
	El/la profesional conoce la cartera de servicios de la Unidad Clínica a la que pertenece						
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones según proceso	I	I	I			
	Técnicas específicas						
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	I	I	I			

	Técnicas específicas. Incluye todos los programas de cuidados de los procesos que le afectan: paciente oncológico avanzado, paciente vulnerable, paciente con dolor abdominal, paciente posquirúrgico, paciente ostomizado, paciente gerontológico y geriátrico...						
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización. Técnica específica	D	I	I			
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda) Técnicas específicas	D	I	I			
C-0499	Conocimientos epidemiológicos Técnica específica. Específicamente referido al Diagnóstico de Salud de las residencias (conocer la población atendida, morbi-mortalidad,...)	D	I	I			
C-0563	Protocolos, Procedimientos y Guías prácticas para la enfermera "según proceso" Técnica específica	D	I	I			
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad Técnicas específicas	D	I	I			
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas "con el proceso" Técnicas específicas	D	I	I			
C-0523	Conocimiento de tecnología de apoyo a necesidades básicas Técnicas específicas según el nivel de responsabilidad que establezca el proceso	D	D	I			
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz Técnica específica. Específicamente referido a Programas / procesos de prevención primaria y secundaria (vacunación antigripal, prevención del riesgo de caídas...	D	I	I			
	Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del anciano que condicionan la relación con el profesional El/la profesional posee conocimientos sobre aquéllos aspectos relevantes del desarrollo evolutivo del anciano que influyen en su comportamiento y pueden afectar a su relación con el profesional	I	I	I			
C-0353	Cuidados básicos en geriatría y gerontología	D	I	I			
C-0362	Valoración de necesidades	I	I	I			
C-0439	Técnicas de trabajo en equipo	I	I	I			
C-0448	Sistemas de clasificación de pacientes y medición del producto sanitario	D	D	I			
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad en Enfermería	D	I	I			
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I			

C-0164	Conocimiento y coordinación con dispositivos socio-sanitarios	D	I	I				
C-0352	Cuidados de paciente con marcada incapacidad	D	I	I				
	Abordaje socio sanitario	I	I	I				
	Conocimiento de las redes de servicios sociales y del asociacionismo	D	I	I				
	Conocimiento de la legislación de servicios sociales y sus aplicaciones	D	I	I				
C-0508	Conocimiento de cuidados del enfermo vulnerable	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
	Técnicas Específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado							
	Cartera de servicios de S. Sociales	D	I	I				

		ENFERMERAS						
		UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS						
		DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO						
		GRANADA						
CODIGO	HABILIDADES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis El/la profesional tiene la capacidad de extraer de una gran cantidad de información lo esencial, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis sacando conclusiones acertadas e la información o de la situación.	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita							
	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				

	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo						
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente	D	I	I			
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones. El/la profesional toma decisiones en base a su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior	D	I	I			
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones) El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal	D	I	I			
H-0031	Gestión del tiempo El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás	D	I	I			
H-0022	Resolución de problemas El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada	D	I	I			
H-0054	Informática , nivel usuario Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows.	D	I	I			
H-0055	Capacidad docente El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación y para impartir acciones formativas.	D	I	I			
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	I	I			
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio El/la profesional manifestó conductas de flexibilidad ante nuevos retos	D	I	I			
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta	D	I	I			
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I			

	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados.						
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos	D	D	I			
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual	D	D	I			
H-0357	Elaboración diagnóstico de enfermería Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	I	I	I			
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso El/ la profesional es capaz de diseñar planes de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y según el proceso específico, según las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) oficialmente reconocidos	I	I	I			
H-0064	Gestión de Imprevistos El/la profesional posee la capacidad para solucionar situaciones que se presenten de manera imprevisible.	D	I	I			
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...) Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	I	I			
H-0369	Emisión informes alta enfermería (recomendaciones cuidados) Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	I	I			
H-0012	Capacidad de motivar El/la profesional tiene la capacidad de despertar y estimular el interés de de otras personas hacia un asunto o tarea determinado.	D	D	I			
H-0087	Entrevista clínica de Enfermería	I	I	I			
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica y registro de Enfermería	I	I	I			
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	I	I			
H-0289	Elaboración de procedimientos y organización en el trabajo	D	I	I			

ENFERMERAS. UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS. DISTRITO SANITARIO

METROPOLITANO. GRANADA								
CODIGO	ACTITUDES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELENTE	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua							
	El/la profesional busca continuamente cómo obtener aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria							
A-0009	dialogante, negociador							
	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar							
A-0018	Honestidad , sinceridad							
	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa y hace lo que piensa y dice							
A-0024	Juicio crítico							
	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva							
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.							
	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés							
A-0040	Orientación a resultados							
	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas							
A-0041	Capacidad de asumir compromisos							
	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá delante de forma óptima							
A-0043	Discreción							
	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor							
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,							
	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo							
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo							

	El/la profesional aporta algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora						
A-0048	Positivo						
	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles						
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)						
	El/la profesional es consciente de que sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación.						
A-0050	Responsabilidad						
	El/la profesional es un/a profesional						
A-0051	Sensatez						
	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir						
A-0007	Creatividad	D					
	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia						
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D					
	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo						
A-0045	Colaborador, cooperador	D					
	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y cómo lo hace						
A-0038	Resolutivo	D	D				
	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas						
A-0052	Visión de futuro	D	D				
	El/la profesional trabaja hoy para mañana						
A-0062	Enfoque integral, biopsicosocial, del individuo						
	El/la profesional ve a una persona enferma, no un órgano enfermo						
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas						
	El/la profesional es técnicamente bueno, y humanamente también						

A-0058	Longitudinalidad: Seguimiento continuado del proceso por el profesional	I	I	I			
	El/la profesional manifiesta interés por todo el proceso, por lo que se interesa por todo su desarrollo, aun después de su intervención directa						
A-0013	Disponibilidad	I	I	I			
	El/la profesional está accesible a los demás, y cuando se le requiere da su tiempo, conocimiento y trabajo						
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	D	I	I			
	El/la profesional manifiesta orgullo de pertenecer a un proyecto y organización.						
A-0017	Generador clima de confianza y seguridad	D	I	I			
	El/la profesional manifiesta la convicción de que la Historia de salud no es burocracia, le da la importancia que tiene y actúa en consecuencia						
A-0056	Amabilidad	D	I	I			
	El/la profesional es una persona de fácil trato						
A-0003	Asertividad	D	I	I			
	El/la profesional establece sus relaciones interpersonales en base a un comportamiento de acercamiento procurando establecer conexión con las necesidades y planteamientos de los otros						
A-0002	Actitud emprendedora	D	D	I			

11-PLAN PARA LA IMPLEMENTACION. GESTIÓN DEL CAMBIO.

El proceso de implementación, es decir la incorporación de las 44 residencias a la UAR se realizara de forma secuencial. Los criterios a seguir para dicha incorporación serán:

- Las residencias más grandes.
- Las residencias con personal médico contratado.
- Las residencias con gran consumo farmacéutico así como de fungibles.

Puesto que el cambio que se propone es un cambio reactivo; y ya existía una necesidad sentida de cambio por parte de las partes implicadas (personal de residencias, personal de ZBS y distrito).

La estrategia a seguir será dar información de cual es la visión y misión de la UAR, incrementar los conocimientos de las profesionales implicados y fomentar la participación.

Se elegirán agentes de cambio así como lideres informales y como ya se ha expuesto se creara una comisión de mejora y en problemas puntuales se organizaran grupos de mejora.

Para la evaluación del proyecto se fijaran unos indicadores centinelas:

- N° de ancianos con úlceras por presión / total de ancianos.
- N° de ancianos con ingresos hospitalarios / total de ancianos.
- N° de ancianos con fractura de cadera / total de ancianos.

ANEXO I

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

CONCEPTO: Proceso diagnóstico estructurado (contenido y metódica definidos), dinámico (continuado en el tiempo y adaptable a la situación de las personas) que permite identificar precozmente el deterioro funcional, problemas y necesidades de los ancianos, para después intervenir sobre ellas y monitorizar los cambios. (2)

Esta fundamentada en dos principios básicos de la geriatría

- El paciente anciano necesita de una evaluación más amplia, específica e interdisciplinaria que los pacientes jóvenes.

- Ningún paciente debería ser institucionalizado sin una cuidadosa evaluación física, funcional, mental y social así como en la mayoría de los pacientes, sin un intento de rehabilitación.

La VGI constituye la forma más razonable de aproximarse al anciano desde cualquier ámbito de salud, y es esencial para su óptimo cuidado desde enfermería. (12)

Objetivos de la VGI:

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Detectar precozmente y evaluar el deterioro funcional
- Prevenir incapacidades y fomentar la independencia.
- Monitorizar el curso clínico y cuantificar los efectos de las intervenciones.
- Mejorar los cuidados y diseñar planes de tratamiento individualizados
- Adecuar las medidas preventivas.
- Información demográfica, planificación e investigación.

Las áreas que comprende la VGI son las siguientes:

A- **Valoración clínica** (física o biológica).

B- **Valoración funcional.** Se utilizara el Índice de Barthel para la valoración de dependencia o independencia para AVD:

Índice de Barthel

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0

Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
		Total:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado y grado de dependencia

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

C-Valoración mental: se valorara la función cognitiva y la función afectiva. Para la primera se utilizara el Test de Pfeiffer. Nos da información sobre la memoria, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.

Test mental de Pfeiffer.

1. ¿QUE DIA ES HOY?
2. ¿EN QUE DIA DE LA SEMANA ESTAMOS?
3. ¿DONDE NOS ENCONTRAMOS?
4. ¿QUE NUMERO DE TELEFONO TIENE?
si no tiene: ¿CUAL ES SU DIRECCION?
5. ¿CUANTOS AÑOS TIENE?
6. ¿CUAL ES LA FECHA DE SU NACIMIENTO?
7. ¿COMO SE LLAMA EL JEFE DE ESTADO?
8. ¿COMO SE LLAMABA EL ANTERIOR JEFE DE ESTADO?
9. ¿CUAL ES EL NOMBRE COMPLETO DE SU MADRE?
10. DE 20 RESTE 3 Y AL RESULTADO RESTELE 3 Y ASI SUCESIVAMENTE.

INTERPRETACION:

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal.
 3-7 errores: funcionamiento intelectual deficitario.
 8-10 errores: deterioro intelectual severo.
 Se- 68%; Es- 96%

Para la valoración afectiva se utilizará la escala de depresión geriátrica de YESAVAGE reducida, específica para los ancianos, validada para la población española.

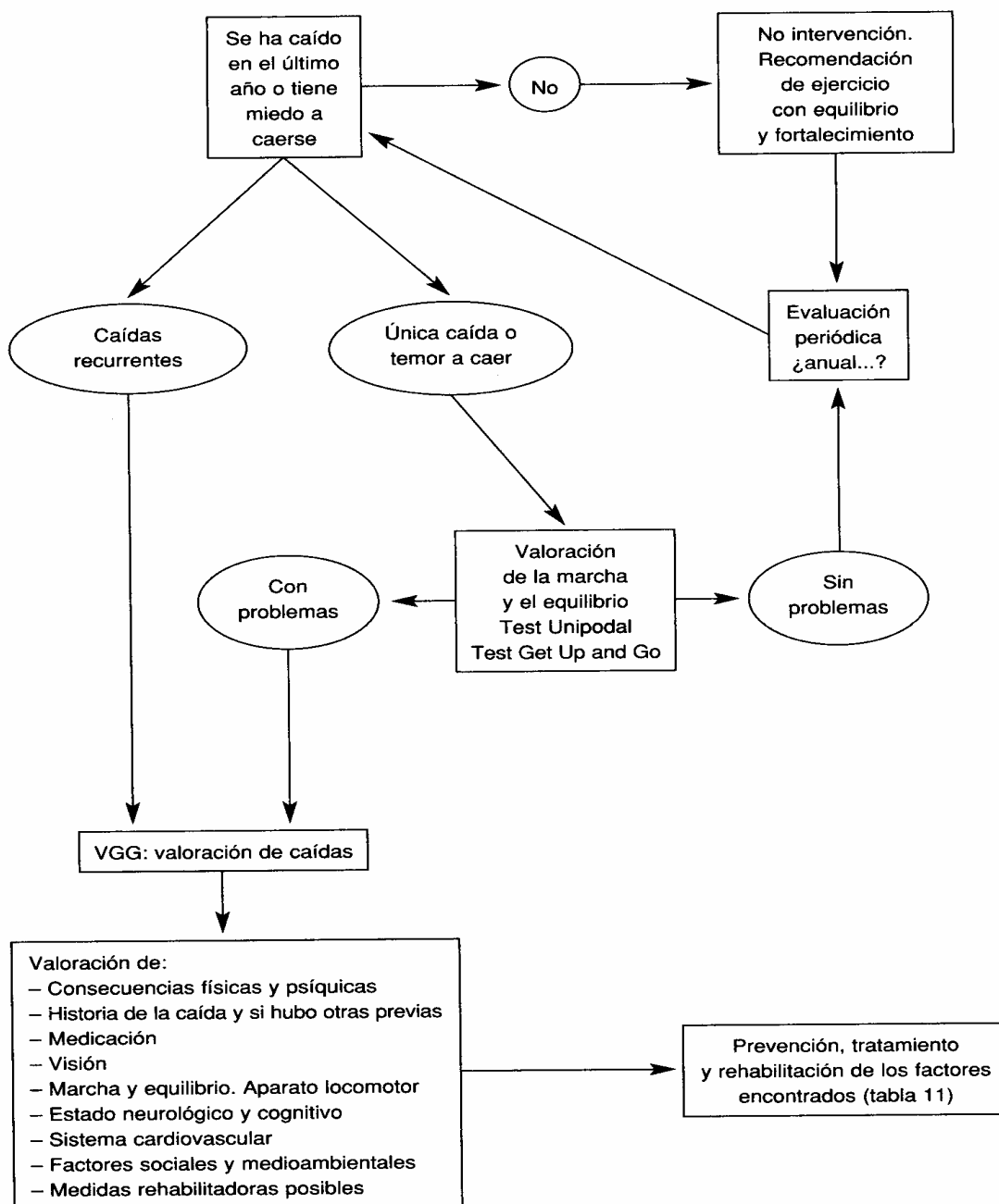
Escala de depresión geriátrica de Yesavage

(versión abreviada o reducida).

Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Puntuación total de 0-5: Normal
 6-9: depresión leve
 >10: depresión establecida

ANEXO II **Abordaje de las caídas**



Tomado de "Atención a las personas mayores" Semfyc ediciones. Barcelona 2004

Agradecimientos

M^a José Cabrera Castillo. Directora Asistencial. Distrito
metropolitano

José A. Egea Velásquez. Responsable del Servicio de Información
y Evaluación. Distrito metropolitano.

Eugenio Vera Salmerón. Enfermero de Enlace. Distrito
metropolitano.

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.
2. ÁMBITO DEL PROYECTO. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA.
3. REFERENTES ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS.
4. CARTERA DE CLIENTES DE LA UNIDAD.
5. CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD.
6. OBJETIVOS A ALCANZAR.
7. PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD.
8. PROCESO A NORMALIZAR.
9. SISTEMA DE INFORMACIÓN BÁSICO. CUADRO DE MANDOS.
10. MAPAS DE COMPETENCIAS.
11. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN. GESTIÓN DEL CAMBIO.

INDICE BIBLIOGRAFICO:

(1)- IMSERSO. LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. INFORME 2002. VOLUMEN I Y II. [CD ROM]. MADRID. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. 2004.

(2)- GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN AL MAYOR DE LA SEMFYC. ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARCELONA. SEMFYC

EDICIONES. 2004.

(3)- LUIS MATÍAS LOPEZ. LA CUARTA EDAD. EL PAÍS. MADRID: 2004, JULIO 25. DOMINGO. P. 1-3.

(4)- JOSÉ GARCÍA FÉREZ. BIOÉTICA Y PERSONAS MAYORES.[ADOBE READER]. SANTANDER. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS.

(5)- CONTEL JC, GENÉ J, PEYA M. ATENCIÓN DOMICILIARIA ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICA. BARCELONA: SPRINGER-VERLAG IBÉRICA. 1999.

(6)- JUAN JOSE BAZTAN CORTÉS Y ALT. ATENCIÓN SANITARIA AL ANCIANO FRÁGIL: DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA CIENTIFICA. MEDICINA CLÍNICA. 2000; 115(18): 704-717.

(7)- CONSEJERIA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL [PERSONAS MAYORES]. SEVILLA: JUNTA DE ANDALUCIA; 2004. [20 NOVIEMBRE 2004]. URL DISPONIBLE EN : <http://www.juntadeandalucia.es/asuntossociales/contenidos>.

(8)- M^a CARMEN BERBEL. PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A NUESTROS MAYORES EN RESIDENCIAS. 2004.

(9)- PABLO SIMÓN. LA ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: EL SEGUNDO ESTADIO DE DESARROLLO DE LA BIOÉTICA. CALIDAD ASISTENCIAL. 2002; 17 (4): 247-59.

(10)- SATURNO PJ, QUINTANA O, VARO J. ¿ QUE ES LA CALIDAD?. CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. 1997. ED. DU PHARMA. 19-45.

(11)NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. NANDA.2004.

(12)- ANDRÉS PÉREZ MELERO. ENFERMERÍA GERIÁTRICA. MADRID. SÍNTESIS. 2002.