



Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria

**Dirección General de Programas Asistenciales
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación**

PRESENTACIÓN

Los cambios demográficos mundiales, que están generando un importante aumento del envejecimiento y del número de personas con dependencias, así como, la variación en las estructuras sociales y familiares, hacen necesario mejorar la continuidad de los servicios que prestan cuidados de proximidad -atención domiciliaria- y la coordinación entre los principales proveedores de estos cuidados: servicios sociales, servicios sanitarios y sistema informal de cuidados –familia-.

A partir del año 2002 se incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el denominado “Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria”, con el objetivo de mejorar la atención domiciliaria que se presta desde los Equipos de Atención Primaria (EAP). Este servicio se basa en la figura de una enfermera, denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), que gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona, entre niveles asistenciales y entre los sectores implicados. La ECE hace una valoración integral del paciente domiciliario y de su cuidador/a principal, enfocada fundamentalmente a detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes. Tras la valoración plantea y consensua el plan de intervención con los profesionales del EAP. Asimismo realiza formación y presta apoyo a la persona cuidadora principal, de forma individual y grupal.

El perfil profesional de las enfermeras comunitaria de enlace contempla los roles que le corresponden al profesional de enfermería como educador, investigador, administrador y proveedor del cuidado individual, familiar o colectivo. Por ello debe estar formada en el cuidado a las personas mayores dependientes y sus cuidadoras, en la gestión del caso y en la coordinación de recursos.

Tras la experiencia canaria, otras comunidades autónomas han puesto en marcha proyectos basados en la figura de las enfermeras de enlace.

Sólo me queda felicitar a todos los que han participado en la elaboración de este documento, cuya contribución ha sido esencial y les animo a todos y todas a seguir trabajando con la profesionalidad y entusiasmo que están demostrando.

LA DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Hilda Sánchez Jánariz

AGRADECIMIENTOS

Este protocolo es el producto final de un compromiso adquirido por parte de muchos profesionales motivados en mejorar día a día la atención y las vidas de las Personas dependientes y de sus familias.

Profesionales tanto del ámbito asistencial como de las Gerencias de Atención Primaria y la Dirección General de Programas Asistenciales.

Coordinación

- Dolores Izquierdo Mora. Técnica del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Rosario Barrios Torres. Técnica del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Roberto Hernández Pérez. Técnico del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales.

Grupo de colaboradores principales

- Ángel Julio Santana Santana. Técnico del Área de Coordinación Sociosanitaria. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Luisa María Saavedra Jiménez. Técnica Del servicio de Atención Primaria. Planificación y evaluación.
- Félix Herrera Santana. Coordinador de Área de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Yurena Rojas González. Enfermera. Centro de Salud de Tejina Tegueste.
- Epifanía Medina Artiles. Directora de Enfermería del Área de Salud de Fuerteventura.
- Esther García Almeida. Coordinadora de los trabajadores sociales de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Sabina González Silva. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Arucas.
- Bernardo Macías Gutiérrez . Médico. Centro de Salud de Santa María de Guía.

Grupo de colaboradores

Fuerteventura

- Josefa Gil Pérez. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Puerto Rosario/ La Oliva .
- Celeste Curbelo Castro. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Tarajal/ Morro jable.

Gran Canaria

- Elena Almeida Suárez. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Santa María de Guía
- Sinesia Medina. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Santa María de Guía
- Eloina Muñoz González. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Barrio Atlántico.
- Judith Deniz García. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Barrio Atlántico
- José Gilberto Moreno García. Enfermero Comunitario de Enlace. Centro de Salud de Arucas.
- Natalia Trujillo González . Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Arucas.
- José María García Navarrete. Enfermero Comunitario de Enlace. Centro de Salud de Miller Bajo.

Tenerife

- Ignacio Sicilia Sosvilla. Enfermero Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Tejina Tegueste.
- Celia López Hernández. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Tejina Tegueste.
- Esther Santana Hernández. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Güimar.
- Teodoro González Pérez. Enfermero Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Laguna Mercedes.
- Carmen García Clotet.. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Icod.
- Nieves María Montesinos Alfonso. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Santa Ursula.

- Jesús Cerdeña Marrero. Enfermero Comunitario de Enlace. Centro de Salud la Matanza la Victoria.
- María José Flores Curbelo. Enfermera Comunitaria de Enlace. Centro de Salud de Güimar.

Otros colaboradores:

Agradecimiento a los profesionales de los Centros de Salud y de la Gerencia de Atención Primaria de las Áreas de Salud de Fuerteventura, Gran Canaria y Tenerife que han participado en la revisión de este documento.

ÍNDICE.

	Página
I. Introducción	7
II. Población diana	9
III. Objetivos Generales	10
IV. Objetivos específicos	10
V. Metas y actividades	11
VI. Sistemas de registro	25
VII. Indicadores de evaluación	26
VIII. Anexos	
Anexo 1: Valoración por Patrones Funcionales de Salud para la PM y el adulto	31
Anexo 2: Valoración por Patrones Funcionales del adulto reducido	35
Anexo 3: Índice de tablas, cuestionarios y tests utilizados	36
Anexo 4: Cribado ansiedad depresión – escala de Goldberg-	37
Anexo 5: Entrevista sobre la carga del cuidador –cuestionario de Zarit	38
IX. Glosario	40
X. Bibliografía	42

I. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años estamos asistiendo a una transición en el patrón demográfico de la población, con un progresivo envejecimiento de ésta. Se estima que en el año 2010 la población mayor de 65 años será del 14,02% en Canarias¹. Especial atención merecen los “mayores de los mayores” (más de 75 años), que actualmente representan el 39.08% del total de la población mayor de 65 años². Esto provoca un cambio en las necesidades de salud de nuestra población, como respuesta a ello los servicios sanitarios de Atención Domiciliaria se están potenciando en toda Europa.

En la actualidad la Atención Domiciliaria es prestada fundamentalmente por los Equipos de Atención Primaria (EAP). Estos profesionales soportan un aumento progresivo de la demanda de la población³, tanto en domicilio como en consulta, por ello, la continuidad de la atención en los domicilios es desigual y especialmente difícil en los enclaves con mayor número de pacientes de atención domiciliaria, o con necesidades de cuidados en el hogar.

Los receptores de estos servicios son diversos, no obstante, el grupo más susceptible de recibirlo es el de personas mayores con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad para valerse por ellos mismos, o bien personas con procesos terminales que necesitan cuidados paliativos en el hogar. La prevalencia estimada de personas susceptibles de recibir esta atención es del 14% en mayores de 65 años⁴. Estos servicios están justificados en la mayor necesidad de cuidados de esta población, y en la sobrecarga de trabajo que conlleva para la familia. Por ello, en estos casos los esfuerzos deben ir dirigidos tanto a la asistencia hacia el paciente de atención domiciliaria, como a la educación y soporte de los/as cuidadores/as principales que los cuidan en el núcleo familiar.

Por otra parte, en los municipios existen redes más o menos formales de ayuda domiciliaria, con desigual capacitación profesional⁵. En estos casos se debería potenciar la coordinación y mejora de la formación de los recursos sociales y sanitarios existentes en cada Zona Básica de Salud (ZBS). En este sentido, dentro del primer objetivo del Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en lo referido a las personas mayores, se establece que “será preciso establecer mecanismos de coordinación entre los servicios Sociales y el Servicio Canario de Salud, para favorecer la autonomía de las personas mayores, con una especial atención a actuaciones para prevenir y, en su caso, compensar procesos invalidantes⁶”.

En nuestra comunidad autónoma se está desarrollando el Programa Sectorial de Atención Sociosanitaria a las Personas Mayores de Canarias⁸, con el trabajo conjunto del Servicio Canario de Salud, la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y los Cabildos. Este programa contempla un apartado específico para la atención domiciliaria.

El Plan de Salud de Canarias⁷ en lo referente a las personas mayores establece como objetivos generales, “Prolongar la autonomía física, psíquica y social y aumentar la expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad y favorecer la permanencia en su domicilio y/o entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible”.

A partir del año 2002 se incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el denominado “Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria”, con el objetivo de mejorar la atención domiciliaria desde los Equipos de Atención Primaria. Este servicio se basa en la figura de una enfermera, denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), que gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona, entre niveles asistenciales y entre los sectores implicados. Esta enfermera hace una valoración integral del paciente domiciliario y de su cuidador/a principal, enfocada fundamentalmente a detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes. Realiza formación y presta apoyo al/la cuidador/a principal, de forma individual y grupal, con el objetivo añadido de que estos grupos puedan posteriormente funcionar como grupos de apoyo mutuo. Además, esta enfermera puede ser el eslabón entre la atención hospitalaria y la domiciliaria, y el eje de la comunicación con el nivel de atención especializada. El Plan de Salud de Canarias recoge entre sus objetivos de mejora en la oferta asistencial, en lo referente a las personas mayores, la implantación progresiva de la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace en las Zonas Básicas de Salud.

II. POBLACIÓN DIANA

Este protocolo será de aplicación en las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias (CAC) donde se preste el servicio.

La población objeto de intervención es:

1. Personas que reúnan alguno de los criterios de inclusión para la Atención Domiciliaria:
 - Padecer una patología física, mental y/o funcional incapacitante -que no puedan acudir a su Centro de Salud (CS).
 - Reciente alta hospitalaria y no puedan desplazarse al CS -que continúen en convalecencia y hasta su recuperación-.
 - Patología o enfermedad terminal.
2. Personas cuidadas en Centros Sociosanitarios adscritos al CS y que reúnan algunos de los criterios anteriores.
3. Toda persona mayor de 80 años o más, que no esté incluida en los grupos anteriores.
4. Cuidadores/as principales¹ de personas susceptibles de Atención Domiciliaria.

ÁREA	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN N TERMINAL ²	POBLACIÓN N >65 AÑOS	POBLACIÓN N EN A.D. ³	PERSONAS CUIDADORAS ⁴
FUERTEVENTURA	95.429	143	5.453	763	649
GOMERA	16.565	25	3.306	463	394
GRAN CANARIA	775.594	1.163	101.852	14.259	12.121
HIERRO	8.812	13	2.097	294	250
LA PALMA	74.964	112	15.401	2.156	1833
LANZAROTE	123.190	185	9.924	1.389	1.181
TENERIFE	781.610	1.172	103.226	14.452	12.285
TOTAL	1.876.164	2.813	241.259	33.776	28.713

Fuente: TSI diciembre 2005

1 Cuidadora principal. Persona, habitualmente cónyuge o hija, que asume el mayor y principal peso de las actividades de cuidado de la persona dependiente, estableciendo con la misma una relación especial y estrecha.

2 Prevalencia de pacientes en fase terminal 1,5 por mil de población total. Indicadores Cartera de Servicios A.P.

3 Prevalencia de personas en A.D 14% de población mayor de 65 años. Indicadores Cartera de Servicios A.P.

4 El 15% de las personas mayores de 65 años viven solas. Plan de Salud de Canarias.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Facilitar la **continuidad de cuidados** a las personas incluidas o de riesgo en atención domiciliaria y a sus cuidadores/as principales, y optimizar la **Atención Domiciliaria**.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las **personas dependientes** incluidas en el servicio.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los/as **cuidadores/as principales** de las personas incluidas en el servicio.
3. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los **recursos y servicios sociales** de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as.
4. Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de **coordinación** entre los **niveles asistenciales** para facilitar la continuidad de cuidados, especialmente en las personas dependientes y sus cuidadores/as.
5. Potenciar circuitos para la obtención, recogida y reutilización de **material específico** para la atención domiciliaria.

V. METAS Y ACTIVIDADES

Objetivo 1.

Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las **personas dependientes** incluidas en el servicio.

Metas 1.

1. Captar e incluir al 60% de las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria en el primer año, con un incremento anual variable, según coberturas por área de salud para llegar al 80% en el 2010.
2. Realizar una valoración periódica al 100% de los pacientes incluidos en el servicio.
3. Hacer el seguimiento periódico del 100% de los pacientes incluidos en el servicio.

Actividades 1.

Actividades de la enfermera comunitaria de enlace.

1. Captar a las personas susceptibles de inclusión en el servicio a través del equipo de atención primaria: médico, enfermera/o, trabajador/a social y otras fuentes - Servicios Sociales Municipales, movimientos asociativos,...-.

La captación se priorizará con la siguiente secuencia:

- a) Personas ya incluidas en Atención Domiciliaria.
 - b) Personas que tienen servicio de ayuda domiciliaria desde Servicios Sociales Municipales.
 - c) Altas hospitalarias con criterios de fragilidad que les impide acudir al C.S.
 - d) Priorización según establecen los programas de salud vigentes del SCS.
2. Realizar una valoración integral periódica a todas las personas incluidas, utilizando los Patrones Funcionales de Salud (PFS), para la detección y prevención de problemas de salud. Anexo 1.

En la visita se realizará:

- Apertura de Historia de Salud en el caso de no tenerla abierta.
- Inclusión en el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria (PAPMAP), excepto pacientes menores de 65 años.
 - Clasificar a la persona mayor en base a los criterios de riesgo que establece el programa (registrar en la historia en la hoja de problemas fundamentales y/o sistema informático, anotando la fecha de inclusión).
 - Identificar y registrar el nombre del cuidador/a principal en la hoja de problemas fundamentales de la Historia de Salud de la persona mayor, o si necesitándolo/a no lo tiene.
 - Valoración de las siguientes áreas: física, funcional, mental y social. Aplicando los instrumentos disponibles en los distintos programas de salud del Servicio Canario de Salud (SCS) (Anexo 3). Para realizar esta valoración integral se utilizará como herramienta metodológica, en la detección del estado de salud de la persona mayor, los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon⁴.
 - Rellenar la Tabla de Seguimiento de las Actividades Preventivas en la Persona Mayor, con los datos obtenidos en la valoración sobre inmunizaciones, hábitos de vida y los criterios de riesgo.
 - Establecer los Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que son susceptibles de intervenciones enfermeras (se anotarán en la hoja de seguimiento y en la hoja de problemas fundamentales con fecha de inicio y de resolución).
 - Realizar una propuesta de plan de cuidados individualizado a seguir por los profesionales implicados en la atención directa, teniendo en cuenta las actividades a realizar que se contemplan en los distintos programas y protocolos vigentes del SCS.
- 3. Establecer y participar en reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.
- 4. Informar a la enfermera de referencia cuando un paciente incluido en el servicio se desplace temporalmente o definitivamente a otra ZBS.
- 5. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:

- A las personas incluidas en Atención Domiciliaria dos veces al año.
- A las personas de riesgo de Atención Domiciliaria de manera anual. Se realizará un seguimiento telefónico a los 6 meses en caso de caídas, duelo, ingreso hospitalario y sobreesfuerzo en el rol de cuidador.
- Cuando existan cambios en la situación del paciente que así lo requiera o lo aconseje.

Actividades de la Unidad de Atención Familiar.

1. Captar y dar información sobre las personas susceptibles de recibir el servicio.
 - La UAF comunicará a la ECE la relación de las personas susceptibles de inclusión en el servicio utilizándose los sistemas de registros existentes. Se informará a estas personas y a sus cuidadores/as sobre la primera visita que realizará la ECE.
 - Comunicar a la ECE la inclusión en atención domiciliaria de nuevos casos o de recientes altas hospitalarias, así como los cambios en la situación de las personas ya incluidas y que requieran de una nueva valoración.
 - Informar al/la trabajador/a social sobre las situaciones de riesgo social.
2. Participar en reuniones de coordinación con la enfermera comunitaria de enlace y/o la trabajadora social para:
 - Realizar visitas domiciliarias conjuntas en aquellos casos en que fuera necesario.
 - Compartir información de forma bilateral del caso
 - Establecer planes de intervención y seguimiento, consensuados y multidisciplinarios.
 - Realizar informes conjuntos cuando se requiera por algún motivo.
3. Actividades de intervención y seguimiento.
 - Intervenir y registrar sobre los problemas identificados con la periodicidad y los criterios establecidos en los diferentes programas y protocolos de Atención Primaria y según el plan de cuidados consensuado para el caso.
 - Intervenir sobre los procesos clínicos y las agudizaciones.
 - Derivar a los servicios especializados cuando se estime necesario.

Actividades del /la profesional de Trabajo Social del EAP.

1. Participar en la captación de los pacientes a través de: la consulta de trabajo social, informes sociales de altas hospitalarias, otros profesionales, acciones derivadas de actividades que se realicen en la comunidad y de la coordinación con Servicios Sociales u otros recursos comunitarios.
2. Realizar la Valoración Social y Familiar en el domicilio. Tras identificar los factores de riesgo social, aplicando el cuestionario de riesgo del PAPMAP, el/la trabajador/a social realizará la valoración de los aspectos sociales y familiares que se determinan en el PAPMAP. El/la trabajadora social liderará la gestión de los casos cuando se presenten situaciones de problemática social, fundamentalmente en los siguientes diagnósticos: situaciones de dificultad socioeconómica, problemática con la vivienda, aislamiento social y geográfico, situaciones de conflictividad o disfunción familiar que afecten a la persona dependiente, dificultades con los cuidados sociales, sospecha o evidencia de malos tratos en la unidad familiar,...
3. Coordinarse con la UAF y la ECE para dar coherencia y una visión integral al plan de intervención del paciente, prestando atención a las necesidades sociales.
4. Registrar las actividades realizada, seguimiento y evolución del usuario.

Objetivo 2.

Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los/as **cuidadores/as principales** de las personas incluidas en el servicio.

Metas 2.

1. Captar al 70% de los/las cuidadores/as principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.
2. Realizar una valoración periódica al 100% de los/as cuidadores/as principales incluidas en el servicio.
3. Hacer el seguimiento periódico del 100% de los/as cuidadores/as principales incluidas en el servicio.
4. Ofertar formación grupal específica a las personas cuidadoras cada trimestre.

Actividades 2.

Actividades de la enfermera comunitaria de enlace.

1. Captar a los/las cuidadores/as principales¹ de los pacientes incluidos en el servicio (ver actividades 1).
2. Realizar una valoración integral del/la cuidador/a principal, por Patrones Funcionales de Salud (PFS), enfocada a la detección y prevención de problemas de salud. La valoración se adaptará a la edad de la persona cuidadora (Anexo 1). Identificar al/la cuidador/a principal como tal (registrar en la historia, en la hoja de problemas fundamentales y /o sistema informático, anotando la fecha de inclusión) (las actividades son similares a las del paciente domiciliario, ver actividades 1). Si es necesario se realizará orientación individual según las necesidades de cada caso.
3. Establecer reuniones de coordinación con los profesionales correspondientes del EAP para la gestión del caso: compartir información relevante, consensuar el plan de cuidados y coordinación de las intervenciones.

¹ Cuidadora principal. Puede existir otros cuidadores/as, con menos tiempo de dedicación que la cuidadora principal a los que se denomina “cuidadores/as secundarios/as”. Cuando existan varios cuidadores se identificará a dos cuidadores responsables del pacientes si es posible.

4. El seguimiento se realizará con la siguiente periodicidad:

A los/as cuidadores/as de las personas incluidas en Atención Domiciliaria, dos veces al año.

A los/as cuidadores/as de las personas de riesgo de Atención Domiciliaria, de manera anual.

5. Se ofertarán talleres de formación grupal para las personas cuidadoras, de forma trimestral. Para esta formación grupal se puede utilizar el material de apoyo del “Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras” (Anexo 7). Este taller será la oferta básica de formación grupal, al que se podrán añadir otras ofertas formativas como talleres de relajación, de soporte emocional, etc., teniendo en cuenta las necesidades del grupo de personas cuidadoras.

Para la captación de las personas cuidadoras, se utilizarán las fuentes disponibles de información: consultas a demanda/programadas, Servicios Sociales del Ayuntamiento, parroquia, censo de personas cuidadoras, etc. Durante la valoración al/la cuidador/a se le informará y ofertará la realización del taller de formación. Se realizará una lista de cuidadores/as candidatos/as a través del sistema de registro de la GECAD (Gestión de Cuidados en Atención Domiciliaria).

- Se formarán grupos, el número ideal de participantes es de 10–12 cuidadores.
- El taller tendrá un carácter flexible en cuanto a su contenido y horario, adaptándose a las necesidades del grupo de cuidadores.
- Se programará bajo el criterio de accesibilidad, por lo que, en la medida de lo posible, este se impartirá en locales, próximos al domicilio de las personas cuidadoras, que reúnan las condiciones adecuadas para este tipo de actividad.
- Las sesiones serán semanales, con una duración aproximada de dos horas en cada clase y durante cuatro semanas consecutivas, aunque esta programación podrá ser flexible en relación con las necesidades planteadas por el grupo.
- Se podrán ofertar talleres monográficos (demencias, relajación, higiene postural, etc.), o sesiones específicas (taichi, relajación, etc) dirigidos a los/as cuidadores/as, utilizando protocolos/guías previamente acreditados por las gerencias correspondientes.
- Participar en las actividades organizadas para potenciar los grupos de autoayuda.

Actividades de la Unidad de Atención Familiar.

1. Actividades de captación e información, coordinación, intervención y seguimiento. Las actividades son similares a las del paciente domiciliario (ver actividades 1).
2. Facilitar la accesibilidad a los servicios.
3. Informar a la población de la existencia de los talleres de formación grupal de cuidadores.
4. Participar en las sesiones del taller de cuidadores, a demanda de la ECE.

Actividades del /la profesional de Trabajo Social del EAP

1. Participar en la captación de las cuidadoras principales a través de: la atención a demanda en consulta o domicilio, de otros profesionales y de la coordinación con Servicios Sociales u otros recursos comunitarios.
2. Realizar la valoración social de los/as cuidadores/as principales cuya situación presenta riesgo social.
3. Desarrollar el plan de intervención social, que incluya el fomento del apoyo formal e informal.
4. Colaborar en la formación grupal a personas cuidadoras en aquellos que se acuerde
5. Establecer acuerdos con los servicios de apoyo en el domicilio, para facilitar el acceso de las cuidadoras a los talleres, a fin de que las personas dependientes estén atendidas en el período de tiempo que ocupe el desarrollo del taller.
6. Apoyar ante la creación de Grupos de Ayuda Mutua por parte de las cuidadoras y fomento del voluntariado.

Objetivo 3.

Crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los **recursos y servicios sociales** de la zona de salud destinados a la atención a las personas dependientes y sus cuidadores/as.

Metas 3

1. Participar en las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de la Zona
2. Elaborar protocolos de coordinación entre los profesionales de los servicios sociales comunitarios, los centros sociosanitarios y el EAP de la Zona Básica de Salud para la atención a personas dependientes y sus cuidadores/as.
3. Promover redes de apoyo, formales e informales, para el apoyo a los/as cuidadores/as principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Actividades 3

Actividades de la enfermera comunitaria de enlace

1. Presentar el servicio a los distintos agentes sociales.
2. Colaborar en la elaboración del protocolo de coordinación del EAP con los Servicios Sociales Municipales para la atención domiciliaria de las personas dependientes y sus cuidadores/as, y participar en aquellas actividades que genere este protocolo.
3. Establecer conjuntamente con el/la trabajador/a social del EAP un calendario de reuniones periódicas con los profesionales de los Servicios Sociales para el seguimiento de casos.
4. Establecer acuerdos para la participación del EAP en la formación de los/las auxiliares a domicilio del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal y otros profesionales de recursos sociosanitarios de la zona de salud.

5. Participar en la realización de encuentros con todos los implicados que favorezca la consolidación de la red de recursos.

Actividades de la Unidad de Atención Familiar.

1. Colaborar en la elaboración del protocolo de coordinación del EAP con los Servicios Sociales Municipales.
2. Participación en la formación de los/las auxiliares a domicilio del Servicios de Ayuda a Domicilio Municipal y otros profesionales de recursos sociosanitarios de la zona de salud.
3. Colaborar en aquellas actividades que genere el protocolo de coordinación del EAP con las redes sociales.

Actividades del /la profesional de Trabajo Social del EAP.

1. Liderar la coordinación entre el EAP y los recursos sociales de la zona, principalmente con Servicios Sociales Municipales, que se formalizará mediante las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria y el desarrollo de Protocolos de Coordinación Sociosanitaria, a fin de armonizar las actuaciones encaminadas a la atención de las personas dependientes de la ZBS /Municipio.

Este protocolo tendrá como objetivo la utilización coherente y eficaz de los recursos de la zona, evitando la duplicidad de las actuaciones.

- Objetivos comunes.
- Competencias y funciones de los distintos servicios.
- Instrumentos de valoración consensuados.
- Estrategias para la continuidad de la atención.
- Mecanismos de derivación y de acción especialmente en situaciones de urgencia.

- El estudio de las demandas Sociosanitarias, a fin de promover que se generen nuevos recursos en la zona que diversifiquen la oferta.
2. Establecer un calendario de reuniones periódicas con los Servicios Sociales para el seguimiento de casos.
 3. Realizar o actualizar una Base de Datos de los Recursos Sociosanitarios en la ZBS e informar al EAP.
 4. El/la trabajador/a social aportará el análisis y promoverá redes de apoyo social formal e informal para las personas dependientes en domicilio.

Objetivo 4.

Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de **coordinación** entre los **niveles asistenciales** para facilitar la continuidad de cuidados, especialmente en las personas dependientes y sus cuidadores/as.

Metas 4.

1. Participar en el servicio de continuidad de cuidados entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE).
2. Valorar tras el alta a las personas incluidas en la atención domiciliaria y a sus cuidadores/as.

Actividades 4.

Actividades de la enfermera comunitaria de enlace.

1. Realizar las actividades indicadas en el Servicio de Continuidad de Cuidados entre AP y AE, y de forma específica:
 - Hacer el informe de continuidad de cuidados al ingreso para todas las personas que estén incluidas en el servicio de atención domiciliaria –como paciente o cuidador/a- .
 - Participar en la planificación al alta conjuntamente con la atención especializada para los casos en que así se requiera.
 - Participar en las actividades de seguimiento del servicio.
 - Participar en las actividades de formación relacionadas con el servicio y organizadas para los profesionales de enfermería de los dos niveles asistenciales.
 - Realizar las actividades de coordinación del servicio de continuidad de cuidados en la zona básica de salud:
 - Localizar al enfermera/o que tenga adscrito el paciente y solicitarle la realización del informe de continuidad de cuidados al ingreso, si éste se pide desde el hospital.
 - Garantizar que se realice el informe y enviarlo a la unidad del Hospital que lo solicitó. Aunque desde APS no se disponga de información del

paciente, se debe de igual manera, comunicar esta circunstancia a la AE.

- Recibir los informes de continuidad de cuidados al alta, registrarlos y entregarlos a la enfermera/o de referencia del paciente.
- Canalizar la solicitud de informe de continuidad de cuidados al alta de las personas que, tras un ingreso hospitalario, cumplen los criterios para ser portador del mismo y se le da el alta sin él.
- Realizar el seguimiento mensual del servicio garantizando el funcionamiento del circuito y el seguimiento del paciente que recibe el informe por parte de la enfermera/o responsable de los cuidados-, así como registrar y enviar toda la información necesaria para la evaluación del protocolo.
- Si el paciente ya está incluido en atención domiciliaria o es susceptible de inclusión, se pondrá en contacto telefónico con el mismo para generar una visita domiciliaria posterior al alta hospitalaria, con el objetivo de valorar, identificar o actualizar los problemas de salud, proponer un plan de cuidados adaptado a la nueva situación y coordinar las distintas intervenciones necesarias de los profesionales implicados.

Actividades de la Unidad de Atención Familiar.

1. Las enfermeras realizarán las actividades indicadas en el servicio de continuidad de cuidados entre AP y AE, y de forma específica:
 - Hacer el informe de continuidad de cuidados al ingreso para todas las personas que, cumpliendo los criterios de inclusión para emitirles un informe, tengan un ingreso programado o cuando se solicite desde el hospital.
 - Recibir los informes de continuidad de cuidados al alta, ponerse en contacto telefónico con el paciente/familia para revisar su situación y establecer el plan de cuidados correspondiente.
 - Solicitar, a través de la enfermera de enlace, el informe de continuidad de cuidados al alta para las personas que, tras un ingreso hospitalario, cumplen los criterios para ser portador del mismo y se le da el alta sin él.

- Participar en las actividades de formación y de seguimiento relacionadas con el servicio y organizadas para los profesionales de enfermería de los dos niveles asistenciales.
2. La UAF establecerá mecanismos de coordinación con las enfermeras comunitarias de enlace, para la valoración y seguimiento de los pacientes incluidos en atención domiciliaria antes del ingreso y de los que precisen ser incluidos después del mismo.

Actividades del /la profesional de Trabajo Social del EAP.

1. Establecer mecanismos de coordinación con las enfermeras comunitarias de enlace y con la UAF para la valoración, intervención y seguimiento de los pacientes incluidos en atención domiciliaria antes del ingreso hospitalario, y los que precisen ser incluidos después del mismo, y que tengan criterios de riesgo social o problemática social.
2. Establecer vías o protocolo de coordinación entre los trabajadores sociales de ambos niveles para la valoración, intervención y seguimiento de los pacientes con criterios de riesgo social o problemática social.

Objetivo 5.

Potenciar circuitos para la obtención, recogida y reutilización de **material específico** para la atención domiciliaria.

Metas 5.

1. Realizar el censo de material ortoprotésico y de otros materiales específicos de atención domiciliaria disponible en la zona básica de salud.
2. Facilitar la recuperación y reutilización del material.
3. Establecer mecanismo para agilizar los trámites de obtención del material ortoprotésico.

Actividades 5*

1. Elaborar un censo del material ortoprotésico que se encuentra en los domicilios, incluyendo el tipo de material –camas articuladas, sillas, colchones antiescaras, aspiradores,...- y estado del mismo.
2. Establecer acuerdos de colaboración con los hospitales, servicios sociales municipales y/o ONGs para crear un circuito que gestione la recogida, reciclaje y reutilización de los materiales específicos para la Atención Domiciliaria.
3. Establecer criterios sociosanitarios para la priorización de la asignación de este material específico a las personas dependientes.
4. Realizar acuerdos con los Centros de Atención Especializada (CAEs) y/o especialistas de referencia para agilizar los trámites administrativos para la obtención de material.

*Serán responsables de estas actividades principalmente el/la Trabajadora Social y la/el ECE.

VI. SISTEMAS DE REGISTRO

- Los registros obtenidos tendrán como soporte la Historia de Salud de Atención Primaria, ya sea, en papel o en soporte informático en su equivalente.
 - Hoja de Problemas Fundamentales registrar:
 - la clasificación de la persona mayor, excepto pacientes menores de 65 años.
 - la identificación del/la cuidador/a principal o si necesítandolo/a no lo tiene en la historia del paciente
 - en la historia del/a cuidador/a identificar que lo es
 - los diagnósticos de enfermería detectados
 - Hoja de seguimiento: datos de la valoración, los diagnósticos de enfermería detectados y el plan de cuidados.
 - Tabla de Seguimiento de las Actividades Preventivas en la Persona Mayor o el Protocolo de Persona Mayor en el registro informático.
- GECAD (gestión de cuidados en atención domiciliaria) base de datos propia (actualmente en construcción) a la que se accede a través de la intranet del SCS. Se registran los datos administrativos y de interés del paciente y de la persona cuidadora como:
 - Nombre y apellidos
 - Clave de la historia de salud
 - Cupo médico asignado
 - Nueva inclusión
 - Exclusión del servicio
 - Fecha de la valoración y fecha de la revisión del caso con la UAF
 - Clave del/la cuidador/a y del confinado
 - Ingreso en urgencias o en el hospital
 - Material Ortoprotésico que dispone
 - Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)
 - Asistencia al taller de formación a personas cuidadoras
 - Sobrecarga del/la cuidador/a

VII. EVALUACIÓN

La evaluación del servicio se realizará de la forma establecida en la cartera de servicios de atención primaria: de forma anual los indicadores de cobertura y cada dos o tres años los indicadores de proceso y de resultados.

Los indicadores relacionados con el Servicio de Continuidad de Cuidados entre Niveles Asistenciales se medirán según la periodicidad e indicadores establecidos en el mismo.

1 Indicadores de cobertura:

- 1.1. Número total de **personas** incluidas en el Servicio de Atención Domiciliaria del EAP/14% de población mayor de 65 años adscrita * 100.
- 1.2. N° total de **personas** incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria/ 14% de población mayor de 65 años adscrita *100.
- 1.3. N° total de **personas de riesgo de AD** incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria.
- 1.4. N° total de personas **cuidadoras** incluidas en el Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria /N° de personas en AD incluidas en el Servicio.
- 1.5. N° de **cuidadores/as** que han realizado el taller de cuidadores/as/N° de cuidadores/as incluidas en el Servicio.
- 1.6. N° de personas con riesgo social valoradas por TS EAP /N° de personas en AD incluidas en el Servicio

2 Indicadores de proceso.

- A toda persona mayor de 65 años se le incluirá en el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria, registrando en la historia de salud la fecha de inclusión.
- A todos los cuidadores/as principales se les identificará como tales, tanto en la historia del confinado como en la del/la cuidador/a.
- En todos los pacientes incluidos en el servicio—inmovilizados y cuidadores/as- se ha de registrar tras la valoración del caso por parte de las enfermeras comunitarias de enlace y la UAF el plan de intervención consensuado, incluir fecha y cambios si se producen.

A todo paciente incluido en el servicio se le realizará y/o recogerá en su Historia de Salud por parte de las **enfermeras comunitarias de enlace**:

- Dos valoraciones anuales (la valoración se realizará anual si es paciente de riesgo para la AD). La valoración se hará a través de los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, apoyándose en los test y cuestionarios establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. En cada valoración deberán estar explorados todos los patrones funcionales de salud, con las excepciones que se determinaran para cada patrón
- En cada valoración se identificarán los Diagnósticos de Enfermería.
- Después de cada valoración se ha de proponer y registrar un plan de cuidados para la UAF.
- En todos los pacientes se realizará identificación de Criterios de Riesgo Social según Programa

3.1 A todo paciente incluido en el servicio se le realizará y/o recogerá en su historia de salud por parte del **médico/enfermera/o de la UAF**, según se establece en las Normas Técnicas Mínimas del servicio de atención domiciliaria, lo siguiente:

1. En la primera visita al inmovilizado: el motivo de inclusión en el servicio, la valoración del problema –y al menos cuatro de los siguientes aspectos: estado de nutrición, estado de higiene, control de esfínteres, estado de piel y de mucosas, deambulación, estado

de conciencia y presencia/ausencia de síntomas físicos-, el plan de cuidados a seguir, y Consejo/Información oral o escrita que sobre cuidados recibe el paciente o cuidador/a.

2. En las visitas sucesivas al inmovilizado deben quedar registrados al menos los siguientes aspectos: evolución del estado general, revisión del plan de cuidados y consejo/información que sobre el plan de cuidados recibe el paciente y/o su cuidador/a.
 3. A todo paciente inmovilizado incluido en el servicio se le ha de realizar como mínimo una visita domiciliaria trimestral, registrando en cada una de ellas la fecha aproximada de la siguiente visita.
- 3.2 A todo/a cuidador/a incluido en el servicio se le registrará en su historia de salud, por parte del **médico/enfermera/o de la UAF**, alguna anotación relacionada con el plan de cuidados derivado de su condición de cuidador/a.
- 3.3 A todo paciente incluido en el servicio que cumpla criterios de riesgo social se le realizará y recogerá en su historia de salud por parte del/la **trabajador/a social** la valoración e intervención sociofamiliar.

4. Indicadores de resultados.

4.1. Establecidos en el **Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria**.

- Porcentaje de personas en AD que han tenido ingresos en el período de tiempo evaluado.
 - Porcentaje de personas en AD que presentan úlceras por presión en el período de tiempo evaluado.
 - Porcentaje de personas en AD que han sufrido alguna caídas en el período de tiempo evaluado.
- 4.2. N° de personas incluidas en el servicio que han presentado deshidratación.
- 4.3. N° de personas cuidadoras incluidas en el servicio que han presentado sobreesfuerzo en el rol de cuidadora.
- 4.4. Nivel de **satisfacción** de los usuarios y de los profesionales con el servicio.
- 4.5. **Calidad de vida** de los pacientes y sus cuidadores/as incluidas en el servicio.

4.6. **Aumento apoyo** social percibido

4.7. **Productos intermedios** del servicio: instrumentos de valoración consensuados, planes de cuidados estandarizados (para las etiquetas diagnósticas más frecuentes) y protocolos de coordinación con otros servicios sociosanitarios.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1: Valoración por Patrones Funcionales de Salud para la PM y el adulto.

La hoja de valoración por Patrones Funcionales de Salud ha sufrido varias modificaciones debido a las continuas mejoras suscitadas desde la experiencia práctica y desde la necesidad de ir adaptándose a los requisitos del PAPMAP y a la edad de los usuarios del servicio. En una sola hoja tenemos la valoración tanto para la persona mayor como para el adulto, simplificando así el uso y los registros en la práctica diaria, usando un solo registro para las cuidadoras como para los pacientes. En la hoja esta señalado con un asterisco (*) las cuestiones a valorar específicas de las personas mayores.



Servicio
Canario de Salud

Valoración Patrones Funcionales de Salud

Clave del Paciente _____

Clave del cuidador principal _____

Fechas: _____ / _____ Enfermera/o nº de Col: _____

1.- Percepción / control de la salud		Etiquetas diagnósticas	
Describe tu estado de salud como * Describe alteraciones actuales * Control de la salud: revisiones Describe medicación prescrita Cumplimiento de la medicación Efectos secundarios Automedicación Alergias Sigue tratamiento prescrito: Medicación Dieta Ejercicio Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Otras sustancias Vacunas: Tétanos VAG Síntomas actuales * Urgencias: C.Salud Hospital * Ingreso hospitalario: F. Ingreso F. Alta			00155-Riesgo de caídas 00037-Riesgo de intoxicación 00038-Riesgo de traumatismo 00043-Protección inefectiva 00079-Incumplimiento de tratamiento (especificar) 00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico 00084-Conductas generadoras de salud (especificar) 00099-Mantenimiento inefectivo de la salud
			Questionarios / Tests / Tablas Test de Fageström Cuestionario MALT Cuestionario Audit
2.- Nutricional – metabólico		Etiquetas diagnósticas	
¿Hace usted alguna dieta especial? ¿Come usted de todo? ¿Toma leche todos los días? ¿Toma fruta y/o verdura a diario? ¿Alterna carne, pescado y huevos? ¿Toma legumbres y/o arroz al menos 1/sna? ¿Cuántas comidas hace al día? ¿Pica usted entre horas? ¿Consumo bollería industrial con excesiva frecuencia? Suplementos (especificar) Líquidos: < 1.5 litros / >1.5 litros Apetito: Aumentado / Normal / Disminuido / Náuseas / Vómitos * Dificultad para: tragar Líquidos / Sólidos / Masticar / Alimentarse solo Dentición: Propia: Normal / Problema Prótesis: Normal / Problema Piel: Hidratada / Seca Edemas: si /no (localización) Lesiones: si /no (localización) Uñas Higiene: Buena / Regular / Mala			00001-Desequilibrio de la nutrición por exceso 00002-Desequilibrio de la nutrición por defecto 00003-Riesgo de desequilibrio de la nutrición por exceso 00004-Riesgo de infección 00007-Hipertermia 00026-Exceso volumen de líquidos 00028-Riesgo de déficit de volumen de líquidos 00039-Riesgo de aspiración 00048-Deterioro de la dentición 00045-Deterioro de la mucosa oral 00046-Deterioro de la integridad cutánea 00047-Riesgo de deterioro integridad cutánea 00103-Deterioro de la deglución 00024-Perfusión tisular inefectiva (especificar)
			Questionarios / Tests / Tablas Historia dietética Encuesta de Hábitos dietéticos Evaluación del Estado Nutricional. MNA Escala de Norton Cálculo de RCV - Tabla de Framingham

3.- Eliminación			Etiquetas diagnósticas		
<u>Intestinal:</u> Normal Estreñimiento/ Ayudas: Dietéticas, Laxantes Corregido DiaRR ea/ Hemorroides/ Incontinencia Flatulencia/ Fecalomas <u>Síntomas Urinarios:</u> Normal Po Liuria/ Retención/ Disuria Escozor/ Nicturia/ Incontinencia Pola Quiuria Síntomas prostáticos: <u>Sistemas de ayuda:</u> Absorbentes. tipo Colector/ Sonda Vesical			00011-Estreñimiento		
			00013-Diarrea		
			00014-Incontinencia fecal		
			00016-Deterioro de la eliminación urinaria		
			00017-Incontinencia urinaria de esfuerzo		
			00018-Incontinencia urinaria refleja		
			00019-Incontinencia urinaria de urgencia		
			00020-Incontinencia urinaria funcional		
			00021-Incontinencia urinaria total		
			00023-Retención urinaria		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
			Cuestionario de valoración en la incontinencia urinaria		
<hr/>					
4.- Actividad - ejercicio			Etiquetas diagnósticas		
Movilidad: Deambulación (dispositivos/ ayuda) Cama-Sillón Encamado Ejercicio físico: Tipo /Frecuencia Claudicación Actividades de ocio (especificar) Situación laboral: Estudiante, Tareas Domésticas, Parado Trabaja, Incapacitado, Jubilado, Otro Horario de trabajo Disnea / Ortopnea Dolor torácico * Independencia para AVD AVDB (I Katz) AVDI (Lawton-Brody) * SAD: Ayuntamiento / Privado / No * Mano dominante * Fuerza en las manos * Rigideces. Localización * Estabilidad marcha * Caídas * Material ortoprotésico: CMA COA MUL BAR SRM AND SRA GRU Otro * Barreras arquitectónicas: Internas Externas			00031-Limpieza ineficaz de vías aéreas		
			00094-Intolerancia a la actividad		
			00032-Patrón respiratorio ineficaz		
			00040-Riesgo de síndrome de desuso		
			00085-Deterioro de la movilidad física		
			00088-Deterioro de la deambulación		
			00097-Déficit de actividades recreativas		
			00098-Deterioro en el mantenimiento del hogar		
			00102-Déficit de autocuidados: alimentación		
			00108-Déficit de autocuidados: higiene/ baño		
			00109-Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento		
			00110-Déficit de autocuidados: uso del wc		
			00111-Retraso en el crecimiento y desarrollo		
			00114-Síndrome de estrés por traslado		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
			Evaluación del equilibrio y la marcha. Tinetti. Equilibrio		
			Evaluación del equilibrio y la marcha. Tinetti. Marcha		
			Pruebas de fuerza muscular en EEII		
			Pruebas para valorar el equilibrio		
			Índice de Katz		
			Índice de Barthel		
			Escala de Lawton y Brody		
<hr/>					
5.- Sueño descanso			Etiquetas diagnósticas		
Normal Siesta Insomnio Ayudas: Naturales, Medicamentos Corregido ¿Se levanta descansado?			00095-Deterioro del patrón del sueño		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		

*Específico para Personas Mayores

6.- Cognitivo perceptual			Etiquetas diagnósticas		
Nivel de estudios: no sAbe leer y escribir, Lee y escribe estudios Primarios , Secundarios , Universitarios , Otros Alteraciones sensoriales: ▪ Visual: Déficit Gafas Ultima revisión ▪ Auditiva: Déficit Audífono ▪ Otras: Dolor: Agudo / Crónico Localización: Problemas de memoria * Nivel de conciencia * Orientación Temporal * Orientación Espacial			00122-Trastorno de la percepción sensorial (especificar)		
			00126-Conocimientos deficientes (especificar)		
			00128-Confusión aguda 00129-Confusión crónica 00130-Trastorno de los procesos del pensamiento 00131-Deterioro de la memoria 00132-Dolor agudo 00133-Dolor crónico		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
			Test de Pfeiffer Test del Informador (TIN) corto Test de Isaacs Minexamen cognoscitivo (MEC) de Lobo		
7.- Autocontrol autoconcepto			Etiquetas diagnósticas		
¿Se encuentra nervioso o ansioso? ¿Tiene alguna preocupación expresa? ¿Está satisfecho/a consigo mismo/a? * Depresión: (última semana) * ¿Se siente habitualmente con pocas ganas de hacer las cosas cotidianas? * ¿Se levanta poco despejado/a casi todas las mañanas? * ¿Se siente triste con frecuencia?			00118-Trastorno de la imagen corporal		
			00119-Baja autoestima crónica		
			00120-Baja autoestima situacional 00124-Desesperanza 00125-Impotencia 00146-Ansiedad 00148-Temor 00137-Aflicción crónica		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
			Test de Goldberg. Ansiedad – Depresión Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
8.- Rol relaciones			Etiquetas diagnósticas		
Con quién vive Personas a su cargo Relaciones: Familiares Amigos Trabajo Pertenencia a grupo organizado * Duelo * Habla clara * Discurso coherente *Tipo de cuidador: ▪ Cuidador Principal (identificar). ▪ Varios Cuidadores ▪ Cuidador Formal ▪ Sin Cuidador * Sobrecarga del cuidador: Si / No /Riesgo			00051-Deterioro de la comunicación verbal		
			00053-Aislamiento social		
			00054-Riesgo de soledad 00052-Deterioro de la interacción social 00055-Desempeño inefectivo del rol 00056-Deterioro parental 00057-Riesgo de deterioro parental 00060-Interrupción de los procesos familiares 00061-Cansancio en el desempeño del rol del cuidador 00062-Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador 00064-Conflicto del rol parental 00135-Duelo disfuncional 00136-Duelo anticipado		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
			Índice de Esfuerzo del cuidador/a Cuestionario Apgar - familiar Cuestionario de criterios de riesgo social en personas mayores		

*Específico para Personas Mayores

9.- Sexualidad reproducción			Etiquetas diagnósticas		
Mujer: Embarazos / Abortos/ Hijos vivos Anticoncepción Menarquía Ciclo menstrual Menopausia Sangrado posmenopáusico Revisiones: Citologías Mamografías Ultima revisión Disfunción sexual expresa Disfunción reproductiva			00059-Disfunción sexual 00065-Patrones sexuales inefectivos 00142-Síndrome traumático de violación		
			Cuestionarios / Test / Tablas		
10.- Adaptación tolerancia al estrés			Etiquetas diagnósticas		
Cambios importantes en los dos últimos años * Toma decisiones Solo o con Ayuda * Con quien suele hablar cuando estás nervioso/ triste *Está disponible Manejo situaciones difíciles: Ayuda Familiar/ Amigos/ Profesional Malos tratos			00072-Negación ineficaz 00073-Afrontamiento familiar incapacitante 00074-Afrontamiento familiar comprometido		
			Cuestionarios / Tests / Tablas		
11.- Valoraciones creencias			Etiquetas diagnósticas		
¿Qué valores son importantes en su vida? Importancia de la religión en su vida Planes de futuro			00066-Sufrimiento espiritual 00067-Riesgo de sufrimiento espiritual 00068-Disposición para mejorar el bienestar espiritual		
			Cuestionarios / Test / Tablas		

*Específico para Personas Mayores
¿Quiere comentar algo más?

Peso: **Talla:** **IMC:** **Ind CC:**

TAS: **TAD:** **FC:** **RCV:**

Glucemia capilar basal:
Glucemia post-desayuno:
Glucemia pre-almuerzo:
Glucemia post-almuerzo:
Glucemia pre-cena:
Glucemia post-cena:
Autoanálisis según pauta:

Anexo 2: Valoración por Patrones Funcionales de Salud del adulto reducido.

P1. Percepción / control de la salud.

¿Algún problema de salud? ¿Tratamientos? ¿ Ausencias escolar / laboral? ¿Vacunas?

P2. Nutrición / metabolismo.

¿Dieta últimas 24 horas? De - Al - Me – Ce ¿Problemas de peso? ¿Dietas?

P3. Eliminación.

¿Problemas estreñimiento / diarrea? ¿Problemas de orina?

P4. Actividad / ejercicio.

¿Ejercicio físico? Ocio - deporte

P5. Sueño / descanso.

¿Problemas para dormir? ¿Horario / ritmo? ¿Descansado al levantarse?

P6. Cognitivo / percepción.

¿Cómo va / comprensión en el colegio / instituto / universidad / trabajo? ¿Visión / audición?

P7. Auto percepción / auto concepto.

¿Cómo te ves alegre / triste? ¿Miedo / ansiedad? Preocupaciones.

P8. Rol / relaciones.

¿Con quién vives? ¿Cómo te llevas con tu familia / amigos / pareja?

P9. Sexualidad / reproducción.

¿Menarquia? ¿Menstruación? Problemas ¿Fimosis / polución? Problemas

¿Uso / conocimiento de métodos anticonceptivos?

P10. Adaptación / tolerancia al estrés.

¿Enfadados con frecuencia? ¿Qué haces / con quién hablas cuando estás nervioso / triste?

P11. Valores / creencias.

¿Creencias? ¿Modelos? ¿Cómo quién te gustaría ser? ¿Expectativas de futuro?

¿Algo que me quiera contar?

¿Alguna pregunta?

¿Puedo ayudarle en ...?

Anexo 3: Índice de tablas, cuestionarios y tests utilizados.

Globales.

Valoración por patrones funcionales de salud (Anexo 1).

Guión Entrevista de Valoración Básica (Anexo 2).

1. Percepción / control de la salud.

- Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina.
- Cuestionario MALT.
- Cuestionario de AUDIT.

2. Nutrición / metabólico.

- Historia dietética.
- Encuesta de Hábitos dietéticos.
- Evaluación del estado nutricional.MNA.
- Escala de Norton.
- Calculo de RCV – Tabla de Framingham

3. Eliminación.

- Cuestionario de valoración en la incontinencia urinaria.

4. Actividad / ejercicio.

- Evaluación del equilibrio y la marcha.Tinetti.Equilibrio.
- Evaluación del equilibrio y la marcha.Tinetti.Marcha.
- Pruebas de fuerza muscular en EEII.
- Índice de Katz.
- Índice de Barthel.
- Escala de Lawton y Brody.

5. Sueño / descanso.

6. Cognición / percepción.

- Test de Pfeiffer.
- Test del Informador (TIN) cortó.
- Test de Isaacs.
- Miniexamen cognitivo de Lobo (MEC).

7. Autoestima / autoconcepto.

- Test de Ansiedad - Depresión Goldberg.
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavege.

8. Rol / relaciones.

- Cuestionario Apgar - familiar.
- Índice de esfuerzo del cuidar/a.
- Cuestionario de criterios de riesgo social en personas mayores.

9. Sexualidad / reproducción.

10. Adaptación / tolerancia al estrés.

11. Valores / creencias.

Anexo 4: Cribado ansiedad depresión – escala de Goldberg- .

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que *sean de leve intensidad*.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6

Referencia:

García A, Peón M^a J. "Coma". Manual de cuidados intensivos para Enfermería.. 1996: 239- 246.

Anexo 5: Entrevista sobre la carga del cuidador –cuestionario de Zarit.

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? 12345
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? 12345
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? 12345
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? 12345
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? 12345
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? 12345
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? 12345
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? 12345
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? 12345
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? 12345
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? 12345
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar? 12345
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? 12345
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? 12345
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? 12345
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? 12345
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? 12345
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? 12345
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? 12345
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? 12345
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? 12345
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar? 12345

Puntos de corte:

> 46-47	No sobrecarga
< 46-47	Sobrecarga
46-47 a 55-56	Sobrecarga leve
> 55-56	Sobrecarga Intensa

Referencias:

Zarit Sh, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-654.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

Montorio, I, Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.

GLOSARIO

Anciano frágil

Es una persona mayor generalmente de más de 80 años, con vulnerabilidad y disminución de la reserva fisiológica en los diferentes órganos o sistemas, a los que se suma factores de riesgo como problemas sociales, enfermedades, síndromes geriátricos o dependencias leves en las AVDI, ingresos hospitalarios; que pueden desencadenar en una dependencia de difícil recuperación. Es decir a más edad y más asociación de factores de riesgo más fragilidad.

Cuidador principal:

Persona, familiar o no, que asume el mayor y principal peso de las actividades de cuidado de la persona dependiente (higiene personal, actividades domésticas, administración de medicación, apoyo emocional, compañía, etc.) estableciendo con la misma una relación especial y estrecha, y ofreciéndole el apoyo diario necesario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Cuando no perciben remuneración económica por ello, se denominan Cuidadoras/es Informales. Si por el contrario si perciben remuneración se denominan Cuidadoras/es Formales.

Dependencia:

La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizarlos actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Paciente Frágil:

Entre las definiciones más valoradas citaremos la de Buchner que la considera, "el estado en que la reserva fisiológica esta disminuido, llevando asociado un riesgo de incapacidad". Por medio de la detección de la fragilidad y mediante medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitadoras se trataría de evitar la discapacidad.

El otro concepto de fragilidad defendido por Brockerhurst se basaría en el "equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte.

De una forma u otra la fragilidad resulta de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte.

Problema de Salud:

Hace referencia a cualquier problema detectado por diferentes profesionales de la salud o por un equipo interdisciplinar, como son los problemas sociales, diagnósticos médicos, diagnósticos de enfermería, de fisioterapia, salud mental, paliativos, ginecológicos, etc.

Problemas relevantes:

Hace referencia a los problemas más significativos, destacados, prioritarios, que requieren cuidados.

Problema real:

Describe la respuesta actual de la persona o familia, a una situación de salud o proceso vital. Existen signos y síntomas presentes en la valoración.

Problema potencial:

Describe respuestas humanas a situaciones de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en la persona o familia. Existen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad.

Red Social:

Conjunto de personas y / o grupos que interaccionan entre sí y la estructura de tales interrelaciones.

Red de Apoyo Social:

Es el conjunto de contactos personales mediante los cuales un individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, información y servicios.

Situación especial / estresante:

Son aquellas situaciones que pueden generar mucha tensión, sobreesfuerzo, resistencia, reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Ejemplo: muerte de un familiar, pérdida de empleo, separación, aceptación de una enfermedad, ser cuidador principal, ...

BIBLIOGRAFÍA

1. SCS. Mortalidad y Fecundidad en Canarias 1980-1992. Proyecciones de Población. 1995
2. Instituto Canario de Estadística. Encuesta de población 2001.
3. SCS. Memoria 1996.
4. SCS. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Segunda Edición. SCS. 2002.
5. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Plan General de Servicios Sociales.
6. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Plan General de Servicios Sociales, personas mayores, Pág. 149.
7. SCS. Plan de Salud de Canarias. B.O.C. nº 41 de 13 de Marzo de 1997.
8. SCS. Programa Integral de Atención Sociosanitaria a las Personas Mayores de Canarias. 1998.
9. SCS. Plan Estratégico: visión de futuro del SCS. 1998– 99.