Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria 2024-2025



XUNTA DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Edita: Consellería de Sanidade.
Dirección General de Planificación
y Reforma Sanitaria.
Servicio Gallego de Salud. Dirección
General de Asistencia Sanitaria, Dirección
General de Recursos Humanos.

Lugar: Santiago de Compostela, 2024

Autoría y coordinación

Benito Torres, Consuelo

López Linares, Sofía

Mato Guerra, Paula

Rey Liste, María Teresa

Rey Tristán, María Jesús

Participantes

Grupo consultor

Ares Martínez, Ana

Esperón Güimil, José Antonio

Fernández Díaz, David

López Grandal, Olalla

Martínez Anta, Francisco

Represas Carrera, Francisco Jesús

Rodríguez Araújo, Josefa

Rosón Calvo, Benigno

Sanchez Castro, Juan José

Grupo colaborador

Álvarez Sobrado, Beatriz

Fraga Deus, Melania

Fransi Galiana, Luis

Fernández Silvela, Ana

García de Castro, Alain

Gomis Sanchis, Isabel

González Fondado, María

Gutierrez Molina, Ana M.ª

López Rey, Noemí

Martin Hernández, Esmeralda

Martínez García, Mónica

Mateos Díaz, María Emma

Porto Ron, Irene

Sánchez González, M Dolores

Soilán Adán, Mª Jesús

Diseño, maquetación_
KRISSOLA DESEÑO, S.L.U.

Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria 2024-2025

XUNTA DE GALICIA

PRESENTACIÓN

Por todos son conocidas las características demográficas y sociosanitarias de nuestra comunidad. La elevada dispersión geográfica y la alta esperanza de vida que conlleva un aumento de la prevalencia de patologías crónicas, fragilidad, dependencia y también soledad.

En muchas ocasiones, la población más vulnerable es la que tiene más dificultades para acudir al sistema. Para el Servicio Gallego de Salud, éstos pacientes son una prioridad. Debemos trabajar para mantener la equidad y la accesibilidad al sistema sanitario de todas las personas, vivan en el lugar que vivan y sea cual sea su situación.

Ante este escenario, la atención domiciliaria se plantea como una alternativa que ofrece unos cuidados de calidad en el ámbito domiciliario del paciente, cuando ésta sea la mejor opción para el mismo.

La organización de circuito asistencial y la adecuación de la cartera de servicios prestados en el domicilio son claves para alcanzar una asistencia sanitaria y social con valor añadido, siendo ya muchos los pacientes que , tras recibir atención en domicilio, se manifiestan más satisfechos, seguros y con menor número de complicaciones.

En este sentido, la atención domiciliaria es más necesaria que nunca. De esta necesidad nace el presente *Plan Gallego de Atención Domiciliaria*, con la intención de servir de guía y marco teórico para una actividad, que aunque ya se venía haciendo, entendemos que debe cobrar una mayor relevancia.

Por proximidad, coherencia y eficiencia la atención domiciliaria debe pivotar, como ya lo está haciendo, sobre la atención primaria, ya que son los profesionales del primer nivel asistencial los que están más próximos al paciente y conocen de primera mano sus circunstancias biopsicosociales.

El abordaje debe ser multidisciplinar, integrando los equipos de atención primaria y todas las unidades de apoyo. Dadas las características intrínsecas de la atención domiciliaria, debe tenerse en cuenta que con frecuencia va más allá de lo puramente sanitario, y es necesaria una intervención coordinada de diferentes profesionales sanitarios y sociales.

A su vez, a nivel sanitario deben coordinarse los diferentes niveles asistenciales y recursos del Servicio Galego de salud.

Julio García Comesaña
Conselleiro de Sanidad

INTRODUCCIÓN

La población gallega presenta unos de los mayores índices de envejecimiento a nivel nacional y mundial. Además, según indican las proyecciones, el envejecimiento poblacional continuará aumentando en los próximos años de forma acusada.

En este contexto, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y el cambio en la estructura familiar y social, requieren una reorientación de los servicios sanitarios atendiendo a las siguientes variables:

- *Proximidad,* lo que significa una atención sanitaria lo más cercana posible al entorno del paciente.
- *Proactividad del sistema sanitario,* lo que implica adelantarse a las necesidades del paciente.
- *Seguridad,* entendiendo por tal la priorización de la prevención cuaternaria.
- *Continuidad asistencial,* implicando una visión integrada del proceso de atención sanitaria de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias, y garantizando la coordinación de los diferentes ámbitos asistenciales.

La atención domiciliaria permite acercar al paciente los cuidados sanitarios de manera efectiva y segura, en aquellos pacientes para los que, por su situación clínica o social, el domicilio es la mejor opción asistencial. Todo ello está enfocado a la mejora continua de la calidad de la atención.

El Servicio Gallego de Salud, comprometido con el abordaje integral de la cronicidad, la atención adaptada a las necesidades de los pacientes/cuidadores y la prestación de la atención al paciente en el entorno más adecuado, apuesta firmemente por el refuerzo de la atención domiciliaria desde el ámbito de la atención primaria.

Con ese objetivo nace este Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria, que pretende fortalecer la atención sanitaria a la población que no puede desplazarse al centro de salud.



ABREVIATURAS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria.
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria.
AP	Atención primaria.
APS	Atención primaria de salud.
ATDOM	Atención a domicilio.
EAP	Equipo de atención primaria.
ELA	Esclerosis lateral amiotrófica
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructuva crónica.
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria.
EVA	Escala visual analógica.
FG	Filtración glomerular.
GDS	Escala de deterioro global.
DGAS	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
DGPRS	Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria.
HADO	Hospitalización a domicilio.
HCEMOV	Historia clínica electrónica en movilidad.
IB	Índice de Barthel.
IF	Índice de fragilidad.
IMC	Índice de masa corporal.
MAPYC	Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.
MNA	*Mini nutritional assessment*.
PCC	Paciente crónico complejo.
PROM	Resultados de salud percibidos por el paciente.
PREM	Resultados de experiencia percibida por el paciente.
SIAC-AP	Sistema de información y análisis complejos en atención primaria.
TELEA	Plataforma de teleseguimiento de pacientes en el domicilio.
TIC	Tecnologías de información y comunicación.
UBA	Unidad básica asistencial.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN **5**

INTRODUCCIÓN **7**

ABREVIATURAS **9**

MARCO CONCEPTUAL **12**

A NIVEL NACIONAL 12

A NIVEL AUTONÓMICO 13

ANÁLISIS DE SITUACIÓN **15**

ANÁLISIS POBLACIONAL 15

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD 16

RECURSOS TECNOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA 21

VISIÓN DE LOS AGENTES CLAVE 23

OBJETIVOS **25**

LÍNEAS ESTRATÉGICAS **26**

Línea estratégica **A**
IMPULSO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA 27

Línea estratégica **B**
NORMALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMICILIARIA EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 29

Línea estratégica **C**
CREACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD) 33

Línea estratégica **D**
DOTACIÓN DE LAS MEDIDAS Y RECURSOS NECESARIOS PARA EL IMPULSO, DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA 37

Línea estratégica **E**
PROMOCIÓN DE LA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN 40

IMPLEMENTACIÓN **43**

TEMPORALIZACIÓN 44

COMPETENCIA 45

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN **46**

SEGUIMIENTO DEL PLAN 46

EVALUACIÓN DEL PLAN 46

INDICADORES CLAVE DE EVALUACIÓN 47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **52**

ANEXOS **53**

ANEXO I. **VALORACIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL** **54**

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL 54

VALORACIÓN CLÍNICA 54

VALORACIÓN FUNCIONAL 55

VALORACIÓN COGNITIVA/AFECTIVA 55

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR 56

ANEXO II. **ESCALAS DE VALORACIÓN** **58**

TEST DE MORISKY-GREEN 58

TEST DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL – MNA 59

ESCALA DEL DOLOR – ESCALA VISUAL ANALÓGICA– EVA 60

ESCALA DE BRADEN (RIESGO DE UPP) 60

ESCALA DOWNTON (RIESGO DE CAÍDAS) 61

ÍNDICE DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL 62

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA 64

CUESTIONARIO DE PFEIFFER 66

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO 67

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON 70

TEST DE YESAVAGE (ABREVIADO) 74

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG 75

TEST DE ZARIT (SOBRECARGA DEL CUIDADOR) 76

ESCALA GIJÓN 78

VIG-FRÁGIL 79



MARCO CONCEPTUAL

A NIVEL NACIONAL

El *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC)* [1] fue resultado de un proceso de reflexión y consenso presentado por el Ministerio de Sanidad en abril de 2019, destinado a dar un nuevo impulso a la atención primaria de salud para renovar su liderazgo como eje del sistema sanitario público.

Con él se pretende dar respuesta a los nuevos retos asistenciales derivados del actual contexto sociodemográfico, epidemiológico, de evolución tecnológica, así como de las demandas de los profesionales y de la propia ciudadanía.

El texto aborda una breve reflexión sobre la situación de la atención primaria, en la que recalca un cierto abandono de la atención domiciliaria. En él se establecen 6 líneas estratégicas, 23 objetivos y 100 medidas para alcanzar una atención primaria de calidad, orientada a la ciudadanía, a hacer frente a la cronicidad, con alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial.

Para dinamizar el impulso de la estrategia y con el objeto de implantar de forma efectiva las acciones prioritarias contenidas en el MAPyC, el Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud aprobó el año 2021 el *Plan de acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023* [2], que supone una apuesta decidida por el servicio sanitario público y por el fortalecimiento de una atención primaria capaz y resolutiva. Las acciones recogidas en este documento dan soporte de forma directa al presente Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria del Servicio Gallego de Salud.

A NIVEL AUTONÓMICO

El *Plan Estratégico de Galicia 2022-2030* [3] constituye el eje principal en torno al que definir todas las iniciativas a desarrollar en los próximos años. Se trata de la hoja de ruta a seguir a fin de alcanzar la denominada "Galicia del futuro".

El Plan cuenta con cinco ejes transversales: el reto demográfico, Galicia verde y sostenible, competitividad y crecimiento, cohesión social y territorial, y gobernanza.

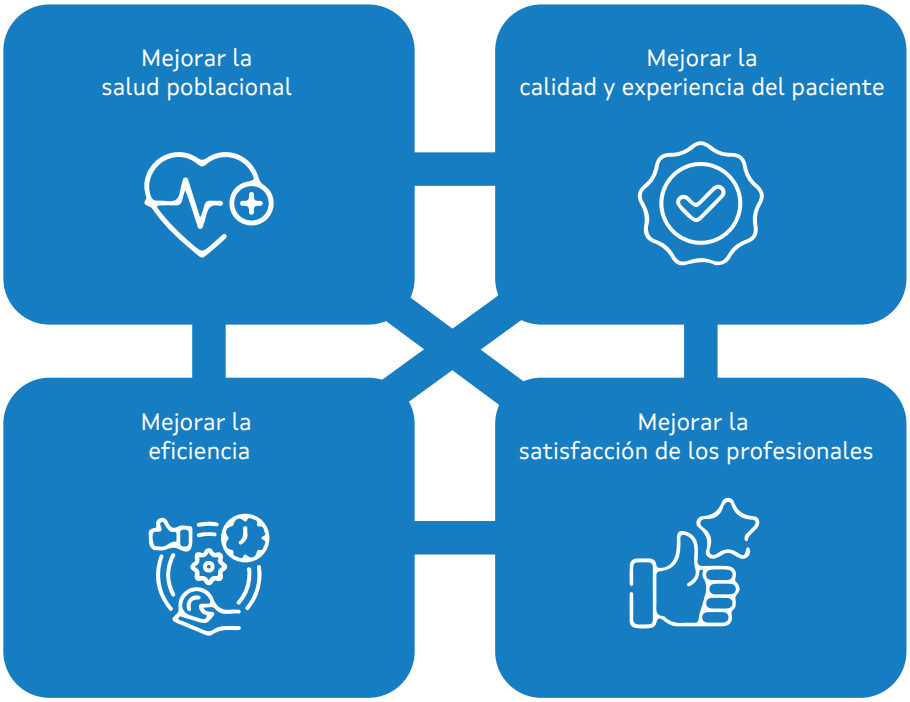
Dentro del primer eje (el reto demográfico) se encuentra el objetivo estratégico 1.4.1 "Promover la atención sanitaria integral adaptada a las distintas necesidades de la población, aprovechar las tecnologías para impulsar la atención a domicilio y la teleasistencia, que permitan prestar un mejor servicio asistencial a una población envejecida y dispersa geográficamente en el territorio", que contempla el impulso de la atención en el domicilio, con el objetivo de alcanzar un servicio de salud más moderno y próximo al ciudadano/a.

Por otra parte, el *Plan gallego de atención primaria 2019-2021* [4] otorga gran relevancia a la atención domiciliaria en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios. Plantea la necesidad de reforzar la atención sanitaria prestada en el domicilio y establece acciones para garantizar una atención domiciliaria equitativa, accesible para todos los pacientes, disponible cuando es requerida y de máxima calidad.

Complementariamente, en el año 2019 se estableció un proceso de reflexión que finalizó con la publicación del documento *Por una atención primaria vertebradora del Sistema de Salud* [5], el cual recoge la visión para el fortalecimiento de la atención primaria en Galicia en los próximos años. Este documento define un modelo con capacidad de adaptación a los recursos de la zona de salud, tanto en ámbitos rurales como urbanos, a fin de alcanzar equidad y calidad en la atención sanitaria. La implementación del nuevo modelo de atención primaria, definido en la estrategia vertebradora, se articula a través de los planes locales de salud, que son instrumentos de planificación estratégica, que se desarrollan de forma individualizada y adaptada a las características específicas de cada servicio de atención primaria. En estos planes locales, los profesionales de cada servicio de atención primaria definen sus propios objetivos siguiendo las líneas estratégicas marcadas por la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud en donde se incluye el refuerzo de la atención domiciliaria.

Ambas formulaciones estratégicas tienen como finalidad alcanzar la cuádruple meta.

FIGURA 1. Cuádruple meta



Como medidas a implementar para la concreción de los objetivos de la cuádruple meta se establece el deber de estandarizar, en cartera de servicios, la atención domiciliaria en personas dependientes y la organización de la actividad clínica, garantizando el tiempo de agenda de los profesionales para la actividad domiciliaria. Directamente relacionada con el ámbito de este Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria, la *Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad* [6] recoge un exhaustivo análisis de situación sobre la cronicidad en Galicia, así como un conjunto de marcos de respuesta, buenas prácticas y líneas estratégicas a implementar con el fin de lograr un mejor control del paciente en situación de cronicidad.

Cabe destacar el *Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio-Estrategia HADO (2019-2023)* [7], que sienta las bases para garantizar una hospitalización segura, eficiente y de calidad en el domicilio del paciente y establece el modelo asistencial de atención compartida con los profesionales de atención primaria.

Para terminar, *la Estrategia gallega de salud 2030* [8], que nace con el propósito de establecer un marco de referencia para la transformación del ecosistema sanitario. En un contexto de incerteza, este plan se erige como una hoja de ruta a largo plazo, capaz de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, con un nuevo modelo de atención integral y holístico.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

ANÁLISIS POBLACIONAL

Según datos publicados por el padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística en enero de 2024, la población residente en Galicia en 2023 es de 2.696.177 personas, siendo la quinta comunidad autónoma más poblada de España.

Galicia tiene una de las poblaciones más envejecidas de todo el territorio nacional, donde el grupo de mayores de 65 años representa el 25,73% de la población total, frente al 19,77% de la media española. El índice de envejecimiento en el año 2022 se situaba en el 213,54% y se prevé que alcance el 345,7% en 2035.

Este envejecimiento progresivo de la población se asocia a un aumento de la dependencia y la cronicidad, traducido en un incremento de la demanda de cuidados, atención y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios. Debemos tener en cuenta que en los últimos 4 años el peso de la población en situación de cronicidad en Galicia creció a un porcentaje anual del 3%, frente al 1,7% a nivel nacional.

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

La actividad asistencial domiciliaria del Servicio Gallego de salud se estructura en dos grandes bloques:

Prestación de servicios de atención primaria en el domicilio

Medicina de familia, enfermería, trabajo social, matrona, farmacia, fisioterapia

- Incluye la atención a demanda y la atención programada enmarcada dentro de la cartera de servicios de atención primaria.

Hospitalización a domicilio

HADO

- Corresponde a la atención sanitaria prestada, en su domicilio, a pacientes susceptibles con apoyo de su cuidador, proporcionando asistencia integral y personalizada con niveles diagnósticos, terapéuticos y de cuidados de rango hospitalario.

HADO se está desplegando en todo el territorio gallego, con el fin de conseguir los objetivos establecidos en el Plan Gallego de Hospitalización a domicilio-Estrategia HADO 2019-2023.

ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria en Galicia engloba el conjunto de servicios prestados, en los centros de atención primaria, el domicilio o la comunidad, por los profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajo social, fisioterapia, farmacia de AP, matrona, odontología, higiene bucodental y nutrición y dietética, así como el personal de las áreas administrativas.

Se ha realizado un análisis de la actividad total de los servicios de atención primaria en Galicia y su distribución entre el centro de salud y el domicilio, en los años 2021 , 2022 y 2023. Este análisis revela el claro predominio de la actividad sanitaria en el centro de salud, que constituye más del 98% de las consultas atendidas, frente a la realizada en el domicilio, que no llega a alcanzar el 2% del total.

TABLA 1. Nº total de consultas de atención primaria en **2021, 2022 y 2023**

		2021	2022	2023
Centro	Nº consultas ordinarias	30.890.199	29.586.156	25.739.455
	% sobre el total	***98,19%***	***98,24%***	***98,03%***
Domicilio	Nº consultas ordinarias	567.957	527.607	516.801
	% sobre el total	***1,81%***	***1,76%***	***1,97%***

FUENTE: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

El análisis de los datos recogidos en el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021* [9], elaborado por el Ministerio de Sanidad, refuerza esta visión. Según este informe, el 96,5% de las consultas médicas y de enfermería de atención primaria a nivel nacional se realizan en los centros sanitarios y el 3,5% restante en el domicilio.

En cuanto a la distribución de consultas por categoría profesional, tanto en el año 2021 como en el 2022 y en el 2023, las categorías profesionales que realizaron un mayor número de consultas en el domicilio en valores absolutos son, en orden descendente: enfermería, medicina de familia y trabajo social. El número de consultas por parte de otras categorías profesionales de atención primaria es muy reducido.

TABLA 2. Nº total de consultas de AP, clasificadas por categoría profesional, **2021-2023**

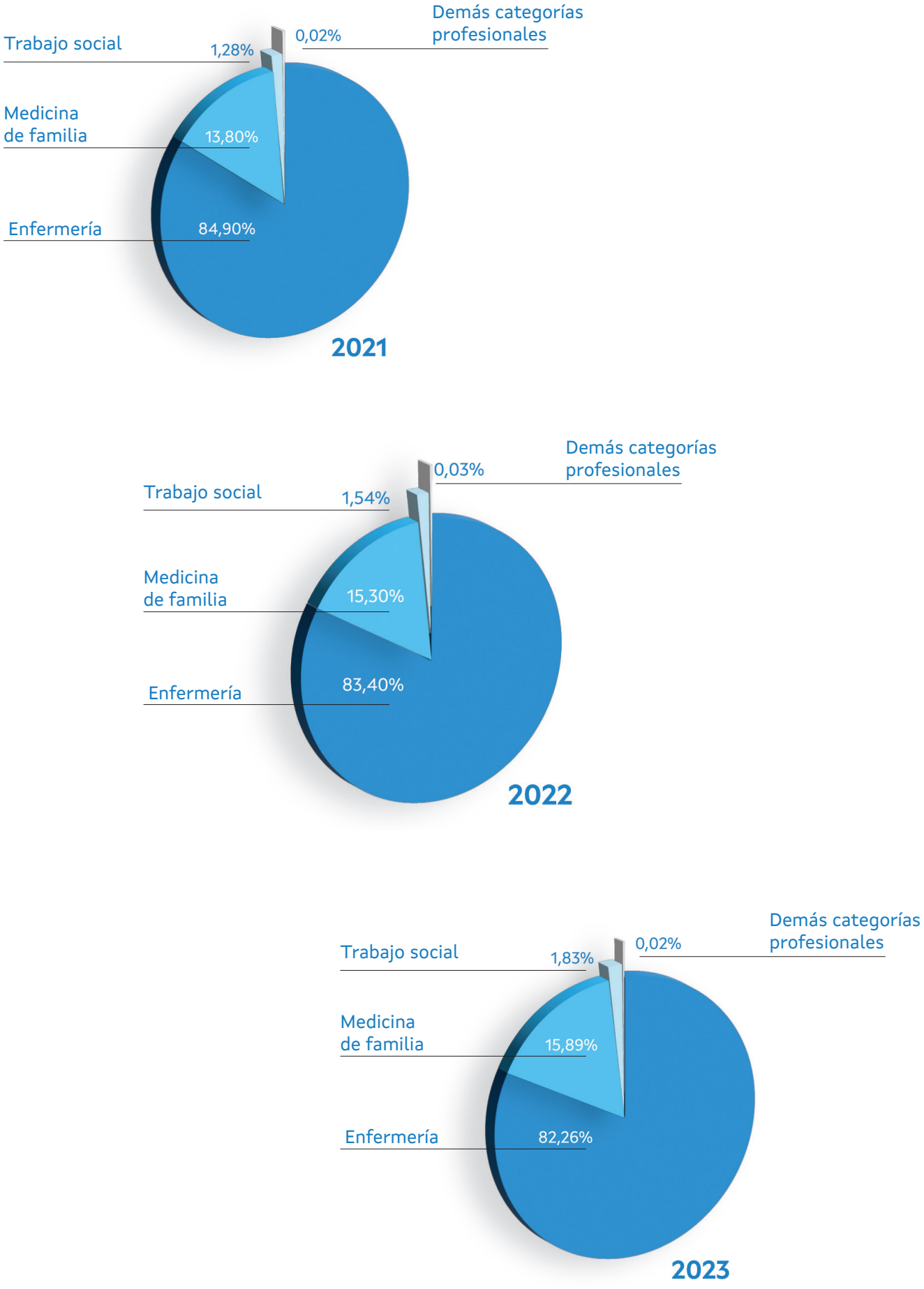
2021		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Trabajo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Nº consultas	14.221.109	15.160.692	458.988	164.512	523.603	361.295
	% sobre el total	***96,72%***	***99,49%***	***99.97%***	***95,78%***	***99,99%***	***99,99%***
Domicilio	Nº consultas	482.202	78.383	119	7.249	2	2
	% sobre el total	***3,28%***	***0,51%***	***0,03%***	***4,22%***	***0,001%***	***0,001%***

2022		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Trabajo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Nº consultas	10.200.918	15.161.862	481.886	162.024	611.426	479.464
	% sobre el total	***95,86%***	***99,48%***	***99,98%***	***95,33%***	***99,99%***	***100,00%***
Domicilio	Nº consultas	440.185	79.264	120	7.936	2	0
	% sobre el total	***4,14%***	***0,52%***	***0,02%***	***4,67%***	***0,001%***	***0,00%***

2023		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Trabajo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Nº consultas	9.508.798	14.315.385	525.902	173.811	679.806	535.753
	% sobre el total	***95,72%***	***99,43%***	***99,99%***	***94,85%***	***99,99%***	***100,00%***
Domicilio	Nº consultas	425.139	82.136	76	9.445	5	0
	% sobre el total	***4,28%***	***0,57%***	***0,01%***	***5,15%***	***0,001%***	***0,00%***

FUENTE: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

GRÁFICO 1. Distribución de la atención domiciliaria en los años 2021, 2022 y 2023



FUENTE: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

Detalle de la actividad de los/las profesionales de enfermería

Las consultas domiciliarias de los/las profesionales de enfermería supusieron un 3,28% de su actividad total en el año 2021, incrementando esta cifra hasta el 4,14% en el año 2022 y un 4,28% en el año 2023.

Los/las profesionales de enfermería llevan a cabo un mayor volumen de actividad en el domicilio en el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos y el Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras, coincidiendo con zonas geográficas de mayor proporción de población rural e índice de envejecimiento.

Con respecto al tipo de atención de las consultas realizadas en el domicilio por los/las profesionales de enfermería, se confirma la tendencia de que las consultas programadas son más frecuentes en todas las áreas sanitarias que las consultas a demanda.

Detalle de la actividad de los/las profesionales de medicina de familia

Dentro del total de áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Galicia, las áreas sanitarias de A Coruña, Cee y de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos son las que registran un mayor volumen de asistencias en el domicilio por parte de los/las profesionales de medicina de familia.

Por tipo de atención, la consulta es predominantemente a demanda en toda Galicia, si bien los datos evidencian un cambio de tendencia registrado en el año 2022 en comparación con años anteriores, apreciándose un incremento en el número de visitas domiciliarias programadas.

Detalle de la actividad de trabajo social

Los/las profesionales de trabajo social dedican un mayor porcentaje de su actividad a las consultas domiciliarias, en comparación al resto de profesionales de atención primaria.

Detalle de la actividad de otros profesionales

Para el resto de profesionales de atención primaria la actividad en el domicilio es muy reducida.

RECURSOS TECNOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Las plataformas tecnológicas y los sistemas de información corporativos, deben permitir a los profesionales de AP disponer de toda la información clínica en el domicilio del paciente, así como compartirla con otros profesionales y ámbitos que participan en su atención.

Si bien es cierto que el Servicio Gallego de Salud contaba con avanzados sistemas de información clínica, la pandemia provocada por el COVID-19 propició un nuevo impulso a la transformación digital, a la innovación en el ámbito sanitario y sobre todo a la creación de nuevos canales digitales de comunicación con el ciudadano.

Actualmente el Servicio Gallego de Salud dispone de los siguientes recursos y herramientas que dan soporte a los objetivos estratégicos de este plan:

TELEA

Plataforma tecnológica de teleseguimiento de pacientes en el domicilio, que está integrada con los sistemas de información corporativos y permite realizar un seguimiento continuo de la situación clínica del paciente y, por tanto, adelantarse a posibles episodios de agravamiento de la enfermedad.

El paciente/cuidador incluye una serie de biomedidas en la aplicación informática y/o da respuesta a cuestionarios clínicos/escalas de salud. Esta información se integra directamente en la historia clínica electrónica, para ser valorada por los profesionales sanitarios, que pueden comunicarse, si es necesario, con el paciente mediante llamada telefónica, videollamada o de forma presencial y así desarrollar las actuaciones encaminadas a restaurar la normalidad y prevenir recaídas o reagudizaciones. Desde el punto de vista del profesional, la herramienta permite la monitorización simultánea de varios pacientes, facilita el acceso a sus registros y da soporte al seguimiento clínico. TELEA está implantada en el 100% de los servicios de atención primaria y en varios servicios de atención hospitalaria.

CONECTA 72

Programa del Servicio Gallego de Salud diseñado para mejorar la **comunicación entre la enfermera de Atención Primaria y el paciente tras el alta hospitalaria, así como la integración entre profesionales de enfermería de distintos niveles asistenciales, favoreciendo la continuidad asistencial.** La información de las altas hospitalarias de todos los pacientes es recibida de forma automática por la/el profesional de enfermería del EAP, que contactará con el paciente en las primeras 72 horas post-alta, estableciendo el plan de continuidad de cuidados necesario en cada caso.

Historia clínica en movilidad (HCEMOV)

Disponible en todo el Servicio Gallego de Salud, fue **diseñada para unificar, concentrar, coordinar y compartir la información clínica generada fuera del ámbito del centro sanitario.** Permite manejar toda la información clínica disponible para el desarrollo de la actividad asistencial en el domicilio del paciente.

E-interconsulta

Funcionalidad integrada en la historia clínica electrónica que permite al profesional que acude al domicilio, realizar una interconsulta a otro profesional en relación al proceso asistencial del paciente. Toda la información asociada a esa atención, desde los datos administrativos al informe clínico asistencial derivado de la consulta quedan recogidos en la historia clínica del paciente y ambos profesionales, peticionario y consultor, pueden compartir la gestión del proceso.

SERGAS MÓVIL

Punto de acceso centralizado a los recursos móviles del Servicio Gallego de Salud con el objetivo de acercar el catálogo de aplicaciones y servicios electrónicos del Servicio Gallego de Salud a todos los ciudadanos, de forma transversal, integradora y eficaz.

E-Saúde

Herramienta de comunicación del Servicio Gallego de Salud con el ciudadano, accesible desde cualquier lugar y dispositivo (ordenador, móvil, tablet, etc.), que permite acceder a servicios y contenidos sanitarios personalizados.

CRM-100

Nuevo canal de comunicación de relación con el paciente en atención primaria. Mejora la accesibilidad a la atención primaria facilitando el contacto del ciudadano, ya que integra los canales de atención telefónica de cada centro de salud y garantiza la devolución de las llamadas recibidas en el centro con un tiempo óptimo de respuesta. Además, permite una interacción segura entre los profesionales y los pacientes/ciudadanos recopilando la información de contactos recientes del paciente con la organización y agrega en una visión 360 del paciente/ciudadano que permitirá, entre otros, ofrecer servicios digitales automáticos y personalizados, incluyendo la incorporación de un nuevo canal de notificación innovador (Chatbot de voz automatizado) para la notificación y reprogramación de citas , el envío automatizado de encuestas , etc.

VISIÓN DE LOS AGENTES CLAVE

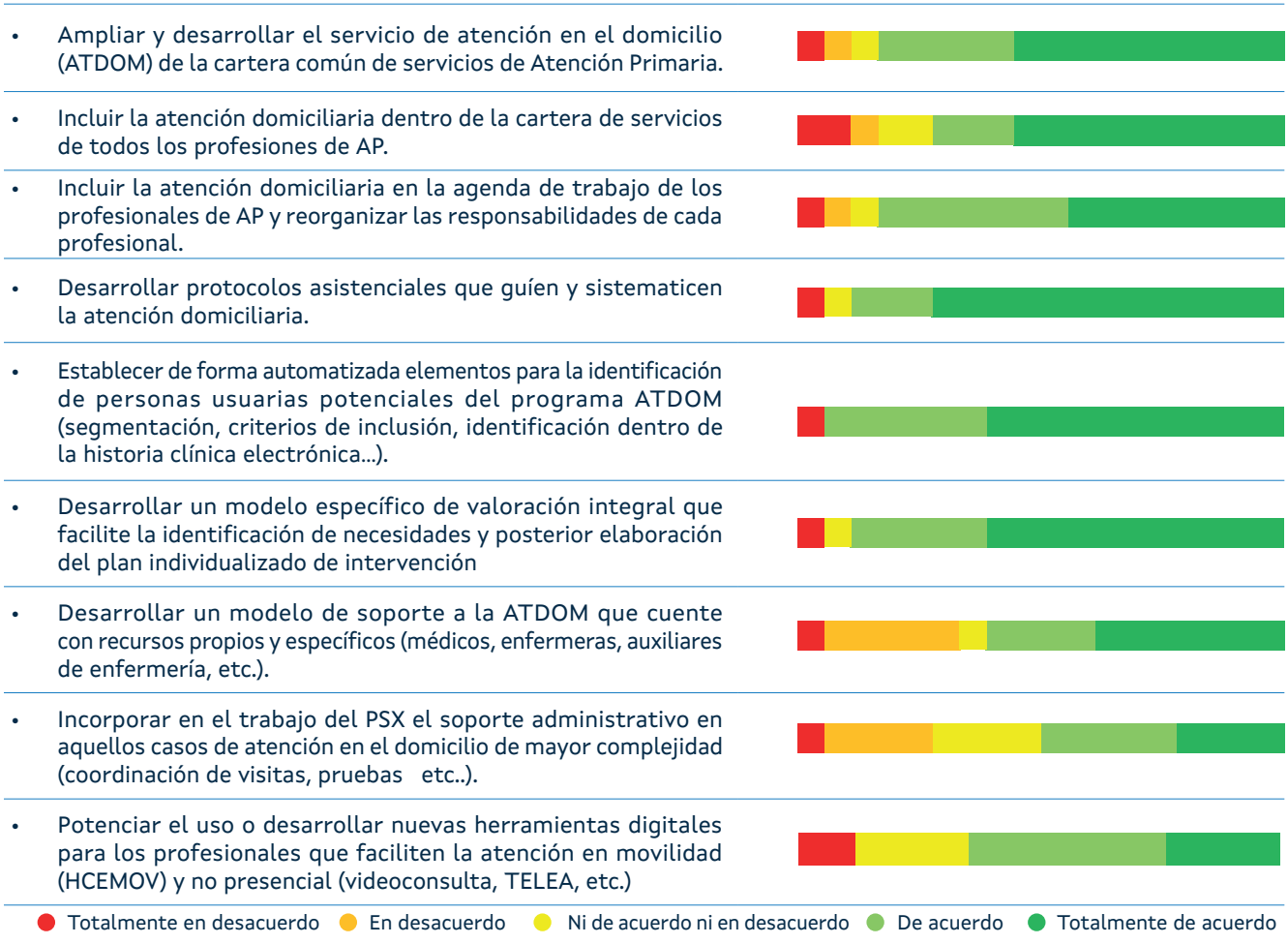
Para completar el análisis de situación se ha recogido la visión de un grupo de 23 profesionales de medicina de familia y enfermería, algunos de ellos con roles de coordinación y gerencia en sus puestos de trabajo.

Para recoger su opinión se realizaron entrevistas individuales a profesionales pertenecientes a las siete áreas sanitarias con el fin de identificar áreas de mejora y posibles líneas de trabajo en los distintos escenarios de la atención domiciliaria. Sobre la base de información recogida en las entrevistas, se definió y facilitó adicionalmente a todos los participantes un cuestionario en el que se les preguntaba sobre su grado de acuerdo con la idoneidad de los escenarios de atención, así como sobre posibles líneas de trabajo identificadas.

En general existe bastante consenso entre los profesionales en cuanto a las líneas de trabajo propuestas, pero se ha encontrado cierta discrepancia en relación al modelo óptimo de atención domiciliaria y las competencias que pueda asumir cada perfil profesional.

De forma sintetizada se recoge en el siguiente gráfico el grado de conformidad de los profesionales con las líneas de trabajo planteadas inicialmente, que han servido de punto de partida para establecer las líneas definitivas que se recogen en este plan.

GRÁFICO 2. Grado de conformidad sobre posibles líneas de atención

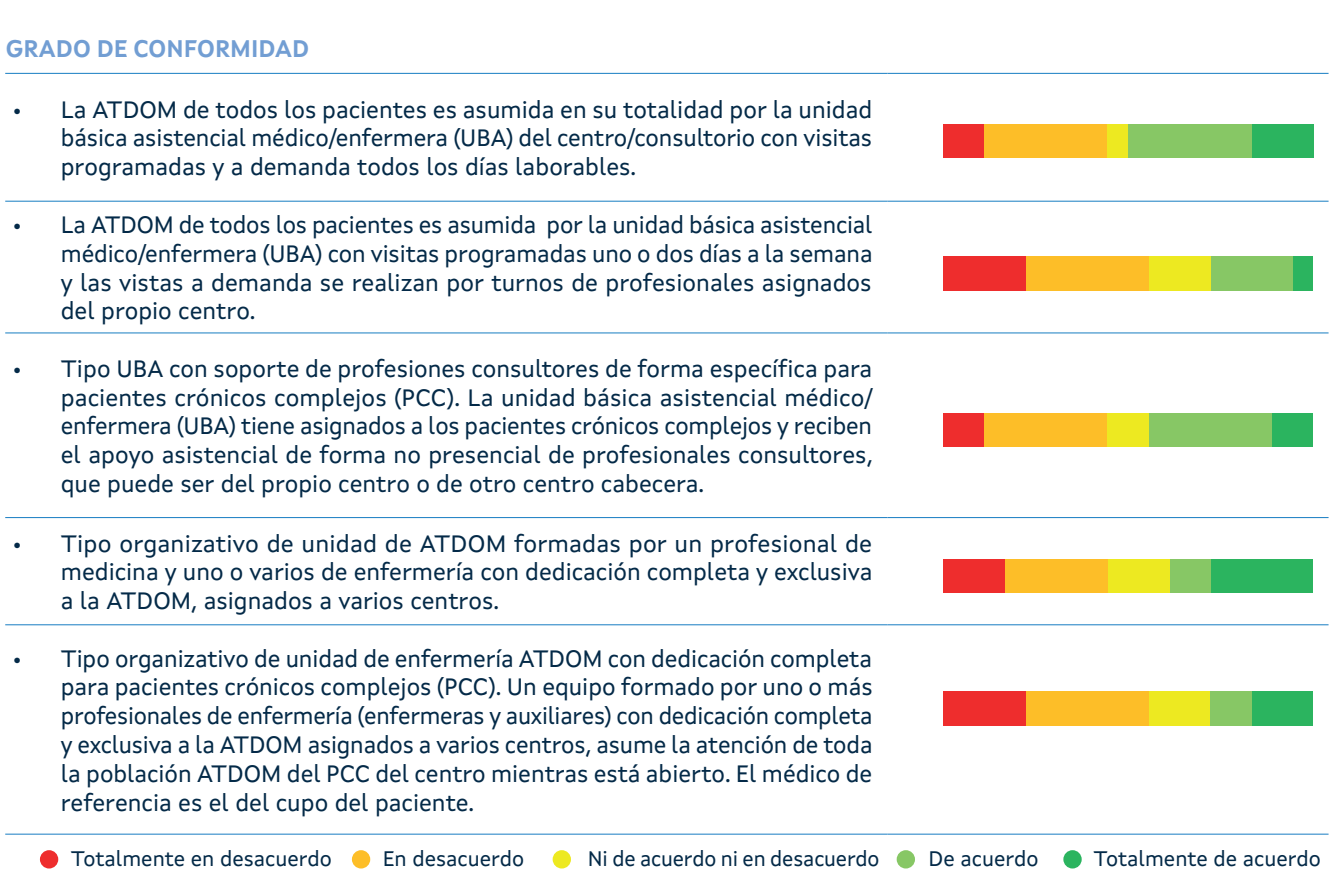


Entre las líneas de trabajo con mayor acogida destacan el desarrollo de protocolos asistenciales que guíen y sistematicen la atención domiciliaria, la definición de elementos clave para la identificación automatizada de potenciales personas usuarias de los programas de atención domiciliaria y el desarrollo de un modelo específico de valoración integral que facilite la identificación de necesidades del paciente y posterior elaboración de un plan individualizado de intervención.

En relación con el modelo organizativo óptimo para la atención domiciliaria, se preguntó a los profesionales sobre sus preferencias, desde el modelo organizativo tradicional en el que cada equipo básico asistencial del centro atiende a la población asignada, hasta otros que incluyesen perfiles específicos con dedicación completa a la atención domiciliaria.

El grado de consenso sobre los distintos modelos organizativos es menor, tal y como se muestra en el gráfico 3.

GRÁFICO 3. Grado de conformidad sobre posibles modelos de atención domiciliaria



Estas opiniones refuerzan la necesidad de establecer modelos de atención domiciliaria de forma coordinada y complementaria, incorporando en la atención, si es necesario, perfiles específicos, pero manteniendo el actual papel de los profesionales que atienden a los/las pacientes en su domicilio.



OBJETIVOS

El objetivo del Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria es:

OBJETIVO GENERAL

- **Reforzar el modelo de atención domiciliaria,** garantizando una atención integral y longitudinal, para mejorar la salud de la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **Potenciar la asistencia en el domicilio** siempre que se considere la modalidad de atención más adecuada, en función de la situación clínica y de las necesidades sociosanitarias del paciente.

2. **Establecer un modelo asistencial de atención domiciliaria** basado en la proactividad del sistema, la continuidad asistencial y que fomente la participación y la corresponsabilidad del/ de la paciente.



LINEAS ESTRATÉGICAS

El Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria se organiza en 5 líneas estratégicas. Para cada una de ellas, se establecen unos objetivos y acciones, cuyo cumplimiento garantice la consecución del plan.

A

IMPULSO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención domiciliaria se constituye como un pilar clave e indispensable en la propuesta de mejora del modelo actual de atención primaria.

Este Plan pretende impulsar la atención domiciliaria hacia un modelo proactivo y que garantice la longitudinalidad de la atención al paciente.

OBJETIVOS

A.1

Avanzar hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria.

- **ACCIÓN A.1. I**

- Proponer un nuevo modelo de atención domiciliaria.

  Se avanzará hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria basado en la proactividad del sistema, la continuidad asistencial y la corresponsabilidad del paciente en la toma de decisiones compartida.

  Los componentes de este modelo serán:

  - Inclusión del paciente en el Programa gallego de atención domiciliaria en atención primaria.
  - Identificación del profesional y equipo de referencia de atención primaria.
  - Valoración sociosanitaria integral e identificación de las necesidades del paciente.
  - Definición de los recursos y servicios que respondan a las necesidades detectadas.
  - Elaboración del plan de atención individualizado.
  - Seguimiento del plan de atención individualizado.

A.2

Priorizar la atención domiciliaria en todos los planes y estrategias asistenciales y organizativas vinculadas con la atención primaria, fomentando una atención proactiva en el domicilio.

- **ACCIÓN A.2. I**

  - Utilizar los planes locales de salud como marco de referencia sobre el que priorizar y desarrollar las actividades de atención en el domicilio.

    Los planes locales de salud constituyen un mecanismo de organización clave en atención primaria. Recogen una serie de iniciativas entre las que destacan:

    - Analizar los datos descriptivos de cada territorio en cuanto a características demográficas y socioeconómicas, nivel de educación, estado de salud, estilo de vida y grado de morbi-mortalidad de la población, para efectuar una planificación sanitaria de la atención domiciliaria en el territorio.

    - Definir los objetivos generales a alcanzar en cada servicio de atención primaria relacionados con los objetivos establecidos en los documentos estratégicos de la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud, destacando aquellos relacionados con la cartera de servicios, la atención domiciliaria, la atención comunitaria y socio-sanitaria, la transformción tecnológica, la accesibilidad y la calidad asistencial.

    - Dotar a los profesionales de los recursos necesarios para mejorar y agilizar la atención domiciliaria.

- **ACCIÓN A.2. II**

  - Desarrollar iniciativas para la prevención de enfermedades, actuando sobre los factores de riesgo a través de la educación y la promoción del autocuidado del paciente, de la familia y de la comunidad.

    El nuevo modelo abordará la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en atención domiciliaria. Con este fin se desarrollarán iniciativas de educación sanitaria dirigidas al fomento del autocuidado y al apoyo emocional y motivacional del paciente y su familia/cuidador, acercando al domicilio del paciente actividades llevadas a cabo en el ámbito de la atención comunitaria.

- **ACCIÓN A.2. III**

  - Potenciar el desarrollo y/o extensión de proyectos e iniciativas propuestas desde el ámbito de AP en relación con la atención domiciliaria.

    Desde atención primaria surgen proyectos a iniciativa de los propios profesionales o gestores locales de casos, con el fin de mejorar la atención domiciliaria. Se pretende apoyar esas iniciativas y extender a otras áreas de gestión aquellas que demuestran lograr una optimización de esta prestación.

B

NORMALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMICILIARIA EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se propone revisar la cartera de servicios de cada categoría profesional de atención primaria y estandarizar los procedimientos e intervenciones llevados a cabo en el hogar del paciente.

OBJETIVOS

B.1

Potenciar el servicio de atención domiciliaria incluido dentro de las carteras de servicios de las categorías profesionales de atención primaria.

- **ACCIÓN B.1. I**

- Incluir las funciones específicas de atención domiciliaria recogidas en la cartera de servicios de cada profesional de atención primaria en un único modelo normalizado e integrador.

  Se establecen las tareas que los profesionales de atención primaria desarrollan en el domicilio:

  ⇨ Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

  - Promoción de la alimentación saludable y el ejercicio físico.
  - Identificación y abordaje de conductas y factores de riesgo para la salud.
  - Administración de vacunas.
  - Prevención de caídas y otras lesiones no intencionadas.
  - Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional.
  - Detección precoz del deterioro físico.
  - Valoración de la integridad cutánea.
  - Consejo y seguimiento de la polimedicación y de la multimorbilidad.
  - Cribado de salud bucodental y problemas de nutrición y deglución.
  - Identificación de riesgo social y psicosocial del paciente y del entorno cuidador.
  - Valoración social de factores de riesgo y factores protectores relacionados con la vivienda.

⇨ Actividades de valoración y seguimiento a las personas con enfermedades crónicas y personas mayores de riesgo:

- Identificación de la fragilidad y complejidad.
- Valoración sociosanitaria integral que comprenderá valoración de la dependencia para las actividades de la vida diaria, del estado cognitivo, de la fragilidad y del riesgo de úlceras (detallado en el **Anexo I**).
- Aplicación de escalas de valoración en función de las necesidades de cada paciente (detallado en el **Anexo II**).
- Valoración de la sobrecarga del cuidador (detallado en el **Anexo II)**.
- Detección del grado de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia/cuidadores, así como sus expectativas al respecto.
- Elaboración de la historia social sanitaria.
- Establecimiento de un plan de atención individualizado que incluya un plan terapéutico y un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades y/o problemas identificados.
- Intensificación de la atención sanitaria en caso de descompensación de sus patologías crónicas, en el seguimiento post alta hospitalaria y en cualquier otra situación en la que se necesite un cuidado especial.
- Información y asesoramiento a las personas atendidas y a las personas vinculadas a ellas, especialmente al cuidador o cuidadora principal y familiares.
- Establecimiento del plan de decisiones anticipadas o el documento de voluntades anticipadas.
- Elaboración de la estrategia de final de la vida y acompañamiento de las personas y la familia.
- Acompañamiento en el proceso de eutanasia cuando la persona atendida lo solicita.

⇨ Actividades de coordinación de los referentes de la persona atendida con:

- ESAD.
- O61.
- Servicio de hospitalización a domicilio (HADO).
- Atención hospitalaria.
- Centros y equipos de salud mental.
- Rehabilitación, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.
- Servicios sociales y entidades comunitarias locales.

⇨ Actividades de formación, asesoramiento y acompañamiento

- Información y formación en educación sanitaria a las personas vinculadas a la que recibe la atención, especialmente a la persona cuidadora principal o referente.
- Formación continuada a los profesionales.
- Dar soporte moral y psicológico al núcleo familiar.

B.2

Desarrollar el Programa gallego de atención domiciliaria en AP.

- **ACCIÓN B.2. I**

- Definir el Programa gallego de atención domiciliaria en AP.

El Programa gallego de atención domiciliaria en AP deberá definir y normalizar la identificación adecuada de los pacientes, los criterios de inclusión y exclusión en el Programa, el conocimiento de los problemas más prevalentes y frecuentemente atendidos en el domicilio, y la elaboración y aplicación de protocolos que homogeneicen el trabajo de los profesionales que prestan la atención en domicilio.

⇨ Población diana.

Toda la población con cobertura por el sistema público de salud de Galicia que cumpla los criterios de inclusión en el Programa.

Aunque todas las personas que lo precisen pueden recibir atención domiciliaria desde atención primaria, para optimizar esta prestación asistencial es conveniente seleccionar adecuadamente aquellas que sean candidatas.

⇨ Criterios de inclusión.

Personas que cumplan al menos alguno de los siguientes criterios:

- Imposibilidad para desplazarse al centro de salud por motivos de salud, por su condición física o por su situación social y/o del entorno, de forma temporal o permanente.
- Paciente con patología crónica compleja y/o avanzada
- Paciente con necesidades de atención paliativa y/o de cuidados al final de la vida.

⇨ Criterios de exclusión.

Personas que cumplan al menos alguno de los siguientes criterios:

- Paciente que solo precisa una atención puntual en su domicilio.
- Paciente que, tras una valoración socio sanitaria, se determina que precisa ser atendido en otro recurso asistencial más adecuado a su situación.
- La no aceptación por parte de la persona y su familia.

⇨ Identificación del paciente incluido en el Programa gallego de atención domiciliaria en AP.

El paciente deberá ser identificado en la historia clínica bien por su problema de salud, etiqueta clínica o condicionante que determine su inclusión.

- **ACCIÓN B.2. II**

- Elaboración de procedimientos basados en el conocimiento científico para homogeneizar la atención que prestan los profesionales en el domicilio.

Se establecerán las bases para una valoración multidimensional, que incluya aspectos que permitan identificar las necesidades, valores y recursos del paciente y de la familia. El trabajo interdisciplinario es necesario para la realización de una valoración completa y exhaustiva. El uso de test o escalas validadas mejora la realización y la calidad de este proceso y la información obtenida será utilizada para la toma de decisiones en la elaboración del plan de intervención.

La periodicidad de las intervenciones y visitas de profesionales se establecerá en función de la situación y necesidades del paciente y la familia.

- **ACCIÓN B.2. III**

- Utilizar un sistema de datos analizable de forma continua.

La historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud permite el registro en tiempo real de las consultas, tratamientos, pruebas complementarias y otras intervenciones realizadas al paciente. Es un sistema de información específico, adecuado y potente, ya que permite el acceso, manejo y registro de la información clínica del paciente agrupada en un único soporte para todos los profesionales.

C

CREACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se constituyen como recursos asistenciales de apoyo que colaboran con el equipo básico de salud, en las situaciones que proceda tras una valoración. Estos equipos están compuestos por profesionales de atención primaria, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en el domicilio a los pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria en atención primaria.

OBJETIVOS

C.1

Implantar ESAD en atención primaria.

▪ **ACCIÓN C.1. I**	▪ Identificar las necesidades de apoyo por el ESAD. Para un correcto despliegue de los ESAD se realizará un análisis de las necesidades actuales y previsibles de cada uno de los servicios de atención primaria. Una vez realizado dicho análisis, se identificarán aquellas situaciones y/o localizaciones que se beneficiarían más de la implantación de los ESAD, con el objeto de planificar el número de equipos necesarios y priorizar su asignación.

- **ACCIÓN C.1. II**

- Establecer la estructura de los ESAD.

Para la constitución de los ESAD se precisará de recursos humanos y materiales, de acuerdo a un modelo básico inicial, que podrá adaptarse adecuándose a la planificación realizada.

⇨ Recursos humanos. Los ESAD estarán formados por profesionales de atención primaria del área sanitaria correspondiente. Los perfiles profesionales que inicialmente formarán parte del ESAD son enfermeras/os, sin perjuicio de la incorporación posterior de otros perfiles profesionales del ámbito de atención primaria.

⇨ Recursos materiales. Cada ESAD dispondrá de una infraestructura básica que le permitirá ejercer de forma plena su función que incluye, como mínimo:

- Unidad funcional, situada estratégicamente en un centro de salud del área sanitaria que esté próximo a vías rápidas de comunicación y centrado geográficamente.
- Vehículo con capacidad para transportar el material sanitario necesario para la atención en el domicilio.
- Siempre que sea posible, dispositivos electrónicos que permitan el acceso a la historia clínica digital del paciente en movilidad.
- Material sanitario y no sanitario requerido para una óptima atención.
- Material fungible y medicación.

- **ACCIÓN C.1. III**

- Definir la operativa del ESAD.

Para el correcto funcionamiento de los ESAD y su coordinación con los equipos de atención primaria, se precisan una serie de tareas concretas:

⇨ Definir los criterios de inclusión de pacientes.

Se definirán una serie de criterios comunes de inclusión a todos los pacientes y otros específicos.

Los criterios comunes de inclusión son:

- Disponibilidad de un domicilio estable en el área sanitaria en las que se va a implantar el ESAD.
- Aceptación del servicio por parte del paciente y la persona cuidadora principal.

Los criterios específicos se establecen atendiendo al tipo de paciente, situación clínica y/o condicionantes sociosanitarios. Estos criterios pueden ser ampliados en función de las necesidades detectadas. Inicialmente se establecen los siguientes:

- Pacientes inmovilizados.
- Pacientes crónicos complejos y/o avanzados.
- Pacientes con necesidades de atención paliativa.
- Pacientes en residencia sociosanitaria con necesidad de atención clínica y/o de cuidados desde AP.
- Pacientes que, tras un ingreso en hospitalización a domicilio (HADO), precisen continuidad de cuidados en el domicilio.

⇨ Sistematizar la identificación y captación de pacientes candidatos al Programa gallego de atención domiciliaria.

La captación de los pacientes se realizará de forma automática a través de las herramientas corporativas de explotación de la información contenida en la historia clínica y en los sistemas de información corporativos o bien a propuesta del equipo de atención primaria (EAP).

⇨ Definir agendas de trabajo de los profesionales del ESAD y el sistema de registro de actividad.

Habilitar los sistemas de gestión para dar soporte a la organización y registro de la actividad de los profesionales del ESAD.

- **ACCIÓN C.1. IV**

- Establecer referentes para la organización y desarrollo de actividades del Programa gallego de atención domiciliaria.

Para el correcto funcionamiento de los ESAD y homogeneización de los servicios prestados, se conformará una red de responsables del Programa gallego de atención domiciliaria en AP en cada Área Sanitaria.

C.2

Desarrollar iniciativas de soporte a las personas cuidadoras.

- **ACCIÓN C.2. I**

- Proporcionar apoyo a la familia y cuidadores mediante la formación y coordinación de los recursos sociales disponibles.

  El estado de salud, físico y mental, de los familiares y/o cuidadores del paciente constituye un factor clave en la atención recibida por el paciente y, por ello, los equipos de atención primaria deben velar en todo momento su óptimo estado de salud.

  Con este fin, desde el ESAD se proporcionará a la persona cuidadora soporte emocional y/o atención sanitaria, si fuera preciso.

  En el caso de detectar la existencia de vulnerabilidad en la persona cuidadora, será necesario establecer por parte de trabajo social los planes de intervención social y sociosanitaria de minimización de riesgo para paciente y persona cuidadora, en coordinación con el resto del equipo y con los recursos sociales comunitarios.

D

DOTACIÓN DE LAS MEDIDAS Y RECURSOS NECESARIOS PARA EL IMPULSO, DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Para poder llevar a cabo una atención domiciliaria de calidad, equitativa y que garantice una atención sanitaria integral, es preciso dotar al sistema de una serie de recursos, tanto humanos como materiales, que permitan la implementación, seguimiento y evaluación de este Plan.

OBJETIVOS

D.1

Establecer elementos para la identificación de personas usuarias potenciales del Programa gallego de atención domiciliaria en AP.

▪ **ACCIÓN D.1. I**	▪ Establecer de forma automatizada procesos de segmentación, y procedimientos de identificación de pacientes dentro de los sistemas de información corporativos. Se establecerá un proceso de captación proactiva de pacientes no incluidos actualmente en programas de atención a domicilio, que incluya criterios para identificar y priorizar la atención domiciliaria a los grupos de población de mayor riesgo. Para ello se definirán criterios de selección basados en la información incluida en la historia clínica electrónica y/o en otros sistemas de información corporativos. Una vez definidos los criterios, se realizará un proceso automatizado para seleccionar a la población diana, cuyo listado será mostrado a los profesionales para facilitar la inclusión de pacientes en el Programa.

D.2

Potenciar la implantación de las agendas de calidad de las categorías profesionales de AP.

- **ACCIÓN D.2. I**

- Adaptar las agendas profesionales de todos los perfiles de atención primaria a los requerimientos de atención domiciliaria que contempla el Plan.

  Se adaptarán las agendas de todas las categorías y puestos en las que proceda, para una adecuada atención en concordancia con los recursos disponibles. La atención deberá ser prestada por el profesional más adecuado a la situación específica de la persona atendida.

D.3

Desarrollar las herramientas digitales para favorecer la atención domiciliaria.

- **ACCIÓN D.3. I**

- Potenciar las actuales herramientas tecnológicas de seguimiento domiciliario así como aquellas orientadas a facilitar, de forma específica, la atención sociosanitaria (pacientes crónicos o personas en situación de dependencia) y la atención en movilidad.

  Se potenciará el uso de aquellas actualmente disponibles y se avanzará en el desarrollo de nuevas herramientas que faciliten el despliegue de los servicios de atención domiciliaria.

D.4

Evaluación y seguimiento del Plan.

- **ACCIÓN D.4. I**

- Identificar objetivos e indicadores de proceso y de resultado analizables y comparables entre territorios y equipos profesionales de forma continua.

  La evaluación del Plan constituye un factor clave para conocer la efectividad y factibilidad de las actuaciones llevadas a cabo, así como las dificultades y obstáculos que han surgido en el proceso de implantación para de este modo, planificar las reformas necesarias. En el apartado 6.3. se presentan los indicadores que permitirán realizar dicha evaluación.

- **ACCIÓN D.4. II**

- Facilitar estrategias de benchmarking y mejora continua del Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria.

  Se realizarán sesiones clínicas entre profesionales de distintos dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, así como jornadas de difusión y evaluación de los resultados del Plan gallego para la atención domiciliaria en atención primaria.

▪ **ACCIÓN D.4. III**	▪ Incorporar resultados en salud percibidos y de experiencia del paciente. Los resultados de salud percibidos por el paciente (PROM) y/o resultados de experiencia percibida por el paciente (PREM) son dos instrumentos que permiten la incorporación de la voz del paciente a lo largo del proceso de cuidados de una persona y permiten orientar la atención hacia lo que realmente le importa al paciente, tanto en términos de resultados en salud como en términos de su experiencia de cuidados. Mientras que los PROM miden aspectos relacionados con la calidad de vida, la funcionalidad y síntomas asociados a una patología, los PREM se focalizan en como un paciente vive su experiencia de cuidados. La implementación de ambos instrumentos precisa de sistemas de información avanzados y accesibles al paciente para que éste pueda ir reportando, en base a herramientas previamente validadas, tanto sus resultados de salud percibidos por el paciente, como su experiencia de cuidados.

E PROMOCIÓN DE LA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Una atención sanitaria de calidad implica un proceso continuo de mejora sustentado en avances científicos documentados, experiencias de éxito registradas y el aprendizaje de procedimientos e intervenciones más actualizados. Para asegurar una atención domiciliaria de calidad a los pacientes es necesario fomentar la investigación, formación y docencia en este ámbito de atención sanitaria.

OBJETIVOS

E.1

Fomentar la investigación como vía de desarrollo de una atención domiciliaria de mayor calidad.

- **ACCIÓN E.1. I**

- Favorecer la investigación en el campo de la atención domiciliaria contando con convocatorias, tiempo y presupuestos específicos.

  Se propone fomentar una estrategia de investigación que incluya como una de las líneas temáticas el campo de la atención domiciliaria. Esto permitirá un mayor conocimiento y difusión de este ámbito de la atención entre la comunidad sanitaria, la difusión de buenas prácticas y la evaluación de su impacto real y revertirá en el desarrollo de la mejor evidencia científica de la atención sanitaria prestada en el domicilio.

  Para ello se proponen las siguientes actividades clave:

  - Realizar una descripción del estado de situación actual de la actividad científica en el campo de la atención domiciliaria.
  - Priorizar líneas de investigación con mayor potencial de impacto y desarrollo.
  - Identificar grupos de investigación en áreas de interés afines y establecer contacto con ellos para colaborar en proyectos de investigación comunes.
  - Identificar convocatorias relacionadas con la financiación de proyectos de investigación en el ámbito de la atención primaria.

E.2

Difundir los avances científicos y experiencias de éxito registrados en materia de atención domiciliaria, mediante sesiones/cursos de formación impartidos a los distintos perfiles profesionales de atención primaria.

▪ **ACCIÓN E.2. I**	▪ Favorecer la difusión de proyectos y experiencias de éxito relacionadas con la mejora de la atención domiciliaria. El objetivo principal es lograr la difusión de las acciones más relevantes desarrolladas en el marco de la atención domiciliaria para generar conocimiento e interacción. Se propone dar a conocer, tanto interna como externamente, el conjunto de iniciativas y proyectos llevados a cabo desde atención primaria, en relación al Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria, y presentar aquellos resultados obtenidos durante el desarrollo de los proyectos susceptibles de ser comunicados. Este procedimiento está orientado a informar de forma unidireccional a diferentes grupos de interés. Las actividades clave a desarrollar para la consecución de esta acción partirán desde la elaboración de un Plan de Comunicación para cada proyecto satisfactorio y la implantación de elementos de difusión directa, publicaciones y materiales específico que incluyan formato digital, notas de prensa y entrevistas, generación de publicaciones científicas o comunicaciones en foros y congresos.
▪ **ACCIÓN E.2. II**	▪ Impulsar la evaluación del impacto de los programas y proyectos de atención domiciliaria implementados en atención primaria. La evaluación del impacto permite medir los efectos que los programas y proyectos de atención domiciliaria pueden tener sobre la población beneficiaria y conocer si dichos efectos son en realidad atribuibles a la intervención llevada a cabo. Para la evaluación del impacto, se definirán proyectos y estudios específicos que midan los resultados de la atención domiciliaria que se presta en atención primaria.

E.3

Diseñar e implantar una estrategia de formación en Atención domiciliaria.

ACCIÓN E.3. I

- Integrar en el plan de formación continuada del Servicio Gallego de Salud actuaciones que respondan a las necesidades de formación de los profesionales en materia de atención domiciliaria.

  Formación continuada de los profesionales que realizan atención domiciliaria en materias de:

  - Cuidados de pacientes en situación de cronicidad.
  - Cuidados paliativos y/o cuidados al final de la vida.
  - Programas de prevención y detección precoz de complicaciones y exacerbaciones.
  - Uso de herramientas diagnósticas o terapéuticas.
  - Experiencias de éxito registradas en atención domiciliaria y avances científicos documentados.
  - Derechos de salud de las personas con procesos crónicos avanzados y calidad de vida.
  - Metodología de la atención centrada en la persona y la perspectiva de atención integral.
  - Valores individuales, ética y diversidad cultural en atención a la salud.

  Se impartirá formación presencial y on-line básica para los profesionales, y avanzada para referentes y miembros de equipos de soporte.

  Se facilitará la asistencia de los profesionales de atención primaria a congresos, simposios, mesas redondas u otros eventos formativos relacionados con la atención en el domicilio.



IMPLEMENTACIÓN

IMPLEMENTACIÓN

La implementación del **Plan gallego para la atención domiciliaria en atención primaria** estará coordinada por la Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria en colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.

TEMPORALIZACIÓN

A fin de lograr una implementación plena y satisfactoria del Plan, se propone la ejecución de las acciones incluidas en las líneas estratégicas en dos intervalos temporales atendiendo a su impacto y factibilidad:

Objetivos a desarrollar:

A CORTO PLAZO — Implantación **2024**

A MEDIO PLAZO — Implantación **2025**

La distribución de los objetivos a alcanzar según el intervalo temporal previsto se muestra en la tabla 5.

El cumplimiento de cada uno de los objetivos conllevará la ejecución de las acciones vinculadas al mismo. Se propondrá constituir un grupo de seguimiento del plan que priorizará las acciones a corto y a medio plazo.

TÁBOA 5. Temporalización de los objetivos estratégicos

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	TEMPORALIZACIÓN
A Impulso de la atención domiciliaria desde atención primaria	**A1.** Avanzar hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria	**2025** MEDIO PLAZO
	A2. Priorizar la atención domiciliaria en todos los planes y estrategias asistenciales y organizativas vinculadas con la atención primaria, fomentando una atención proactiva en el domicilio	**2025** MEDIO PLAZO
B Normalización de la actividad domiciliaria en la cartera de servicios de atención primaria	**B1.** Potenciar el servicio de atención domiciliaria incluido dentro de las carteras de servicios de las categorías profesionales de atención primaria	**2024** CORTO PLAZO
	B2. Desarrollar el Programa gallego de Atención domiciliaria en atención primaria	**2025** MEDIO PLAZO
C Creación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	**C1.** Implantar ESAD en atención primaria	**2024** CORTO PLAZO
	C2. Desarrollar iniciativas de soporte a las personas cuidadoras de los pacientes	**2025** MEDIO PLAZO
D Dotación de los recursos necesarios para el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de la atención domiciliaria	**D1.** Establecer elementos para la identificación de personas usuarias potenciales del Programa gallego de atención domiciliaria	**2024** CORTO PLAZO
	D2. Potenciar la implantación de las agendas de calidad de las categorías profesionales de AP	**2024** CORTO PLAZO
	D3. Desarrollar las herramientas digitales para favorecer la atención domiciliaria	**2025** MEDIO PLAZO
	D4. Evaluación y seguimiento del Plan	**2025** MEDIO PLAZO
E Promoción de la formación, docencia e investigación	**E1.** Fomentar la investigación como vía de desarrollo de una atención domiciliaria de mayor calidad	**2025** MEDIO PLAZO
	E2. Difundir los avances científicos y experiencias de éxito registrados en materia de atención domiciliaria, mediante sesiones/cursos de formación impartidos a los distintos perfiles profesionales de atención primaria	**2025** MEDIO PLAZO
	E3. Diseñar e implantar una estrategia de formación en Atención domiciliaria	**2025** MEDIO PLAZO

COMPETENCIA

Con el propósito de detallar al máximo posible la implementación del Plan se propone la clasificación de la competencia de los objetivos a alcanzar en tres niveles:

NIVEL MACRO

Direcciones Generales a nivel de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud:

- Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria_**DGPRS**
- Dirección General de Asistencia Sanitara_**DGAS**
- Dirección General de Recursos Humanos_**DGRRHH**

NIVEL MESO

Áreas sanitarias

NIVEL MICRO

Servicios de AP

La distribución de los objetivos según su órgano de competencia se muestra en la tabla 6.

TABLA 6. Distribución de los objetivos según su órgano de competencia

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	ÓRGANO DE COMPETENCIA
A Impulso de la atención domiciliaria desde atención primaria	**A1.** Avanzar hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria	**DGPRS** (NIVEL MACRO)
	A2. Priorizar la atención domiciliaria en todos los planes y estrategias asistenciales y organizativas vinculadas con la atención primaria, fomentando una atención proactiva en el domicilio	**DGAS, DGPRS,** (NIVEL MACRO)
B Normalización de la actividad domiciliaria en la cartera de servicios de atención primaria	**B1.** Potenciar el servicio de atención domiciliaria incluido dentro de las carteras de servicios de las categorías profesionales de atención primaria	**DGAS, DGPRS,** (NIVEL MACRO)
	B2. Desarrollar el Programa gallego de Atención domiciliaria en atención primaria	**DGAS, DGPRS,** (NIVEL MACRO)
C Creación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	**C1.** Implantar ESAD en atención primaria	**DGAS, DGPRS, DGRRHH** (NIVEL MACRO)
	C2. Desarrollar iniciativas de soporte a las personas cuidadoras de los pacientes	**Áreas Sanitarias** (NIVEL MESO)
D Dotación de los recursos necesarios para el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de la atención domiciliaria	**D1.** Establecer elementos para la identificación de personas usuarias potenciales del Programa gallego de atención domiciliaria	**DGPRS** (NIVEL MACRO)
	D2. Potenciar la implantación de las agendas de calidad de las categorías profesionales de AP	**DGPRS** (NIVEL MACRO)
	D3. Desarrollar las herramientas digitales para favorecer la atención domiciliaria	**SGSTI** (NIVEL MICRO)
	D4. Evaluación y seguimiento del Plan	**DGPRS** (NIVEL MACRO)
E Promoción de la formación, docencia e investigación	**E1.** Fomentar la investigación como vía de desarrollo de una atención domiciliaria de mayor calidad	**DGAS, DGPRS,** (NIVEL MACRO)
	E2. Difundir los avances científicos y experiencias de éxito registrados en materia de atención domiciliaria, mediante sesiones/cursos de formación impartidos a los distintos perfiles profesionales de atención primaria	**Áreas Sanitarias** (NIVEL MESO)
	E3. Diseñar e implantar una estrategia de formación en Atención domiciliaria	**DGAS, DGPRS,ACIS** (NIVEL MACRO)



SEGUIMIENTO Y EVALUACION

SEGUIMIENTO DEL PLAN

Con el fin de garantizar la correcta y adecuada ejecución de las acciones reflejadas en el presente documento, la DGPRS en colaboración la DGAS y la DGRRHH elaborarán de forma anual un informe sobre el estado de implantación del Plan incluyendo los resultados de los indicadores de evaluación propuestos. Todo esto servirá para monitorizar el avance en la consecución de los objetivos planteados y valorar posibles modificaciones en las acciones previstas.

EVALUACIÓN DEL PLAN

La evaluación del Plan constituye un factor clave para conocer la efectividad y factibilidad de las actuaciones llevadas a cabo, así como conocer las dificultades y obstáculos que han surgido, y de este modo, implementar las mejoras necesarias. A su vez, constituye una excelente herramienta para informar a los gestores y demás agentes sobre el avance de las propuestas, así como compartir el trabajo realizado con la ciudadanía.

La evaluación del Plan gallego de atención domiciliaria en atención primaria considerará los tres niveles estamentales (macro, meso y micro) y sus respectivas responsabilidades en los criterios de valoración para la correcta supervisión del refuerzo de Atención domiciliaria mediante las acciones contempladas a lo largo del proyecto.

Los indicadores clave para esa evaluación se obtendrán de los sistemas de información corporativos existentes, sin menoscabo de emplear otras fuentes de información que se consideren necesarias (detallado en el apartado 6.3.).

Tras finalizar el período establecido en el Plan, se realizará un informe de evaluación final que incluya como mínimo la evolución temporal de los resultados de los indicadores clave establecidos, los cuales pueden que ser ampliados si se considera pertinente.

INDICADORES CLAVE DE EVALUACIÓN

Línea estratégica

A	Impulso de la atención domiciliaria desde atención primaria
DESCRIPCIÓN: Promedio de visitas realizadas por enfermería a pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** Número de visitas realizadas por enfermería a pacientes incluidos en Programa gallego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en Programa gallego de atención domiciliaria en el periodo evaluado. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Promedio de visitas realizadas por médicos/as de familia a pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** Número de visitas realizadas por médicos/as de familia a pacientes incluidos en Programa gallego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en el programa. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Promedio de visitas realizadas por profesionales de trabajo social a pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** Número de visitas realizadas por profesionales de trabajo social en pacientes incluidos en Programa gallego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en Programa gallego de atención domiciliaria en el periodo evaluado. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.

Línea estratégica

B Normalización de la actividad domiciliaria en la cartera de servicios de atención primaria

DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria en AP.	**FÓRMULA:** Número total de pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria pertenecientes a la población asignada al centro de salud / Servicio de atención primaria. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria en AP a por rangos de edad.	**FÓRMULA:** Número de pacientes por rangos de edad (<65 años, 65-79 años , >79 años) incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria pertenecientes a la población asignada Centro de Salud/Servicio de Salud. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria identificados como inmovilizados.	**FÓRMULA:** Número de pacientes inmovilizados incluidos en el Programa gallego atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en el programa gallego atención domiciliaria x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria identificados como Paciente Crónico Complejo (PCC).	**FÓRMULA:** Número de pacientes considerados PCC incluidos en el Programa gallego atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en el programa gallego atención domiciliaria x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria identificados como pacientes paliativos.	**FÓRMULA:** Número de pacientes considerados pacientes paliativos incluidos en el Programa gallego atención domiciliaria / Total de pacientes incluidos en el programa gallego atención domiciliaria x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria con un Plan de Atención Individualizado (PAI) realizado.	**FÓRMULA:** Número de pacientes incluidos en el Programa gallego atención domiciliaria que tienen registrado un PAI / Total pacientes incluidos en el Programa gallego atención domiciliaria en AP x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Registro de valoración multidimensional (escalas consensuadas según protocolo).	**FÓRMULA:** Número de pacientes con registro de valoración multidimensional (escalas consensuadas según protocolo) / Total pacientes incluidos en el programa gallego de atención domiciliaria x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.

C Creación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

DESCRIPCIÓN: Pacientes atendidos por los ESAD.	**FÓRMULA:** Número total de pacientes atendidos por los ESAD. **PERIODICIDAD:** Trimestral. **DESAGREGACIÓN:** ESAD/Centro de Salud/Servicio de Salud/Área de salud/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Pacientes atendidos por los ESAD desagregado por rangos de edad.	**FÓRMULA:** Número total de pacientes atendidos por los ESAD desagregado por rangos de edad (<65 años, 65-79 años, >79 años). **PERIODICIDAD:** Semestral. **DESAGREGACIÓN:** ESAD/Centro de Salud/Servicio de AP/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Actividad asistencial de los ESAD.	**FÓRMULA:** Número total de asistencias sanitarias realizadas por los ESAD en el domicilio. **PERIODICIDAD:** Trimestral. **DESAGREGACIÓN:** ESAD/Centro de Salud/Servicio de AP/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Actividad asistencial diaria promedio de los ESAD.	**FÓRMULA:** Número de asistencias sanitarias realizadas por los ESAD en el domicilio /Número días de la semana en los que los ESAD están operativos en el periodo evaluado. **PERIODICIDAD:** Trimestral. **DESAGREGACIÓN:** ESAD/Centro de Salud/Servicio de AP/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Actividad asistencial conjunta.	**FÓRMULA:** Número de consultas en domicilio realizadas por los ESAD acompañados por un profesional del centro de salud. Número de consultas domiciliarias realizadas por los ESAD en el domicilio que incluyen a un profesional del centro de salud/ Número de asistencias sanitarias realizadas por los ESAD en el domicilio x 100. **PERIODICIDAD:** Trimestral. **DESAGREGACIÓN:** ESAD/Centro de Salud/Servicio de AP/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Asistencias a urgencias hospitalarias y/o PAC de pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** (nº de asistencias a urgencias hospitalarias y/o PAC en los últimos 6 meses de pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria – nº de asistencias a urgencias hospitalarias y/o PAC de esos mismos pacientes a los 6 meses antes de entrar en el Programa)/ nº de asistencias a urgencias hospitalarias y/o PAC de esos mismos pacientes a los 6 meses previos a su inclusión en el Programa x 100. **PERIODICIDAD:** Semestral. **DESAGREGACIÓN:** Área Sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.

DESCRIPCIÓN: Ingresos hospitalarios de pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** (nº de ingresos hospitalarios en el último año de pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria – nº de ingresos de esos mismos pacientes al año previo a ser incluídos en el Programa) / nº de ingresos de esos mismos pacientes al año previo a ser incluídos en el Programa x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Área Sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Consultas médicas telefónicas al 061 sobre pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** (nº de consultas médicas telefónicas al 061 en los últimos 6 meses sobre pacientes incluídos en el Programa gallego de atención domiciliaria en atención primaria - nº de consultas médicas telefónicas al 061 sobre esos mismos pacientes a los 6 meses previos a su inclusión en el Programa)/ nº de consultas médicas telefónicas al 061 de esos mismos pacientes en los 6 meses previos a su inclusión en el programa x100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Área Sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.

Línea estratégica

D	**Dotación de los recursos necesarios para el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de la atención domiciliaria**
DESCRIPCIÓN: Agendas adaptadas para favorecer la atención en el domicilio.	**FÓRMULA:** Número de agendas adaptadas con dedicación específica a atención en el domicilio / Número total de agendas disponibles. **PERIODICIDAD:** Semestral. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Utilización de TELEA.	**FÓRMULA:** Número pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria que son monitorizados y controlados con TELEA / Número total de pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria en AP. **PERIODICIDAD:** Semestral. **DESAGREGACIÓN:** Centro de salud/ Servicio de AP/ Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Satisfacción del paciente.	**FÓRMULA:** Número de pacientes incluidos en el Programa gallego de atención domiciliaria que tras ser encuestados, se mostraron satisfechos/muy satisfechos x 100. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Área sanitaria/ Servicio Gallego de Salud.

E Promoción de la formación, docencia e investigación

DESCRIPCIÓN: Evaluación de impacto.	**FÓRMULA:** Número de estudios y proyectos propuestos para la evaluación de impacto en relación a programas y proyectos de atención domiciliaria. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Área de salud/ Servicio Gallego de Salud.
DESCRIPCIÓN: Formación en atención domiciliaria.	**FÓRMULA:** Número de cursos/actividades de formación continuada realizados en relación a contendidos y necesidades de atención domiciliaria. **PERIODICIDAD:** Anual. **DESAGREGACIÓN:** Área de salud/ Servicio Gallego de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias bibliográficas empleadas para la elaboración del presente Plan se adjuntan a continuación:

1. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Marco Estratégico para la Atención primaria y Comunitaria: Gobierno de España, 2019. Disponible en: Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf (sanidad.gob.es)
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención primaria y Comunitaria 2022-2023: Gobierno de España, 2021. Disponible en: Plan acción AP ministerio 22_23.pdf
3. Xunta de Galicia. Plan Estratégico de Galicia 2022-2030: Comunidad Autónoma de Galicia, 2021. Disponible en: Inicio - Plan estratexico 2020-2030 (planestratexico2030.gal)
4. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servizo Galego de Saúde. Plan Gallego Atención primaria 2019-2021: Comunidad Autónoma de Galicia, 2019. Disponible en: Plan Gallego AP 2019-2021.pdf
5. Abarca B, Armenteros del Olmo L, Carreras Viñas M, Clavería A, Domínguez-Sardiña M, Dono Díaz MA, et al. Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud: Comunidad Autónoma de Galicia, 2019. Disponible en: Por una AP vertebradora del sistema de salud.pdf
6. Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidade. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Xunta de Galicia, 2018. Disponible en: Estrategia Gallega cronicidad
7. Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidade. Plan gallego de hospitalización a domicilio. Estrategia HADO 2019-202. Xunta de Galicia, 2018. Disponible en: Estrategia HADO 2019-2023
8. Xunta de Galicia. Estratexia galega de saúde 2030: Comunidade Autónoma de Galicia, 2023. Dispoñible en: Estratexia-galega-saude-2030
9. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad 2022. Disponible en: Informe Anual SNS 2020-2021

A continuación, se recogen otras referencias de documentos consultados en la elaboración del Plan, que no aparecen referenciadas directamente en el texto.

- Liimatta HA, Lampela P, Kautiainen H, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH. The Effects of Preventive Home Visits on Older People's Use of Health Care and Social Services and Related Costs. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020 Jul 13; 75(8):1586-1593.
- Bjerk M, Brovold T, Skelton DA, Liu-Ambrose T, Bergland A. Effects of a falls prevention exercise programme on health-related quality of life in older home care recipients: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2019 Mar 1;48(2):213-219.
- Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, Quinn TJ, Hooft L, van Munster BC, Stott DJ. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 3;4(4):CD009844.
- Cegri F, Orfila F, Abellana RM, Pastor-Valero M. The impact of frailty on admission to home care services and nursing homes: eight-year follow-up of a community-dwelling, older adult, Spanish cohort. BMC Geriatr. 2020 Aug 6;20(1):281.
- Orozco-Beltran D, Sánchez-Molla M, Sanchez JJ, Mira JJ; ValCrònic Research Group. Telemedicine in Primary Care for Patients With Chronic Conditions: The ValCronic Quasi-Experimental Study. J Med Internet Res. 2017 Dec 15;19(12): e400.
- Instrument per a la valoració del nivell de complexitat d'atenció de persones amb cronicitat avançada i necessitats pal·liatives (MACA): HexCom-Red. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021. Disponible en: http://hdl.handle.net/11351/7001.
- Llorente MC, Fernández Guerra MB, Álvarez Luengo MM. Unidad Administrativa en Atención Primaria. Ocronos 2021;4(5):186.
- Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;7(7):CD001271.
- Dury C, Hall C, Danan JL, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo M, Costa M, Debout C. Specialist nurse in Europe. Int Nurs Rev 2014;61:454-62.
- Abuzour AS, Lewis PJ, Tully MP. A qualitative study exploring how pharmacist and nurse independent prescribers make clinical decisions. J Adv Nurs 2018;74: 65-74.



ANEXOS

Anexo I. VALORACIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL

La valoración integral es fundamental para conocer la situación clínica, funcional, mental y social de la persona y proponer medidas, consensuadas con ésta y/o sus persona/s cuidadoras, para dar respuesta a sus necesidades.

La valoración se llevará a cabo desde la atención centrada en la persona, de forma integral, dinámica e interdisciplinar.

- **Integral** porque trata de valorar a la persona de forma global, considerando la complejidad del ser humano en todas sus dimensiones.
- **Interdisciplinar** porque para lograr sus objetivos la valoración ha de ser efectuada por profesionales de distintas disciplinas (medicina, enfermería, farmacia, trabajo social...) que tienen que trabajar en equipo, tomando decisiones de forma conjunta.
- **Dinámica** porque debe realizarse de forma continuada a lo largo del tiempo, modificándose los objetivos y la actitud terapéutica según las nuevas necesidades que vayan surgiendo.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Decidir las acciones necesarias para preservar o mejorar la salud.
- Establecer el pronóstico.
- Monitorizar los cambios clínicos a lo largo del tiempo.
- Establecer planes de intervención que contemplen las dimensiones afectadas y de disminución de impacto, teniendo en cuenta las diferencias individuales y las preferencias de la persona.
- Establecer la ubicación más adecuada para la atención requerida por el paciente, en caso de no coincidir sus preferencias, contemplar medidas de disminución de daño.

VALORACIÓN CLÍNICA

- Anamnesis (antecedentes personales y familiares, estado vacunal, actividad física, dieta, consumo de alcohol/tabaco...)
- Exploración física (incluyendo la apariencia general y expresión del paciente)
- Valoración de pruebas complementarias.

- Revisión y adecuación de la medicación, en especial la polimedicación.
- Test de Morisky-Green: valorar la adherencia al tratamiento.
- MNA-SF: evaluación del estado nutricional.
- EVA (Escala visual analógica): evaluación del dolor.
- Escala de Braden: riesgo de úlceras por presión.
- Escala Downton: riesgo de caídas.
- Instrucciones previas.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Ha de detectarse y cuantificarse de forma objetiva la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se debe examinar toda la información proporcionada por los instrumentos de valoración, no sólo su puntuación final, para poder analizar y actuar en función de las áreas afectadas.

La situación funcional de un paciente tiene mayor valor pronóstico que las propias patologías.

Las escalas de valoración más usadas en nuestro medio serían:

1. Índice de Barthel: evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Índice de Lawton y Brody: evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Se utilizará para detectar personas con deterioro funcional precoz e incipiente.

VALORACIÓN COGNITIVA/AFECTIVA

En el área cognitiva, se deben distinguir los cambios normales producidos por el envejecimiento de otros patológicos, como la demencia y los síndromes confusionales.

En el área afectiva se debe poner especial cuidado en la detección de estados depresivos y ansiosos.

Las escalas de valoración más usados son:

- Evaluación del deterioro cognitivo:
    1. Cuestionario de Pfeiffer: prueba de detección de deterioro cognitivo.
    2. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo: escala complementaria si hay sospecha de deterioro cognitivo.

- Evaluación de la esfera afectiva

  1. Escala de Hamilton: evaluación de la depresión.
  2. Otras: Escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

La situación social contribuye en gran medida al estado de bienestar, el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Se deben de tener en cuenta las relaciones sociales, el soporte social y familiar y los recursos sociales disponibles.

- Soporte social:
  - Familiar o persona cuidadora, convivientes.
  - Test de sobrecarga del cuidador de Zarit: sobrecarga de la persona cuidadora.
- Apoyo externo en el domicilio:
  - Escala sociofamiliar de Gijón: interacciones y redes sociales disponibles.
  - Riesgo del entorno y barreras.
  - Uso y disponibilidad de ayudas y recursos.
- Índice frágil-VIG: la valoración multidimensional cuantificada mediante el IF-VIG, permite realizar el diagnóstico situacional del paciente, punto de partida necesario para conciliar la realidad clínica, las voluntades del paciente y la intensidad terapéutica en coherencia con los objetivos asistenciales acordados.

  Cuantos más déficits se acumulan, más vulnerable es una persona, siendo la probabilidad de morir exponencial al número de déficits y la velocidad con que éstos se acumulan.

  Los índices de fragilidad (IF) son un instrumento importante para el diagnóstico situacional y la aproximación pronóstica de pacientes complejos, con enfermedades crónicas avanzadas y en situación de final de vida, la mayor parte de los cuales son de perfil geriátrico.

  En un paciente con un resultado de fragilidad leve será pertinente proponer medidas destinadas a mejorar su autonomía y supervivencia, sin embargo, un paciente con un índice de fragilidad avanzada, probablemente se beneficiará de un abordaje más conservador.

  La valoración descrita es una guía para no pasar por alto ninguno de los posibles aspectos a evaluar, pero no implica que deba hacerse todo en todos los pacientes.

Una vez realizada la valoración e identificadas las necesidades, se consensuarán con el paciente y/o persona cuidadora los objetivos a alcanzar y las actividades a realizar para ello.

Asimismo, se determinará la periodicidad de la evaluación en función de las características del paciente.

Anexo II. ESCALAS DE VALORACIÓN

TEST DE MORISKY-GREEN

Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica, sí o no, sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica.

Es importante detectar una adherencia terapéutica moderada o baja para evitar descompensaciones. Si se detecta la no adherencia es preciso identificar las diferentes causas a través de una valoración más exhaustiva y la posterior implementación de medidas correctoras pactadas con el paciente y/o cuidador principal.

Ítem		Sí	No
1	¿Olvida tomar su medicina algunas veces para tratar su enfermedad?		x
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	x	
3	¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar la medicación?		x
4	Si alguna vez se encuentra mal ¿deja de tomarla?		x

INTERPRETACIÓN

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde a las cuatro preguntas correctamente, es decir, No/Sí/No/No.

TEST DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL – MNA

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a las personas mayores desnutridas o en riesgo de desnutrición.

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema común a todos los niveles de atención sanitaria, que afecta fundamentalmente a las personas mayores y los pacientes crónicos. La evaluación nutricional es una herramienta imprescindible para poder implementar un plan nutricional para los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición.

Es necesario aplicarla a todas aquellas personas mayores con riesgo de desnutrición, especialmente pacientes crónicos complejos, pacientes con enfermedad crónica avanzada o que están en el programa atención domiciliaria, una vez al año o siempre que haya un cambio en el estado de salud.

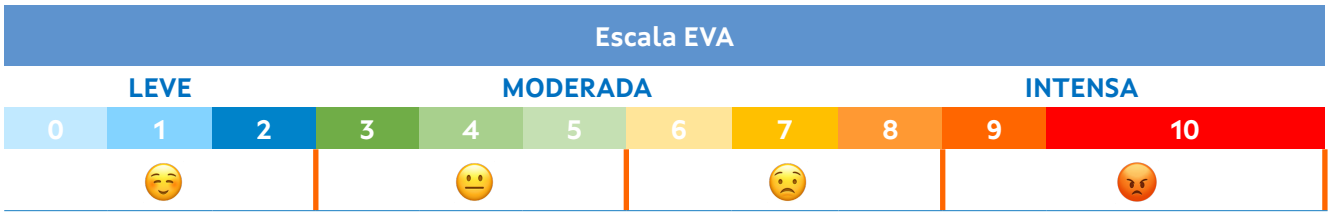
Cribaje MNA	
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de hambre, problemas digestivos o dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	**(0)** Ha comido mucho menos **(1)** Ha comido menos **(2)** Ha comido igual
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)	**(0)** Pérdida de peso > 3 kg **(1)** No lo sabe **(2)** Pérdida entre 1 y 3 kg **(3)** No ha perdido peso
C. Movilidad	**(0)** De la cama al sillón **(1)** Autonomía en el interior del domicilio **(2)** Sale del domicilio
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o una situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	**(0)** Sí **(2)** No
E. Problemas neuropsicológicos	**(0)** Demencia o depresión grave **(1)** Demencia moderada **(2)** Sin problemas psicológicos
F. Índice de masa corporal (IMC)	**(0)** IMC < 19 **(1)** 19 ≤ IMC < 21 **(2)** 21 ≤ IMC < 23 **(3)** IMC ≥ 23
PUNTUACIÓN	

INTERPRETACIÓN

Puntuación	Resultado
0-7	Malnutrición
8-11	Riesgo de malnutrición
12-14	Estado nutricional normal

ESCALA DEL DOLOR – ESCALA VISUAL ANALÓGICA– EVA

Las escalas de dolor son un recurso que se utiliza para describir la intensidad del dolor que está sintiendo la persona. La escala EVA valora el dolor en una escala del 0 al 10. Siendo 0, nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable.



ESCALA DE BRADEN (RIESGO DE UPP)

Las escalas de valoración del riesgo de presentar úlceras por presión constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que prestamos a la persona atendida.

La Escala Braden evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Según el riesgo obtenido después de aplicar la escala se debe realizar una reevaluación de las lesiones de forma periódica.

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	No existe problema
Puntos						
PUNTUACIÓN TOTAL						

INTERPRETACIÓN

Puntos	Riesgo	Reevaluación (días)
≤ 12	Alto	1
13-14	Moderado	3
15-16	Bajo	7
>17	Sin riesgo	

ESCALA DOWNTON (RIESGO DE CAÍDAS)

Esta escala se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída, con el fin de, si es preciso, implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas.

Se tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta cada paciente, asignando a cada ítem un valor de 0 o 1. Cuando el resultado es de 3 o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

¿Ha sufrido alguna caída últimamente (últimos 6 meses)**?**	Sí **(1)** No **(0)**
Medicamentos pautados	☐ Ninguno: **0 puntos** ☐ Tranquilizantes/sedantes: **1 punto** ☐ Diuréticos**: 1 punto** ☐ Hipotensores: **1 punto** ☐ Antiparkinsonianos: **1 punto** ☐ Antidepresivos: **1 punto**
Estado mental	☐ Orientado: **0 puntos** ☐ Confuso: **1 punto**
Deambulación	☐ Normal: **0 puntos** ☐ Segura con o sin ayuda: **0 puntos** ☐ Insegura con o sin ayuda: **1 punto** ☐ Imposible: **0 puntos**
Déficits sensoriales	☐ Ninguno: **0 puntos** ☐ Alteraciones visuales: **1 punto** ☐ Alteraciones auditivas: **1 punto**
Extremidades (ictus, amputación...)	**1 punto**

INTERPRETACIÓN

Si hay un resultado **≥ 3**
existe riesgo de caídas.

ÍNDICE DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL

Valora el nivel de autonomía del paciente respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La dependencia en las ABVD puede comprometer la vida si no se proporciona el correcto soporte.

En las actividades se dan diferentes valores (0, 5, 10, 15). La puntuación total oscila de 0 (totalmente dependiente) a 100 (completamente independiente) y entre 0 y 90 si utilizan silla de ruedas.

Escala de Barthel	
COMER	
Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí mismo. Come en un tiempo razonable. La comida, la puede cocinar y servir a otra persona.	**10**
Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	**5**
Dependiente: necesita que alguien le alimente.	**0**
LAVARSE	
Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o estando de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede hacerlo todo sin la necesidad de que esté alguien presente.	**5**
Dependiente: necesita alguna ayuda o supervisión.	**0**
VESTIRSE	
Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abrocharse los zapatos y los botones y colocarse otros complementos que necesite (por ejemplo, la ubre, el corsé, etc.) sin ayuda.	**10**
Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de tareas en un tiempo razonable.	**5**
Dependiente: necesita alguna ayuda.	**0**
ARREGLARSE	
Independiente: realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo, puede ser proveído por otro.	**5**
Dependiente: necesita alguna ayuda.	**0**
DEPOSICIÓN	
Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita algún enema o supositorio, es capaz de administrarlos él mismo.	**10**
Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios.	**5**
Incontinente: incluye que otro le administre enemas o supositorios.	**0**
MICCIÓN (valorar la situación durante la semana anterior)	
Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar el bolso solo.	**10**
Accidente ocasional: máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.	**5**
Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de apañarse.	**0**

IR AL LAVABO	
Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para apoyarse). Si usa orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarlos y vaciarlos completamente sin ayuda y sin manchar	**10**
Necesita ayuda: capaz de apañarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Todavía es capaz de utilizar el aseo.	**5**
Dependiente: incapaz de apañarse sin más asistencia.	**0**
TRALADO SILLÓN - CAMA	
Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas, se aproxima a la cama , frena, desplaza el reposapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se pone, se estira y puede volver a la silla sin ayuda	**15**
Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, como la que ofrece una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.	**10**
Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para acostarse, salir o desplazarse.	**5**
Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	**0**
DEAMBULACIÓN	
Independiente: puede andar, al menos, 50 m o el equivalente a casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo.	**15**
Necesita ayuda: supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayudas para estar de pie (caminador).	**10**
Independiente en silla de ruedas en 50 m: debe ser capaz de desplazarse. Cruzar puertas y girar esquinas solo.	**5**
Dependiente: si utiliza silla de ruedas, necesita que alguien lo lleve.	**0**
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el soporte que necesite para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.	**10**
Necesita ayuda: supervisión física o verbal.	**5**
Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita levantamiento (ascensor).	**0**
PUNTUACIÓN	

INTERPRETACIÓN

Puntuación	Resultado
<20	Dependencia total
20-35	Dependencia severa
40-55	Dependencia moderada
60-95	Dependencia leve
100	Autónomo

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Esta escala valora la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Mide 8 funciones: cuidar la casa, lavado de la ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero y manejo de los medicamentos. Se puntúa lo que el paciente hace realmente y no lo que podría hacer.

La dependencia en las AIVD es un indicador de grave riesgo, especialmente para aquellas personas que viven solas.

Índice de Lawton Brody	
CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO	
Usa el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números.	**1**
Es capaz de marcar números bien conocidos.	**1**
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	**1**
No utiliza el teléfono en absoluto.	**0**
IR A COMPRAR	
Realiza todas las compras necesarias de forma independiente.	**1**
Realiza independientemente pequeñas compras.	**0**
Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra.	**0**
Es totalmente incapaz de ir de compras	**0**
PREPARAR LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas ella/el misma/mismo adecuadamente.	**1**
Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes.	**0**
Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.	**0**
Necesita que le prepare y que le sirvan la comida.	**0**
CUIDARSE DE LA CASA	
Es capaz de cuidar la casa por sí solo/a o con ayuda ocasional.	**1**
Realiza las tareas domésticas ligeras como lavar los platos o hacer las camas.	**1**
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	**1**
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	**1**
No participa en ninguna de las tareas de casa.	**0**
LAVAR LA ROPA	
Es capaz de lavar sola/o toda su ropa.	**1**
Lava sola/o pequeñas prendas, enjuaga calcetines, etc.	**1**
Todo el lavado de la ropa, debe realizarlo otra persona.	**0**

USO DEL TRANSPORTE	
Es capaz de viajar solo/a en transporte público o conducir su coche.	**1**
Es capaz de tomar un taxi, pero no utiliza ningún otro medio de transporte.	**1**
Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	**1**
Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con ayuda de otros.	**0**
No viaja en absoluto.	**0**
RESPONSABILIZARSE DE SU MEDICACIÓN	
Es capaz y responsable de tomar su medicación a la vez y con dosis correctas.	**1**
Toma responsablemente su medicación si le preparan anticipadamente.	**0**
No es capaz de responsabilizarse de su medicación.	**0**
MANEJO DE DINERO	
Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos.	**1**
Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos.	**1**
Incapaz de manejar dinero.	**0**
PUNTUACIÓN	

INTERPRETACIÓN

Puntuación	
0 **1**	Dependencia total
2 **3**	Dependencia severa
4 **5**	Dependencia moderada
6 **7**	Dependencia leve
8	Autónoma

Cuando las cuatro funciones instrumentales de la vida diaria (uso del teléfono, uso del transporte, capacidad para controlar la medicación y, sobre todo, el manejo del dinero) están alteradas, se puede sospechar una alteración cognitiva. En este caso, se recomienda iniciar el estudio de la valoración cognitiva.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Es un test que valora las siguientes funciones cognitivas: memoria, orientación y capacidad de ejecutar tareas seriadas aritméticas.

Sólo es útil como herramienta de cribado, no sirve para monitorizar la progresión del deterioro cognitivo.

Consta de 10 ítems. Esta prueba utiliza una puntuación por errores cometidos y permite un factor de corrección según el nivel cultural de la persona examinada (restar un error si el paciente es analfabeto).

INTERPRETACIÓN

1 _Respuesta incorrecta

0 _Respuesta correcta

Cuestionario de Pfeiffer		
1	¿Qué día es hoy? (día, mes y año).	**0/1**
2	¿Qué día de la semana es hoy?	**0/1**
3	¿Dónde estamos ahora?	**0/1**
4	¿Cuál es su número de teléfono? (¿o cuál es su dirección?).	**0/1**
5	¿Cuántos años tiene?	**0/1**
6	¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año).	**0/1**
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	**0/1**
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	**0/1**
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	**0/1**
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.	**0/1**
PUNTUACIÓN		

INTERPRETACIÓN Y PERIORICIDAD

Nº errores	Interpretación	Periodicidad
0-2	Valoración cognitiva **normal**	Cada 3 años
3-4	Deterioro cognitivo **leve**	Pasar MEC y según puntuación Pfeiffer/MEC cada 6 meses/1 año
5-7	Deterioro cognitivo **moderado**	Cada año
8-10	Deterioro cognitivo **severo**	No repetir

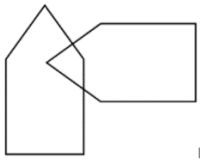
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

El Mini examen cognoscitivo de Lobo es un test de carácter cognitivo que se utiliza para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y, al mismo tiempo, para seguir la evolución de la misma.

TÉCNICA DE APLICACIÓN:

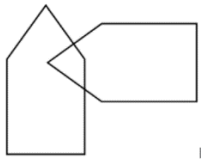
- Se debe comenzar con una frase introductoria, por ejemplo: "Si no le importa querría preguntarle por su memoria"
- Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas como "le voy a hacer unas preguntas muy sencillas"
- No corregir nunca al paciente

Se exploran 5 áreas cognitivas:

Mini examen cognoscitivo de Lobo		
1. Orientación	**Temporal**	Se incluyen preguntas encaminadas a determinar si la persona evaluada es capaz de orientarse temporalmente. Las preguntas hacen referencia al **día** en el que se realiza la prueba, el **mes**, el **año**, la **estación**.
	Espacial	Se evalúa la capacidad de orientación espacial que tiene la persona en el momento de realizar la prueba. Las preguntas que tiene que contestar son, por ejemplo: "**¿En qué lugar estamos", "¿En qué pueblo o ciudad?" "¿En qué provincia?" "¿en qué país?".**
2. Fijación	Se mide la memoria por fijación que presenta la persona. Se le pide a la persona que repita tres palabras en el mismo orden que el evaluador le dirá previamente y que vienen determinadas por el test de Lobo. Estas palabras son**: peseta, caballo y manzana.**	
3. Concentración y cálculo	Se centra en la capacidad de concentración de la persona, así como también en su destreza para realizar cálculos matemáticos. Se realizan **5 preguntas** encaminadas al cálculo de sencillas **operaciones matemáticas**.	
4. Memoria	Está ligado con el de fijación ya que se le pregunta a la persona evaluada si **recuerda las tres palabras** que se le han dicho el punto 2.	
5. Lenguaje y construcción	Constituye uno de los apartados más extensos del test de Lobo. En él encontramos varias cuestiones cuyo objetivo es la evaluación de lenguaje. Estas cuestiones referentes al lenguaje están formadas por palabras muy básicas y familiares para el evaluado, por ejemplo, **lápiz o reloj**. En este apartado también se incluye una pregunta que tiene que ver con la construcción y que implica copiar el siguiente dibujo: 	

A continuación, se describen las preguntas para cada una de las áreas de análisis

		PUNTUACIÓN
ORIENTACIÓN TEMPORAL		
• ¿Qué día de la semana es hoy?		Cada respuesta correcta es 1 PUNTO (Total 5 puntos)
• ¿Qué día del mes es hoy?		
• ¿En qué mes?		
• ¿Sabe en qué año estamos?		
• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea?		
• ¿En qué época/estación del año?		
ORIENTACIÓN ESPACIAL		
• ¿Me puede decir en qué país estamos?		Cada respuesta correcta es 1 PUNTO (Total 5 puntos)
• ¿Sabe en qué provincia?		
• ¿Y en qué ciudad (aldea)?		
• ¿Sabe dónde estamos ahora?		
• ¿Y en qué planta/piso (nombre de la calle o número de la casa)?		
MEMORIA DE FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA		Se dará 1 PUNTO por palabra correcta. Total 3 puntos
• "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré en un rato" (Repetirlas hasta 5 veces)		
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?		*Anotar 1 PUNTO cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuese incorrecta (máximo 5 puntos) Indicar solo la cifra de partida, no la que resulta una vez hecha la diferencia.
• Repita estas 3 cifras "5-9-2", ahora dígalas hacia atrás		1 PUNTO por cada cifra en orden correcto
MEMORIA DIFERIDA		
• ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?		Peseta (1 PUNTO) Caballo (1 PUNTO) Manzana (1 PUNTO)
NOMINACIÓN		
• ¿Qué es esto?		Enseñar un bolígrafo (1 PUNTO) Enseñar un reloj (1 PUNTO)

REPETICIÓN		
• Le voy a pedir que repita esta frase, ¿preparado?: "En un trigal había cinco perros"		Se dará un punto si repite la frase correctamente en el primer intento, si se equivoca en una sola letra ya serían 0 PUNTOS.
ABSTRACCIÓN		
• Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde?		1 PUNTO si responde bien
• ¿y un perro y un gato?		1 PUNTO si responde bien
COMPRENSIÓN		
• Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo: coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa (o en el suelo).		Cogerlo con la mano derecha: 1 PUNTO Doblarlo: 1 PUNTO Ponerlo donde se haya indicado: 1 PUNTO *No debe recordarse cada paso a seguir una vez iniciada la acción, el paciente debe hacer los 3 pasos seguidos para obtener la máxima puntuación.
LECTURA		
• Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí: "Cierre los ojos"		*Se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina, como mucho decírselo dos veces, pero siempre antes de que empiece a leer. El paciente debe usar gafas si las precisa habitualmente. Si cierra los ojos (da igual que lea en voz alta o baja) es 1 PUNTO.
ESCRITURA		
• Por favor, escriba una frase, algo que tenga sentido.		*Advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que la frase que escriba ha de ser distinta. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo, predicado) es 1 PUNTO ("ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse).
DIBUJO		
• Copie este dibujo: 		Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y dos puntos de intersección (forma de diamante o de cuadrángulo) Si lo hace bien 1 PUNTO.

RESULTADOS

Grado de deterioro cognitivo	
>23	Ausencia de deterioro
19-23	Leve
14-18	Moderado
<14	Grave

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos.

Esta escala permite evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

HUMOR DEPRESIVO (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
• Ausente	**0**
• Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	**1**
• Estas sensaciones las relata espontáneamente	**2**
• Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	**3**
• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	**4**
SENTIMIENTO DE CULPA	
• Ausente	**0**
• Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	**1**
• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	**2**
• Siente que la enfermedad actual es un castigo	**3**
• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	**4**
SUICIDIO	
• Ausente	**0**
• Le parece que la vida no vale la pena	**1**
• Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	**2**
• Ideas de suicidio o amenazas	**3**
• Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	**4**
INSOMNIO PRECOZ	
• No tiene dificultad	**0**
• Dificultad ocasional para dormir (ej. más de media hora para conciliar el sueño)	**1**
• Dificultad para dormir cada noche	**2**
INSOMNIO INTERMEDIO (a mitad del sueño)	
• No hay dificultad	**0**
• Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	**1**
• Está despierto durante la noche	**2**

INSOMNIO TARDÍO	
• No hay dificultad	**0**
• Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormir	**1**
• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	**2**
TRABAJO Y ACTIVIDADES	
• No hay dificultad	**0**
• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	**1**
• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	**2**
• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	**3**
• Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas o no puede realizarlas sin ayuda	**4**
INHIBICIÓN PSICOMOTORA (lentitud del pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
• Palabra y pensamiento normales	**0**
• Ligero retraso en el habla	**1**
• Evidente retraso en el habla	**2**
• Dificultad para expresarse	**3**
• Incapacidad para expresarse	**4**
AGITACIÓN PSICOMOTORA	
• Ninguna	**0**
• Juega con sus dedos	**1**
• Juega con sus manos, cabello, etc	**2**
• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	**3**
• Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	**4**
ANSIEDAD PSÍQUICA	
• No hay dificultad	**0**
• Tensión subjetiva e irritabilidad	**1**
• Preocupación por pequeñas cosas	**2**
• Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	**3**
• Expresa sus temores sin que le pregunten	**4**

ANSIEDAD SOMÁTICA	
Signos físicos de ansiedad: **Gastrointestinales**: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc... **Cardiovasculares**: palpitaciones, cefaleas, etc... **Respiratorios**: hiperventilación, suspiros, etc... **Frecuencia de micción incrementada.Transpiración**	
• Ausente	**0**
• Ligera	**1**
• Moderada	**2**
• Severa	**3**
• Incapacitante	**4**
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES	
• Ninguno	**0**
• Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	**1**
• Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	**2**
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	
• Ninguno	**0**
• Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza (dorsalgias, cefaleas, algias musculares)	**1**
• Pérdida de energía y fatigabilidad	**2**
SÍNTOMAS GENITALES (tales como disminución de la líbido y trastornos menstruales)	
• Ausente	**0**
• Débil	**1**
• Grave	**2**
HIPOCONDRÍA	
• Ausente	**0**
• Preocupado de sí mismo (corporalmente)	**1**
• Preocupado por su salud	**2**
• Se lamenta constantemente, solicita ayuda	**3**
PÉRDIDA DE PESO	
• Pérdida de peso inferior a 500g en una semana	**0**
• Pérdida de más de 500g en una semana	**1**
• Pérdida de más de 1 kg en una semana	**2**

INTROSPECCIÓN (insight)	
• Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	**0**
• Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc	**1**
• No se da cuenta de que está enfermo	**2**

RESULTADOS

0-7	No deprimido
8-13	Depresión ligera/menor
14-18	Depresión moderada
19-22	Depresión severa
>23	Depresión muy severa

TEST DE YESAVAGE (ABREVIADO)

Especialmente concebido para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Su máxima utilidad radica en el cribado de depresión en el paciente anciano y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.

Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades.

La versión abreviada consiste en quince preguntas con respuestas dicotómicas, cuya respuesta se refiere a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

Pregunta	Valoración
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	**Sí (0)** No (1)
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	**Sí (1)** No (0)
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	**Sí (1)** No (0)
¿Siente que su vida está vacía?	**Sí (1)** No (0)
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	**Sí (1)** No (0)
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	**Sí (0)** No (1)
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	**Sí (1)** No (0)
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	**Sí (0)** No (1)
¿Se siente a menudo sin esperanza?	**Sí (1)** No (0)
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	**Sí (1)** No (0)
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	**Sí (1)** No (0)
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	**Sí (0)** No (1)
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	**Sí (1)** No (0)
¿Piensa que su situación es desesperada?	**Sí (1)** No (0)
¿Se siente lleno de energía?	**Sí (0)** No (1)
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	**Sí (1)** No (0)

RESULTADOS

0-5	Normal
6-10	Depresión moderada
> 10	Depresión severa

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta entre las preguntas 10–13 para poder contestar el resto de preguntas.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg			
SUBESCALA DE ANSIEDAD		**SÍ**	**NO**
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 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o de 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?		
	TOTAL ANSIEDAD		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		**SÍ**	**NO**
10	¿Se ha sentido con poca energía?		
11	¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?		
12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
13	¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?		
	(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
15	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
17	¿Se ha sentido Vd. enlentecido?		
18	¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	TOTAL DEPRESIÓN		

INTERPRETACIÓN

Escalas	Resultado
Sub escala de **ansiedad**	4 o más respuestas afirmativas
Sub escala de **depresión**	2 o más respuestas afirmativas

TEST DE ZARIT (SOBRECARGA DEL CUIDADOR)

Definimos al cuidador informal como: "aquella persona que proviene del círculo familiar, de amistad o vecinal que asume los cuidados de las personas no autónomas que se encuentran a su alrededor". Del cuidador nos interesará saber los conocimientos, las habilidades y la actitud que tiene para cuidar al paciente.

Este test que evalúa la carga subjetiva asociada al cuidar en los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona que recibe los cuidados.

Es auto administrado. En caso de no poder ser realizado por el propio cuidador, será administrado por el profesional sanitario. Consta de 22 items. Cada ítem se puntúa del 1 ("nunca") al 5 ("casi siempre").

	TEST DE ZARIT (carga del cuidador)	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	A VECES 3	FRECUEN-TEMENTE 4	CASI SIEMPRE 5
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					
TOTAL						

INTERPRETACIÓN

< 46	No sobrecarga
47 – 55	Sobrecarga leve
> 56	Sobrecarga intensa

ESCALA GIJÓN

La Escala de valoración sociofamiliar de Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar. Consta de 5 ítems (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo una gradación desde la situación social en la que hay ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social.

Escala Gijón	
SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con la familia sin dependencia física/psíquica	**1**
Vive con cónyuge de similar edad	**2**
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	**3**
Vive solo y tiene hijos próximos	**4**
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	**5**
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	**1**
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	**2**
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	**3**
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	**4**
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	**5**
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	**1**
Barreras arquitectónica en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	**2**
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	**3**
Ausencia de ascensor, teléfono	**4**
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	**5**
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	**1**
Relación social sólo con familia y vecinos	**2**
Relación social sólo con familia o vecinos	**3**
No sale del domicilio, recibe visitas	**4**
No sale y no recibe visitas	**5**
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	**1**
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	**2**
No tiene apoyo	**3**
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	**4**
Tiene cuidados permanentes	**5**
PUNTUACIÓN	

INTERPRETACIÓN	
5 – 9	Buena/aceptable situación social
1 – 14	Existe riesgo social
> 15	Problema social

VIG-FRÁGIL

Hace una valoración global del paciente a nivel funcional, nutricional, cognitivo, emocional, social, síndromes geriátricos, síntomas graves y enfermedades. En función del resultado podemos estratificar a los pacientes, diferenciando aquellos que se pueden beneficiar de intervenciones preventivas de aquellos en los que es preferible realizar un enfoque conservador.

DOMINIO		Variable	Descripción		PUNTOS
FUNCIONAL	**AIVDs**	Manejo de dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos? (bancos, tiendas, restaurantes)	Sí	**1**
				No	**0**
		Utilización de teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar el teléfono?	Sí	**1**
				No	**0**
		Control de medicación	¿Necesita ayuda para la preparación/ administración de la medicación?	Sí	**1**
				No	**0**
	ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB ≥ 95) ?		**0**
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65) ?		**1**
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25) ?		**2**
			¿Dependencia absoluta (IB ≤ 20) ?		**3**
NUTRICIONAL		Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos meses?	Sí	**1**
				No	**0**
COGNITIVO		Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?		**0**
			¿Deterioro cognitivo leve–moderado (equivalente a GDS ≤ 5)?		**1**
			¿Deterioro cognitivo grave–muy grave (equivalente a GDS ≥ 6)?		**2**
EMOCIONAL		Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepresiva?	Sí	**1**
				No	**0**
		Insomnio/ ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiacepinas u otros psicofármacos de perfil sedante para el insomnio/ansiedad?	Sí	**1**
				No	**0**
SOCIAL		Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	Sí	**1**
				No	**0**

SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	En los últimos 6 meses ¿Ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento que ha requerido de neurolépticos?	Sí	**1**
			No	**0**
	Caídas	¿En los últimos 6 meses, ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?		**1**
				0
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada con la dependencia y/ o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?		**1**
				0
	Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos condicionales)		**1**
				0
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? y/o en los últimos 6 meses, ha presentado infección respiratoria por broncoaspiración?		**1**
				0
SÍNTOMAS GRAVES	Dolor	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	Sí	**1**
			No	**0**
	Disnea	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	Sí	**1**
			No	**0**
ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	Sí	**1**
			No	**0**
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva,...)?	Sí	**1**
			No	**0**
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	Sí	**1**
			No	**0**
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neuro-degenerativa (enf. de Parkinson, ELA, ...) o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	Sí	**1**
			No	**0**
	Hepáticas	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatia crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal,...)?	Sí	**1**
			No	**0**
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	Sí	**1**
			No	**0**
		ÍNDICE FRAGIL –VIG =		**X / 25**

RESULTADOS

<0,2	Ausencia de fragilidad
0,20-0,35	Fragilidad inicial
0,36-0,5	Fragilidad intermedia
>0,50	Fragilidad avanzada