

# Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria 2024-2025



Edita: Consellería de Sanidade. Dirección  
Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria.  
Servizo Galego de Saúde.  
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.  
Dirección Xeral de Recursos Humanos.

Lugar: Santiago de Compostela, 2024

## Autoría e 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

---

Sánchez 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

---

Gutiérrez Molina, Ana M.<sup>a</sup>

---

López Rey, Noemí

---

Martín Hernández, Esmeralda

---

Martínez García, Mónica

---

Mateos Díaz, María Emma

---

Porto Ron, Irene

---

Sánchez González, M. Dolores

---

Soilán Adán, M<sup>a</sup> Jesús

---

# Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria 2024-2025



# PRESENTACIÓN

Por todos son coñecidas as características demográficas e sociosanitarias da nosa comunidade. A elevada dispersión xeográfica e a alta esperanza de vida que supón un aumento da prevalencia de patoloxías crónicas, fraxilidade, dependencia e tamén soidade.

En moitas ocasións, a poboación máis vulnerable é a que ten máis dificultades para acudir ao sistema. Para o Servizo Galego de Saúde, estes pacientes son unha prioridade. Debemos traballar para manter a equidade e a accesibilidade ao sistema sanitario de todas as persoas, vivan no lugar que vivan e sexa cal sexa a súa situación.

Ante este escenario, a atención domiciliaria exponse como unha alternativa que ofrece uns coidados de calidade no ámbito domiciliario do paciente, cando esta sexa a mellor opción para el.

A organización do circuíto asistencial e a adecuación da carteira de servizos prestados no domicilio son claves para alcanzar unha asistencia sanitaria e social con valor engadido, e son xa moitos os pacientes que, tras recibir atención no domicilio, se manifestan máis satisfeitos, seguros e con menor número de complicacións.

Neste sentido, a atención domiciliaria é máis necesaria ca nunca. Desta necesidade nace o presente [Plan galego de atención domiciliaria](#), coa intención de servir de guía e marco teórico para unha actividade que, aínda que xa se viña facendo, entendemos que debe cobrar unha maior relevancia.

Por proximidade, coherencia e eficiencia, a atención domiciliaria debe pivotar, como xa o está facendo, sobre a atención primaria, xa que son os profesionais do primeiro nivel asistencial os que están máis próximos ao paciente e os que coñecen de primeira man as súas circunstancias biopsicosociais.

A abordaxe debe ser multidisciplinar e integrar os equipos de atención primaria e todas as unidades de apoio. Dadas as características intrínsecas da atención domiciliaria, debe terse en conta que con frecuencia vai máis aló do puramente sanitario e que é necesaria unha intervención coordinada de diferentes profesionais sanitarios e sociais.

Ó mesmo tempo, no eido sanitario, deben coordinarse os diferentes niveis asistenciais e recursos do Servizo Galego de saúde.

Julio García Comesaña  
Conselleiro de Sanidade



# INTRODUCCIÓN

A poboación galega presenta un dos maiores índices de envellecemento no eido nacional e mundial. Ademais, segundo indican as proxeccións, o envellecemento poboacional continuará aumentando nos próximos anos de forma acusada.

Neste contexto, o aumento da prevalencia das enfermidades crónicas e o cambio na estrutura familiar e social requiren unha reorientación dos servizos sanitarios atendendo ás seguintes variables:

- *Proximidade*, o que significa unha atención sanitaria o máis próxima posible á contorna do paciente.
- *Proactividade do sistema sanitario*, o que implica adiantarse ás necesidades do paciente.
- *Seguridade*, entendendo por tal a priorización da prevención cuaternaria.
- *Continuidade asistencial*, o que implica unha visión integrada do proceso de atención sanitaria da persoa, tendo en conta as súas necesidades, valores e preferencias e garantindo a coordinación dos diferentes ámbitos asistenciais.

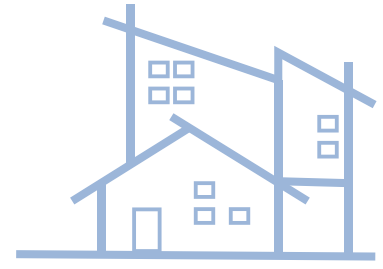
A atención domiciliaria permite achegarlle ao paciente os coidados sanitarios de maneira efectiva e segura. Trátase de pacientes para os que, pola súa situación clínica ou social, o domicilio é a mellor opción asistencial. Todo iso está enfocado á mellora continua da calidade da atención.

O Servizo Galego de Saúde está comprometido coa abordaxe integral da cronicidade, coa atención adaptada ás necesidades dos pacientes/persoas coidadoras e a prestación da atención ao paciente na contorna máis axeitada, aposta firmemente polo reforzo da atención domiciliaria desde o ámbito da atención primaria.

Con ese obxectivo nace este Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria, que pretende fortalecer a atención sanitaria á poboación que non pode desprazarse ao centro de saúde.







## ABREVIATURAS

<b>ABVD</b>	Actividades básicas da vida diaria.
<b>AIVD</b>	Actividades instrumentais da vida diaria.
<b>AP</b>	Atención primaria.
<b>APS</b>	Atención primaria de saúde.
<b>ATDOM</b>	Atención a domicilio.
<b>EAP</b>	Equipo de atención primaria.
<b>ELA</b>	Esclerose lateral amiotrófica.
<b>EPOC</b>	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica.
<b>ESAD</b>	Equipo de soporte de atención domiciliaria.
<b>EVA</b>	Escala visual analóxica.
<b>FG</b>	Filtración glomerular.
<b>GDS</b>	Escala de deterioración global.
<b>DGAS</b>	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
<b>DXPRS</b>	Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria.
<b>HADO</b>	Hospitalización a domicilio.
<b>HCEMOV</b>	Historia clínica electrónica en mobilidade.
<b>IB</b>	Índice de Barthel.
<b>IF</b>	Índice de fragilidadade.
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal.
<b>MAPEC</b>	Marco estratéxico para a atención primaria e comunitaria.
<b>MNA</b>	<i>Mini nutritional assessment.</i>
<b>PCC</b>	Paciente crónico complexo.
<b>PROM</b>	Resultados de saúde percibidos polo paciente.
<b>PREM</b>	Resultados de experiencia percibida polo paciente.
<b>SIAC-AP</b>	Sistema de información e análises complexas en atención primaria.
<b>TELEA</b>	Plataforma de teleseguimento de pacientes no domicilio.
<b>TIC</b>	Tecnoloxías de información e comunicación.
<b>UBA</b>	Unidade básica asistencial.

# CONTIDO

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>9</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>12</b>
NO EIDO NACIONAL	12
NO EIDO AUTONÓMICO	13
<b>ANÁLISE DE SITUACIÓN</b>	<b>15</b>
ANÁLISE POBOACIONAL	15
ATENCIÓN DOMICILIARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	16
RECURSOS TECNOLÓXICOS PARA A ATENCIÓN DOMICILIARIA	21
VISIÓN DOS AXENTES CLAVE	23
<b>OBXECTIVOS</b>	<b>25</b>
<b>LÍÑAS ESTRATÉXICAS</b>	<b>26</b>
Líña estratéxica <b>A</b>	
IMPULSO DA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	27
Líña estratéxica <b>B</b>	
NORMALIZACIÓN DA ACTIVIDADE DOMICILIARIA NA CARTEIRA DE SERVIZOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	29
Líña estratéxica <b>C</b>	
CREACIÓN DOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)	33
Líña estratéxica <b>D</b>	
DOTACIÓN DAS MEDIDAS E RECURSOS NECESARIOS PARA O IMPULSO, DESENVOLVEMENTO, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN DA ATENCIÓN DOMICILIARIA	37
Líña estratéxica <b>E</b>	
PROMOCIÓN DA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	40
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>43</b>
TEMPORALIZACIÓN	44
COMPETENCIA	45
<b>SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN</b>	<b>46</b>
SEGUIMIENTO DO PLAN	46
AVALIACIÓN DO PLAN	46
INDICADORES CLAVE DE AVALIACIÓN	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO I. VALORACIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL</b>	<b>54</b>
OBJECTIVOS DA VALORACIÓN INTEGRAL	54
VALORACIÓN CLÍNICA	54
VALORACIÓN FUNCIONAL	55
VALORACIÓN COGNITIVA/AFECTIVA	55
VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	56
<b>ANEXO II. ESCALAS DE VALORACIÓN</b>	<b>58</b>
TEST DE MORISKY-GREEN	58
TEST DE AVALIACIÓN DO ESTADO NUTRICIONAL-MNA	59
ESCALA DA DOR – ESCALA VISUAL ANALÓXICA-EVA	60
ESCALA DE BRADEN (RISCO DE UPP)	60
ESCALA DOWNTON (RISCO DE CAÍDAS)	61
ÍNDICE DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL	62
ÍNDICE DE LAWTON E BRODY PARA AS ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIARIA	64
CUESTIONARIO DE PFEIFFER	66
MINIEXAME COGNOSCITIVO DE LOBO	67
ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON	70
TEST DE YESAVAGE (ABREVIADO)	74
ESCALA DE DEPRESIÓN E ANSIEDADE DE GOLDBERG	75
TEST DE ZARIT (SOBRECARGA DO COIDADOR)	76
ESCALA GIJÓN	78
VIG-FRÁXIL	79



# MARCO CONCEPTUAL

## MARCO CONCEPTUAL

### NO EIDO NACIONAL

*O Marco estratéxico para a atención primaria e comunitaria (MAPeC) [1] foi resultado dun proceso de reflexión e consenso presentado polo Ministerio de Sanidade en abril de 2019, destinado a darlle un novo impulso á atención primaria de saúde para renovar o seu liderado como eixe do sistema sanitario público.*

Con el preténdese dar resposta aos novos retos asistenciais derivados do actual contexto sociodemográfico, epidemiolóxico, de evolución tecnolóxica, así como das demandas dos profesionais e da propia cidadanía.

O texto aborda unha breve reflexión sobre a situación da atención primaria, na que recalca un certo abandono da atención domiciliaria. Nel establécense 6 liñas estratéxicas, 23 obxectivos e 100 medidas para alcanzar unha atención primaria de calidade, orientada á cidadanía, a facer fronte á cronicidade, con alta capacidade de resolución e que potencie a continuidade asistencial.

Para dinamizar o impulso da estratexia e co obxecto de implantar de forma efectiva as accións prioritarias contidas no MAPeC, o Consello Interterritorial do Sistema nacional de

saúde aprobou o ano 2021 o *Plan de acción de atención primaria e comunitaria 2022-2023* [2], que supón unha aposta decidida polo servizo sanitario público e polo fortalecemento dunha atención primaria capaz e resolutiva. As accións recollidas neste documento dan soporte de forma directa ao presente Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

## NO EIDO AUTONÓMICO

O *Plan estratéxico de Galicia 2022-2030* [3] constitúe o eixe principal arredor do que definir todas as iniciativas para desenvolver nos próximos anos. Trátase da folla de ruta que se ha seguir co fin de alcanzar a denominada "Galicia do futuro".

O plan conta con cinco eixes transversais: o reto demográfico, Galicia verde e sustentable, competitividade e crecemento, cohesión social e territorial e gobernanza.

Dentro do primeiro eixe (o reto demográfico), atópase o obxectivo estratéxico 1.4.1 "Promover a atención sanitaria integral adaptada ás distintas necesidades da poboación, aproveitar as tecnoloxías para impulsar a atención a domicilio e a teleasistencia, que permitan prestar un mellor servizo asistencial a unha poboación envellecida e dispersa xeograficamente no territorio", que recolle o impulso da atención no domicilio, co obxectivo de alcanzar un servizo de saúde máis moderno e próximo á cidadanía.

Por outra banda, o *Plan galego de atención primaria 2019-2021* [4] outórgalle unha gran relevancia á atención domiciliaria no ámbito da prestación de servizos sanitarios. Expón a necesidade de reforzar a atención sanitaria prestada no domicilio e establece accións para garantir unha atención domiciliaria equitativa, accesible para todos os pacientes, dispoñible cando é requirida e de máxima calidade.

Complementariamente, no ano 2019 estableceuse un proceso de reflexión que finalizou coa publicación do documento "*Por unha atención primaria vertebradora do Sistema de Saúde*" [5], o cal recolle a visión para o fortalecemento da atención primaria en Galicia nos próximos anos. Este documento define un modelo con capacidade de adaptación aos recursos da zona de saúde, tanto en ámbitos rurais coma urbanos, co fin de alcanzar equidade e calidade na atención sanitaria. A implementación do novo modelo de atención primaria, definido na estratexia vertebradora, artículase a través dos plans locais de saúde, que son instrumentos de planificación estratéxica que se desenvolven de forma individualizada e adaptada ás características específicas de cada servizo de atención primaria. Nestes plans locais, os profesionais de cada servizo de atención primaria definen os seus propios obxectivos seguindo as liñas estratéxicas marcadas pola Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde, onde se inclúe o reforzo da atención domiciliaria.

Ambas as formulacións estratéxicas teñen como finalidade alcanzar a cuádrupla meta.

FIGURA 1. Cuádrupla meta



Como medidas que se han implementar para a concreción dos obxectivos da cuádrupla meta establécese o deber de estandarizar, en carteira de servizos, a atención domiciliaria en persoas dependentes e a organización da actividade clínica, o que garante o tempo de axenda dos profesionais para a actividade domiciliaria. Directamente relacionada co ámbito deste Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria, a *Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade* [6] recolle unha exhaustiva análise de situación sobre a cronicidade en Galicia, así como un conxunto de marcos de resposta, boas prácticas e liñas estratéxicas para implementar co fin de lograr un mellor control do paciente en situación de cronicidade.

Cabe destacar o *Plan galego de hospitalización a domicilio-Estratexia HADO (2019-2023)* [7], que senta as bases para garantir unha hospitalización segura, eficiente e de calidade no domicilio do paciente e establece o modelo asistencial de atención compartida cos profesionais de atención primaria.

Para terminar, a *Estratexia galega de saúde 2030* [8], que nace co propósito de establecer un marco de referencia para a transformación do ecosistema sanitario. Nun contexto de incerteza, este plan eríxese como unha folla de ruta a longo prazo, capaz de dar resposta ás necesidades de saúde das persoas, cun novo modelo de atención integral e holístico.



# ANÁLISE DE SITUACIÓN

## ANÁLISE DE SITUACIÓN

### ANÁLISE POBOACIONAL

Segundo datos publicados polo padrón continuo do Instituto Nacional de Estatística en xaneiro de 2024, a poboación residente en Galicia en 2023 é de 2.696.177 persoas, o que a converte a quinta comunidade autónoma máis poboada de España.

Galicia ten unha das poboacións máis envellecidas de todo o territorio nacional, onde o grupo de maiores de 65 anos representa o 25,73 % da poboación total, fronte ao 19,77 % da media española. O índice de envellecemento no ano 2022 situábase no 213,54 % e prevese que alcance o 345,7 % en 2035.

Este envellecemento progresivo da poboación asóciase a un aumento da dependencia e a cronicidade, traducido nun incremento da demanda de coidados, atención e seguimento por parte dos profesionais sanitarios. Debemos ter en conta que nos últimos 4 anos o peso da poboación en situación de cronicidade en Galicia medrou nunha porcentaxe anual do 3 %, fronte ao 1,7 % no eido nacional.

# ATENCIÓN DOMICILIARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

A actividade asistencial domiciliaria do Servizo Galego de saúde estrutúrase en dous grandes bloques:

## Prestación de servizos de atención primaria no domicilio

Medicina de familia, enfermería, traballo social, matrona, farmacia, fisioterapia.

- Inclúe a atención a demanda e a atención programada enmarcada dentro da carteira de servizos de atención primaria.

## Hospitalización a domicilio HADO

- Corresponde á atención sanitaria prestada no seu domicilio a pacientes susceptibles con apoio do seu cuidador, e proporciona asistencia integral e personalizada con niveis diagnósticos, terapéuticos e de cuidados de rango hospitalario.

HADO está a despregarse en todo o territorio galego, co fin de conseguir os obxectivos establecidos no Plan galego de hospitalización a domicilio-Estratexia HADO 2019-2023.



## ACTIVIDADE EN ATENCIÓN PRIMARIA

A atención primaria en Galicia engloba o conxunto de servizos prestados nos centros de atención primaria, no domicilio ou na comunidade por parte dos profesionais de medicina de familia, pediatría, enfermería, traballo social, fisioterapia, farmacia de AP, matrona, odontoloxía, hixiene bucodental e nutrición e dietética, así como polo persoal das áreas administrativas.

Realizouse unha análise da actividade total dos servizos de atención primaria en Galicia e a súa distribución entre o centro de saúde e o domicilio, nos anos 2021, 2022 e 2023. Esta análise revela o claro predominio da actividade sanitaria no centro de saúde, que constitúe máis do 98 % das consultas atendidas, fronte á realizada no domicilio, que non chega a alcanzar o 2 % do total.

TÁBOA 1. Núm. total de consultas de atención primaria en 2021, 2022 e 2023

		2021	2022	2023
Centro	Núm. consultas ordinarias	30.890.199	29.586.156	25.739.455
	% sobre o total	<b>98,19%</b>	<b>98,24%</b>	<b>98,03%</b>
Domicilio	Núm. consultas ordinarias	567.957	527.607	516.801
	% sobre o total	<b>1,81%</b>	<b>1,76%</b>	<b>1,97%</b>

FONTE: SISTEMA DE INFORMACIÓN E ANÁLISES COMPLEXAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

A análise dos datos recollidos no *Informe anual do Sistema nacional de saúde 2020-2021* [9], elaborado polo Ministerio de Sanidade, reforza esta visión. Segundo este informe, o 96,5 % das consultas médicas e de enfermería de atención primaria no eido nacional realízanse nos centros sanitarios e o 3,5 % restante no domicilio.

En canto á distribución de consultas por categoría profesional en Galicia, tanto no ano 2021 coma en 2022 e 2023, as categorías profesionais que realizaron un maior número de consultas no domicilio en valores absolutos son, en orde descendente: enfermería, medicina de familia e traballo social. O número de consultas por parte doutras categorías profesionais de atención primaria é moi reducido.

TÁBOA 2. Núm. total de consultas de AP, clasificadas por categoría profesional, 2021-2023

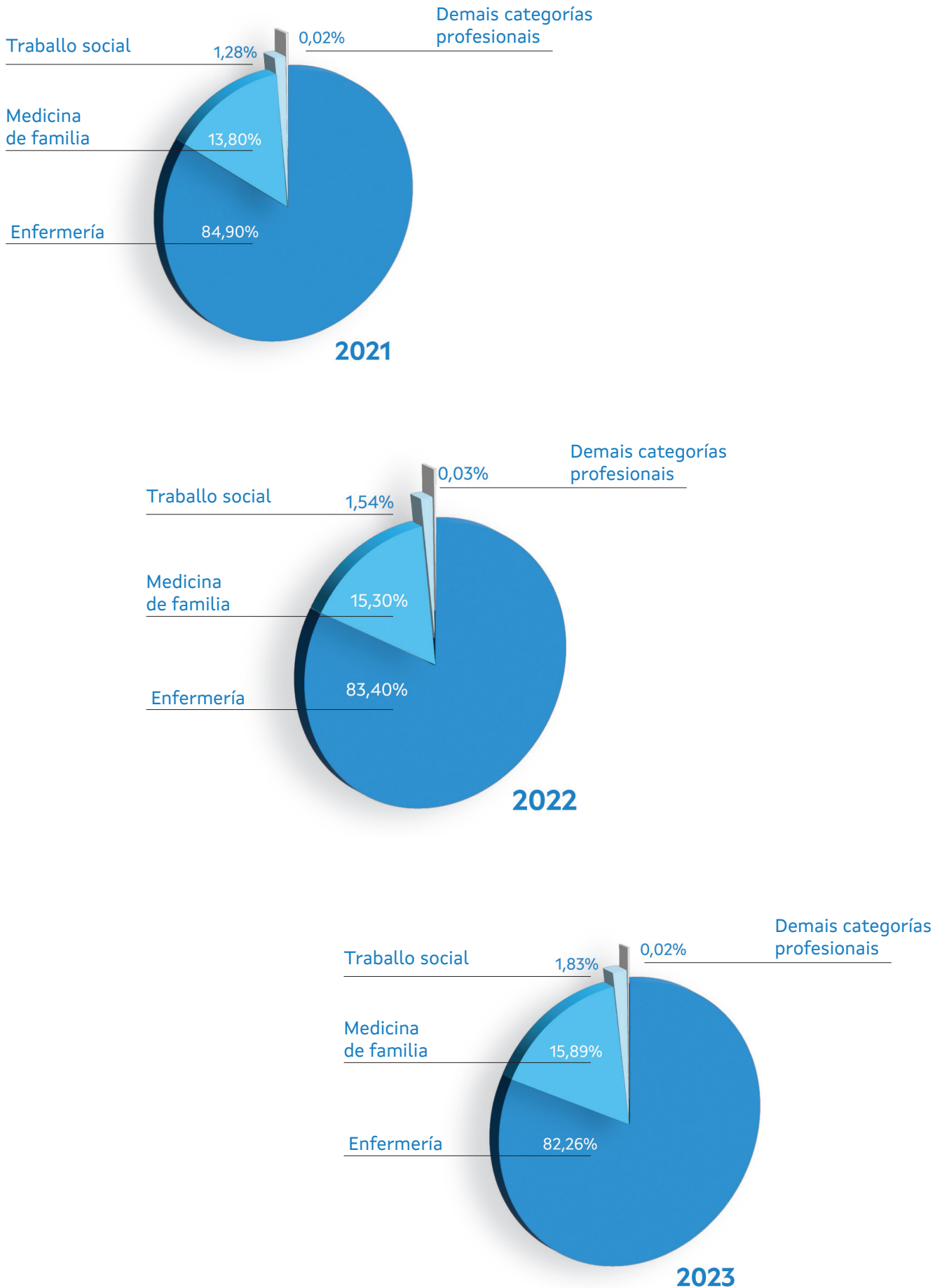
2021		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Traballo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Núm. consultas	14.221.109	15.160.692	458.988	164.512	523.603	361.295
	% sobre o total	<b>96,72%</b>	<b>99,49%</b>	<b>99,97%</b>	<b>95,78%</b>	<b>99,99%</b>	<b>99,99%</b>
Domicilio	Núm. consultas	482.202	78.383	119	7.249	2	2
	% sobre o total	<b>3,28%</b>	<b>0,51%</b>	<b>0,03%</b>	<b>4,22%</b>	<b>0,001%</b>	<b>0,001%</b>

2022		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Traballo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Núm. consultas	10.200.918	15.161.862	481.886	162.024	611.426	479.464
	% sobre o total	<b>95,86%</b>	<b>99,48%</b>	<b>99,98%</b>	<b>95,33%</b>	<b>99,99%</b>	<b>100,00%</b>
Domicilio	Núm. consultas	440.185	79.264	120	7.936	2	0
	% sobre o total	<b>4,14%</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,02%</b>	<b>4,67%</b>	<b>0,001%</b>	<b>0,00%</b>

2023		Enfermería	Medicina de familia	Matrona	Traballo social	Fisioterapia	Farmacia
Centro	Núm. consultas	9.508.798	14.315.385	525.902	173.811	679.806	535.753
	% sobre o total	<b>95,72%</b>	<b>99,43%</b>	<b>99,99%</b>	<b>94,85%</b>	<b>99,99%</b>	<b>100,00%</b>
Domicilio	Núm. consultas	425.139	82.136	76	9.445	5	0
	% sobre o total	<b>4,28%</b>	<b>0,57%</b>	<b>0,01%</b>	<b>5,15%</b>	<b>0,001%</b>	<b>0,00%</b>

FONTE: SISTEMA DE INFORMACIÓN E ANÁLISES COMPLEXAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

GRÁFICO 1. Distribución da atención domiciliaria nos anos 2021, 2022 e 2023



FONTE: SISTEMAS DE INFORMACIÓN E ANÁLISES COMPLEXAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SIAC-AP)

## Detalle da actividade dos/das profesionais de enfermería

As consultas domiciliarias dos/das profesionais de enfermería supuxeron un 3,28 % da súa actividade total no ano 2021, cifra que se incrementa ao 4,14 % en 2022, ata un 4,28 % no ano 2023.

O persoal de enfermería leva a cabo un maior volume de actividade no domicilio na área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos e a área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras, que coincide coas zonas xeográficas de maior proporción de poboación rural e índice de envellecemento.

Con respecto ao tipo de atención das consultas realizadas no domicilio por parte do persoal de enfermería, confírmase a tendencia de que as consultas programadas son máis frecuentes en todas as áreas sanitarias que as consultas a demanda.

## Detalle da actividade dos/das profesionais de medicina de familia

Dentro do total de áreas sanitarias na Comunidade Autónoma de Galicia, as áreas sanitarias da Coruña e Cee e de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos son as que rexistran un maior volume de asistencia no domicilio por parte dos/das profesionais de medicina de familia.

Por tipo de atención, a consulta é predominantemente a demanda en toda Galicia, aínda que os datos evidencian un cambio de tendencia rexistrado no ano 2022 en comparación con anos anteriores, e apréciase un incremento no número de visitas domiciliarias programadas.

## Detalle da actividade de traballo social

Os/as profesionais de traballo social dedican unha maior porcentaxe da súa actividade ás consultas domiciliarias, en comparación co resto de profesionais de atención primaria.

## Detalle da actividade doutros profesionais

Para o resto de profesionais de atención primaria a actividade no domicilio é moi reducida.

## RECURSOS TECNOLÓXICOS PARA A ATENCIÓN DOMICILIARIA

As plataformas tecnolóxicas e os sistemas de información corporativos deben permitir aos profesionais de atención primaria dispoñer de toda a información clínica no domicilio do paciente, así como compartila con outros profesionais e ámbitos que participan na súa atención.

Aínda que é certo que o Servizo Galego de Saúde contaba con avanzados sistemas de información clínica, a pandemia provocada pola covid-19 propiciou un novo impulso á transformación dixital, á innovación no ámbito sanitario e sobre todo á creación de novas canles dixitais de comunicación coa cidadanía.

Actualmente, o Servizo Galego de Saúde dispón dos seguintes recursos e ferramentas que dan soporte aos obxectivos estratéxicos deste plan:

### TELEA

**Plataforma tecnolóxica de teleseguimento de pacientes no domicilio**, que está integrada cos sistemas de información corporativos e permite realizar un seguimento continuo da situación clínica do paciente e, polo tanto, adiantarse a posibles episodios de agravamento da enfermidade.

O paciente/persoa coidadora inclúe unha serie de biomedidas na aplicación informática e/ou dá resposta a cuestionarios clínicos/escalas de saúde. Esta información intégrase directamente na historia clínica electrónica para ser valorada polos profesionais sanitarios que poden comunicarse, se é necesario, co paciente mediante chamada telefónica, videochamada ou de forma presencial e así desenvolver as actuacións encamiñadas a restaurar a normalidade e a previr recaídas ou reagudizacións. Dende o punto de vista do profesional, a ferramenta permite a monitorización simultánea de varios pacientes, facilita o acceso aos seus rexistros e dá soporte ao seguimento clínico. TELEA está implantada no 100 % dos servizos de atención primaria e en varios servizos de atención hospitalaria.

### CONECTA 72

Programa do Servizo Galego de Saúde deseñado para mellorar a **comunicación entre o persoal de enfermería de atención primaria e o paciente tras a alta hospitalaria, así como a integración entre profesionais de enfermería de distintos niveis asistenciais, o que favorece a continuidade asistencial**. A información das altas hospitalarias de todos os pacientes é recibida de forma automática polo profesional de enfermería do EAP, que contactará co paciente nas primeiras 72 horas postalta e establecerá o plan de continuidade de cuidados necesario en cada caso.

## Historia clínica en mobilidade (HCEMOV)

Dispoñible en todo o Servizo Galego de Saúde, foi **deseñada para unificar, concentrar, coordinar e compartir a información clínica xerada fóra do ámbito do centro sanitario**. Permite manexar toda a información clínica dispoñible para o desenvolvemento da actividade asistencial no domicilio do paciente.

## E-interconsulta

**Funcionalidade integrada na historia clínica electrónica que lle permite ao profesional que acode ao domicilio realizar unha interconsulta a outro profesional en relación co proceso asistencial do paciente.** Toda a información asociada a esa atención, desde os datos administrativos ao informe clínico asistencial derivado da consulta, quedan recollidos na historia clínica do paciente e ambos os profesionais, petionario e consultor, poden compartir a xestión do proceso.

## SERGAS MÓBIL

**Punto de acceso centralizado aos recursos móbiles do Servizo Galego de Saúde,** co obxectivo de achegar o catálogo de aplicacións e servizos electrónicos do Servizo Galego de Saúde a toda a cidadanía, de forma transversal, integradora e eficaz.

## E-Saúde

**Ferramenta de comunicación do Servizo Galego de Saúde co cidadán, accesible desde calquera lugar e dispositivo** (ordenador, móbil, tableta etc.), que permite acceder a servizos e contidos sanitarios personalizados.

## CRM-100

Nova canle de comunicación de relación co paciente en atención primaria. Mellora a accesibilidade á atención primaria facilitando o contacto do cidadán, xa que integra as canles de atención telefónica de cada centro de saúde e garante a devolución das chamadas recibidas no centro cun tempo óptimo de resposta. Ademais, permite unha interacción segura entre os profesionais e os pacientes/cidadanía recompilando a información de contactos recentes do paciente coa organización e agrega unha visión 360 do paciente/cidadán que permitirá, entre outros, ofrecer servizos dixitais automáticos e personalizados, o que inclúe a incorporación dunha nova canle de notificación innovadora (Chatbot de voz automatizado) para a notificación e reprogramación de citas, o envío automatizado de enquisas etc.

## VISIÓN DOS AXENTES CLAVE

Para completar a análise de situación recolleuse a visión dun grupo de 23 profesionais de medicina de familia e enfermería, algúns deles con roles de coordinación e xerencia nos seus postos de traballo.

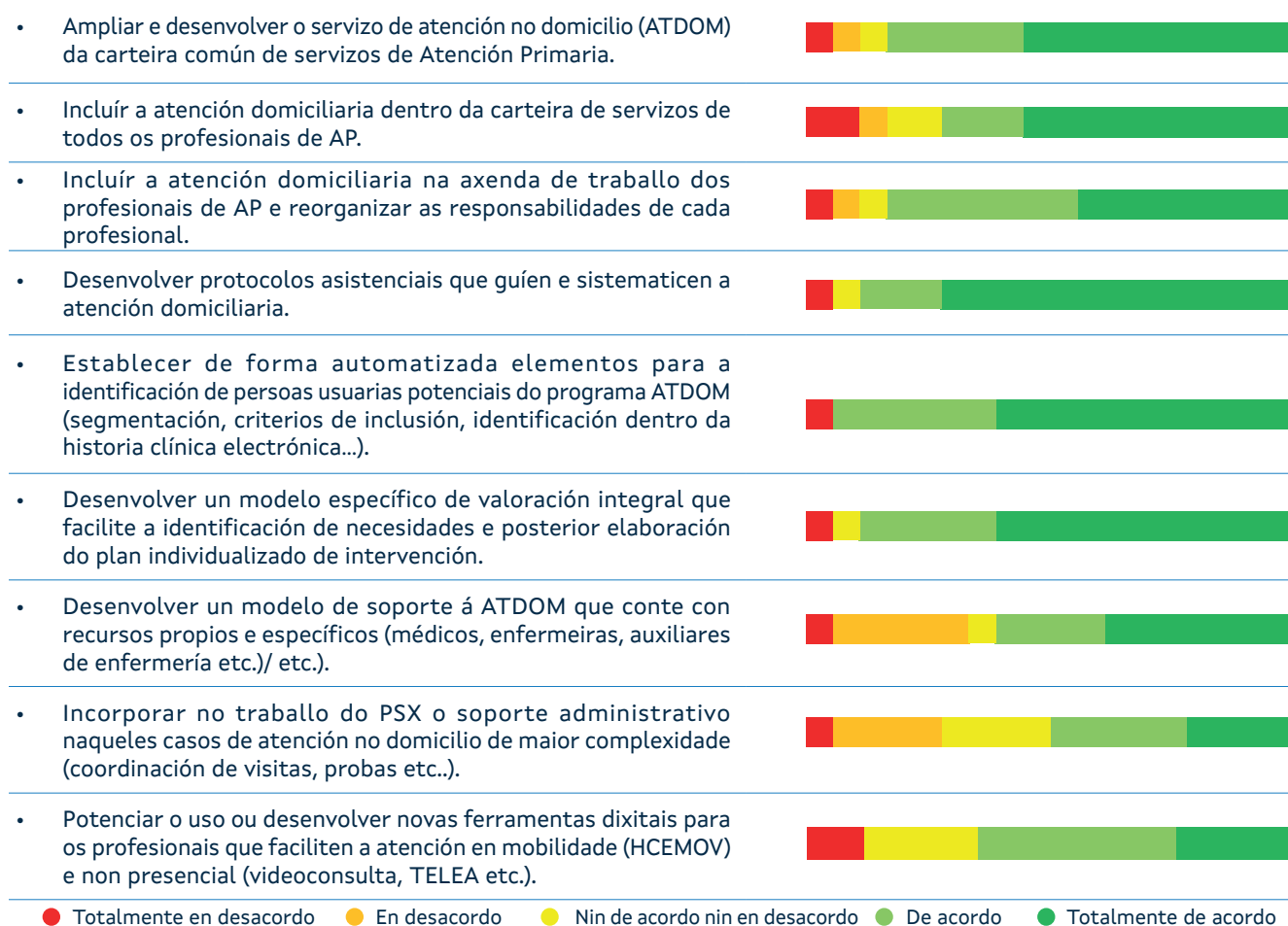
Para recoller a súa opinión realizáronse entrevistas individuais a profesionais pertencentes ás sete áreas sanitarias, co fin de identificar áreas de mellora e posibles liñas de traballo nos distintos escenarios da atención domiciliaria. Sobre a base de información recollida nas entrevistas, definiuse e facilitóuselles adicionalmente a todas as persoas participantes un cuestionario no que se lles preguntaba sobre o seu grao de acordo coa idoneidade dos escenarios de atención, así como sobre posibles liñas de traballo identificadas.

En xeral, existe bastante consenso entre os profesionais en canto ás liñas de traballo propostas, pero atopouse certa discrepancia con relación ao modelo óptimo de atención domiciliaria e as competencias que poida asumir cada perfil profesional.

De forma sintetizada, recóllese no seguinte gráfico o grao de conformidade dos profesionais coas liñas de traballo expostas inicialmente, que serviron de punto de partida para establecer as liñas definitivas que se establecen neste plan.

GRÁFICO 2. Grao de conformidade sobre posibles liñas de atención

### GRAO DE CONFORMIDADE



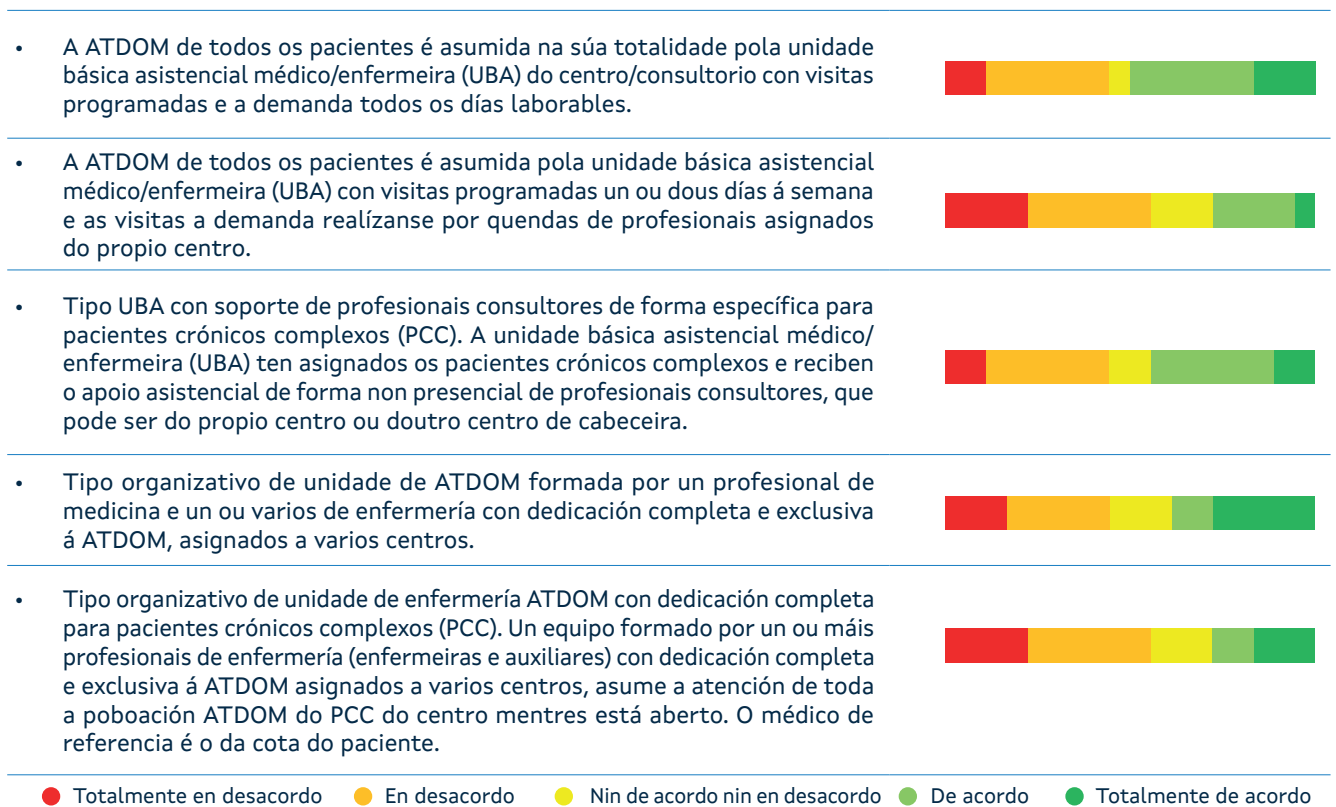
Entre as liñas de traballo con maior acollida destacan o desenvolvemento de protocolos asistenciais que guíen e sistematicen a atención domiciliaria, a definición de elementos clave para a identificación automatizada de potenciais persoas usuarias dos programas de atención domiciliaria e o desenvolvemento dun modelo específico de valoración integral que facilite a identificación de necesidades do paciente e a posterior elaboración dun plan individualizado de intervención.

En relación co modelo organizativo óptimo para a atención domiciliaria, preguntóuselles aos profesionais sobre as súas preferencias, desde o modelo organizativo tradicional no que cada equipo básico asistencial do centro atende a poboación asignada, ata outros que inclúsen perfís específicos con dedicación completa á atención domiciliaria.

O grao de consenso sobre os distintos modelos organizativos é menor, tal e como se mostra no gráfico 3.

GRÁFICO 3. Grao de conformidade sobre posibles modelos de atención domiciliaria

#### GRAO DE CONFORMIDADE



Estas opinións reforzan a necesidade de establecer modelos de atención domiciliaria de forma coordinada e complementaria, incorporando na atención, se é necesario, perfís específicos, pero mantendo o actual papel dos profesionais que atenden os pacientes no seu domicilio.

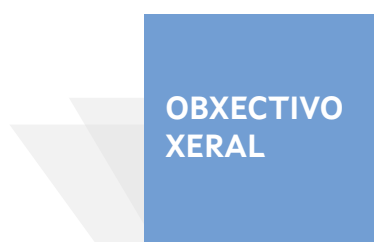




# OBXECTIVOS

## OBXECTIVOS

O obxectivo do Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria é:



- ▶ **Reforzar o modelo de atención domiciliaria**, o que garante unha atención integral e lonxitudinal para mellorar a saúde da poboación.



- ▶ **1 Potenciar a asistencia no domicilio** sempre que se considere a modalidade de atención máis adecuada, en función da situación clínica e das necesidades sociosanitarias do paciente.
- ▶ **2 Establecer un modelo asistencial de atención domiciliaria** baseado na proactividade do sistema, a continuidade asistencial e que fomente a participación e a corresponsabilidade do paciente.



# LIÑAS ESTRATÉXICAS

## LIÑAS ESTRATÉXICAS

O Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria organízase en 5 liñas estratéxicas. Para cada unha delas, establécense uns obxectivos e accións, cuxo cumprimento garanta a consecución do plan.



# IMPULSO DA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A atención domiciliaria constitúese como un alicerce clave e indispensable na proposta de mellora do modelo actual de atención primaria.

Este plan pretende impulsar a atención domiciliaria cara a un modelo proactivo e que garanta a lonxitudinalidade da atención ao paciente.

## OBXECTIVOS

### A.1

Avanzar cara a un novo modelo de atención domiciliaria.

#### ACCIÓN A.1. I

- Propoñer un novo modelo de atención domiciliaria.

Avanzarase cara a un novo modelo de atención domiciliaria baseado na proactividade do sistema, a continuidade asistencial e a corresponsabilidade do paciente na toma de decisións compartida.

Os compoñentes deste modelo serán:

- Inclusión do paciente no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.
- Identificación do profesional e equipo de referencia de atención primaria.
- Valoración sociosanitaria integral e identificación das necesidades do paciente.
- Definición dos recursos e servizos que respondan ás necesidades detectadas.
- Elaboración do plan de atención individualizado.
- Seguimento do plan de atención individualizado.

Priorizar a atención domiciliaria en todos os plans e estratexias asistenciais e organizativas vinculadas coa atención primaria, fomentando unha atención proactiva no domicilio.

▪ **ACCIÓN A.2. I**

- Utilizar os plans locais de saúde como marco de referencia sobre o que priorizar e desenvolver as actividades de atención no domicilio.

Os plans locais de saúde constitúen un mecanismo de organización clave en atención primaria. Recollen unha serie de iniciativas, entre as que destacan:

- Analizar os datos descritivos de cada territorio en canto a características demográficas e socioeconómicas, nivel de educación, estado de saúde, estilo de vida e grao de morbimortalidade da poboación, para efectuar unha planificación sanitaria da atención domiciliaria no territorio.
- Definir os obxectivos xerais que ha alcanzar cada servizo de atención primaria relacionados cos obxectivos establecidos nos documentos estratéxicos da Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde, entre os que cómpre destacar aqueles relacionados coa carteira de servizos, a atención domiciliaria, a atención comunitaria e sociosanitaria, a transformación tecnolóxica, a accesibilidade e a calidade asistencial.
- Dotar ós profesionais dos recursos necesarios para mellorar e axilizar a atención domiciliaria.

▪ **ACCIÓN A.2. II**

- Desenvolver iniciativas para a prevención de enfermidades, actuando sobre os factores de risco a través da educación e da promoción do autocoidado do paciente, da familia e da comunidade.

O novo modelo abordará a prevención da enfermidade e promoción da saúde en atención domiciliaria. Con este fin, desenvolveranse iniciativas de educación sanitaria dirixidas ao fomento do autocoidado e ao apoio emocional e motivacional do paciente e da súa familia/persoa coidadora, achegando ao domicilio do paciente actividades levadas a cabo no ámbito da atención comunitaria.

▪ **ACCIÓN A.2. III**

- Potenciar o desenvolvemento e/ou extensión de proxectos e iniciativas propostas desde o ámbito da atención primaria en relación coa atención domiciliaria.

Desde atención primaria, xorden proxectos a iniciativa dos propios profesionais ou xestores locais de casos, co fin de mellorar a atención domiciliaria. Preténdense apoiar esas iniciativas e estender a outras áreas de xestión aquelas que demostren acadar unha optimización desta prestación.



# NORMALIZACIÓN DA ACTIVIDADE DOMICILIARIA NA CARTEIRA DE SERVIZOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Propónse revisar a carteira de servizos de cada categoría profesional de atención primaria e estandarizar os procedementos e intervencións levados a cabo no fogar do paciente.

## OBXECTIVOS

### B.1

Potenciar o servizo de atención domiciliaria incluído dentro das carteiras de servizos das categorías profesionais de atención primaria.

#### ▪ ACCIÓN B.1. I

- Incluir as funcións específicas de atención domiciliaria recollidas na carteira de servizos de cada profesional de atención primaria nun único modelo normalizado e integrador.

Establécense as tarefas que os profesionais de atención primaria desenvolven no domicilio:

- ⇒ Actividades de promoción da saúde e prevención da enfermidade:
- Promoción da alimentación saudable e o exercicio físico.
  - Identificación e abordaxe de condutas e factores de risco para a saúde.
  - Administración de vacinas.
  - Prevención de caídas e outras lesións non intencionadas.
  - Detección precoz da deterioración cognitiva e funcional.
  - Detección precoz da deterioración física.
  - Valoración da integridade cutánea.
  - Consello e seguimento da polimedicación e da multimorbilidade.
  - Cribado de saúde bucodental e problemas de nutrición e deglutición.
  - Identificación de risco social e psicosocial do paciente e da contorna coidadora.
  - Valoración social de factores de risco e factores protectores relacionados coa vivenda.

- ⇒ Actividades de valoración e seguimento ás persoas con enfermidades crónicas e persoas maiores de risco.
  - Identificación da fragilidade e complexidade.
  - Valoración sociosanitaria integral, que comprenderá valoración da dependencia para as actividades da vida diaria, do estado cognitivo, da fragilidade e do risco de úlceras (detallado no [anexo I](#)).
  - Aplicación de escalas de valoración en función das necesidades de cada paciente (detallado no [anexo II](#)).
  - Valoración da sobrecarga do cuidador (detallado no [anexo II](#)).
  - Detección do grao de coñecemento da enfermidade por parte do paciente e da súa familia/persoas cuidadoras, así como as súas expectativas respecto diso.
  - Elaboración da historia social sanitaria.
  - Establecemento dun plan de atención individualizado que inclúa un plan terapéutico e un plan de cuidados de acordo coas necesidades e/ou problemas identificados.
  - Intensificación da atención sanitaria no caso de descompensación das súas patoloxías crónicas, no seguimento postalta hospitalaria e en calquera outra situación na que precise un cuidado especial.
  - Información e asesoramento ás persoas atendidas e ás persoas vinculadas a elas, especialmente ao cuidador ou cuidadora principal e familiares.
  - Establecemento do plan de decisións anticipadas ou do documento de vontades anticipadas.
  - Elaboración da estratexia de final da vida e acompañamento das persoas e a familia.
  - Acompañamento no proceso de eutanasia cando a persoa atendida o solicita.
  
- ⇒ Actividades de coordinación dos referentes da persoa atendida con:
  - ESAD.
  - O61.
  - Servizo de hospitalización a domicilio (HADO).
  - Atención hospitalaria.
  - Centros e equipos de saúde mental.
  - Rehabilitación, fisioterapia, logopedia e terapia ocupacional.
  - Servizos sociais e entidades comunitarias locais.

- ⇒ Actividades de formación, asesoramento e acompañamento.
  - Información e formación en educación sanitaria ás persoas vinculadas á que recibe a atención, especialmente á persoa cuidadora principal ou referente.
  - Formación continuada aos profesionais.
  - Darlle soporte moral e psicolóxico ao núcleo familiar.

## B.2

### Desenvolver o Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.

#### ACCIÓN B.2. I

- Definir o Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.

O Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria deberá definir e normalizar a identificación adecuada dos pacientes, os criterios de inclusión e exclusión no programa, o coñecemento dos problemas máis prevalentes e frecuentemente atendidos no domicilio e a elaboración e aplicación de protocolos que homoxeneicen o traballo dos profesionais que prestan a atención no domicilio.

#### ⇒ Poboación diana.

Toda a poboación con cobertura polo sistema público de saúde de Galicia que cumpra os criterios de inclusión no programa.

Aínda que todas as persoas que o precisen poden recibir atención domiciliaria desde atención primaria, para optimizar esta prestación asistencial é oportuno seleccionar adecuadamente aquelas que sexan candidatas.

#### ⇒ Criterios de inclusión.

Persoas que cumpran polo menos algún dos seguintes criterios:

- Imposibilidade para desprazarse ao centro de saúde por motivos de saúde, pola súa condición física ou pola súa situación social e/ou da contorna, de forma temporal ou permanente.
- Paciente con patoloxía crónica complexa e/ou avanzada.
- Paciente con necesidades de atención paliativa e/ou de cuidados ao final da vida.

	<p>⇒ <b>Criterios de exclusión.</b></p> <p>Persoas que cumpran polo menos algún dos seguintes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente que só precisa unha atención puntual no seu domicilio.</li> <li>▪ Paciente que, tras unha valoración sociosanitaria, se determina que precisa ser atendido noutro recurso asistencial máis axeitado á súa situación.</li> <li>▪ A non aceptación por parte da persoa e da súa familia.</li> </ul> <p>⇒ <b>Identificación do paciente incluído no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.</b></p> <p>O paciente deberá ser identificado na historia clínica ben polo seu problema de saúde, etiqueta clínica ou condicionante que determine a súa inclusión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ACCIÓN B.2. II</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Elaboración de procedementos baseados no coñecemento científico para homoxeneizar a atención que prestan os profesionais no domicilio.</b></li> </ul> <p>Estableceranse as bases para unha valoración multidimensional que inclúa aspectos que permitan identificar as necesidades, valores e recursos do paciente e da familia. O traballo interdisciplinario é necesario para a realización dunha valoración completa e exhaustiva. O uso de tests ou escalas validadas mellora a realización e a calidade deste proceso e a información obtida será utilizada para a toma de decisións na elaboración do plan de intervención.</p> <p>A periodicidade das intervencións e visitas de profesionais establecerase en función da situación e das necesidades do paciente e da familia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ACCIÓN B.2. III</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Utilizar un sistema de datos analizable de forma continua.</b></li> </ul> <p>A historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde permite o rexistro en tempo real das consultas, tratamentos, probas complementarias e outras intervencións realizadas ao paciente. É un sistema de información específico, adecuado e potente, xa que permite o acceso, manexo e rexistro da información clínica do paciente agrupada nun único soporte para todos os profesionais.</p>





## CREACIÓN DOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

Os equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) constitúense como recursos asistenciais de apoio que colaboran co equipo básico de saúde, nas situacións que proceda tras unha valoración. Estes equipos están compostos por profesionais de atención primaria, cuxo obxectivo é mellorar a calidade da atención sanitaria que se lles presta no domicilio aos pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.

### OBXECTIVOS

#### C.1

Implantar ESAD en atención primaria.

##### ACCIÓN C.1.1

- Identificar as necesidades de apoio polo ESAD.

Para un correcto despregamento dos ESAD realizarase unha análise das necesidades actuais e previsibles de cada un dos servizos de atención primaria.

Unha vez realizada a devandita análise, identificaranse aquelas situacións e/ou localizacións que se beneficiarían máis da implantación dos ESAD, co obxecto de planificar o número de equipos necesarios e de priorizar a súa asignación.

- ACCIÓN C.1. II

- Establecer a estrutura dos ESAD.

Para a constitución dos ESAD precisarase de recursos humanos e materiais, de acordo cun modelo básico inicial, que poderá adaptarse adecuándose á planificación realizada.

⇒ **Recursos humanos.** Os ESAD estarán formados por profesionais de atención primaria da área sanitaria correspondente. Os perfís profesionais que inicialmente formarán parte do ESAD son o persoal de enfermería, sen prexuízo da incorporación posterior doutros perfís profesionais do ámbito de atención primaria.

⇒ **Recursos materiais.** Cada ESAD dispoñerá dunha infraestrutura básica que lle permitirá exercer de forma plena a súa función, que inclúe, como mínimo:

- Unidade funcional, situada estratexicamente nun centro de saúde da área sanitaria que estea próximo a vías rápidas de comunicación e centrado xeograficamente.
- Vehículo con capacidade para transportar o material sanitario necesario para a atención no domicilio.
- Sempre que sexa posible, dispositivos electrónicos que permitan o acceso á historia clínica dixital do paciente en mobilidade.
- Material sanitario e non sanitario requirido para unha óptima atención.
- Material funxible e medicación.

- ACCIÓN C.1. III

- Definir a operativa do ESAD.

Para o correcto funcionamento dos ESAD e a súa coordinación cos equipos de atención primaria, precísanse unha serie de tarefas concretas:

⇒ Definir os criterios de inclusión de pacientes.

Definiranse unha serie de criterios comúns de inclusión a todos os pacientes e outros específicos.

Os criterios comúns de inclusión son:

- Disponibilidade dun domicilio estable na área sanitaria na que se vai a implantar o ESAD.
- Aceptación do servizo por parte do paciente e da persoa cuidadora principal.

Os criterios específicos establécense atendendo ao tipo de paciente, situación clínica e/ou condicionantes sociosanitarios. Estes criterios poden ser ampliados en función das necesidades detectadas. Inicialmente, establécense os seguintes:

- Pacientes inmobilizados.
- Pacientes crónicos complexos e/ou avanzados.
- Pacientes con necesidades de atención paliativa.
- Pacientes en residencia sociosanitaria con necesidade de atención clínica e/ou de cuidados desde atención primaria.
- Pacientes que, tras un ingreso en hospitalización a domicilio (HADO), precisen continuidade de cuidados no domicilio.

⇒ Sistematizar a identificación e a captación de pacientes candidatos ao Programa galego de atención domiciliaria.

A captación dos pacientes realizarase de forma automática a través das ferramentas corporativas de explotación da información contida na historia clínica e nos sistemas de información corporativos ou ben a proposta do equipo de atención primaria (EAP).

⇒ Definir axendas de traballo dos profesionais do ESAD e o sistema de rexistro de actividade.

Habilitar os sistemas de xestión para darlle soporte á organización e rexistro da actividade dos profesionais do ESAD.

- ACCIÓN C.1. IV

- Establecer referentes para a organización e o desenvolvemento de actividades do Programa galego de atención domiciliaria.

Para o correcto funcionamento dos ESAD e a homoxeneización dos servizos prestados, conformarase unha rede de responsables do Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria en cada área sanitaria.

## Desenvolver iniciativas de soporte ás persoas coidadoras.

### ACCIÓN C.2. I

- Proporcionar apoio á familia e ás persoas coidadoras mediante a formación e a coordinación dos recursos sociais dispoñibles.

O estado de saúde, físico e mental, dos familiares e/ou das persoas coidadoras do paciente constitúe un factor clave na atención recibida polo paciente e, por iso, os equipos de atención primaria deben velar en todo momento polo seu óptimo estado de saúde.

Con este fin, desde o ESAD proporcionaráselle á persoa coidadora soporte emocional e/ou atención sanitaria, se fose preciso.

No caso de detectar a existencia de vulnerabilidade na persoa coidadora, será necesario establecer por parte de traballo social os plans de intervención social e sociosanitaria de minimización de risco para paciente e persoa coidadora, en coordinación co resto do equipo e cos recursos sociais comunitarios.



# DOTACIÓN DAS MEDIDAS E RECURSOS NECESARIOS PARA O IMPULSO, DESENVOLVEMENTO, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN DA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Para poder levar a cabo unha atención domiciliaria de calidade, equitativa e que garanta unha atención sanitaria integral, é preciso dotar ó sistema dunha serie de recursos, tanto humanos coma materiais, que permitan a implementación, seguimento e avaliación deste Plan.

## OBXECTIVOS

### D.1

Establecer elementos para a identificación de persoas usuarias potenciais do Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.

#### ACCIÓN D.1.1

- Establecer de forma automatizada procesos de segmentación e procedementos de identificación de pacientes dentro dos sistemas de información corporativos.

Establecerase un proceso de captación proactiva de pacientes non incluídos actualmente en programas de atención a domicilio, que inclúa criterios para identificar e priorizar a atención domiciliaria aos grupos de poboación de maior risco.

Para iso, definiranse criterios de selección baseados na información incluída na historia clínica electrónica e/ou noutros sistemas de información corporativos.

Unha vez definidos os criterios, realizarase un proceso automatizado para seleccionar a poboación diana, cuxa listaxe será amosada aos profesionais para facilitar a inclusión de pacientes no programa.

## Potenciar a implantación das axendas de calidade das categorías profesionais de atención primaria.

### ACCIÓN D.2. I

- Adaptar as axendas profesionais de todos os perfís de atención primaria aos requirimentos de atención domiciliaria que recolle o plan.

Adaptaranse as axendas de todas as categorías e postos nas que proceda para unha adecuada atención, en concordancia cos recursos dispoñibles. A atención deberá ser prestada polo profesional máis adecuado á situación específica da persoa atendida.

## Desenvolver as ferramentas dixitais para favorecer a atención domiciliaria.

### ACCIÓN D.3. I

- Potenciar as actuais ferramentas tecnolóxicas de seguimento domiciliario, así como aquelas orientadas a facilitar, de forma específica, a atención sociosanitaria (pacientes crónicos ou persoas en situación de dependencia) e a atención en mobilidade.

Potenciarase o uso daquelas actualmente dispoñibles e avanzarase no desenvolvemento de novas ferramentas que faciliten o despregamento dos servizos de atención domiciliaria.

## Avaliación e seguimento do plan.

### ACCIÓN D.4. I

- Identificar obxectivos e indicadores de proceso e de resultado analizables e comparables entre territorios e equipos profesionais de forma continua.

A avaliación do plan constitúe un factor clave para coñecer a efectividade e a factibilidade das actuacións levadas a cabo, así como as dificultades e obstáculos que xurdiron no proceso de implantación para, deste xeito, planificar as reformas necesarias. No apartado 6.3, preséntanse os indicadores que permitirán realizar esta avaliación.

### ACCIÓN D.4. II

- Facilitar estratexias de benchmarking e mellora continua do Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria.

Realizaranse sesións clínicas entre profesionais de distintos dispositivos asistenciais, sanitarios e sociais, así como xornadas de difusión e avaliación dos resultados do Plan galego para a atención domiciliaria en atención primaria.

- ACCIÓN D.4. III

- Incorporar resultados en saúde percibidos e de experiencia do paciente.

Os resultados de saúde percibidos polo paciente (PROM) e/ou os resultados de experiencia percibida polo paciente (PREM) son dous instrumentos que permiten a incorporación da voz do paciente ao longo do proceso de cuidados dunha persoa e permiten orientar a atención cara ao que realmente lle importa ao paciente, tanto en termos de resultados en saúde coma en termos da súa experiencia de cuidados. Mentres que os PROM miden aspectos relacionados coa calidade de vida, a funcionalidade e os síntomas asociados a unha patoloxía, os PREM focalízanse en como un paciente vive a súa experiencia de cuidados. A implementación de ambos os instrumentos precisa de sistemas de información avanzados e accesibles ao paciente para que este poida ir reportando, en base a ferramentas previamente validadas, tanto os seus resultados de saúde percibidos polo paciente como a súa experiencia de cuidados.



## PROMOCIÓN DA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Unha atención sanitaria de calidade implica un proceso continuo de mellora sustentado en avances científicos documentados, experiencias de éxito rexistradas e a aprendizaxe de procedementos e intervencións máis actualizados. Para asegurar unha atención domiciliaria de calidade aos pacientes é necesario fomentar a investigación, formación e docencia neste ámbito de atención sanitaria.

### OBXECTIVOS

#### E.1

Fomentar a investigación como vía de desenvolvemento dunha atención domiciliaria de maior calidade.

##### ACCIÓN E.1. I

- Favorecer a investigación no campo da atención domiciliaria, contando con convocatorias, tempo e orzamentos específicos.

Proponse fomentar unha estratexia de investigación que inclúa como unha das liñas temáticas o campo da atención domiciliaria. Isto permitirá un maior coñecemento e difusión deste ámbito da atención entre a comunidade sanitaria, a difusión de boas prácticas e a avaliación do seu impacto real, e repercutirá no desenvolvemento da mellor evidencia científica da atención sanitaria prestada no domicilio.

Para iso propóñense as seguintes actividades clave:

- Realizar unha descrición do estado de situación actual da actividade científica no campo da atención domiciliaria.
- Priorizar liñas de investigación con maior potencial de impacto e desenvolvemento.
- Identificar grupos de investigación en áreas de interese afíns e establecer contacto con eles para colaborar en proxectos de investigación comúns.
- Identificar convocatorias relacionadas co financiamento de proxectos de investigación no ámbito da atención primaria.



Difundir os avances científicos e as experiencias de éxito rexistradas en materia de atención domiciliaria, mediante sesións/cursos de formación impartidos aos distintos perfís profesionais de atención primaria.

▪ **ACCIÓN E.2. I**

- Favorecer a difusión de proxectos e experiencias de éxito relacionadas coa mellora da atención domiciliaria.

O obxectivo principal é lograr a difusión das accións máis relevantes desenvolvidas no marco da atención domiciliaria para xerar coñecemento e interacción. Proponse dar a coñecer, tanto interna coma externamente, o conxunto de iniciativas e proxectos levados a cabo desde atención primaria en relación co Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria e presentar aqueles resultados obtidos durante o desenvolvemento dos proxectos susceptibles de ser comunicados. Este procedemento está orientado a informar de forma unidireccional diferentes grupos de interese.

As actividades clave que hai que desenvolver para a consecución desta acción partirán desde a elaboración dun plan de comunicación para cada proxecto satisfactorio e a implantación de elementos de difusión directa, publicacións e materiais específicos que inclúan formato dixital, notas de prensa e entrevistas, xeración de publicacións científicas ou comunicacións, foros e congresos.

▪ **ACCIÓN E.2. II**

- Impulsar a avaliación do impacto dos programas e proxectos de atención domiciliaria implementados en atención primaria.

A avaliación do impacto permite medir os efectos que os programas e proxectos de atención domiciliaria poden ter sobre a poboación beneficiaria e coñecer se os devanditos efectos son en realidade atribuíbles á intervención levada a cabo.

Para a avaliación do impacto, defínense proxectos e estudos específicos que midan os resultados da atención domiciliaria que se presta en atención primaria.

## Deseñar e implantar unha estratexia de formación en atención domiciliaria.

### ACCIÓN E.3. I

- Integrar no plan de formación continuada do Servizo Galego de Saúde actuacións que respondan ás necesidades de formación dos profesionais en materia de atención domiciliaria.

Formación continuada dos profesionais que realizan atención domiciliaria en materias de:

- Coidados de pacientes en situación de cronicidade.
- Coidados paliativos e/ou coidados ao final da vida.
- Programas de prevención e detección precoz de complicacións e exacerbacións.
- Uso de ferramentas diagnósticas ou terapéuticas.
- Experiencias de éxito rexistradas en atención domiciliaria e avances científicos documentados.
- Dereitos de saúde das persoas con procesos crónicos avanzados e calidade de vida.
- Metodoloxía da atención centrada na persoa e a perspectiva de atención integral.
- Valores individuais, ética e diversidade cultural en atención á saúde.

Impartirase formación presencial e en liña básica para os profesionais e avanzada para referentes e membros de equipos de soporte.

Facilitarase a asistencia dos profesionais de atención primaria a congresos, simposios, mesas redondas ou outros eventos formativos relacionados coa atención no domicilio.



# IMPLEMENTACIÓN

## IMPLEMENTACIÓN

A implementación do **Plan galego para a atención domiciliaria en atención primaria** estará coordinada pola Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria, en colaboración coa Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria e a Dirección Xeral de Recursos Humanos.

## TEMPORALIZACIÓN

Co fin de lograr unha implementación plena e satisfactoria do plan, propónse a execución das accións incluídas nas liñas estratéxicas en dous intervalos temporais atendendo ao seu impacto e factibilidade:

Obxectivos para desenvolver:



A distribución dos obxectivos para alcanzar segundo o intervalo temporal previsto móstrase na táboa 5.

O cumprimento de cada un dos obxectivos suporá a execución das accións vinculadas a este. Propoñeráse constituír un grupo de seguimento do plan que priorizará as accións a curto e medio prazo.

TÁBOA 5. Temporalización dos obxectivos estratéxicos

LÍÑAS ESTRATÉXICAS	OBXECTIVOS	TEMPORALIZACIÓN
<b>A</b> Impulso da atención domiciliaria desde atención primaria	<b>A1.</b> Avanzar cara a un novo modelo de atención domiciliaria	2025 MEDIO PRAZO
	<b>A2.</b> Priorizar a atención domiciliaria en todos os plans e estratexias asistenciais e organizativas vinculadas coa atención primaria, fomentando unha atención proactiva no domicilio	2025 MEDIO PRAZO
<b>B</b> Normalización da actividade domiciliaria na carteira de servizos de atención primaria	<b>B1.</b> Potenciar o servizo de atención domiciliaria incluído dentro das carteiras de servizos das categorías profesionais de atención primaria	2024 CURTO PRAZO
	<b>B2.</b> Desenvolver o Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria	2025 MEDIO PRAZO
<b>C</b> Creación dos equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)	<b>C1.</b> Implantar ESAD en atención primaria	2024 CURTO PRAZO
	<b>C2.</b> Desenvolver iniciativas de soporte ás persoas cuidadoras dos pacientes	2025 MEDIO PRAZO
<b>D</b> Dotación dos recursos necesarios para o desenvolvemento, implementación, seguimento e avaliación da atención domiciliaria	<b>D1.</b> Establecer elementos para a identificación de persoas usuarias potenciais do Programa galego de atención domiciliaria	2024 CURTO PRAZO
	<b>D2.</b> Potenciar a implantación das axendas de calidade das categorías profesionais de atención primaria	2024 CURTO PRAZO
	<b>D3.</b> Desenvolver as ferramentas dixitais para favorecer a atención domiciliaria	2025 MEDIO PRAZO
	<b>D4.</b> Avaliación e seguimento do plan	2025 MEDIO PRAZO
<b>E</b> Promoción da formación, docencia e investigación	<b>E1.</b> Fomentar a investigación como vía de desenvolvemento dunha atención domiciliaria de maior calidade	2025 MEDIO PRAZO
	<b>E2.</b> Difundir os avances científicos e as experiencias de éxito rexistradas en materia de atención domiciliaria mediante sesións/cursos de formación impartidos aos distintos perfís profesionais de atención primaria	2025 MEDIO PRAZO
	<b>E3.</b> Diseñar e implantar unha estratexia de formación en atención domiciliaria	2025 MEDIO PRAZO

## COMPETENCIA

Co propósito de detallar ao máximo posible a implementación do plan, propónse a clasificación da competencia dos obxectivos para alcanzar en tres niveis:



A distribución dos obxectivos segundo o seu órgano de competencia móstrase na táboa 6.

TÁBOA 6. Distribución dos obxectivos segundo o seu órgano de competencia

LÍÑAS ESTRATÉXICAS	OBXECTIVOS	ÓRGANO DE COMPETENCIA
<b>A</b> Impulso da atención domiciliaria desde atención primaria	A1. Avanzar cara a un novo modelo de atención domiciliaria	DXPRS (NIVEL MACRO)
	A2. Priorizar a atención domiciliaria en todos os plans e estratexias asistenciais e organizativas vinculadas coa atención primaria, fomentando unha atención proactiva no domicilio	DXAS, DXPRS (NIVEL MACRO)
<b>B</b> Normalización da actividade domiciliaria na carteira de servizos de atención primaria	B1. Potenciar o servizo de atención domiciliaria incluído dentro das carteiras de servizos das categorías profesionais de atención primaria	DXAS, DXPRS (NIVEL MACRO)
	B2. Desenvolver o Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria	DXAS, DXPRS (NIVEL MACRO)
<b>C</b> Creación dos equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)	C1. Implantar ESAD en atención primaria	DXAS, DXPRS, DXRRHH (NIVEL MACRO)
	C2. Desenvolver iniciativas de soporte ás persoas cuidadoras dos pacientes	Áreas Sanitarias (NIVEL MESO)
<b>D</b> Dotación dos recursos necesarios para o desenvolvemento, implementación, seguimento e avaliación da atención domiciliaria	D1. Establecer elementos para a identificación de persoas usuarias potenciais do Programa galego de atención domiciliaria	DXPRS (NIVEL MACRO)
	D2. Potenciar a implantación das axendas de calidade das categorías profesionais de atención primaria	DXPRS (NIVEL MACRO)
	D3. Desenvolver as ferramentas dixitais para favorecer a atención domiciliaria	SXSTI (NIVEL MICRO)
	D4. Avaliación e seguimento do plan	DXPRS (NIVEL MACRO)
<b>E</b> Promoción da formación, docencia e investigación	E1. Fomentar a investigación como vía de desenvolvemento dunha atención domiciliaria de maior calidade	DXAS, DXPRS, ACIS (NIVEL MACRO)
	E2. Difundir os avances científicos e as experiencias de éxito rexistradas en materia de atención domiciliaria, mediante sesións/cursos de formación impartidos aos distintos perfís profesionais de atención primaria	Áreas Sanitarias, ACIS (NIVEL MESO)
	E3. Diseñar e implantar unha estratexia de formación en atención domiciliaria	DXAS, DXPRS, ACIS (NIVEL MACRO)



# SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN

## SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN

### SEGUIMIENTO DO PLAN

Co fin de garantir a correcta e adecuada execución das accións reflectidas no presente documento, a DXPRS, en colaboración coa DXAS e a DXRRHH, elaborarán de forma anual un informe sobre o estado de implantación do plan no que incluírán os resultados dos indicadores de avaliación propostos. Todo isto servirá para monitorizar o avance na consecución dos obxectivos expostos e valorar posibles modificacións nas accións previstas.

### AVALIACIÓN DO PLAN

A avaliación do plan constitúe un factor clave para coñecer a efectividade e a factibilidade das actuacións levadas a cabo, así como para coñecer as dificultades e obstáculos que xurdiron e, deste xeito, implementar as melloras necesarias. Pola súa vez, constitúe unha excelente ferramenta para informar os xestores e demais axentes sobre o avance das propostas, así como para compartir o traballo realizado coa cidadanía.

A avaliación do Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria considerará os tres niveis estamentais (macro, meso e micro) e as súas respectivas responsabilidades nos criterios de valoración para a correcta supervisión do reforzo de atención domiciliaria, mediante as accións recollidas ao longo do proxecto.

Os indicadores clave para esa avaliación obteranse dos sistemas de información corporativos existentes, sen menoscabo de empregar outras fontes de información que se consideren necesarias (detallado no apartado indicadores clave de avaliación).

Tras finalizar o período establecido no plan, realizarase un informe de avaliación final que inclúa como mínimo a evolución temporal dos resultados dos indicadores clave establecidos, os cales poden ser ampliados se se considera pertinente.

## INDICADORES CLAVE DE AVALIACIÓN

### Líña estratéxica

A	Impulso da atención domiciliaria desde atención primaria
<p><b>DESCRICIÓN:</b> Media de visitas realizadas polo persoal de enfermería a pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número de visitas realizadas polo persoal de enfermería a pacientes incluídos en Programa galego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos en Programa galego de atención domiciliaria no período avaliado.</p> <p><b>PERIODICIDADE:</b> Anual.</p> <p><b>DESAGREGACIÓN:</b> Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRICIÓN:</b> Media de visitas realizadas por médicos/as de familia a pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número de visitas realizadas por médicos/as de familia a pacientes incluídos en Programa galego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos no programa.</p> <p><b>PERIODICIDADE:</b> Anual.</p> <p><b>DESAGREGACIÓN:</b> Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRICIÓN:</b> Media de visitas realizadas por profesionais de traballo social a pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número de visitas realizadas por profesionais de traballo social en pacientes incluídos en Programa galego de atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos en Programa galego de atención domiciliaria no período avaliado.</p> <p><b>PERIODICIDADE:</b> Anual.</p> <p><b>DESAGREGACIÓN:</b> Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>

**B**

**Normalización da actividade domiciliaria na carteira de servizos de atención primaria**

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria.

**FÓRMULA:** Número total de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria pertencentes á poboación asignada ao centro de saúde / Servizo de atención primaria.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria por rangos de idade.

**FÓRMULA:** Número de pacientes por rangos de idade (< 65 anos, 65-79 anos, > 79 anos) incluídos no Programa galego de atención domiciliaria pertencentes á poboación asignada ao centro de saúde/servizo de saúde.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria, identificados como inmobilizados.

**FÓRMULA:** Número de pacientes inmobilizados incluídos no Programa galego atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos no programa galego atención domiciliaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria identificados como paciente crónico complexo (PCC).

**FÓRMULA:** Número de pacientes considerados PCC incluídos no Programa galego atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos no programa galego atención domiciliaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria identificados como pacientes paliativos.

**FÓRMULA:** Número de pacientes considerados pacientes paliativos incluídos no Programa galego atención domiciliaria / Total de pacientes incluídos no programa galego atención domiciliaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria cun Plan de atención individualizado (PAI) realizado.

**FÓRMULA:** Número de pacientes incluídos no Programa galego atención domiciliaria que teñen rexistrado un PAI / Total pacientes incluídos no Programa galego atención domiciliaria en atención primaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRICIÓN:** Rexistro de valoración multidimensional (escalas consensuadas segundo protocolo).

**FÓRMULA:** Número de pacientes con rexistro de valoración multidimensional (escalas consensuadas segundo protocolo) / Total pacientes incluídos no programa galego de atención domiciliaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.



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

<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Pacientes atendidos polos ESAD.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número total de pacientes atendidos polos ESAD.</p> <p><b>PERIODICIDADE:</b> Trimestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> ESAD/ Centro de saúde/ Servizo de saúde/ Área de saúde/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Pacientes atendidos polos ESAD desagregado por rangos de idade.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número total de pacientes atendidos polos ESAD desagregado por rangos de idade (&lt; 65 anos, 65-79 anos, &gt; 79 anos).</p>
	<p><b>PERIODICIDADE:</b> Semestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> ESAD/ Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Actividade asistencial dos ESAD.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número total de asistencias sanitarias realizadas polos ESAD no domicilio.</p>
	<p><b>PERIODICIDADE:</b> Trimestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> ESAD/ Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Actividade asistencial diaria media dos ESAD.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número de asistencias sanitarias realizadas polos ESAD no domicilio / Número de días da semana nos que os ESAD están operativos no período avaliado.</p>
	<p><b>PERIODICIDADE:</b> Trimestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> ESAD/ Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Actividade asistencial conxunta.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> Número de consultas en domicilio realizadas polos ESAD acompañados por un profesional do centro de saúde.</p>
	<p>Número de consultas domiciliarias realizadas polos ESAD no domicilio que inclúen un profesional do centro de saúde / Número de asistencias sanitarias realizadas polos ESAD no domicilio x 100.</p>
	<p><b>PERIODICIDADE:</b> Trimestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> ESAD/ Centro de Saúde/ Servizo de atención primaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>
<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> Asistencias a urxencias hospitalarias e/ou PAC de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria.</p>	<p><b>FÓRMULA:</b> (Número de asistencias a urxencias hospitalarias e/ou PAC nos últimos 6 meses de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria – Número de asistencias a urxencias hospitalarias e/ou PAC deses mesmos pacientes nos 6 meses previos á súa inclusión no programa) / Número de asistencias a urxencias hospitalarias e/ou PAC deses mesmos pacientes nos 6 meses previos á súa inclusión no programa x 100.</p>
	<p><b>PERIODICIDADE:</b> Semestral.</p>
	<p><b>DESAGREGACIÓN:</b> Área Sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.</p>

**DESCRIPCIÓN:** Ingresos hospitalarios de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria.

**FÓRMULA:** (Número de ingresos hospitalarios no último ano de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria – Número de ingresos deses mesmos pacientes o ano previo a ser incluídos no programa)/Número de ingresos deses mesmos pacientes o ano previo a ser incluídos no programa x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Área Sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRIPCIÓN:** Consultas médicas telefónicas ao 061 de pacientes incluídos non Programa galego de atención domiciliaria.

**FÓRMULA:** (Número de consultas médicas telefónicas ao 061 os últimos 6 meses de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria – Número de consultas médicas telefónicas ao 061 deses mesmos pacientes nos 6 meses previos á súa inclusión no programa) / Número de consultas médicas telefónicas ao 061 deses mesmos pacientes nos 6 meses previos á súa inclusión no programa x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Área Sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

## Líña estratéxica

### D

#### Dotación dos recursos necesarios para o desenvolvemento, implementación, seguimento e avaliación da atención domiciliaria

**DESCRIPCIÓN:** Axendas adaptadas para favorecer a atención no domicilio.

**FÓRMULA:** Número de axendas adaptadas con dedicación específica a atención no domicilio/Número total de axendas dispoñibles x 100.

**PERIODICIDADE:** Semestral.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde/ Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRIPCIÓN:** Utilización de TELEA.

**FÓRMULA:** Número de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria que son monitorizados e controlados con TELEA / Número total de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Semestral.

**DESAGREGACIÓN:** Centro de saúde Servizo de atención primaria/ Área sanitaria/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRIPCIÓN:** Satisfacción do paciente.

**FÓRMULA:** Número de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria que, tras ser enquisados, se mostraron satisfeitos ou moi satisfeitos/Número total de pacientes incluídos no Programa galego de atención domiciliaria en atención primaria x 100.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Área sanitaria / Servizo Galego de Saúde.

**DESCRIPCIÓN:** Avaliación de impacto.

**FÓRMULA:** Número de estudos e proxectos propostos para a avaliación de impacto en relación cos programas e proxectos de atención domiciliaria.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Área de saúde/ Servizo Galego de Saúde.

**DESCRIPCIÓN:** Formación en atención domiciliaria.

**FÓRMULA:** Número de cursos/actividades de formación continuada realizados en relación con contidos e necesidades de atención domiciliaria.

**PERIODICIDADE:** Anual.

**DESAGREGACIÓN:** Área de saúde/ Servizo Galego de Saúde.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referencias bibliográficas empregadas para a elaboración deste plan achéganse a continuación:

1. Consello Interterritorial do Sistema nacional de saúde. Marco estratéxico para a atención primaria e comunitaria: Goberno de España, 2019. Dispoñible en: [Marco Estrategico APS 25Abril 2019.pdf \(sanidade.gob.es\)](#).
  2. Consello Interterritorial do Sistema nacional de saúde. Plan de acción de atención primaria e comunitaria 2022-2023: Goberno de España, 2021. Dispoñible en: [Plan acción atención primariaministerio 22\\_23.pdf](#).
  3. Xunta de Galicia. Plan estratéxico de Galicia 2022-2030: Comunidade Autónoma de Galicia, 2021. Dispoñible en: [Inicio-Plan estratexico 2020-2030 \(planestratexico2030.gal\)](#).
  4. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde. Plan galego de atención primaria 2019-2021: Comunidade Autónoma de Galicia, 2019. Dispoñible en: [Plan Galego atención primaria2019-2021.pdf](#).
  5. Abarca B., Armenteros del Olmo L., Carreras Viñas M., Clavería A., Domínguez Sardina M., Dono Díaz M. A., et al. Por unha atención primaria vertebradora do sistema de saúde: Comunidade Autónoma de Galicia, 2019. Dispoñible en: [Por unha atención primariavertebradora do sistema de saúde.pdf](#).
  6. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria da Consellería de Sanidade. Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade. Xunta de Galicia, 2018. Dispoñible en [Estratexia Galega cronicidade](#).
  7. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria da Consellería de Sanidade. Plan galego de hospitalización a domicilio. Estratexia HADO 2019-202. Xunta de Galicia, 2018. Dispoñible en [Estratexia 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 Sanidade. Informe anual do Sistema nacional de saúde 2020-2021. Ministerio de Sanidade 2022. Dispoñible no [Informe anual SNS 2020-2021](#).
- Bjerk M., Brovold T., Skelton D. A., 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 A. M., Gonçalves Bradley D. C., Quinn T. J., Hooft L., van Munster B. C., Stott D. J. 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 R. M., 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 Beltrán D., Sánchez-Molla M., Sanchez J. J., Mira J. J.; 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. Dispoñible en: <http://hdl.handle.net/11351/7001>.
  - Llorente M. C., Fernández Guerra M. B., Álvarez Luengo M. M. Unidade 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 J. L., Mondoux J., Aguiar Barbieri-Figueiredo M., Costa M., Debout C. Specialist nurse in Europe. *Int Nurs Rev* 2014;61:454-62.
  - Abuzour A. S., Lewis P. J., Tully M. P. A qualitative study exploring how pharmacist and nurse independent prescribers make clinical decisions. *J Adv Nurs* 2018;74: 65-74.

A continuación, recóllense outras referencias de documentos consultados na elaboración do plan que non aparecen referenciadas directamente no texto.

- Liimatta H. A., Lampela P., Kautiainen H., Laitinen Parkkonen P., Pitkala K. H. 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.



# ANEXOS

## ANEXOS

# Anexo I. VALORACIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL

A valoración integral é fundamental para coñecer a situación clínica, funcional, mental e social da persoa e propoñer medidas, acordadas con esta e/ou coas súas persoas coidadoras, para dar resposta ás súas necesidades.

A valoración levarase a cabo desde a atención centrada na persoa, de forma integral, dinámica e interdisciplinar.

- **Integral** porque trata de valorar a persoa de forma global, considerando a complexidade do ser humano en todas as súas dimensións.
- **Interdisciplinar** porque para lograr os seus obxectivos a valoración ha de ser efectuada por profesionais de distintas disciplinas (medicina, enfermería, farmacia, traballo social...) que teñen que traballar en equipo e tomar decisións de forma conxunta.
- **Dinámica** porque debe realizarse de forma continuada ao longo do tempo, modificándose os obxectivos e a actitude terapéutica segundo as novas necesidades que vaian xurdindo.

## OBXECTIVOS DA VALORACIÓN INTEGRAL

- Mellorar a precisión diagnóstica.
- Decidir as accións necesarias para preservar ou mellorar a saúde.
- Establecer o prognóstico.
- Monitorizar os cambios clínicos ao longo do tempo.
- Establecer plans de intervención que recollan as dimensións afectadas e de diminución de impacto, tendo en conta as diferenzas individuais e as preferencias da persoa.
- Establecer a localización máis adecuada para a atención requirida polo paciente e, en caso de non coincidir as súas preferencias, establecer medidas de diminución de dano.

## VALORACIÓN CLÍNICA

- Anamnese (antecedentes persoais e familiares, estado das vacinas, actividade física, dieta, consumo de alcol/tabaco...).
- Exploración física (incluída a aparencia xeral e a expresión do paciente).
- Valoración de probas complementarias.
- Revisión e adecuación da medicación, en especial a polimedicación.

- **Test de Morisky-Green:** valorar a adherencia ao tratamento.
- **MNA-SF:** avaliación do estado nutricional.
- **EVA (escala visual analóxica):** avaliación da dor.
- **Escala de Braden:** risco de úlceras por presión.
- **Escala Downton:** risco de caídas.
- **Instrucións previas.**

## VALORACIÓN FUNCIONAL

Ha de detectarse e cuantificarse de forma obxectiva a capacidade para a realización das actividades básicas da vida diaria (ABVD) e as actividades instrumentais da vida diaria (AIVD). Débese examinar toda a información proporcionada polos instrumentos de valoración, non só a súa puntuación final, para poder analizar e actuar en función das áreas afectadas.

A situación funcional dun paciente ten maior valor prognóstico que as propias patoloxías.

As escalas de valoración máis usadas no noso medio serían:

1. **Índice de Barthel:** avaliación das actividades básicas da vida diaria (ABVD).
2. **Índice de Lawton e Brody:** avaliación das actividades instrumentais da vida diaria (AIVD). Utilízase para detectar persoas con deterioración funcional precoz e incipiente.

## VALORACIÓN COGNITIVA/AFECTIVA

Na área cognitiva, débense distinguir os cambios normais producidos polo envellecemento doutros patolóxicos, como a demencia e as síndrome confusiónais.

Na área afectiva débese poñer especial coidado na detección de estados depresivos e ansiosos.

As escalas de valoración máis usadas son:

- **Evaluación del deterioro cognitivo:**
  1. **Cuestionario de Pfeiffer:** proba de detección de deterioración cognitiva.
  2. **Miniexame cognoscitivo de Lobo:** escala complementaria se hai sospeita de deterioración cognitiva.

- **Avaliación da esfera afectiva**
  1. **Escala de Hamilton:** avaliación da depresión.
  2. **Outras:** escala de depresión xeriátrica de Yesavage, escala de depresión e ansiedade de Goldberg.

## VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

A situación social contribúe en gran medida ao estado de benestar, ao mantemento da saúde e á prevención da enfermidade.

Débense ter en conta as relacións sociais, o soporte social e familiar e os recursos sociais dispoñibles.

- **Soporte social:**
  - **Familiar ou persoa cuidadora, conviventes.**
  - **Test de sobrecarga do cuidador de Zarit:** sobrecarga da persoa cuidadora.
- **Apoio externo no domicilio:**
  - **Escala sociofamiliar de Gijón:** interaccións e redes sociais dispoñibles.
  - **Risco da contorna e barreiras.**
  - **Uso e dispoñibilidade de axudas e recursos.**
- **Índice fráxil-VIG:** A valoración multidimensional cuantificada mediante o IF-VIG permite realizar o diagnóstico situacional do paciente, punto de partida necesario para conciliar a realidade clínica, as vontades do paciente e a intensidade terapéutica en coherencia cos obxectivos asistenciais acordados.

Cantos máis déficits hai, máis vulnerable é unha persoa, sendo a probabilidade de morrer exponencial ao número de déficits e á velocidade con que estes se acumulan.

Os índices de fragilidade (IF) son un instrumento importante para o diagnóstico situacional e a aproximación prognóstica de pacientes complexos, con enfermidades crónicas avanzadas e en situación de final de vida, a maior parte dos cales son de perfil xeriátrico.

Nun paciente cun resultado de fragilidade leve será pertinente propoñer medidas destinadas a mellorar a súa autonomía e supervivencia; porén, un paciente cun índice de fragilidade avanzada probablemente se beneficiará dunha abordaxe máis conservadora.

A valoración descrita é unha guía para non pasar por alto ningún dos posibles aspectos que convén avaliar, pero non implica que deba facerse todo en todos os pacientes.



Unha vez realizada a valoración e identificadas as necesidades, acordaranse co paciente e/ou coa persoa cuidadora os obxectivos para alcanzar e as actividades que cómpre realizar para iso.

Así mesmo, determinarase a periodicidade da avaliación en función das características do paciente.

## Anexo II. ESCALAS DE VALORACIÓN

### TEST DE MORISKY-GREEN

Este cuestionario consiste en facerlle ao paciente catro preguntas de resposta dicotómica –si ou non– sobre as súas actitudes ante a medicación de forma mesturada durante a entrevista clínica.

É importante detectar unha adherencia terapéutica moderada ou baixa para evitar descompensacións. Se se detecta a non adherencia, é preciso identificar as diferentes causas a través dunha valoración máis exhaustiva e a posterior implementación de medidas correctoras pactadas co paciente e/ou coa persoa cuidadora principal.

Ítem		Si	Non
1	Esquece tomar a súa medicina algunhas veces para tratar a súa enfermidade?		x
2	Toma os medicamentos ás horas indicadas?	x	
3	Cando se atopa ben, deixa de tomar a medicación?		x
4	Se algunha vez se atopa mal, deixa de tomala?		x

#### INTERPRETACIÓN

Considérase que o paciente é adherente ao tratamento se responde as catro preguntas correctamente, é dicir, Non / Si / Non / Non.

## TEST DE AVALIACIÓN DO ESTADO NUTRICIONAL-MNA

O Mini Nutritional Assessment (MNA) é unha ferramenta de cribado que axuda a identificar ás persoas maiores desnutridas ou en risco de desnutrición.

A desnutrición relacionada coa enfermidade é un problema común a todos os niveis de atención sanitaria, que afecta fundamentalmente ás persoas maiores e ós pacientes crónicos. A avaliación nutricional é unha ferramenta imprescindible para poder implementar un plan nutricional para os pacientes desnutridos ou en risco de desnutrición.

É necesario aplicala a todas aquelas persoas maiores con risco de desnutrición, especialmente aos pacientes crónicos complexos, aos pacientes con enfermidade crónica avanzada ou que están no programa atención domiciliaria, unha vez ao ano ou sempre que haxa un cambio no estado de saúde.

Cribado MNA	
<b>A. Perdeu o apetito? Comeu menos por falta de fame, problemas dixestivos ou dificultades de mastigación ou deglutición nos últimos 3 meses?</b>	(0) Comeu moito menos (1) Comeu menos (2) Comeu igual
<b>B. Perda recente de peso (&lt; 3 meses)</b>	(0) Perda de peso > 3 kg (1) Non o sabe (2) Perda entre 1 y 3 kg (3) Non perdeu peso
<b>C. Mobilidade</b>	(0) Da cama á cadeira de brazos (1) Autonomía no interior do domicilio (2) Sae do domicilio
<b>D. Tivo unha enfermidade aguda ou unha situación de tensión psicolóxica nos últimos 3 meses?</b>	(0) Si (2) Non
<b>E. Problemas neuropsicolóxicos</b>	(0) Demencia ou depresión grave (1) Demencia moderada (2) Sen problemas psicolóxicos
<b>F. Índice de masa corporal (IMC)</b>	(0) IMC < 19 (1) $19 \leq \text{IMC} < 21$ (2) $21 \leq \text{IMC} < 23$ (3) $\text{IMC} \geq 23$
<b>PUNTUACIÓN</b>	



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

## ESCALA DA DOR – ESCALA VISUAL ANALÓXICA– EVA

As escalas da dor son un recurso que se utiliza para describir a intensidade da dor que está a sentir a persoa. A escala EVA valora a dor nunha escala do 0 ao 10, onde 0 é nada de dor e 10 a peor dor imaxinable.



## ESCALA DE BRADEN (RISCO DE UPP)

As escalas de valoración do risco de presentar úlceras por presión constitúen un instrumento obxectivo para valorar e poder tomar decisións, o que está por encima do propio xuízo clínico. O seu uso sistemático aumentará a calidade dos coidados que lle prestamos á persoa atendida.

A escala Braden avalía o risco de desenvolver úlceras por presión en base á sensibilidade e humidade da pel, a fricción do corpo coas sabas, a mobilidade, a actividade e a nutrición do paciente. Segundo o risco obtido despois de aplicar a escala, débese realizar unha reavaliación das lesións de forma periódica.

	Percepción sensorial	Exposición á humidade	Actividade	Mobilidade	Nutrición	Rozamento e perigo de lesións
1	Completamente limitada	Constantemente húmida	Encamado	Completamente inmóbil	Moi pobre	Problema
2	Moi limitada	A miúdo húmida	En cadeira	Moi limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Lixeiramente limitada	Ocasionalmente húmida	Deambula ocasionalmente	Lixeiramente limitada	Adecuada	Non existe problema
4	Sen limitacións	Raramente húmida	Deambula frecuentemente	Sen limitacións	Excelente	
<b>Puntos</b>						
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>						

INTERPRETACIÓN

Puntos	Risco	Reavaliación (días)
≤ 12	Alto	1
13-14	Moderado	3
15-16	Baixo	7
>17	Sen risco	

## ESCALA DOWNTON (RISCO DE CAÍDAS)

Esta escala utilízase para avaliar o risco que presenta unha persoa de sufrir unha caída, co fin de, se é preciso, implementar medidas preventivas encamiñadas a evitar novas caídas.

Tense en conta se houbo ou non caídas previas, as causas que a produciron ou os factores de risco que presenta cada paciente, e asígnaselle a cada ítem un valor de 0 ou 1. Cando o resultado é de 3 ou máis puntos, considérase que o paciente ten un alto risco de sufrir unha caída.

Sufriu algunha caída últimamente (últimos 6 meses)?	Sí (1) No (0)
<b>Medicamentos pautados</b>	<input type="checkbox"/> Ningún: <b>0 puntos</b> <input type="checkbox"/> Tranquilizantes/sedantes: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Diuréticos: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Hipotensores: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Antiparkinsonianos: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Antidepresivos: <b>1 punto</b>
<b>Estado mental</b>	<input type="checkbox"/> Orientado: <b>0 puntos</b> <input type="checkbox"/> Confuso: <b>1 punto</b>
<b>Deambulación</b>	<input type="checkbox"/> Normal: <b>0 puntos</b> <input type="checkbox"/> Segura con ou sen axuda: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Insegura con ou sen axuda: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Imposible: <b>1 punto</b>
<b>Déficits sensoriais</b>	<input type="checkbox"/> Ningún: <b>0 puntos</b> <input type="checkbox"/> Alteracións visuais: <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Alteracións auditivas: <b>1 punto</b>
<b>Extremidades (ictus, amputación...)</b>	<b>1 punto</b>

### INTERPRETACIÓN

Se hai un resultado  $\geq 3$   
existe risco de caídas.

# ÍNDICE DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL

Valora o nivel de autonomía do paciente respecto da realización dalgunhas actividades básicas da vida diaria (ABVD). A dependencia nas ABVD pode comprometer a vida se non se proporciona o correcto soporte.

Nas actividades danse diferentes valores (0, 5, 10, 15). A puntuación total oscila de 0 (totalmente dependente) a 100 (completamente independente) e entre 0 e 90 se utilizan cadeira de rodas.

Escala de Barthel	
<b>COMER</b>	
<b>Independente:</b> capaz de utilizar calquera instrumento necesario, de esmiazar a comida, de estender a manteiga, de usar condimentos etc. en por si. Come nun tempo razoable. A comida póde cocíñar e servir a outra persoa.	<b>10</b>
<b>Necesita axuda:</b> para cortar a carne ou o pan, estender a manteiga etc., pero é capaz de comer só.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> necesita que alguén lle dea o alimento.	<b>0</b>
<b>LAVARSE</b>	
<b>Independente:</b> capaz de lavarse enteiro, ben utilizando a ducha, a bañeira ou estando de pé e aplicando a esponxa por todo o corpo. Inclúe entrar e saír do baño. Pode facelo todo sen a necesidade de que estea alguén presente.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> necesita algunha axuda ou supervisión.	<b>0</b>
<b>VESTIRSE</b>	
<b>Independente:</b> capaz de poñer e quitar a roupa, de abrochar os zapatos e os botóns e de colocarse outros complementos que necesite (por exemplo, o sostén, o corpiño etc.) sen axuda.	<b>10</b>
<b>Necesita axuda:</b> pero realiza só, polo menos, a metade das tarefas nun tempo razoable.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> necesita algunha axuda.	<b>0</b>
<b>ARRANXARSE</b>	
<b>Independente:</b> realiza todas as actividades persoais sen axuda ningunha. Inclúe lavar a cara e as mans, peitearse, maquillarse, afeitarse e lavar os dentes. Os complementos necesarios para facelo poden ser provistos por outra persoa.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> necesita algunha axuda.	<b>0</b>
<b>DEPOSICIÓN</b>	
<b>Continente:</b> ningún episodio de incontinencia. Se necesita algún enema ou supositorio, é capaz de poñelos el mesmo.	<b>10</b>
<b>Accidente ocasional:</b> menos dunha vez por semana ou necesita axuda para poñer enemas ou supositorios.	<b>5</b>
<b>Incontinente:</b> inclúe que outro lle poña os enemas ou os supositorios.	<b>0</b>
<b>MICCIÓN (valorar a situación durante a semana anterior)</b>	
<b>Continente:</b> ningún episodio de incontinencia (seco día e noite). Capaz de usar calquera dispositivo. De tratarse dun paciente sondado, inclúe poder cambiar a bolsa só.	<b>10</b>
<b>Accidente ocasional:</b> máximo en 24 horas, inclúe a necesidade de axuda na manipulación de sondas ou dispositivos.	<b>5</b>
<b>Incontinente:</b> inclúe pacientes con sonda incapaces de apañarse.	<b>0</b>

<b>IR AO LAVABO</b>	
<b>Independente:</b> entra e sae só. Capaz de poñer e quitar a roupa, de limparse, de prever as manchas na roupa e tirar da cadea. Capaz de sentarse e levantarse do inodoro sen axuda (pode utilizar barras para apoiarse). Se usa ouriñal, botella etc., é capaz de utilizalos e de baleiralos completamente sen axuda e sen manchar.	<b>10</b>
<b>Necesita axuda:</b> capaz de apañarse cunha pequena axuda no equilibrio, de quitar e poñer a roupa, pero pode limparse só. Aínda é capaz de utilizar o aseo.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> incapaz de apañarse sen máis asistencia.	<b>0</b>
<b>TRASLADO CADEIRA DE BRAZOS-CAMA</b>	
<b>Independente:</b> sen axuda en todas as fases. Se utiliza cadeira de rodas, aproxímase á cama, frea, despraza o repousapés, pecha a cadeira, colócase en posición de sentado nun lado da cama, ponse, estírase e pode volver á cadeira sen axuda.	<b>15</b>
<b>Mínima axuda:</b> inclúe supervisión verbal ou pequena axuda física, como a que ofrece unha persoa non moi forte ou sen adestramento.	<b>10</b>
<b>Gran axuda:</b> capaz de estar sentado sen axuda, pero necesita moita asistencia (persoa forte ou adestrada) para deitarse, saír ou desprazarse.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> necesita guindastre ou que o levanten por completo dúas persoas. Incapaz de permanecer sentado.	<b>0</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
<b>Independente:</b> pode andar, polo menos, 50 m ou o equivalente á casa sen axuda ou supervisión. A velocidade non é importante. Pode usar calquera axuda (bastóns, muletas, excepto andador). Se utiliza prótese, é capaz de poñela e quitala só.	<b>15</b>
<b>Necesita axuda:</b> supervisión ou pequena axuda física (persoa non moi forte) para andar 50 m. Inclúe instrumentos ou axudas para estar de pé (camiñador).	<b>10</b>
<b>Independente en cadeira de rodas en 50 m:</b> debe ser capaz de desprazarse, de cruzar portas e de virar esquinas só.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> se utiliza cadeira de rodas, necesita que alguén o leve.	<b>0</b>
<b>SUBIR E BAIXAR ESCALEIRAS</b>	
<b>Independente:</b> capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión. Pode utilizar o soporte que necesite para andar (bastón, muletas etc.) e o pasamáns.	<b>10</b>
<b>Necesita axuda:</b> supervisión física ou verbal.	<b>5</b>
<b>Dependente:</b> incapaz de salvar chanzos. Necesita levantamento (ascensor).	<b>0</b>
<b>PUNTUACIÓN</b>	



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

# ÍNDICE DE LAWTON E BRODY PARA AS ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIARIA

Esta escala valora a capacidade de realizar as actividades instrumentais da vida diaria (AIVD). Mide oito funcións: coidar a casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir de compras, usar o teléfono, usar o transporte, manexar diñeiro e responsabilizarse dos medicamentos. Puntúase o que o paciente fai realmente e non o que podería facer.

A dependencia nas AIVD é un indicador de grave risco, especialmente para aquelas persoas que viven soas.

Índice de Lawton Brody	
<b>CAPACIDADE PARA UTILIZAR O TELÉFONO</b>	
Usa o teléfono por iniciativa propia. Busca e marca números.	1
É capaz de marcar números ben coñecidos.	1
É capaz de contestar o teléfono, pero non de marcar.	1
Non utiliza o teléfono en absoluto.	0
<b>IR A COMPRAR</b>	
Fai todas as compras necesarias de forma independente.	1
Realiza independentemente pequenas compras.	0
Necesita acompañamento para realizar calquera compra.	0
É totalmente incapaz de ir de compras	0
<b>PREPARAR A COMIDA</b>	
Organiza, prepara e serve as comidas el mesmo adecuadamente.	1
É capaz de preparar adecuadamente as comidas se lle proporcionan ingredientes.	0
Quenta, serve e prepara comidas, pero non mantén unha dieta adecuada.	0
Necesita que lle preparen e que lle sirvan a comida.	0
<b>COIDAR A CASA</b>	
É capaz de coidar a casa por si só/soa ou con axuda ocasional.	1
Realiza as tarefas domésticas lixeiras, como lavar os pratos ou facer as camas.	1
Realiza tarefas lixeiras, pero non pode manter un adecuado nivel de limpeza.	1
Necesita axuda en todos os labores da casa.	1
Non participa en ningunha das tarefas da casa.	0
<b>LAVAR A ROUPA</b>	
É capaz de lavar só/soa toda a súa roupa.	1
Lava só/soa pequenas pezas, enxauga calcetíns etc.	1
Todo o lavado da roupa debe realizalo outra persoa.	0



<b>USAR O TRANSPORTE</b>	
É capaz de viaxar só/soa en transporte público ou conducir o seu coche.	<b>1</b>
É capaz de tomar un taxi, pero non utiliza ningún outro medio de transporte.	<b>1</b>
Pode viaxar en transporte público cando vai acompañado doutra persoa.	<b>1</b>
Ten capacidade para utilizar taxi ou automóbil, pero con axuda doutros.	<b>0</b>
Non viaxa en absoluto.	<b>0</b>
<b>RESPONSABILIZARSE DA MEDICACIÓN</b>	
É capaz e responsable de tomar a súa medicación á vez e con doses correctas.	<b>1</b>
Toma responsablemente a súa medicación se se lle prepara anticipadamente.	<b>0</b>
Non é capaz de responsabilizarse da súa medicación.	<b>0</b>
<b>MANEXAR O DIÑEIRO</b>	
Manexa os asuntos financeiros con independencia. Recolle e recoñece os seus ingresos.	<b>1</b>
Manexa os gastos do día a día, pero necesita axuda para ir ao banco e para facer grandes gastos.	<b>1</b>
Incapaz de manexar diñeiro.	<b>0</b>
<b>PUNTUACIÓN</b>	



Puntuación	
<b>0</b>	
<b>1</b>	Dependencia total
<b>2</b>	
<b>3</b>	Dependencia severa
<b>4</b>	
<b>5</b>	Dependencia moderada
<b>6</b>	
<b>7</b>	Dependencia leve
<b>8</b>	Autónoma

Cando as catro funcións instrumentais da vida diaria (uso do teléfono, uso do transporte, capacidade para controlar a medicación e, sobre todo, manexo do diñeiro) están alteradas, pódese sospeitar dunha alteración cognitiva. Neste caso, recoméndase iniciar o estudo da valoración cognitiva.

# CUESTIONARIO DE PFEIFFER

É un test que valora as seguintes funcións cognitivas: memoria, orientación e capacidade de executar tarefas seriadas aritméticas.

Só é útil como ferramenta de cribado, non serve para monitorizar a progresión da deterioración cognitiva.

Consta de 10 ítems. Esta proba utiliza unha puntuación por erros cometidos e permite un factor de corrección segundo o nivel cultural da persoa examinada (restar un erro se o paciente é analfabeto).

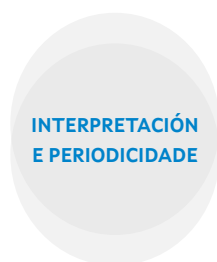


INTERPRETACIÓN

1 \_Resposta incorrecta

0 \_Resposta correcta

Cuestionario de Pfeiffer		
1	Que día é hoxe? (día, mes e ano)	0/1
2	Que día da semana é hoxe?	0/1
3	Onde estamos agora?	0/1
4	Cal é o seu número de teléfono? (ou cal é o seu enderezo?)	0/1
5	Cantos anos ten?	0/1
6	Cal é a data do seu nacemento? (día, mes e ano)	0/1
7	Quen é agora o presidente do Goberno?	0/1
8	Quen foi o anterior presidente do Goberno?	0/1
9	Cales son os dous apelidos da súa nai?	0/1
10	Vaia restando de 3 en 3 ao número 20 ata chegar a 0	0/1
<b>PUNTUACIÓN</b>		



INTERPRETACIÓN  
E PERIODICIDADE

Núm. erros	Interpretación	Periodicidade
0-2	Valoración cognitiva <b>normal</b>	Cada 3 anos
3-4	Deterioración cognitiva <b>leve</b>	Pasar MEC e segundo puntuación Pfeiffer/MEC cada 6 meses/1 ano
5-7	Deterioración cognitiva <b>moderada</b>	Cada ano
8-10	Deterioración cognitiva <b>severa</b>	Non repetir

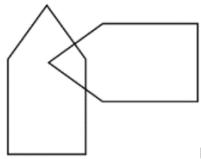
# MINIEXAME COGNOSCITIVO DE LOBO

O minixame cognoscitivo de Lobo é un test de carácter cognitivo que se utiliza para detectar unha posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes xeriátricos e, ao mesmo tempo, para seguir a súa evolución.

## TÉCNICA DE APLICACIÓN:

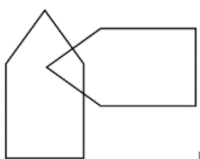
- Débese comezar cunha frase introdutoria, por exemplo: "Se non lle importa, querería preguntarlle pola súa memoria".
- Nunca se deben facer xuízos de valor sobre as preguntas como: "Voulle facer unhas preguntas moi sinxelas".
- Non hai que corrixir nunca o paciente.

Explóranse 5 áreas cognitivas

Minixame cognoscitivo de Lobo		
1. Orientación	<b>Temporal</b>	Inclúense preguntas encamiñadas a determinar se a persoa avaliada é capaz de orientarse temporalmente. As preguntas fan referencia ao <b>día</b> no que se realiza a proba, o <b>mes</b> , o <b>ano</b> , a <b>estación</b> .
	<b>Espacial</b>	Avalíase a capacidade de orientación espacial que ten a persoa no momento de realizar a proba. As preguntas que ten que contestar son, por exemplo: " <b>En que lugar estamos</b> ", " <b>En que vila ou cidade?</b> " " <b>En que provincia?</b> " " <b>En que país?</b> ".
2. Fixación	Mídese a memoria pola fixación que presenta a persoa. Pídeselle á persoa que repita tres palabras na mesma orde que o avaliador lle dirá previamente e que veñen determinadas polo test de Lobo. Estas palabras son: <b>peseta, cabalo e mazá</b> .	
3. Concentración e cálculo	Céntrase na capacidade de concentración da persoa, así como tamén na súa destreza para realizar cálculos matemáticos. Realízanse <b>5 preguntas</b> encamiñadas ao cálculo de sinxelas <b>operacións matemáticas</b> .	
4. Memoria	Está ligado co de fixación, xa que se lle pregunta á persoa avaliada se <b>lembra as tres palabras</b> que se lle dixeron no punto 2.	
5. Linguaxe e construción	Constitúe un dos apartados máis extensos do test de Lobo. Nel atopamos varias cuestións cuxo obxectivo é a avaliación de linguaxe. Estas cuestións referentes á linguaxe están formadas por palabras moi básicas e familiares para o avaliado; por exemplo, <b>lapis ou reloxo</b> . Neste apartado tamén se inclúe unha pregunta que ten que ver coa construción e que implica copiar o seguinte debuxo: 	

A continuación, describense as preguntas para cada unha das áreas de análise

	PUNTUACIÓN
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	
• Que día da semana é hoxe?	Cada resposta correcta é 1 PUNTO (Total 5 puntos)
• Que día do mes é hoxe?	
• En que mes?	
• Sabe en que ano estamos?	
• En qué época/estación do ano?	
<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b>	
• Pódeme dicir en que país estamos?	Cada resposta correcta é 1 PUNTO (Total 5 puntos)
• Sabe en que provincia?	
• E en que cidade (aldea)?	
• Sabe onde estamos agora?	
• E en que planta/piso (nome da rúa ou número da casa)?	
<b>MEMORIA DE FIXACIÓN</b>	
• Repita estas tres palabras: PESETA-CABALO-MAZÁ	Darase 1 PUNTO por cada palabra correcta. Total 3 puntos
• "Acórdese delas porque llas preguntarei nun momento" (Repetilas ata 5 veces)	
<b>CONCENTRACIÓN E CÁLCULO</b>	
• Se ten 30 pesetas e mas vai dando de 3 en 3, cantas lle van quedando?	*Anotar 1 PUNTO cada vez que a diferenza de 3 sexa correcta, aínda que a anterior fose incorrecta (máximo 5 puntos). Indicar só a cifra de partida, non a que resulta unha vez feita a diferenza.
• Repita estas 3 cifras "5-9-2", agora dígaas cara atrás	1 PUNTO por cada cifra en orde correcta
<b>MEMORIA DIFERIDA</b>	
• Lembra as 3 palabras que lle dixen antes?	Peseta (1 PUNTO) Cabalo (1 PUNTO) Mazá (1 PUNTO)
<b>NOMEAMENTO</b>	
• ¿Qué é esto?	Ensinar un bolígrafo: 1 PUNTO Ensinar un reloxo: 1 PUNTO

REPETICIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Voulle pedir que repita esta frase, preparado?: "Nun trival había cinco cans".</li> </ul>		Darase un punto se repite a frase correctamente no primeiro intento, se se equivoca nunha soa letra xa serían 0 PUNTOS.
ABSTRACCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unha mazá e unha pera son froitas</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que son o vermello e o verde?</li> </ul>		1 PUNTO se responde ben
<ul style="list-style-type: none"> <li>E un can e un gato?</li> </ul>		1 PUNTO se responde ben
COMPRESIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escoite atentamente, vou pedirlle que faga algo: colla este papel coa man dereita (pausa), dóbreo pola metade (pausa) e póñao na mesa (ou no chan).</li> </ul>		Collelo coa man dereita: 1 PUNTO Dobralo: 1 PUNTO Poñelo onde se indicou: 1 PUNTO *Non debe lembrarse cada paso para seguir unha vez iniciada a acción, o paciente debe facer os 3 pasos seguidos para obter a máxima puntuación.
LECTURA		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por favor, lea isto e faga o que di aí: "Peche os ollos".</li> </ul>		*Aconséllase ter o texto escrito en letras de gran tamaño nunha cartolina e, como moito, dicírllo dúas veces, pero sempre antes de que o empece a ler. O paciente debe usar lentes se as precisa habitualmente. Se pecha os ollos (dá igual que lea en voz alta ou baixa) é 1 PUNTO.
ESCRITURA		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por favor, escriba unha frase, algo que teña sentido.</li> </ul>		*Advertilo/a de que non vale o seu nome. Pódesele poñer un exemplo, pero hai que insistir en que a frase que escriba debe ser distinta. Se escribe unha frase completa (suxeito, verbo, predicado) é 1 PUNTO ("axúdeme" ou "váíase" poden aceptarse).
DEBUXO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie este debuxo:</li> </ul> 		Cada pentágono debe ter 5 lados e 5 vértices e dous puntos de intersección (forma de diamante ou de cuadrángulo). Se o fai ben, 1 PUNTO.

## RESULTADOS

## Grao de deterioración cognitiva:

>23	Ausencia de deterioración
19-23	Leve
14-18	Moderado
<14	Grave

# ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

A depresión é unha das enfermidades máis frecuentes na poboación xeral e a súa presentación é cada vez maior entre os pacientes crónicos.

Esta escala permite avaliar cuantitativamente a gravidade dos síntomas e valorar os cambios do paciente deprimido.

<b>HUMOR DEPRESIVO</b> (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimento de inutilidade)	
• Ausente	0
• Estas sensacións exprésaaas soamente se lle preguntan como se sente	1
• Estas sensacións relátaas espontaneamente	2
• Sensacións non comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia ao pranto)	3
• Manifesta estas sensacións na súa comunicación verbal e non verbal de forma espontánea	4
<b>SENTIMENTO DE CULPA</b>	
• Ausente	0
• Cúlparse a si mesmo, cre que decepciona a xente	1
• Ten ideas de culpabilidade ou medita sobre erros pasados ou malas accións	2
• Sente que a enfermidade actual é un castigo	3
• Oe voces acusatorias ou de denuncia e/ou experimenta alucinacións visuais de ameaza	4
<b>SUICIDIO</b>	
• Ausente	0
• Parécelle que a vida non vale a pena	1
• Desexaría estar morto ou ten pensamentos sobre a posibilidade de morrer	2
• Ideas de suicidio ou ameazas	3
• Intentos de suicidio (calquera intento serio)	4
<b>INSOMNIO PRECOZ</b>	
• Non ten dificultade	0
• Dificultade ocasional para durmir (ex.: máis de media hora para conciliar o sono)	1
• Dificultade para durmir cada noite	2
<b>INSOMNIO INTERMEDIO</b> (a metade do sono)	
• Non hai dificultade	0
• Está desvelado e inquieto ou esperta varias veces durante a noite	1
• Está esperto durante a noite	2

<b>INSOMNIO TARDÍO</b>	
• Non hai dificultade	<b>0</b>
• Esperta a primeira hora da madrugada, pero volve durmir	<b>1</b>
• Non pode volver durmir se se levanta da cama	<b>2</b>
<b>TRABALLO E ACTIVIDADES</b>	
• Non hai dificultade	<b>0</b>
• Ideas e sentimentos de incapacidade, fatiga ou debilidade (traballos, pasatempos)	<b>1</b>
• Perda de interese na súa actividade (diminución da atención, indecisión e vacilación)	<b>2</b>
• Diminución do tempo actual dedicado a actividades ou diminución da produtividade	<b>3</b>
• Deixou de traballar por esta enfermidade. Só se compromete nas pequenas tarefas ou non pode realizalas sen axuda	<b>4</b>
<b>INHIBICIÓN PSICOMOTORA</b> (lentitude do pensamento e linguaxe, facultade de concentración diminuída, diminución da actividade motora)	
• Palabra e pensamento normais	<b>0</b>
• Lixeiro atraso na fala	<b>1</b>
• Evidente atraso na fala	<b>2</b>
• Dificultade para expresarse	<b>3</b>
• Incapacidade para expresarse	<b>4</b>
<b>AXITACIÓN PSICOMOTORA</b>	
• Ningunha	<b>0</b>
• Xoga cos seus dedos	<b>1</b>
• Xoga coas súas mans, cabelo etc.	<b>2</b>
• Non pode quedar quieto nin permanecer sentado	<b>3</b>
• Retorce as mans, morde as uñas, tira do pelo, morde os beizos	<b>4</b>
<b>ANSIEDADE PSÍQUICA</b>	
• Non hai dificultade	<b>0</b>
• Tensión subxectiva e irritabilidade	<b>1</b>
• Preocupación por pequenas cousas	<b>2</b>
• Actitude aprensiva na expresión ou na fala	<b>3</b>
• Expressa os seus temores sen que lle pregunten	<b>4</b>

<b>ANSIEDAD SOMÁTICA</b>	
Signos físicos de ansiedade: <b>Gastrointestinais:</b> secura de boca, diarrea, eructos, indigestión etc. <b>Cardiovasculares:</b> palpitacións, cefaleas etc. <b>Respiratorios:</b> hiperventilación, suspiros etc. <b>Frecuencia de micción incrementada. Transpiración</b>	
• Ausente	<b>0</b>
• Lixeira	<b>1</b>
• Moderada	<b>2</b>
• Severa	<b>3</b>
• Incapacitante	<b>4</b>
<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS</b>	
• Ningún	<b>0</b>
• Perda do apetito, pero come sen necesidade de que o estimulen. Sensación de pesadez no abdome	<b>1</b>
• Dificultade para comer se non se lle insiste. Solicita laxantes ou medicación intestinal para os seus síntomas gastrointestinais	<b>2</b>
<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS XERAIS</b>	
• Ningún	<b>0</b>
• Pesadez nas extremidades, costas ou cabeza (dorsalxias, cefaleas, alxias musculares)	<b>1</b>
• Perda de enerxía e fatigabilidade	<b>2</b>
<b>SÍNTOMAS XENITAIS</b> (tales como diminución da libido e trastornos menstruais)	
• Ausente	<b>0</b>
• Débil	<b>1</b>
• Grave	<b>2</b>
<b>HIPOCONDRÍA</b>	
• Ausente	<b>0</b>
• Preocupado de si mesmo (corporalmente)	<b>1</b>
• Preocupado pola súa saúde	<b>2</b>
• Laméntase constantemente, solicita axuda	<b>3</b>
<b>PERDA DE PESO</b>	
• Perda de peso inferior a 500 g nunha semana	<b>0</b>
• Perda de máis de 500 g nunha semana	<b>1</b>
• Perda de máis de 1 kg nunha semana	<b>2</b>



<b>INTROSPECCIÓN</b> ( <i>insight</i> )	
• Dáse conta de que está deprimido e enfermo	<b>0</b>
• Dáse conta da súa enfermidade, pero atribúelle a causa á mala alimentación, ao clima, ao exceso de traballo, a algún virus, á necesidade de descanso etc.	<b>1</b>
• Non se dá conta de que está enfermo	<b>2</b>

**0-7**

Non deprimido

**8-13**

Depresión lixeira/menor

**14-18**

Depresión moderada

**19-22**

Depresión severa

**>23**

Depresión moi severa

## TEST DE YESAVAGE (ABREVIADO)

Especialmente concibido para avaliar o estado afectivo das persoas anciás. A súa máxima utilidade radica no cribado de depresión no paciente ancián e en facilitar o diagnóstico diferencial cunha posible demencia de inicio.

O seu uso pode mellorar o infradiagnóstico da depresión nestas idades.

A versión abreviada consiste en quince preguntas con respostas dicotómicas, cuxa resposta se refire a como se sentiu o paciente a semana anterior.

Pregunta	Valoración
Está basicamente satisfeito coa súa vida?	Si (0) Non (1)
Deixou abandonadas moitas actividades e intereses?	Si (1) Non (0)
Sente que a súa vida está baleira?	Si (1) Non (0)
Séntese con frecuencia aburrido/a?	Si (1) Non (0)
Atópase de bo humor a maior parte do tempo?	Si (0) Non (1)
Ten medo de que lle suceda algo malo?	Si (1) Non (0)
Séntese feliz a maior parte do tempo?	Si (0) Non (1)
Séntese a miúdo sen esperanza?	Si (1) Non (0)
Prefire quedar na casa máis ca saír e facer cousas novas?	Si (1) Non (0)
Pensa que ten máis problemas de memoria que a maioría?	Si (1) Non (0)
Cre que é marabilloso estar vivo?	Si (0) Non (1)
Pensa que non vale para nada tal como está agora?	Si (1) Non (0)
Pensa que a súa situación é desesperada?	Si (1) Non (0)
Séntese cheo de enerxía?	Si (0) Non (1)
Cre que a maioría da xente está mellor ca vostede?	Si (1) Non (0)

### RESULTADOS

**0-5** Normal

**6-10** Depresión moderada

**> 10** Depresión severa

# ESCALA DE DEPRESIÓN E ANSIEDADE DE GOLDBERG

A escala de ansiedade e depresión de Goldberg contén 2 subescalas con nove preguntas en cada unha delas: subescala de ansiedade (preguntas 1-9) e subescala de depresión (preguntas 10-18). As 4 primeiras preguntas de cada subescala (preguntas 1-4) e as preguntas 10-13, respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar se se deben intentar contestar o resto das preguntas. Concretamente, se non se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre as preguntas 1-4 non se deben contestar o resto de preguntas da primeira subescala, mentres que no caso da segunda subescala é suficiente contestar afirmativamente unha pregunta entre as preguntas 10-13 para poder contestar o resto das preguntas.

Escala de depresión e ansiedade de Goldberg			
SUBESCALA DE ANSIEDADE		SI	NON
1	Sentiuse moi excitado, nervioso ou en tensión?		
2	Estivo moi preocupado por algo?		
3	Sentiuse moi irritable?		
4	Tivo dificultade para relaxarse?		
<b>(Se hai 3 ou máis respostas afirmativas, continuar preguntando)</b>			
5	Durmiu mal, tivo dificultades para durmir?		
6	Tivo dores de cabeza ou de caluga?		
7	Tivo algún dos seguintes síntomas: tremores, formigos, mareos, suores, diarrea? (síntomas vexetativos)		
8	Estivo preocupado pola súa saúde?		
9	Tivo algunha dificultade para conciliar o sono, para quedar durmido?		
		<b>TOTAL ANSIEDADE</b>	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		SI	NON
10	Sentiuse con pouca enerxía?		
11	Perdeu vostede o interese polas cousas?		
12	Perdeu a confianza en si mesmo?		
13	Sentiuse vostede desesperanzado, sen esperanzas?		
<b>(Se hai respostas afirmativas a calquera das preguntas anteriores, continuar)</b>			
14	Tivo dificultades para concentrarse?		
15	Perdeu peso? (por mor da súa falta de apetito)		
16	Estivo espertando demasiado cedo?		
17	Sentiuse vostede enlentecido?		
18	Cre vostede que tivo tendencia a atoparse peor polas mañás?		
		<b>TOTAL DEPRESIÓN</b>	

## INTERPRETACIÓN

Escalas	Resultado
Subescala de <b>ansiedade</b>	4 ou máis respostas afirmativas
Subescala de <b>depresión</b>	2 ou máis respostas afirmativas

## TEST DE ZARIT (SOBRECARGA DO COIDADADOR)

76

Definimos a persoa cuidadora informal como "aquela que provén do círculo familiar, de amizade ou veciñal que asume os cuidados das persoas non autónomas que se atopan ao seu redor". Do cuidador interesáranos saber os seus coñecementos, habilidades e actitudes para coidar o paciente.

Este test avalía a carga subxectiva asociada ao coidar nos seguintes aspectos: saúde física e psicolóxica, área económica e laboral, relacións sociais e relación coa persoa que recibe os cuidados.

É autoadministrado. No caso de que non o poida realizar a propia persoa cuidadora, será administrado polo profesional sanitario. Consta de 22 ítems e cada ítem puntúase do 1 ("nunca") ao 5 ("case sempre").

TEST DE ZARIT (carga do cuidador)		NUNCA 1	CASE NUNCA 2	ÁS VECES 3	FRECUE- NTE- TEMENTE 4	CASE SEMPRE 5
1	Sente que o seu familiar solicita máis axuda da que realmente necesita?					
2	Sente que debido ao tempo que lle dedica ao seu familiar xa non dispón de tempo suficiente para vostede?					
3	Séntese tenso cando ten que coidar o seu familiar e atender ademais outras responsabilidades?					
4	Séntese avergoñado pola conduta do seu familiar?					
5	Séntese enfadado cando está preto do seu familiar?					
6	Cre que a situación actual afecta de maneira negativa a súa relación coas súas amizades e outros membros da súa familia?					
7	Sente temor polo futuro que lle espera ao seu familiar?					
8	Sente que o seu familiar depende de vostede?					
9	Séntese angustiado cando ten que estar xunto ao seu familiar?					
10	Sente que a súa saúde se resentiu por coidar o seu familiar?					
11	Sente que non ten a vida privada que desexaría debido ao seu familiar?					
12	Cre que a súa vida social se viu afectada por ter que coidar do seu familiar?					
13	Séntese incómodo para convidar amigos á casa por mor do seu familiar?					
14	Cre que o seu familiar espera que vostede o coide, como se fose a única persoa coa que pode contar?					
15	Cre que non dispón de diñeiro suficiente para coidar o seu familiar e para afrontar os seus outros gastos?					
16	Sente que será incapaz de coidar o seu familiar por moito máis tempo?					
17	Sente que perdeu o control sobre a súa vida desde que a enfermidade do seu familiar se manifestou?					
18	Desexaría poder encargarlles o coidado do seu familiar a outras persoas?					
19	Séntese inseguro acerca do que debe facer co seu familiar?					
20	Sente que debería facer máis do que fai polo seu familiar?					
21	Cre que podería coidar do seu familiar mellor do que o fai?					
22	En xeral, séntese moi sobrecargado por ter que coidar do seu familiar?					
<b>TOTAL</b>						

INTERPRETACIÓN

≤ 46

Non sobrecarga

47 - 55

Sobrecarga leve

≥ 56

Sobrecarga intensa

# ESCALA GIJÓN

A escala de valoración sociofamiliar de Gijón permite a detección de situacións de risco ou problemática social, e é útil como un instrumento específico de medición da situación social. Trátase dunha escala heteroadministrada de valoración de risco sociofamiliar. Consta de 5 ítems (situación familiar, económica, vivenda, relacións e apoio social), con 5 posibles categorías en cada un deles, establecendo unha gradación desde a situación social na que hai ausencia de problemática á obxectivación dalgunha circunstancia ou problema social.

Escala Gijón	
<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>	
Vive coa familia sen dependencia física/psíquica	1
Vive cun cónxuxe de similar idade	2
Vive con familia e/ou cónxuxe e presenta algún grao de dependencia	3
Vive só e ten fillos próximos	4
Vive só e carece de fillos ou viven afastados	5
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	
Más de 1,5 veces o salario mínimo	1
Desde 1,5 veces o salario mínimo ata o salario mínimo excluído	2
Desde o salario mínimo á pensión mínima contributiva	3
LISMI / FAS / Pensión non contributiva	4
Sen ingresos ou inferiores ao apartado anterior ("4")	5
<b>VIVENDA</b>	
Adecuada ás necesidades	1
Barreiras arquitectónicas na vivenda ou no portal da casa (banzos, portas estreitas, baños...)	2
Humidades, mala hixiene, equipamento inadecuado (sen baño completo, auga quente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivenda inadecuada (chabolas, vivenda declarada en ruína, ausencia de equipamentos mínimos)	5
<b>RELACIÓNS SOCIAIS</b>	
Relacións sociais	1
Relación social só con familia e veciños	2
Relación social só con familia ou veciños	3
Non sae do domicilio, recibe visitas	4
Non sae e non recibe visitas	5
<b>APOIO DA REDE SOCIAL</b>	
Con apoio familiar e veciñal	1
Voluntariado social, axuda domiciliaria	2
Non ten apoio	3
Pendente do ingreso en residencia xeriátrica	4
Ten coidados permanentes	5
<b>PUNTUACIÓN</b>	<input type="text"/>



- 5-9      Boa/aceptable situación social
- 10-14    Existe risco social
- ≥15      Problema social

Fai unha valoración global do paciente no eido funcional, nutricional, cognitivo, emocional, social, síndromes xerátricas, síntomas graves e enfermidades. En función do resultado, podemos estratificar aos pacientes e diferenciar aqueles que se poden beneficiar de intervencións preventivas daqueles nos que é preferible realizar un enfoque conservador.

DOMINIO		Variable	Descrición	PUNTOS	
FUNCIONAL	AIVD	Manexo de diñeiro	Si	1	
			Non	0	
		Utilización de teléfono	Si	1	
			Non	0	
		Control de medicación	Si	1	
			Non	0	
	ABVD	Índice de Barthel (IB)	Non 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	Perdeu > 5 % de peso nos últimos meses?	Si	1	
			Non	0	
COGNITIVO	Grao de deterioración cognitiva	Ausencia de deterioración cognitiva?		0	
		Deterioración cognitiva leve/moderada (equivalente a GDS < 5)?		1	
		Deterioración cognitiva grave/moi grave (equivalente a GDS > 6)?		2	
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	Necesita medicación antidepressiva?	Si	1	
			Non	0	
	Insomnio/ansiedade	Necesita tratamento habitual con benzodiazepinas ou outros psicofármacos de perfil sedante para o insomnio/ansiedade?	Si	1	
			Non	0	
SOCIAL	Vulnerabilidade social	Existe percepción por parte dos profesionais de situación de vulnerabilidade social?	Si	1	
			Non	0	

<b>SÍNDROMES XERIÁTRICAS</b>	Síndrome confusional	Nos últimos 6 meses, presentou delirio e/ou trastorno de comportamento que requiriu de neurolépticos?	Si	1
			Non	0
	Caídas	Nos últimos 6 meses, presentou $\geq 2$ caídas ou algunha caída que requirise de hospitalización?		1
				0
	Úlceras	Presenta algunha úlcera (relacionada coa dependencia e/ou vascular, de calquera grao) e/ou ferida crónica?		1
				0
	Polifarmacia	Habitualmente, toma $\geq 5$ fármacos? (non inclúe fármacos condicionais)		1
				0
	Disfagia	Atragóbase habitualmente cando come ou bebe e/ou, nos últimos 6 meses, presentou infección respiratoria por broncoaspiración?		1
				0
<b>SÍNTOMAS GRAVES</b>	Dor	Require de $\geq 2$ analxésicos convencionais e/ou opiáceos maiores para o control da dor?	Si	1
			Non	0
	Dispnea	A dispnea basal impídelle saír da casa e/ou require de opiáceos habitualmente?	Si	1
			Non	0
<b>ENFERMIDADES</b>	Cancro	Ten algún tipo de enfermidade oncolóxica activa?	Si	1
			Non	0
	Respiratorias	Ten algún tipo de enfermidade respiratoria crónica (EPOC, pneumopatía restritiva...)?	Si	1
			Non	0
	Cardíacas	Ten algún tipo de enfermidade cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	Si	1
			Non	0
	Neurolóxicas	Ten algún tipo de enfermidade neurodexenerativa (enf. de párkinson, ELA...) ou antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico ou hemorrágico)?	Si	1
			Non	0
	Hepáticas	Ten algún tipo de enfermidade dixestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrose, pancreatite crónica, enfermidade inflamatoria intestinal...)?	Si	1
			Non	0
	Renais	Ten insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	Si	1
			Non	0
<b>ÍNDICE FRÁXIL –VIG =</b>				$\frac{X}{25}$

## RESULTADOS

&lt;0,2

Ausencia de fragilidade

0,20-0,35

Fragilidade inicial

0,36-0,5

Fragilidade intermedia

&gt;0,50

Fragilidade avanzada







XUNTA  
DE GALICIA

CONSELLERÍA  
DE SANIDADE