

Atenció Domiciliària

PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA



G CONSELLERIA
O DE SALUT
I ATENCIÓ PRIMÀRIA
B

AUTORES

Rosa Maria Adrover Barceló. Infermera
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Joana Maria Taltavull Aparicio. Subdirectora d'infermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Jerònia Miralles Xamena. Infermera
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

REVISIÓ

Francisco Amor Madueño. Infermer
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Jean-Philippe Baena Lointier. Subdirector d'infermeria d'Atenció Primària
Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Conselleria de Salut

Maria Antònia Barceló Arroyo. Infermera
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Joana Maria Bestard Andreu. Treballadora social
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Apol·lònia Esteva Arrom. Infermera
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Magdalena Esteva Cantó. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Cristina Estrades Nicolau. Treballadora social
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Maria Antònia Font Oliver. Directora d'infermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Mercè Gomila Mas. Infermera gestora de casos
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Ana López García. Infermera d'atenció primària
Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Conselleria de Salut

Bartomeu Mascaró Bauzà. Metge de família
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Consuelo Méndez Castell. Subdirectora d'infermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Angélica Miguélez Chamorro. Subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Atenció Sociosanitària, Salut Mental i Malalties Poc Freqüents.
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Dolores Mora Burgos. Treballadora social
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Yolanda Muñoz Alonso. Infermera gestora de casos
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Clara Vidal Thomàs. Infermera
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Bernardino Oliva Fanlo. Metge de família
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Programa d'atenció domiciliària

María Isabel Picó Payeras. Treballadora social
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Aina Maria Piña Nicolau. Infermera
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Antònia Roca Casas. Directora mèdica de la
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Eva Rodríguez Izquierdo. Infermera
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Sebastià Serra Morro. Metge de família
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Enrique Torres Rentero. Infermer d'atenció primària
Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Conselleria de Salut

Victoria Useros Tercero. Infermera d'equip de suport d'atenció domiciliària
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Silvia Vega García. Metgessa de família
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Associació Balear d'Esclerosi Múltiple (ABDEM)

Associació Balear d'Infermeria Comunitària (ABIC)

Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC)

AUTOR DE LA IL·LUSTRACIÓ DE LA PORTADA

Bartolomé Villalonga Mut. Infermer del Centre de Salut es Blanquer (Inca)
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

REVISIÓ LINGÜÍSTICA I MAQUETACIÓ

Bartomeu Riera Rodríguez. Assessor lingüístic
Serveis Centrals del Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Taula de continguts

1. Introducció	7
2. Objectius del programa.....	12
3. Població diana.....	13
4. Intervencions i avaluació	16
5. Bibliografia	22
Annex 1. Valoració integral i multidisciplinària	25
Annex 2. Instruments de valoració.....	27
Índex de Barthel	27
Test de Pfeiffer	30
Escala de depresi3n de Yesavage.....	31
Escala de Downton de risc de caigudes	32
Escala de Braden	33
Test de Zarit	35
Test d'adherència terapèutica: de Morisky-Green i de Batalla adaptat.....	36
Qüestionari de necessitat de cures pal·liatives (NECPAL)	37
Instrument diagn3stic de complexitat en cures pal·liatives (IDC-Pal).....	39
Annex 3. Diagn3stics de salut	41
Annex 4. Pla d'actuació multidisciplinari segons les necessitats detectades	42

1. INTRODUCCIÓ

En les darreres dècades s'ha produït un important augment de l'esperança de vida a tots els països desenvolupats. Concretament a Espanya, l'any 2015 es va situar en 80 anys per als homes i 85 anys per a les dones.¹ De fet, Espanya presenta un dels índexs més alts d'envelliment, no només d'Europa sinó arreu del món, ja que actualment el 18,7 % de la població té més de 65 anys i el 6 % en té més de 80.^{1,2} Segons dades de l'Eurostat, Espanya és el tercer país més vell del món. Les prediccions constaten com aquesta tendència es manté i augmentarà en les pròximes dècades.^{1,2} D'acord amb les projeccions més ajustades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el percentatge de població de més de 65 anys a Espanya arribarà al 25,6 % l'any 2031 i al 34,6 % el 2066, i el percentatge de població de més de 80 anys assolirà el 7,95 % l'any 2031 i el 18 % el 2066.¹

A les Illes Balears, igual que a la resta de l'estat, la previsió de creixement segueix la mateixa tendència europea.³ Segons dades de l'INE, la població de més de 65 anys era el 15,4 % l'any 2016 i augmentarà fins al 21,3 % l'any 2031, i la població de més de 80 anys era del 4,3 % i augmentarà fins al 6,2 % l'any 2031.

El descens de la mortalitat en edats avançades és el factor més decisiu de l'envelliment en els darrers anys, cosa que suposa un augment de la supervivència en aquest grup d'edat; és a dir, actualment la població viu més anys, en conjunt: a Espanya, la de més de 80 anys ha crescut un 3,7 % anual acumulatiu, molt superior al creixement de la població major i a la resta.⁴ S'observa també en aquest grup poblacional més prevalença de les dones, el 57 %.⁴ Per tant, s'observa una feminització de l'envelliment, a més del sobreenvelliment de la població.^{2,4,5}

Si es mantenen les tendències demogràfiques actuals, la taxa de dependència —entesa com el coeficient entre la població de menys de 16 anys i de més de 64 i la població de 16 a 64 anys— pujaria des del 53,5 % actual fins al 62,2 % l'any 2031, i assoliria el 87,7 % el 2066.⁴

Segons les dades del Sistema d'Informació del Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència,⁶ en el qual es recull el nombre de persones —tant infants com adults— que tenen alguna prestació segons el grau de dependència (d'acord amb la Llei de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència), a les Illes Balears hi havia 11.397 persones amb prestacions en el mes de maig de 2015, de les quals 7.770 tenien un ajut econòmic per cures en l'àmbit familiar (el 68 % del total de persones amb alguna prestació). I després d'aquest tipus de prestació, les següents eren els recursos residencials (17,8 %) i els centres de dia (8,4 %).

L'envelliment de la població —especialment el sobreenvelliment— du inherent l'augment dels problemes de salut crònics, que en la majoria dels casos condueixen a situacions de dependència i incapacitat. Es dona un increment important de persones amb alguna discapacitat entre les de més de 80 anys i entre les dones. Hi ha una relació evident entre l'estat de salut —sobretot la incidència de les malalties cròniques— i el grau de dependència.^{4,7,8}

Cal considerar la fragilitat com una situació pròpia de l'envelliment. El concepte de *fragilitat* es pot definir com 'la disminució progressiva de la capacitat de reserva i adaptació de l'homeòstasi que es produeix en l'envelliment patològic'.⁹ Aquest concepte no correspon a cap patologia concreta ni a una síndrome geriàtrica única, sinó a característiques individuals: l'edat, viure tot sol, la viduïtat recent, els problemes socials, les hospitalitzacions recents, les patologies invalidants i les síndromes geriàtriques són components que, combinats, formen aquesta definició multidimensional. Aquestes característiques socials i sanitàries fan que les persones grans estiguin en risc de perdre autonomia i tenguin més probabilitats de ser institucionalitzades i de morir abans.

Per una altra banda, els avenços tecnològics de la medicina han permès detectar, diagnosticar i tractar moltes patologies i han aconseguit prolongar la supervivència. Aquest fenomen ha suposat l'increment del nombre de persones amb alguna malaltia crònica, no només en la població adulta i envellida, sinó també en la població infantil.¹⁰

En conclusió, l'envelliment demogràfic i l'augment de la prevalença de les malalties cròniques condueixen a un augment considerable del nombre de persones que pateixen una situació de fragilitat, dependència o discapacitat, cosa que repercuteix en gran manera en els àmbits familiar, social i econòmic, i genera una gran necessitat de recursos sanitaris i socials i, consegüentment, l'augment de les **cures a domicili**. Per donar resposta a aquesta necessitat cal desenvolupar models d'atenció sociosanitària que fomentin l'autonomia i la independència dels infants i de les persones grans i que desenvolupin estratègies de promoció de la salut i de prevenció de la dependència en les diferents maneres de créixer i envellir.^{8,9,11-13}

A més, cal tenir en compte diversos canvis sociodemogràfics per assolir una gestió eficaç dels recursos i una atenció de qualitat: 1) canvi en el model tradicional de família, ja que s'ha passat d'una estructura tradicional en què les dones cuidaven els familiars dependents a una estructura amb una considerable proporció de persones dependents que viuen totes soles i/o amb un cuidador formal; 2) més mobilitat a tot Europa; 3) disminució de les taxes de fecunditat; 4) augment del nombre de dones en el mercat laboral i persistència de la manca d'implicació dels homes en la responsabilitat de cuidar, i 5) diversitat multicultural.¹⁴ A aquests canvis s'afegeixen la desvalorització social del fet de cuidar i l'impacte de gènere que pateix el col·lectiu de persones cuidadores, que està format majoritàriament per dones.

Per donar resposta a les necessitats de la població amb pèrdua de l'autonomia funcional —i per això candidata a requerir atenció domiciliària— és imprescindible cercar estratègies per estimar aquesta població.

En els darrers anys s'ha associat la població diana a un percentatge de població de més de 65 anys —amb diferències importants segons els autors. Des que la cronicitat s'associa a la multimorbiditat, a la complexitat i a la pèrdua d'autonomia sembla més coherent parlar de població susceptible de rebre atenció domiciliària i gestió de casos per donar respostes més adequades a les seves necessitats i perquè rebi els recursos més adients i de la manera més eficient.

El programa de gestió de malalties cròniques de Kaiser Permanente classifica la població amb malalties cròniques en grups segons les necessitats d'atenció sanitària i els objectius que s'han d'assolir. El model proposa intervencions proactives i planificades per maximitzar la salut i la satisfacció dels pacients i fomentar l'ús racional dels recursos.¹⁵ Seguint el model de Kaiser Permanente, el Sistema Nacional de Salut ha adoptat el model de grups de morbiditat ajustada, que proposa estratificar tota la població segons el grau de morbiditat i la complexitat del procés de malaltia, incloent-hi la població sana, a fi de definir els tipus d'intervencions necessàries i la planificació dels recursos socio-sanitaris.^{16, 17} Segons aquesta estratificació, el nivell 3 agrupa les persones amb malalties cròniques i el nivell 4, els malalts amb més morbiditat i complexitat i les persones més fràgils i dependents. Per tant, la majoria dels candidats a rebre atenció domiciliària se situarien en el vèrtex del nivell 4 de l'estratificació, que correspon als pacients crònics avançats (PCA). A les Illes Balears hi ha un 4 % de persones amb alguna malaltia crònica altament complexa. Si ens aproximam a les dades estratificades en edat pediàtrica s'observa un 3 % entre la població infantil.

Aquestes dades mostren una proporció important de persones amb malalties cròniques i amb més risc de patir pèrdua de la capacitat funcional i de fer un ús intensiu dels recursos socio-sanitaris,¹⁸ per la qual cosa l'organització de l'atenció socio-sanitària dirigida als pacients crònics amb necessitats i morbiditat altes se sustenta en un model d'atenció sanitària centrat en l'atenció primària i requereix 1) atenció integrada i coordinada; 2) atenció domiciliària proactiva i planificada per tal de millorar la qualitat de vida i evitar la institucionalització, i 3) creació de rutes assistencials específiques ben diferenciades del circuit de persones amb problemes de salut aguts.^{8, 13, 19}

Estat actual de l'atenció domiciliària

En el nostre context, l'atenció domiciliària està emmarcada en la prestació socio-sanitària que recull l'article 14 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.²⁰ La prestació socio-sanitària s'hi defineix com l'atenció que "comprèn el conjunt de cures destinades als malalts, generalment crònics, que per les seves característiques especials es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, paliar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social". Així mateix, el Pla d'accions sanitàries a l'àmbit socio-sanitari del Servei de Salut de les Illes Balears²¹ reconeix l'atenció primària com l'agent fonamental de l'atenció domiciliària de les persones amb malalties cròniques i de les seves persones cuidadores.

L'atenció domiciliària es defineix com el conjunt d'activitats de caire biopsicosocial i d'àmbit comunitari que es du a terme a domicili amb la finalitat de valorar, detectar i seguir els problemes de salut i socials dels pacients i de la seva família per potenciar l'autonomia i millorar la qualitat de vida.²² Es caracteritza perquè és una atenció longitudinal i continuada susceptible d'intervencions multiprofessionals (metge, infermer, treballador social, fisioterapeuta, psicòleg i altres professionals). La visita domiciliària és una activitat complexa que requereix establir una relació de col·laboració entre l'equip de salut, els agents socials i el grup familiar que ha d'aportar a la família eines per tenir cura de la seva pròpia salut.

Programa d'atenció domiciliària

Per garantir una atenció domiciliària de qualitat es recomana el següent:

- El diagnòstic ha de tenir present la persona en conjunt, amb una importància vital del seu entorn social i del suport familiar.
- Cal passar d'un abordatge excessivament reactiu a un abordatge proactiu, basat més en les necessitats que en les demandes.
- S'ha d'assegurar l'atenció integral per mitjà de l'abordatge multidisciplinari per poder donar una resposta eficaç a les necessitats dels pacients i de les seves persones cuidadores. Cal tenir present l'aspecte rehabilitador i de prevenció de les complicacions i dels reingressos innecessaris.
- Cal considerar la família i les persones cuidadores com a agents clau en la cura dels pacients crònics (suport, formació, corresponsabilitat). Els pacients i les persones cuidadores han de col·laborar en la planificació i el desenvolupament del pla d'actuació.
- És necessari assegurar la coordinació entre els proveïdors d'atenció sanitària i social dels diferents àmbits assistencials.
- La persona cuidadora principal és objecte de l'atenció sociosanitària que es presta, i per això ha d'estar inclosa en el pla de cures.
- Cal mobilitzar els recursos disponibles.

Segons la bibliografia consultada, la cobertura recomanada oscil·la entre el 6 % i el 15 %.²²⁻²⁴ En els darrers anys la cobertura d'aquest programa s'ha anat reduint, mentre que el percentatge de persones en situació de dependència ha anat augmentant.⁸ Segons el Sistema d'Informació del Servei de Salut, si la cobertura esperada per aquest programa a les Illes Balears hauria de ser del 8 % de les persones de més de 65 anys, actualment s'arriba només al 4 %, i amb molta variabilitat entre els diferents centres de salut. Aquestes dades mostren que l'atenció domiciliària no arriba a moltes de les persones que en necessiten.

Per millorar la qualitat de l'atenció domiciliària i respondre a les necessitats de les persones ateses des de l'atenció primària, a més del Programa d'atenció domiciliària al Servei de Salut de les Illes Balears i a la mateixa Gerència d'Atenció Primària s'han incorporat millores desenvolupant diferents recursos específics, tots emmarcats en el Projecte d'atenció al pacient crònic complex i crònic avançat:¹⁹

- Equips de suport d'atenció domiciliària per donar suport als pacients amb alguna malaltia crònica avançada amb necessitat de cures palliatives, un subgrup que atesa la complexitat que presenta requereix recursos específics avançats en cures palliatives, tant a domicili com en l'àmbit sociosanitari.
- Equips de seguiment assertiu comunitari, que disposen d'infermers, treballadors socials i psiquiatres i es dediquen a fer el seguiment de les persones amb alguna malaltia mental greu que no estan incloses en la xarxa pública de salut mental tot i que pateixen un trastorn mental greu.
- Un equip *concertat* de fisioteràpia a domicili, no gestionat per l'atenció primària, que pràcticament dona cobertura a tot Mallorca.

- La implementació de la figura de la infermera gestora de casos en els tres àmbits assistencials (hospitals d'aguts, hospitals sociosanitaris i atenció primària) en el marc del projecte "La infermera gestora de casos: garantia de coordinació i de continuïtat assistencial".²⁵ Aquesta figura representa un nou recurs que col·labora amb l'equip d'atenció primària per avalar la qualitat de les cures i assegurar la coordinació entre els diferents àmbits assistencials per tal de garantir la continuïtat assistencial dels pacients amb un grau més alt de complexitat o vulnerabilitat. També contribuirà a la captació activa de la població diana per rebre atenció domiciliària.

Així doncs, per proporcionar una atenció domiciliària més eficient cal implementar un programa d'atenció domiciliària actualitzat.

2. OBJECTIUS DEL PROGRAMA

Objectiu general

Oferir a les persones que necessiten atenció domiciliària, a la seva família i a la persona cuidadora una atenció integral i multiprofessional d'acord amb les seves necessitats i respectant-ne l'autonomia i els valors, i dirigida a fomentar l'autocura i la corresponsabilitat de l'individu i de la seva família per tal de millorar la qualitat de vida.

Objectius específics

- 1) Identificar les persones tributàries de rebre atenció domiciliària i garantir que s'inclouen en el programa.
- 2) Mantenir al màxim l'autonomia del pacient i prevenir i retardar el deteriorament funcional i les comorbiditats que tengui associades.
- 3) Garantir les cures palliatives a totes les persones que pateixen una malaltia crònica avançada.
- 4) Optimitzar l'ús dels serveis dels diferents àmbits assistencials.
- 5) Aconseguir un abordatge integral dels casos amb la intervenció coordinada de tots els serveis socio-sanitaris.
- 6) Oferir una atenció integral a les persones cuidadores.
- 7) Detectar les situacions de problemàtica social i coordinar l'atenció amb els serveis socials competents.
- 8) Promoure el treball conjunt amb les associacions de pacients, els recursos comunitaris i els grups d'ajuda mútua.

3. POBLACIÓ DIANA

La població diana d'aquest programa inclou persones que, atesa la seva situació de salut/malaltia, **tenen dificultats per accedir al centre de salut i es poden beneficiar de l'atenció sanitària a domicili**. Aquesta població inclou les persones següents:

- Persones amb malalties cròniques complexes i/o avançades.
- Persones que han patit un ingrés en un hospital d'aguts o sociosanitari i que necessitin continuïtat de les cures.
- Persones que, atesa la seva fragilitat o les circumstàncies de pèrdua funcional, estan en risc de patir caigudes o altres complicacions.
- Totes les persones cuidadores dels pacients inclosos en el programa.

3.1. Perfils de la població diana

A continuació descrivim el perfil dels grups principals que formen part de la població diana.

- **Persones amb alguna malaltia crònica complexa**

Entre les característiques diferencials més prevalents d'aquest grup de persones, independentment de l'edat, hi ha la presència de malalties cròniques, la polimediació, l'ús intensiu dels serveis de hospitalització urgent amb diferents episodis d'ingrés durant el mateix any i la disminució de l'autonomia personal de manera temporal o permanent. A més, hi poden concórrer factors addicionals, com ara l'edat avançada, viure tot sol o amb poc suport familiar i episodis de caigudes, entre d'altres.

Es considera **pacient crònic complex (PCC)** el que presenta aquestes característiques:

- 1) Dues malalties o més en les condicions següents:²⁷
 - *Categoria A*: insuficiència cardíaca o cardiopatia isquèmica amb símptomes continus o aguditzacions freqüents.
 - *Categoria B*: malaltia crònica osteoarticular amb limitació funcional; vasculitis i connectivopaties; insuficiència renal crònica.
 - *Categoria C*: limitació crònica del flux aeri; asma bronquial o hipoventilació alveolar amb limitació funcional; *cor pulmonale* crònic (amb símptomes continus o aguditzacions freqüents).
 - *Categoria D*: malaltia inflamatòria crònica intestinal; hepatopatia crònica simptomàtica o en activitat.
 - *Categoria E*: malaltia neurològica amb dèficit motor o cognitiu que genera discapacitat; puntuació en l'índex de Barthel inferior a 60 punts en situació d'estabilitat clínica.

- *Categoria F*: arteriopatia perifèrica simptomàtica; diabetis *mellitus* amb repercussió visceral diferent de la cardiopatia isquèmica; retinopatia proliferativa; albuminúria; accident cerebrovascular; neuropatia simptomàtica.
 - *Categoria G*: malaltia hematològica simptomàtica i no subsidiària de tractament especialitzat; malaltia oncològica activa no subsidiària de tractament oncològic actiu; pacient que no requereix tractament o medicació que obligui els serveis d'hematologia i/o oncologia a fer-ne un seguiment.
- 2) Una sola malaltia crònica amb afectació greu i important de la pèrdua funcional i/o cognitiva. Cal utilitzar com a factor pronòstic l'estat funcional i/o cognitiu entès com un índex de Barthel ≤ 60 i un test de Pfeiffer ≥ 5 .

- **Persones amb alguna malaltia crònica avançada**

Es considera **pacient crònic avançat** (PCA) el que presenta aquestes característiques:

- 1) Criteris de PCC.
- 2) Qüestionari NECPAL CCOMS-ICO® positiu.
- 3) Pacients que no requereixen proves diagnòstiques sofisticades ni tractaments agressius o invasius.

Cal considerar que no tots els PCC són candidats a rebre atenció domiciliària, però sí tots els PCA, perquè tenen un pronòstic de vida limitat, necessiten atenció domiciliària integral, un abordatge amb mirada paliativa que garanteixi el confort i la millor qualitat de vida i una gestió de casos que asseguri la continuïtat assistencial. L'equip d'atenció primària és referent per al pacient, per a la seva família i per a la persona cuidadora, i per garantir la millor atenció d'aquestes persones a domicili.

Per garantir el confort d'un pacient amb una malaltia crònica avançada cal mesurar la complexitat de les cures paliatives que necessita amb el test IDC-Pal (vegeu l'annex 2). Si presenta una complexitat alta recomanem sol·licitar la intervenció dels professionals experts en cures paliatives dels equips de suport d'atenció domiciliària de l'atenció primària i de les unitats de cures paliatives circumscrits a l'àmbit sociosanitari.

- **Persones cuidadores**

Les persones identificades com a **cuidadores principals** també són objecte d'aquest programa i molts d'objectius i activitats hi van adreçats. Es defineix com a *persona cuidadora principal* la que organitza i gestiona les cures, habitualment una persona de l'entorn familiar, tot i que no sempre és així. Són persones cuidadores no professionals, que han d'assegurar les cures al pacient inclòs en el programa. Per motiu de la tasca que fa, la persona cuidadora està sotmesa a una gran pressió i obligada a satisfer una gran demanda de cures, tot i que en moltes ocasions no estigui preparada per fer-ho. La percepció de càrrega que ocasiona la cura és tan important que pot ser el factor predictor d'institucionalització més important que la mateixa situació de salut del pacient que rep les cures.

El desenvolupament del rol de persona cuidadora té conseqüències que n'afecten la qualitat de vida: repercussions objectives en la salut física i psíquica, interferències en l'activitat laboral i familiar i en les activitats d'oci i les relacions socials. Molt sovint descuida la cura personal i té dificultat per fer els seguiments que necessita. Per tant, la persona cuidadora ha de ser un element clau per al bon desenvolupament de les intervencions i ha de tenir cura de protegir la pròpia salut, tant la física com l'emocional.

3.2. Criteris d'inclusió

Persones valorades per un professional sanitari o social que compleixin els criteris següents:

- Pertànyer a uns dels grups definits com a població diana.
- Tenir dificultats temporalment o permanentment per desplaçar-se al centre de salut, per motius de salut o per la condició física o per la situació social o de l'entorn,.

3.3. Criteris d'exclusió

- Persones que, d'acord amb la valoració sociosanitària a domicili, no compleixen cap dels criteris d'inclusió i necessiten un altre tipus de recurs.
- El fet que el pacient i la seva família no accepten l'atenció domiciliària.

Si el pacient vol entrar en el programa però el cuidador no, cal prioritzar les preferències del pacient i fer un anàlisi de les seves raons juntament amb el treballador social.

3.4. Altes del programa

- Resolució del motiu pel qual el pacient hi va ser inclòs.
- Ingress en un centre residencial que tengui recursos sanitaris per fer-ne el seguiment.
- Èxitus.

3.5. Mesures de captació

- Detecció de persones tributàries d'atenció domiciliària per part de tots els professionals de l'atenció primària.
- Captació activa per mitjà de l'estratificació de la població segons el grau de complexitat.
- Demanda espontània d'atenció a domicili per part de l'interessat, de la família o de la persona cuidadora.
- Detecció de persones que, després d'una alta hospitalària, presenten pèrdua d'autonomia o necessitat de continuïtat de les cures a domicili i que probablement tendran una cita en el mòdul de continuïtat assistencial.
- Derivacions de les infermeres gestores de casos de l'hospital d'aguts, de l'hospital sociosanitari o de l'atenció primària, i de serveis específics (ESAD).
- Detecció de casos en els grups de formació de persones cuidadores.
- Informació subministrada per familiars, veïnats, associacions i altres agents de la comunitat.
- Detecció de persones grans que viuen totes soles o amb familiars amb capacitat limitada de suport.
- Detecció a partir dels programes socials d'ajuda a domicili.

4. INTERVENCIONS I AVALUACIÓ

En aquest apartat presentam les activitats per a cada un dels objectius específics del programa i de quina manera s'avaluaran.

1. Identificar les persones tributàries de rebre atenció domiciliària i garantir que s'inclouen en el programa

Intervencions:

- Revisar les llistes de persones tributàries d'atenció domiciliària per mitjà dels sistemes d'informació disponibles per tal d'identificar quines compleixen els criteris d'inclusió.
- Introduir en el programa les persones derivades per la infermera gestora de casos.
- Valorar la inclusió en el programa de pacients crònics complexos en el moment de l'alta hospitalària que siguin tributaris d'atenció domiciliària.
- Activar l'alarma d'atenció domiciliària en la història clínica de les persones incloses en el programa.
- Activar l'alarma de cuidador principal en la història clínica de les persones cuidadores.

Avaluació:

- Nombre de persones incloses en el programa / Població estimada d'atenció domiciliària.

2. Mantenir al màxim l'autonomia del pacient, prevenir i retardar el deteriorament funcional i les comorbiditats que tenguin associades

Intervencions:

- Valorar el grau de coneixements de la persona cuidadora i de la família del pacient sobre la situació de salut d'aquest, el pronòstic i l'evolució esperada, i facilitar en cada moment la informació necessària en el procés d'adaptació per impulsar la presa de decisions compartides.
- Fer una valoració integral que inclogui la valoració clínica, la funcional i la social (vegeu l'annex 1). Cal destacar la importància de valorar la capacitat funcional del pacient per a les activitats bàsiques de la vida diària (índex de Barthel), les activitats instrumentals de la vida diària (escala de Lawton i Brody), l'estat cognitiu (test de Pfeiffer) i l'estat emocional (escala de depressió de Yesavage) (vegeu l'annex 2).
- Valorar el risc de desenvolupar úlceres per pressió per mitjà de l'escala de Braden (vegeu l'annex 2).
- Valorar el risc de caigudes emprant l'escala de Downton (vegeu l'annex 2).
- Valorar l'habitatge i els riscos de la casa.
- Assegurar una revisió de l'estat de salut del pacient inclòs en el programa per part del seu metge de família, amb atenció especial a la racionalització del tractament farmacològic i

l'adherència al pla terapèutic, tal com estableix la *Guia de recomanacions per a l'atenció del pacient polimedicat* del Govern de les Illes Balears (vegeu l'annex 2).

- Desenvolupar un pla terapèutic compartit entre els diferents professionals, amb la participació activa del pacient i de la persona cuidadora principal, per tal de respondre a les seves necessitats i les de la família (vegeu els annexos 3 i 4).
- Dissenyar un pla de cures en el qual s'identifiquin els problemes i les necessitats del pacient, els diagnòstics, els objectius assistencials i les intervencions necessàries per assolir-los, utilitzant classificacions estandarditzades de diagnòstics, intervencions i resultats.
- Monitorar la presència de signes i símptomes de complicacions agudes, de reaguditzacions o descompensacions amb l'ajuda i l'entrenament del pacient i de la persona cuidadora principal.
- Facilitar el telèfon de contacte de 24 hores "Salut Respon" (061) per a consultes i actuacions en cas d'urgència.
- Mobilitzar els recursos de suport sempre que la situació clínica del pacient ho requereixi, com ara l'ESAD, fisioteràpia domiciliària, hospital de dia geriàtric, etc., per mitjà dels formularis de derivació corresponents.
- Garantir el seguiment del pacient inclòs en el programa en un calendari de visites adequat, que s'ha de pactar amb el pacient i/o amb la persona cuidadora. A més, programar contactes telefònics per mantenir un seguiment adequat del cas i donar suport a la persona cuidadora.
- Fer una visita de seguiment sempre després d'una alta hospitalària.
- Contactar amb la infermera gestora de casos comunitària per incloure el pacient en el programa si el cas ho requereix.
- Dissenyar un pla de decisions anticipades que reculli les necessitats, els desitjos i les decisions del pacient i de la seva família en el procés al final de la vida.

Avaluació:

- Nombre de persones incloses en el programa visitades per la infermera per any / Nombre de persones incloses en el programa.
- Nombre de persones incloses en el programa visitades pel metge per any / Nombre de persones incloses en el programa.
- Nombre de persones incloses en el programa amb valoració integral / Nombre de persones incloses en el programa.
- Nombre de persones incloses en el programa amb valoració de les necessitats bàsiques / Nombre de persones incloses en el programa.
- Nombre de persones incloses en el programa amb pla de cures dissenyat (diagnòstics, objectius i intervencions) / Nombre de persones incloses en el programa.

3. Garantir les cures pal·liatives a totes les persones que pateixen una malaltia crònica avançada

Intervencions:

- Identificar les persones que es troben en una fase avançada de la malaltia i/o amb necessitat de cures pal·liatives, siguin o no per una malaltia oncològica. Per això cal valorar la necessitat de cures pal·liatives per mitjà del qüestionari NECPAL (annex 2).
- Activar l'alarma de PCA i/o de cures pal·liatives quan el pacient i la seva família acceptin entrar en el circuit d'atenció establert per a aquest grup de població.
- Establir un pla d'actuació amb una valoració integral, amb èmfasi especial en el control dels símptomes i del dolor.
- Mantenir el suport emocional al pacient i a la seva família.
- Assegurar una atenció adequada en el procés d'agonia a casa si el pacient i la seva família volen que la mort s'esdevengui a casa.
- Assegurar que es compleixin les determinacions establides pel pacient en el document de voluntats anticipades, si en té.
- Contactar amb la infermera gestora de casos comunitària per incloure el pacient en el programa si el cas ho requereix.
- Contactar amb l'ESAD si el cas ho requereix. Per això cal valorar el grau de complexitat per mitjà del test IDC-Pal.
- Establir vies d'ingrés si el pacient no vol morir a casa seva, o si la seva família no vol que hi mori.
- Garantir com a mínim una visita o un contacte telefònic a la família després de la mort per oferir-li seguiment del dol si en necessita.
- Fer sessions clíniques d'actualització sobre cures pal·liatives.

Avaluació:

- Nombre de PCA amb NECPAL positiu inclosos en el programa / Nombre de PCA inclosos en el programa.
- Nombre de sessions fetes al centre de salut sobre cures pal·liatives.

4. Optimitzar l'ús dels serveis dels diferents àmbits assistencials

Intervencions:

- Assegurar que la persona cuidadora i la família tenen la capacitat i els recursos per garantir un seguiment adequat del pla de cures.
- Utilitzar les vies de comunicació disponibles per mantenir una atenció adequada per mitjà d'interconsultes telemàtiques, agrupació de visites i proves, etc.
- Detectar i incloure persones tributàries d'atenció sociosanitària conjunta si la situació clínica del pacient ho requereix, a fi d'evitar tant com sigui possible que passin pels serveis hospitalaris d'urgències.
- Gestionar el transport sanitari quan un pacient dependent ho necessiti.
- Demanar col·laboració a la infermera gestora de casos en les situacions en què l'equip d'atenció primària ho requereixi per complir l'objectiu terapèutic.
- Assegurar una visita domiciliària a totes les persones que tinguin un informe de continuïtat de cures de l'hospital.
- Fer un informe de continuïtat de cures des de l'atenció primària en cas d'ingrés programat a l'hospital.

Avaluació:

- Nombre de persones visitades a domicili amb cita de continuïtat assistencial a l'atenció primària / Nombre de persones amb cita de continuïtat assistencial a l'atenció primària.

5. Aconseguir un abordatge integral dels casos amb la intervenció coordinada de tots els serveis sociosanitaris

Intervencions:

- Assegurar que els pacients inclosos en el programa que necessitin recursos socials tinguin dissenyat un pla conjunt d'intervenció amb el treballador social de referència.
- Revisar el pla de cures i actualitzar les intervencions amb el treballador familiar del servei d'ajuda a domicili i la infermera referent al començament del servei i cada vegada que ho demani una de les parts.
- Registrar en la història clínica sanitària els recursos socials del pacient (ajuda a domicili, teleassistència, menjar a domicili, centre de dia, etc.).
- Afavorir la formació d'una comissió sociosanitària amb gran nombre de representants de l'àmbit social, sanitari i comunitari:
 - responsable del programa d'atenció domiciliària;
 - treballador social de l'atenció primària;
 - infermera gestora de casos comunitària;
 - representant dels serveis socials municipals;
 - representant de la Fundació d'Atenció a la Dependència;
 - representant de l'IMAS;
 - membre de la comunitat: associacions de veïns i de pacients, Creu Roja, voluntariat, etc., amb interès en la matèria.

Avaluació:

- Nombre de persones incloses en el programa visitades pel treballador social / Nombre de persones incloses en el programa.
- Nombre de persones amb registre de recursos socials / Nombre de persones incloses en el programa.

6. Oferir una atenció integral a les persones cuidadores

Intervencions:

- Identificar i registrar les dades de les persones cuidadores principals a la història clínica del pacient.
- Activar l'alarma de cuidador principal en la història clínica de la persona cuidadora.
- Valorar el cansament de la persona cuidadora per mitjà del test de Zarit (vegeu l'annex 2).
- Dissenyar un pla d'atenció de la persona cuidadora principal en cas necessari, que s'ha de fer constar en la seva història clínica.
- Identificar l'impacte de tenir una persona dependent en el nucli familiar i identificar els suports amb què pot comptar la persona cuidadora per fer la seva tasca. Determinar si hi ha situacions familiars que dificultin la tasca de la persona cuidadora.
- Valorar i detectar possibles situacions de violència de gènere en l'àmbit familiar.
- Mantenir informada la persona cuidadora i la família del pacient sobre els recursos socials disponibles i derivar el cas al treballador social perquè ho valori si cal.
- Si és necessari, gestionar les visites mèdiques o els seguiments hospitalaris de la persona cuidadora, si és possible coordinant les visites a l'hospital, amb el suport de la infermera gestora de casos.
- Oferir suport psicològic i atenció a la persona cuidadora si ho necessita derivant-la a recursos propis o concertats.
- Informar la persona cuidadora sobre els recursos socials disponibles per donar-li suport, amb menció especial dels programes d'ingrés temporal en una residència o en un centre de dia.
- Assegurar que totes les persones cuidadores interessades puguin accedir a la formació d'educació grupal per a persones cuidadores.
- Identificar les persones cuidadores que tinguin interès i disposició per ser cuidadores expertes i incloure-les en les diferents accions formatives.

Avaluació:

- Nombre de persones cuidadores amb la valoració del cansament que pateixen per mitjà del test de Zarit / Nombre de persones cuidadores identificades.
- Nombre d'activitats d'educació grupal per a persones cuidadores.

7. Detectar les situacions de problemàtica social i coordinar l'atenció amb els serveis socials competents

Intervencions:

- Identificar les situacions de problemàtica social al domicili i activar l'alarma corresponent.
- Detectar possibles casos de maltractament al pacient o situacions d'urgència per fer una valoració conjunta amb el treballador social i els serveis socials a fi de gestionar per la via ràpida un recurs adequat a les necessitats de cada cas.

Avaluació:

- Nombre de persones amb problemàtica social incloses en el programa / Nombre de persones incloses en el programa.

8. Promoure el treball conjunt amb les associacions de pacients, els recursos comunitaris i els grups d'ajuda mútua

Intervencions:

- Facilitar informació sobre els serveis que ofereixen les principals associacions de pacients del nostre àmbit geogràfic.
- Col·laborar en les activitats de suport conjuntes que s'organitzin en l'àmbit comunitari.

Avaluació:

- Nombre de persones amb recomanació dels recursos socials i/o sistemes de suport / Nombre total de persones incloses en el programa.

5. BIBLIOGRAFIA

- 1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Indicadores demográficos básicos* [en línia]. Disponible en: <www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853> [Consulta: 15 feb 2017].
- 2) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales 2014* [en línia]. Disponible en: <www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es> [Consulta: 15 feb 2017].
- 3) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Proyecciones de población 2016-2031* [en línia]. Disponible en: <www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_resultados.htm> [Consulta: 15 feb 2017].
- 4) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *España en cifras 2016*. Disponible en: <www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2016/files/assets/basic-html/page-2.html> [Consulta: 15 feb 2017].
- 5) INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. *Envejecimiento activo: libro blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: <www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 6) DIRECCIÓ GENERAL DE DEPENDÈNCIA DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS. *Dades estadístiques dependència CAIB maig 2015*. Disponible en: <www.caib.es/sites/dgdependencia/ca/estadistiques-16345/archivopub.do?ctrl=MCRST458ZI193915&id=193915> [Consulta: 15 feb 2017].
- 7) BENÍTEZ DEL ROSARIO, M. A. "Atención de salud en el anciano". En: MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J. F.; GENÉ BADIA, J. (ed.). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (7a ed.). Barcelona: Elsevier, 2014.
- 8) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2013. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 9) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Madrid, 2014. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 10) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: criterios de atención*. Madrid, 2014. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 11) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: prevención de la dependencia en las personas mayores*. Madrid, 2007. Disponible en: <www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].

- 12) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIAL E IGUALDAD. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid, 2014 Disponible en: <www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 13) Bengoa R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac Sanit* 2015;29:323-5. Disponible en: <<http://gacetasanitaria.org/es/el-reto-cronicidad-espana-mejor/articulo/S0213911115000990>> [Consulta: 15 feb 2017].
- 14) Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287(8):1022-8.
- 15) BENGOA, Rafael; NUÑO, Roberto. *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.
- 16) EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Bilbao, 2010.
- 17) Monterde D, Vela E, Clèries M. y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016; 48 (10): 674-682.
- 18) OLLERO BATURONE, Manuel. "El rediseño de la red sanitaria para la atención a la cronicidad: Conceptos e indicadores básicos en economía". En: ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD. *13 Gestión Clínica 1: organización y funcionamiento*. Madrid, 2015. Disponible en: <e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:501051/n13.09_Redise_o_de_la_red_sanitaria.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 19) ALBERTÍ, F. [et al.]. *Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado* [en procés d'edició]. Palma: Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, 2016.
- 20) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128/2003, de 25 de maig. Disponible en: <www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 21) ADROVER BARCELÓ, Rosa Maria [et al.]. *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014*. Palma: Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears, 2010. Disponible en: <www.ibsalut.es/ibsalut/professionals/estrategies-de-salut/pla-daccions-sanitaries-en-lambit-sociosanitari> [Consulta: 15 feb 2017].
- 22) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Sevilla, 2002. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].
- 23) ESTEBAN, José Manuel; RAMÍREZ, Dulce; SÁNCHEZ DEL CORRAL, Francisco. *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid: International Marketing & Communications, 2005. Disponible en: <www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf> [Consulta: 15 feb 2017].

- 24) Palomo L, Gené-Badia J, Rodríguez-Sendín J. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012;26:14-19. Disponible en: <www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911111002470/S300> [Consulta: 15 feb 2017].
- 25) MIGUÉLEZ, Angélica [et al.]. *La enfermera gestora de casos: garantía de coordinación y de continuidad asistencial* [en procés d'edició]. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears. Palma, 2016.
- 26) DIOS GUERRA, Caridad. *Estudio del efecto de la visita domiciliar programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos* [tesi doctoral]. Còrdova: Universidad de Córdoba, 2015. Disponible en: <<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/12503/2015000001073.pdf?sequence=1>> [Consulta: 15 feb 2017].
- 27) García-Morillo JS et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Medicina clínica. 2005;125(1):5-9. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13076399-S300> [Consulta: 15 feb 2017].

ANNEXOS

Els annexos fan referència a la intervenció amb persones adultes; queda pendent desenvolupar un pla de valoració i intervenció per a la població pediàtrica.

Annex 1. Valoració integral i multidisciplinària

L'objectiu principal de la valoració integral és poder dissenyar el pla d'actuació del pacient i de la seva família —és a dir, identificar els problemes susceptibles de ser atesos pels serveis sanitaris i socials disponibles—, en el qual queden inclosos el pla específic de cada un dels professionals que l'atenen (metge, infermer i treballador social) i la coordinació amb els serveis socials, altres recursos comunitaris i altres àmbits assistencials.

Cal incloure-hi les valoracions clínica, funcional, cognitiva i afectiva, i social, i també la càrrega i les necessitats de la persona cuidadora principal.

Valoració clínica

- Anamnesis i exploració dels òrgans i dels aparells.
- Comorbiditat.
- Valoració de la mobilitat: marxa, coordinació, equilibri, transferència llit-cadira, ús d'ajudes tècniques.
- Revisió de la medicació i adherència al tractament farmacològic.
- Control dels símptomes: dolor, dispnea, son, eliminació, estat cognitiu i estat psicològic.
- Valoració dels factors de risc i dels desencadenants de les aguditzacions.
- Estat nutricional.
- Valoració de la necessitat de cures palliatives, si pertoca, per mitjà dels qüestionaris NECPAL i IDC-Pal.

Valoració funcional

L'estat funcional és el indicador més adequat sobre l'estat de salut, i és predictor de la multimorbiditat i del consum de recursos socials i sanitaris.

Cal valorar per mitjà de l'índex de Barthel la independència o la falta d'independència del pacient en aquestes necessitats bàsiques: menjar i beure, moure's i mantenir la postura corporal, eliminació, i vestir-se i desvestir-se. S'ha de completar per mitjà de l'escala de Lawton i Brody valorant les activitats instrumentals de la vida diària, com ara cuinar, mantenir la casa, comprar, maneig de doblers, ús del transport i del telèfon,.

Valoració cognitiva i afectiva

Cal avaluar l'estat de la consciència, l'orientació, la memòria, el llenguatge, la conducta, l'atenció i la concentració.

Valorar la capacitat cognitiva i perceptiva d'aquestes persones pot ser necessari en molts de casos. La valoració inicial es pot fer amb l'ajuda del test de Pfeiffer per tal de descartar el deteriorament cognitiu. No és necessari aplicar aquesta escala a les persones a les quals ja s'hagi diagnosticat qualsevol tipus de demència.

A més, cal tenir en compte l'estat anímic del pacient, i per això pot ser necessari emprar l'escala de depressió de Yessavage.

Valoració per necessitats bàsiques

S'ha de fer la valoració per necessitats bàsiques seguint el model de Virginia Henderson. Cal tenir en compte aquesta valoració de l'estat funcional —tant física com cognitiva— i aspectes de valoració social. Les necessitats que cal valorar són aquestes: respirar, menjar i beure, eliminació, mobilitat, dormir i descansar, vestir-se i desvestir-se, mantenir la temperatura, higiene, evitar perills, comunicació, valors i creences, realització, activitats recreatives i aprenentatge.

Cal explorar la capacitat per a l'autocura, detectar les necessitats de cura no cobertes i identificar els recursos de suport necessaris per fer suplències.

Valoració social

- Estructura familiar (genograma).
- Integració en el nucli familiar i en el barri.
- Disponibilitat de recursos socio-sanitaris i econòmics.
- Ajuda informal.
- Ajuda formal o institucional (teleassistència, servei d'ajuda a domicili, voluntaris i grups d'ajuda mútua, etc.).

Valoració de l'entorn

- Valoració dels riscos de la casa.
- Disponibilitat d'ajudes tècniques.

Valoració de la persona cuidadora

- Identificació de la persona cuidadora principal.
- Valoració de la càrrega de la persona cuidadora principal per mitjà del test de Zarit. Si surt alterat cal fer-ne una valoració integral.
- Valoració dels suports amb què compta en l'entorn familiar.
- Valoració de la situació familiar, amb atenció especial a detectar indicis de violència de gènere.

Annex 2. Instruments de valoració

Índex de Barthel

Valora l'autonomia o la capacitat funcional del pacient per fer les activitats bàsiques de la vida diària relacionades amb l'alimentació, la higiene, vestir-se, l'eliminació, moure's, etc. Temps estimat: 5 minuts.

Alimentació		
Independent	Menja només en un temps raonable. És capaç d'emprar coberts si els necessita per tallar aliments, escampar la mantega...	10
Necessita ajuda	Necessita ajuda per fer alguna de les activitats anteriors.	5
Dependent	Necessita ser alimentat.	0
Higiene		
Independent	És capaç de banyar-se o dutxar-se —inclent-hi entrar dins la banyera/dutxa o sortir-ne— i eixugar-se.	5
Dependent	Necessita una mica d'ajuda.	0
Vestir-se		
Independent	És capaç de posar-se, llevar-se i penjar la roba, fermar-se els cordons, cordar-se botons o emprar cremalleres. Se n'exclou l'ús de sostenidor.	10
Necessita ajuda	Necessita ajuda per fer almenys la meitat de les tasques d'aquesta mena d'activitats.	5
Dependent		0
Arreglar-se		
Independent	És capaç de rentar-se les mans i la cara, pentinar-se, maquillar-se, rentar-se les dents i afaitar-se.	5
Dependent	Necessita una mica d'ajuda.	0
Deposicions		
Continència	És capaç de controlar les deposicions i fins i tot de col·locar-se un supositori o un ènema.	10
Incontinència ocasional	Té incontinència ocasional o requereix ajuda per posar-se un supositori o un ènema.	5
Incontinència		0
Micció		
Continència	És capaç de controlar la micció de dia i de nit. És capaç d'ocupar-se de la sonda i de canviar la bossa de l'orina.	10
Incontinència ocasional	Té incontinència ocasional o no té temps per arribar al bany o necessita ajuda ocasional per ocupar-se de la sonda uretral.	5
Incontinència		0

Programa d'atenció domiciliària

Traslladar-se del llit a la butaca o la cadira de rodes		
Independent	És capaç de traslladar-se amb seguretat de la butaca al llit, tant amb caminador o amb cadira de rodes —aixecant el reposapeus, tancant la cadira—, i aconseguir seure o jeure al llit, i igualment tornar del llit a la butaca.	15
Ajuda mínima	Necessita molt poca ajuda per fer algun dels passos d'aquesta activitat o l'han de supervisar físicament o verbalment en els diferents passos.	10
Molta d'ajuda	Necessita molta d'ajuda per aixecar-se del llit o traslladar-se a la butaca. Pot quedar assegut sense ajuda.	5
Dependent		0
Deambular		
Independent	Pot caminar 45 metres sense ajuda ni supervisió, espontàniament o amb crosses (no caminador).	15
Necessita ajuda	Necessita ajuda o supervisió per caminar 45 metres. Deambula amb caminador.	10
En cadira de rodes	Pot empènyer la cadira 45 metres i manejar-la amb facilitat (girar cantonades, girar, maniobrar-la per la casa, etc.).	5
Dependent	Camina menys de 45 metres. Si utilitza cadira de rodes l'ha d'empènyer una altra persona.	0
Pujar i baixar escales		
Independent	És capaç de pujar i baixar un pis sense ajuda ni supervisió. Pot utilitzar crosses o recolzar-se en el passamà.	10
Necessita ajuda	Necessita ajuda física o verbal.	5
Dependent		0

<i>Puntuació</i>	<i>Valoració</i>
100	Independent
95- 60	Dependència lleu
55 - 40	Dependència moderada
35-20	Dependència greu
15-0	Dependència total

Escala de Lawton & Brody

Valora la capacitat de la persona per fer les activitats instrumentals necessàries per viure de manera independent a la comunitat (fer la compra, preparació dels aliments, maneig de diners, ús del telèfon, prendre fàrmacs...). Avaluu les activitats més elaborades, que es perden abans que les activitats bàsiques de la vida diària. Aquesta escala dona molta importància a les activitats domèstiques; consegüentment, en el nostre entorn els homes solen obtenir una puntuació més baixa. La disponibilitat d'electrodomèstics i d'altres estris pot influir en la puntuació. Temps estimat: 5-10 minuts.

Capacitat per emprar el telèfon	- Empra el telèfon per iniciativa pròpia.	1
	- És capaç de marcar bé alguns números familiars.	1
	- És capaç de contestar al telèfon però no pot marcar.	1
	- No és capaç d'emprar el telèfon.	0
Fer compres	- Fa totes les compres necessàries sense ajuda.	1
	- Fa petites compres sense ajuda.	0
	- Necessita anar acompanyat per fer qualsevol compra.	0
	- És totalment incapaç d'anar a fer la compra.	0
Preparació del menjar	- Organitza, prepara i serveix el menjar sense ajuda.	1
	- Prepara el menjar, però no segueix una dieta adequada.	0
	- Prepara el menjar si li donen els ingredients.	0
	- Necessita que li preparin i li serveixin el menjar.	0
Cura de la casa	- Manté la casa sense ajuda o amb ajuda ocasional.	1
	- Fa tasques lleugeres: escurar els plats, fer el llit...	1
	- Fa tasques lleugeres però no manté un bon nivell de netedat.	1
	- Necessita ajuda en totes les tasques domèstiques.	1
	- No participa en cap tasca domèstica.	0
Rentar la roba	- Renta la roba sense ajuda.	1
	- Renta petites peces de roba sense ajuda.	1
	- Tota la bugada l'ha de fer una altra persona.	0
Ús de mitjans de transport	- Viatja només en transport públic o mena cotxe.	1
	- És capaç d'agafar un taxi, però no un altre mitjà de transport.	1
	- Viatja en transport públic quan va acompanyat.	1
	- Només agafa taxi o va en cotxe amb ajuda d'una altra persona.	0
	- No viatja.	0
Responsabilitat respecte de la medicació	- Pren la medicació a l'hora establida i en la dosi correcta.	1
	- Pren la medicació si li han preparat la dosi.	0
	- No és capaç d'administrar-se la medicació.	0
Gestió dels assumptes econòmics	- S'encarrega dels seus assumptes econòmics sense ajuda.	1
	- Fa les compres del dia. Necessita ajuda als bancs.	1
	- És incapaç de manejar doblers.	0

Puntuació	Dependència
0-1	Total
2-3	Greu
4-5	Moderada
6-7	Lleu
8	Independent

Test de Pfeiffer

Valora algunes funcions relacionades amb la capacitat cognitiva del pacient (memòria a curt i a llarg termini, atenció, orientació, informació sobre fets quotidians, capacitat matemàtica...).
 Temps estimat: 5 minuts

Va ser elaborat específicament per detectar deteriorament cognitiu en persones grans. També es pot utilitzar amb analfabets i amb persones amb deficiències sensorials greus. S'hi ha d'introduir una correcció segons el nivell d'escolarització, en virtut de la qual es permet un error més si el pacient no ha rebut educació primària i un error menys si ha cursat estudis superiors.

Quina és la data d'avui? (dia, mes i any)	Correcte Incorrecte	0 1
Quin dia de la setmana és avui?	Correcte Incorrecte	0 1
Quin és el nom d'aquest lloc?	Correcte Incorrecte	0 1
Quin és el vostre número de telèfon? (si no en teniu, l'adreça)	Correcte Incorrecte	0 1
Quina edat teniu?	Correcte Incorrecte	0 1
On heu nascut?	Correcte Incorrecte	0 1
Com es diu el president del Govern?	Correcte Incorrecte	0 1
Digau el primer llinatge de la vostra mare.	Correcte Incorrecte	0 1
Restau 3 de 20 i seguiu de tres en tres fins al final.	Correcte Incorrecte	0 1

Puntuació	Deteriorament cognitiu
0-2	Normal
3-4	Lleu
5-7	Moderat
8-10	Important

Escala de depressió de Yesavage

És útil per avaluar l'estat afectiu de les persones grans, ja que les escales ordinàries de la depressió tendeixen a sobrevalorar els símptomes somàtics, de menys valor en aquest grup de pacients. La utilitat màxima rau en el cribratge general del pacient gran (detecció) i en el fet de facilitar el diagnòstic diferencial amb una possible demència d'inici.

Estau satisfet/satisfeta amb la vostra vida?	Sí No	0 1
Heu renunciat a moltes activitats?	Sí No	1 0
Sentiu que la vostra vida està buida?	Sí No	1 0
Us trobau sovint avorrit/avorrida?	Sí No	1 0
Teniu sovint bon ànim?	Sí No	0 1
Temeu que us passi alguna cosa dolenta?	Sí No	1 0
Us sentiu feliç moltes vegades?	Sí No	0 1
Us sentiu sovint abandonat/abandonada?	Sí No	1 0
Preferiu quedar a casa que sortir?	Sí No	1 0
Pensau que teniu més problemes de memòria que la majoria de la gent?	Sí No	1 0
Pensau que viure és meravellós?	Sí No	0 1
Us costa iniciar nous projectes?	Sí No	1 0
Us sentiu ple/plena d'energia?	Sí No	0 1
Sentiu que la vostra situació és desesperada?	Sí No	1 0
Pensau que molta de gent està més bé que vós?	Sí No	1 0

Puntuació	Estat
1-5	Normal
6-9	Depressió lleu (cal aplicar DSM IV)
10-15	Depressió establida (cal aplicar DSM IV)

Escala de Downton de risc de caigudes

Valora el risc del pacient de patir caigudes per tal de poder fer la prevenció oportuna.

Caigudes prèvies	Sí	1
	No	0
Medicaments	Sí	1
	No	0
Tranquil·litzants o sedants	Sí	1
	No	0
Diürètics	Sí	1
	No	0
Hipotensors (no diürètics)	Sí	1
	No	0
Antiparkinsonians	Sí	1
	No	0
Antidepressius	Sí	1
	No	0
Altres medicaments	Sí	1
	No	0
Deficiències sensorials	Sí	1
	No	0
Alteracions visuals	Sí	1
	No	0
Alteracions auditives	Sí	1
	No	0
Extremitats (ictus, etc.)	Sí	1
	No	0
Estat mental	Confús	1
	Orientat	0
Marxa	Normal	0
	Segura amb ajuda	0
	Insegura amb ajuda o sense	1
	Impossible	0

Puntuació	Risc
0-2	Sense risc alt de patir caigudes
> 2	Risc alt de patir caigudes

Escala de Braden

L'escala de Braden valora el risc de patir úlceres per pressió. Aquest risc s'ha d'avaluar a tot pacient inclòs en el programa d'atenció domiciliària. Aquesta escala inclou les variables següents: percepció sensorial, exposició a la humitat, activitat, mobilitat, nutrició i risc de lesions cutànies. Depenent de la puntuació cal decidir les mesures que s'han d'adoptar i la freqüència del monitoratge.

	<i>Percepció sensorial</i>	<i>Exposició a la humitat</i>	<i>Activitat</i>	<i>Mobilitat</i>	<i>Nutrició</i>	<i>Risc de lesions cutànies</i>
1	Completament limitada	Constantment humida	Enllitat	Completament immòbil	Molt pobra	Problema
2	Molt limitada	Sovint humida	En cadira	Molt limitada	Probablement inadequada	Problema potencial
3	Lleugerament limitada	Ocasionalment humida	Deambula ocasionalment	Lleugerament limitada	Adequada	No hi ha problema aparent
4	Sense limitacions	Rarament humida	Deambula sovint	Sense limitacions	Excel·lent	

<i>Puntuació</i>	<i>Risc</i>
6-12	Risc alt: monitoratge cada 24 hores
13-14	Risc moderat: monitoratge cada 72 hores
15-18	Risc baix: monitoratge cada setmana
19-20	Sense risc: monitoratge si hi ha canvis

FACTOR DE RISC	DESCRIPCIÓ DE LA PUNTUACIÓ: 1, 2, 3, 4			
<p>PERCEPCIÓ SENSORIAL Capacitat per reaccionar de manera voluntària a una molèstia relacionada amb la pressió.</p>	<p>1.LIMITADA COMPLETAMENT En tenir disminuït el nivell de consciència o en estar sedat, el pacient no reacciona davant estímuls dolorosos (queixant-se, estremint-se o agafant-se), o bé, capacitat limitada per sentir el dolor en la major part del cos.</p>	<p>2.MOLT LIMITADA Reacciona només davant estímuls dolorosos; no pot comunicar el seu malestar excepte mitjançant gemecs o agitació. O bé, presenta un defecte sensorial que limita la capacitat de percebre dolor o molèsties en més de la meitat del cos.</p>	<p>3.LIMITADA LLEUGERAMENT Reacciona davant ordres verbals però no sempre pot comunicar les seves molèsties o la necessitat que el canviïn de posició, o bé presenta un defecte sensorial que limita la capacitat per sentir el dolor o la incomoditat en almenys una de les extremitats.</p>	<p>4.SENSE LIMITACIONS Respon a ordres verbals. No presenta defecte sensorial que pugui limitar la capacitat d'expressar o sentir el malestar.</p>
<p>HUMITAT Nivell d'exposició de la pell a la humitat</p>	<p>1.HUMIDA CONSTANTMENT La pell es troba exposada constantment a la humitat per la sudoració, l'orina, etc. Es detecta humitat cada vegada que es mou o es gira el pacient.</p>	<p>2.HUMIDA AMB FREQUÈNCIA La pell està humida sovint, però no sempre. La roba de llit s'ha de canviar almenys una vegada per torn.</p>	<p>3.HUMIDA OCASIONALMENT La pell està humida ocasionalment, cosa que fa necessari un canvi suplementari de roba de llit aproximadament una vegada al dia.</p>	<p>4.HUMIDA RARAMENT La pell està seca generalment; la roba de llit es canvia segons els intervals fixats per als canvis de rutina.</p>
<p>ACTIVITAT Nivell d'activitat física</p>	<p>1.ENLLITAT Pacient constantment enllit.</p>	<p>2.EN UNA CADIRA Pacient que no pot caminar o amb deambulació molt limitada. No pot sostenir el seu propi pes i/o necessita ajuda per seure en una cadira o en una cadira de rodes.</p>	<p>3.DEAMBULA OCASIONALMENT Deambula ocasionalment, amb ajuda o sense, durant el dia però en distàncies molt curtes. Passa la major part de les hores d'íntimes al llit o en una cadira o una butaca.</p>	<p>4.DEAMBULA FREQUÈNTMENT Deambula fora de l'habitació almenys dues vegades al dia i dins l'habitació almenys dues hores durant les sessions de passeig.</p>
<p>MOBILITAT Capacitat de canviar i controlar la posició del cos</p>	<p>1.LIMMÒBIL COMPLETAMENT Sense ajuda no pot fer cap canvi de posició del cos o d'alguna extremitat.</p>	<p>2.MOLT LIMITADA Ocasionalment fa lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats, però no és capaç de fer canvis freqüents o significatius per si mateix.</p>	<p>3.LIMITADA LLEUGERAMENT Fa amb freqüència lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats per si mateix.</p>	<p>4.SENSE LIMITACIONS Fa amb freqüència importants canvis de posició sense ajuda.</p>
<p>NUTRICIÓ Patró usual d'ingesta d'aliments. RPO: res per via oral IV: Via intravenosa NP: Nutrició parenteral total</p>	<p>1.MOLT POBRE Mai ingereix una menjada completa; rarament pren més d'1/3 de qualsevol aliment que se li ofereix; diàriament menja dues racions o menys amb aportació proteica (carne o productes lactis); beu pocs líquids; no pren suplementes dietètics. O bé està en dejuni i/o amb una dieta líquida o sèrums més de cinc dies.</p>	<p>2.PROBABLEMENT INADEQUADA Rarament fa una menjada completa i generalment ingereix només la meitat dels aliments que se li ofereixen; la ingesta proteica inclou només tres racions de carn o productes lactis al dia; ocasionalment pren un suplement dietètic. O bé rep menys de la quantitat òptima de dieta líquida o per sonda nasogàstrica.</p>	<p>3.ADEQUADA Pren més de la meitat de la majoria de les menjades; menja un total de quatre racions al dia de proteïnes (carne o productes lactis); ocasionalment pot refusar una menjada, però pren un suplement dietètic si se li ofereix. O bé rep nutrició per una sonda nasogàstrica o per via parenteral, cosa que cobreix la majoria de les seves necessitats nutricionals.</p>	<p>4.EXCEL·LENT Ingereix la major part de cada menjada. Mai en refusa una. Habitualment menja un total de quatre racions o més de carn i de productes lactis. Ocasionalment menja entre hores. No requereix suplementes dietètics.</p>
<p>FRICCIO I PERILL DE LESIONS CUTÀNIES (CLIVELLES)</p>	<p>1.PROBLEMA Requereix una assistència de moderada a màxima per ser mogut. És impossible aixecar-lo completament sense que es produïxi un lliscament entre els llençols. Llisca sovint al llit o en una cadira i necessita recol·locar-se sovint amb el màxim d'ajuda. Les pastilles, les contractures o l'agitació produeixen una fricció gairebé constant.</p>	<p>2.PROBLEMA POTENCIAL Es mou molt feblement o requereix assistència mínima. Durant els moviments, la pell probablement frega contra els llençols; la cadira, els sistemes de subllecció o altres objectes. La major part del temps manté relativament una bona posició a la cadira o al llit, encara que de vegades pot relliscar.</p>	<p>3.APARENTMENT NO HI HA CAP PROBLEMA Es mou al llit i a la cadira amb independència i té força muscular suficient per aixecar-se completament quan es mou. Sempre manté una bona posició al llit o a la cadira.</p>	

Test de Zarit

És un qüestionari autoadministrat dirigit a les persones cuidadores de pacients dependents per tal de valorar la càrrega provocada per la tasca que fan. Consta de 22 ítems, cada un dels quals es puntua amb un gradient de freqüència que va des del valor 0 (mai) fins al 4 (gairebé sempre).

Preguntes	Valor
Pensau que el vostre familiar us demana més ajuda que no en necessita?	
Pensau que a causa del temps que dediqueu al vostre familiar no teniu prou temps per a vós?	
Sentiu angoixa per intentar compatibilitzar la cura del vostre familiar amb altres responsabilitats?	
Sentiu vergonya per la conducta del vostre familiar?	
Us sentiu enfadat/enfadada quan sou a prop del vostre familiar?	
Pensau que cuidar el vostre familiar afecta negativament la vostra relació amb la família?	
Teniu por del futur del vostre familiar?	
Pensau que el vostre familiar depèn de vós?	
Us sentiu tens/tensa quan sou a prop del vostre familiar?	
Pensau que la vostra salut ha empitjorat a causa d'haver de cuidar el vostre familiar?	
Pensau que no teniu tanta d'intimitat com us agradaria tenir a causa d'haver de cuidar el vostre familiar?	
Pensau que la vostra vida social ha quedat afectada negativament per haver de cuidar el vostre familiar?	
Us sentiu incòmode/incòmoda per distanciar-se de les amistats per haver de cuidar-se el vostre familiar?	
Pensau que el vostre familiar us considera l'única persona que el pot cuidar?	
Pensau que no teniu prou ingressos per cuidar el vostre familiar, a més de les vostres altres despeses?	
Pensau que no sereu capaç de cuidar el vostre familiar durant molt més temps?	
Sentiu que heu perdut el control de la vostra vida des que va començar la malaltia del vostre familiar?	
Voldríeu poder deixar la cura del vostre familiar a una altra persona?	
Us sentiu indecís/indecisa sobre què fer amb el vostre familiar?	
Pensau que hauríeu de fer més pel vostre familiar?	
Pensau que podríeu cuidar més bé el vostre familiar?	
Globalment, quin grau de càrrega experimentau pel fet de cuidar el vostre familiar?	

Puntuació segons la resposta				
0	1	2	3	4
mai	gairebé mai	algunes vegades	prou vegades	gairebé sempre

Puntuació	Grau de sobrecàrrega
≤ 46	Sense sobrecàrrega
47-55	Sobrecàrrega lleu
≥ 56	Sobrecàrrega intensa

Test d'adherència terapèutica: de Morisky-Green i de Batalla adaptat

La valoració de l'adherència es pot fer de manera directa o indirecta: els mètodes directes es basen a determinar els nivells del fàrmac, els seus metabòlits o algun marcador bioquímic; els indirectes són menys precisos i fiables, però s'empren més gràcies a l'aplicabilitat que tenen. Alguns es basen en l'entrevista clínica, com ara el judici clínic, l'evolució clínica, el compliment autocomunicat (qüestionari de Morisky-Green), el coneixement de la malaltia (qüestionari de Batalla). Altres mètodes es basen en el recompte dels comprimits, en el registre de dispensacions a la farmàcia, en l'assistència a les cites, etc. Els més utilitzats són els següents:

Qüestionari de Morisky-Green

Consisteix en quatre preguntes amb respostes dicotòmiques (sí/no) que reflecteixen la conducta del pacient sobre el compliment terapèutic. Les preguntes s'han de fer entremig de la conversa i de manera cordial. És un mètode senzill, breu i que exigeix pocs requisits socioculturals per entendre'l. A més, dona informació sobre les causes de l'incompliment. Si el pacient és no complidor resulta un mètode fiable, tot i que subestima el compliment.

Oblidau alguna vegada prendre els medicaments per tractar la malaltia que patiu?	Sí	0
	No	1
Preneu els medicaments a les hores indicades?	Sí	1
	No	0
Quan us troba bé, ¿deixau de prendre la medicació?	Sí	0
	No	1
Si alguna vegada us sentiu malament, ¿deixau de prendre la medicació?	Sí	0
	No	1

Puntuació	Compliment/incompliment
4	Pacient complidor
≤ 3	Pacient no complidor

Qüestionari de Batalla adaptat

En la *Guia de recomanacions per a l'atenció dels pacients polimedocats* se suggereix completar el qüestionari de Morisky-Green —que sobreestima l'incompliment— amb el qüestionari de Batalla, dissenyat originalment per a la hipertensió i adaptat per a qualsevol malaltia crònica, ja que explora els coneixements dels pacients sobre la seva malaltia. És un qüestionari de tres preguntes senzilles amb el qual s'analitza el grau de coneixement que el pacient té de la malaltia. S'assumeix que més coneixement representa un grau més alt de compliment.

És el/la [nom de la malaltia] una malaltia per a tota la vida?	Sí	1
	No	0
Es pot controlar amb dieta i medicació?	Sí	1
	No	0
Esmentau dos òrgans o més que es poden fer malbé patint aquesta malaltia.	Sí	1
	No	0

Puntuació	Compliment/incompliment
3	Pacient complidor
≤ 2	Pacient no complidor

Qüestionari de necessitat de cures paliatives (NECPAL)

La intenció de l'instrument NECPAL CCOMS-ICO® és identificar les persones amb necessitats d'atenció paliativa i pronòstic de vida limitat amb l'objectiu de millorar activament l'atenció que reben, instaurant de manera gradual i progressiva una visió paliativa, enfocant-se en la millora de la qualitat de vida, amb una atenció integral i centrada en la persona i que respongui a totes les seves necessitats i que combini una avaluació multidimensional i l'inici d'un procés de planificació de decisions anticipades. Consta d'aquestes quatre preguntes:

INSTRUMENT NECPAL-CCOMS-ICO® VERSIÓ 3.0 2016

Pregunta sorpresa (a/entre professionals)	Li sorprendria que aquest malalt morís al llarg del proper any?	No (+) Sí (-)
"Demanda" o "Necessitat"	- Demanda: Hi ha hagut alguna expressió implícita o explícita de limitació d'esforç terapèutic o de demanda d'atenció paliativa de pacient o família i/o membres equip - Necessitat: identificada per professionals membres de l'equip	Sí/no Sí/no
Indicadors clínics generals: 6 mesos - Severs, sostinguts, progressius, no relacionats amb procés intercurrent recent - Combinar severitat AMB progressió	- Declivi nutricional • Pèrdua Pes > 10% - Declivi funcional • Deteriorament Karnofsky o Barthel > 30% • Pèrdua > 2 AVDs - Declivi cognitiu • Deteriorament Minimental/Pfeiffer	Sí/no Sí/no Sí/no Sí/no
Dependència severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	Sí/no
Síndromes geriàtriques	- Caigudes - Úlceres per pressió - Disfàgia - Delirium - Infeccions a repetició	Sí/no
Síntomes persistents	Dolor, debilitat, anorèxia, digestius...	Sí/no
Aspectes psicosocials	Distrés i/o Trastorn adaptatiu sever Vulnerabilitat social severa	Sí/no Sí/no
Multi-morbilitat	>2 malalties cròniques (del llistat d'indicadors específics)	Sí/no
Ús de recursos	Valoració de la demanda o intensitat d'intervencions	Sí/no
Indicadors específics	Càncer, MPOC, ICC, i Hepàtica, i Renal, AVC, Demència, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	Sí/no

Classificació:

PS: + "No em sorprendria que..."
- "Em sorprendria que..."

NECPAL: -, 1+, 2+, 3+, ... ,... ,... 13+

Codificació i registre:

Tenen la utilitat d'explicitar a la documentació clínica accessible la condició de "Pacient crònic avançat"

- **Codificació:** és recomanable utilitzar una codificació específica (a Catalunya, "MACA") com "Pacient crònic complex avançat" (PCA) diferent de la convencional del CIE9, V66.7 (Pacient terminal) o CIE10 Z51.5 (Pacient en servei de cures pal·liatives)

- Registre

Història clínica: Després de la pregunta sorpresa, es recomanable d'explorar els diferents paràmetres, afegint + en funció dels que trobem positius

Història clínica compartida: sempre acompanyat de informació clínica addicional rellevant que descrigui situació i propostes davant escenaris possibles (A Catalunya, PIIC)

- **PS+ = "no em sorprendria que..."**

- **NECPAL + : paràmetres associats (d'1+ fins a 13+)**

Instrument diagnòstic de complexitat en cures pal·liatives (IDC-Pal)

És una eina diagnòstica de la complexitat dels pacients amb una malaltia en la fase avançada o terminal, que comprèn les situacions o els elements de complexitat susceptibles de ser identificats després de la valoració unitat-pacient-família. Consta de 36 elements agrupats en 3 dimensions (pacient, família i organització sanitària), que es classifiquen pels graus "complexitat" (C) o "alta complexitat" (AC). L'IDC-Pal en el procés assistencial integrat de cures pal·liatives orienta en la presa de decisions per adequar la intervenció dels recursos implicats.

		Elements	Grau
1 Elements dependents del pacient	1.1. Antecedents	1.1.a El pacient és un infant o un adolescent	AC
		1.1.b El pacient és un professional sanitari	C
		1.1.c Rol sociofamiliar que exerceix el pacient	C
		1.1.d El pacient presenta una discapacitat física, psíquica o sensorial prèvia	C
		1.1.e El pacient presenta problemes d'addicció recents i/o actius	C
		1.1.f Malaltia mental prèvia	C
	1.2. Situació clínica	1.2.a Síntomes de control difícil	AC
		1.2.b Síntomes refractaris	AC
		1.2.c Situacions urgents en un pacient terminal oncològic	AC
		1.2.d Situació de darrers dies de control difícil	AC
		1.2.e Situacions clíniques secundàries a la progressió tumoral de control difícil	AC
		1.2.f Descompensació aguda en cas d'insuficiència d'un òrgan en un pacient terminal no oncològic	C
		1.2.g Trastorn cognitiu greu	C
		1.2.h Canvi bruscat en el nivell d'autonomia funcional	C
		1.2.i Existència de comorbiditat de control difícil	C
		1.2.j Síndrome constitucional greu	C
	1.2.k Control clínic difícil a causa d'un incompliment terapèutic reiterat	C	
	1.3 Situació psicoemocional	1.3.a El pacient presenta risc de suïcidi	AC
1.3.b El pacient demana avançar el procés de mort		AC	
1.3.c El pacient presenta angoixa existencial i/o patiment espiritual		AC	
1.3.d Conflicte en la comunicació entre el pacient i la família		C	
1.3.e Conflicte en la comunicació entre el pacient i l'equip terapèutic		C	
1.3.f El pacient presenta afrontament emocional desadaptatiu		C	
2 Elements dependents de la família i de l'entorn	2.a Absència o insuficiència de suport familiar i/o de persones cuidadores	AC	
	2.b Familiars i/o persones cuidadores no competents per a la cura	AC	
	2.c Família disfuncional	AC	
	2.d Claudicació familiar	AC	
	2.e Dols complexos	C	
	2.f Limitacions estructurals de l'entorn	AC	

Programa d'atenció domiciliària

<i>Elements</i>			<i>Grau</i>
3 Elements dependents de l'organització sanitària	3.1 Professional / Equip	3.1.a Aplicació de sedació paliativa de control difícil	AC
		3.1.b Dificultats per a la indicació i/o per al maneig de fàrmacs	C
		3.1.c Dificultats per a la indicació i/o per al control de les intervencions	C
		3.1.d Limitacions en la competència professional per abordar la situació	C
	3.2 Recursos	3.2.a Dificultats per gestionar les necessitats de tècniques instrumentals i/o de material específic al domicili	C
		3.2.b Dificultats per gestionar les necessitats de coordinació o logístiques	C

<i>Situació</i>		<i>Intervenció de recursos avançats/específics de cures paliatives</i>
No complexa	No hi ha elements de complexitat ni d'alta complexitat	No
Complexa	Hi ha almenys un element de complexitat	Sí o no (a criteri del professional mèdic i de la resta de l'equip)
Altament complexa	Hi ha almenys 1 element d'alta complexitat	Sí

Annex 3. Diagnòstics de salut

Diagnòstics clínics

Són els corresponents als problemes de salut identificats.

Diagnòstics infermers

Cal tenir en compte que en l'atenció domiciliària els diagnòstics més prevalents són els de suplència total o parcial (alimentació, mobilització, seguretat, eliminació, vestir-se i higiene), a més dels d'independència.

Els diagnòstics més freqüents són aquests:

- Deteriorament de la mobilitat física.
- Cansament del rol de cuidador o risc de cansament del rol de cuidador.*
- Baixa autoestima situacional.
- Dèficit d'activitats recreatives.
- Interrupció dels processos familiars.
- Control efectiu o inefectiu del règim terapèutic.
- Risc de lesió.
- Risc de soledat.
- Coneixements deficientes.

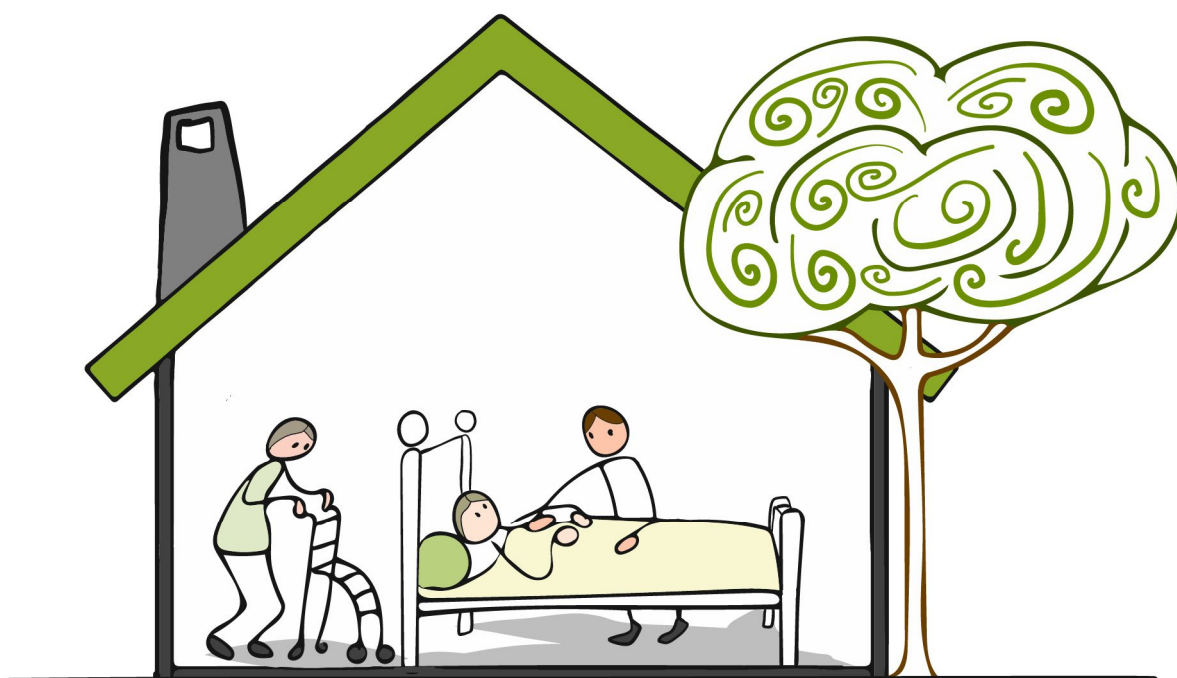
* Aquest diagnòstic ha de constar tant en la història del pacient com en la història de la persona cuidadora, ja que es considera que repercuteix en les cures rebudes i, consegüentment, en el pla que s'hagi de dissenyar.

Diagnòstics socials

Són els corresponents als problemes o a les necessitats socials identificats.

Annex 4. Pla d'actuació multidisciplinari segons les necessitats detectades

- Activitats preventives segons el grup de risc: vacunacions, prevenció primària i secundària dels factors de risc cardiovascular...
- Detecció precoç, tractament i seguiment de patologies cròniques. Monitoratge i control dels símptomes.
- Pla de cures d'infermeria estructurat amb NOC i NIC.
- Pla d'actuació de la persona cuidadora.
- Pla d'atenció social, facilitant els recursos socials i comunitaris que puguin millorar les condicions i la socialització dels pacients i dels seus familiars: centres de dia, ajuts per a la dependència, programes de millora de la dependència d'entitats determinades...
- En qualsevol pla d'atenció cal considerar prioritari potenciar l'autonomia del pacient tant com sigui possible.



Atenció Domiciliària