

PROTOCOLO DE ASISTENCIA A DOMICILIO

TRABAJO FINAL DE GRADO EN MEDICINA

Autor: Belén Vilar Villaseñor

Tutor: Vicent Cerdà Alfonso

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PLANA

Universitat Jaume I



Última actualización: 5 Abril de 2017

Autor: Belén Vilar Villaseñor.

Profesión: Estudiante de 6º año de Medicina en la Universidad Jaume I.

Dirección: Vicent Cerdà Alfonso.

Profesión: Médico de atención primaria en el centro de salud Onda1.



UNIVERSITAT
JAUME I

TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: Protocolo de Asistencia a Domicilio

ALUMNO/A: Belén Villar Villaseñor

DNI: 20901775IL

PROFESOR/A TUTOR/A: Vicent Cerda i Alfonso

Fdo (Tutor/a):

Resumen:

-Objetivos:

Elaborar un protocolo de asistencia a domicilio en atención primaria para el manejo de pacientes que no pueden desplazarse hasta el centro de salud o que consideramos que su hogar va a ser el mejor lugar terapéutico.

-Métodos:

Búsqueda en la literatura de atención domiciliaria, comparando los protocolos de actuación de distintas comunidades autónomas, como son la Comunidad Valenciana, Cataluña y Extremadura y revisión mediante la introducción de palabras clave de diferentes fuentes bibliográficas como Pubmed, Univadis, SemFYC... para obtener información sobre demografía y el fenómeno de envejecimiento que está sufriendo el país y así valorar la necesidad de disponer de un protocolo que unifique el manejo de estos pacientes.

-Resultados:

Se redacta un protocolo de asistencia a domicilio en atención primaria basado y adaptado a los protocolos revisados.

-Conclusiones:

La bibliografía destaca el rápido envejecimiento de la población y el incremento de patologías crónicas debido al aumento de la esperanza de vida. Esto repercute en sanidad y hace necesario que el sistema sanitario se adapte a la nueva estructura poblacional. Por ese motivo, este protocolo busca garantizar una asistencia de calidad y continuada a los pacientes que requieran atención en su domicilio.

Palabras clave: protocolo; atención domiciliaria; cambio demográfico; anciano frágil; modelo integrado.

Summary:

-Objectives:

Develop a home assistance protocol for primary health-care centers in order to know how to manage patients who can not go to the health care center or we think their home is the best place for the treatment.

-Methods:

Search in the home health care literature, comparing action protocols of the different autonomous regions, like Valencian Community, Catalonia and Extremadura, besides we check different bibliographic sources like Elsevier, Univadis, Semfy, Pubmed...by introducing key words in order to obtain information about demography, ageing phenomenon is experiencing the country and valuing the necessity of having a protocol which unifies management of these patients.

-Results:

Writing a home health care protocol for primary care, which is based and adapted to the revised protocols.

-Conclusions:

Bibliography remarks fast aging of population and the increase of chronic diseases caused by an increased life expectancy. This has an effect on health service and it is necessary that the health system adapts to the new population structure. For that reason, this protocol wants to guarantee a quality and continued assistance for the patients that want home health care.

Keywords: protocol; home care; demographic change; fragile elderly; integrated model.

Extended Summary:

-Objective:

In this protocol, it has been treated to unify patients management from primary care patients who can not go to the health care center to patients that we consider the best therapeutic place for them is their home. The literature objectifies a change in the demography expressed with an increase in the survival of the population and therefore higher older population with chronic diseases who require in some particular situations domiciliary visits from primary care doctor, nurse and sometimes social worker, due to hospitals solve the acute phases of diseases which increase the importance of home health care in the subsequent phases, where the patients will benefit more from a rehabilitative and continuous perspective than curative perspective.

As well, in the literature talk about assistance fragmentation which exist in this kind of medical attention and lacking of coordination between different assistance levels, therefore, another objective of this protocol shows the necessity of cooperation to guarantee a high- quality and continuous assistance a long time and besides an assistance which takes on a bio – psycho –social perspective and it makes necessary to consider integrated model when we assist a home patient.

-Methods:

Drafting the protocol has been based in other protocols already elaborated and it has focused mainly on how it should focus the domiciliary visit according to the underlying disease of patients and if they need permanent or temporary care.

There is a common process which we will follow in all the patients : They must meet the inclusion criteria to enter in the home care program, after this, we must differentiate which kind of care patients need, it can be temporary or permanent, and considering the underlying disease to include the patient in the most specific list services, according to the patient has hypertension, dementia, diabetes mellitus, stroke, etc.

Subsequently, we carry out an initial evaluation of the patiente in order to obtain information about the severity of the illness, the degree of anatomy that allows it, etc, and based on this we will be able to plan the visits, monitoring and elaborate a therapeutic plan for the patient.

Also, it is necessary to identify the main caregiver figure, in case of having one, we will interest on the grade of involvement in the care of the patient and if it is present excessive burden or signs of claudication.

-Results:

It has elaborated home care protocol for primary care, which explains sequence of activities that it should carry out for assuring a high-quality and continuous health care considering the underlying disease of the patients. Therefore, it has written up a systematized steps to follow for patient with: hypertension, diabetes mellitus, dementia, stroke, epoc, heart disease, bedridden patient and terminal patient.

-Conclusions:

Demographic changes have oriented health care assistance to a model more focused on chronic diseases and it makes necessary to expand list services and resources destined for it and providing coverage to the needs that appear on home health care of patients with chronic diseases, in most cases, but also it can be an acute disease, which requires home health care. If we do not progress to this horizon it will increase the number of hospitalized patients, knowing that interment health is not the best therapeutic place for patients. That is why in this protocol emphasizes the necessity of progressing on home health care and for that we establish a series of steps to follow which assure its correct development in the health care centers which will like to introduce it, making emphasis on educating patient in self-care and management of their disease. In order to give them more autonomy and reduce costs and health resources which derive from complications, casualty visits, more home care...

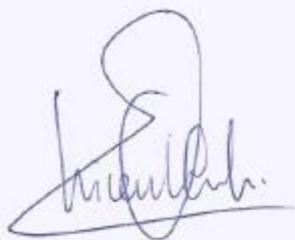
As conclusion, we can confirm with this protocol that we pretend to improve patients life quality and cover health necessities based on evidences of others home health care protocols already introduced in the health system.

SR GERENTE DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA PLANA. VILA-REAL

Como tutor responsable del Trabajo Fin de Grado, con titulo: Protocolo de Asistencia a Domicilio, realizado por la alumna de 6º curso de Medicina de la Universitat Jaume I, Belén Vilar Villaseñor con DNI 20901775L, hago constar que ha sido remitido a la Comisión de Calidad del Hospital Universitario de La Plana de Vila-real, para su valoración aprobación e implementación en los centros de salud del Departamento 3 La Plana.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente.

En Onda a cuatro de Abril del año 2017



Fdo Vicent Cerdà i Alfonso

Coordinador Médico Centre de Salut Onda I

Porfesor Asistencial Asociado de la UJI

Director T.F.G.

ÍNDICE

1.- PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.....	11-13
1.1.Búsqueda bibliográfica.....	11-12
1.2.Métodos para formular las recomendaciones.....	13
1.3.Validación.....	13
1.4.Independencia editorial.....	13
2.-PROTOCOLO: PROTOCOLO DE ASISTENCIA A DOMICILIO.....	14-33
2.1.Justificación.....	14-16
2.2.Objetivos.....	16
2.3.Población diana.....	17
2.4.Población meta.....	17-18
2.5.Criterios de inclusión.....	18-19
2.6.Criterios de exclusión.....	19
2.7.Atención domiciliaria según tipo de paciente.....	19-33
2.7.1.Atención domiciliaria permanente.....	19-20
2.7.2.Atención domiciliaria temporal.....	20-23
2.7.3Atención domiciliaria al paciente con Hipertensión Arterial.....	23-24
2.7.4.Atención domiciliaria al paciente con Cardiopatías.....	24-25
2.7.5.Atención domiciliaria al paciente con Accidente Cerebrovascular.....	25-27
2.7.6.Atención domiciliaria al paciente con Demencia.....	27-28
2.7.7.Atención domiciliaria al paciente con Diabetes Mellitus.....	28-30
2.7.8.Atención domiciliaria al paciente con EPOC.....	30-32

2.7.9. Atención domiciliaria al paciente Terminal.....	32-33
2.7.10. Atención domiciliaria al paciente Encamado.....	33
3.- ANEXOS:.....	34-44
Anexo I: Grados de recomendación científica.....	34
Anexo II: Cuestionario Zarit.....	35
Anexo III: Escala Neurológica Canadiense.....	36
Anexo IV: Periodicidad de las visitas domiciliarias.....	37
Anexo V: Algoritmo del proceso del programa de atención domiciliaria.....	38
Anexo VI: Papel de las TIC en atención domiciliaria.....	39
Anexo VII: Proceso de implantación.....	40
Anexo VIII: Proceso de monitoreo y evaluación.....	41-43
Anexo IX: Proceso de actualización de los protocolos.....	44
4.-DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS PARTICIPANTES.....	44
5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45-47

1. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

1.1. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se basó en 2 grandes bloques, el primero iba dirigido a recaudar información sobre el concepto de atención domiciliaria, la pirámide poblacional y los cambios demográficos experimentados que hacen necesario el desarrollo y aplicación de este tipo de atención médica, así como la evidencia disponible hoy en día del beneficio tanto a nivel económico como a nivel de la autonomía del paciente que suponen las visitas domiciliarias. El segundo bloque se centra en realizar una búsqueda bibliográfica de protocolos de atención domiciliaria que a día de hoy se aplican en algunas regiones de España y a compararlos entre sí con el fin de redactar un protocolo que los unifique y se pueda aplicar en el centro de salud Onda 1, donde trabaja como médico de atención primaria el director del protocolo.

Con respecto a mi búsqueda bibliográfica, las preguntas clínicas planteadas fueron las siguientes:

- ¿Es, hoy en día, la atención domiciliaria un recurso útil en la práctica clínica?
- ¿Qué tipo de pacientes se beneficiarían de recibir atención domiciliaria?
- ¿Quién debe asumir el papel de liderazgo en este tipo de atención sanitaria?
- ¿De qué recursos disponemos hoy en día?
- ¿Está bien implementada este tipo de asistencia en nuestro medio?
- ¿Hay una adecuada organización entre los diferentes niveles asistenciales que participan en la atención domiciliaria?
- ¿Cómo son los protocolos de atención domiciliaria de los que disponemos actualmente?

La búsqueda se centró en:

-Guías de práctica clínica:

-Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria.

-Guía para el manejo de la disfagia.

-Protocolos:

-Programa de Atención Domiciliaria C.S.Rafalafena.

- Protocolo de visita domiciliaria. Extremadura.

-Programa de Atención Domiciliaria de la Generalitat Valenciana.

-Medline (Pubmed):

Los criterios de inclusión que se utilizaron para la búsqueda bibliográfica en Pubmed, es decir, los filtros, fueron "Free full text", "Meta-Analysis", "Review", "Systematic review" y textos que no tuvieran una antigüedad de más de 10 años (Publication dates: "10 years") ya que la búsqueda se acotaba demasiado con tan solo 5 años de antigüedad. La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando los siguientes términos:

"Delivery of health care/organization and administration"[Mesh Terms] AND home[All Fields]AND "hospitalization"[MeSH Terms].

"Hospital-based"[MeSH Terms] AND "Home"[All Fields] AND "Care"[All Fields] AND "Services"[All Fields].

"Continuity of patient care"[MeSH Terms] AND "Nurse's role"[MeSH Terms] AND Link[All Fields] AND "Nurses"[MeSH Terms].

"Frail elderly"[MeSH Terms] AND "Health services for the aged"[MeSH Terms].

-Sociedades:

-SemFYC(Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).

- American Gastroenterological Assotiation.

-Páginas web para profesionales:

-Univadis.

-Fisterra.

1.2. Métodos para formular las recomendaciones

El protocolo se ha basado en las recomendaciones obtenidas a partir de la literatura y de la búsqueda bibliográfica. Los protocolos y las guías de práctica clínica que han servido de base para su elaboración utilizan distintas clasificaciones para graduar el nivel de recomendación, pero la más utilizada es la Agency for Healthcare Research and Quality^(Anexo I). En el presente protocolo la mayor parte de las recomendaciones recogidas son Grado A o B, incluyendo también opiniones de expertos (Grado C).

Como en la elaboración del protocolo no ha participado un grupo de personas sino únicamente mi tutor y yo misma no se han llevado a cabo métodos de consenso informal ni han tenido que resolverse desacuerdos entre los participantes.

1.3. Validación

El protocolo será validado cuando se presente en una sesión clínica en el centro de salud Onda 1 del departamento de La Plana y será la dirección de dicho centro la que considere su inclusión como uno de los protocolos vigentes y su utilización en la práctica clínica habitual.

1.4. Independencia editorial

El protocolo es editorialmente independiente de una entidad financiadora.

2.PROTOCOLO: PROTOCOLO DE ASISTENCIA A DOMICILIO

2.1. Justificación

En la actualidad hay un aumento de la longevidad, es decir, estamos ante un importante cambio demográfico de nuestra sociedad, conformado por el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y como consecuencia el desarrollo de deterioro funcional, dotando a los pacientes de fragilidad y aumentando por tanto el riesgo de ser dependientes para las actividades de la vida diaria. Por eso son cada vez más los pacientes que necesitan recibir atención médica en su domicilio ¹⁻³.

El envejecimiento de la población se debe principalmente a tres factores. Por una parte a la disminución de la tasa de natalidad, las familias son cada vez menos numerosas, en gran parte debido a factores económicos y al empobrecimiento de la población que impide en ocasiones el poder ampliar el número de miembros⁴. Por otro lado, también influye en este cambio demográfico el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad, en 1997 la población española mayor de 65 años representaba el 15,9% del total y en 2015 ya era el 20,3%¹. Por todo ello, es hoy en día un reto y una necesidad socio-sanitaria prioritaria el cuidado de las personas mayores y en especial la atención de estos pacientes en su domicilio, ya sea porque no pueden desplazarse hasta el centro de salud o porque se considera que su domicilio es el mejor lugar terapéutico. La situación idónea de una persona enferma está, siempre que sea posible, en su contexto familiar y social habitual, por eso se está reforzando progresivamente la idea de que la asistencia domiciliaria es una alternativa eficaz y eficiente en determinadas situaciones³⁻⁵. Pero los recursos destinados a la atención domiciliaria, así como su planificación y coordinación entre servicios y protagonistas no es del todo satisfactoria todavía. Por eso se hace necesario elaborar un protocolo que unifique la actuación de los diferentes participantes y que ponga de manifiesto la importancia de este tipo de servicio médico en una sociedad donde predominan los pacientes crónicos, pero sin embargo, los recursos están muy dirigidos a las patologías agudas.

Siguiendo en esta línea, cabe destacar que los hospitales están cada vez más enfocados a resolver patologías agudas y a reducir al máximo la estancia de los pacientes. Esto da lugar a que aumente el número de personas que pasan el periodo

de convalecencia en su domicilio y por tanto se incrementa el volumen de pacientes que requieren de atención domiciliaria y cuidados médicos¹.

Por todo esto, se hace indispensable disponer de un modelo de atención domiciliaria que sea integrado, coordinado y multidisciplinar, y que de esta manera supere las diferencias asociadas a la fragmentación y variabilidad que todavía hoy existe en la práctica de la atención domiciliaria. Por ello, la Consellería de Sanidad redactó el "Modelo Integrado de Atención Domiciliaria" que se recoge en el "Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria"⁴ con el objetivo de definir una serie de líneas estratégicas para conseguir prestar desde el sector público-sanitario una atención domiciliaria de calidad. Este modelo debe ser integrado, porque es necesario que aborde las necesidades bio-psico-sociales de los pacientes y de los cuidadores, y debe ser coordinado y multidisciplinar porque para poder atender estas tres esferas de la vida es indispensable la colaboración entre diferentes profesionales de varias disciplinas, configurando una red de actuación formada principalmente por medicina, enfermería y trabajador social. Por tanto, el trabajo en equipo multidisciplinar es pues la base fundamental de la intervención en atención domiciliaria. Dicho equipo, además de tener en cuenta los ámbitos de promoción, prevención, y curación debe reforzar nuevos valores como son la autonomía e independencia de los pacientes. Es decir, el objetivo de la atención domiciliaria no será tanto el aumento de la expectativa de vida sino el aumento de la expectativa de vida libre de incapacidad. Por ello es muy importante evaluar la situación funcional de los pacientes y ayudarlos a redescubrir sus propios recursos dentro de la enfermedad de cada uno, en esto se basa la Educación para la Salud, que es un punto muy importante a la hora de prestar un servicio médico domiciliario porque permite educar al paciente y al cuidador en el manejo de la enfermedad y evitar o retrasar la aparición de dependencia⁴⁻⁹.

De esta forma, con la atención domiciliaria, en especial a pacientes crónicos, evitamos ingresos hospitalarios innecesarios y reducir el coste en recursos sanitarios, ya que, como expone Rafael Bengoa en el prólogo de "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi": "estos pacientes, debido al impacto que las enfermedades crónicas tienen sobre la calidad de vida en términos de dependencia, morbilidad, productividad etc., suponen un aumento de los costes sanitarios y sociales"¹⁰.

Por tanto, si con el servicio de atención domiciliaria ofrecemos una continuidad de cuidados a lo largo de la vida de los pacientes, podremos en gran medida prevenir

complicaciones derivadas de la enfermedad y ahorrar los costes que estas complicaciones supondrían⁸⁻¹¹.

2.2. Objetivos⁹

-Objetivo general:

Elaborar un protocolo de asistencia domiciliaria en atención primaria para garantizar unos cuidados integrales y humanizados a las personas que por diferentes motivos requieran de dichos servicios y con un enfoque interdisciplinar para conseguir la mayor coordinación posible entre los diferentes niveles asistenciales.

-Objetivos específicos:

- Identificar pacientes que necesiten o estén en riesgo de precisar atención domiciliaria.
- Realizar actividades de educación para la salud con el propio individuo, familia y/o cuidador principal.
- Trabajar la autonomía y el autocuidado del paciente dependiente, retrasar su deterioro funcional y mejorar su calidad de vida.
- Atender también al cuidador y detectar precozmente factores de riesgo de claudicación.
- Prevenir las posibles complicaciones que puedan derivar de la patología subyacente del enfermo.
- Conseguir un modelo integrado de atención domiciliaria donde los diferentes niveles asistenciales se coordinen entre si configurándose como una red de actuación y asegurando la continuidad de la atención.
- Establecer una oferta de servicios clara para los pacientes y los profesionales.

2.3. Población diana

Pacientes que requieran atención médica en su domicilio por diversos motivos, ya sea por incapacidad física, mental o social para desplazarse al centro de atención y/o porque se considere que el domicilio es el mejor lugar terapéutico.

Podemos dividir la atención domiciliaria en permanente o temporal según se trate de pacientes con patología crónica o aguda^{1,12-14}.

- Paciente Crónico:

- Por presentar una patología crónica incapacitante.
- Encontrarse en fase terminal de la enfermedad.
- Por barreras arquitectónicas: vivienda alejada sin medio de transporte, fragilidad del cuidador para acompañarle al Centro de Atención, vivienda sin ascensor, sin rampa para minusválidos...
- Factores socio-sanitarios como la edad, aislamiento social, duelo...

-Paciente Agudo:

- Han sufrido una incapacidad reciente(IAM, ictus, fractura cadera...)
- Postquirúrgicos.

2.4. Población meta

Este protocolo está dirigido a todo el Equipo de Atención Primaria, con el objetivo de unificar las pautas de actuación y las actividades a desarrollar, ya que se ha objetivado un exceso de diversidad de criterios y de variabilidad asistencial entre los diversos centros de salud⁴.

De esta forma se pretende integrar y unificar la actuación para así acabar con la fragmentación y la incoordinación entre los diferentes agentes sanitarios. Para ello debemos concienciar sobre todo a médicos, enfermeras y trabajadores sociales, ya que son ellos los principales profesionales implicados en este tipo de atención, siendo el pilar central el servicio de enfermería^{4,9}. Por tanto será indispensable contar con enfermeros y enfermeras bien preparados e instruidos en el modelo integrado de atención domiciliaria y en general con profesionales que apliquen las mejores

evidencias científicas disponibles para garantizar que los servicios domiciliarios sean de la mayor calidad posible.

2.5.Criterios de inclusión¹²⁻¹⁴

Deben ser pacientes con dificultad o imposibilidad de acudir al centro de atención, ya sea de forma permanente o temporal:

·Por un lado, se incluye a aquellas personas que estén diagnosticadas de alguna enfermedad invalidante, ya sea crónica o aguda, y requieran de un equipo de atención médica para realizar controles y seguimiento de su patología.

·Por otro lado, también tendremos en cuenta las barreras arquitectónicas, es decir, aquellos pacientes que debido a su condición física, económica o de vivienda no puedan desplazarse hasta su centro de salud.

La captación de los pacientes, inclusión de éstos en el Programa de Atención Domiciliaria y gestión de sus citas lo realiza la Enfermera Gestora de Casos. Su función es facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente y reducir la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos ya que optimiza la coordinación de las actividades y así se evita la duplicidad de servicios y pruebas. Así pues, se registran todos los datos y así se pueden usar para futuros trabajos de investigación. Las enfermeras gestoras de casos dependen de cada comunidad autónoma aunque trabajan con gran autonomía y liderazgo, ya que se encargan de numerosas tareas. Además de la atención domiciliaria, que es a la que hacemos referencia en este protocolo, también participan en servicios sociales, atención especializada y cumplen el papel de gestoras, por tanto han de coordinar el trabajo de otros profesionales y distribuir los recursos¹⁴⁻¹⁵.

Es por todo esto por lo que el Ministerio de Sanidad propuso en el 2012 la "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud", en el que aseguraba que la enfermera gestora de casos era el perfil profesional más adecuado para la atención de pacientes crónicos, con altas demandas de atención y consumo de servicios sociosanitarios¹⁶.

No obstante, también desarrollan un papel en la captación de estos pacientes sus familias y el médico de atención primaria, ya que si éste observa en los registros que algún paciente suyo lleva largo tiempo sin acudir al centro de salud puede ser él mismo quien lo incluya en el programa de atención domiciliaria o bien los familiares del enfermo quien le comenten al médico la situación que incapacita a su pariente a acudir al centro de salud.

2.6. Criterios de exclusión¹²⁻¹⁴

- Usuarios de hemodiálisis, de rehabilitación o con un proceso social que requiera de la atención del trabajador social y no del equipo médico.
- .Pacientes que viven fuera del área que le corresponde al centro de salud.
- .Pacientes que no quieren recibir este tipo de atención médica.
- .Pacientes que permanecen hospitalizados.

2.7. Atención domiciliaria según tipo de paciente¹²⁻¹⁴

En el programa de atención domiciliaria podemos diferenciar dos grandes grupos de pacientes: los que necesitan atención domiciliaria permanente y los que necesitan atención domiciliaria temporal. Éstos son los servicios básicos que se ofrecen en la cartera de servicios de atención domiciliaria.

Dentro de los servicios básicos podemos individualizar la atención a cada paciente en función de su clínica específica, por lo que este programa también cuenta con una cartera de servicios específicos¹²⁻¹⁴.

2.7.1. Atención domiciliaria permanente

Se prevé que los motivos que han propiciado la inclusión del paciente en el programa serán irreversibles y que por tanto no recuperará la posibilidad de desplazarse al centro de salud.

Podemos encontrar 3 perfiles de pacientes crónicos:¹²⁻¹⁴

-Geriátrico: si cumple 3 o más de los siguientes:

Pluripatológico, >75 años, enfermedad invalidante que produce dependencia, enfermedad mental, problemática social.

-Anciano frágil³: 1 o más:

Persona mayor de 80 años, viudedad reciente, patología crónica invalidante, polifarmacia (más de 5 fármacos), falta de soporte social, pensión escasa, hospitalización reciente, caídas, vive sólo.

En estos pacientes, se debe realizar de forma anual una visita domiciliaria por el servicio de enfermería para valorar los hábitos nutricionales, de higiene y deposicionales, prestando especial atención en detectar fallos en la continencia urinaria, preguntar por antecedentes de caídas y de ingresos hospitalarios, comprobar que están tomando el tratamiento farmacológico correctamente, pasar el test de Pfeiffer para valorar su estado cognitivo y explorar agudeza visual y auditiva.

-Adulto crónico: cualquier persona adulta entre 18-75 años con enfermedad crónica.

2.7.2. Atención domiciliaria temporal

Se prevé que los motivos de inclusión serán reversibles y por tanto habrá una recuperación suficiente del nivel de salud que le permita posteriormente retomar su autonomía para poder ser atendido en el centro de salud.

Aquí podemos encontrar 3 perfiles:¹²⁻¹⁴

- Convalecencia tras hospitalización aguda.

-Tras hospitalización de larga duración

-Postquirúrgicos

En estos pacientes los objetivos de la atención domiciliaria serán:

-Que el paciente se recupere con la mayor rapidez posible y pueda recobrar su autonomía.

-Prevenir complicaciones postquirúrgicas.

-Aliviar el dolor.

El seguimiento lo llevará a cabo principalmente enfermería, se encargará de hacer una valoración global del estado del paciente convaleciente, instruirle en el manejo del dolor y en reconocer síntomas de alarma y se encargarán del cuidado de las heridas quirúrgicas.

Por tanto, ante todo paciente que se incluya en el programa de atención domiciliaria se deben cumplir unos criterios básicos de calidad, es decir, una serie de actividades que deberán plasmarse en la historia de salud del paciente y que están destinadas a clasificar y reagrupar a los pacientes y asegurar el seguimiento de éstos. La responsabilidad de cada una de estas actividades recae más en uno u otro profesional según el tipo de cuidado que haya que aplicar¹². Las actividades comunes a todos los pacientes son:

-Motivo y fecha de inclusión del paciente en el programa de atención domiciliaria.

-El origen de la demanda de inclusión.

-El perfil del paciente: si es paciente geriátrico, anciano frágil, adulto crónico etc. Es decir diferenciar si el paciente va a necesitar atención domiciliaria permanente o temporal para que pueda beneficiarse de la cartera de servicios básicos.

-El grupo al que pertenece el paciente: restringir a un grupo más cerrado según la clínica específica de cada paciente, es decir, incluir al paciente en una cartera de servicios específicos si fuera necesario.

-Identificar la presencia o ausencia de cuidador principal y en caso de que lo haya estudiar su perfil de salud y evaluar su grado de sobrecarga con la escala Zarit¹⁸(AnexoII) excepto si el cuidador es remunerado.

-También estudiar el perfil de salud del cuidador, el vínculo que tiene con el paciente y como de implicado está en su cuidado, así como investigar sobre el nivel de instrucción del cuidador ya que en caso de no ser el adecuado se le pueden ofrecer diferentes herramientas como por ejemplo seminarios de aprendizaje, guías que puedan seguir etc¹⁹.

-Debemos hacer una evaluación del estado de salud del paciente y de su nivel de autonomía e independencia para las tareas de la vida cotidiana que nos permita tener una idea global del caso y desarrollar un plan terapéutico y un plan de cuidados.

Esta responsabilidad recae sobre enfermería principalmente, aunque debe ser el médico el que se encargue de realizar la valoración clínica del paciente incluyendo los diagnósticos, los tratamientos y la elaboración del plan terapéutico.

Para valorar todo esto:¹⁸

- Pasar el índice de Barthel en la primera visita y posteriormente una vez al año para detectar cambios.
- Hacer una valoración de su estado funcional de salud que incluya el estado nutricional.
- Hacer una valoración clínica que incluya las patologías que padece el paciente y su tratamiento actual.
- Hacer una valoración social, para ello podemos usar la escala Gijón. El principal responsable de esto es el trabajador social.
- Desarrollar un plan terapéutico y de cuidados: en función de los principales diagnósticos del paciente se desarrollará un plan terapéutico por el médico y un plan de cuidados por enfermería.

Se revisará periódicamente y si se producen cambios en los diagnósticos o en la evolución del proceso se realizarán modificaciones en el plan.

La periodicidad de las revisiones del plan así como de las visitas domiciliarias se calcularán en función del número de procesos crónicos que sufre el paciente y del grado de dependencia según el índice de Barthel, excepto que el paciente lleve menos de 1 año incluido en el programa.^(Anexo IV)

Dentro de la cartera de servicios específicos que hemos nombrado anteriormente nos encontramos con: paciente con HTA, paciente con cardiopatía, paciente con accidente cerebrovascular, paciente con demencia, paciente con Diabetes Mellitus, paciente con EPOC, paciente terminal¹²⁻¹³.

2.7.3. Atención al paciente con Hipertensión Arterial (HTA)¹²⁻¹³

-Objetivos:

-Instruir al paciente y a su cuidador en el autocuidado y el desarrollo de habilidades en el manejo de la HTA y de esta forma conseguir aumentar la autonomía del paciente y minimizar la dependencia y los costes sanitarios.

-Aportar información y conocimientos sobre hábitos de vida saludables.

-Evitar complicaciones o minimizar la gravedad de éstas.

-Actividades:

1) Anamnesis, exploración física y diagnóstico de HTA: para incluir a una persona en este servicio debe haber sido diagnosticada de HTA por la medida de 3 tomas de presión arterial separadas menos de 3 meses y con un resultado de media igual o superior a 140/90 mmHg.

Además de esto, será necesario identificar los factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes.

(Responsable principal: médico):

2) Realizar electrocardiograma y análisis tras hacer el diagnóstico de la enfermedad: que incluya hemograma, glucemia, colesterol total, creatinina, potasio y análisis de orina. (Responsable principal: médico y enfermería).

3) Valoración hábitos de vida: que se centre sobre todo en el patrón nutricional del paciente, es decir, que consumo realiza de cada alimento de la pirámide nutricional, si existe sobrepeso u obesidad y valorar la actividad física que realiza. (Responsable principal: enfermería).

4)Proporcionar consejos higiénico-dietéticos: estimular al paciente en la realización de ejercicio físico dentro de sus posibilidades, pérdida de peso, aconsejarle sobre los beneficios en la reducción de sal en las comidas, alimentos bajos en grasas saturadas, reducir ingesta de alcohol y tabaco... (Responsable principal: enfermería).

5)Realizar visitas de seguimiento: cada 3 meses si se trata de pacientes con alto riesgo o cada 6 meses si son pacientes de riesgo medio o bajo.

En las visitas se controlará la presión arterial, si han aparecido efectos secundarios debido a la medicación y se insistirá en los consejos citados anteriormente. Si el paciente no tiene la presión arterial bien controlada será una tarea muy importante del médico el investigar si está cumpliendo el tratamiento adecuadamente.

Anualmente se solicitará un análisis de sangre con hemograma, glucemia, colesterol total, creatinina, potasio y análisis de orina. Bianualmente un electrocardiograma. (Responsable principal: médico y enfermería).

6)Anualmente hacer exploración física y valoración general. (Responsable principal: médico).

2.7.4.Atención al paciente con Cardiopatías¹²⁻¹³

-Objetivos:

-Instruir al paciente y a su cuidador en el autocuidado y en el manejo de la cardiopatía que presente y minimizar la dependencia y los costes sanitarios.

-Aportar información y conocimientos sobre hábitos de vida saludables.

-Evitar complicaciones o minimizar la gravedad de éstas.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico de la cardiopatía (arritmia, insuficiencia cardíaca etc.). (Responsable principal: médico).

2)Realizar electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica básica tras hacer un diagnóstico de la enfermedad. (Responsable principal: médico y enfermería).

3) Valoración hábitos de vida: hábitos nutricionales, ejercicio físico que realiza, consumo de tóxicos... (Responsable principal: enfermería).

4) Desarrollar un plan de cuidados que incluya: consejos higiénico-dietéticos, instrucción en el manejo de la medicación y del autorregistro del pulso y la presión arterial. (Responsable principal: enfermería).

5) Realizar visitas de seguimiento: anualmente se debe realizar una visita domiciliaria a estos pacientes, centrada en:

- Preguntar si el paciente ha experimentado signos de alarma o descompensaciones de su cardiopatía así como explorar los conocimientos del paciente y del cuidador en el reconocimiento de los signos de descompensación.

- Si está cumpliendo con la dieta diseñada y el ejercicio físico recomendado y si lo tolera bien.

- Realizar anualmente una exploración física que incluya: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, coloración piel, temperatura y presencia o ausencia de edemas.

(Responsable principal: médico y enfermería).

6) Anualmente solicitar electrocardiograma y analítica básica. (Responsable principal: médico).

7) Realizar consultas de seguimiento telefónico 1 vez al mes para valorar: las cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca autorregistradas por el paciente, así como el peso, preguntar si ha notado algún signo de descompensación y si tolera bien el ejercicio físico. (Responsable principal: enfermería).

8) Vacunación anual de la gripe. (Responsable principal: enfermería).

2.7.5. Atención al paciente con Accidente Cerebrovascular¹²⁻¹³

-Objetivos:

- Instruir al paciente y a su cuidador en el autocuidado y en el manejo de los accidentes cerebrovasculares y minimizar la dependencia y los costes sanitarios.

-Aportar información y conocimientos sobre hábitos de vida saludables.

-Evitar complicaciones o minimizar la gravedad de éstas.

-Pautar los tratamientos necesarios y educar al paciente y al cuidador en la toma de éstos con el fin de realizar prevención secundaria y evitar la aparición de un nuevo episodio.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico (especificar si ha sido isquémico o hemorrágico): en la anamnesis será importante preguntar sobre factores de riesgo y si realiza algún control sobre ellos como la toma de algún fármaco. Respecto a la exploración física, lo más importante será realizar una valoración neurológica, para la cual se suele utilizar la Escala Neurológica Canadiense ^(Anexo III), que valora el nivel de conciencia, la orientación, el lenguaje y las funciones motoras. También se explorará la presencia de signos de espasticidad, alteraciones sensitivas y trastornos del estado de ánimo. (Responsable principal: médico).

2)Pasar el índice Barthel¹⁸ para conocer la autonomía del paciente para las actividades de la vida diaria y **la escala de Rankin modificada¹⁸** para saber el grado de discapacidad que ha quedado tras el ictus. Estas escalas se pasan una vez se incluya al paciente en el programa, después a los tres meses y por último de forma semestral, con el objetivo de conocer la autonomía del paciente para las actividades de la vida diaria. (Responsable principal: enfermería).

Con dichas escalas y con la observación del paciente podemos identificar si es capaz de comer o si por el contrario el ictus ha dejado como secuela una disfagia. Si se da el caso, lo más importante será instruir bien al cuidador en el manejo de ésta y proporcionarle consejos prácticos para la alimentación del paciente. Para ello podemos remitirle a la guía para el manejo de la disfagia: Guía de Red Menni para el manejo de la disfagia por daño cerebral²⁰. Si a pesar de seguir los consejos de la guía el paciente no es capaz de alimentarse correctamente y el aporte de nutrientes es por tanto insuficiente será necesario recurrir a la nutrición enteral mediante sonda, si va a requerirla menos de 6-8 semanas, o realizar una ostomía si las necesidades van a superar las 6-8 semanas. Se utilizará nutrición parenteral en el caso de que su sistema digestivo no conserve la capacidad funcional y motora, excepto que estemos ante un paciente terminal con esperanza de vida menor a 5 días²¹.

3)Realizar valoración de patrones funcionales de salud: como es su estado nutricional, si puede deglutir bien, si realiza ejercicio físico, el sueño, la higiene personal, el uso de medicamentos, como se ha adaptado a su nueva situación, grado de estrés que presenta, si mantiene continencia de esfínteres, como es su nivel cognitivo y si se relaciona con otras personas. (Responsable principal: enfermería).

4)Valoración social: en el momento de inclusión en el servicio será necesaria una valoración por parte del trabajador social que incluya: si el paciente tiene derecho a solicitar la incapacidad laboral, si es subsidiario de recibir ayudas económicas o subvenciones, también habrá que valorar la necesidad o no de traslado a una residencia. (Responsable principal: trabajador social).

5)Valoración por fisioterapeuta: un fisioterapeuta debe realizar una valoración física del paciente y realizar rehabilitación en caso de que sea necesaria. (Responsable principal: fisioterapeuta).

6)Realizar visitas de seguimiento: el médico realizará una visita de seguimiento a los 3 meses de inclusión en el servicio que incluya: exploración física completa, control de factores de riesgo para prevención secundaria y valorar si ha habido algún tipo de recuperación o empeoramiento desde la visita que se realizó en el momento de inclusión en el programa volviendo a pasar la Escala Neurológica Canadiense. Esta visita se repetirá después anualmente.

Enfermería realizará una visita de seguimiento cada mes durante el primer semestre y después de forma bimensual o trimensual que incluya: registro de constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), pasar test Pfeiffer¹⁸ para realizar valoración cognitiva, hacer valoración del estado funcional, examinar el estado de la piel y las mucosas y la presencia o ausencia de edemas. (Responsable principal: médico y enfermería).

. 2.7.6. Atención al paciente con Demencia¹²⁻¹³

-Objetivos:

-Hacer diagnóstico precoz de demencia.

-Aportar información al cuidador sobre el manejo de este tipo de pacientes.

-Asegurar el bienestar del paciente e intentar evitar la aparición de complicaciones.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico: en la anamnesis debemos incluir una serie de test para valorar el deterioro cognitivo¹⁸: Mini Mental Test¹⁸ y Global Deterioration Scale¹⁸, además de preguntar por antecedentes patológicos, en especial de enfermedades neurológicas y accidentes cerebrovasculares. (Responsable principal: médico).

2)Valoración hábitos de vida y patrones funcionales: hábitos nutricionales, ejercicio físico, grado de autonomía mediante la escala EVAA¹⁸, si el entorno domiciliario es adecuado, en especial, en estos pacientes, se hará hincapié en valorar a su cuidador, ya que resulta una figura fundamental. Se valorará por tanto, el grado de información del cuidador respecto a la enfermedad, los recursos de los que dispone para manejarla y hacerse cargo del paciente y también si presenta algún síntoma o signo de sobrecarga¹⁹. (Responsable principal: enfermería).

3)Pactar un plan de cuidados con el cuidador: que se irá revisando periódicamente (Responsable principal: enfermería)

4)Realizar visitas de seguimiento:

-Semestralmente el médico responsable deberá hacer una visita domiciliaria para valorar si la demencia ha evolucionado (volverá a pasar los test anteriormente citados), y si debe realizar algún cambio en el tratamiento farmacológico pautado.

-Cada 4 meses el servicio de enfermería realizará una visita para registrar cambios en la funcionalidad del paciente, es decir, si ha perdido autonomía para el autocuidado (volver a pasar la escala EVAA) y comprobar que el cuidador está cumpliendo el plan de cuidados pactado o si se debe realizar algún cambio.

(Responsable principal: médico y enfermería).

2.7.7.Atención al paciente con Diabetes Mellitus¹²⁻¹³

-Objetivos:

-Desarrollar habilidades en el manejo de la DM por parte del enfermo y su cuidador.

-Aportar información y conocimientos sobre hábitos de vida saludables.

-Dotar al paciente de autonomía.

-Evitar complicaciones o minimizar la gravedad de éstas.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico: para incluir a una persona en este servicio debe haber sido diagnosticada de DM por cumplir uno o más de los siguientes supuestos:

-Glucemia al azar >200 mg/dl.

-Glucemia plasmática \geq 126 mg/dl en dos o más ocasiones.

-2 horas después de hacer test de sobrecarga oral de glucosa con 75g de glucosa tener una glucemia \geq 200 mg/dl.

-También se incluirán en este servicio a los pacientes con Glucemia Basal Alterada (glucemia plasmática entre 110-125 mg/dl en dos o más ocasiones) y con Tolerancia Alterada a la Glucosa (tras test de sobrecarga oral de glucosa tener glucemia de 140-199 mg/dl).

En la anamnesis de estos pacientes es muy importante preguntar acerca de antecedentes familiares de diabetes y realizar una exploración física completa pero centrándonos en buscar signos y síntomas de afectación de órganos diana (ojos, riñón, corazón, arterias), donde podemos encontrar lesiones microvasculares o si se trata de un estadio avanzado lesiones macrovasculares y valorar si existe sobrepeso u obesidad.

(Responsable principal: médico)

2)Realizar electrocardiograma y analítica básica tras hacer un diagnóstico de la enfermedad. (Responsable principal: médico y enfermería).

3)Valoración hábitos de vida: hábitos nutricionales, ejercicio físico que realiza, consumo de tóxicos... (Responsable principal: enfermería).

4)Desarrollar un plan de cuidados que incluya: consejos higiénico-dietéticos, instrucción en el manejo de la medicación y del autorregistro de las glucemias. (Responsable principal: enfermería).

5)Realizar visitas de seguimiento:

-Anualmente se realizará por parte del médico responsable una anamnesis que incluya preguntas acerca de cómo está manejando la medicación, si está cumpliendo el tratamiento, si tiene claros los conocimientos acerca de las hiper e hipoglucemias y como actuar frente sus complicaciones. Una exploración física centrada en lo comentado anteriormente, tomar las constantes vitales y la glucemia capilar y revisar las zonas de punción para comprobar que no se haya producido fibrosis u otra complicación. Analítica básica de sangre y análisis de orina con sedimento, proteinuria y microalbuminuria, así como un electrocardiograma y un fondo de ojo para detectar precozmente aparición de retinopatía diabética.

-Semestralmente se le pedirá una hemoglobina glicosilada (HBA1c).

-Cada 2-3 meses se realizará una visita domiciliaria de seguimiento donde se revisará todo lo citado anteriormente.

(Responsable principal: médico y enfermería).

2.7.8.Atención al paciente con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹²⁻¹³

-Objetivos:

-Desarrollar habilidades en el manejo de la EPOC por parte del enfermo y su cuidador.

-Aportar información y conocimientos sobre hábitos de vida saludables.

-Dotar al paciente de autonomía.

-Evitar complicaciones o minimizar la gravedad de éstas.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico: para incluir a una persona en este servicio debe haber sido diagnosticada de EPOC mediante la realización de una espirometría con el siguiente resultado: FEV1/FVC<70%.

En la anamnesis nos centraremos sobre todo en antecedentes de tabaquismo, otras enfermedades respiratorias y exposición laboral a agentes patógenos.

(Responsable principal: médico).

2)Realizar electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica básica tras hacer un diagnóstico de la enfermedad. (Responsable principal: médico y enfermería).

3)Valoración hábitos de vida: hábitos nutricionales, ejercicio físico que realiza, consumo de tóxicos... (Responsable principal: enfermería).

4)Desarrollar un plan de cuidados que incluya: consejos higiénico-dietéticos, instrucción en el manejo de la medicación. (Responsable principal: enfermería).

5)Realizar visitas de seguimiento:

·Anualmente se realizará por parte del médico responsable una anamnesis centrada sobre todo en síntomas respiratorios, proporcionar consejo antitabáquico y una exploración física donde se prestará especial atención a la auscultación pulmonar.

·Trimestralmente enfermería visitará a estos pacientes para valorar su manejo con la medicación, en especial se debe comprobar si están utilizando correctamente los inhaladores, ya que es frecuente el uso erróneo de éstos. Si el paciente es portador de oxígeno domiciliario, se debe redactar un informe anualmente que incluya cumplimiento y manejo del paciente así como dosificación y mantenimiento del equipo. También se les enseñarán técnicas de relajación y de educación respiratoria, se reforzarán aquellos aspectos positivos logrados y se pactará la adquisición de nuevos.

(Responsable principal: médico y enfermería).

6)Si el paciente es portador de oxígeno domiciliario, se debe redactar un informe anualmente que incluya cumplimiento y manejo del paciente, es decir informar de los conocimientos que tiene el paciente acerca de la utilización de este dispositivo, así

como la dosificación prescrita y el mantenimiento del equipo. (Responsable principal: enfermería).

7) Vacunación anual de la gripe. (Responsable principal: enfermería).

2.7.9. Atención al Paciente Terminal^{12,13,22}

-Objetivos:

-Asegurar calidad de vida y comodidad en la fase final de la enfermedad es el objetivo primordial, ya que el 70% de los pacientes terminales fallecen en su domicilio y de media un médico de atención primaria atiende 5 fallecimientos en el hogar, cifra que irá incrementándose debido al envejecimiento de la población²². Por tanto, es una tarea primordial el desarrollo de la atención de la fase final de la vida en el hogar.

-Proporcionar tratamiento farmacológico para evitar el dolor y sufrimiento del paciente.

-Apoyar a la familia en el proceso de pérdida.

-Actividades:

1) Anamnesis, exploración física y diagnóstico: en la anamnesis lo más importante será preguntar acerca del tipo de dolor que experimenta, la duración, si hay algo que lo exacerbe o lo calme y que tratamiento toma. También le preguntaremos por los hábitos deposicionales, y nutricionales sobre todo por si detectamos estreñimiento o anorexia, y será de gran relevancia averiguar cuanto sabe el paciente y la familia acerca de la enfermedad y el pronóstico para detectar si existe conspiración de silencio y si las expectativas de futuro son realistas o por el contrario no quieren o no pueden afrontar la situación. (Responsable principal: médico y enfermería).

2) Desarrollar un plan de intervención y cuidados que incluya: los fármacos y medidas que se van a llevar a cabo y los resultados esperados teniendo en cuenta la irreversibilidad del proceso. (Responsable principal: médico y enfermería).

3) Realizar visitas de seguimiento:

-Como mínimo semanalmente se debe realizar una visita para registrar la evolución de los síntomas tanto físicos como psíquicos y revisar el plan terapéutico por si necesita algún ajuste de tratamiento.

En estos pacientes es muy importante realizar visitas domiciliarias con más frecuencia que en los otros casos ya que se trata de enfermedades irreversibles y donde es primordial acompañar al paciente y a su familia en todo el proceso hasta el fallecimiento e incluso después se hace necesario apoyar y guiar a la familia para evitar que se dé un duelo patológico.

(Responsable principal: médico y enfermería).

2.7.10. Atención al Paciente Encamado¹²⁻¹³

Son pacientes dependientes (Barthel<40) y con la movilidad reducida que deben permanecer de forma permanente o más de 18 horas al día en la cama.

-Objetivos:

-Prevenir las complicaciones que comporta el hecho de estar permanentemente encamado.

-Actividades:

1)Anamnesis, exploración física y diagnóstico: lo más importante será valorar el riesgo de complicaciones, en especial las más frecuentes, las úlceras por presión, y para ello se pasará la escala de Braden¹⁸. Instruiremos al paciente y a su cuidador en ejercicios para prevenir las úlceras por presión, como por ejemplo los cambios posturales frecuentes y la importancia de una buena alimentación. También debemos registrar si tiene algún déficit nutricional, incontinencia urinaria o una higiene inadecuada, ya que esto aumentaría el riesgo de que aparecieran las úlceras y de que tardaran más en curarse.

Si el paciente ya presenta úlceras por presión, cada 15 días deberá realizarse una visita por el servicio de enfermería para evaluar el curso clínico de la herida y realizar las curas pertinentes.

(Responsable principal: médico y enfermería):

3. ANEXOS

3.1. Anexo I²³: Grados de recomendación científica según la "Agency for Healthcare Research and Quality".

Tabla 1. Grados de recomendación	
A	Existe <i>buena</i> evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
B	Existe <i>moderada</i> evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio
A	Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib
B	Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III
C	Recoge el nivel de evidencia IV

3.2. Anexo II: Cuestionario Zarit²³

Es una escala que valora el grado de sobrecarga del cuidador

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

< 46: No sobrecarga

46-55: Sobrecarga leve

>55: Sobrecarga intensa

3.3.Anexo III: Escala Neurológica Canadiense²⁴

Es la escala que utilizaremos para realizar la valoración neurológica a los pacientes subsidiarios de recibir atención médica domiciliaria por haber sufrido algún accidente cerebrovascular y tiene en cuenta el nivel de conciencia, la orientación, el lenguaje y las funciones motoras:

ANEXO II.- ESCALA CANADIENSE

Estado mental		
Nivel de conciencia		
	Alerta	3
	Obnubilado	1,5
Orientación		
	Orientado	1
	Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje		
	Normal	1
	Déficit de expresión	0,5
	Déficit de comprensión	0
Funciones motoras. Sin defecto de comprensión		
Cara		
	Ninguna	0,5
	Presente	0
Brazo proximal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Brazo distal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Pierna		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Respuesta motora. Defecto de comprensión		
Cara		
	Simétrica	0,5
	Asimétrica	0
Brazos		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Piernas		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Puntuación total		

3.4. Anexo IV: Periodicidad de las visitas domiciliarias¹²

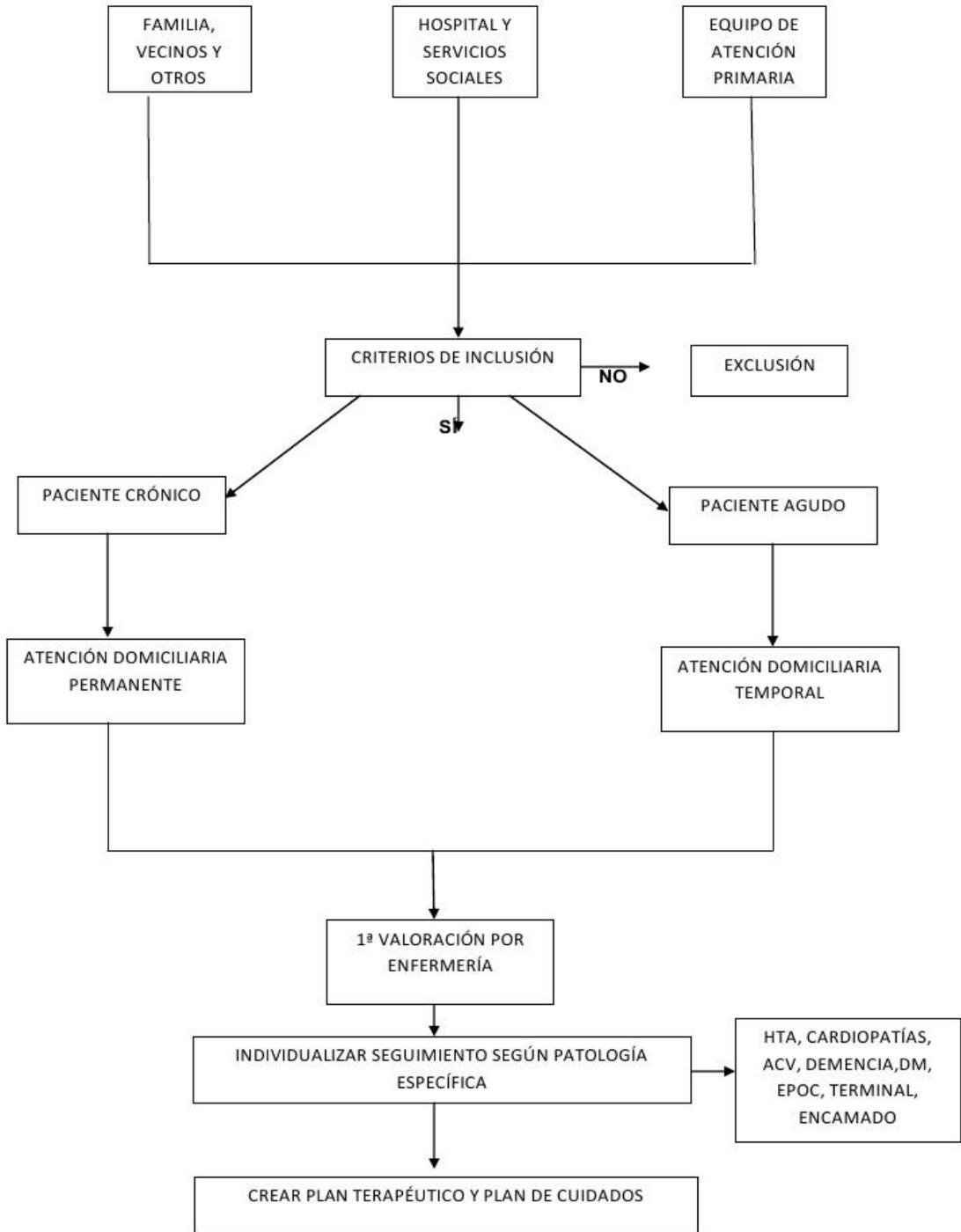
Para saber el número de visitas domiciliarias que se deben realizar al año se tendrá en cuenta el número de procesos crónicos que sufre el paciente y el grado de dependencia según el índice de Barthel.

Número de procesos crónicos	Valor	Barthel	Valor
1 proceso	1	Dependencia leve	1
Hasta 3 procesos	2	Dependencia moderada	2
4 o más procesos	3	Dependencia grave	3
		Dependencia total	4

Puntuación total	Frecuencia visita médica	Frecuencia de visita enfermera
2 puntos	Anual	Semestral
3 puntos	Anual	Cuatrimestral
4 puntos	Semestral	Trimestral
5 puntos	Trimestral	Mensual
6 puntos o más	Cada 1-2 meses	Quincenal

3.5.ANEXO V: Algoritmo del proceso del programa de atención domiciliaria

ANEXO V: Algoritmo



3.6. Anexo VI: Papel de las TIC en atención domiciliaria ^{4,25}

Las TIC hacen referencia a las tecnologías de la información y la comunicación, engloba el conjunto de técnicas y dispositivos empleados para el tratamiento y transmisión de datos (correo electrónico, foros, redes sociales...), las redes de telecomunicaciones con las que se realiza dicho intercambio de datos (telefonía, Internet...) y los terminales empleados (ordenador, teléfono, tablets...). En atención domiciliaria cada vez cobran un papel más importante ya que pueden contribuir a que el paciente permanezca en su domicilio elevando su autonomía, por tanto mejorarían la calidad de vida del enfermo y de su cuidador.

Ejemplos de TIC que podrían ser útiles en estos pacientes son:

-Consultas virtuales o Telemedicina: dirigidas a aumentar la información y la comunicación con los pacientes y así reducir las visitas médicas. En el caso de la atención domiciliaria sería especialmente útil para resolver dudas del cuidador ante algún cambio de salud del enfermo, pauta de tratamiento etc. Pero las TIC aún pueden ir más lejos, ya que se está estudiando la posibilidad de realizar diagnósticos y tratamientos a distancia de forma que diera lugar a una red interconectada de pacientes, cuidadores, médicos y otros profesionales. En España ya hay algunos portales que ofrecen este servicio, por ejemplo la web de la Sociedad Española de Reumatología, y el Hospital Virtual para pacientes con VIH desarrollado por el Hospital Clínico de Barcelona.

Sin embargo, todavía existen muchas barreras que dificultan la aplicación de las TIC en el domicilio, como la falta de un sistema informático sistematizado, la incompatibilidad de algunos domicilios con las nuevas tecnologías, la falta de recursos, la escasa coordinación entre servicios...

Existe un recurso que sí se utiliza habitualmente y reduce la carga asistencial además de permitir que el paciente permanezca más tiempo en su domicilio y no se tenga que desplazar al centro de salud, es la consulta telefónica, cada vez más extendida y utilizada.

3.7. Anexo VII: Proceso de implantación

El proceso de implantación del protocolo comenzará con la presentación del mismo en una sesión clínica en el centro de salud Onda 1 perteneciente al Departamento de Salud de La Plana. Tras esto, la dirección de dicho Departamento de Salud se reunirá para considerar la inclusión del protocolo y su aprobación definitiva con el fin de que se pueda aplicar en el centro de salud para el que fue elaborado.

Si finalmente se aplica este protocolo a la práctica clínica diaria del centro de salud Onda 1, se deberá tener en cuenta que el proceso ha de llevarse a cabo de maneras diferentes, según el paciente sea crónico y por tanto requiera atención domiciliaria permanente o sea agudo y necesite atención domiciliaria temporal.

Si es crónico, la implantación del proceso se puede llevar a cabo de forma más gradual, realizando en la primera visita una valoración global, instruyendo al paciente en hábitos de vida recomendables según su patología, educándole a él y a su cuidador en su enfermedad, pactar objetivos a conseguir para próximas visitas etc. De esta manera, como las visitas domiciliarias a estos pacientes van a ser permanentes en el tiempo, porque no se contempla una resolución de su enfermedad, podemos poco a poco ir escalando en los objetivos, de más básicos a más complejos. Un ejemplo sería educar a los cuidadores, en el caso de que cuiden a un paciente crónico se les puede instruir poco a poco, darles unas nociones básicas e ir aumentando la complejidad hasta por ejemplo organizar talleres para la formación de los cuidadores.

Si se trata de un paciente agudo, el proceso se ha de agilizar, disponemos de menos tiempo para implantar las medidas de actuación y por tanto la atención ha de ser inmediata. Un ejemplo sería el caso de un paciente postquirúrgico al que le dan el alta en el hospital y necesita recibir atención médica en su domicilio durante el periodo en el que este convaleciente para asegurar que se recupera bien de la cirugía y no aparecen complicaciones o si aparecen que se traten de forma rápida y eficiente.

3.8. Anexo VIII: Proceso de monitoreo y evaluación

Para evaluar la aplicación de este protocolo se deberían tener en cuenta una serie de criterios:

-Podemos evaluar el protocolo según los **resultados**: nos basaríamos en los registros para hacer un seguimiento de los pacientes y valorar si han desarrollado patología secundaria derivada de su patología de base o si por el contrario estamos aplicando correctamente el protocolo y por tanto evitando dichas complicaciones. Un ejemplo es observar que los pacientes con Diabetes Mellitus incluidos en nuestro programa de atención domiciliaria no hayan desarrollado retinopatía diabética, nefropatía diabética etc.

-Otra forma de evaluación es según el **proceso**: comprobar mediante los registros que se han realizado todos los puntos que hemos desglosado anteriormente en cada apartado, es decir, asegurarnos de que enfermería hace una buena valoración inicial, toma la tensión arterial, las glucemias, pesa a los pacientes... y que el médico también realiza todas las tareas necesarias en cada visita. Esto lo podemos comprobar mediante los registros de la Historia Clínica, pero también sería interesante diseñar una plantilla donde se apuntara en cada visita las diferentes actividades que se han realizado. Un ejemplo de plantilla de registro para paciente con Accidente Cerebrovascular¹²:

·Pasar encuestas de **satisfacción**: con esto podremos saber la percepción que tienen los pacientes de la atención domiciliaria que reciben, sería útil por ejemplo pasarles las viñetas COOP/WONCA²⁶. Estas láminas son un instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, son muy fáciles de utilizar y de comprender y nos aportan información válida y reproducible. A puntuaciones más altas peores niveles de funcionamiento, si esto ocurriera deberíamos reflexionar sobre que está fallando en nuestro protocolo o si hay algo que no estamos aplicando.

·Debemos evaluar la **cobertura** que estamos proporcionando¹²:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{de usuarios captados en el programa}}{\text{Población estimada susceptible de este servicio}} \times 100$$

·El encargado del programa deberá pasar anualmente una auditoría para evaluar la **calidad** de dicho programa¹²:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida en la auditoría}}{\text{Puntuación máxima del servicio}} \times 100$$

3.9. Anexo IX: Proceso de actualización de los protocolos

La próxima actualización del protocolo se realizará dentro de cuatro años, a partir de Enero de 2021. Deberá crearse un equipo multidisciplinar dentro del centro de salud Onda 1 que se encargue de evaluar los resultados obtenidos desde la implantación de este protocolo mediante los métodos que hemos comentado, por lo que respecta tanto a si se ha conseguido la cobertura esperada como a la satisfacción de los pacientes. Además este equipo deberá realizar búsquedas bibliográficas para comparar las nuevas prácticas y recomendaciones con el protocolo realizado y actualizarlo en caso de que sea necesario.

4. DECLARACIÓN DE INTERESES DE LOS PARTICIPANTES

No existe conflicto de intereses por parte de los participantes en el protocolo.



5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.Minardi Mitre R, Morales M, Sette J, Llopis A, Días JA, Ramón E. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Panam Salud Pública. 2002;11(4):253-260.

2.Minardi Mitre R, Morales M, Llopis AG, Sette J, Ramón E, Días JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Panam Salud Pública. 2001;10(1):45-54.

3.Baztán JJ, González JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. MedClin(Barc). 2000;115:704-717.

4.Gallud J, Guirao A, Ruiz A, Muñoz M. Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2004.

5.Institut Català de Salut [Internet]. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Catalunya. 2010. Disponible en:

www.gencat.cat/ics.

6.Martin Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Ed.Elsevier; 2014.

7.Aranza A, Cegri F. Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. Aten Primaria [Internet]. 2007 [citado 15 nov 2007]; 39(1):3-4. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13098268-S300>

8.Prieto MA, March JC, Pacual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 1999 [citado 12 dic 2001]; 24(7):439. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-propuestas-una-atencion-domiciliaria-realista-13390>

9.Esteban JM, Ramirez D, Sánchez del Corral F. Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria. Madrid: Ed. International Marketing &Comunication, S.A. (IM&C); 2005.

10.Departamento de sanidad y consumo del Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Euskadi: Gobierno Vasco. 2010.

11. Suriano de la Rosa B. Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico(ADEC). RevEnferm IMSS. 2003; 11(2):71-76.
12. Agencia Valenciana de Salud. Programa de Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. 2006.
13. Programa de Atención Domiciliaria C.S.Rafalafena. Castellón de la Plana: C.S Rafalafena. 2010.
14. Martín A, Hurtado E, Albarran MJ, García M, Serrano MM, Hornero A, et al. Protocolo de visita domiciliaria. Extremadura: Junta de Extremadura, consejería de Sanidad y Consumo. 2004.
15. Jódar G, Cadena A, Parellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 2005; 36(10):558-62.
16. Sánchez- Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería clínica [Internet]. 2014. [citado 5 dic 2016]; 24(1): 79-89. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001964>
17. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2012.
18. Agencia Valenciana de Salud. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. 2006.
19. ArrufatGallén V. Programa de Formación en Educación para la Salud para las/los cuidadoras/es de las personas enfermas crónicas, ancianas y/o con discapacidad. Castellón: Centro de Salud Pública Castellón.
20. Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni. Guía para el manejo de la disfagia. Guipúzcoa: Hospital Aita Menni.
21. American Gastroenterological Assotiation. Medical Position Statement: Guidelienes for the use of Enteral Nutrition. Gastroenterology. 1995; 108(4):1280-81.

22.SemFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. El 70% de pacientes terminales a cargo de atención primaria fallecen en su domicilio. Madrid: SemFYC; 2007 [citado 29 Junio 2007]. Disponible en:

<https://www.semfyc.es/el-70-de-los-pacientes-terminales-a-cargo-de-atencion-primaria-fallece-en-su-domicilio/>

23. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L.C, Rico J.M, Lanz P, Taussing MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador(Caregiver Burden Inteviuw) de Zarit. Rev Gerontol. 1996; 6(4): 338-345.

24.Bermejo F, Porta J, Díaz J, Martínez P. Más de cien escalas en neurología. Ed.Aula Médica; 2008.

25.Altés J. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. SeminFundEspReumatol. 2013; 14(2):31–35.

26.Lizán L, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 2002; 29(6):378-384.