



# PROGRAMA DE ATENCIÓ DOMICILIÀRIA



G O I B  
CONSELLERIA  
DE SALUT  
ATENCIÓ PRIMÀRIA



## **AUTORAS**

**Rosa Maria Adrover Barceló.** Enfermera

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Joana Maria Taltavull Aparicio.** Subdirectora de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Jerònia Miralles Xamena.** Enfermera

Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

## **REVISORES**

**Francisco Amor Madueño.** Enfermero

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Jean-Philippe Baena Lointier.** Subdirector de enfermería de Atención Primaria. Área de Salud de Ibiza y Formentera. Consejería de Salud

**Maria Antònia Barceló Arroyo.** Enfermera

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Joana Maria Bestard Andreu.** Trabajadora social  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Apol·lònia Esteva Arrom.** Enfermera

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Magdalena Esteva Cantó.** Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Cristina Estrades Nicolau.** Trabajadora social

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Maria Antònia Font Oliver.** Directora de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca  
Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Mercè Gomila Mas.** Enfermera gestora de casos

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Ana López García.** Enfermera de atención primaria  
Área de Salud de Ibiza y Formentera. Consejería de Salud

**Bartomeu Mascaró Bauzá.** Médico de familia

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Consuelo Méndez Castell.** Subdirectora de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Angélica Miguélez Chamorro.** Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes.

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Dolores Mora Burgos.** Trabajadora social

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Yolanda Muñoz Alonso.** Enfermera gestora de casos.

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

## **Programa de atención domiciliaria**

**Clara Vidal Thomàs.** Enfermera  
Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Bernardino Oliva Fanlo.** Médico de familia  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**María Isabel Picó Payeras.** Trabajadora social  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Aina Maria Piña Nicolau.** Enfermera  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Antònia Roca Casas.** Directora médica de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca  
Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Eva Rodríguez Izquierdo.** Enfermera  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Sebastià Serra Morro.** Médico de familia  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Enrique Torres Rentero.** Enfermero de atención primaria. Área de Salud de Ibiza y Formentera.  
Consejería de Salud

**Victoria Useros Tercero.** Enfermera de equipo de soporte de atención domiciliaria  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

**Silvia Vega García.** Médico de familia  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

Associació Balear d'Esclerosi Múltiple (ABDEM)

Associació Balear d'Infermeria Comunitària (ABIC)

Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC)

## **AUTOR DE LA ILUSTRACIÓN DE LA PORTADA**

**Bartolomé Villalonga Mut.** Enfermero del Centro de Salud Es Blanquer (Inca)  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

## **TRADUCCIÓN Y MAQUETACIÓN**

**Bartomeu Riera Rodríguez.** Asesor lingüístico  
Servicios Centrales del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud

## Tabla de contenidos

1. Introducción .....	7
2. Objetivos del programa.....	12
3. Población diana .....	13
4. Intervenciones y evaluación .....	16
5. Bibliografía .....	22
Anexo 1. Valoración integral y multidisciplinaria .....	25
Anexo 2. Instrumentos de valoración .....	27
Índice de Barthel .....	27
Test de Pfeiffer .....	30
Escala de depresión de Yesavage .....	31
Escala de Downton de riesgo de caídas .....	32
Escala de Braden .....	33
Test de Zarit.....	35
Test de adherencia terapéutica: de Morisky-Green y de Batalla adaptado .....	36
Cuestionario de necesidad de cuidados paliativos (NECPAL) .....	37
Instrumento diagnóstico de complejidad en cuidados paliativos (IDC-Pal).....	39
Anexo 3. Diagnósticos de salud .....	41
Anexo 4. Plan de actuación multidisciplinario según las necesidades detectadas .....	42



# 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un importante aumento de la esperanza de vida en todos los países desarrollados. Concretamente en España, en 2015 se situó en 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres.<sup>1</sup> De hecho, España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, no solo de Europa sino de todo el mundo, ya que actualmente el 18,7 % de la población tiene más de 65 años y el 6 % tiene más 80.<sup>1,2</sup> Según datos del Eurostat, España es el tercer país más viejo del mundo. Las predicciones constatan cómo esta tendencia se mantiene y aumentará en las próximas décadas.<sup>1,2</sup> De acuerdo con las proyecciones más ajustadas del Instituto Nacional de Estadística (INE), el porcentaje de población mayor de 65 años en España llegará al 25,6 % en 2031 y al 34,6 % en 2066, y el porcentaje de población mayor de 80 años alcanzará el 7,95 % en 2031 y el 18 % en 2066.<sup>1</sup>

En las Islas Baleares, igual que en el resto del estado, la previsión de crecimiento sigue la misma tendencia europea.<sup>3</sup> Según datos del INE, la población mayor de 65 años era el 15,4 % en 2016 y aumentará hasta el 21,3 % en 2031, y la población mayor de 80 años era del 4,3 % y aumentará hasta el 6,2 % en 2031.

El descenso de la mortalidad en edades avanzadas es el factor más decisivo del envejecimiento en los últimos años, lo que supone un aumento de la supervivencia en este grupo de edad; es decir, actualmente la población vive más años, en conjunto: en España, la de más de 80 años ha crecido un 3,7 % anual acumulativo, muy superior al crecimiento de la población mayor y al resto.<sup>4</sup> Se observa también en este grupo poblacional mayor prevalencia de las mujeres, el 57 %.<sup>4</sup> Por lo tanto, se observa una feminización del envejecimiento, además del sobre-envejecimiento de la población.<sup>2,4,5</sup>

Si se mantienen las tendencias demográficas actuales, la tasa de dependencia —entendida como el coeficiente entre la población menor de 16 años y mayor de 64 y la población de 16 a 64 años— subiría desde el 53,5 % actual hasta el 62,2 % en 2031, y alcanzaría el 87,7 % en 2066.<sup>4</sup>

Según los datos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia,<sup>6</sup> en el que se recoge el número de personas —tanto niños como adultos— que tienen alguna prestación según el grado de dependencia (de acuerdo con la Ley de promoción de la autonomía y atención en la dependencia), en las Islas Baleares había 11.397 personas con prestaciones en mayo de 2015, de las cuales 7.770 tenían una ayuda económica por cuidados en el ámbito familiar (el 68 % del total de personas con alguna prestación). Y después de este tipo de prestación, las siguientes eran los recursos residenciales (17,8 %) y los centros de día (8,4 %).

El envejecimiento de la población —especialmente el sobre-envejecimiento— lleva inherente el aumento de los problemas de salud crónicos, que en la mayoría de los casos conducen a situaciones de dependencia e incapacidad. Se da un incremento importante de personas con alguna discapacidad entre las mayores de 80 años y entre las mujeres. Hay una relación evidente entre el estado de salud —sobre todo la incidencia de las enfermedades crónicas— y el grado de dependencia.<sup>4,7,8</sup>

Hay que considerar la fragilidad como una situación propia del envejecimiento. El concepto de *fragilidad* se puede definir como 'la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis que se produce en el envejecimiento patológico'.<sup>9</sup> Este concepto no corresponde a ninguna patología concreta ni a un síndrome geriátrico único, sino a características individuales: la edad, vivir solo, la viudedad reciente, los problemas sociales, las hospitalizaciones recientes, las patologías invalidantes y los síndromes geriátricos son componentes que, combinados, forman esta definición multidimensional. Estas características sociales y sanitarias hacen que las personas mayores estén en riesgo de perder autonomía y tengan más probabilidades de ser institucionalizadas y de morir antes.

Por otra parte, los avances tecnológicos de la medicina han permitido detectar, diagnosticar y tratar muchas patologías y han conseguido prolongar la supervivencia. Este fenómeno ha supuesto el incremento del número de personas con alguna enfermedad crónica, no solo en la población adulta y envejecida, sino también en la población infantil.<sup>10</sup>

En conclusión, el envejecimiento demográfico y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas conducen a un aumento considerable del número de personas que sufren una situación de fragilidad, dependencia o discapacidad, lo que repercute en gran manera en los ámbitos familiar, social y económico, y genera una gran necesidad de recursos sanitarios y sociales y, consiguientemente, el aumento de los **cuidados a domicilio**. Para dar respuesta a esta necesidad hay que desarrollar modelos de atención sociosanitaria que fomenten la autonomía y la independencia de los niños y de las personas mayores y que desarrollen estrategias de promoción de la salud y de prevención de la dependencia en las diferentes formas de crecer y envejecer.<sup>8,9,11-13</sup>

Además, hay que tener en cuenta diversos cambios sociodemográficos para lograr una gestión eficaz de los recursos y una atención de calidad: 1) cambio en el modelo tradicional de familia, ya que se ha pasado de una estructura tradicional en que las mujeres cuidaban de los familiares dependientes a una estructura con una considerable proporción de personas dependientes que viven solas y/o con un cuidador formal; 2) mayor movilidad en toda Europa; 3) disminución de las tasas de fecundidad; 4) aumento del número de mujeres en el mercado laboral y persistencia de la falta de implicación de los hombres en la responsabilidad de cuidar, y 5) diversidad multicultural.<sup>14</sup> A estos cambios se añaden la desvalorización social del hecho de cuidar y el impacto de género que sufre el colectivo de personas cuidadoras, que está formado mayoritariamente por mujeres.

Para dar respuesta a las necesidades de la población con pérdida de la autonomía funcional —y por ello candidata a requerir atención domiciliaria— es imprescindible buscar estrategias para estimar dicha población.

En los últimos años se ha asociado la población diana a un porcentaje de población mayor de 65 años —con diferencias importantes según los autores. Desde que la cronicidad se asocia a la multimorbilidad, a la complejidad y a la pérdida de autonomía parece más coherente hablar de población susceptible de recibir atención domiciliaria y gestión de casos para dar respuestas más adecuadas a sus necesidades y para que reciba los recursos más adecuados y de la forma más eficiente.

El programa de gestión de enfermedades crónicas de Kaiser Permanente clasifica la población con enfermedades crónicas en grupos según sus necesidades de atención sanitaria y los objetivos que deben lograrse. El modelo propone intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y la satisfacción de los pacientes y fomentar el uso racional de los recursos.<sup>15</sup> Siguiendo el modelo de Kaiser Permanente, el Sistema Nacional de Salud ha adoptado el modelo de grupos de morbilidad ajustada, que propone estratificar toda la población según el grado de morbilidad y la complejidad del proceso de enfermedad, incluyendo la población sana, con el fin de definir los tipos de intervenciones necesarias y la planificación de los recursos sociosanitarios.<sup>16, 17</sup> Según esta estratificación, el nivel 3 agrupa a las personas con enfermedades crónicas y el nivel 4, a los enfermos con mayor morbilidad y complejidad y las personas más frágiles y dependientes. Por lo tanto, la mayoría de los candidatos a recibir atención domiciliaria se situarían en el vértice del nivel 4 de la estratificación, que corresponde a los pacientes crónicos avanzados (PCA). En las Islas Baleares hay un 4 % de personas con alguna enfermedad crónica altamente compleja. Si nos aproximamos a los datos estratificados en edad pediátrica se observa un 3 % entre la población infantil.

Estos datos muestran una proporción importante de personas con enfermedades crónicas y con mayor riesgo de sufrir pérdida de la capacidad funcional y de hacer un uso intensivo de los recursos sociosanitarios,<sup>18</sup> por lo que la organización de la atención sociosanitaria dirigida a los pacientes crónicos con necesidades y morbilidad altas se sustenta en un modelo de atención sanitaria centrado en la atención primaria y requiere 1) atención integrada y coordinada; 2) atención domiciliaria proactiva y planificada con el fin de mejorar la calidad de vida y evitar la institucionalización, y 3) creación de rutas asistenciales específicas bien diferenciadas del circuito de personas con problemas de salud agudos.<sup>8, 13, 19</sup>

### **Estado actual de la atención domiciliaria**

En nuestro contexto, la atención domiciliaria está enmarcada en la prestación sociosanitaria que recoge el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.<sup>20</sup> La prestación sociosanitaria se define como la atención que “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Asimismo, el Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares<sup>21</sup> reconoce la atención primaria como el agente fundamental de la atención domiciliaria de las personas con enfermedades crónicas y de sus personas cuidadoras.

La atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades de tipo biopsicosocial y de ámbito comunitario que se lleva a cabo a domicilio con la finalidad de valorar, detectar y seguir los problemas de salud y sociales de los pacientes y de su familia para potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida.<sup>22</sup> Se caracteriza porque es una atención longitudinal y continuada susceptible de intervenciones multiprofesionales (médico, enfermero, trabajador social, fisioterapeuta, psicólogo y otros profesionales). La visita domiciliaria es una actividad compleja que requiere establecer una relación de colaboración entre el equipo de salud, los agentes sociales y el grupo familiar que ha de aportar a la familia herramientas para cuidar su propia salud.

Para garantizar una atención domiciliaria de calidad se recomienda lo siguiente:

- El diagnóstico debe tener presente a la persona en conjunto, con una importancia vital de su entorno social y del apoyo familiar.
- Hay que pasar de un abordaje excesivamente reactivo a un abordaje proactivo, basado más en las necesidades que en las demandas.
- Debe asegurarse la atención integral por medio del abordaje multidisciplinario para poder dar una respuesta eficaz a las necesidades de los pacientes y de sus personas cuidadoras. Hay que tener presente el aspecto rehabilitador y de prevención de las complicaciones y de los reingresos innecesarios.
- Hay que considerar a la familia y a las personas cuidadoras como agentes clave en el cuidado de los pacientes crónicos (apoyo, formación, corresponsabilidad). Los pacientes y sus personas cuidadoras deben colaborar en la planificación y el desarrollo del plan de actuación.
- Es necesario asegurar la coordinación entre los proveedores de atención sanitaria y social de los diferentes ámbitos asistenciales.
- La persona cuidadora principal es objeto de la atención sociosanitaria que se presta, y por ello ha de estar incluida en el plan de cuidados.
- Hay que movilizar los recursos disponibles.

Según la bibliografía consultada, la cobertura recomendada oscila entre el 6 % y el 15 %.<sup>22-24</sup> En los últimos años la cobertura de este programa se ha ido reduciendo, mientras que el porcentaje de personas en situación de dependencia ha ido aumentando.<sup>8</sup> Según el Sistema de Información del Servicio de Salud, si la cobertura esperada por este programa en las Islas Baleares tendría que ser del 8% de las personas mayores de 65 años, actualmente se llega solo al 4 %, y con mucha variabilidad entre los diferentes centros de salud. Estos datos muestran que la atención domiciliaria no llega a muchas de las personas que la necesitan.

Para mejorar la calidad de la atención domiciliaria y responder a las necesidades de las personas atendidas desde la atención primaria, además del Programa de atención domiciliaria en el Servicio de Salud de las Islas Baleares y en la propia Gerencia de Atención Primaria se han incorporado mejoras desarrollando diferentes recursos específicos, muy enmarcados en el Proyecto de atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado:<sup>19</sup>

- Equipos de soporte de atención domiciliaria para apoyar a los pacientes con alguna enfermedad crónica avanzada con necesidad de cuidados paliativos, un subgrupo que dada su complejidad requiere recursos específicos avanzados en cuidados paliativos, tanto a domicilio como en el ámbito sociosanitario.
- Equipos de seguimiento asertivo comunitario, que disponen de enfermeros, trabajadores sociales y psiquiatras y se dedican a hacer el seguimiento de las personas con alguna enfermedad mental grave que no están incluidas en la red pública de salud mental a pesar de que sufren un trastorno mental grave.
- Un equipo *concertado* de fisioterapia a domicilio, no gestionado por la atención primaria, que prácticamente da cobertura a toda Mallorca.

- La implementación de la figura de la enfermera gestora de casos en los tres ámbitos asistenciales (hospitales de agudos, hospitales sociosanitarios y atención primaria) en el marco del proyecto “La enfermera gestora de casos: garantía de coordinación y de continuidad asistencial”.<sup>25</sup> Esta figura representa un nuevo recurso que colabora con el equipo de atención primaria para avalar la calidad de los cuidados y asegurar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales con el fin de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con un grado mayor de complejidad o vulnerabilidad. También contribuirá a la captación activa de la población diana para recibir atención domiciliaria.

Así pues, para proporcionar una atención domiciliaria más eficiente es necesario implementar un programa de atención domiciliaria actualizado.

---

## 2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

---

### **Objetivo general**

Ofrecer a las personas que necesitan atención domiciliaria, a su familia y a la persona cuidadora una atención integral y multiprofesional de acuerdo con sus necesidades y respetando su autonomía y sus valores, y dirigida a fomentar el autocuidado y la corresponsabilidad del individuo y de su familia con el fin de mejorar su calidad de vida.

### **Objetivos específicos**

- 1) Identificar las personas tributarias de recibir atención domiciliaria y garantizar que son incluidas en el programa.
- 2) Mantener al máximo la autonomía del paciente y prevenir y retrasar su deterioro funcional y sus comorbilidades.
- 3) Garantizar los cuidados paliativos a todas las personas que sufren una enfermedad crónica avanzada.
- 4) Optimizar el uso de los servicios de los diferentes ámbitos asistenciales.
- 5) Lograr un abordaje integral de los casos con la intervención coordinada de todos los servicios sociosanitarios.
- 6) Ofrecer una atención integral a las personas cuidadoras.
- 7) Detectar las situaciones de problemática social y coordinar la atención con los servicios sociales competentes.
- 8) Promover el trabajo conjunto con las asociaciones de pacientes, los recursos comunitarios y los grupos de ayuda mutua.

## 3. POBLACIÓN DIANA

La población diana de este programa incluye personas que, dada su situación de salud/enfermedad, **tienen dificultades para acceder al centro de salud y pueden beneficiarse de la atención sanitaria a domicilio**. Esta población incluye las personas siguientes:

- Personas con enfermedades crónicas complejas y/o avanzadas.
- Personas que han sufrido un ingreso en un hospital de agudos o sociosanitario y que necesiten continuidad de los cuidados.
- Personas que, dada su fragilidad o sus circunstancias de pérdida funcional, están en riesgo de sufrir caídas u otras complicaciones.
- Todas las personas cuidadoras de los pacientes incluidos en el programa.

### 3.1. Perfiles de la población diana

A continuación describimos el perfil de los grupos principales que forman parte de la población diana.

- **Personas con alguna enfermedad crónica compleja**

Entre las características diferenciales más prevalentes de este grupo de personas, independientemente de su edad, están la presencia de enfermedades crónicas, la polimedicación, el uso intensivo de los servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante el mismo año y la disminución de la autonomía personal de manera temporal o permanente. Además, pueden concurrir factores adicionales, como la edad avanzada, vivir solo o con poco apoyo familiar y episodios de caídas, entre otros.

Se considera **paciente crónico complejo** (PCC) el que presenta estas características:

- 1) Dos enfermedades o más en las condiciones siguientes:<sup>27</sup>
  - *Categoría A*: insuficiencia cardiaca o cardiopatía isquémica con síntomas continuos o agudizaciones frecuentes.
  - *Categoría B*: enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional; vasculitis y conectivopatías; insuficiencia renal crónica.
  - *Categoría C*: limitación crónica del flujo aéreo; asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional; *cor pulmonale* crónico (con síntomas continuos o agudizaciones frecuentes).
  - *Categoría D*: enfermedad inflamatoria crónica intestinal; hepatopatía crónica sintomática o en actividad.
  - *Categoría E*: enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genera discapacidad; puntuación en el índice de Barthel inferior a 60 puntos en situación de estabilidad clínica.

- *Categoría F:* arteriopatía periférica sintomática; diabetes *mellitus* con repercusión visceral diferente a la cardiopatía isquémica; retinopatía proliferativa; albuminuria; accidente cerebrovascular; neuropatía sintomática.
  - *Categoría G:* enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado; enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo; paciente que no requiere tratamiento o medicación que obligue a los servicios de hematología y/o oncología a hacerle un seguimiento.
- 2) Una sola enfermedad crónica con afectación grave e importante de la pérdida funcional y/o cognitiva. Hay que utilizar como factor pronóstico el estado funcional y/o cognitivo entendido como un índice de Barthel  $\leq 60$  y un test de Pfeiffer  $\geq 5$ .

- **Personas con alguna enfermedad crónica avanzada**

Se considera **paciente crónico avanzado** (PCA) el que presenta estas características:

- 1) Criterios de PCC.
- 2) Cuestionario NECPAL CCOMS-ICO® positivo.
- 3) Pacientes que no requieren pruebas diagnósticas sofisticadas ni tratamientos agresivos o invasivos.

Hay que considerar que no todos los PCC son candidatos a recibir atención domiciliaria, pero sí todos los PCA, pues tienen un pronóstico de vida limitado, necesitan atención domiciliaria integral, un abordaje con mirada paliativa que garantice el confort y la mejor calidad de vida y una gestión de casos que asegure la continuidad asistencial. El equipo de atención primaria es referente para el paciente, para su familia y para la persona cuidadora, y para garantizar la mejor atención de estas personas a domicilio.

Para garantizar el confort de un paciente con una enfermedad crónica avanzada hay que medir la complejidad de los cuidados paliativos que necesita con el test IDC-Pal (véase el anexo 2). Si presenta una complejidad alta recomendamos solicitar la intervención de los profesionales expertos en cuidados paliativos de los equipos de soporte de atención domiciliaria de la atención primaria y de las unidades de cuidados paliativos circunscritas al ámbito sociosanitario.

- **Personas cuidadoras**

Las personas identificadas como **cuidadoras principales** también son objeto de este programa y muchos objetivos y actividades van dirigidos a ellas. Se define como *persona cuidadora principal* la que organiza y gestiona los cuidados, habitualmente una persona del entorno familiar, aunque no siempre sea así. Son personas cuidadoras no profesionales, que deben asegurar los cuidados al paciente incluido en el programa. Por motivo de su cometido, la persona cuidadora está sometida a una gran presión y obligada a satisfacer una gran demanda de cuidados, aunque en muchas ocasiones no esté preparada para hacerlo. La percepción de carga que ocasiona el cuidado es tan importante que puede ser el factor predictor de institucionalización más importante que la propia situación de salud del paciente que recibe los cuidados.

El desarrollo del rol de persona cuidadora tiene consecuencias que afectan a su calidad de vida: repercusiones objetivas en su salud física y psíquica, interferencias en su actividad laboral y familiar y en sus actividades de ocio y relaciones sociales. Muy a menudo olvida el cuidado personal y tiene dificultad para hacer los seguimientos que necesita. Por lo tanto, la persona cuidadora debe ser un elemento clave para el buen desarrollo de las intervenciones y debe asegurarse de proteger su propia salud, tanto la física como la emocional.

### **3.2. Criterios de inclusión**

Personas valoradas por un profesional sanitario o social que cumplan los criterios siguientes:

- Pertenecer a unos de los grupos definidos como población diana.
- Tener dificultades temporal o permanentemente para desplazarse al centro de salud, por motivos de salud o por su condición física o por su situación social o del entorno.

### **3.3. Criterios de exclusión**

- Personas que, de acuerdo con la valoración sociosanitaria a domicilio, no cumplen ninguno de los criterios de inclusión y necesitan otro tipo de recurso.
- El hecho de que el paciente y su familia no aceptan la atención domiciliaria.

Si el paciente desea entrar en el programa pero el cuidador no, es necesario priorizar las preferencias del paciente y hacer un análisis de sus razones junto con el trabajador social.

### **3.4. Altas del programa**

- Resolución del motivo por el que el paciente fue incluido en el programa.
- Ingreso en un centro residencial que tenga recursos sanitarios para hacerle el seguimiento.
- Éxito.

### **3.5. Medidas de captación**

- Detección de personas tributarias de atención domiciliaria por parte de todos los profesionales de la atención primaria.
- Captación activa mediante la estratificación de la población según el grado de complejidad.
- Demanda espontánea de atención a domicilio por parte del interesado, de su familia o de la persona cuidadora.
- Detección de personas que, después de una alta hospitalaria, presentan pérdida de autonomía o necesidad de continuidad de los cuidados a domicilio y que probablemente tendrán una cita en el módulo de continuidad asistencial.
- Derivaciones de las enfermeras gestoras de casos del hospital de agudos, del hospital sociosanitario o de la atención primaria, y de servicios específicos (ESAD).
- Detección de casos en los grupos de formación de personas cuidadoras.
- Información suministrada por familiares, vecinos, asociaciones y otros agentes de la comunidad.
- Detección de personas mayores que viven solas o en familia con capacidad limitada de apoyo.
- Detección a partir de los programas sociales de ayuda a domicilio.

## 4. INTERVENCIONES Y EVALUACIÓN

En este apartado presentamos las actividades para cada uno de los objetivos específicos del programa y de qué forma se evaluarán.

### 1. Identificar las personas tributarias de atención domiciliaria y garantizar que son incluidas en el programa

*Intervenciones:*

- Revisar las listas de personas tributarias de atención domiciliaria por medio de los sistemas de información disponibles con el fin de identificar cuáles cumplen los criterios de inclusión.
- Introducir en el programa las personas derivadas por la enfermera gestora de casos.
- Valorar la inclusión en el programa de pacientes crónicos complejos en el momento del alta hospitalaria que sean tributarios de atención domiciliaria.
- Activar la alarma de atención domiciliaria en la historia clínica de las personas incluidas en el programa.
- Activar la alarma de cuidador principal en la historia clínica de las personas cuidadoras.

*Evaluación:*

- Número de personas incluidas en el programa / Población estimada de atención domiciliaria.

### 2. Mantener al máximo la autonomía del paciente, prevenir y retrasar su deterioro funcional y sus comorbilidades

*Intervenciones:*

- Valorar el grado de conocimientos de la persona cuidadora y de la familia del paciente sobre su situación de salud, el pronóstico y la evolución esperada, y facilitar en cada momento la información necesaria en el proceso de adaptación para impulsar la toma de decisiones compartidas.
- Hacer una valoración integral que incluya la valoración clínica, la funcional y la social (véase el anexo 1). Hay que destacar la importancia de valorar la capacidad funcional del paciente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel), las actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton y Brody), el estado cognitivo (test de Pfeiffer) y el estado emocional (escala de depresión de Yesavage) (véase el anexo 2).
- Valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión por medio de la escala de Braden (véase el anexo 2).
- Valorar el riesgo de caídas utilizando la escala de Downton (véase el anexo 2).
- Valorar la vivienda y los riesgos del hogar.

- Asegurar una revisión del estado de salud del paciente incluido en el programa por parte de su médico de familia, con especial atención a la racionalización del tratamiento farmacológico y la adherencia al plan terapéutico, tal como establece la *Guía de recomendaciones para la atención del paciente polimedicado* del Gobierno de las Islas Baleares (véase el anexo 2).
- Desarrollar un plan terapéutico compartido entre los diferentes profesionales, con la participación activa del paciente y de la persona cuidadora principal, con el fin de responder a sus necesidades y las de su familia (véanse los anexos 3 y 4).
- Diseñar un plan de cuidados en el que se identifiquen los problemas y las necesidades del paciente, los diagnósticos, los objetivos asistenciales y las intervenciones necesarias para lograrlos, utilizando clasificaciones estandarizadas de diagnósticos, intervenciones y resultados.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de complicaciones agudas, de reagudizaciones o descompensaciones con la ayuda y el entrenamiento del paciente y de la persona cuidadora principal.
- Facilitar el teléfono de contacto de 24 horas “Salut Respon” (061) para consultas y actuaciones en caso de urgencia.
- Movilizar los recursos de apoyo siempre que la situación clínica del paciente lo requiera, como el ESAD, fisioterapia domiciliaria, hospital de día geriátrico, etc., por medio de los formularios de derivación correspondientes.
- Garantizar el seguimiento del paciente incluido en el programa en un calendario de visitas adecuado, que debe pactarse con el paciente y/o con la persona cuidadora. Además, programar contactos telefónicos para mantener un seguimiento adecuado del caso y apoyar a la persona cuidadora.
- Hacer a una visita de seguimiento siempre después de un alta hospitalaria.
- Contactar con la enfermera gestora de casos comunitaria para incluir el paciente en el programa si el caso lo requiere.
- Diseñar un plan de decisiones anticipadas que recoja las necesidades, los deseos y las decisiones del paciente y de su familia en el proceso al final de la vida.

*Evaluación:*

- Número de personas incluidas en el programa visitadas por la enfermera al año / Número de personas incluidas en el programa.
- Número de personas incluidas en el programa visitadas por el médico al año / Número de personas incluidas en el programa.
- Número de personas incluidas en el programa con valoración integral / Número de personas incluidas en el programa.
- Número de personas incluidas en el programa con valoración de las necesidades básicas / Número de personas incluidas en el programa.
- Número de personas incluidas en el programa con plan de cuidados diseñado (diagnósticos, objetivos e intervenciones) / Número de personas incluidas en el programa.

### **3. Garantizar los cuidados paliativos a todas las personas que sufren una enfermedad crónica avanzada**

*Intervenciones:*

- Identificar las personas que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y/o con necesidad de cuidados paliativos, sean o no por una enfermedad oncológica. Para ello hay que valorar la necesidad de cuidados paliativos por medio del cuestionario NECPAL (anexo 2).
- Activar la alarma de PCA y/o de cuidados paliativos cuando el paciente y su familia acepten entrar en el circuito de atención establecido para este grupo de población.
- Establecer un plan de actuación con una valoración integral, con especial énfasis en el control de los síntomas y del dolor.
- Mantener el apoyo emocional al paciente y a su familia.
- Asegurar una atención adecuada en el proceso de agonía en casa si el paciente y su familia desean que la muerte acontezca en el hogar.
- Asegurar que se cumplan las determinaciones establecidas por el paciente en el documento de voluntades anticipadas, en su caso.
- Contactar con la enfermera gestora de casos comunitaria para incluir el paciente en el programa si el caso lo requiere.
- Contactar con el ESAD si el caso lo requiere. Para ello hay que valorar el grado de complejidad por medio del test IDC-Pal.
- Establecer vías de ingreso si el paciente no desea morir en casa, o si su familia no quiere que muera en casa.
- Garantizar como mínimo una visita o un contacto telefónico a la familia después de la muerte para ofrecerle seguimiento del luto si lo necesita.
- Hacer sesiones clínicas de actualización sobre cuidados paliativos.

*Evaluación:*

- Número de PCA con NECPAL positivo incluidos en el programa / Número de PCA incluidos en el programa.
- Número de sesiones realizadas en el centro de salud sobre cuidados paliativos.

#### 4. Optimizar el uso de los servicios de los diferentes ámbitos asistenciales

*Intervenciones:*

- Asegurar que la persona cuidadora y la familia tienen la capacidad y los recursos para garantizar un seguimiento adecuado del plan de cuidados.
- Utilizar las vías de comunicación disponibles para mantener una atención adecuada por medio de interconsultas telemáticas, agrupación de visitas y pruebas, etc.
- Detectar e incluir personas tributarias de atención sociosanitaria conjunta si la situación clínica del paciente lo requiere, con el fin de evitar lo máximo posible que pasen por los servicios hospitalarios de urgencias.
- Gestionar el transporte sanitario cuando un paciente dependiente lo necesite.
- Pedir colaboración a la enfermera gestora de casos en las situaciones en que el equipo de atención primaria lo requiera para cumplir el objetivo terapéutico.
- Asegurar una visita domiciliaria a todas las personas que tengan un informe de continuidad de cuidados del hospital.
- Hacer un informe de continuidad de cuidados desde la atención primaria en caso de ingreso programado en el hospital.

*Evaluación:*

- Número de personas visitadas a domicilio con cita de continuidad asistencial en la atención primaria / Número de personas con cita de continuidad asistencial en la atención primaria.

#### 5. Lograr un abordaje integral de los casos con la intervención coordinada de todos los servicios sociosanitarios

*Intervenciones:*

- Asegurar que los pacientes incluidos en el programa que necesiten recursos sociales tengan diseñado un plan conjunto de intervención con el trabajador social de referencia.
- Revisar el plan de cuidados y actualizar las intervenciones con el trabajador familiar del servicio de ayuda a domicilio y la enfermera referente al inicio del servicio y cada vez que lo solicite una de las partes.
- Registrar en la historia clínica sanitaria los recursos sociales del paciente (ayuda a domicilio, teleasistencia, comida a domicilio, centro de día, etc.).
- Favorecer la formación de una comisión sociosanitaria con gran número de representantes del ámbito social, sanitario y comunitario:
  - responsable del programa de atención domiciliaria;
  - trabajador social de la atención primaria;
  - enfermera gestora de casos comunitaria;
  - representante de los servicios sociales municipales;
  - representante de la Fundación de Atención a la Dependencia;
  - representante del IMAS;
  - miembro de la comunidad: asociaciones de vecinos y de pacientes, Cruz Roja, voluntariado, etc., con interés en la materia.

*Evaluación:*

- Número de personas incluidas en el programa visitadas por el trabajador social / Número de personas incluidas en el programa.
- Número de personas con registro de recursos sociales / Número de personas incluidas en el programa.

**6. Ofrecer una atención integral a las personas cuidadoras**

*Intervenciones:*

- Identificar y registrar los datos de las personas cuidadoras principales en la historia clínica del paciente.
- Activar la alarma de cuidador principal en la historia clínica de la persona cuidadora.
- Valorar el cansancio de la persona cuidadora por medio del test de Zarit (anexo 2).
- Diseñar un plan de atención de la persona cuidadora principal en caso necesario, que hay que hacer constar en su historia clínica.
- Identificar el impacto de tener a una persona dependiente en el núcleo familiar e identificar los apoyos con que puede contar la persona cuidadora para su cometido. Determinar si hay situaciones familiares que dificulten la labor de la persona cuidadora.
- Valorar y detectar posibles situaciones de violencia de género en el ámbito familiar.
- Mantener informada a la persona cuidadora y a la familia del paciente sobre los recursos sociales disponibles y derivar el caso al trabajador social para que lo valore si hace falta.
- Si es necesario, gestionar las visitas médicas o los seguimientos hospitalarios de la persona cuidadora, si es posible coordinando las visitas al hospital, con el apoyo de la enfermera gestora de casos.
- Ofrecer apoyo psicológico y atención a la persona cuidadora si lo necesita derivándola a recursos propios o concertados.
- Informar a la persona cuidadora sobre los recursos sociales disponibles para apoyarla, con especial mención de los programas de ingreso temporal en una residencia o en un centro de día.
- Asegurar que todas las personas cuidadoras interesadas puedan acceder a la formación de educación grupal para personas cuidadoras.
- Identificar a las personas cuidadoras que tengan interés y disposición para ser cuidadoras expertas e incluirlas en las diferentes acciones formativas.

*Evaluación:*

- Número de personas cuidadoras con la valoración del cansancio que sufren por medio del test de Zarit / Número de personas cuidadoras identificadas.
- Número de actividades de educación grupal para personas cuidadoras.

## **7. Detectar las situaciones de problemática social y coordinar la atención con los servicios sociales competentes**

### *Intervenciones:*

- Identificar las situaciones de problemática social en el domicilio y activar la alarma correspondiente.
- Detectar posibles casos de maltrato al paciente o situaciones de urgencia para hacer una valoración conjunta con el trabajador social y los servicios sociales a fin de gestionar por la vía rápida un recurso adecuado a las necesidades de cada caso.

### *Evaluación:*

- Número de personas con problemática social incluidas en el programa / Número de personas incluidas en el programa.

## **8. Promover el trabajo conjunto con las asociaciones de pacientes, los recursos comunitarios y los grupos de ayuda mutua**

### *Intervenciones:*

- Facilitar información sobre los servicios que ofrecen las principales asociaciones de pacientes de nuestro ámbito geográfico.
- Colaborar en las actividades de apoyo conjuntas que se organicen en el ámbito comunitario.

### *Evaluación:*

- Número de personas con recomendación de los recursos sociales y/o sistemas de apoyo / Número total de personas incluidas en el programa.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Indicadores demográficos básicos* [en línea]. Disponible en: <[www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853](http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2853)> [Consulta: 15 feb 2017].
- 2) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales 2014* [en línea]. Disponible en: <[www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/es](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es)> [Consulta: 15 feb 2017].
- 3) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Proyecciones de población 2016-2031* [en línea]. Disponible en: <[www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob\\_resultados.htm](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 proceso de edición]. 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 n.º 128/2003, de 25 de mayo. Disponible en: <[www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 proceso de edición]. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears. Palma, 2016.
- 26) DIOS GUERRA, Caridad. *Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos* [tesis doctoral]. Córdoba: 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](http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13076399-S300)> [Consulta: 15 feb 2017].

## ANEXOS

Los anexos hacen referencia a la intervención con personas adultas; queda pendiente desarrollar un plan de valoración e intervención para la población pediátrica.

### Anexo 1. Valoración integral y multidisciplinaria

El objetivo principal de la valoración integral es poder diseñar el plan de actuación del paciente y de su familia —es decir, identificar los problemas susceptibles de ser atendidos por los servicios sanitarios y sociales disponibles—, en el cual quedan incluidos el plano específico de cada uno de los profesionales que lo atienden (médico, enfermero y trabajador social) y la coordinación con los servicios sociales, otros recursos comunitarios y otros ámbitos asistenciales.

Hay que incluir las valoraciones clínica, funcional, cognitiva y afectiva, y social, y también la carga y las necesidades de la persona cuidadora principal.

#### Valoración clínica

- Anamnesis y exploración de los órganos y de los aparatos.
- Comorbilidad.
- Valoración de la movilidad: marcha, coordinación, equilibrio, transferencia cama-silla, uso de ayudas técnicas.
- Revisión de la medicación y adherencia al tratamiento farmacológico.
- Control de los síntomas: dolor, disnea, sueño, eliminación, estado cognitivo y estado psicológico.
- Valoración de los factores de riesgo y de los desencadenantes de las agudizaciones.
- Estado nutricional.
- Valoración de la necesidad de cuidados paliativos, si es pertinente, por medio de los cuestionarios NECPAL e IDC-Pal.

#### Valoración funcional

El estado funcional es el indicador más adecuado sobre el estado de salud, y es predictor de la multimorbilidad y del consumo de recursos sociales y sanitarios.

Hay que valorar por medio del índice de Barthel la independencia o la falta de independencia del paciente en estas necesidades básicas: comer y beber, moverse y mantener la postura corporal, eliminación, y vestirse y desvestirse. Hay que completarlo por medio de la escala de Lawton i Brody valorando las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, mantener la casa, comprar, manejo de dinero, uso del transporte y del teléfono.

#### Valoración cognitiva y afectiva

Hay que evaluar el estado de la conciencia, la orientación, la memoria, el lenguaje, la conducta, la atención y la concentración.

Valorar la capacidad cognitiva y perceptiva de estas personas puede ser necesario en muchos casos. La valoración inicial puede hacerse con la ayuda del test de Pfeiffer con el fin de descartar el deterioro cognitivo. No es necesario aplicar esta escala a las personas a quienes ya se haya diagnosticado cualquier tipo de demencia.

Además, hay que tener en cuenta el estado anímico del paciente, y por ello puede ser necesario utilizar la escala de depresión de Yessavage.

### **Valoración por necesidades básicas**

Hay que hacer la valoración por necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Debe tenerse en cuenta esta valoración del estado funcional —tanto física como cognitiva— y aspectos de valoración social. Las necesidades que deben valorarse son estas: respirar, comer y beber, eliminación, movilidad, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura, higiene, evitar peligros, comunicación, valores y creencias, realización, actividades recreativas y aprendizaje.

Hay que explorar la capacidad para el autocuidado, detectar las necesidades de cuidado no cubiertas e identificar los recursos de apoyo necesarios para hacer suplencias.

### **Valoración social**

- Estructura familiar (genograma).
- Integración en el núcleo familiar y en el barrio.
- Disponibilidad de recursos sociosanitarios y económicos.
- Ayuda informal.
- Ayuda formal o institucional (teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, voluntarios y grupos de ayuda mutua, etc.).

### **Valoración del entorno**

- Valoración de los riesgos del hogar.
- Disponibilidad de ayudas técnicas.

### **Valoración de la persona cuidadora**

- Identificación de la persona cuidadora principal.
- Valoración de la carga de la persona cuidadora principal por medio del test de Zarit. Si sale alterado hay que hacer una valoración integral.
- Valoración de los apoyos con que cuenta en el entorno familiar.
- Valoración de la situación familiar, con especial atención a detectar indicios de violencia de género.

## Anexo 2. Instrumentos de valoración

### Índice de Barthel

Valora la autonomía o la capacidad funcional del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con la alimentación, la higiene, vestirse, la eliminación, moverse, etc. Tiempo estimado: 5 minutos.

Alimentación		
Independiente	Come solamente en un tiempo razonable. Es capaz de usar cubiertos si los necesita para cortar alimentos, untar la mantequilla...	10
Necesita ayuda	Necesita ayuda para hacer alguna de las actividades anteriores.	5
Dependiente	Necesita ser alimentado.	0
Higiene		
Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse —incluyendo entrar en la bañera/ducha o salir de ella— y secarse.	5
Dependiente	Necesita algo de ayuda.	0
Vestirse		
Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abotonarse o utilizar cremalleras. Se excluye el uso de sujetador.	10
Necesita ayuda	Necesita ayuda para hacer al menos la mitad de las tareas de este tipo de actividades.	5
Dependiente		0
Arreglarse		
Independiente	Es capaz de lavarse las manos y la cara, peinarse, maquillarse, lavarse los dientes y afeitarse.	5
Dependiente	Necesita algo de ayuda.	0
Deposiciones		
Continencia	Es capaz de controlar las deposiciones e incluso de colocarse un supositorio o un enema.	10
Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para ponerse un supositorio o un enema.	5
Incontinencia		0
Micción		
Continencia	Es capaz de controlar la micción de día y de noche. Es capaz de ocuparse de la sonda y de cambiar la bolsa de la orina.	10
Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no tiene tiempo para llegar al baño o necesita ayuda ocasional para ocuparse de la sonda uretral.	5
Incontinencia		0

**Programa de atención domiciliaria**

<b>Trasladarse de la cama a la butaca o la silla de ruedas</b>		
Independiente	Es capaz de trasladarse con seguridad de la butaca a la cama, tanto con caminador o con silla de ruedas —levantando el reposapiés, cerrando la silla—, y lograr sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama a la butaca.	15
Ayuda mínima	Necesita muy poca ayuda para hacer alguno de los pasos de esta actividad o tienen que supervisarlo físicamente o verbalmente en los diferentes pasos.	10
Mucha ayuda	Necesita mucha ayuda para levantarse de la cama o trasladarse a la butaca. Puede quedarse sentado sin ayuda.	5
Dependiente		0
<b>Deambular</b>		
Independiente	Puede andar 45 metros sin ayuda ni supervisión, espontáneamente o con muletas (no caminador).	15
Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para andar 45 metros. Deambula con caminador.	10
En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con facilidad (girar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.).	5
Dependiente	Anda menos de 45 metros. Si usa silla de ruedas tiene que empujarla otra persona.	0
<b>Subir y bajar escaleras</b>		
Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar muletas o apoyarse en la barandilla.	10
Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.	5
Dependiente		0

<i>Puntuación</i>	<i>Valoración</i>
100	Independiente
95- 60	Dependencia leve
55 - 40	Dependencia moderada
35-20	Dependencia grave
15-0	Dependencia total

### Escala de Lawton & Brody

Valora la capacidad de la persona para hacer las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparación de los alimentos, manejo de dinero, uso del teléfono, tomar fármacos...). Evalúa las actividades más elaboradas, que se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria. Esta escala da mucha importancia a las actividades domésticas; consiguientemente, en nuestro entorno los hombres suelen obtener una puntuación más baja. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios puede influir en la puntuación. Tiempo estimado: 5-10 minutos.

Capacidad para usar el teléfono	- Usa el teléfono por iniciativa propia.	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
	- Es capaz de contestar al teléfono pero no puede marcar.	1
	- No es capaz de usar el teléfono.	0
Hacer compras	- Hace todas las compras necesarias sin ayuda.	1
	- Hace pequeñas compras sin ayuda.	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
	- Es totalmente incapaz de ir a hacer la compra.	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve la comida sin ayuda.	1
	- Prepara la comida, pero no sigue una dieta adecuada.	0
	- Prepara la comida si le dan los ingredientes.	0
	- Necesita que le preparen y le sirvan la comida.	0
Cuidado de la casa	- Mantiene la casa sin ayuda o con ayuda ocasional.	1
	- Hace tareas ligeras: lavar los platos, hacer la cama...	1
	- Hace tareas ligeras pero no mantiene un buen nivel de limpieza.	1
	- Necesita ayuda en todas las tareas domésticas.	1
	- No participa en ninguna tarea doméstica.	0
Lavar la ropa	- Lava la ropa sin ayuda.	1
	- Lava pequeñas prendas sin ayuda.	1
	- Toda la colada tiene que hacerla otra persona.	0
Uso de medios de transporte	- Viaja solamente en transporte público o conduce coche.	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no otro medio de transporte.	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado.	1
	- Solamente coge taxi o va en coche con ayuda de otra persona.	0
	- No viaja.	0
Responsabilidad en cuanto a la medicación	- Toma la medicación a la hora establecida y en la dosis correcta.	1
	- Toma la medicación si le han preparado la dosis.	0
	- No es capaz de administrarse la medicación.	0
Gestión de los asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos sin ayuda.	1
	- Hace las compras del día. Necesita ayuda en los bancos.	1
	- Es incapaz de manejar dinero.	0

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Grave
4-5	Moderada
6-7	Leve
8	Independiente

**Test de Pfeiffer**

Valora algunas funciones relacionadas con la capacidad cognitiva del paciente (memoria a corto y a largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática...). Tiempo estimado: 5 minutos

Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en personas mayores. También puede utilizarse con analfabetos y con personas con deficiencias sensoriales graves. Hay que introducir una corrección según el nivel de escolarización, en virtud de la cual se permite un error más si el paciente no ha recibido educación primaria y un error menos si ha cursado estudios superiores.

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año)	Correcto Incorrecto	0 1
¿Qué día de la semana es hoy?	Correcto Incorrecto	0 1
¿Cuál es el nombre de este lugar?	Correcto Incorrecto	0 1
¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene, la dirección)	Correcto Incorrecto	0 1
¿Qué edad tiene?	Correcto Incorrecto	0 1
¿Dónde ha nacido?	Correcto Incorrecto	0 1
¿Cómo se llama el presidente del Gobierno?	Correcto Incorrecto	0 1
Diga el primer apellido de su madre.	Correcto Incorrecto	0 1
Reste 3 de 20 y siga de tres en tres hasta el final.	Correcto Incorrecto	0 1

Puntuación	Deterioro cognitivo
0-2	Normal
3-4	Leve
5-7	Moderado
8-10	Importante

### Escala de depresión de Yesavage

Es útil para evaluar el estado afectivo de las personas mayores, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. La utilidad máxima radica en el cribado general del paciente mayor (detección) y en el hecho de facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.

¿Está satisfecho/satisfecha con su vida?	Sí No	0 1
¿Ha renunciado a muchas actividades?	Sí No	1 0
¿Siente que su vida está vacía?	Sí No	1 0
¿Se encuentra a menudo aburrido/aburrida?	Sí No	1 0
¿Tiene a menudo buen ánimo?	Sí No	0 1
¿Teme que le pase algo malo?	Sí No	1 0
¿Se siente feliz muchas veces?	Sí No	0 1
¿Se siente a menudo abandonado/abandonada?	Sí No	1 0
¿Prefiere quedarse en casa a salir?	Sí No	1 0
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí No	1 0
¿Piensa que vivir es maravilloso?	Sí No	0 1
¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	Sí No	1 0
¿Se siente lleno/llena de energía?	Sí No	0 1
¿Siente que su situación es desesperada?	Sí No	1 0
¿Piensa que mucha gente está mejor que usted?	Sí No	1 0

Puntuación	Estado
1-5	Normal
6-9	Depresión leve (hay que aplicar DSM IV)
10-15	Depresión establecida (hay que aplicar DSM IV)

**Escala de Downton de riesgo de caídas**

Valora el riesgo del paciente de sufrir caídas con el fin de poder hacer la prevención oportuna.

Caídas previas	Sí	1
	No	0
Medicamentos	Sí	1
	No	0
Tranquilizantes o sedantes	Sí	1
	No	0
Diuréticos	Sí	1
	No	0
Hipotensores (no diuréticos)	Sí	1
	No	0
Antiparkinsonianos	Sí	1
	No	0
Antidepresivos	Sí	1
	No	0
Otros medicamentos	Sí	1
	No	0
Deficiencias sensoriales	Sí	1
	No	0
Alteraciones visuales	Sí	1
	No	0
Alteraciones auditivas	Sí	1
	No	0
Extremidades (ictus, etc.)	Sí	1
	No	0
Estado mental	Confuso	1
	Orientado	0
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con o sin ayuda	1
	Imposible	0

Puntuación	Riesgo
0-2	Sin riesgo alto de sufrir caídas
> 2	Riesgo alto de sufrir caídas

### Escala de Braden

La escala de Braden valora el riesgo de sufrir úlceras por presión. Este riesgo debe evaluarse en todo paciente incluido en el programa de atención domiciliaria. Esta escala incluye las variables siguientes: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y riesgo de lesiones cutáneas. Dependiendo de la puntuación hay que decidir las medidas que deben adoptarse y la frecuencia de la monitorización.

	<i>Percepción sensorial</i>	<i>Exposición a la humedad</i>	<i>Actividad</i>	<i>Movilidad</i>	<i>Nutrición</i>	<i>Riesgo de lesiones cutáneas</i>
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula a menudo	Sin limitaciones	Excelente	

<i>Puntuación</i>	<i>Riesgo</i>
6-12	Riesgo alto: monitorización cada 24 horas
13-14	Riesgo moderado: monitorización cada 72 horas
15-18	Riesgo bajo: monitorización cada semana
19-20	Sin riesgo: monitorización si hay cambios

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DE LA PUNTUACIÓN: 1, 2, 3, 4			
<p><b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar de manera voluntaria a una molestia relacionada con la presión.</p>	<p><b>1.LIMITADA COMPLETAMENTE</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o al estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose); o bien, capacidad limitada para sentir el dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p><b>2.MUY LIMITADA</b> Reacciona solamente ante estímulos dolorosos; no puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación. O bien, presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p><b>3.LIMITADA LIGERAMENTE</b> Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para sentir el dolor o la incomodidad en al menos una de las extremidades.</p>	<p><b>4.SIN LIMITACIONES</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar la capacidad de expresar o sentir el malestar.</p>
<p><b>HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p><b>1.HÚMEDA CONSTANTEMENTE</b> La piel se encuentra expuesta constantemente a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o se gira al paciente.</p>	<p><b>2.HÚMEDA CON FRECUENCIA</b> La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe cambiarse al menos una vez por turno.</p>	<p><b>3.HÚMEDA OCASIONALMENTE</b> La piel está húmeda ocasionalmente, lo cual hace necesario un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p><b>4.HÚMEDA RARAMENTE</b> La piel está seca generalmente; la ropa de cama se cambia según los intervalos fijados para los cambios de rutina.</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física</p>	<p><b>1.ENCAMADO</b> Paciente constantemente encamado.</p>	<p><b>2.EN UNA SILLA</b> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.</p>	<p><b>3.DEAMBULA OCASIONALMENTE</b> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero en distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla o un sillón.</p>	<p><b>4.DEAMBULA FRECUENTEMENTE</b> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las sesiones de paseo.</p>
<p><b>MOVILIDAD</b> Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p><b>1.INMOVIL COMPLETAMENTE</b> Sin ayuda no puede hacer ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p><b>2.MUY LIMITADA</b> Ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí mismo.</p>	<p><b>3.LIMITADA LIGERAMENTE</b> Hace con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí mismo.</p>	<p><b>4.SIN LIMITACIONES</b> Hace con frecuencia importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p><b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos.  NPO: nada por vía oral IV: Vía intravenosa NPT: Nutrición parenteral total</p>	<p><b>1.MUY POBRE</b> Nunca ingiere una comida completa; raramente toma más de 1/3 de cualquier alimento que se le ofrece; diariamente come dos raciones o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos); bebe pocos líquidos; no toma suplementos dietéticos. O bien, está en ayunas y/o con una dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p><b>2.PROBABLEMENTE INADECUADA</b> Raramente hace una comida completa y generalmente ingiere sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen; la ingesta proteica incluye solamente tres raciones de carne o productos lácteos al día; ocasionalmente toma un suplemento dietético. O bien, recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p><b>3.ADECUADA</b> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas; come un total de cuatro raciones al día de proteínas (carne o productos lácteos); ocasionalmente puede rehúsar una comida, pero toma un suplemento dietético si se le ofrece. O bien recibe nutrición por una sonda nasogástrica o por vía parenteral, lo cual cubre la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p><b>4.EXCELENTE</b> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro raciones o más de carne y de productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.</p>
<p><b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS (GRIETAS)</b></p>	<p><b>1.PROBLEMA</b> Requiere una asistencia de moderada a máxima para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Se desliza frecuentemente en la cama o en una silla y necesita recolocarse a menudo con el máximo de ayuda. La espasticidad, las contracturas o la agitación producen un roce casi constante.</p>	<p><b>2.PROBLEMA POTENCIAL</b> Se mueve muy débilmente o requiere asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra las sábanas, la silla, los sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar.</p>	<p><b>3.APARENTEMENTE NO HAY PROBLEMA</b> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene fuerza muscular suficiente para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

### Test de Zarit

Es un cuestionario autoadministrado dirigido a las personas cuidadoras de pacientes dependientes con el fin de valorar la carga provocada por su cometido. Consta de 22 ítems, cada uno de los cuales se puntúa con un gradiente de frecuencia que va desde el valor 0 (nunca) hasta el 4 (casi siempre).

Preguntas	Valor
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?	
¿Piensa que a causa del tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Siente angustia por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado/enfadada cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente a su relación con la familia?	
¿Tiene miedo del futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso/tensa cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado a causa de tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría tener por tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que su vida social ha quedado afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo/incómoda por distanciarse de las amistades para tener que cuidarse a su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera la única persona que puede cuidarlo?	
¿Piensa que no tiene ingresos suficientes para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que empezó la enfermedad de su familiar?	
¿Querría poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso/indecisa sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por cuidar a su familiar?	

Puntuación según la respuesta				
0	1	2	3	4
nunca	casi nunca	algunas veces	bastantes veces	casi siempre

Puntuación	Grado de sobrecarga
≤ 46	Sin sobrecarga
47-55	Sobrecarga leve
≥ 56	Sobrecarga intensa

## Test de adherencia terapéutica: de Morisky-Green y de Batalla adaptado

La valoración de la adherencia se puede hacer de forma directa o indirecta: los métodos directos se basan en determinar los niveles del fármaco, sus metabolitos o algún marcador bioquímico; los indirectos son menos precisos y fiables, pero se utilizan más gracias a su aplicabilidad. Algunos se basan en la entrevista clínica, como el juicio clínico, la evolución clínica, el cumplimiento autocomunicado (cuestionario de Morisky-Green), el conocimiento de la enfermedad (cuestionario de Batalla). Otros métodos se basan en el recuento de los comprimidos, en el registro de dispensaciones en la farmacia, en la asistencia a las citas, etc. Los más utilizados son los siguientes:

### Cuestionario de Morisky-Green

Consiste en cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) que reflejan la conducta del paciente sobre el cumplimiento terapéutico. Las preguntas deben hacerse en medio de la conversación y de forma cordial. Es un método sencillo, breve y que exige pocos requisitos socioculturales para entenderlo. Además, da información sobre las causas del incumplimiento. Si el paciente es no cumplidor es un método fiable, aunque subestima el cumplimiento.

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	0
	No	1
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	1
	No	0
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	0
	No	1
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	0
	No	1

Puntuación	Cumplimiento/incumplimiento
4	Paciente cumplidor
≤ 3	Paciente no cumplidor

### Cuestionario de Batalla adaptado

En la *Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedcados* se sugiere completar el cuestionario de Morisky-Green —que sobreestima el incumplimiento— con el cuestionario de Batalla, diseñado originalmente para la hipertensión y adaptado para cualquier enfermedad crónica, ya que explora los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad. Es un cuestionario de tres preguntas sencillas con el que se analiza el grado de conocimiento sobre su enfermedad. Se asume que a mayor conocimiento, mayor grado de cumplimiento.

¿Es el/la [nombre de la enfermedad] una enfermedad para toda la vida?	Sí	1
	No	0
¿Se puede controlar con dieta y medicación?	Sí	1
	No	0
Mencione dos o más órganos que se pueden dañar sufriendo esta enfermedad.	Sí	1
	No	0

Puntuación	Cumplimiento/incumplimiento
3	Paciente cumplidor
≤ 2	Paciente no cumplidor

## Cuestionario de necesidad de cuidados paliativos (NECPAL)

La intención del instrumento NECPAL CCOMS-ICO® es identificar a las personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida limitado con el objetivo de mejorar activamente la atención que reciben, instaurando de manera gradual y progresiva una visión paliativa, enfocándose en la mejora de la calidad de vida, con una atención integral y centrada en la persona y que responda a todas sus necesidades y que combine una evaluación multidimensional y el inicio de un proceso de planificación de decisiones anticipadas. Consta de estas cuatro preguntas:

### INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.0 2016 ESP

Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	No (+) Si (-)
<b>"Demanda" o "Necesidad"</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo? - Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	Si/no Si/no
<b>Indicadores clínicos generales: 6 meses</b> - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional • Pérdida Peso > 10% - Declive funcional • Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de >2 ABVDs - Declive cognitivo • Deterioro Minimental/Pfeiffer	Si/no Si/no Si/no Si/no
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20	Si/no
<b>Síndromes geriátricos</b>	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	Si/no
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	Si/no
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo Vulnerabilidad social severa	Si/no Si/no
<b>Multi-morbilidad</b>	>2 enfermedades crónicas (de lista de indicadores específicos)	Si/no
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones • > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc)	Si/no
<b>Indicadores específicos</b>	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas • Para ser desarrollados como Anexos	Si/no

**Clasificación:**

**PS:** + "No me sorprendería que..."  
- "Me sorprendería que..."

**NECPAL:** - (negativo) o + (positivo si hay parámetros adicionales) /1+, 2+, 3+, ... ,... ,... 13+

**Codificación y Registro:**

Tienen la utilidad de explicitar en la documentación clínica accesible la condición de "Paciente crónico avanzado"

- **Codificación:** se recomienda utilizar una codificación específica como "Paciente crónico complejo avanzado" diferente de la convencional CIE9, V66.7 (Paciente terminal) o CIE10 Z51.5 (Paciente en servicio de cuidados paliativos)

**- Registro**

**Historia clínica:** Después de la Pregunta Sorpresa, es recomendable explorar los diferentes parámetros, añadiendo N de + en función de los que encontremos positivos

**Historia clínica compartida:** siempre acompañar la codificación y registro de información clínica adicional relevante que describa situación y propuestas ante escenarios previsibles y otros servicios (En Catalunya, PIIC)

- **PS+ = "no me sorprendería que..."**

- **NECPAL + : parámetros asociados (de 1+ hasta 13+)**

### Instrumento diagnóstico de complejidad en cuidados paliativos (IDC-Pal)

Es una herramienta diagnóstica de la complejidad de los pacientes con una enfermedad en la fase avanzada o terminal, que comprende las situaciones o los elementos de complejidad susceptibles de ser identificados después de la valoración unidad-paciente-familia. Consta de 36 elementos agrupados en 3 dimensiones (paciente, familia y organización sanitaria), que se clasifican por los grados "complejidad" (C) o "alta complejidad" (AC). El IDC-Pal en el proceso asistencial integrado de cuidados paliativos orienta en la toma de decisiones para adecuar la intervención de los recursos implicados.

		Elementos	Grado
1 Elementos dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1.a El paciente es un niño o un adolescente	AC
		1.1.b El paciente es un profesional sanitario	C
		1.1.c Rol sociofamiliar que ejerce el paciente	C
		1.1.d El paciente presenta una discapacidad física, psíquica o sensorial previa	C
		1.1.e El paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C
		1.1.f Enfermedad mental previa	C
	1.2. Situación clínica	1.2.a Síntomas de difícil control	AC
		1.2.b Síntomas refractarios	AC
		1.2.c Situaciones urgentes en un paciente terminal oncológico	AC
		1.2.d Situación de últimos días de difícil control	AC
		1.2.e Situaciones clínicas secundarias a la progresión tumoral de difícil control	AC
		1.2.f Descompensación aguda en caso de insuficiencia de un órgano en un paciente terminal no oncológico	C
		1.2.g Trastorno cognitivo grave	C
		1.2.h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C
		1.2.i Existencia de comorbilidad de difícil control	C
		1.2.j Síndrome constitucional grave	C
	1.2.k Control clínico difícil a causa de un incumplimiento terapéutico reiterado	C	
	1.3 Situación psicoemocional	1.3.a El paciente presenta riesgo de suicidio	AC
1.3.b El paciente pide adelantar el proceso de muerte		AC	
1.3.c El paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC	
1.3.d Conflicto en la comunicación entre el paciente y su familia		C	
1.3.e Conflicto en la comunicación entre el paciente y el equipo terapéutico		C	
1.3.f El paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C	
2 Elementos dependientes de la familia y del entorno	2.a Ausencia o insuficiencia de apoyo familiar y/o de personas cuidadoras	AC	
	2.b Familiares y/o personas cuidadoras no competentes para el cuidado	AC	
	2.c Familia disfuncional	AC	
	2.d Claudicación familiar	AC	
	2.e Lutos complejos	C	
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC	

**Programa de atención domiciliaria**

<i>Elementos</i>			<i>Grado</i>
3 Elementos dependientes de la organización sanitaria	3.1 Profesional / Equipo	3.1.a Aplicación de sedación paliativa de difícil control	AC
		3.1.b Dificultades para la indicación y/o para el manejo de fármacos	C
		3.1.c Dificultades para la indicación y/o para el control de las intervenciones	C
		3.1.d Limitaciones en la competencia profesional para abordar la situación	C
	3.2 Recursos	3.2.a Dificultades para gestionar las necesidades de técnicas instrumentales y/o de material específico en el domicilio	C
		3.2.b Dificultades para gestionar las necesidades de coordinación o logísticas	C

<i>Situación</i>		<i>Intervención de recursos avanzados/específicos de cuidados paliativos</i>
No compleja	No hay elementos de complejidad ni de alta complejidad	No
Compleja	Hay al menos un elemento de complejidad	Sí o no (a criterio del profesional médico y del resto del equipo)
Altamente compleja	Hay al menos 1 elemento de alta complejidad	Sí

---

## Anexo 3. Diagnósticos de salud

---

### Diagnósticos clínicos

Son los correspondientes a los problemas de salud identificados.

### Diagnósticos enfermeros

Hay que tener en cuenta que en la atención domiciliaria los diagnósticos más prevalentes son los de suplencia total o parcial (alimentación, movilización, seguridad, eliminación, vestirse e higiene), además de los de independencia.

Los diagnósticos más frecuentes son estos:

- Deterioro de la movilidad física.
- Cansancio del rol de cuidador o riesgo de cansancio del rol de cuidador.\*
- Baja autoestima situacional.
- Déficit de actividades recreativas.
- Interrupción de los procesos familiares.
- Control efectivo o inefectivo del régimen terapéutico.
- Riesgo de lesión.
- Riesgo de soledad.
- Conocimientos deficientes.

\* Este diagnóstico debe constar tanto en la historia del paciente como en la historia de la persona cuidadora, ya que se considera que repercute en los cuidados recibidos y, consiguientemente, en el plan que se vaya a diseñar.

### Diagnósticos sociales

Son los correspondientes a los problemas o a las necesidades sociales identificados.

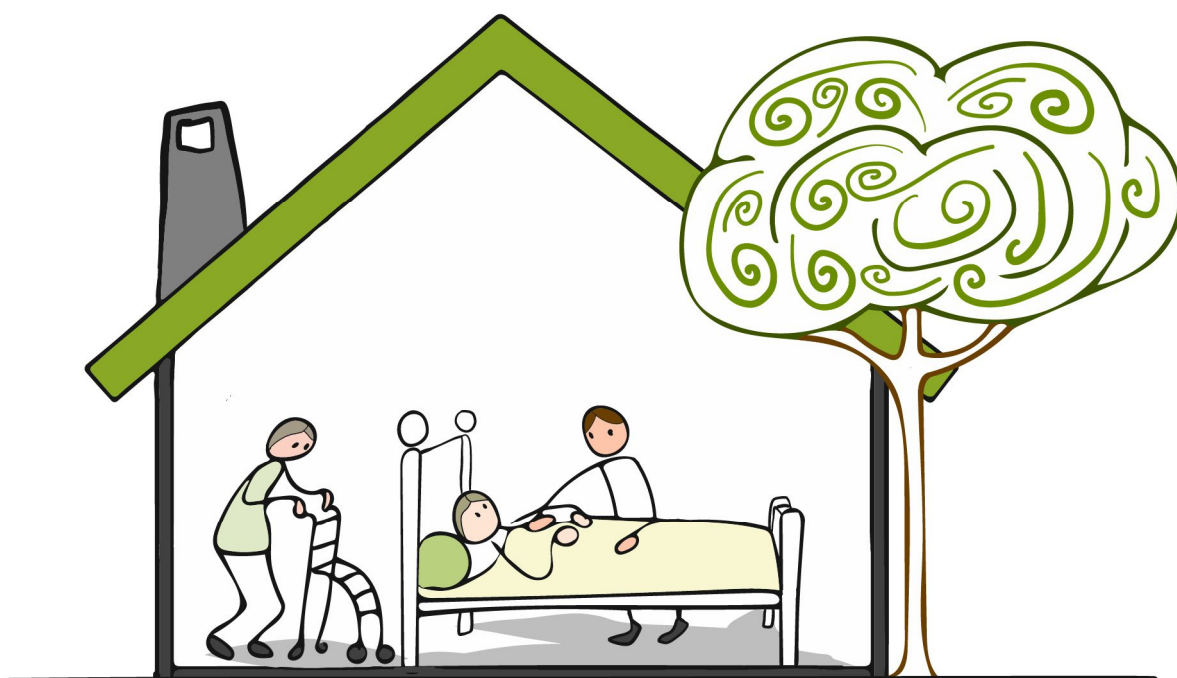
---

## **Anexo 4. Plan de actuación multidisciplinario según las necesidades detectadas**

---

- Actividades preventivas según el grupo de riesgo: vacunaciones, prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovascular...
- Detección precoz, tratamiento y seguimiento de patologías crónicas. Monitorización y control de los síntomas.
- Plan de cuidados de enfermería estructurado con NOC y NIC.
- Plan de actuación de la persona cuidadora.
- Plan de atención social, facilitando los recursos sociales y comunitarios que puedan mejorar las condiciones y la socialización de los pacientes y de sus familiares: centros de día, ayudas para la dependencia, programas de mejora de la dependencia de entidades determinadas...
- En cualquier plan de atención hay que considerar prioritario potenciar la autonomía del paciente lo máximo posible.





# Atenció Domiciliària