

Tema 3

Cuidados generales en atención domiciliaria

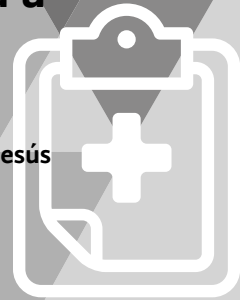
Cuidados en
**Atención
Domiciliaria**

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA



3.7 Atención comunitaria y domiciliaria a pacientes crónicos complejos

Autores: José M^a Rumbo Prieto; Juan Santiago Cortizas Rey, Francisco Jesús Represas Carrera



INTRODUCCIÓN

Uno de las prioridades más importantes que afronta en la actualidad los servicios de salud y de protección social es la atención a las personas con problemas o enfermedades crónicas (EC). La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a las EC como aquellas enfermedades que presentan una larga duración, por lo general de progresión lenta y consideradas como enfermedades no transmisibles (ENT) ⁽¹⁾.

España es uno de los países con la población más envejecida a nivel mundial y por consecuencia con un mayor número de personas con EC en situación de dependencia, plurimorbilidad y polimedicadas. Se estima que la prevalencia de atención a la cronicidad afecta al 1,4% de población general y al 5% de mayores de 65 años ⁽²⁾; así mismo, se da una media de 2,8 problemas o EC entre las personas de 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,2 en mayores de 75 años ⁽³⁾.

Según OMS, los EC más prevalentes son las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías e ictus), el cáncer, las enfermedades respiratorias (neumopatías crónicas) y la diabetes, consideradas las responsables del 63% de la mortalidad a nivel mundial ⁽¹⁾. Diferentes trabajos de investigación ^(4,5) han puesto de manifiesto que las EC llegan a motivar cerca del 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, generando hasta el 70% del gasto sanitario ⁽³⁾.

El plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 incluye nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y un marco mundial de vigilancia, siendo la “Meta mundial 1” la reducción relativa de la mortalidad general por EC en un 25% en la población de entre 30 y 70 años para el año 2025 (Objetivo 25x25) respecto de 2010 ^(6,7).

Ante este panorama, el abordaje de este tipo de pacientes supone el plantearse un nuevo modelo sanitario distinto al actual ⁽⁸⁾, más proactivo y centrado en una práctica avanzada multidisciplinar ⁽⁹⁾; así como prestar una AD multidimensional basada en el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria, la integración y cooperación entre equipos especializados de atención primaria, equipos gestores de casos, equipos de hospitalización a domicilio y equipos de asistencia paliativa, entre otras alternativas asistenciales.

En por ello, que en este capítulo nos centraremos en describir las características diferenciadoras del paciente crónico complejo, qué modelos o experiencias de atención comunitaria y domiciliaria se han desarrollado desde atención primaria (AP) a pacientes en situación de cronicidad, comorbilidad clínica, psicosocial y pérdida de autonomía; además de indicar que intervenciones de buena práctica se pueden implementar para mejorar los cuidados y la calidad asistencial a este

tipo de pacientes (se excluye la atención oncológica y paliativa que será tratada en otro capítulo aparte).

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CRÓNICOS.

Según la OMS la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales ⁽¹⁰⁾. Dicho de otra forma, la atención domiciliaria es “un tipo de asistencia o cuidados que se presta en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud” ⁽¹¹⁾.

El abordaje de las EC tiene un patrón común, son de larga duración y producen un deterioro gradual y progresivo, potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes que la padecen. Su etiología es multicausal y compleja, lo que hace que su pico de prevalencia se dé mayoritariamente en edades avanzadas; y debido a su situación de dependencia, hace que su manejo desde atención primaria sea principalmente de soporte, acompañamiento, capacitación y empoderamiento del paciente y familia, siendo los equipos de profesionales de atención primaria los referentes clave para gestionar la atención de la denominada “cronicidad”, garantizando la continuidad de los cuidados ⁽¹²⁾.

El equipo de atención primaria (EAP), formado por profesionales médicos y de enfermería de familia y comunitaria (en colaboración con otros profesionales como personal administrativo, trabajadores sociales...), suele estar capacitado para asumir el reto de ofrecer una AD longitudinal, individual e integral a los pacientes crónicos, inmovilizados y en situación terminal. Son profesionales capaces de atender los aspectos clínicos y psicosociales convencionales de los procesos crónicos y, a la vez, dar respuesta a los problemas familiares, en su doble vertiente: incluir a la familia en la adhesión al plan terapéutico, e identificar como afecta a la organización familiar o cuidador principal o primario de la evolución de la enfermedad crónica.

A diferencia de la AD a demanda a inmovilizados por enfermedad aguda o discapacidad temporal o transitoria, la AD de personas mayores dependientes con EC, suele estar precedida de alta demanda de cuidados continuos y periódicos que suponen una notable carga de trabajo para el EAP. Es por ello, que se hace imprescindible que los profesionales se formen y adquieran las competencias y habilidades necesarias para entender y manejar las situaciones clínicas y fenómenos emocionales (preferentemente negativos) que se producen en el paciente y su entorno familiar y/o social, sin olvidarse de que la familia o el cuidador principal es el principal recurso o instrumento que tiene el EAP para afrontar con éxito la evolución de la EC; por ser éste el máximo apoyo afectivo y emocional del paciente cuya influencia positiva o negativa puede interferir sobre el curso del proceso crónico.

Es por ello que la AD a enfermos crónicos dependientes debe ser una atención centrada en la atención familia-paciente y por lo tanto deberá incluir, al menos, las siguientes actividades ⁽¹¹⁾:

- Diagnóstico del problema clínico, planificación de actividades terapéuticas, control

de la medicación y plan de cuidados individual del paciente.

- Atención a las necesidades holísticas del paciente y la familia siguiendo las fases evolutivas de la enfermedad.
- Detección y análisis del riesgo de sobrecarga de trabajo que sufre la familia o el cuidador principal, las repercusiones sobre su salud y la existencia de problemas socioeconómicos.
- Evaluación de los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Planificar un calendario consensuado para el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.

MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.

La “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” (2012), publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, entiende por paciente crónico complejo aquel que: *“presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.”*⁽¹³⁾

Así mismo, en un consenso de tres sociedades científicas de ámbito familiar y comunitario se identificó como paciente crónico complejo a aquella persona que incluye: *“la presencia de determinadas enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano (por ejemplo, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal), la sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, la polifarmacia, el deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación socio-familiar”*⁽¹⁴⁾.

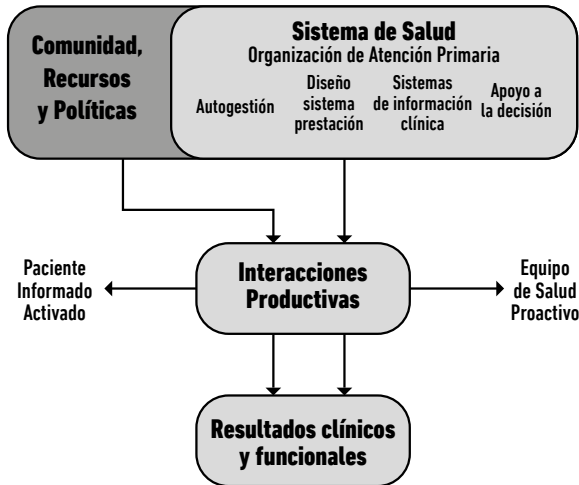


Imagen n°1: Esquema del Chronic Care Model (CCM) (3)

Para abordar la atención crónica domiciliaria y comunitaria de este tipo de pacientes, diferentes países europeos y de Norteamérica han propuesto diferentes modelos asistenciales predictivos y de gestión de casos, siendo los más generalizados el Chronic Care Model (CCM), el Kaiser Permanente (KP), el Guided Care, el PACE

(Program of all-inclusive Care for the Elderly), el GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care Elders), el Evercare, el King's Fund, el Community Matrons y el Expanded Chronic Care Model, entre otros.

En nuestro país, los modelos que más se popularizaron y son todo un referente para las políticas y estrategias de atención al paciente crónico complejo son el CCM⁽¹⁵⁾ y el KP⁽¹⁶⁾. El primero básicamente trata de potenciar la red de servicios sociales y sanitarios local para cubrir necesidades de las personas, planteando como objetivo principal el desarrollar equipos dinámicos multidisciplinares altamente capacitados y pacientes informados y activos; teniendo en cuenta varios elementos clave del SNS y la comunidad (Imagen n°1).

El modelo KP propone una estratificación piramidal de los pacientes en función de sus necesidades (de menor a mayor complejidad) para asignar recursos de forma conveniente (Imagen n°2)⁽¹⁷⁾ destacando, además, el uso nuevas tecnologías para la integración de la atención (soluciones innovadoras); su finalidad es tratar de minimizar los episodios agudos y exacerbaciones de dichas enfermedades crónicas, y como consecuencia las admisiones hospitalarias (coste-beneficio)⁽³⁾.



Imagen n°2: Pirámide de Kaiser. (Fuente: modificado del SCyL) (17)

No obstante, y pese a su popularidad, los citados modelos predictivos, los cuales suelen centrar su atención en las enfermedades y no en personas, todavía no han alcanzado una evidencia significativa en nuestro país; por lo que es necesario seguir investigando sobre su impacto en términos de coste-efectividad y otros aspectos que generan incertidumbre y que deben ser investigados más fondo para obtener evidencias concluyentes para poder implementarlos de manera satisfactoria^(2,3,13,18).

El SNS español a diferencia del estadounidense, canadiense u otros sistemas europeos, cuenta con un modelo de AP dirigido a la persona y a su entorno como “un todo” (atención biopsicosocial). Es por ello, que los programas basados en enfermedades no han demostrado ser útiles para reducir la morbimortalidad, mientras que el modelo de AP bien dirigida, sí ha demostrado que disminuye la carga de enfermedad y es más equitativa⁽¹⁹⁾; así también lo afirma Edward H. Wagner (fundador del modelo CCM): “la Atención Primaria, prestación de atención centrada en la

persona durante un largo período de tiempo, ofrece la mejor posibilidad de observar y gestionar patrones individuales de factores de riesgo de una amplia variedad de enfermedades, a medida que ocurren y evolucionan. La atención de enfermedades crónicas debe ser centrada en la persona y se realiza mejor desde Atención Primaria".⁽²⁰⁾

Así mismo, el cambio estratégico que se está proponiendo para hacer frente a la atención a la cronicidad, mediante experiencias que lleva implementado la creación de nuevas figuras de agentes de salud, principalmente de enfermería, para gestionar dicha cronicidad como son el de "enfermera gestora de casos comunitaria", "enfermera gestora de continuidad", "enfermera de enlace", "enfermera referente", "enfermera consultora" o "enfermera de práctica avanzada"^(2,8,9,21-23). Sin embargo; si miramos de donde surge la idea de crear estas figuras, nos encontramos otra vez, que son modelos importados de países anglosajones cuyo sistema sanitario no tiene nada que ver con el nuestro, que ya contamos con un modelo de AP implementado desde hace muchos años y conocido por los ciudadanos; de hecho, la actual formación de la enfermera de AP como especialista de familia y comunitaria (EFyC), ya cuenta con la formación de práctica avanzada y/o nivel de máster suficiente para ser reconocida como la profesional competente y válido para llevar a cabo la tarea, sin necesidad de crear nuevos agentes de salud para gestionar la atención a la cronicidad⁽¹⁹⁾. Lo que haría falta sería potenciar más la AP hacia la AD de este tipo de pacientes, dimensionando las plantillas (hay un 43% menos enfermeras de media que en Europa)⁽²⁴⁾ para que el 70% del trabajo de AP fuese en el entorno familiar y reducir la "ambulatorización" de los pacientes crónicos hacia los centros de salud; también definir los roles del EAP para actuar más eficientemente, sin necesidad "a priori", de crear estructuras paralelas a la AD que presta AP para integrar la atención a la cronicidad, a no ser que complementen otros servicios más especializados como puede ser la AD al paciente crónico terminal o al final de la vida.

De los modelos de atención a la cronicidad estudiados, el modelo CCM es de gran utilidad como marco teórico en la planificación de la asistencia integral de los pacientes con enfermedades crónicas⁽²⁵⁾ ya que, las intervenciones se pueden categorizar de acuerdo con a las siguientes recomendaciones descritas en la tabla nº1⁽³⁾.

INTERVENCIONES DEL CHRONIC CARE MODEL (CCM)	RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA
Autocuidados	Educación sanitaria y/o apoyo para modificación de hábitos.
Provisión de cuidados	Accesibilidad a cuidados apropiados garantizada las 24 horas del día y los 7 días de la semana, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario.
Apoyo en las decisiones	Uso de guías de práctica clínica y/o guías de expertos o de buena práctica.
Sistema de información clínica	Implantación de un sistema integral y automatizado de registros clínicos, sociosanitarios y de farmacia.

Tabla nº 1: Recomendaciones asociadas con las intervenciones del Chronic Care Model (CCM) (3)

Con el objeto de no centrar el tema en una EC concreta, ya que la bibliografía referenciada en este capítulo recoge varias experiencias de cómo realizar una gestión

de casos de atención a la cronicidad en el EPOC ⁽²⁵⁾ o la Diabetes ⁽³⁾, procederemos a identificar las recomendaciones generales del proceso de intervención para realizar un adecuado abordaje de cuidados y una buena gestión de la patología crónica de manera estandarizada a nivel comunitario y domiciliario ⁽²⁶⁾ (Imagen nº3).

Desde el punto de vista de la evidencia, el modelo de intervención en atención al paciente crónico complejo estaría, por tanto, encaminadas a eliminar o retrasar el inicio de nuevas comorbilidades, enlentecer el ritmo de progresión de la cronicidad y preservar la función o restaurarla en caso de pérdida en la medida de lo posible (Tabla nº2) ⁽²⁷⁾.

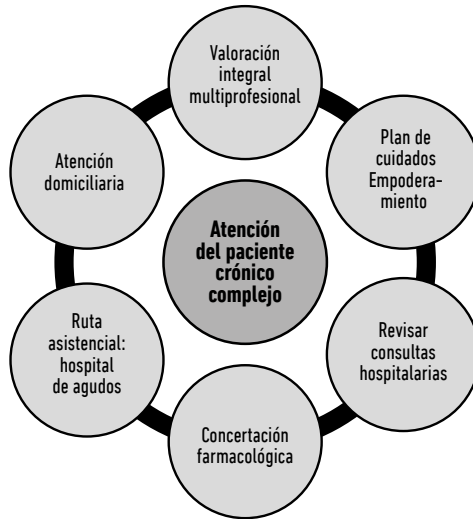


Imagen nº3: Modelo atención al paciente crónico complejo (Fuente: modificado del SSIB) (26)

MODELO DE PROCESO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD	INTERVENCIONES RECOMENDADAS
Proceso proactivo	Actuación preventiva sobre factores de riesgo. Seguimiento planificado y proactivo del paciente crónico.
Resolutividad	Dotación a la Atención Primaria de más recursos y mejores herramientas para la gestión de la cronicidad. Potenciación de roles y equipos orientados a la atención y gestión de la cronicidad.
Enfoque de salud comunitario	Estratificación de la población por niveles de prevención y de riesgo.
Paciente crónico como centro de la atención	Valoración integral y holística del paciente Planificación individual del tratamiento y los cuidados Gestión de casos en lugar de gestión de procesos

Continuidad de cuidados	Integración en Atención Primaria de la atención al paciente crónico y continuidad con el ámbito sociosanitario. Participación activa y coordinada de los diferentes agentes de salud y socio-sanitarios en el proceso de atención a la cronicidad. Implementación de las nuevas tecnologías en la gestión de la atención a pacientes crónicos.
Empoderamiento y autonomía del paciente y cuidador	Capacitación activa del paciente para la autogestión de su patología. Formación del cuidador como agente de soporte y mantenimiento del estado de salud del paciente. Apoyo al cuidador en todo el proceso.

Tabla nº2: Proceso de atención a la cronicidad (Fuente: modificado del SCC) (27)

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

Como ya se dijo, en los últimos años se han desarrollado diferentes intervenciones y modelos para el abordaje de la cronicidad y la gestión de la patología crónica que han demostrado su efectividad, mostrando la posibilidad de mejorar los resultados en distintos niveles como mejoras en la satisfacción de los pacientes y cuidadores (coordinación de cuidados, gestión de casos, telemedicina, paciente activo, empoderamiento), sin embargo no se ha conseguido mejorar en los resultados en salud (disminución de la comorbilidad o el número de muertes) y en la eficiencia (coste-efectivo), exceptuando la intervención de la enfermería de caso ⁽³⁾.

Para realizar una estratificación poblacional e identificar las diferentes necesidades de atención a la cronicidad, el sistema de análisis de morbilidad más recomendado es la Pirámide de Kaiser del modelo KP (imagen nº2) ⁽¹⁷⁾; mediante el cual se puede establecer 4 niveles de categorización de grupos de riesgo clínico CRG (Clinical Risk Groups), tomando como base la severidad que pondera la gravedad de la patología, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo (imagen nº4) ⁽¹⁷⁾.

Se recomienda que para la atención a los pacientes de los niveles 1 y 2 se siga un enfoque de gestión por procesos, empleando los protocolos y guías clínicas de atención predefinidos para las patologías correspondientes (con seguimiento continuo del equipo profesional de AP y empoderamiento del paciente), mientras que la atención a un paciente crónico de alta complejidad (nivel 3), se requiere de un enfoque de gestión de casos y una evaluación integral del estado del paciente en base a los siguientes criterios ⁽²⁷⁾:

- Presencia de pluripatología y/o plurimorbilidad, mediante la aplicación del índice de comorbilidad de Charlson abreviado (≥ 2).
- Presencia de trastorno mental grave.
- Cuantificación de dos o más ingresos en un año por la misma o diferente causa.
- Capacidad funcional limitada, mediante la aplicación del índice de Barthel (< 60).
- Déficit de deterioro cognitivo, según la escala de Pfeiffer (≥ 5).
- Deficientes condiciones sociales, delimitado por la escala de valoración socio familiar de Gijón (≥ 17).

Se propone que a partir de estos criterios se considerará paciente crónico de alta complejidad (nivel 3) aquel que cumpla con el criterio de paciente pluripatológico, multimórbido (Charlson ≥ 2) y, al menos, cumplir otros dos criterios más de los descritos. También, se tendrá en cuenta el uso de polifarmacia y, sobre todo, la utilización de medicamentos de alto riesgo ⁽²⁷⁾.

Objetivo intervención	Ámbito	Niveles de riesgo	Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, Domicilio/ Residencia)	Nivel 3	<ul style="list-style-type: none"> Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos. Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/ comunitario (Protocolo)	Nivel 2	<ul style="list-style-type: none"> Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes con una patología en estado estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/ comunitario (Protocolo)	Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos. Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.
Personas sanas o con procesos agudos no significativos	Atención primaria + domicilio/ comunitario	Nivel 0	<ul style="list-style-type: none"> Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria). Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.

Imagen nº4: Riesgo de cronicidad Kaiser Permanente (Fuente: modificado del SCyL) (17)

Por otro lado, según la bibliografía consultada (3,13, 25-38), se recomienda contar con un proceso normalizado de atención al paciente crónico incluya como mínimo las siguientes fases y sus recomendaciones:

PRIMERA FASE: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE.

Se aplicará una escala validada o consensuada para definir la categorización de acuerdo a su nivel de cronicidad (Pirámide de Kaiser), la cual será validada por los profesionales del equipo de AP. La propuesta inicial es que la enfermería especialista de AP sea el gestor del caso, actuando de manera coordinada con el médico referente del paciente y con el resto del equipo.

SEGUNDA FASE: VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE.

Dicha valoración debe incluir no sólo la dimensión sanitaria, sino también los ámbitos funcional, psicológico, emocional, social, familiar y espiritual. Por este motivo, para la valoración integral del paciente es deseable la participación de diferentes profesionales, siendo una actividad multidisciplinar. Para la valoración de enfermería, el modelo de V. Henderson o el de D. Orem son los más idóneos para elaborar un plan de cuidados basados en la taxonomía internacional NANDA-NOC-NIC. Otros instrumentos y/o escalas usados para la valoración del paciente crónico complejo se resumen en la siguiente tabla (fuente: SSIB) ⁽²⁶⁾:

TERCERA FASE: EMPODERAMIENTO Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

El empoderamiento del paciente (autocuidados, paciente activo) se llevará a cabo en el momento del inicio del tratamiento, tras compartir con él su valoración integral e incorporar sus comentarios, valores, preferencias e intereses. Se valorarán conjuntamente las alternativas de tratamiento y asistencia en sus diferentes dimensiones (holística) y formas de actuación (autocuidados, atención ambulatoria, AD tratamiento farmacológico...), de acuerdo a sus características y nivel de cronicidad, la buena praxis profesional, las evidencias disponibles y sus preferencias individuales. Según las características del paciente, se integrará también el perfil del cuidador en la planificación inicial del tratamiento.

Posteriormente, establecidas el plan de cuidados y tratamiento, se llevará a cabo el seguimiento periódico y/o continuado del paciente y reevaluación según su evolución. En el caso de detectar alguna descompensación significativa (empeoramiento, aparición de nuevos factores de riesgo, etc.), se procederá a la revisión del plan de atención. Igualmente se tendrán en consideración los episodios urgentes que se produzcan fuera del proceso de seguimiento programado, o los ingresos hospitalarios. Para ello es clave la correcta coordinación de acceso de este tipo de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales y optimización de los recursos disponibles para evitar los vacíos asistenciales indeseables y agilizar los procesos (petición de pruebas diagnósticas, ingresos, etc.).

La AD es uno de los puntos clave para lograr una asistencia continuada y de calidad y evitar los ingresos innecesarios ⁽²⁶⁾. El seguimiento deben hacerlo los equipos referentes de la AP por medio de visitas presenciales, programadas o contactos telefónicos periódicos. El paciente debe disponer de un documento en el que se identifiquen los profesionales de referencia, se detalle el plan de visitas a domicilio y un número de teléfono de contacto durante las 24 horas todos los días del año al cual dirigirse en caso de crisis. También, hay que establecer planes de atención compartidos con los dispositivos de atención continuada (061 y/o PAC) que permitan proporcionar una atención proactiva y continuada por la noche y durante los fines de semana y festivos.

Finalmente, Tras la puesta en marcha de todo el modelo de proceso de atención a la cronicidad implantado es necesario y recomendable utilizar la herramienta autoevaluación que ha sido desarrollada y validado en España por la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) y que se denomina IEMAC (Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad) ^(38,39). Dicho instrumento evalúa 6 dimensiones (áreas de actuación), 27 componentes (grupo de intervenciones) y 75 intervenciones (actuaciones concretas de buena práctica que cuentan con evidencia o respaldo suficiente para su implementación). En la tabla nº 4 podemos ver el ejemplo de lo que evalúa la Dimensión 4 “autocuidados”, sus componentes e intervenciones.

Actualmente, el IEMAC ha pasado a comercializarse bajo la denominación IEMAC-ARCHO® y puede ser consultado gratuitamente como aplicación online a través de internet (<http://www.iemac.es>); también cuenta con dos versiones adaptadas para evaluar la atención de la diabetes (IEMAC-Diabetes) y enfermedades musculoesqueléticas como el reuma (IEMAC-Reuma). La autoevaluación con

IEMAC está incluida en el contrato de gestión de Osakidetza (Servicio Vasco de salud) y ha sido utilizada por al menos 13 Servicios autonómicos de Salud (39-42).

Como novedad, los autores del IEMAC también han desarrollado un instrumento de evaluación de la experiencia del paciente crónico (Escala IEXPAC), para conocer la opinión de los pacientes crónicos sobre la atención que reciben por parte de los profesionales, los servicios sanitarios y sociales; la experiencia del paciente es esencial para mejorar la calidad de la atención y para avanzar hacia una atención integrada centrada en el paciente (<http://www.iemac.es/iexpac/>).

GRUPO DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIONES DE BUENA PRÁCTICA
Evaluación del paciente para el autocuidado	Los profesionales, junto con el paciente o su cuidador, llevan a cabo una valoración integral del caso para detectar sus necesidades, actitud y competencia hacia el autocuidado.
Educación terapéutica estructurada	Se realiza educación terapéutica al paciente en todo lo concerniente a su proceso crónico, según programas estructurados. Se proporcionan distintos formatos de educación terapéutica según necesidades y preferencias del paciente: consulta individual, grupal, telefónica, on-line, webs especializadas, talleres, materiales didácticos, etc.
Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo	Se desarrollan las competencias de gestión de los pacientes (resolución de problemas, toma de decisiones, uso adecuado de recursos sanitarios y sociales) para aumentar su motivación y confianza en su capacidad de autocuidado (programas tipo paciente-experto). Se promueve la participación de pacientes y cuidadores en asociaciones, grupos de ayuda mutua, redes sociales y foros de pacientes.
Herramientas para facilitar el autocuidado	El paciente dispone de información escrita útil y comprensible de su plan terapéutico personalizado. El paciente dispone de acceso electrónico seguro a su carpeta personal de salud, que contiene toda la información relevante de su caso. Se utilizan herramientas para el autocuidado (teléfono, control telemático, cartilla del paciente, sistema de alertas, medidores de parámetros biológicos, cuestionarios de autoevaluación, pastilleros y otros) adaptadas al perfil del paciente. Se prescriben programas que promueven la autonomía personal del paciente crónico. (Programas como gimnasia colectiva, deshabituación tabáquica, prevención de caídas, etc.)
Toma de decisiones compartida	El paciente recibe información rigurosa, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados. El paciente participa en la definición de problemas, en el plan de acción para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso.

Tabla nº 4: Intervenciones de la dimensión de autocuidados del Instrumento IEMAC-ARCHO 75[®]

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra (Suiza): OMS; 2017. [Acceso 2017 Dic 14]. Temas de Salud: Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 44-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.001>
3. Marqués ML, Gaztambide S, Arteagoitia ML, Elorriaga A, Muñiz LM, González R, Cortázar A, Quintana B, Santamaría FJ, Illarramendi A. "Batera Zainduz" Aplicación de modelos de gestión de patología crónica en atención primaria, enfocados a la integración de la asistencia. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2013. Informe Osteba D-13-05.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud,

- más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
5. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. "Declaración de Sevilla" conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011; 211(11):604-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2011.09.007>
 6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Monografía online]. Ginebra: OMS; 2013. [Acceso 2017 Dic]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
 7. Quirós RJ, Redondo M, Sánchez S. Mortalidad por Enfermedades Crónicas: Objetivo 25 x 25. *Boletín de informaciones Observatorio de la Salud de Asturias*. 2014; 17: P1-P6.
 8. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 23-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
 9. Sánchez-Martín Cl. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 79-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
 10. Suarez Cuba MA. Atención integral a domicilio. *Rev Méd La Paz* [online]. 2012 [acceso 28/03/2018]; 18(2):0-0. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010
 11. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31(9):587-91.
 12. Gómez-Picar P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 12-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.001>
 13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
 14. Alonso Coello P, Bernabeu Wittel M, Casariego Vales E, Rico Blázquez M, Rotaache del Campo R, Sánchez Gómez S. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Madrid: SEMI, semFYC y FAECAP; 2013.
 15. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
 16. Silvestre AL, Sue VM, Allen JY. If you build it, will they come? The Kaiser Permanente model of online health care. *Send to Health Aff (Millwood)*. 2009; 28(2):334-44. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.2.334>
 17. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León. Castilla y León: Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2016.
 18. Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for trans-forming community services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.
 19. Cimas Hernando JE. Crónicos: ¿con o sin Atención Primaria? *AMF*. 2014; 10(7):362-3.
 20. Wagner EH. Counterpoint: Chronic illness and Primary Care. *Med Care*. 2011; 49(11):973-5. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318233a0d3>
 21. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res*. 2008; 23: 8:193. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-193>
 22. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catà T, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure: The IC-DOM study. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(4):400-8. PMID: 19401125.
 23. Aros-Borau F, López de Aretxaga-Urquiola E, Beistegui-Alejandre I, Oliva P, Torcal-Laguna J, Oyangueren-Artola J, et al. Estudio PROMIC. Programa colaborativo multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes de alto riesgo con insuficiencia cardiaca. Resultados iniciales. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65 Supl3:15.
 24. Miguélez-Chamorroa A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 5-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>
 25. Elozegi E, Begiristain JM, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga MI, Aranegi P, Arriola E, Aiartza A, Clavé E, Goñi Mª J, Orbegozo A. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008. Informe Osteba D-08-05.

26. Albertí Homar F, Miguélez Chamorro A, Moragues Sbert G, Serratusell Sabater E. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado. Consejería de Salud das Illes Balears, Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2017. ISBN: 978-84-697-9175-2.
27. Tristancho Ajamil R, coordinadora. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Madrid: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud; 2015. ISBN: 978-84-606-6986-9.
28. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria; 2015.
29. Torres JJ. Cronicidad. La atención primaria como eje de la atención al paciente pluripatológico. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. La atención primaria de salud en España en 2025, AP-25. Madrid: Organización Médica Colegial (OMC); 2017.
30. Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
31. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implantación. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2016.
32. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Plan de acción personalizado en pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud. Recomendaciones para su elaboración. Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2016.
33. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Logroño: Gobierno de la Rioja, Rioja Salud; 2014.
34. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
35. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2013.
36. Ruiz Sánchez JJ. Propuesta de mejora en la consulta programada y a demanda de enfermería de pacientes crónicos. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0842.php>
37. Lapeña RY, Palmar AM, Martínez-González O, Maciá ML, OrtsMI, Pedraz A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. *Rev ROL Enferm.* 2017;40(2):130-6.
38. Torres M, Fabrellas N, Solá M, Rubio A, Camañes N, Berlanga F. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *Rev ROL Enferm.* 2015; 38(3):202-6.
39. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit.* 2013; 27:128-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012>
40. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Contel JC, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O. Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: a two-year experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. *Int J Integr Care.* 2015; 15:e041. PMID: 27118958.
41. Quesada M, Canet M, Avellana E, Rodríguez S, German F, Balló E. Evaluación de un programa de atención a la cronicidad en Girona (CRONIGICAT). *Aten Primaria* 2014; 46(Supl 3):24-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70062-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70062-9)
42. Toro Polanco N, Berraondo Zabalegui I, Pérez Irazusta I, Nuño Solinís R, Del Río Cámara M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Int J Integr Care.* 2015 Apr-Jun; 15:e026. PMID: 26150764.



AGEFEC
Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria



Cuidados en Atención Domiciliaria

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA
1ª EDICIÓN, 2019

EDITA

©AGEFEC. Asociación Galega de Enfermería de Familia e Comunitaria
Rúa Xosé Chao Rego, 8, Baixo 15705 Santiago de Compostela (España)
<http://www.agefec.org> · +34 981 55 59 20

COORDINACIÓN

Manuel Vidal Fernández Fernández
José María Rumbo Prieto
Ana Isabel Calvo Pérez

REVISIÓN

Dr. Francisco Cegri Lombardo
Vicepresidente da Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN: ReviravoltaDesign - www.reviravoltadesign.com

DEPÓSITO LEGAL: C 1003-2019
ISBN: 978-84-09-12148-9

Reservados todos los derechos de acuerdo con la legislación en vigor.

Cuidados en **Atención Domiciliaria**

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA

COORDINADORES

Manuel Vidal Fernández Fernández

José María Rumbo Prieto

Ana Isabel Calvo Pérez

EDITA



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria



ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	17
JUSTIFICACIÓN	18
ALCANCE Y OBJETIVOS	18
PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	19
TEMA 1	
INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	21
1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.	23
1.2 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA	33
1.3 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EUROPA Y OTROS PAÍSES	39
1.4 DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y AYUDA A DOMICILIO	43
1.5 ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL EN EL DOMICILIO	53
1.6 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS	61
TEMA 2	
ORGANIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	71
2.1 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA	73
2.2 LA COMUNIDAD Y EL VOLUNTARIADO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	83
2.3 LA FAMILIA Y EL CUIDADOR EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	87
2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. PATRONES FUNCIONALES Y TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC	103
2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. PROGRAMA CONECTA 72	115
2.6 REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD	123

TEMA 3**CUIDADOS GENERALES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 141**

- 3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUTOGÉNESIS
EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 143
- 3.2 EMPODERAMIENTO DEL CUIDADOR Y/O FAMILIA EN LOS CUIDADOS
A DOMICILIO 151
- 3.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO 159
- 3.4 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN
DE RIESGO Y/O FRAGILIDAD 179
- 3.5 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS INMOVILIZADAS 189
- 3.6 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON PROBLEMAS
DE SALUD AGUDOS 205
- 3.7 ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA DEL PACIENTE
CRÓNICO COMPLEJO 225
- 3.8 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEMENCIA
Y/O DETERIORO COGNITIVO 237
- 3.9 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS
CON ALTERACIÓN PSÍQUICA
Y/O DE SALUD MENTAL 257
- 3.10 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS
EN SITUACIÓN PALIATIVA 283
- 3.11 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA 299

TEMA 4**PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS
EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 311**

- 4.1 BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS
EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA 313
- 4.2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS GENERALES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
323
- 4.3 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS GENERALES EN
ATENCIÓN DOMICILIARIA 333
- 4.4 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO 355
- 4.5 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS Y
EN SILLA DE RUEDAS 361
- 4.6 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS
ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH) 371

TEMA 5	
ÉTICA Y FORMACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	381
5.1 ASPECTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS DEL SER HUMANO. MODELOS ÉTICOS APLICADOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	383
5.2 FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE PREGRADO Y POSGRADO UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	405
5.3 FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	411
5.4 ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (EFYC)	421
5.5 FORMACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES EN CUIDADOS A DOMICILIO. ESCUELA DE PACIENTES	427
5.6 FORMACIÓN PARA CUIDADORES PROFESIONALES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)	457
TEMA 6	
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	463
6.1 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	465
6.2 PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	489
LISTADO DE REVISORES	499