

CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud

Distrito Sanitario Málaga

GUÍAS DE ACTUACIÓN CLÍNICA

A TENCIÓN

DOMICILIARIA

VERSIÓN OCTUBRE 2006
PRÓXIMA REVISIÓN: MARZO 2008





► Guía de Atención Domiciliaria ◄
Distrito Sanitario Málaga 2006
C/ Sevilla, 23
29009 Málaga
Depósito Legal MA-
ISBN- 84-690-2675-5

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL POR CUALQUIER MEDIO, SIN
AUTORIZACIÓN PREVIA DEL DISTRITO SANITARIO MÁLAGA



2



GUÍA DE
ATENCIÓN
DOMICILIARIA

Guías de Actuación Clínica
Distrito Sanitario Málaga

Índice

Introducción.....	5
Cartera de Servicios.....	9
Atención al alta hospitalaria.....	10
Atención a personas inmovilizadas	11
Atención a cuidadoras.....	12
Atención a personas en situación terminal.....	12
Valoración.....	13
Diagnósticos más frecuentes.....	25
Indicadores de evaluación	28

AUTORES

Dolores Alejandro Mazilli Enfermera CS La Luz	Marina Gómez Arcas Enfermera CS Trinidad
Angela Caravias Aguilar Enfermera Comunitaria de Enlace CS Rincón de la Victoria	Montserrat Molero Llorens Enfermera CS Churriana
M^a Isabel Fernández Vázquez Enfermera Comunitaria de Enlace CS Alameda-Perchel y Victoria	M^a Victoria Muñoz Cansino Enfermera CS Campanillas

REVISORES EXTERNOS

Francisco J Martín Santos Coordinador de Enfermería DS Málaga	Inmaculada Mañas Montero Adjunta de Enfermería CS Ciudad Jardín
Juan Carlos Morilla Herrera Director Unidad Residencias DS Málaga	Remedios Reina Campos Enfermera de Enlace CS Huelin
Magdalena Cuevas Fernández-Gallego Enfermera de Enlace CS Portada Alta	Juan Blanco Morgado Adjunto a la coordinación de Enfermería DS Málaga

COORDINADOR

José Miguel Morales Asencio
Responsable de Efectividad e Investigación DS Málaga

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociodemográficos, marcados por el envejecimiento poblacional, han convertido nuestra comunidad autónoma y España en general, en escenario inevitable de un crecimiento imparable de la dependencia. En España más de cinco millones de personas presentan algún tipo de discapacidad, de las que casi dos millones tienen más de 65 años¹, siendo Andalucía la segunda comunidad autónoma en números absolutos. Este tipo de personas además, es la que más utiliza los servicios sociales y sanitarios disponibles^{2, 3}. Más del 50% de las estancias hospitalarias corresponden a personas mayores de 65 años, con niveles de dependencia mayores⁴ y tasas de frecuentación y hospitalización por encima de la media⁵, que se traducen en pérdida de funcionalidad, aumento vertiginoso de la probabilidad de muerte intrahospitalaria, de las estancias y los reingresos^{6,7}, así como de la demanda de servicios de Atención Domiciliaria. Es patente la alta necesidad de cuidados de esta población; a modo de ejemplo, en el 57% de los hogares andaluces existe, al menos, una persona que necesita cuidados, y en el 66% de los casos la familia es el único proveedor⁸. A ello, hay que añadirle el descenso de posibilidades de cuidado informal derivado de la incorporación de la mujer al mercado laboral. Justamente cuando para estos últimos la continuidad se está convirtiendo en un valor en alza, dentro del campo de expectativas de la ciudadanía que utiliza los servicios de salud⁹.

En todo este entramado, los servicios enfermeros constituyen una pieza clave para la superación de esos umbrales que parecen insuperables y en ellos reside la potencialidad que de forma persistente se viene refiriendo en múltiples foros. En el caso concreto de la Atención Domiciliaria, las oportunidades de mejora entroncan

directamente con esta necesidad y así, áreas como la incorporación de un sistema de valoración integral multidimensional, las visitas en grupos de riesgo^{10, 11, 12}, la persistencia de un profesional de referencia para la persona y su familia o la mejora de la calidad del alta (entre otras) abarcan un espectro de intervención esencial en estos momentos.

Pero, esta potencialidad actual que surge para la consecución de resultados, puede verse empañada por la variabilidad de la práctica profesional¹³ y, en el entorno de la atención domiciliaria, en el que la atención se produce en una relación muy privada entre la enfermera y la persona, con poca influencia presencial del resto del EBAP en el transcurso de la misma, este efecto de la variabilidad puede tener aún más impacto negativo.

El diseño de estrategias múltiples son las que mayor efectividad han demostrado hasta el momento en la normalización de la práctica y la incorporación de resultados de investigación sólidos a la práctica clínica, mediante la combinación de diversas metodologías, seguidas de la formación activo-participativa, las auditorías y la retroalimentación, en detrimento de las sesiones docentes clásicas o la mera difusión pasiva de información a los profesionales^{14, 15}. Pero, otra de las debilidades de las intervenciones es que muchas de ellas son realizadas de forma heterogénea en cada entorno, con irregularidad en su aplicación o ejecución distinta según quién la realiza. Esta guía intenta responder a todas estas situaciones nuevas, trazando una línea de intervención combinada, junto con actividades formativas específicas, auditoría y retroalimentación, así como la potenciación e implicación de líderes para su disseminación.



Objetivos de la Guía

1. Estructurar y normalizar la valoración de la población diana de la cartera de servicios de Atención Domiciliaria.
2. Aportar parámetros objetivos de valoración para la enfermera comunitaria (ECEs y EFs).
3. Mejorar el potencial de la valoración telefónica inicial en Atención Domiciliaria.
4. Guiar a los profesionales en el juicio diagnóstico sobre respuestas humanas en Atención Domiciliaria.

Destinatarios de la Guía

1. Enfermeras Comunitarias de Enlace.
2. Enfermeras de Familia.



CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

GUÍA DE
ATENCIÓN
DOMICILIARIA

Guías de Actuación Clínica
Distrito Sanitario Málaga

La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, para que se consiga una producción enmarcada en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud. Estos objetivos están recogidos de forma expresa en el *Plan Andaluz de Salud, Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico, Plan de Calidad y Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria*.

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, figura la **Atención Sanitaria a Problemas Específicos, que incluye a su vez:**

- ✓ Atención al alta hospitalaria
- ✓ Atención a personas inmovilizadas
- ✓ Atención a personas en situación terminal
- ✓ Atención de ancianos en riesgo
- ✓ Atención de ancianos residentes en instituciones
- ✓ Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuidadores

De estos servicios, la Cartera de Atención Domiciliaria está compuesta por:

- ✓ Atención al alta hospitalaria
- ✓ Atención a personas inmovilizadas
- ✓ Atención a personas en situación terminal
- ✓ Atención a cuidadoras.
- ✓ Atención de ancianos residentes en instituciones

Comprende la atención sanitaria que se presta de acuerdo con la información clínica sobre necesidades de cuidados domiciliarios de pacientes y cuidadoras/es familiares, al objeto de elaborar un plan de cuidados individualizado para cada uno de las personas necesitadas de los mismos (personas inmovilizadas -fundamentalmente mayores de 65 años o con discapacidad-, personas con alta hospitalaria necesitadas

de cuidados con cierta complejidad, personas con procesos terminales o necesitadas de cuidados paliativos, y personas cuidadas en instituciones residenciales). Los elementos característicos del programa son:

- ✓ Valoración de la situación de los pacientes necesitados de cuidados domiciliarios y de sus cuidadoras/es no profesionales, de cara a la programación de actividades a realizar.
- ✓ Actuación según protocolos establecidos.
- ✓ Seguimiento protocolizado, con pautas actualizadas de actuación y registro en la Historia de Atención Primaria.
- ✓ Existencia en el Centro de un censo de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, mediante fichas o señalización de Historias de Atención Primaria con identificación del profesional responsable

ATENCIÓN AL ALTA HOSPITALARIA

Continuidad de **cuidados en el domicilio** que se oferta por parte del médico general, pediatra y/o enfermera, a personas que tras cursar alta hospitalaria, el Hospital informa sobre las necesidades asistenciales de los mismos.

Este servicio **tiene como objetivo**, fundamentalmente, a personas que mantienen un nivel de dependencia tras el alta hospitalaria que precisa guía y orientación en los cuidados, o bien podrían generar un reingreso hospitalario o una utilización inadecuada de servicios de Urgencia.

En él **se incluye** el contacto con el usuario o familiar, con la finalidad de conocer su situación y concertar una **primera visita domiciliaria**, con la siguiente sistemática:

Tras el contacto con el usuario o familiar, se establecerá un plan de cuidados con **visitas domiciliarias protocolizadas**, según las necesidades de cada caso.

ATENCIÓN A PERSONAS INMOVILIZADAS

Atención sanitaria que se presta **en el domicilio** del usuario, dirigida a personas que, independientemente de la causa, se encuentran en las siguientes situaciones por un tiempo previsiblemente **superior a dos meses**:

- ✓ Personas que se ven obligadas a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.
- ✓ Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales.

El **objetivo** en estos pacientes es favorecer la recuperación de la independencia en aquellas necesidades que conservan algún potencial reforzando y mejorando la fuerza, conocimiento o voluntad. En aquellas necesidades en las que no se pueda intervenir sobre las fuentes de dificultad, se adoptará un objetivo de suplencia, mediante la compensación de las limitaciones para el autocuidado, para permitirles vivir en las mejores condiciones posibles, de acuerdo con su edad y situación de salud.

ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL

Atención sanitaria a domicilio que se oferta a las personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, multisintomática, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y con un **pronóstico de vida inferior a 6 meses**.

El **objetivo** en este grupo es el confort de los pacientes, favoreciendo el respecto a sus valores y voluntades. La atención debe ser integral, cubriendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de la persona. Los instrumentos básicos son el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

ATENCIÓN A CUIDADORAS

Atención integral proporcionada a personas del entorno del paciente que desarrollan el rol de cuidador familiar. Esta atención implica la valoración de necesidades y respuestas humanas, posibles problemas de colaboración que pudieran presentar y la guía y orientación sobre recursos para el cuidado.

El **objetivo** del servicio es atender las necesidades propias de la cuidadora, tanto las derivadas de su condición de cuidadora, como las relativas a sus problemas de salud personales.



13

GUÍA DE
ATENCIÓN
DOMICILIARIA

VALORACIÓN

Guías de Actuación Clínica
Distrito Sanitario Málaga

La identificación de la necesidad de atención domiciliaria a cualquier persona puede ser indicada por la enfermera o el médico de familia¹⁶.

Puede suceder a partir de diversas fuentes y por diferentes caminos, que siempre conducen a una fase de valoración inicial de la población susceptible de recibir atención domiciliaria, que se subdivide en dos subprocesos:

1. Captación y primer contacto
2. Valoración en el domicilio

CAPTACIÓN Y PRIMER CONTACTO

Objetivos

1. Obtener información previa del paciente y su cuidadora acerca del nivel de autonomía, la disponibilidad de recursos y su manejo de la situación.
2. Orientar la valoración focalizada presencial de la visita
3. Ofertar los servicios de atención domiciliaria a población susceptible
4. Determinar el periodo de demora para la primera visita

Límites de entrada

1. Derivación de otro profesional:
 - a. Médico de Familia
 - b. Trabajadora Social
 - c. Enfermera Comunitaria de Enlace
 - d. Unidad de atención al usuario
 - e. Fisioterapeuta
 - f. Terapeuta ocupacional
2. Demanda:
 - a. Cuidadora

- b. A propósito de cualquier otra intervención del Centro de Salud en la que se detecte necesidad de atención domiciliaria
- 3. Remisión de altas hospitalarias
- 4. Derivación por unidad de cuidados paliativos

Límites de salida

- 1. Fallecimiento del paciente y resolución del duelo en la cuidadora
- 2. Cambio del lugar de residencia, con imposibilidad de seguimiento por parte del Distrito Sanitario Málaga (se excluyen las residencias geriátricas que permiten el seguimiento o a través de la Unidad de Residencias del Distrito)^a

Método de recogida de información

Antes de realizar la primera visita, se recabará información clave sobre el paciente y su cuidadora, mediante:

- 1. Consulta de H^a Clínica
- 2. Consulta con otros profesionales que hayan atendido al paciente.
- 3. Llamada telefónica proactiva^b al domicilio del paciente

Mediante esta intervención se analizan dos grandes áreas de información que condicionarán la toma inicial de decisiones de la enfermera:

- ✓ FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE Y NIVEL DE AUTONOMÍA
- ✓ DISPONIBILIDAD Y CAPACIDAD DE EJERCER EL ROL DE LA CUIDADORA

^a En estos casos, se emitirá un informe de continuidad de cuidados por la enfermera de familia al Centro o Institución que acoge al paciente.

^b El carácter de proactiva implica una acción intencional de la enfermera a través de la llamada en una búsqueda estructurada de datos concretos que aporten información clínica sobre el paciente y la cuidadora y, por tanto, no es una llamada telefónica convencional

Para ello, se realizará una entrevista telefónica estructurada que explorará estas áreas apoyándose en instrumentos normalizados de valoración: el **ETER-AD** (Evaluación Telefónica Estructurada de Riesgo en Atención Domiciliaria), que se compone de una valoración de la funcionalidad del paciente, así como de la cuidadora (presencia y afrontamiento de ésta):

1º FUNCIONALIDAD: Índice de Barthel modificado

2º DISPONIBILIDAD DE CUIDADORA: constatación de la existencia de esta figura.

3º Si se constata este último aspecto, se valorarán INDICADORES DE CONDUCTA DE AFRONTAMIENTO DE LA CUIDADORA.

* SI HAY PRESENCIA DE CUALQUIER DISPOSITIVO, TECNOLOGÍA SANITARIA O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERAN LA PRESENCIA DE ENFERMERA, LA VISITA TIENE CARÁCTER NO DEMORABLE (ANTES DE 24H)

		PRESENCIA DE CUIDADORA		
		SÍ		NO
		Preparación de la cuidadora para hacer frente a su rol ^c		
		Efectiva (NOC≥3)	Inefectiva (NOC<3)	
Barthel	≥60	F/a Visita en 1 semana	F/b Visita en 72h	F/N Visita en 72h
	<60	D/a Visita en 1 semana	D/b Visita en 48-72h	D/N Visita en 24h

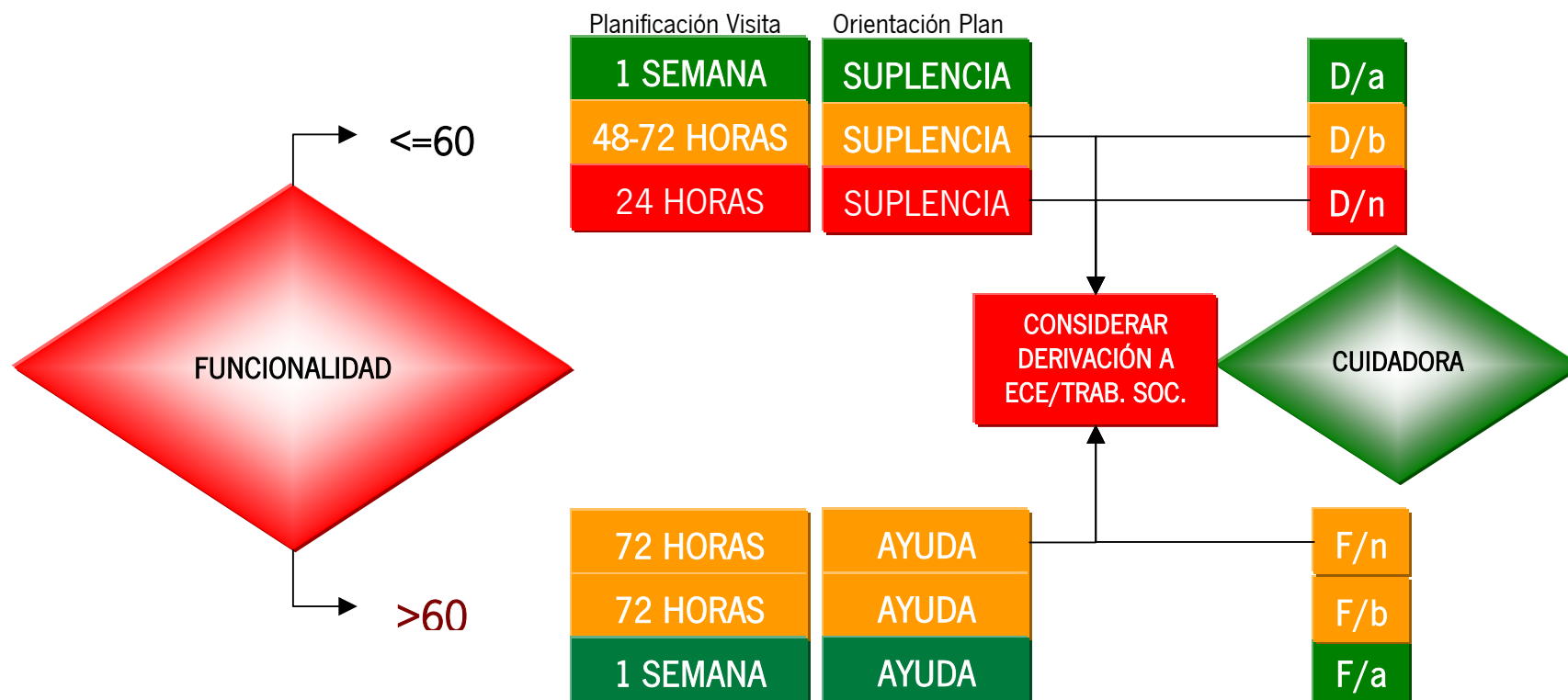
	Potenciación de fuerza, conocimiento o voluntad
	Suplencia

Tabla 1: Situaciones posibles tras la valoración telefónica y períodos máximos de visita domiciliaria.

F	PACIENTE CON CAPACIDAD FUNCIONAL ACEPTABLE: BARTHEL>60
F/a	Con cuidadora, con afrontamiento efectivo (NOCs asociadas ≥ 3) ; se programa la visita domiciliaria como máximo en una semana. A priori, es un paciente en el que se podrá enfocar la atención desde el rol de ayuda, potenciando según esté indicado la fuerza, conocimiento y voluntad, centrándose la intervención enfermera, sobre todo, en actividades de prevención
F/b	Con cuidadora con indicios de afrontamiento inefectivo (NOCs asociadas < 3) . Se programa la visita domiciliaria como máximo a las 72 horas, el enfoque de la atención enfermera inicialmente será desde el rol de ayuda, potenciando, según los casos, la fuerza, el conocimiento y/o la voluntad, en el paciente y cuidadora
F/N	Sin cuidadora. Programación de la visita domiciliaria antes de 72 horas actuando sobre fuerza, conocimiento y/o voluntad, y considerando la derivación a otros miembros del equipo multidisciplinar (enfermera de enlace, trabajadora social)
D	PACIENTE CON CAPACIDAD FUNCIONAL COMPROMETIDA (Barthel <60) (presumible capacidad de autocuidados mermada)
D/a	Con cuidadora con afrontamiento efectivo (NOCs asociadas ≥ 3) ; se programa la visita domiciliaria en plazo de una semana como máximo, orientando la atención hacia el rol de suplencia y valorando actividades de prevención con la cuidadora..
D/b	Con cuidadora con indicios de afrontamiento inefectivo (NOCs asociadas < 3) . Se programa la visita dentro de las 48 a 72 horas y la orientación de la atención se centra en la suplencia con el paciente y ayuda en la cuidadora, considerando la posible necesidad de derivar el caso al equipo multidisciplinar (enfermera de enlace, trabajadora social..)
D/N	Sin cuidadora. Programación de la visita domiciliaria antes de 24 horas, orientando la atención hacia la suplencia y con derivación a otros miembros del equipo multidisciplinar (enfermera de enlace, trabajadora social..)

Tabla 2: Códigos del ETER-AD

^c NOTA: PARA VALORAR ESTA DIMENSIÓN SE UTILIZARÁN VARIOS INDICADORES DE DISTINTAS NOCs, DESCRITOS EN LA TABLA 3.



VALORACIÓN TELEFÓNICA

Para la realización de la llamada, se seguirá un *modelo estructurado de entrevista (ETER-AD)*, que estará guiada por el objetivo de la misma: conseguir recabar información sobre la funcionalidad del paciente y sobre el afrontamiento de la cuidadora.

Para esta entrevista telefónica se deberán guardar una serie de premisas básicas que garanticen una comunicación adecuada, atendiendo a elementos del contexto, el contenido y el receptor del mensaje:

- ▶ Contexto: elegir un sitio adecuado, que garantice intimidad y posibilidad de tomar anotaciones en papel o registrar en DIRAYA.
- ▶ Emisor: la enfermera deberá disponer de un momento en su jornada que le permita realizar esta actividad adecuadamente.
- ▶ Receptor: Deberá adecuarse el lenguaje a la edad, nivel cultural y situación de cada persona.
- ▶ Contenido: Se mantendrá una actitud de escucha activa, no dando nada por supuesto, ni forzando las respuestas con preguntas que inciten a determinadas contestaciones. Para la exploración de necesidades, se utilizarán preguntas estructuradas. Las preguntas-guía de esta entrevista telefónica consistirán en indicadores de etiquetas NOC altamente sensibles a estas áreas:

	INDICADOR	PREGUNTA
250712	SALUD GENERAL PERCIBIDA	SU ESTADO DE SALUD HOY ES, DE 1 A 5...
221002	DOMINIO DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS	¿SABE UD. QUÉ TIENE QUE HACER PARA CUIDAR A..... (MOVERLO, BAÑARLO, MEDICACIÓN...)? INDAGAR SOBRE PRESENCIA DE TECNOLOGÍA SANITARIA EN EL DOMICILIO
221005 221006	APOYO SOCIAL APOYO DEL SISTEMA SANITARIO	¿TIENE ALGUIEN O RECIBE ALGÚN TIPO DE AYUDA PARA CUIDAR A...?
220215	CONFIANZA EN LA CAPACIDAD DE CONTROLAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	¿QUÉ CONFIANZA TIENE UD. EN QUE PODRÁ CONTROLAR LA SITUACIÓN DERIVADA DE CUIDAR A...?

Tabla 3: Indicadores NOC para la valoración telefónica de la preparación de la cuidadora para hacer frente a su rol.

Con el resultado de la entrevista telefónica (ETER-AD) y la valoración de los datos disponibles en la historia clínica del paciente, se concertará una visita en el plazo determinado por la clasificación del tipo de paciente y cuidadora.

VALORACIÓN EN EL DOMICILIO

Tras la recogida de información en la entrevista telefónica y de la historia clínica, la valoración presencial en el domicilio cuenta con datos iniciales muy importantes en la orientación de la misma.

A continuación, se sugieren los parámetros básicos a explorar en cada necesidad, para una buena recogida de datos, independientemente del tipo de paciente. No obstante, para hacer más efectivo este proceso, la valoración deberá ser focalizada en aquellos datos y necesidades más relevantes en función del tipo de paciente que sea (inmovilizado, terminal, alta hospitalaria o cuidadora).

Códigos de color

■ Inmovilizados
 ■ Terminales
 ■ Altas Hospitalarias
 ■ Cuidadoras

					I	T	A	C	CRITERIOS DE RESULTADO	
RESPIRAR										
Patrón respiratorio (frecuencia respiratoria, amplitud de los, movimientos torácicos, regularidad de la respiración)									0403	Estado respiratorio: ventilación
Permeabilidad de la vía aérea (presencia de secreciones, efectividad de la tos y la deglución)									0410	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
Oxigenación y ventilación (coloración de piel y mucosas, presencia de dispositivos...)									0408	Perfusión tisular: pulmonar
ALIMENTARSE E HIDRATARSE										
Capacidad autocuidado para la alimentación									0303	Cuidados personales: comer
Patrón de alimentación (frecuencia, horarios, apetito, tipo de dieta...)										
Estado de dentadura										
Deglución, salivación									1010	Estado de la deglución
Índice de Masa Corporal									1006	Estado nutricional: masa corporal
Estado Nutricional									1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos
Presencia de dispositivos: SNG, gastrostomías										
Náuseas o vómitos									0602	Hidratación
Nivel de hidratación y patrón de ingesta de líquidos										
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA										
Nivel de movilidad									0208	Nivel de movilidad
Patrón y tolerancia a la actividad									0005	Tolerancia a la actividad
ELIMINACIÓN										
Patrón urinario (frecuencia, cantidad, aspecto...)									0500	Continencia intestinal
Patrón fecal (frecuencia, cantidad, aspecto...)										
Presencia de ostomías										
Presencia de drenajes									0502	Continencia urinaria
Nivel de sudoración										

DORMIR Y DESCANSAR

Patrón de sueño	I	T	A	C	0004	Sueño
Efecto del descanso					0003	Descanso

INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS. MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE

Integridad cutánea , Prurito					1101	Integridad tisular; piel y membranas mucosas
Nivel de riesgo de deterioro de la integridad cutánea						
Presencia de catéteres						
Estado de mucosas: oral, vaginal, nasal, ocular						
Heridas					1102	Curación de las heridas
Nivel de perfusión tisular periférica: tº piel, pulsos, color y tropismo, índice tobillo-brazo					0403	Perfusión tisular: periférica
Mapa sensibilidad podológica					0305	Cuidados personales: higiene
Capacidad de autocuidado						
Hábitos higiénicos						
Nivel de higiene						
Accesibilidad al baño						

VESTIRSE Y ARREGLARSE

Capacidad de autocuidado para vestirse y arreglarse					0302	Autocuidado: vestido
---	--	--	--	--	------	----------------------

MANTENER UNA TEMPERATURA ADECUADA

Uso de ropa adecuada					2206	Preparación cuidador familiar
Uso de mecanismos de regulación de la temperatura						

COMUNICARSE Y RELACIONARSE

Barreras a la comunicación (físicas, ligüísticas)					0902	Capacidad de comunicación
Funcionalidad articulación del lenguaje						
Nivel de alerta					0900	Capacidad cognitiva
Función sensorial visual					2404	Función sensitiva: visión
Función sensorial auditiva					2401	Función sensitiva auditiva
Función sensorial táctil					2400	Función sensitiva: cutánea
Función sensorial gustativa					2403	Función sensitiva: gusto y olfato

Guías de Actuación Clínica
Distrito Sanitario Málaga

Imaginaciones sobre la enfermedad o tratamiento	I	T	A	C		
Capacidad percibida para controlar su salud						
Presencia de conflictos internos con sus creencias					2001	Bienestar espiritual
APRENDER						
Interés por su proceso- adherencia					1609	Conducta terapéutica; enfermedad o lesión
Conocimientos sobre su proceso					1609	Conducta terapéutica; enfermedad o lesión
					2202	Preparación del cuidador familiar domiciliario
Conocimientos sobre su tratamiento o régimen terapéutico					1813	Conocimiento; régimen terapéutico
					2202	Preparación del cuidador familiar domiciliario
Función cognitiva					900	Capacidad cognitiva

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, PROBLEMAS DE COLABORACIÓN Y DE AUTONOMÍA MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

INMOVILIZADOS

1. Deterioro de la movilidad física
2. Déficit de autocuidado: baño/higiene
3. Déficit de autocuidado: alimentación
4. Déficit de autocuidado: uso del WC
5. Déficit de autocuidado: vestido
6. Limpieza ineficaz de la vía aérea
7. Riesgo de aspiración
8. Déficit del volumen de líquidos
9. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
10. Deterioro de la integridad cutánea
11. Incontinencia urinaria
12. Estreñimiento
13. Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto
14. Riesgo Sd. Desuso
15. Riesgo de caídas
16. Afrontamiento inefectivo
17. Déficit de actividades recreativas
18. Confusión
19. Aislamiento social
20. Deterioro del patrón de sueño
21. Baja autoestima
22. Conocimientos deficientes
23. Mantenimiento inefectivo de la salud
24. Manejo inefectivo del régimen terapéutico
25. Incumplimiento de tratamiento

TERMINALES

1. Déficit de autocuidado: baño/higiene
2. Déficit de autocuidado: alimentación
3. Déficit de autocuidado: uso del WC
4. Déficit de autocuidado: vestido
5. Limpieza ineficaz de la vía aérea
6. Riesgo de aspiración
7. Déficit del volumen de líquidos
8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
9. Deterioro de la integridad cutánea
10. Deterioro de la mucosa oral
11. Estreñimiento
12. Riesgo de caídas
13. Impotencia
14. Desesperanza
15. Ansiedad ante la muerte
16. Aislamiento social
17. Deterioro del patrón de sueño
18. Dolor

ALTAS HOSPITALARIAS

1. Deterioro de la movilidad física
2. Déficit de autocuidado: baño/higiene
3. Déficit de autocuidado: alimentación
4. Déficit de autocuidado: uso del WC
5. Déficit de autocuidado: vestido
6. Limpieza ineficaz de la vía aérea
7. Déficit del volumen de líquidos
8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
9. Deterioro de la integridad cutánea
10. Incontinencia urinaria
11. Estreñimiento
12. Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto
13. Riesgo de caídas
14. Afrontamiento inefectivo
15. Deterioro del patrón de sueño
16. Conocimientos deficientes
17. Mantenimiento inefectivo de la salud
18. Manejo inefectivo del régimen terapéutico
19. Incumplimiento de tratamiento
20. Desempeño inefectivo del rol
21. Retraso en la recuperación quirúrgica

CUIDADORAS

1. Conocimientos deficientes
2. Afrontamiento familiar comprometido
3. Afrontamiento familiar incapacitante
4. Riesgo de cansancio en el rol de cuidador
5. Cansancio en el rol de cuidador
6. Duelo anticipado
7. Duelo disfuncional
8. Desempeño inefectivo del rol
9. Ansiedad
10. Deterioro del patrón de sueño
11. Mantenimiento inefectivo de la salud
12. Déficit de actividades recreativas
13. Deterioro de la interacción social
14. Fatiga

NOTA: En muchos pacientes, algunos de estos diagnósticos son problemas de autonomía, en función de las fuentes de dificultad y la capacidad de desarrollar acciones para la independencia.



INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador:

Captación de atención domiciliaria

Descripción: analiza el nivel de cobertura de pacientes y cuidadoras en AD, con respecto a los indicadores habituales**FÓRMULA:** n° pacientes captados de cada tipo/ n° pacientes según población**Fuente de datos**

DIRAYA

Indicador:

Demora media de inicio de la atención domiciliaria en altas hospitalarias

Descripción: analiza el lapso de tiempo desde que se recibe el alta hasta que se produce la primera visita**FÓRMULA:** tiempo de primera visita pacientes captados de cada tipo/ n° pacientes captados**Fuente de datos**

DIRAYA

Indicador:

Valor predictivo del ETER-AD

Descripción: analiza la concordancia entre la clasificación establecida por la valoración telefónica estructurada y la establecida una vez que se accede al domicilio**FÓRMULA:** n° pacientes clasificados en cada nivel mediante entrevista telefónica/ n° pacientes clasificados en cada nivel mediante valoración presencial**Fuente de datos**

Auditoría



REFERENCIAS

- 1 INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Avance de resultados. Datos básicos. Madrid: INE 2000.
- 2 Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, et al: Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (Proyecto ANCO). *Atención Primaria* 1997; 20(1): 21-35
- 3 Tonks A. Medicine must change to serve an ageing society. *BMJ* 1999; 319:1450-1.
- 4 Iturria Sierra JA, Márquez Calderón S: Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:281-291
- 5 Suárez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S et al.: Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp de Salud Pública* 2001; 75: 237-248
- 6 Leipzig R. That Was the Year That Was: An Evidence-Based Clinical Geriatrics Update. *J Am Geriatrics Soc* 1998; 46(8):1040-1049
- 7 Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanitaria* 2000; 14(3):203-209
- 8 García Calvente, MM; Gonzalo Jiménez, E; Gutiérrez Cuadra, P; López Fernández, LA; Mateo Rodríguez, I; Millán Carrasco, A. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atenc Primaria* 2000, 26 (3): 139-144
- 9 Gornemann I, Zunzunegui MV: Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanitaria* 2002; 16(2):156-159
- 10 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):1022-1028
- 11 Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al.: Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323:1-9
- 12 Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Siquin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions with older persons: meta-analysis of randomized controlled trials. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 03-05. September 2003.
- 13 Meneu R. Introducción. En: Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. MASSON, Barcelona 2002
- 14 Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 15 The Cochrane Review Group on Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999; 5(1):1-16
- 16 Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias