

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO**

**BIOMEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**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.**

**CARIDAD DIOS GUERRA**

**2014**

TITULO: *Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 ó más años pluripatológicos*

AUTOR: *Caridad Dios Guerra*

---

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2015  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

[www.uco.es/publicaciones](http://www.uco.es/publicaciones)  
[publicaciones@uco.es](mailto:publicaciones@uco.es)

---



# **PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS ENFERMEROS**



## **TESIS DOCTORAL**

**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.**

**STUDY OF THE EFFECT OF PRIMARY HEALTH NURSE'S SCHEDULED AND  
PROTOCOLIZED HOME VISIT OVER AND MORBIDITY ON  
MULTIPATHOLOGICAL PATIENTS OF 65 OR OLDER.**

**CARIDAD DIOS GUERRA**

**2014**



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.

STUDY OF THE EFFECT OF PRIMARY HEALTH NURSE'S SCHEDULED AND  
PROTOCOLIZED HOME VISIT AND MORBIDITY ON MULTIPATHOLOGICAL  
PATIENTS OF 65 OR OLDER.

Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba  
para la obtención del Título de Doctora

Directora: Dra. M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego

Córdoba, España, 2014





**TÍTULO DE LA TESIS:** 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.

**DOCTORANDO/A:** Caridad Dios Guerra

#### **INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS**

La tesis señalada ha supuesto una profundización en la actividad de la enfermera de Atención Primaria con y para el paciente mayor, y en su repercusión. Las conclusiones en ella obtenidas conducen a repensar la vuelta al *Origen de los Cuidados Enfermeros* que decía Collière (1999); cuidados que ella definía como “todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, cuidados, por tanto, que han de dirigirse a todo lo que estimula la vida.

El conocimiento producido se ha difundido en los sigues foros:

#### **Comunicaciones a congresos:**

Dios Guerra C. *“Efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermera de Atención Primaria en personas de 65 y más años Pluripatológicas”*. Comunicación oral en el III Congreso Científico de Investigadores en Formación de la UCO. Córdoba 9-10 Abril 2013.

Dios Guerra C, Rodríguez BorregoM A, Muñoz AlonsoA, Vaquero Abellán M, Ruiz Gándara A, Muñoz Villanueva MC. *“Estudio documental de la atención socio-sanitaria a personas de 65 años y más en Andalucía”*. Comunicación tipo póster electrónico en las VII Jornadas de Salud Pública: Salud en Todas las Políticas, 16-20 Diciembre 2013 en formato virtual.



Dios Guerra C, Muñoz Alonso A, Carmona Torres J M, Ruíz Gándara A, Rodríguez Borrego M A. *“Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural”*. Comunicación en el III Congreso Internacional Virtual de Enfermería Familiar y Comunitaria ASANEC 9-24 junio 2014.

Dios Guerra C, Muñoz Alonso A, Carmona Torres J M, López Soto P, Ruíz Gándara A, Rodríguez Borrego M A. *“La visita domiciliaria de la enfermera de Atención Primaria en personas ancianas”*. Comunicación oral en el I Congreso Internacional de Salud y Envejecimiento. Almería 3 y 4 de Julio de 2014.

Muñoz Alonso A, Dios Guerra C, Rodríguez Borrego M A. *“¿Cuánto cuesta en euros la atención domiciliaria de enfermería, en Andalucía?”*. Comunicación oral en el I Congreso Internacional de Salud y Envejecimiento. Almería 3 y 4 de Julio de 2014.

Carmona Torres J M, Dios Guerra C, López Soto P, Rodríguez Borrego M A. *“La visita domiciliaria de la enfermera de Atención Primaria”*. Comunicación tipo poster en el I Congreso Internacional de Salud y Envejecimiento. Almería 3 y 4 de Julio de 2014.

#### **Publicaciones:**

Dios Guerra C, Vaquero Abellán M, Ruiz Gándara A, Muñoz Villanueva MC, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. Características de la Asistencia Sanitaria a Personas Mayores de 65 años, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, a partir de Fuentes Oficiales. *Evidentia*. 2014; 47.

Dios Guerra C, Carmona Torres JM, Ruíz Gándara A, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento?

Revista Latino-Americana de Enfermagem 2014

Por todo lo expuesto la directora de la tesis refrenda que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y

viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, a 26 de septiembre de 2014

Fdo.: M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego



*A Antonio, Queque y Victoria*



## **AGRADECIMIENTOS:**

Esta tesis doctoral ha sido realizada en una etapa de mi vida bien entrada en la madurez, con una experiencia personal y laboral extensa, donde se da gran valor a los esfuerzos, por el tiempo y las actividades que se dejan de hacer.

Para llegar aquí son muchas las personas que han andado conmigo este camino y me han ido empujando y levantando cuando he tropezado. A todas ellas, desde este apartado, mi más sincero agradecimiento.

Especialmente quisiera mostrar mi gratitud y entrañable cariño a la Dra. M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego, por tener siempre la puerta abierta para resolver dudas, atender quejas y en general, solucionar todo tipo de problemas que han surgido en el desarrollo del trabajo. Para mí no solo ha sido la mejor Directora de Tesis que he podido tener por su capacidad y conocimientos, sino porque me ha demostrado en todo momento que es una amiga a la que siempre podré recurrir, su apoyo constante y la gran confianza que ha depositado en mí han hecho que no abandone.

A la Dra. África Ruiz Gándara por su contribución y asesoramiento estadístico.

A todas las profesionales que han colaborado en la investigación en unos momentos de crisis difíciles, en especial a Inmaculada Olaya, gracias por el esfuerzo.

A mis compañeras de trabajo, por su apoyo y ánimo, en especial a Isabel Enciso, ya jubilada, por su confianza en mí y su contribución a mi crecimiento personal y profesional.

A mis padres, Antonio y Cari, por el esfuerzo que realizaron en su día para que yo llegara hasta aquí.

A mis hermanas, Charo, Asun, Dolores, Antonio, y demás familia, que están siempre ahí para lo que necesite.

Deseo dar las gracias a mi marido, Antonio, por respaldarme siempre en todo lo que hago, por su amor y entrega. También a mis hijos, por la paciencia que han tenido y su ayuda cuando se la he requerido.

A todos los pacientes con los que he trabajado a lo largo de mi vida profesional, sin ellos mi trabajo no tendría sentido.

A la Universidad de Córdoba y al Programa de Doctorado en Biomedicina donde se enmarca esta tesis, que me han dado la oportunidad de crecimiento académico.

**MUCHAS GRACIAS**

## ÍNDICE

Listado de siglas y abreviaturas	23
Índice de tablas	29
Índice de gráficos	35
Resumen	37
Abstract	39
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>41</b>
<b>2. MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>51</b>
2.1. La dependencia en relación a los procesos de envejecimiento	53
2.1.1. Grados de Dependencia	54
2.1.2. Prestaciones de Atención a la Dependencia	54
2.1.2.1. Catálogo de prestaciones	55
2.1.3. Factores con poder predictivo de deterioro, pérdida de funcionalidad y dependencia	57
2.1.4. Personas beneficiarias y prestaciones por dependencia.	57
2.2. El Sistema Sanitario	62
2.3. Atención sociosanitaria al paciente domiciliario	67
2.3.1. Paciente en Atención Domiciliaria	67
2.3.2. Asistencia sociosanitaria en el domicilio	71
2.3.3. Servicios Sanitarios	72
2.3.3.1. Asistencia sanitaria en el domicilio del EBAP	72
2.3.3.2. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y Unidades de Cuidados Paliativos	77
2.3.3.3. Equipos de Asistencia Geriátrica Domiciliaria	78
2.3.3.4. Hospitalización a Domicilio	78
2.3.3.5. Rehabilitación	79



2.3.4.	Servicios Sociales	81
2.3.4.1.	Servicio de Ayuda a domicilio	82
2.3.4.2.	Servicio de Teleasistencia	85
2.3.4.3.	Ayudas Técnica	87
2.3.5.	Institucionalización	88
2.3.5.1.	Servicios de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia	92
2.3.5.2.	Servicios de Centro de Día/ de Noche para Personas Dependientes	93
2.3.5.3.	Servicios de Centro de Día para personas con Discapacidad	95
2.3.5.4.	Viviendas para Mayores	95
2.4.	Visita domiciliaria de la enfermera de Atención Primaria	96
2.4.1.	Introducción	96
2.4.2.	La enfermera de atención primaria	98
2.4.3.	Etapas de la visita domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria	103
2.4.3.1.	Preparación de la visita	103
2.4.3.2.	Presentación en el domicilio	103
2.4.3.3.	Procedimiento. Proceso Enfermero	103
2.4.3.3.1.	Valoración	104
a.	Valoración geriátrica Integral	104
b.	Modelos de valoración de Cuidados	107
	• Virginia Henderson, 14 Necesidades básicas	107
	• Maryorie Gordon, Patrones Funcionales	109
c.	Escalas de Valoración	112
2.4.3.3.2.	Diagnóstico	123
2.4.3.3.3.	Planificación de la atención	123
2.4.3.3.4.	Ejecución de la atención	124
2.4.3.3.5.	Evaluación de la visita	125

2.4.3.3.6.	Registro de la visita	125
2.5.	Cuidados y Cuidadoras	125
2.5.1.	Cuidados Informales	125
2.5.2.	Cuidadoras	128
2.6.	Gasto Sanitario	129
2.7.	Demografía	136
2.7.1.	Población en España y en Andalucía	136
2.7.2.	Mortalidad	139
2.7.2.1.	Tasas de mortalidad en Andalucía y en España en 2010	140
2.7.2.2.	Mortalidad por causas, de 65 y más años en Andalucía en 2010	141
2.7.3.	Esperanza de vida	142
2.7.3.1.	Esperanza de vida en Andalucía en 2009	142
2.8.	Recursos Sociosanitarios	143
2.8.1.	Recursos sanitarios en Andalucía	143
2.8.1.1.	Centros sanitarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía en 2010	144
2.8.1.2.	Número de camas	146
2.8.1.3.	Personal sanitario	146
2.8.1.4.	Presupuesto económico	147
2.8.1.5.	Prestaciones farmacéuticas en Andalucía en 2010	147
2.8.2.	Recursos sociales en Andalucía	148
2.8.2.1.	Servicios de atención residencial en Andalucía	148
2.9.	Cartera de Servicios	154
<b>3.</b>	<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>161</b>
•	Hipótesis	163
•	Objetivos	163
-	Generales	163
-	Específicos	163
<b>4.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>165</b>

4.1	Diseño	167
4.2	Sujetos y ámbito de estudio	167
4.3	Muestra	168
4.4	Variables del estudio	169
4.5	Instrumentos de la recogida de datos	171
4.6	Periodo de recogida de datos	172
4.7	Análisis de los datos	172
4.8	Limitaciones	173
4.9	Consideraciones Éticas	174
4.10	Difusión de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la tesis	174
4.10.1	Comunicaciones a congresos	174
4.10.2	Publicaciones	175
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>177</b>
5.1.	Análisis descriptivo	179
5.1.1.	Sexo	179
5.1.2.	Edad	179
5.1.3.	Patologías	180
5.1.4.	Fármacos	192
5.1.5.	Atención domiciliaria	193
5.1.6.	Recursos sociosanitarios	197
5.1.7.	Tipo de residencia	201
5.1.8.	Cuidador principal	205
5.1.9.	Asistencia a consultas	207
5.1.10.	Instrumentos de valoración enfermera	208
5.1.11.	Coste económico	211
5.1.12.	Diferencias por centros	213
5.2.	Inferencial	216
5.2.1.	Edad	216
5.2.2.	Fármacos	217
5.2.3.	Plan de cuidados	218
5.2.4.	Visita domiciliaria	219
5.2.5.	Tiempo de vida	220

5.2.6.	Tipo de residencia	221
5.2.7.	Recursos sociosanitarios	222
5.2.8.	Patologías	222
<b>6.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>225</b>
6.1.	Características sociodemográficas	230
6.2.	Características clínico-asistenciales	234
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>247</b>
<b>8.</b>	<b>IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>253</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>259</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>291</b>
Anexo 1:	Relación de Actividades y Tareas del Baremo de Valoración a la Dependencia (BVD)	297
Anexo 2:	Hoja autoelaborada de recogida de datos	301
Anexo 3:	Valoración por necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos enfermeros	303
Anexo 4:	Cuestionarios validados de valoración funcional:	313
	• Autonomía para las actividades de la vida diaria (Barthel)	313
	• Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)	316

Anexo 5:	Cuestionarios de valoración riesgo UPP (Norton y Braden):	317
	• Escala de riesgo de UPP (Norton)	317
	• Escala de riesgo de UPP (Braden)	318
Anexo 6:	Cuestionarios de riesgo de caídas:	319
	• Timed Get Up and Go Test	319
	• Escala de valoración del equilibrio y la marcha (Tinetti)	320
	• Escala de riesgo de caídas múltiples	322
Anexo 7:	Cuestionarios de valoración cognitiva:	323
	• Mini Examen Cognoscitivo (MEC)	324
	• Cribado de deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer)	326
	• Cribado de demencias (Test del informador)	328
Anexo 8:	Escalas de valoración afectiva:	331
	• Escala de depresión geriátrica (Test de Yesavage)	331
	• Cribado Ansiedad Depresión (Escala de Goldberg)	332
Anexo 9:	Escala de valoración sociofamiliar	335
Anexo 10:	“Estudio del Efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermera de Atención Primaria en personas de 65 y más años Pluripatológicas” en el III Congreso Científico de Investigadores en Formación de la UCO. Córdoba 9-10 Abril 2013	337
Anexo 11:	“Estudio documental de la atención socio-sanitaria a personas de 65 años y más en Andalucía” tipo póster electrónico en las VII Jornadas de Salud Pública “Salud en Todas las Políticas” 16-20	

	Diciembre 2013 en formato virtual	339
Anexo 12:	“Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural” Comunicación escrita en el 3º Congreso Internacional Virtual ASANEC Enfermería Comunitaria. 9-24 Junio 2014	341
Anexo 13:	“La Visita Domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria en Personas Ancianas”. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	343
Anexo 14:	“Perfil de los Usuarios de Visita Domiciliaria en Atención Primaria”.I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	345
Anexo 15:	“¿Cuánto cuesta en euros la atención domiciliaria de enfermería, en Andalucía?”. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	347
Anexo 16:	Dios Guerra C, Vaquero Abellán M, Ruiz Gándara A, Muñoz Villanueva MC, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. Características de la Asistencia Sanitaria a Personas Mayores de 65 años, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, a partir de Fuentes Oficiales. Evidentia. 2014; 47.	349
Anexo 17:	Dios Guerra C, Carmona Torres JM, Ruíz Gándara A, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento? Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014	351
Anexo 18:	Protocolos de asignación de material de ayuda para los cuidados en el domicilio	353

Anexo 19: Propuesta de Cuaderno de Recogida de Datos de protocolo de  
Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería de  
Atención Primaria (VDPPEAP)

375

## LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

>	Mayor
≥	Mayor o igual
<	Menor
*	Por
€	Euro
<b>ABVD</b>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<b>AD</b>	Atención Domiciliaria.
<b>ACVA</b>	Accidente Cerebro-Vascular Agudo
<b>AE</b>	Atención Especializada.
<b>AIVD</b>	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
<b>AP</b>	Aparatos
<b>A.P.</b>	Atención Primaria
<b>APEAS</b>	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de Salud
<b>Art.</b>	Artículo
<b>ASANEC</b>	Asociación Andaluza de Enfermería Familiar y Comunitaria
<b>ATS</b>	Ayudante Técnico Sanitario.
<b>AVD</b>	Actividades de la vida diaria
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>BOJA</b>	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
<b>BVD</b>	Baremo de Valoración de la Dependencia
<b>C.</b>	Cuidado
<b>CAI</b>	Centros de Asesoramiento e Información



<b>CHARE</b>	Centro Hospitalario de Alta Resolución
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CEAPAT</b>	Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas
<b>CHS</b>	Cardiovascular Health Study.
<b>CIF</b>	Clasificación Internacional de Funcionamiento.
<b>Cm.</b>	Centímetros
<b>C.Ppal</b>	Cuidador Principal
<b>CSHA</b>	Canadian Study of Health and Aging
<b>CSIC</b>	Consejo Superior de Investigación Científica
<b>DAFO</b>	Debilidades Amenazas Fortalezas Oportunidades
<b>Disc.</b>	Discapacidad
<b>DCCU</b>	Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
<b>Desv. Típ</b>	Desviación Típica
<b>EAP</b>	Equipo Atención Primaria
<b>EBAP</b>	Equipo Básico de Atención Primaria
<b>ECG</b>	Electrocardiograma
<b>ECO</b>	Economía
<b>EDAD</b>	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia
<b>Ej.</b>	Ejemplo
<b>EPOC</b>	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
<b>ESAD</b>	Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
<b>ET</b>	Error Típico
<b>Etc.</b>	Etcétera
<b>ETES</b>	Estudio Toledo Envejecimiento Saludable

<b>FC</b>	Frecuencia Cardíaca
<b>FRADEA</b>	Fragilidad y Dependencia en Albacete
<b>GDG</b>	Escala Depresión Geriátrica
<b>GI.</b>	Grados de libertad
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial
<b>ICC</b>	Insuficiencia Cardíaca.
<b>IEA</b>	Instituto Estadística Andalucía
<b>IECA</b>	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.
<b>IM</b>	Intramuscular
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
<b>Ind.</b>	Índice
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>INEBASE</b>	Instituto Nacional de Estadística-Base
<b>INSALUD</b>	Instituto Nacional de la Salud
<b>IV</b>	Intravenosa
<b>IPREM</b>	Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples
<b>ISFAS</b>	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
<b>LAPAD</b>	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia
<b>LOPS</b>	Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias
<b>MEC</b>	Mini Examen Cognoscitivo
<b>MUFACE</b>	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
<b>MUGEJU</b>	Mutualidad General Judicial.
<b>M/P</b>	Mortalidad/Población

<b>NANDA</b>	North América Nursing Diagnosis Association
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>Nº</b>	Número
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>PA</b>	Perímetro Abdominal
<b>PAE</b>	Proceso de Atención de Enfermería
<b>PAPPS</b>	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
<b>Pob.</b>	Población
<b>PC</b>	Plan de Cuidados
<b>PE</b>	Prestación Económica
<b>PIB</b>	Producto Interior Bruto
<b>PREALT</b>	Protocolo de Preparación de Alta Hospitalaria
<b>PREST.</b>	Prestaciones
<b>Psicogeriat.</b>	Psicogeriatría
<b>PVA</b>	Programa de Vacunación Andaluz
<b>SAAD</b>	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
<b>SAD</b>	Servicio de Ayuda a Domicilio.
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud.
<b>SC</b>	Subcutánea
<b>SER</b>	Servicio
<b>SESPAS</b>	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

<b>SICESS</b>	Sistemas de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios.
<b>Sig.</b>	Significación
<b>SIGAP</b>	Sistema de Información para la Gestión de la Atención Primaria
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SPMSQ</b>	Short Portable Mental Status Questionnaire
<b>SSPA</b>	Servicio Sanitario Público de Andalucía
<b>SUH</b>	Servicio de Urgencias Hospitalario
<b>RRA</b>	Reducción Absoluta del Riesgo
<b>RRR</b>	Reducción Relativa del Riesgo
<b>Tra</b>	Temperatura
<b>TA</b>	Tensión Arterial
<b>TBC</b>	Tuberculosis
<b>TBM</b>	Tasa Bruta de Mortalidad
<b>TIN</b>	Test del Informador
<b>UCO</b>	Universidad de Córdoba
<b>UE</b>	Unión Europea.
<b>UED</b>	Unidad de Estancia Diurna
<b>UPP</b>	Úlcera por Presión
<b>VDPE</b>	Visita Domiciliaria Programada de Enfermería
<b>VDPPE</b>	Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería
<b>VGI</b>	Valoración Geriátrica Integral
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>VO</b>	Vía Oral
<b>VR</b>	Vía Rectal

**ZNTS**

Zona con Necesidad de Transformación Social

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Personas beneficiarias y prestaciones por dependencia (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, IMSERSO). Situación a 31 de diciembre de 2011 y 30 de abril de 2014 (sólo a nivel estatal).	59
<b>Tabla 2</b>	Características de los niveles asistenciales. Ministerios de Sanidad y Política Social.	64
<b>Tabla 3</b>	Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (con ayudas), por sexo, 2008.	69
<b>Tabla 4</b>	Consultas de atención domiciliaria por grupo profesional. 2010. Andalucía.	79
<b>Tabla 5</b>	Pacientes de 65 años y más dados de alta en los hospitales del SAS y sexo. Año 2010.	81
<b>Tabla 6</b>	Servicio público de ayuda a domicilio, España y Andalucía. Usuarios atendidos e índice de cobertura. 31 diciembre 2011.	84
<b>Tabla 7</b>	Servicio público de ayuda a domicilio. Otras características.	84
<b>Tabla 8</b>	Servicio público de ayuda a domicilio. España y Andalucía. Horas dispensadas e intensidad horaria.	85
<b>Tabla 9</b>	Precio público del SAD. España y Andalucía. 31/12/211.	85
<b>Tabla 10</b>	Servicio público de teleasistencia en España y Andalucía, número de usuarios atendidos, índice de cobertura (*), perfil usuario y precio unitario 31 de diciembre de 2011.	86
<b>Tabla 11</b>	Centros residenciales en España. Número de usuarios y perfil del usuario. 31 de diciembre de 2011.	91
<b>Tabla 12</b>	Centros de día para personas mayores dependientes en España. Perfil del usuario. 31 de diciembre de 2011.	94
<b>Tabla 13</b>	Centros de día para personas dependientes en España. Coste y financiación de plazas. 31 de diciembre de 2011.	94
<b>Tabla 14</b>	Plazas en centros, viviendas y servicios residenciales.	95
<b>Tabla 15</b>	Necesidades básicas. Modelo Virginia Henderson.	108

---

<b>Tabla 16</b>	Categorías de dependencia escala de Lawton y Brody.	114
<b>Tabla 17</b>	Valores de escala de caídas múltiples.	117
<b>Tabla 18</b>	Gasto sanitario público estatal 2000-2005. Clasificación funcional.	132
<b>Tabla 19</b>	Gasto sanitario público Andalucía 2000-2005. Clasificación funcional.	133
<b>Tabla 20</b>	Desglose del gasto sanitario privado per cápita según la encuesta de presupuestos Familiares. Promedio del periodo 1998-2006.	135
<b>Tabla 21</b>	Población según sexo y grupos de edad 2007.	138
<b>Tabla 22</b>	Evolución de la población mayor. 1991-2007.	138
<b>Tabla 23</b>	Tasas de mortalidad, según sexo y edad, por 100.000 habitantes de cada grupo, 2006.	141
<b>Tabla 24</b>	Mortalidad por causas de 65 y más años en Andalucía Año 2010.	141
<b>Tabla 25</b>	Centros sanitarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía 2010.	145
<b>Tabla 26</b>	Servicios residenciales. Número de plazas y cobertura. Enero 2008	149
<b>Tabla 27</b>	Centros residenciales. Enero 2008.	151
<b>Tabla 28</b>	Centros de día para personas dependientes. Enero 2008.	154
<b>Tabla 29</b>	Muestra por sexo.	179
<b>Tabla 30</b>	Muestra por edad y sexo.	179
<b>Tabla 31</b>	Contingencia sexo y patología cardiovascular.	180
<b>Tabla 32</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo y patología cardiovascular.	181
<b>Tabla 33</b>	Frecuencia patología y cardio-vascular.	181
<b>Tabla 34</b>	Contingencia sexo y patología respiratoria.	182
<b>Tabla 35</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo y patología respiratoria.	182
<b>Tabla 36</b>	Contingencia sexo-patología osteomuscular.	183
<b>Tabla 37</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología osteomuscular.	183

<b>Tabla 38</b>	Contingencia sexo-patología digestiva.	184
<b>Tabla 39</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología digestiva.	184
<b>Tabla 40</b>	Contingencia sexo- patología metabólica.	185
<b>Tabla 41</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología metabólica.	185
<b>Tabla 42</b>	Contingencia sexo-patología urinaria.	186
<b>Tabla 43</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología urinaria.	186
<b>Tabla 44</b>	Contingencia sexo- patología neurológica.	187
<b>Tabla 45</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología neurológica.	187
<b>Tabla 46</b>	Contingencia sexo-patología mental.	188
<b>Tabla 47</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología mental.	188
<b>Tabla 48</b>	Contingencia sexo- patología tumoral.	189
<b>Tabla 49</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología tumoral.	189
<b>Tabla 50</b>	Contingencia sexo-otras patologías.	190
<b>Tabla 51</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-otras patologías.	190
<b>Tabla 52</b>	Estadísticos de patologías (media y desviación típica).	190
<b>Tabla 53</b>	Estadísticos descriptivos patologías-sexo.	191
<b>Tabla 54</b>	Nº de patologías en porcentajes por sexos.	191
<b>Tabla 55</b>	Patologías y diferencia por sexos.	192
<b>Tabla 56</b>	Contingencia sexo-consumo de medicación.	192
<b>Tabla 57</b>	Estadísticos descriptivos fármacos-sexo.	193
<b>Tabla 58</b>	Contingencia sexo-visita domiciliaria.	194
<b>Tabla 59</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-visita domiciliaria.	194
<b>Tabla 60</b>	Descriptivos visita domiciliaria-edad.	195
<b>Tabla 61</b>	Descriptivos edad-sexo-atención domiciliaria.	196



<b>Tabla 62</b>	Consultas realizadas por pacientes incluidos en atención domiciliaria.	197
<b>Tabla 63</b>	Descriptivos pacientes en AD-consumo de fármacos.	197
<b>Tabla 64</b>	Estadísticos recursos <u>s</u> ociosanitarios y ayudas técnicas.	198
<b>Tabla 65</b>	Porcentajes de utilización de recursos según número de éstos.	198
<b>Tabla 66</b>	Cobertura de recursos sociosanitarios por sexos.	198
<b>Tabla 67</b>	Pruebas de chi-cuadrado sexo-uso de andador.	199
<b>Tabla 68</b>	Contingencia sexo-recursos sociosanitarios-pacientes en AD.	199
<b>Tabla 69</b>	Pacientes en AD que reciben teleasistencia.	200
<b>Tabla 70</b>	Solicitud de ayuda a la dependencia de pacientes en AD.	200
<b>Tabla 71</b>	Solicitud de ayuda a la dependencia según sexo y entorno.	201
<b>Tabla 72</b>	Tipo de residencia-sexo.	201
<b>Tabla 73</b>	Consumo de fármacos-tipo de residencia.	202
<b>Tabla 74</b>	Descriptivo tipo de residencia-edad.	202
<b>Tabla 75</b>	Descriptivos tipo de residencia-visitas domicilio medio rural.	203
<b>Tabla 76</b>	Descriptivos tipo de residencia-visitas domicilio medio urbano	204
<b>Tabla 77</b>	Estadística de contraste <sup>a,b,c</sup> (a. Prueba de Kruskai-Wallis; b.Variable de agrupación: tipo de residencia; c. Localidad: Rural).	204
<b>Tabla 78</b>	Estadística de contraste <sup>a,b,c</sup> (a. Prueba de Kruskai-Wallis; b.Variable de agrupación: tipo de residencia; c. Localidad: Urbano).	204
<b>Tabla 79</b>	Cuidador principal identificado-visita domiciliaria-sexo.	206
<b>Tabla 80</b>	Descriptico edad-cuidador principal identificado.	207
<b>Tabla 81</b>	Estadístico de contraste C. Ppal identificado-visitas domicilio.	207
<b>Tabla 82</b>	Media consultas a profesionales-entorno.	208
<b>Tabla 83</b>	Cumplimentación de cuestionarios de valoración enfermera.	209

<b>Tabla 84</b>	Contingencia Plan de Cuidados-Escalas y Cuestionarios-C.PPal identificado.	210
<b>Tabla 85</b>	Coste medio de la atención de pacientes en atención domiciliaria en un año.	213
<b>Tabla 86</b>	Relación de patologías- centro de salud.	214
<b>Tabla 87</b>	Estadísticos contraste <sup>a,b</sup> (a. Prueba de Kruskal-Wallis; b. Variable de agrupación: centro salud).	214
<b>Tabla 88</b>	Consultas a profesionales según centro de salud.	215
<b>Tabla 89</b>	Visitas domiciliarias según centro de salud.	216
<b>Tabla 90</b>	Descriptivos edad- grupo.	217
<b>Tabla 91</b>	Descriptivo consumo de fármacos-grupo	217
<b>Tabla 92</b>	Relación medicación-casos y controles.	218
<b>Tabla 93</b>	Contingencia grupo-plan de cuidados.	219
<b>Tabla 94</b>	Contingencia grupo-visita domiciliaria.	219
<b>Tabla 95</b>	Variables estudiadas según grupo.	220
<b>Tabla 96</b>	Visitas-tiempo de vida.	221
<b>Tabla 97</b>	Grupo y tipo de residencia.	221
<b>Tabla 98</b>	Grupo y recursos socio-sanitarios.	222
<b>Tabla 99</b>	Diferencia significativa patología-grupo.	223



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribución de servicios y prestaciones económicas de cuidados familiares.	60
<b>Gráfico 2</b>	Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (sin ayudas), por sexo 2008.	70
<b>Gráfico 3</b>	Evolución de las Consultas Médicas en Atención Domiciliara 2005-2010.	80
<b>Gráfico 4</b>	Evolución de las Consultas de Enfermería en Atención Domiciliara 2005-2010.	80
<b>Gráfico 5</b>	Gasto Sanitario Público.	131



## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer la repercusión en morbilidad de la Visita Domiciliaria de la Enfermera a personas de 65 años o más, pluripatológicas (2 ó más enfermedades crónicas).

**Método:** Estudio retrospectivo caso (con visita)-control (sin visita); auditoria de historias clínicas de 2013. Cálculo muestral asumiendo un 14% de mortalidad en casos, nivel de confianza 95%, precisión relativa 80%, posteriormente secuencias aleatorias. Variables principales morbilidad y mortalidad; descriptivas: visitas domiciliarias, filiación, datos clínicos y sociosanitarios. SPSS 15, medidas de tendencia central, dispersión, posición y tabulación, frecuencias relativas y absolutas; técnicas no paramétricas, contrastes  $\chi^2$ ; contrastes de Wilcoxon y U de Mann-Whitney; nivel de confianza 95%.

**Resultados:** 1743 pacientes, 1546 no recibieron visita de la enfermera en domicilio y 199 sí; predominan mujeres (60,2%), edad media de quien recibe visita 81,99 (ET 0,539), presentan mayor número de patologías de media 3,76 (ET 0,107), habitan domicilio particular, más del 50% no tiene identificado el Cuidador Principal; la media de visitas de la enfermera es de 2,44 (DT 12,479); tanto en la zona rural como en la zona urbana existe un mayor número de visitas de las enfermeras a los pacientes en residencias que a los que viven en su domicilio ( $p,000$ ). Menos del 50% de los casos tiene plan de cuidados, con relación significativa ( $p 0,000$ ). No existen diferencias significativas en cuanto al tiempo de vida entre los casos y los controles.

**Conclusión:** La visita domiciliaria de la enfermera no repercute en la morbilidad; se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud. No se han encontrado registros con datos de prevención y se intuye una discriminación involuntaria en la atención que afecta a la mujer mayor.



## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the impact on morbidity of Home Visit Nurse for people 65 years or older, pluripathologicals (2 or more chronic diseases).

**Method:** Retrospective case (visit)-control (no visit); medical records of 2013 audit. Sample calculation assuming a 14% mortality in cases, 95% confidence level, 80% relative accuracy, subsequently random sequences. Main variables: morbidity and mortality; Descriptive: home visits, filiation, and socio-clinical data. SPSS 15, central tendency measures, dispersion, position and tabulation, absolute and relative frequencies; nonparametric techniques, c2 contrast; contrasts Wilcoxon and Mann-Whitney U; 95% confidence level.

**Results:** 1743 patients, 1546 did not receive nurse visit at home and 199 did; predominantly women (60.2%), average age of visited patient 81.99 (0.539 ET), presents the highest number of pathologies, average 3.76 (0.107 ET), live in private home, over 50% have no identified Primary Caregiver; the average number of nurse visits is 2.44 (SD 12,479); both in rural and in urban areas there is a greater number of nursing visits to patients in nursing homes than those living at home (p, 000). Less than 50% of cases have care plan, with significant relationship (p 0.000). No significant differences in lifetime between cases and controls.

**Conclusion:** Nurse home visit has no impact on morbidity; intervention takes place once the health problem has appeared. No records with prevention data and involuntary discrimination on attention affecting older women.





## 1. INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno sin precedentes históricos que está apareciendo en la mayoría de los países desarrollados y de altos ingresos. Según las OMS <sup>(1)</sup> el número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Detrás de este cambio en la estructura demográfica hay multitud de causas, pero muy similares en todos ellos: por un lado, un descenso muy acusado de la fecundidad atribuible al desarrollo económico, a la incorporación de la mujer al mundo laboral, a cambios de valores y estilos de vida como, la desaparición de las familias extensas, pérdidas de estabilidad en la institución familiar, retraso en la edad del matrimonio, movilidad geográfica laboral, tamaño reducido de las viviendas, etc <sup>(2)</sup>, y por otro lado, reducción de las tasas de mortalidad motivadas por los avances terapéuticos, mejoras nutricionales, condiciones de vida, etc.

Entre los problemas derivados del creciente envejecimiento de la población destacan los relacionados con las dificultades de los sistemas sanitarios para hacer frente al aumento de las necesidades de la población anciana, dificultades que no influyen solamente en el incremento de los costes de la atención, sino que afectan también a la capacidad organizativa de los distintos niveles asistenciales con competencias en su cuidado <sup>(3)</sup>.

Es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad. Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados a las personas mayores.

Desde hace tiempo, los retos comunes a los que se enfrenta el sistema sanitario y los servicios de salud se encuentran suficientemente identificados: el incremento de la demanda de servicios derivados del envejecimiento de la población, el aumento del volumen de población cubierta durante los últimos años de fuerte crecimiento

demográfico y las mayores expectativas de atención y servicios de una población con mayor nivel de formación <sup>(4)</sup>.

Tanto la Atención Primaria (AP) como la Atención Especializada (AE) tienen por delante un gran reto en cuanto a que deberán desarrollar una amplia gama de servicios, en razón tanto de la prevalencia de las enfermedades como de los aspectos relacionados con las particulares condiciones de vida del anciano y de su familia, y con las legítimas aspiraciones de los ancianos en cuanto a longevidad y calidad de vida.

Pero además, el envejecimiento progresivo de la población lleva aparejado un aumento importante de problemas de cronicidad de las enfermedades asociados a pobres estados de salud, y por tanto a un importante aumento de personas que pasan los últimos años de su vida en situaciones de dependencia <sup>(5)</sup>, que no pueden salir de su casa, lo que supone, entre otros factores, que cada día se incremente la necesidad de atenciones sanitarias y sociales en el domicilio.

Por otra parte, tanto desde el punto de vista terapéutico como de las preferencias sociales, se resalta la importancia de favorecer al máximo la permanencia de los enfermos en su entorno habitual de vida.

En paralelo, los hospitales evolucionan hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, con estancias cada vez más reducidas para todo tipo de procesos, y desarrollan con este fin nuevas fórmulas asistenciales (unidades de corta estancia, cirugía ambulatoria, consultas de alta resolución, hospitales de día, hospital a domicilio,...) que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados <sup>(6)</sup>.

Estos datos junto con el aumento de la esperanza de vida, situada en la actualidad, en España, entre los 78 años para los hombres y los 85 años para las mujeres <sup>(7)</sup>, dibujan un escenario donde la figura del anciano cobra una relevancia notable y un protagonismo indiscutible para todo el sistema sanitario español.

Otro elemento a tener en cuenta cuando se habla de envejecimiento y su atención es el gasto sanitario, a priori, con la información aportada se puede pensar que el

envejecimiento va a repercutir en gran medida en el gasto sanitario, debido a una mayor incidencia de enfermedades crónicas y al incremento de la esperanza de vida.

Es aceptado por médicos, políticos, investigadores e incluso por la población general, el hecho de que el gasto sanitario de las personas de más edad es, en un momento dado del tiempo, más elevado que en personas más jóvenes. Según un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la OCDE <sup>(8)</sup>, en Estados Unidos, por ejemplo, el gasto sanitario de las personas mayores de 64 años es más de tres veces superior al gasto de una persona en el grupo de edad de 34 a 44 años en el año 1999, y cinco veces superior para el gasto de las personas mayores de 74 años.

Por otro lado, la revisión de la literatura sobre la contribución de los distintos factores al crecimiento del gasto en el nivel internacional presenta dos conclusiones que se pueden extender a la mayoría de sistemas sanitarios de los países desarrollados: la contribución del envejecimiento al crecimiento del gasto sanitario, a diferencia de lo que puede ocurrir por ejemplo con el gasto público en pensiones, ha sido moderada y a veces no hay evidencia de que el envejecimiento, por sí solo y como factor exógeno o inevitable, constituya una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos; se constata el papel preponderante de los cambios en la tecnología y en la intensidad de recursos por paciente como principal motor del crecimiento del gasto sanitario, la principal causa del aumento del gasto no reside en el envejecimiento: no es el número de personas mayores lo que impulsa el crecimiento del gasto sino el hecho de que ellos, y el resto de la población, utilizan cada vez más los servicios sanitarios, y ello no tiene relación con un empeoramiento del estado de salud <sup>(9)</sup>.

Por su parte, en España el gasto sanitario se ha incrementado en los últimos años, los tres determinantes más importantes considerados son el progreso técnico, el incremento en el nivel de renta, y el envejecimiento de la población <sup>(10)</sup>. Los datos de España sitúan el gasto sanitario público, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, en 58.466 millones de euros, lo que supone un 71,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a 82.064 millones de euros. Como porcentaje del PIB (2006), el gasto sanitario total en España es de 8,4% <sup>(11)</sup>.

En cuanto a la composición del gasto, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, son los servicios hospitalarios y especializados los que representan un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica y los servicios de atención primaria de salud <sup>(12)</sup>.

En Atención Primaria, dentro de la cartera de servicios que ofrece, se incluye la atención domiciliaria, este servicio ha evolucionado a lo largo de la historia, siendo en los principios la única forma de asistencia médica, reservada además a los pocos privilegiados que se la podían permitir.

Los primeros hospitales, regentados en su mayoría por órdenes religiosas proporcionaban cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de familia que le pudiera atender durante la enfermedad o la muerte. Con el gran desarrollo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, entre otros factores, se crearon grandes complejos hospitalarios, facilitando el *“hospitalocentrismo”* de nuestros sistemas sanitarios donde los hospitales proporcionaban *“todo lo que el paciente necesita”*.

La Atención Domiciliaria quedó entonces prácticamente restringida a los cuidados enfermeros. En los últimos años, sin embargo, existe un renovado interés por el domicilio como lugar de atención al paciente, forzado por motivos económicos y facilitado por el desarrollo tecnológico y la expansión de la Atención Primaria <sup>(13)</sup>.

La distribución de la atención domiciliaria está orientada a la demanda, y dirigida principalmente hacia aquellos pacientes con incapacidad para consultar al servicio sanitario de forma autónoma <sup>(14)</sup>. Los ancianos dependientes que viven en su domicilio y que presentan enfermedades crónicas constituyen uno de los grupos que más se beneficia de este servicio, estos pacientes son un grupo emergente que se caracteriza por presentar simultáneamente enfermedades crónicas, a menudo con comorbilidad, y necesidades sociales, lo que les lleva a consumir muchos recursos sanitarios, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario <sup>(15-16)</sup>.

La preocupación por la eficiencia y efectividad de las intervenciones en sanidad es cada vez mayor, por lo tanto, un adecuado conocimiento del producto ofrecido por los

diferentes profesionales sanitarios, entre ellos enfermería, desde el punto de vista económico, permitirá tomar decisiones informadas y meditadas que conlleven mayor probabilidad de éxito<sup>(17)</sup>.

En una sociedad como la actual, donde el valor económico rige nuestra actividad, se hace necesario cuantificar de algún modo la prestación de los servicios enfermeros. En el II Congreso de Enfermería Comunitaria (Logroño. 1997), D<sup>a</sup> Marta Durán, reconoció como indiscutible la relevancia actual de lo cuantificable, especialmente en la planificación y gestión sanitaria, donde la evaluación es el elemento determinante para la planificación de servicios.

Añadir que el estudio que se presenta se enmarca en el contexto de la investigación en salud que promueven las políticas: europea, nacional y autonómica, según se recoge en el VII Programa Marco Europeo de Investigación y Desarrollo 2007-2013<sup>(18)</sup>, en el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016<sup>(19)</sup> y en el IV Plan Andaluz de Salud<sup>(20)</sup>.

Específicamente, en el VII Programa Marco Europeo de Investigación y Desarrollo 2007-2013<sup>(19)</sup>, en el subprograma de Investigación en Salud, dentro de los nueve temas que se promueven, y en el enfoque denominado *el establecimiento de métodos de promoción de la salud y de prevención y de lucha contra la propagación de enfermedades, así como de instrumentos y tecnologías de diagnóstico y de sistemas de asistencia sanitaria sostenibles y eficaces (salud infantil y envejecimiento demográfico)*, y del campo de la actividad: *la optimización de las prestaciones de asistencia sanitaria*.

En el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016<sup>(19)</sup>, dentro del Programa Estatal de I+D+I Orientado a los Retos de la Sociedad, Reto en salud, cambio demográfico y bienestar, que recoge como objetivo general de las Acciones Estratégicas de Salud: *establecer estrategias para la predicción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y problemas relacionados con la salud humana*. Con el presente estudio se pretende contribuir al desarrollo de estrategias para la prevención y promoción de la autonomía personal, así como al conocimiento científico aplicado a los cuidados en el Área de Salud.



Finalmente, y a nivel autonómico, con el IV Plan Andaluz de Salud, en su Compromiso nº 1, *Aumentar la esperanza de vida en buena salud*.

Por lo expuesto y centrándose expresamente en la actividad de los profesionales de enfermería en el ámbito descrito surgió la pregunta ¿la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería (VDPPE) a las personas de 65 o más años pluripatológicas interfiere y/o disminuye la mortalidad de las personas atendidas.

En la búsqueda de respuesta se realizó la tesis que hoy se presenta y que consta de los siguientes apartados:

### 1. Introducción:

En éste capítulo se plantea de forma muy resumida la situación de las personas mayores en España, las repercusiones que el envejecimiento de la población tienen sobre los sistemas sanitarios, la capacidad de éstos para afrontar las necesidades crecientes, tanto en organización, como en gasto sanitario y otros aspectos, destacando la atención domiciliaria dentro de la cartera de servicios que se ofrece a las personas mayores de 65 años.

### 2. Marco Contextual:

Se abordan en este apartado descripciones de los principales conceptos empleados en este trabajo científico así como diferentes aspectos que se consideran necesarios para la mejor comprensión del contexto teórico conceptual, como son: definición de dependencia en relación al envejecimiento, grados de dependencia, personas beneficiarias y prestaciones sociosanitarias y económicas.

Se hace una revisión del Sistema Sanitario tanto a nivel estatal como autonómico (Andalucía), y los distintos servicios que atienden a la población de estudio, su organización, sus profesionales, instituciones implicadas etc. De forma más pormenorizada se explica cómo son atendidos los mayores en su domicilio y cómo se realiza la visita domiciliaria de la enfermera, los cuidados y las cuidadoras informales.

Se detallan aspectos demográficos como la población actual de mayores, la mortalidad y esperanza de vida.

Se describen los recursos sociosanitarios de carácter público disponibles para la atención de las necesidades de las personas mayores y/o dependientes.

### 3. Hipótesis y Objetivos:

En este capítulo se describe cual es la hipótesis que se plantea con este estudio así como su objetivo general y los objetivos específicos.

### 4. Metodología:

En este capítulo se describe el tipo de diseño que se ha establecido para alcanzar los objetivos, las variables consideradas, las características y el tamaño de la muestra analizada, el procedimiento que se ha seguido, los aspectos éticos relacionados con esta investigación, los análisis estadísticos de los datos que se han obtenido y las limitaciones encontradas.

### 5. Resultados:

Los resultados se han agrupado en dos apartados. En el primero se exponen los resultados del estudio descriptivo de los datos obtenidos para la variable dependiente.

En el segundo apartado, estudio inferencial, se desarrolla el contraste general entre los dos grupos, grupo experimental frente a grupo control, considerando los datos obtenidos para las variable dependiente señalada, con ello se pretende establecer por medio de técnicas estadísticas la diferencia entre ambos grupos.

### 6. Discusión:

En este apartado, y en función de los resultados obtenidos en el estudio, se aborda la interpretación de los mismos en el contexto del marco teórico, y, en la medida de lo posible, de los antecedentes encontrados sobre la temática de la investigación, ya que, son pocos los estudios encontrados que investiguen los efectos de la visita domiciliaria.

## 7. Conclusiones:

Se detallan las principales conclusiones generales del estudio a tenor de los resultados obtenidos y referentes a los objetivos específicos marcados.

## 8. Implicaciones para la práctica y líneas futuras de investigación.

## 9. Bibliografía.

Es preciso también señalar que la información sobre datos clínicos, asistenciales, económicos, etc aportados en el trabajo que a continuación se expone ha sido obtenida en fuentes oficiales, de la Comunidad Autónoma Andaluza y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como son Publicaciones, Memorias y Anuarios Estadísticos, así como consultas a los Servicios Centrales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre aquellos aspectos relacionados con la atención sociosanitaria de personas mayores de 65 años, así mismo se puntualiza que esta información está restringida a las últimas publicaciones oficiales que en ocasiones difieren de la actualidad en varios años.

Las estrategias y los programas de ámbito regional y local dirigidos, en este caso a personas mayores de 65 años, muchas veces no tienen reflejo en las publicaciones científicas, lo cual dificulta la comparación de experiencias e impide la generación de un cuerpo de pruebas que pueda ser estudiado y sirva a otros investigadores.

## 2. MARCO CONTEXTUAL



## 2. MARCO CONTEXTUAL

### 2.1. La Dependencia en relación a los procesos de envejecimiento.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define la dependencia como (art. 2.2): "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra persona u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" <sup>(21)</sup>.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales temas de política social de los países desarrollados <sup>(22)</sup>. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, requieren apoyo para poder realizar las actividades habituales de la vida diaria (levantarse de la cama, asearse, comer...) (ver en Anexo 1 Relación de Actividades y Tareas del Baremo de Valoración de la Dependencia-BVD-) <sup>(23)</sup> alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

En España, desde el año 2007, con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), se viene implantando y desarrollando progresivamente un nuevo sistema formal de protección, denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) <sup>(21)</sup>, éste incluye tanto prestaciones de servicios a través de centros y programas públicos o concertados (servicio de prevención de las situaciones de dependencia, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche, servicio de atención residencial), como prestaciones económicas (prestación económica vinculada a la contratación del servicio cuando no se disponga de la oferta pública, prestación de asistencia personalizada y, extraordinariamente y siempre que se den las

circunstancias familiares y de otro tipo adecuadas para ello, compensación económica por cuidados en el entorno familiar).

### 2.1.1. Grados de Dependencia

La LAPAD establece varios Grados de Dependencia:

**Grado I, Dependencia Moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias de las actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día

**Grado II, Dependencia Severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

**Grado III, Gran Dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de una persona.

Cada uno de los grados de dependencia establecidos se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieran. Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán a partir del baremo diseñado para la valoración de la situación de dependencia.

### 2.1.2. Prestaciones de Atención a la Dependencia:

El objetivo de las prestaciones de la Ley de Dependencia es atender a personas en situación de dependencia para mejorar su calidad de vida. Estas prestaciones podrán ser económicas o en forma de servicios, e irán destinadas a promocionar la autonomía personal y atender las necesidades diarias de aquellos que no pueden valerse por sí mismos.

La ley de dependencia da prioridad al catálogo de servicios. Las personas que, encontrándose en situación de dependencia, en un primer momento no puedan acceder a los servicios sociales del catálogo de servicios, tendrán derecho a una prestación

económica, de manera que puedan ser atendidos en un centro acreditado para la atención a la dependencia. Así mismo, la ley contempla la posibilidad de que, las personas en situación de dependencia, reciban las ayudas económicas para ser atendidos por cuidadores no profesionales.

#### **2.1.2.1. Catálogo de prestaciones:**

##### ✓ Servicios:

Las personas que, encontrándose en situación de dependencia, obtengan la acreditación del Estado con el grado y nivel de dependencia, podrán acceder a los siguientes servicios dispuestos por la Ley de Dependencia:

- Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia
- Servicios de Teleasistencia
- Servicios de Ayuda a Domicilio, entre lo que se incluyen: Atención de las necesidades del hogar y Cuidados personales
- Servicios de Centro de Día y Noche, que pueden ser:
  - Centro de Día para mayores
  - Centro de Día para menores de 65 años
  - Centro de Día de atención especializada,
  - Centro de Noche
  - Servicios de Atención Residencial, que pueden ser:
    - Residencias de personas mayores en situación de dependencia
    - Centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

##### ✓ Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas, que establece la Ley de Dependencia, y a las que pueden acceder las personas dependientes, pueden ser de varios tipos:



- Prestaciones económicas vinculadas al servicio: prestación económica que recibirán aquellas personas dependientes que no puedan acceder a los servicios públicos o concertados de atención a la dependencia. Esta prestación económica es de carácter periódico.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: este tipo de prestación se concederá cuando la persona dependiente esté atendida en su entorno familiar. El cuidador de la persona dependiente deberá estar dado de alta en la Seguridad Social y deberá seguir las acciones de apoyo promovidas para los cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal: el objetivo de esta prestación es promocionar la autonomía personal de la persona dependiente, contratando una asistencia personal que le ayuden en su quehacer diario.

La financiación se hará con fondos de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y del propio beneficiario según el tipo y coste del servicio y según su capacidad económica, lo que se denomina copago. Sin embargo la Ley establece que ningún ciudadano se quede fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

La efectividad del derecho a las prestaciones se ejercerá progresivamente hasta el 2015. En 2007 se inició la valoración de las situaciones de gran dependencia (grado III), en 2008 la dependencia severa (grado II), el 1 de enero de 2011 comenzaron las valoraciones de dependencia moderada, grado I nivel 2.

Según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia <sup>(24)</sup> de 2008, del Instituto Nacional de Estadística, en España, de los 7,4 millones de personas mayores, el 30,3% declararon alguna discapacidad, y a partir de los 90 años el 75,1%. Se da más en mujeres que en hombres, 34,9% y 24,1% respectivamente.

El 72,2% de los mayores con discapacidad declaran problemas de movilidad (levantarse, acostarse, caminar, etc.), le siguen el 58,9% los problemas para la vida doméstica (compras, hacer la comida, etc.) y el 57,9% para las actividades del autocuidado ( ducharse, lavarse, vestirse, comer, etc.).

Las previsiones de futuro auguran un gran incremento de la petición de cuidados debido al incremento de las personas mayores de 80 años como al aumento de la morbilidad en las edades avanzadas.

### **2.1.3. Factores con poder predictivo de deterioro, pérdida de funcionalidad, y dependencia.**

Se ha llegado al consenso por diferentes autores <sup>(25-27)</sup> para identificar los siguientes factores predictores de dependencia en el anciano:

- La edad avanzada (por lo general a partir de 80 años).
- La hospitalización por cualquier causa.
- Deterioro cognitivo.
- Comorbilidad, sobre todo de determinadas patologías crónicas (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares, y otras patologías crónicas).
- Debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, y realización de poco ejercicio.
- Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos.
- Otros factores son las caídas o la polifarmacia.

### **2.1.4. Personas beneficiarias y prestaciones por dependencia.**

A fecha del 30 de abril de 2014 existían 734.187 beneficiarios de prestaciones por dependencia a nivel nacional de 918.506 personas beneficiarias con derecho a prestación. En la evolución de los dos últimos años se ha producido un descenso de las personas beneficiarias, pasando de 131.898 nuevos beneficiarios en 2012 a 92.912 en 2013 y en los 4 primeros meses del 2014, 19.022 beneficiarios <sup>(28)</sup>.

Siguiendo con la misma fuente, en Andalucía, a fecha de 30 de abril de 2014, la cifra de beneficiarios es de 160.306 (1.690 menos que en el mes anterior) suponiendo un 21,83% del total nacional, en 2011 el porcentaje era del 28,25%, apreciándose un descenso de casi 7 puntos porcentuales.

En la tabla 1 se hace un análisis de personas beneficiarias por ayuda de dependencia y los conceptos de las prestaciones que le han sido otorgadas, tanto a nivel autonómico como nacional, correspondientes al último ejercicio publicado, correspondiente al año 2011 y su evolución a nivel estatal a fecha de 30 de abril de 2014 (no se dispone de esta información actualizada a nivel de comunidad autónoma).

**Tabla 1** Personas beneficiarias y prestaciones por dependencia (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. IMSERSO). Situación a 31 de diciembre de 2011; y 30 de abril de 2014 (sólo a nivel estatal)

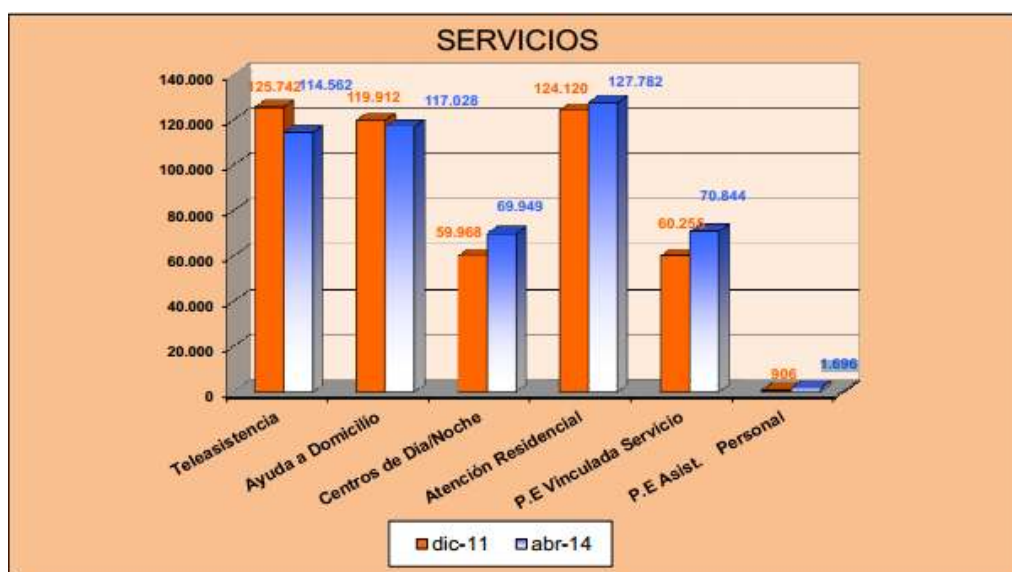
ÁMBITO TERRITORIAL	BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	TELE ASISTENCIA	AYUDA A DOMICILIO	CENTROS DEDÍA/NOCHE	ATENCIÓN RESIDENCIA	P.E VINCULADA SERVICIO	P.E CUIDADOS FAMILIARES(*)	P.E ASIST. PERSONAL (**)	TOTAL
Andalucía (2011)	191.330	64.006	50.121	11.758	19.680	3.703	109.947	14	259.229
España	2011	124.114	118.513	58.030	122.040	59.836	417.782	874	917.604
	2014	734.187	114.562	69.949	127.782	70.844	396.070	1.696	897.931

(\*) Las cuantías establecidas para la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, en función del grado y nivel de dependencia reconocido, en el ejercicio 2009 estuvieron comprendidas entre los 300,00 €, para el Grado II, Nivel 1 y los 519,13 € para el Grado III Nivel 2 de Dependencia

(\*\*) La prestación económica destinada a la contratación de una persona para posibilitar una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a la persona en situación de dependencia. La cuantía económica en función del grado y nivel de dependencia reconocido para el ejercicio 2009 fue de 831,47 € para el Grado III Nivel 2 de Dependencia y de 623,60€ para el Grado III Nivel 1

A día de 30 de abril de 2014, el reconocimiento de Servicios Profesionales de Atención a la Dependencia supone una mayor cifra que las Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar. De este modo, los Servicios representan el 56,95% del total de prestaciones reconocidas, y por su parte las Prestaciones Económicas suponen un 43,05%, lo que significa una diferencia de 13,90 puntos porcentuales. Una comparativa de los porcentajes existentes a 31 de diciembre de 2011 supone que los Servicios Profesionales han aumentado un total de 2,35 puntos porcentuales <sup>(28)</sup>; se pueden apreciar en el gráfico 1 datos de la evolución en los últimos meses, así como la distribución de servicios y prestaciones económicas de cuidados familiares.

**Gráfico1.** Distribución de servicios y prestaciones económicas de cuidados familiares



	Dic 11	Abril 14
<b>SERVICIOS</b>	508.735	523.961
<b>%S/TOTAL SERV + P.E</b>	54,60%	56,95%
	+ 2,35 puntos	



	Dic 11	Abril 14
PREST. ECO. C. FAMILIAR	423.019	396.070
% S/TOTAL SERV + P.E	45,40%	43,05%
	- 2,35%	

La dedicación horaria de los cuidados se encuentra entre las 160 horas cuando la dedicación es completa, de 80-159 horas en la dedicación media y de 80 horas al mes cuando es parcial<sup>(29)</sup>.

Según un estudio realizado por Monserrat<sup>(30)</sup> relativo a grados de dependencia y tipo de servicios, el gasto total en 2002 ascendía a 1953 millones de euros para el Grado I, a 3172 para el Grado II y a 3998 para el Grado III, por lo que el gasto total en dependencia sería, en 2002, de 9123 millones de euros.

En otro estudio realizado por Casado et al.<sup>(31)</sup> calculan estimaciones según grado y nivel de dependencia para el periodo 2008-2015, concretamente, para el año 2008 (272.000 dependientes grado I, 112.000 de grado II y 133.000 dependientes de grado III) el gasto medio estimado se sitúa en 3059 millones de euros, mientras que para 2015 (302 grado I, 124, grado II y 150 grado III) ascendería a 6734 millones de euros.

Monteverd<sup>(32)</sup> considerando los costes medios anuales por grado de dependencia, obtiene un coste medio por beneficiario de 8575,94 euros para el grado I, de 13.021,64 euros para el grado II y de 21.913,04 euros para el grado III.

En el estudio que hacen Sosvilla y Moral<sup>(22)</sup> basado en una explotación de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008) y en modelos de microsimulación (que hacen posible explotar la enorme heterogeneidad disponible en la muestra) se ofrecen resultados detallados por sexo, grado y nivel, de sus estimaciones se deduce que la atención a las personas en situación de dependencia supone un gran reto para la sociedad española por la cuantía de las personas a cubrir, que ascenderían paulatinamente desde 923.367 en 2007 hasta 1.592.798 en 2045 y por el creciente esfuerzo económico que conlleva (de 15.017 millones de euros en 2007 a 41.926 millones de euros en 2045).

Otro estudio<sup>(33)</sup> que examina los factores sociodemográficos y de salud de las personas dependientes y su relación con la asignación de prestación económica o de servicios, da como resultado que, de un total de personas incluidas en la muestra [436 mujeres (63,2%) y 254 hombres (36,8%)], 570 reciben prestación económica (83,7%); de las cuales 557 (97,72%) son prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, 13 (2,28%) son prestaciones económicas vinculadas al servicio y 111 reciben prestaciones de servicio (16,3%), en concreto atención residencial. El mismo estudio, indica que las variables que favorecen que se haya recibido una prestación económica frente a un servicio específico son el estado civil casado, las rentas superiores, el lugar de residencia (ámbito rural frente a urbano), el tratamiento higiénico-dietético y disponer de cuidador informal.

## **2.2. El Sistema Sanitario**

La Constitución Española y la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, crean el marco jurídico para la regulación de la sanidad en España, y el Sistema Nacional de Salud (SNS) queda definitivamente estructurado.

La ley estableció los criterios básicos de aplicación en todo el territorio, que habían de ser desarrollados por las Comunidades Autónomas, y la creación de un Sistema Nacional de Salud concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) convenientemente coordinados <sup>(34)</sup>.

La estructura más habitual del SNS en cada CC.AA. es la formada por una Consejería de Salud que regula y planifica en materia política y atención sanitaria, y un Servicio de Salud que se encarga de la provisión de servicios <sup>(35)</sup>.

El SNS está organizado en dos niveles de asistencia:

- Nivel de Atención Primaria (A.P.). El modelo actual de Atención Primaria diseñado de acuerdo con los principios de la declaración de Alma-Atá, se implantó en España en 1984, según se recogía en el Real Decreto de Estructuras Básicas de 11 de enero de 1984 (BOE de 1 de febrero) y ratificado posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986 <sup>(36)</sup>.

El modelo se basa en los pilares fundamentales de: atención integral (biopsicosocial) e integrada (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y reinserción) realizada por un equipo multidisciplinar, en centros de fácil acceso a la población, con el fin de ser la puerta de entrada y el asesor o guía del ciudadano en su itinerario por el sistema/servicio de atención básico, prestado a toda la población. En éste nivel mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atiende al individuo, familia y comunidad; a través de programas y funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

La A.P. presta sus servicios a través de los centros de salud o consultorios locales (en el ámbito rural), en estos dispositivos desarrollan su labor asistencial los equipos multidisciplinarios, denominados Equipos de Atención Primaria (EAP) o Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, también pueden disponer de unidades de apoyo, como trabajadores sociales, odontólogos, fisioterapeutas, matronas, técnicos especialistas en radiodiagnóstico, etc.



• Nivel de Atención Especializada (AE), actúa como complemento de la Atención Primaria, y presta servicios de carácter más especializado a la población.

La Atención Especializada se realiza en centros especializados u hospitales de forma ambulatoria o en régimen de ingreso.

Cada nivel asistencial tiene unas características concretas que figuran en la tabla 2, tal como está definido en el Instituto de Información Sanitaria <sup>(37)</sup>.

**Tabla 2.** Características de los niveles asistenciales. Ministerios de Sanidad y Política Social.

	ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA (A.E.)
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste, cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	A demanda de la ciudadanía	Por indicación de los facultativos de AP
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro de salud y domicilio del ciudadano. Atención de urgencias	De manera ambulatoria o con hospitalizaciones. Atención de urgencias

La cartera de servicios básica que presta el SNS, se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. A su vez, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se instaure el contenido de la Cartera de Servicios Comunes del SNS y el procedimiento para su actuación <sup>(12) (38)</sup>.

La Cartera de Servicios del SNS es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, siempre que

exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

Los Servicios de Salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico, establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

El acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este Real Decreto, se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren, en cada momento, los usuarios del sistema.

Dentro de los contenidos comunes de la cartera de servicios, y en relación a la Atención Primaria, se incluyen las actividades específicas dirigidas generalmente a grupos de población o de riesgo específicos como:

- Atención a la adolescencia: consejos sobre hábitos saludables (uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas) sobre conducta alimentaria e imagen corporal, promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad.
- Atención a la mujer: orientación familiar, atención al embarazo y puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, detección y atención en los problemas del climaterio.
- Atención a la infancia: detección de los problemas de salud, valoración del estado nutricional, prevención de la muerte súbita infantil, consejos generales sobre el desarrollo del niño, educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles, orientación para la prevención y detección de los problemas del sueño y los esfínteres.
- Atención al adulto, grupos de riesgo y pacientes crónicos: valoración del estado de salud y factores de riesgo, consejos sobre estilos de vida saludable,

detección de problemas de salud, educación, atención y asistencia a personas polimedicadas y con pluripatologías.

- Atención a las personas mayores: promoción y prevención de la salud, detección y atención al anciano de riesgo, atención domiciliaria a personas inmovilizadas.
- Atención y detección de la violencia de género y malos tratos: especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.
- Atención a la salud bucodental: actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, promoción de la salud, educación sanitaria y preventiva. Tratamiento de procesos agudos y odontológicos, exploración preventiva en embarazadas, medidas preventivas y asistenciales para la población infantil.
- Atención paliativa a enfermos terminales: atención integral, individual y continuada que se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario.
- Atención a la salud mental: prevención y promoción para el mantenimiento de la salud mental, detección y atención a problemas de salud mental en coordinación con el nivel especializado.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán la cartera de servicios comunes que debe garantizarse a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo podrán incorporar aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera común, para lo que establecerán los recursos adicionales necesarios. En cualquier caso estos servicios complementarios no están incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En Andalucía la normativa que regula la Atención Sanitaria se encuentra recogida en, la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía, que establece y define el Sistema Sanitario Público de Andalucía <sup>(39)</sup>, concebido como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones Sanitarias Públicas de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Y El Decreto 171/2009 de 19 de mayo, que establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud <sup>(40)</sup>.

En el Servicio Andaluz de Salud la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria se encuentra regulada por el Decreto 197/2007 de 3 julio<sup>(41)</sup>.

### 2.3. Atención Socio-Sanitaria al Paciente Domiciliario

#### 2.3.1. Paciente en Atención Domiciliaria

Los pacientes que reciben atención domiciliaria por parte del equipo de Atención Primaria, son principalmente personas dependientes, o que presentan otras patologías o procesos que producen inmovilización en su domicilio. Se trata de pacientes pluripatológicos<sup>(42)</sup>, frágiles y con discapacidad; en definitiva personas que requieren de cuidados de otras personas, por su limitación funcional principalmente.

La **discapacidad** es el resultado de las limitaciones en el funcionamiento físico y mental. En la Clasificación Internacional de Funcionamiento y, la Discapacidad y la Salud (CIF), se utiliza el término “capacidad” para designar las capacidades fisiológicas, cognitivas y sensoriales que constituyen los elementos básicos en la ejecución de las actividades de la vida diaria: la movilidad de los miembros superiores e inferiores, la memoria, el aprendizaje, la visión, la audición y la comunicación<sup>(43-44)</sup>.

La discapacidad está asociada a restricciones que afectan todos los aspectos de la vida, pero no todas las personas con discapacidad requieren la ayuda de una tercera persona. Sin embargo, los estudios demuestran que un número considerable de personas mayores con discapacidades carecen de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, en un estudio sobre mujeres mayores norteamericanas con discapacidad se encontró que el 34% de ellas no salían de su barrio, el 15% no salían de su casa y el 12% no salían de su habitación debido a la discapacidad<sup>(45)</sup>.

La proporción de mayores discapacitados con necesidades no cubiertas varían entre el 2% y el 35% según el tipo de necesidad detectada<sup>(46)</sup>.

Según la EDAD (Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008) <sup>(24)</sup>, en el año 2008 residían en España, en su domicilio particular (excluidas las personas institucionalizadas) 2.227.086 personas de 65 y más años de edad con al menos una discapacidad (en Andalucía, estas personas suman 1.173.637). La edad media de esta población era de 78,8 años (77,7 los hombres y 79,4 las mujeres), y un 66% eran mujeres.

Las discapacidades más frecuentes en las personas de 65 o más años de edad son las relativas a movilidad, autocuidado y vida doméstica, sumando casi dos tercios de los casos.

Andalucía es la comunidad que muestra más casos de personas discapacitadas (17,5% del total de personas discapacitadas, 15,6% corresponde a población mayor de 65 años).

Cuando se compara el peso relativo de cada comunidad en el total de casos nacional y el peso relativo de su población, se encuentra que la tasa de discapacidad en Andalucía se encuentra por encima de lo que le correspondería por su población, así como Valencia y Galicia. En el extremo opuesto, se encuentran Madrid y Cataluña (menos casos de discapacidad que le correspondería por población) <sup>(47)</sup>.

En la tabla 3 se representan los datos a nivel nacional de las personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según la última encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia consultada en 2008.

**Tabla 3.** Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (con ayudas), por sexo, 2008.

	MILES DE PERSONAS			% HORIZONTALES	
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombre	Mujeres
<b>Total</b>	280.8	81.0	199.9	28.8	71.2
<b>Sin dificultad</b>	34.4	10.1	24.3	29.4	70.6
<b>Discapacidad moderada</b>	69.6	19.8	49.9	28.4	71.7
<b>Discapacidad severa</b>	61.6	18.2	43.3	29.5	70.3
<b>Discapacidad total</b>	101.9	27.6	74.3	27.1	72.9
<b>No consta</b>	13.4	5.3	8.1	39.6	60.4

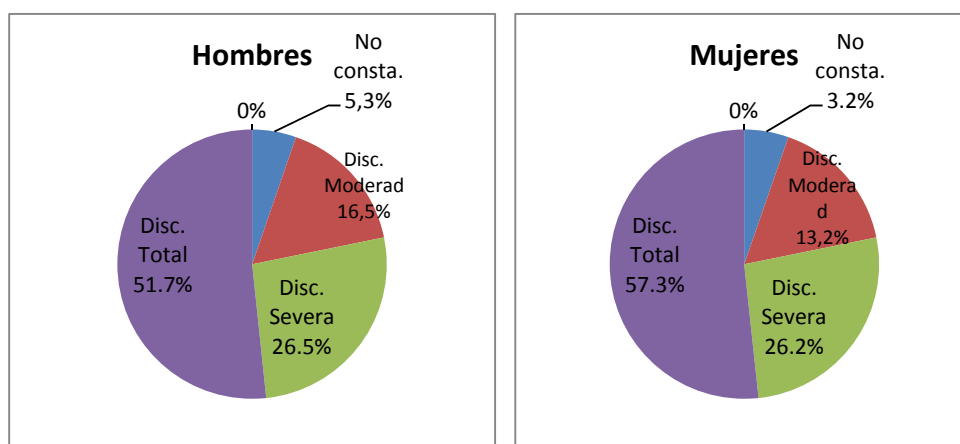
**Nota:** ABVD: Actividades básicas de la vida diaria; cuidados de las partes del cuerpo; higiene personal relacionada con la micción, higiene personal relacionada con la defecación, higiene personal relacionada con la menstruación; Vestirse y desvestirse; Comer y Beber; Cuidados de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas, evitar situaciones de peligro; Adquisición de bienes y servicios, Preparar comidas; Realizar las tareas del hogar; Cambiar las posturas corporales básicas; Mantener la posición del cuerpo; Desplazarse dentro del hogar; Desplazarse fuera del hogar; Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar...); Realizar tareas sencillas

**Nota:** Los datos correspondientes a celdas con menos de 5.000 personas han de tomarse con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo; a excepción de las CCAA de Andalucía, Aragón y Navarra en las que los valores de referencia serán 2.800, 2.300 y 1.500 personas respectivamente.

**Fuente:** INE:INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia 2008. Consulta en Noviembre de 2008

En el Gráfico 2 se representan porcentajes de personas con discapacidad según sexos, de la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situación de Dependencia 2008.

**Gráfico 2.** Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (sin ayudas), por sexo, 2008.



Fuente: INE:INEBASE

Con respecto a la **fragilidad**, en la actualidad hay un acuerdo general en cuanto a que el núcleo de la fragilidad es un incremento de la vulnerabilidad a estresores producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo, y lo predispone a eventos adversos de salud<sup>(48)</sup>.

Existen dos aproximaciones al fenotipo de fragilidad que surgen al amparo de grandes estudios poblacionales de envejecimiento. En primer lugar con el Canadian Study of Health and Aging (CSHA) surge el concepto de fragilidad como una acumulación de déficit<sup>(49)</sup>. La carga de más o menos déficit determinará el tiempo restante hasta la muerte del sujeto, actuando así como un estimador de la edad biológica.

Para hacer operativo este fenómeno, Rockwood y Mitnitski identifican hasta 80 déficit. El espectro de los déficit es amplio e incluye diferentes dimensiones: estado cognitivo, emocional, nutricional y funcional, capacidad de comunicarse, motivación y percepción del estado de salud, fuerza, equilibrio, movilidad, sueño y aspectos sociales.

La escala es predictora de mortalidad <sup>(50)</sup> y desde el punto de vista clínico puede ser útil, dentro de una valoración geriátrica integral, para identificar sujetos con riesgo de eventos adversos de salud a corto y medio plazo, así como para ayudar a la toma de decisiones en la asignación de recursos.

En segundo lugar, de la mano del Cardiovascular HealthStudy (CHS), Walston y Fried <sup>(51-52)</sup> identifican cinco dimensiones en el constructo del “ciclo de la fragilidad”: debilidad, baja resistencia al esfuerzo, lentitud, baja actividad física y pérdida de peso.

Dividen a la población en frágiles (aquellos que cumplen tres o más criterios), prefrágiles (si cumplen uno o dos criterios) y no frágiles (los que no cumplen ninguno). Los datos del CHS demuestran que el síndrome tiene un gran impacto en la población, con una prevalencia de sujetos frágiles del 7% entre los mayores de 65 años y de prefrágiles del 47%.

También ponen de manifiesto una clara relación de la fragilidad con la edad y además muestran que ser frágil es un buen predictor de hospitalización, caídas, discapacidad, disminución de la movilidad y mortalidad a corto y medio plazo <sup>(53)- (55)</sup>.

Estudios españoles corroboran que la fragilidad tienen un gran impacto en nuestro país: el Estudio Toledo para un Envejecimiento Saludable (ETES) <sup>(56)</sup> arroja una prevalencia de fragilidad del 8.4% (mayores de 64 años) y muestra una clara relación con la edad; en el estudio FRADEA de Albacete <sup>(57)</sup> la prevalencia alcanza el 16,9 (mayores de 69 años); y en el estudio de Peñagrande <sup>(58)</sup> se sitúa en el 10,3% (mayores de 64 años).

### **2.3.2. Asistencia Socio-Sanitaria en el Domicilio**

Las personas mayores piden ser atendidas en su domicilio el máximo tiempo posible respecto a los cuidados hospitalarios o institucionales, como una mejora de calidad de vida.

El domicilio se convierte en la opción asistencial más adecuada cuando los problemas de salud no precisan de cuidados especialmente complejos y cuando el soporte familiar es el adecuado para la realización de dichos cuidados.



En la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>(59)</sup> (art. 14) se define la prestación sociosanitaria 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, la Ley contempla que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, además de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

En España, los servicios sanitarios y sociales están fragmentados, son responsabilidad de diferentes administraciones, cada uno de ellos incluye una serie de prestaciones y actuaciones que dificultan la coordinación y el abordaje integral del paciente en el domicilio.

Se pueden encontrar dos modalidades diferentes de provisión de servicios, la gestión directa por parte de las administraciones y la gestión concertada con entidades, cooperativas, asociaciones sin ánimo de lucro o empresas.

### **2.3.3. Servicios Sanitarios:**

Los servicios sanitarios a domicilio que se ofrecen para personas mayores discapacitadas y personas mayores, son : la atención en el domicilio de los Equipos Básicos de Atención Primaria de salud (EBAP); los equipos de soporte de atención domiciliaria que atienden a pacientes oncológicos y geriátricos mayoritariamente; los equipos de hospitalización a domicilio y los equipos de rehabilitación.

Se describe a continuación cada uno de estos servicios:

#### **2.3.3.1. Asistencia Sanitaria en el domicilio del EBAP**

Es el servicio sanitario que se ofrece a toda la población desde los centros de salud. Proporcionan cuidados de salud integrales en el domicilio a personas con

necesidades sociosanitarias y a sus familias que, por su situación de salud o de incapacidad física o social o del entorno, no pueden desplazarse a un centro sanitario.

La atención domiciliaria (AD) se define como el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y seguir los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida.

Se organiza como un programa de salud en interrelación con otros programas asistenciales existentes (programa del anciano, del adulto, del niño sano, de curas, paliativos, etc.). Sus características son: atención longitudinal y continuada, valoración biopsicosocial, atención al individuo y a su familia e interdisciplinariedad (interviene en el equipo básico asistencial: médico de familia, enfermera y trabajador social) <sup>(60)</sup>.

La atención domiciliaria constituye una de las actividades básicas del equipo de AP. Con la reforma de la AP, en los años 80, se pasó de una asistencia puntual, exclusivamente sanitaria, a un proceso de atención continuado, integral y multidisciplinar, que comprende tareas sanitarias y sociales, y cuya finalidad es mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia. Pese a todo, el modelo actual, en el que la AD es una más de las múltiples tareas que tienen asignadas los profesionales, está en revisión. El aumento de los pacientes complejos que desean ser atendidos en su domicilio, la existencia de alternativas como la hospitalización a domicilio o incluso la aplicación de la nueva Ley de la Dependencia son factores que exigen llevar a cabo una reingeniería de los servicios de atención a domicilio.

La visita domiciliaria es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria, mientras que la atención domiciliaria es el fin, la visita domiciliaria es el medio para alcanzarlo. De hecho un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas domiciliarias.

La A. D. abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para

conocer el medio en el que vive la familia, y qué aspectos influyen en la salud de quienes habitan en el domicilio.

El interés por la atención domiciliaria se ha acentuado durante la última década por las siguientes razones:

- Las presiones demográficas derivadas del envejecimiento de las poblaciones que suponen un aumento de la necesidad de cuidados de salud, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidad para el autocuidado.
- La disminución de la disponibilidad de cuidadores informales, en la mayoría de los países, debido a las tendencias en la fertilidad hacia familias más pequeñas, a la creciente participación femenina en el mercado laboral y a una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia.
- Las políticas de sustitución del uso del hospital, por intervenciones en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por diversas formas de atención domiciliaria.
- Los cambios en el contenido y complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos.

Aunque la gama de cuidados que se ofrecen en el hogar incluye la asistencia médica, terapia ocupacional y fisioterapia, el aspecto con gran carga asistencial se centra, mayoritariamente, en los cuidados enfermeros a domicilio y en los servicios de ayuda domiciliaria, al ser éstos los que constituyen la base de los cuidados de larga duración <sup>(61)</sup>.

La A. D. va dirigida a la población con una patología aguda, crónica o en proceso de final de la vida, o a personas mayores encamadas o confinadas en su domicilio. La detección de las personas susceptibles de ser atendidas en el programa AD se hace a partir de las fuentes de información sanitaria y social, como <sup>(62)</sup>:

- La demanda espontánea de atención a domicilio.

- Las altas hospitalarias o socio sanitarias de pacientes con enfermedades crónicas o con secuelas que determinan una pérdida de autonomía o con necesidad de continuidad de curas.
- Información suministrada por familiares, vecinos, asociaciones y otros agentes de la comunidad (como las oficinas de farmacia).
- Detección de personas mayores que viven solas o con familia con capacidad limitada de apoyo.
- Los programas sociales de atención a domicilio.

Si bien, en un principio, la población susceptible de recibir atención a domicilio se consideró, básicamente, a los pacientes con incapacidad (fundamentalmente ancianos), se ha aumentado la oferta de atención domiciliaria a otros grupos de usuarios. Actualmente la cartera de servicios de atención domiciliaria en el Servicio Andaluz de Salud (Comunidad Andaluza) incluye los siguientes grupos de población:

#### **Atención a Inmovilizados.**

Se trata de los cuidados en el domicilio ofertados por el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) a personas afectadas por procesos crónicos invalidantes (patologías osteoarticulares, vasculares, obstrucción crónica del flujo aéreo, pacientes neurológicos, estado cognitivo alterado permanentemente...).

En este grupo se pueden encontrar pacientes crónicos estables, incapacitados (no necesariamente ancianos) con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, y que necesitan suplencias para las actividades de cuidado personal, actividades instrumentales, manejo y control de los síntomas, del régimen terapéutico, etc. Son pacientes que, a lo largo del proceso de la enfermedad crónica, pueden sufrir descompensaciones agudas susceptibles de cuidados para su recuperación.

La estrategia fundamental del régimen asistencial en estos usuarios estará basada en potenciar la autonomía y prevenir la pérdida funcional, compensando las limitaciones para el autocuidado, para permitirles vivir en las mejores condiciones posibles, de acuerdo a las características del proceso que les afecta.

### **Atención a personas en Situación Terminal.**

Cuidados en el domicilio ofertados por el EBAP a personas que presentan las siguientes características<sup>(63)</sup>:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses

### **Atención a Cuidadores Principales de la red familiar.**

Es la atención sanitaria ofertada desde los EBAP a los cuidadores primarios de pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria con los criterios de la cartera de servicios.

La percepción de la carga que ocasiona el cuidado es tan importante, que puede ser mejor predictor de institucionalización que la propia situación de salud del receptor de cuidados.

Se trata de personas que, por su papel responsable del cuidado de personas dependientes, tienen dificultades para desplazarse al centro de salud, para realizar actividades preventivas, de rehabilitación o curativas para sí mismas.

De otra parte, el desempeño de rol de cuidador tiene consecuencias que afectan a la calidad de vida del cuidador: repercusión que se objetiva en la salud física y psíquica, interferencias en la actividad laboral u otras obligaciones (en el caso de las mujeres, el cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar).

### **Atención al Alta Hospitalaria.**

Cuidados en el domicilio ofertados por el EBAP a personas que, tras ser dadas de alta del hospital, mantienen una situación de dependencia para su autocuidado. En general, este servicio se orienta a evitar las complicaciones que podrían ocasionar reingresos en el hospital. Se ofrece durante un periodo relativamente corto –no superior a los 30 días posteriores al alta- en el que aún se mantiene la necesidad de intervenciones técnicas, vigilancia de la salud o ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, que de otro modo motivaría la prolongación de la estancia.

Todo lo previamente expuesto constituye un programa que no se ha consolidado de la manera que sería deseable, con abordajes excesivamente reactivos y orientados a la atención de problemas muy prevalentes en estos pacientes (úlceras por presión,...) en el que se exige identificar pacientes de riesgo todavía no identificados en estos programas y pasar a un abordaje mucho más proactivo, basado más en las necesidades que en las demandas, con el objetivo de mejorar resultados en salud, calidad de vida y disminuir la utilización de hospitalización urgente o no programada<sup>(64)</sup>.

#### **2.3.3.2. Equipos de soporte de atención domiciliaria y unidades de cuidados paliativos:**

Con el objetivo de mejorar la atención sanitaria que se daba en el domicilio, la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD creó, en 1988, los equipos de soporte de la atención domiciliaria (ESAD). Éstos dependen de AP y su función es contribuir a la mejora de la calidad asistencial, ofrecer atención continuada en el seno de la comunidad, ser un elemento de apoyo a los profesionales de la asistencia primaria y de las unidades básicas de asistencia social, y servir de conexión entre los diferentes recursos asistenciales.

Están constituidos, como mínimo, por un médico, dos enfermeras y un trabajador social. Pueden proporcionar asistencia directa o ser equipo de apoyo (atienden pacientes a petición de los profesionales de AP o dan asesoramiento de situaciones clínicas complejas). Los equipos de apoyo contribuyen a mejorar la asistencia a los

pacientes a domicilio, de manera que contribuyen a la capacitación de los profesionales de AP y facilitan la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Otras unidades se centran en la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, como los equipos de cuidados paliativos dependientes de la Asociación Española contra el Cáncer. En 1991 se creó en Madrid la primera unidad móvil para asistencia a domicilio de pacientes en fase terminal, para posteriormente extenderse por todo el territorio nacional.

#### **2.3.3.3. Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria:**

Su distribución es irregular, se circunscribe a algunos servicios de geriatría del hospital, especialmente en las comunidades de Madrid y Castilla La Mancha, y dependen del hospital. Su actividad se centra en la atención domiciliaria de pacientes geriátricos en su domicilio, habitualmente tras la solicitud de AP o tras el alta hospitalaria. Funcionan en coordinación con AP.

#### **2.3.3.4. Hospitalización a domicilio:**

La hospitalización a domicilio supone una alternativa asistencial al hospital convencional. La primera unidad en España se creó en 1981 (Hospital Provincial de Madrid) y en la actualidad se ha alcanzado las 104 unidades repartidas por las comunidades autónomas, excepto en Aragón, Castilla La Mancha, Ceuta y Melilla <sup>(65)</sup>.

Consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar a un paciente en su domicilio los cuidados médicos y de enfermería, en número e intensidad comparables a los que se le proporcionarían en el marco de la hospitalización convencional. El enfermo se considera ingresado en el hospital a todos los efectos, de manera que el centro es el responsable del paciente y debe garantizar la eficacia y la calidad de la asistencia.

Frente a la hospitalización convencional presenta una serie de ventajas, porque permite mayor utilización de recursos y mayor rotación de camas, y, por tanto, aumenta la eficiencia del sistema. Además al encontrarse el paciente en su domicilio y con su familia, repercute psicológicamente en un mejor restablecimiento y confort.

En comparación con los programas convencionales de atención al domicilio, supone mayor rapidez de respuesta, puede proporcionar cuidados de transición, cuidados posteriores al alta que pueden prolongarse meses, y coordinar los recursos, además de proporcionar tecnologías especializadas (ventilación mecánica, diálisis peritoneal o nutrición parenteral a domicilio) y administrar fármacos que requieren una preparación especial o deben administrarse por vía intravenosa mediante infusión prolongada.

### **2.3.3.5.Rehabilitación:**

Servicio que comprende un conjunto de actuaciones profesionales para evitar el deterioro funcional de la persona y mejorar su autonomía personal, mediante el entrenamiento de la movilidad y de las actividades de la vida diaria.

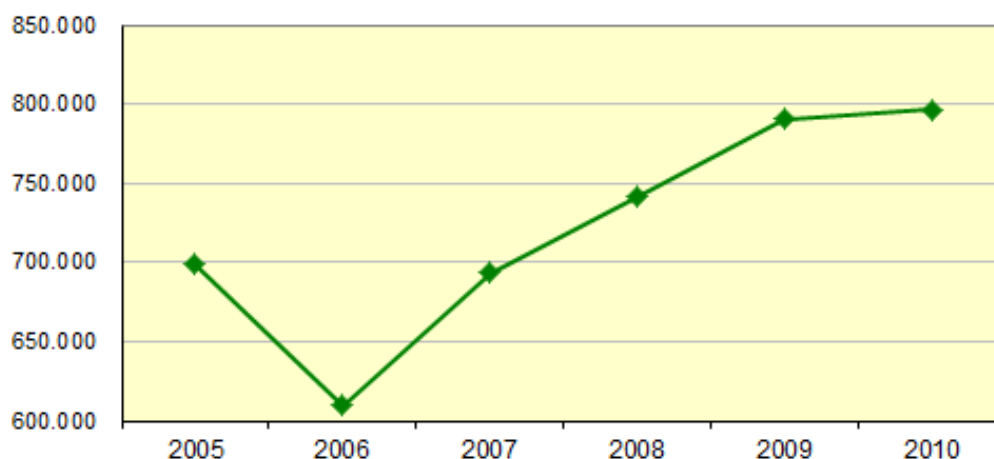
La asistencia sanitaria prestada en los diferentes niveles de atención, tanto Primaria como Especializada, en servicios relacionados con la población de estudio y que desde la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se refleja en las siguientes tablas y gráficos:

**Tabla 4.** Consultas de Atención Domiciliaria por grupo profesional. 2010. Andalucía.

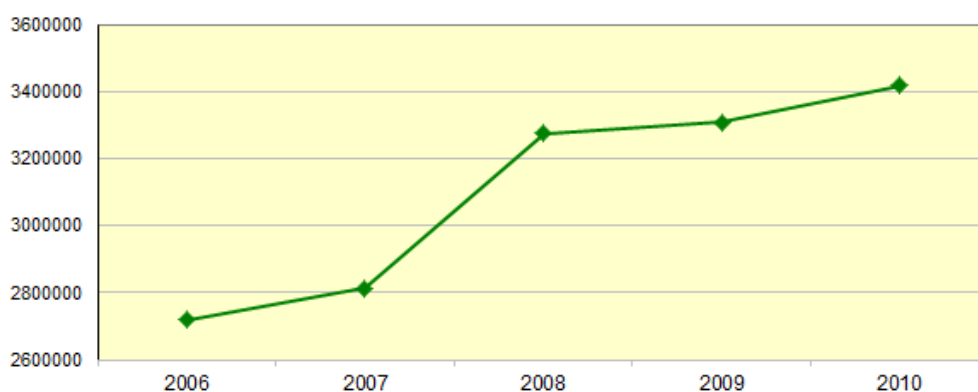
<b>MÉDICOS</b>	<b>ENFERMERAS</b>	<b>TOTAL</b>
796.457	3.417.149	4.213.606



**Gráfico 3.** Evolución de las consultas Médicas en Atención Domiciliaria 2005-2010



**Gráfico 4.** Evolución de las Consultas de Enfermería en Atención Domiciliaria 2005-2010



FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. SIGAP+DIRAYA

Otros servicios atendidos por profesionales del Servicio Sanitario Público en la Comunidad autónoma andaluza, en Atención Primaria. Año 2010 son:

- Número de sesiones de Fisioterapia y Rehabilitación: 1.210.816 (hombres: 622.533 y mujeres: 588.283)
- Número de Urgencias Atendidas: 5.795.886 (hombres: 2.641.110 y mujeres: 3.154.776).

**Tabla 5.** Pacientes de 65 años y más dados de alta en los hospitales del SAS y sexo. Año 2010

HOMBRES	MUJERES	TOTAL
91.397	87.534	17.8931

FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria

#### 2.3.4. Servicios Sociales

Los servicios sociales de atención a domicilio para personas mayores que se ofrecen incluyen el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de teleasistencia y otros recursos constituidos, en su mayoría, por prestaciones económicas de carácter público, como son las prestaciones para ayuda a domicilio, prestaciones para la adecuación de la vivienda, ayudas a familias cuidadoras, servicio de comidas a domicilio, servicio de lavandería o ayudas técnicas.

Son servicios ofrecidos desde el sector público (con aportación pública en su financiación) y gestionados, en su mayoría, por entidades de carácter privado bajo el sistema de concertación.

Según la información del Padrón Municipal (INE, 2012), a 31 de diciembre de 2011 la población española de 65 y más años representan, con 8.221.047 personas, el 17,39% de los españoles. El creciente peso que tiene este colectivo en toda la sociedad constituye una evidencia de la importancia que tiene conocer la oferta de los servicios sociales destinados a su atención.

De acuerdo con la información disponible <sup>(69)</sup>, el servicio de teleasistencia, con 692.462 usuarios, es uno de los que atiende a un número más elevado de usuarios. Esto significa que un 8,42% de las personas mayores recibe este servicio. En el servicio de ayuda a domicilio, se atiende a 382.575 personas mayores, lo que supone un índice de cobertura de 4,65. Estos dos servicios, al prestarse en el domicilio del usuario, permiten mantener a la persona en su entorno habitual y evitar, así, el desarraigo.

La desagregación del número de usuarios por sexo y edad arroja un perfil marcadamente femenino y con predominio en algunos servicios de los mayores de

ochenta años. Así, el servicio de teleasistencia, con un 70% de mujeres, es el que presenta una mayor feminización. Por su parte, los centros residenciales son los que cuentan con las personas usuarias más envejecidas. En ellos, el 66% de sus usuarios tiene 80 años o más. Los servicios con una población más joven son los centros de día y el de ayuda a domicilio. Estos datos evidencian que las personas mayores prefieren permanecer en sus domicilios y sólo cuando tienen una edad avanzada y, por tanto, mayor probabilidad de encontrarse en situación de dependencia, optan por acudir a un centro residencial.

#### **2.3.4.1. Servicio de ayuda a domicilio:**

Los servicios de ayuda a domicilio (SAD) se desarrollaron en los años 80 como servicio social básico y de gestión local impulsados por Ayuntamientos y Diputaciones con la cooperación de las Comunidades Autónomas (CCAA) y, más tarde, también del Estado con el Plan Concertado para el desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales de 1988<sup>(66)</sup>.

La promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia<sup>(21)</sup> ha supuesto un avance en los derechos sociales de los ciudadanos y un reto en su gestión para las CCAA y Corporaciones Locales. La Ley supone importantes mejoras para el SAD:

- Tiene carácter universal, cualquier persona puede beneficiarse de este servicio sea cual sea su nivel de renta.
- Se configura como un derecho que ha de hacerse efectivo, bien mediante prestación directa del servicio por una administración pública, o bien mediante prestación económica vinculada al servicio.
- Se homologan los criterios de acceso en todo el territorio.
- Se establecen estándares de calidad.
- Se aumenta y homologa la intensidad horaria del servicio.

El SAD se define como “un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención

profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”.

Tiene como objetivo la atención de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible. Comprende el conjunto de actuaciones relacionadas con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria, acompañamiento, apoyo psicosocial y desarrollo de hábitos saludables, y otras con la atención de las necesidades domésticas: limpieza, lavado, compras, cocina, etc.

Además del Servicio de Teleasistencia y del Servicio de Atención a Domicilio (SAD), en esta categoría se incluyen otros servicios de atención domiciliaria –servicio de comidas a domicilio y servicio de lavandería a domicilio-, así como prestaciones económicas –ayudas para adaptación de la vivienda, familias cuidadoras, ayudas técnicas y productos de apoyo, etc.

Según consta en el último informe del IMSERSO sobre Servicios Sociales dirigidos a Mayores <sup>(67)</sup> el Servicio de Ayuda a Domicilio atendía a 382.575 personas mayores, es decir, un 4,65% de la población de más de 65 años (tabla 6). El 68% de las personas atendidas se concentra en cinco comunidades autónomas: Cataluña (73.441), Madrid (72.891), Andalucía (65.096), Castilla y León (28.690) y Castilla-La Mancha (21.863); lo que no es de extrañar, al encontrarse estas comunidades autónomas entre los territorios con un número de personas mayores más elevado. El índice de cobertura para toda España es de 4,65, en Andalucía es de 5,00%.

**Tabla 6.** Servicio Público de Ayuda a Domicilio, España y Andalucía. Usuarios atendidos e índice de cobertura. 31 diciembre 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	POBLACIÓN >65 AÑOS (1/1/2012)	Nº USUARIOS ATENDIDOS	ÍNDICE DE COBERTURA (*)
Andalucía	1.302.352	65.096	5
España	8.221.047	382.575	4.65

(\*) Usuarios/población >65 añosx100

El SAD ha experimentado un crecimiento muy importante en estos últimos años, incrementándose el número de usuarios en un 94%, de 2000 a 2011. Desde el año 2000, el número de usuarios ha pasado de 197.306 a, como se ha referenciado anteriormente, 382.575 en 2011. Esto implica un incremento medio anual de 16.843 personas mayores. El índice de cobertura ha ganado casi dos puntos y su precio público se ha elevado en 4,16 euros/hora

El perfil del usuario sigue siendo predominantemente femenino, aunque menos envejecido (tabla 7). De acuerdo con los datos disponibles, las mujeres representan el 64% de los usuarios, mientras que las personas mayores de 80 años representan el 52%. La media nacional de edad del usuario oscila entre los 71 años de la Ciudad Autónoma de Melilla y los 84 de Navarra, Cantabria y La Rioja, situándose la media nacional en torno a los 80. En Andalucía corresponde también a los 80.

**Tabla 7.** Servicio Público de Ayuda a Domicilio. Otras características

ÁMBITO TERRITORIAL	USUARIOS	% MUJERES	%80 Y +AÑOS	% MUJERES 80 Y+AÑOS	% VIVEN SOLOS	% CUIDADOS	% TAREAS DOMÉSTICAS	EDAD MEDIA
Andalucía	65.096	58	42	26	22	60	40	80
España	382.575	64	52	39	30	59	41	80

Cada usuario recibe de media casi 20 horas de atención al mes (18,90), de las que el 60%, 11,4 horas, se dedican a cuidados personales y el resto a tareas domésticas. Esto supone una dedicación de horas anuales del SAD de más de setenta y un millones y medio (71.866.200,16). Andalucía es la que ofrece una mayor intensidad horaria, con casi 36 horas mensuales de atención (tabla 8).

**Tabla 8.** Servicio Público de Ayuda a domicilio. España y Andalucía. Horas dispensadas e intensidad horaria

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº HORAS DISPENSADAS AÑO	INTENSIDAD HORARIA (MES) (TAREAS+CUIDADOS)	INTENSIDAD HORARIA (MES) (CUIDADOS PERSONALES)
Andalucía	19.787.542,00	35,86	21,2
España	71.866.200,16	18,90	11,4

Cabe destacar como desde la aprobación de la LAPAD, las comunidades autónomas y municipios vienen realizando un esfuerzo no sólo en incrementar el número de horas de atención que ofrecen a los usuarios del SAD, sino que, siguiendo las directrices de la Ley, esta atención vaya dedicada mayoritariamente a los cuidados personales. A 31 de diciembre de 2011, el precio público medio en España era de 13,66 €/hora, oscilando entre los 6,18 €/hora de Extremadura y los 26,00 €/hora de Melilla, en Andalucía la cifra es de 13,18 euros (tabla 9).

**Tabla 9.** Precio Público del SAD. España y Andalucía. 31/12/211

ÁMBITO TERRITORIAL	PRECIO PÚBLICO HORA/USUARIO €	PRECIO PÚBLICO MENSUAL/USUARIO €
Andalucía	13,18€	472,58€
España promedio	13,66€	258,81€

#### 2.3.4.2. Servicio de Teleasistencia

El servicio de teleasistencia consiste en un dispositivo instalado en el domicilio del beneficiario, que permite enviar una señal de alarma que identifica una central de atención, y que inmediatamente a través de profesionales de dicho centro, establecen contacto telefónico con el beneficiario, durante las 24h, y si lo requiere, envían ayuda urgente al domicilio.

Tiene como objetivo la permanencia en el domicilio de las personas dependientes asegurando la intervención inmediata en situación de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento, mejorando así su autonomía y calidad de vida.

Se analiza a continuación los datos que se recogen en el Informe realizado por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO de 2011 <sup>(67)</sup>.

El Servicio de Teleasistencia ha experimentado un importante crecimiento en la última década. Si en 2000 el número de usuarios era de 79.267, a 31 de diciembre de 2011, esta cifra se ha multiplicado por más de ocho hasta alcanzar los 692.462 usuarios en el territorio nacional. El índice de cobertura se ha incrementado en más de siete puntos, de 1,13, en 2000, a 8,42 en 2011.

La tabla 10 recoge las principales magnitudes del Servicio de Teleasistencia a 31 de diciembre de 2011. Como se ha comentado, a esta fecha, se beneficiaban del mismo 692.462 mayores de 65 años. Madrid, Andalucía y Cataluña concentraban el 65% de los usuarios de España y eran los que contaban con un número mayor de ellos, con un total de 451.161 personas mayores atendidas. Se aprecia una importante disparidad entre los índices de coberturas, oscilando entre 0,82 de Galicia y 16,06 de Madrid.

**Tabla 10.** Servicio Público de Teleasistencia en España y Andalucía, número de usuarios atendidos, índice de cobertura (\*), perfil usuario y precio unitario 31 de diciembre de 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	POBLACIÓN≥65 AÑOS (1/1/2012)	Nº USUARIOS ATENDIDOS	ÍNDICE DE COBERTURA	Nº DE APARATOS	% MUJERES	%80 + AÑOS	% VIVEN SOLOS	EDAD MEDIA	PRECIO PÚBLICO €/AÑO/USUARIO
Andalucía	1.302.352	155.446	11,94	152.575	79%	58%	50%	81	287,25 €
España	8.221.047	692.462	8,42	564.913	70%	62%	57%	81	287,25 €

(\*) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100

Si se observa el perfil del usuario, la mayoría de los beneficiarios del servicio de teleasistencia son mujeres y personas muy mayores. Así, las mujeres representan el 70% del total y las personas que superan los 80 años, el 62,43%, siendo el 56,83% del total personas mayores que viven solas. En concreto, la edad media del usuario se sitúa en los 81 años, oscilando en casi todo el territorio español entre los 72 años en la Ciudad Autónoma de Ceuta y los 85 del Principado de Asturias.

En cuanto al precio público, se sitúa en 287,25 euros anuales por usuario. Las comunidades autónomas con un precio público más bajo son la Comunidad Foral de Navarra, Castilla-La Mancha y Castilla y León, cuyos precios públicos son inferiores a los doscientos euros anuales. Por su parte, Cantabria, con 576,34 €/año, es la comunidad

con un precio más elevado. Las disparidades en los precios reflejan, en muchos casos, diferencias entre prestaciones.

La cuantía de la tarifa a aportar por el interesado en la Comunidad Andaluza está fijada en dieciocho euros mensuales por Resolución de 15 de marzo de 2002 (BOJA núm. 44, de 16 de abril). Con bonificaciones a aplicar a la citada tarifa del 100% (exentos de pago): personas de 80 años o más, cualquiera que fuese su capacidad económica y personas menores de 80 años con capacidad económica inferior al 75% del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples) y del 80% (aportación de 3,60 euros) a personas menores de 80 años con capacidad económica igual o superior al 75% del IPREM.

Referente al territorio nacional, no se dispone de datos de la aportación económica de la persona usuaria en todas las comunidades autónomas, con la información facilitada se obtiene un promedio del 27,37% del precio del servicio que es abonado por el propio usuario. No obstante, este servicio es gratuito en Cantabria y Castilla-La Mancha. La teleasistencia puede ir acompañada de otros servicios y dispositivos, como telealarma, detector de humos, etc.

#### **2.3.4.3. Ayudas Técnicas:**

Las ayudas técnicas se han convertido en un importante aliado tanto del paciente como del cuidador y familia para facilitar el mantenimiento en el domicilio de la persona discapacitada o persona mayor en unas condiciones óptimas de bienestar.

Son dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían realizarlas o requerirían de un mayor esfuerzo para ello.

Cada Comunidad Autónoma elabora el catálogo de prestaciones ortoprotésicas y decide qué productos serán de financiación pública o financiación directa. Dependiente del IMSERSO, el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) se crea en Madrid mediante la Orden Ministerial de 7 de abril de 1989. Estos centros son elementos claves para la promoción, intercambio de conocimientos,



formación de profesionales y prestación de servicios de una alta cualificación, y tienen un ámbito de aplicación estatal.

Actualmente existen delegaciones en Albacete, La Rioja, Cádiz y Salamanca. En las CCAA existen centros autonómicos que, en estrecha coordinación con el CEAPAT, ofrecen información y asesoramiento en ayudas técnicas. Además cuenta con una red nacional de 64 centros de asesoramiento e información (CAI) coordinada por el CEAPAT. Estos centros son de características heterogéneas: centros de rehabilitación, asociaciones, centros de investigación, colegios profesionales, etc.

El CEAPAT se organiza en áreas de trabajo y cuenta con un equipo interprofesional compuesto por técnicos de los campos de la Arquitectura, Ingeniería, Psicología, Logopedia, Terapia Ocupacional, Documentación, Informática, Personal de Talleres y de Administración. Dispone de un catálogo de productos de apoyo en línea que recopila información sobre productos de las tecnologías de apoyo (o ayudas técnicas) que se fabrican o distribuyen en España, así como los datos de contacto de las entidades que los comercializan.

### **2.3.5 Institucionalización**

Hablar de institucionalización supone hablar de aquellas situaciones en las que los individuos ingresan para vivir en residencias, donde recibirán una atención especializada.

El ingreso en centros residenciales de atención responde, según Rojas Ocaña et al.<sup>(68)</sup>, a los problemas que padecen las personas de edad avanzada que viven solas, que no tienen soporte familiar, o que de manera voluntaria deciden irse a un centro de estas características. La evidencia menciona que del año 2003 al 2009 la población admitida en unidades de larga estancia presentaba un peor estado funcional y una mayor complejidad clínica, con un grado similar de deterioro cognitivo y unos diagnósticos clínicos similares<sup>(69)</sup>.

Con relación a la población institucionalizada o que vive en Residencias, en España, de acuerdo con los datos facilitados por el censo, el 1,2% de los mayores de 65 años viven en estas instituciones.

En Europa el volumen de personas mayores institucionalizadas varía desde valores superiores al 4% en Bélgica, Francia, Luxemburgo o Países Bajos, hasta porcentajes inferiores al 1% en Bulgaria, Grecia, Lituania, Polonia o Rumanía.

El doble de mujeres que de hombres viven en este tipo de Residencias. En lo que respecta a la edad, a mayor edad aumenta la proporción de personas mayores en Residencias. En España el número de mayores institucionalizados pasa de un 1,5% en el grupo de edad de 75 a 84 años a un 4,6% entre los que superan los 85 años. La edad y ser mujer aumentan la probabilidad de institucionalización de ancianos<sup>(70)</sup>.

Los centros residenciales han experimentado un importante incremento en la última década. En el año 2000 había en España 215.156 plazas distribuidas en 4.158 centros, lo que suponía que un 3,06% de la población mayor de 65 años disponía de una de estas plazas residenciales. A 31 de diciembre de 2011 el número de plazas ascendió a 372.628, lo que implica que, desde diciembre de 2001, se ha producido un incremento medio anual de 14.316 plazas. Por su parte, en el mismo año, el número de centros residenciales era de 5.418 y el índice de cobertura es de 4,53. El crecimiento del número de plazas en estos diez años fue muy significativo, pues supuso un incremento del 73%, aumento muy superior al experimentado por la población de 65 y más años, que lo ha hecho un 17%.

La distribución de las plazas en los centros residenciales también ha experimentado cambios en estos últimos años. Se aprecia un incremento significativo de las plazas de financiación pública, especialmente las concertadas, que en 2000 suponía un 16% y en 2011 ascendió a 29%. Por su parte, las plazas de financiación privada han descendido del 58% al 46%.

En cuanto a la titularidad de los centros residenciales, de los 5.418, 1.304 son públicos, lo que significa que en uno de cada cuatro su titular es una administración

pública. Se estima el número de usuarios en centros residenciales en 269.659. El perfil de los usuarios se caracteriza por ser femenino y longevo (Tabla 11).

Se puede decir que los usuarios de centros residenciales son, en su mayoría, personas de edad avanzada, pues el 66% sobrepasa los 80 años y su edad media se sitúa en torno a los 81 años. En cuanto al promedio de edad de ingreso es de 82 años, siendo más elevada entre las mujeres, en torno a los 83 años, que entre los hombres, que está en los 80 años. El 66% de los usuarios son mujeres, además, un 47% del total de usuarios, además de ser una mujer, tiene más de 80 años; el 71% son personas en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriátrica.

**Tabla 11.** Centros Residenciales en España. Número de usuarios y perfil del usuario. 31 de diciembre de 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL USUARIOS	%USUARIOS >80 AÑOS	%USUARIAS MUJERES	%USUARIAS MUJERES>80	%USUARIOS DEPENDIENT.	%USUARIOS PSICOGERIÁT.	EDAD MEDIA USUARIO	EDAD DE INGRESO		
								Media	Mujeres	Hombres
Andalucía	35.000	66%	66%	47%	71%	24%	82	81	83	80
España	269.659	66%	66%	47%	71%	24%	82	81	83	80

Existen diferentes modalidades de atención residencial, que, por su pertinencia con la presente tesis, se pasan a describir a continuación <sup>(29)</sup>.

### **2.3.5.1. Servicios de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia.**

Son Centros Residenciales para personas mayores, los centros de carácter social que, como sustitución del hogar familiar, ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral, de conformidad con lo dispuesto en la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 5 de noviembre de 2007<sup>(71)</sup>.

Las personas beneficiarias del Servicio de Atención Residencial tienen garantizadas las siguientes prestaciones: atención a la salud, estimulación de las capacidades biopsicosociales y ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Tal y como establece la Orden antes mencionada los centros deberán ofrecer los siguientes servicios: alojamiento, seguimiento sanitario, medidas higiénico-sanitarias, ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, lavandería, atención social individual, grupal y comunitaria, atención social familiar y comunicación con el exterior. Estos servicios se adecuarán a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia en función de su grado y nivel.

En cuanto a las posibles personas destinatarias del Servicio de Atención Residencial, se trataría de personas reconocidas en situación de dependencia en Grado III (Gran Dependencia) o Grado II (Dependencia Severa) en cualquiera de sus niveles.

La participación de la persona en el coste del Servicio de Atención Residencial en el supuesto de centros para personas mayores se rige por la normativa previa a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia), en la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 30 de agosto de 1996<sup>(72)</sup>.

A estos efectos deberán tenerse en cuenta las siguientes cuestiones: Las personas usuarias participarán en la financiación de las plazas mediante la aportación de una cantidad que no podrá sobrepasar el 90% del coste del servicio establecido, y cada persona usuaria deberá abonar directamente al centro el 75% sobre el total de sus ingresos líquidos anuales, excluidas, en su caso, las pagas extraordinarias.

La mayoría de los centros residenciales disponen de **Unidades de Respiro**, un número limitado de plazas para el Programa de Respiro Familiar, destinado a colaborar con las familias cuidadoras de personas con discapacidad dependientes, a las que se presta apoyo mediante un servicio residencial de duración variable, en periodos que oscilan entre veinticuatro horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivo de descanso, enfermedad u hospitalización de la persona cuidadora, emergencias y otras circunstancias análogas.

En función del grado de dependencia de la persona existen dos modalidades de respiro familiar: para personas con discapacidad gravemente afectadas y para personas con menor nivel de dependencia.

### **2.3.5.2. Servicios de Centro de Día/ de Noche para Personas Dependientes**

El Servicio de Centro de Día y Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores/as.

Los Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación, o atención asistencial personal. Del mismo modo con la prescripción de este Servicio, por ser servicios de carácter diurno, se evita el desarraigo que puede suponer el internamiento de la persona beneficiaria en un centro residencial.

Así mismo está destinado a personas mayores de 65 años en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles y debe poseer apoyo familiar suficiente que garantice la permanencia en el entorno habitual y encontrarse en situación de dependencia que no precise permanecer en cama.

El programa de estancia diurna garantizará una asistencia mínima en los centros de 39 horas semanales, 5 días a la semana y 11 meses al año.

En los centros de día, se aprecia un perfil del usuario en consonancia con el que se puede observar en otros servicios sociales. Se caracteriza por un predominio de mujeres, que representan el 66%, y de personas de 80 y más años (59%). Combinando ambas variables, se obtiene un 41% de mujeres mayores de ochenta años. Asimismo, el 33% es una persona que recibe atención psicogerítrica (Tabla 12).

**Tabla 12.** Centros de Día para personas mayores Dependientes en España. Perfil del usuario.31 de diciembre de 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL USUARIOS	%USUARIOS 80+ AÑOS	%USUARIAS MUJERES	%USUARIAS MUJERES 80+	%USUARIOS PSICOGERIÁTRICOS	EDAD MEDIA USUARIO
Andalucía	7.483	58%	72%	44%	32%	80
España	69.510	59%	66%	41%	33%	81

El precio público de una plaza en centro de día es, a nivel estatal, de 8.271,70 euros anuales. Si se trata del precio de concertación de plaza dependiente, se sitúa en 9.707,39 €/año, y a 9.698,26 €/año el precio de concertación de una plaza psicogerítrica. En la comunidad andaluza los precios son fijos (Tabla 13).

En cuanto la aportación del usuario al precio de la plaza, se sitúa en torno al 27% a nivel estatal, y en Andalucía el 29,13% (Tabla 13).

**Tabla 13.** Centros de día para personas Dependientes en España Coste y financiación de plazas. 31 de diciembre de 2011.

ÁMBITO TERRITORIAL	PRECIO PÚBLICO PLAZA DEPENDIENTE €/AÑO	APORTACIÓN ECONÓMICA DE LA PERSONA USUARIA	PRECIO CONCERTADO PLAZA DEPENDIENTE €/AÑO	PRECIO CONCERTADO PLAZA PSICOG. €/AÑO
Andalucía	10.460,90 €	29,13%	10.460,90 €	10.460,90 €
España	8.271,70 €	27,21%	9.707,39 €	9.698,26 €

### 2.3.5.3. Servicios de Centro de Día para personas con discapacidad.

Son Centros de Día, los destinados a la atención de personas que por su discapacidad no pueden integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, o que por su gravedad, requiriendo de atención continuada, no pueden ser atendidos por su unidad de convivencia durante el día, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día, modificado parcialmente por el Decreto 536/2008, de 30 de diciembre y atendiendo a lo dispuesto en la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 5 de mayo de 2009, por la que se establecen las tarifas y se regula la aportación de las personas con discapacidad concertados y conveniados con la Consejería.

### 2.3.5.4. Viviendas para Mayores

Las viviendas para mayores incluyen los pisos tutelados, las viviendas y apartamentos para mayores, etc. Para diferenciarlas de los centros residenciales, se entiende por vivienda para mayores los centros que tienen quince o menos plazas. Aunque todavía constituyen un tipo de servicios poco extendido, al representar sólo el 3% de las plazas respecto a los centros residenciales, se están extendiendo cada vez más, al permitir a los mayores vivir en ambientes más familiares y con mayor similitud a sus hogares (Tabla 14). A 31 de diciembre de 2011, la oferta de plazas en viviendas para mayores ascendía a 10.416.

**Tabla 14.** Plazas en Centros, Viviendas y Servicios Residenciales

ÁMBITO TERRITORIAL	POBLACIÓN $\geq$ 65 01/01/2012	Nº DE PLAZAS EN CENTROS RESIDENCIALES (A)	Nº DE PLAZAS EN VIVIENDAS PARA PARA MAYORES (B)	Nº TOTAL DE PLAZAS EN SERVICIOS RESIDENCIALES (A+B)	IND. COBERTURA TOTAL PLAZAS SERV. RESIDENCIALES
Andalucía	1.302.352	44.071	563	44.634	3,43
España	8.221.047	372.628	10.416	383.044	4,66



## 2.4. Visita Domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria

### 2.4.1. Introducción

Entre las diferentes modalidades de atención que se ofrecen desde el sector salud, la atención domiciliaria ha experimentado un incremento importante durante la pasada década. Este aumento de la actividad no sólo ha repercutido en una mayor intensidad del servicio (nº de visitas/paciente) sino también en una mejora de la cobertura de la población.

Actualmente la atención domiciliaria dirigida a personas inmovilizadas se lleva a cabo por los equipos de atención primaria (médicos generales y de familia, enfermeras y trabajadoras sociales).

La visita domiciliaria es una actividad compleja, ya que debe abordar diversos aspectos como la valoración de las necesidades de la persona, del cuidador y familia, el establecimiento de relaciones de colaboración entre el equipo de salud y el grupo familiar, y el fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado de su propia salud.

La visita domiciliaria se planificará teniendo en cuenta:

- El trabajo interdisciplinario.
- La coordinación entre niveles asistenciales.
- La movilización de recursos disponibles.
- La relación de ayuda y la educación.

Las actividades que se llevan a cabo van a depender del grado de dependencia de la persona, de la patología que presente, de las características de la familia que le cuida y de los recursos con que ésta cuenta.

Aunque no existe un consenso generalizado de los contenidos y metodología de la visita domiciliaria, hay propuestas <sup>(73)</sup>, que estructuran la visita domiciliaria en una serie de etapas y contenidos para que esta sea eficaz.

En general, durante los últimos años, se han incorporado mejoras en la atención domiciliaria entre las cuales merece la pena destacar<sup>(74)</sup>:

- *Estandarización de la práctica.* Puede reconocerse una tendencia general a utilizar escalas de valoración validadas y protocolos o guías, consensuadas entre los profesionales, para la toma de decisiones clínica.
- *Nuevo enfoque de la atención.* Frente al tradicional enfoque de la atención, orientado a la enfermedad, numerosos equipos empiezan a centrar su intervención en los problemas que generan dependencia (problemas de discapacidad funcional, afrontamiento etc) y en la capacidad de autocuidado del paciente y de la red familiar para hacer frente a la situación.
- *Incremento del nivel tecnológico de los servicios.* Entre las estrategias para acortar las estancias hospitalarias numerosas instituciones han puesto en marcha programas de hospitalización domiciliaria, que ofrecen servicios de nivel tecnológico e intensidad de cuidados parecidos a los del hospital.
- *Nuevas estructuras para la atención domiciliaria.* Se han desarrollado estructuras complementarias de apoyo a las de los equipos de atención primaria, tendentes a la ampliación y mejora de la capacidad de resolución de los servicios.
- *Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial.* La coordinación entre los diferentes niveles y recursos necesarios para la atención domiciliaria ha sido uno de los principales retos a asumir para garantizar la efectividad del servicio. Durante los últimos años se han desarrollado diferentes sistemas de gestión de casos orientados a mejorar la coordinación entre los niveles primario y especializado y entre los sectores sanitario y social, como es el caso de las Enfermeras Gestoras de Casos, tanto Comunitarias como Hospitalarias.

Sin embargo, considerando la previsible evolución de los factores que han contribuido al aumento y diversificación de la oferta de cuidados domiciliarios será necesario incorporar cambios en la atención domiciliaria que permitan la adecuación a las demandas y necesidades futuras.

#### **2.4.2. La Enfermera de Atención Primaria**

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en el art.7.2, recoge que: *“Corresponde a las enfermeras la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*.

Para llegar a esta definición, la disciplina enfermera ha pasado por diferentes momentos a lo largo de la historia. Existe un amplio consenso en considerar el nacimiento de la enfermería moderna en la mitad del siglo XIX de la mano de Florence Nightingale, que concibió a la nueva profesional no solo como cuidadora en el ámbito hospitalario, sino como promotora de salud en la comunidad.

En España, entre 1952 y 1977 la formación de enfermería, llamada Ayudante Técnico Sanitario -ATS- se orientó para dar soporte a la medicina y se basaba en enfermedades y técnicas.

A partir de 1977 los estudios de enfermería se integraron en la Universidad recuperando el término de enfermera –Diplomatura en Enfermería-. El nuevo curriculum, claramente orientado hacia un nuevo modelo de salud y hacia una visión integral del ser humano, incluía materias tan ligadas a la actividad comunitaria como a la salud pública, geriatría, administración, educación sanitaria, ciencias de la conducta, etc.

A partir de ese momento coincidieron una serie de circunstancias que hicieron que las enfermeras desarrollaran un rol autónomo, cuyo embrión en atención primaria fueron las consultas de enfermería, que sirvió para el posterior desarrollo de la profesión. Dentro de esas circunstancias se destaca en 1978 la conferencia de Alma-Ata para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud que, al coincidir con el proceso de democratización en España, tuvo una influencia decisiva en las propuestas políticas de transformación del antiguo modelo de Seguridad Social; como el Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, la Ley General de Sanidad de 1986, y en la comunidad andaluza con el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la

estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Todo ello ha supuesto una evolución sustancial en las funciones de la enfermera de Atención Primaria, que están clasificadas en:

- Clínico–Asistencial: Promoción de cuidados, cuidados en prevención y cuidados en rehabilitación.
  - Atención Directa en centro y domicilio a personas y familias:
    - Consulta a demanda
    - Consulta concertada
    - Atención Urgente
  - Educación para la Salud grupal
  - Participación Comunitaria
- Gestión de Casos
- Formación: pregrado, postgrado y continuada
- Investigación
- Gestión y Organización.

En el Equipo de la Atención Primaria, la atención enfermera se centra en liderar los procesos asistenciales y de gestión tanto de recursos como del conocimiento relacionado con el cuidado y la dependencia de los cuidados, garantizando una respuesta a las necesidades de cuidados de la población con suficiente independencia y responsabilidad, pero a la vez coordinada con el resto de profesionales del EBAP, lo que reportará al ciudadano una atención integral y continuada.

El ámbito de actuación de la enfermera en el medio comunitario es a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. El espacio físico donde desarrolla sus actividades es dentro del centro de salud y fuera, como los domicilios, centros

educativos y laborales, instituciones sociosanitarias, y en general en el medio comunitario.

Los objetivos generales de la enfermera de AP son: hacer al individuo (y/o familia) el primer responsable de su salud; proveerle de la información necesaria mediante la educación para la salud y capacitarlo en su propio autocuidado.

La cartera de servicios de la enfermera de AP incluye:

- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:
  - Control de constantes vitales (Tra, TA, FC...) Somatometría (peso, talla, IMC, perímetro cefálico, PA...)
  - Toma y recogida de muestras (citología vaginal, recogida de orina, heces, esputos, sangre, exudados..)
  - Detección de alteraciones en orina (tira reactiva)
  - Detección de alteración en la glucemia
  - Detección temprana de metabolopatías
  - Pruebas funcionales (ECG, Espirometría)
  - Estado de la función vascular (pulsioximetría, Doppler vascular, Hollter de TA)
  - Detección de contacto TBC (Mantoux)
  - Administración de medicamentos (nebulización aerosolterapia, sc, im, iv, vo,vr...)
  - Inmunoterapia (vacunas infantiles, del adulto, extractos hiposensibilizantes)
  - Cirugía Menor (suturas, drenajes, ..)
  - Cuidado y tratamiento de heridas, quemaduras, úlceras)
  - Sondajes (vesical, rectal, nasogástrico)
  - Lavado vesical
  - Nutrición enteral
  - Limpieza de vías respiratorias (aspiración de secreciones)
  - Inmovilizaciones terapéuticas (vendajes, férulas, sujeciones)

- Extracción tapones de cerumen
  - Resolución de epistaxis
  - Extracción de cuerpos extraños
  - Cuidados del catéter venoso central
  - Canalización de vías periféricas
  - Reanimación cardiopulmonar
  - ...
- Control y seguimiento de programas y procesos:
    - Niño:
      - Visita Puerperal Infantil
      - Control del Niño Sano
      - Atención temprana
      - Asma infantil
      - Otros procesos crónicos
      - Programa Vacunación Andaluz (PVA)
    - Mujer:
      - Embarazo/Puerperio
      - Educación Maternal
      - Planificación Familiar
      - Climaterio
      - Incontinencia Urinaria
      - Violencia de Género
    - Adulto:
      - Diabetes
      - HTA
      - EPOC. Asma
      - Polimedicados

- Obesidad (Consejo Dietético)
  - Dislipemias
  - Examen de Salud Mayores de 65 años
  - Fumadores
  - Cuidadoras Principales
  - Otros (VIH+, TBC)
- Anciano:
    - Inmovilizado
    - Frágil
    - Dependiente
    - Institucionalizado
    - Riesgo Social
  - Comunidad:
    - Forma Joven
    - Salud Escolar
    - Talleres en colegios
    - Talleres en centros
    - Talleres a Cuidadoras Principales
- Actividades de promoción/prevención
  - Atención paliativa a enfermos terminales.
  - Atención a la salud mental.
  - Atención a la salud bucodental.
  - Rehabilitación básica.
  - Actividades de información y vigilancia

### **2.4.3. Etapas de la visita domiciliaria de la enfermera de Atención Primaria**

#### **2.4.3.1. Preparación de la visita:**

- Cuando un paciente es incluido en visita domiciliaria, se debe concertar el día y hora en el que se realizará la visita a domicilio con el paciente/cuidador/familia, con el fin de evitar visitas inoportunas, y que estén preparados para la visita, a la vez que asegurar que estén en casa.
- Si el paciente es usuario del centro de salud se consulta su historia clínica para recoger la información sanitaria, social y familiar relevante.
- Planificar la visita elaborando un sencillo documento en el que se detalle el motivo de la visita y el objetivo.
- Prepara el material que se va a necesitar (folletos de salud, esfigomanómetro, material de curas, etc.).

#### **2.4.3.2. Presentación en el domicilio:**

- Si es la primera vez, es fundamental presentarse, decir a qué institución se pertenece y cuál es el motivo de la visita. El éxito de las intervenciones posteriores dependerá de la cordialidad e interés que demuestre el profesional en esta primera visita.
- Se informará del programa de atención domiciliaria y de la cartera de servicios que incluye (actividades preventivas, programa vacunal, seguimiento patologías crónicas, etc.), de la periodicidad de las visitas a domicilio y de los profesionales sanitarios que le atenderán.
- En caso de rechazo de la inclusión en el programa de atención domiciliaria hay que preguntar por los motivos y asegurarse que tienen cubiertas sus necesidades sanitarias y/o sociales con otros dispositivos privados.

#### **2.4.3.3. Procedimiento. Proceso Enfermero**

En la visita domiciliaria, al igual que en cualquier ámbito asistencial donde trabaja la enfermera, ésta utiliza, en la resolución de los problemas de cuidados, una sistemática (metodología científica propia de su disciplina), conocida como el Proceso Enfermero.



El Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es definido por Alfaro <sup>(75)</sup> como “un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El Proceso Enfermero consta de cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Cada una de estas fases se relacionan entre sí, y aunque el estudio de cada una de ellas se realice por separado, esto sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica asistencial estas fases se superponen. Cada una de estas fases depende de la anterior y condiciona a la siguiente.

#### **2.4.3.3.1. Valoración:**

##### **A. Valoración Geriátrica Integral (VGI)**

En esta etapa la información que se recoge incluye datos sobre la persona a la que se le presta la atención, sobre el cuidador, grupo familiar, condiciones del domicilio y entorno próximo:

- *De la Persona:*
  - Se valorarán las capacidades y limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas, siguiendo el modelo enfermero adoptado por la institución (V. Henderson, M. Gordon...).
  - Realización de la Valoración Geriátrica integral (VGI) en colaboración con los profesionales sanitarios responsables de la atención de la persona (médico y trabajador social). Para realizar la VGI, además de realizar la valoración con un modelo enfermero, se utilizarán escalas o instrumentos de valoración específicos <sup>(76-77)</sup>, éstas tienen como característica común que permiten completar la evaluación clínica, incrementan la sensibilidad diagnóstica,

monitorizan y evalúan los cambios en el tiempo, y permiten cuantificar el grado de deterioro de la persona.

- Comprobación del cumplimiento del tratamiento y como está la salud del paciente, si mejor, igual o peor, con el fin de hacer una interconsulta con el médico de familia.
- Identificar posibles riesgos sociales, con el fin de hacer una interconsulta con el trabajador social del equipo de salud o de los servicios sociales.
- Educación sanitaria sobre la enfermedad y el plan terapéutico para potenciar su autonomía y corresponsabilidad.

- *Del Cuidador*

- En primer lugar se identificará al cuidador principal, responsable de los cuidados del paciente, y las personas que intervienen en la prestación de cuidados, informales o profesionales.
- Se preguntará al cuidador principal por las actividades que realiza para cuidar al paciente y como dicho cuidado afecta para la satisfacción de sus propias necesidades. Se recomienda realizar la VGI al cuidador principal (habitualmente mujer/hombre del cuidado) y valorar la sobrecarga del cuidador.
- Se valorarán las actitudes, conocimientos y habilidades para la realización de los cuidados que precisa el paciente.
- Educación sanitaria sobre la enfermedad y cuidados necesarios.
- Apoyo al cuidador e interconsulta con el trabajador social del equipo de salud o de los servicios sociales para la información y coordinación, en caso necesario, de servicios de ayuda a domicilio, centros de día o programas de estancias temporales para personas con dependencia.

- *De la Familia*
  - Se valorará la estructura y dinámica familiar, tipo de familia y etapa del ciclo vital familiar.
  - Se identificarán las tareas básicas de la familia en función de la etapa familiar.
  - Se preguntará por los recursos económicos y humanos disponibles para hacer frente a la situación de dependencia del familiar y al soporte del cuidador principal.
  - Se ofrecerá educación sanitaria sobre la enfermedad y cuidados necesarios.
  - Al finalizar la valoración familiar el profesional identificará los problemas más importantes y que se deben abordar en primer lugar.
  
- *Del Entorno próximo y domicilio*
  - Se valorará en qué medida las condiciones del entorno facilitan o dificultan la satisfacción de las necesidades de las personas que viven allí (existencia de barreras arquitectónicas tanto de acceso a la vivienda como en el interior, equipamiento básico: agua, baño, teléfono, calefacción y condiciones de higiene del domicilio).
  - En la valoración del domicilio se identificarán los factores principales que provocan accidentes en el domicilio en las personas mayores (personales como las pérdidas visuales, olfativas, movilización, fármacos, etc.; equipamientos como estufas de llama viva, dispositivos eléctricos en mal estado, etc.; o por malos hábitos como obstrucción de la rejillas del gas, fumar en la cama, etc.). Los consejos irán dirigidos a la obtención de un domicilio seguro, adaptado a las capacidades de la persona, y cómodo para el cuidador, que le ayude en la realización de los cuidados<sup>(75)</sup>.

## B. Modelos de Valoración de Cuidados

- Virginia Henderson, 14 Necesidades Básicas <sup>(78)</sup>

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (es independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (es dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

En cada necesidad se explorarán los problemas, signos y síntomas relacionados con la misma, y sobre todo la autonomía o dependencia para poder ser satisfecha, en la siguiente tabla se expone algunos aspectos de la valoración de cada necesidad:

**Tabla 15.** Necesidades Básicas. Modelo Virginia Henderson

NECESIDAD BÁSICA	VALORACIÓN
Respirar	Trastornos y cambios Hábito tabáquico
Nutrición	Estado nutricional-dieta equilibrada IMC Peso/talla Ingesta hídrica Problemas dentales
Eliminación	Urinaria: Incontinencia Fecal: estreñimiento
Moverse	Ejercicio físico Equilibrio y marcha Problemas podológicos
Descanso y sueño	Insomnio Calidad del sueño Medicación
Vestirse y desvestirse	Aspecto corporal: ropa y calzado Autonomía
Temperatura corporal	Frío-calor / Casa adecuada
Higiene y piel	Lesiones en piel y boca Hábitos higiénicos
Evitar peligros	Riesgo de caídas y accidentes Consumo de fármacos Inmunizaciones Hábitos tóxicos Dolor
Comunicarse	Déficit sensoriales Orientación y lenguaje Relaciones y familia / Cuidador
Creencias	Satisfacción con su vida previa Espiritualidad
Realizarse	Autoestima. Actividad laboral
Actividades recreativas	Aficiones y ocio
Aprender	Estímulos intelectuales y de aprendizaje

- Marjorie Gordon, Patrones Funcionales <sup>(79)</sup>

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

**Patrón 1:**

Correspondiente a la percepción y manejo de salud hace referencia a cómo percibe el individuo su salud y bienestar, además evalúa las prácticas preventivas que realiza el paciente, es decir este patrón analiza básicamente la percepción de salud del paciente y las practicas que pueden prevenir enfermedades (como aseo personal, evitación de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción etc.).

**Patrón 2:**

Evalúa la parte nutricional y metabólica del paciente, es decir evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas. Este patrón explora a través de preguntas y observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos del paciente.

**Patrón 3:**

Eliminación: Describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel, al igual que todos los aspectos que tienen que ver con ella; rutinas personales y características de las excreciones.

**Patrón 4:**

Actividad - Ejercicio: Se refiere a las habilidades y capacidades de movilidad autónoma y actividad para la realización de ejercicios del individuo, este ítem también estudia las costumbres de ocio y recreo del paciente.

**Patrón 5:**

Sueño - Descanso: Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día que tiene un individuo; al igual que evalúa las formas y costumbres que tiene el paciente para conciliar el sueño.

**Patrón 6:**

Cognitivo - Perceptual: Se refiere a las capacidades sensorio perceptuales y cognitivas del paciente, a que las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas sean adecuadas, comprobando si existe alguna prótesis, sea auditiva o dental, o lentes de algún tipo. En el caso de los demás sentidos se evalúa la sensibilidad al frío, al calor y a los olores.

Este ítem estudia y/o determina si existe dolor al igual que comprueba las capacidades cognitivas relativas a la memoria y el lenguaje.

**Patrón 7:**

Auto percepción - Auto concepto: Este patrón se refiere a como se ve a si mismo el paciente, es decir que piensa de su imagen corporal, como percibe que lo ven los demás; evalúa la identidad del paciente al igual que las manifestaciones de lenguaje ya sea verbal o no verbal.

**Patrón 8:**

Rol - Relaciones: Se valoran las relaciones de la persona a cuidar con el resto de personas que le rodean, también se valora el papel que ocupan en la sociedad y las actividades que realizan; además evalúa el rol que desempeña el paciente dentro de su núcleo familiar buscando analizar las obligaciones que este debe asumir dentro de su familia.

**Patrón 9:**

Sexualidad - Reproducción: Se valora en las mujeres la edad de inicio de la menstruación, períodos regulares, dolores, métodos anticonceptivos, embarazos, gestaciones, abortos, pérdidas de la libido, menopausia, antecedentes de cánceres de mama. En los hombres se valoran los métodos anticonceptivos, antecedentes de torsión testicular, problemas prostáticos, de impotencia; además este ítem busca valorar los patrones de satisfacción con la sexualidad y aspectos relacionados.



### **Patrón 10:**

Adaptación - Tolerancia: Este patrón evalúa los niveles de adaptación y tolerancia de la persona a cuidar al estrés, lo cual incluye la capacidad de resistirse a amenazas hacia la propia integridad, formas de manejo del estrés, sistemas de apoyo familiares o individuales, todo siempre enfocado a la capacidad que se percibe que tiene el paciente para manejar ciertas situaciones.

### **Patrón 11:**

Valores- Creencias: En él se incluyen los valores más importantes que rigen la vida de la persona, como sentido de responsabilidad, el respeto, el compañerismo, la familia; aparte evalúa las creencias espirituales como las creencias de cada individuo y las expectativas que estas generan ligadas a la salud.

### **C. Escalas de valoración:**

- Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)<sup>(80)</sup>:

Una de las escalas más utilizadas para la valoración de las ABVD, entendiendo como tales el conjunto de actividades primarias de la persona encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros, es el índice de Barthel<sup>(81)</sup>.

- **El Índice de Barthel** consta de 10 ítems: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, subir y/o bajar escalones.

Cada ítem tiene posibles respuestas: si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia o no lo realiza, y recibe una puntuación de 0, 5, 10 ó 15, según la actividad valorada. Puntuación de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Los resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.

- Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
- Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
- Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.

Presenta gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular <sup>(78)</sup>.

- Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Las actividades instrumentales de la vida diaria, son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social <sup>(82)</sup>.

Son actividades más complejas que las Actividades Básicas y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, se asocian tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y también implican interacciones difíciles con el medio.

La escala más utilizada para la valoración de las AIVD es la escala de Lawton y Brody <sup>(83)</sup>.

- **El Índice de Lawton y Brody**, está elaborado específicamente para su uso con población anciana para pacientes institucionalizados.
  - Consta de 8 ítems: usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, manejar el dinero.
  - Pregunta si realiza la tarea, no si la podría realizar.
  - Hay dos posibilidades de puntuación: si lo realiza de forma independiente: 1 punto, y si requiere ayuda o no lo realiza: 0 puntos.
  - Puntúa de 0 a 8. La puntuación final se ha agrupado en cinco categorías (ver tabla 16):

**Tabla 16.** Categorías de Dependencia escala de Lawton y Brody.

MUJERES	HOMBRES
Dependencia total, de 0 a 1 puntos.	Dependencia total, 0 puntos.
Dependencia severa, de 2 a 3 puntos.	Dependencia severa, 1 punto.
Dependencia moderada, de 4 a 5 puntos.	Dependencia moderada, de 2-3 puntos..
Dependencia ligera, de 6 a 7 puntos.	Dependencia ligera, 4 puntos
Autónoma, 8 puntos.	Autónomo, 5 puntos

Esta escala se utiliza para determinar el nivel y tipo de cuidados que precisa una persona, valorar intervenciones y decidir ingresos en una institución. El deterioro de las AIVD es predictivo de deterioro de las actividades básicas, por ello algunos autores recomiendan la utilización de este índice como indicador de fragilidad<sup>(84)</sup>.

- Valoración del Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión (UPP)
  - **Escala de Norton**<sup>(85)</sup> modificada por el INSALUD en 1997:
    - La población diana es la población general hospitalizada y que vive en la comunidad.
    - Se trata de un cuestionario de 5 ítems (estado físico general, estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia), cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20.
    - Un total de 14 puntos o más bajo indica que el paciente es de riesgo y deben tomarse medidas preventivas (cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

▪ **Escala de Braden** <sup>(86)</sup>:

- Se trata de un cuestionario de 6 ítems (percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y deslizamientos) cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamientos” que puntúa de 1 a 3.
- El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.
- Una puntuación de 16 o inferior indica alto riesgo de padecer úlceras por presión.
- Los autores sugieren también tener en cuenta la edad y estado funcional

• Valoración de la Movilidad

Para la valoración de la movilidad y el equilibrio los instrumentos que se recomiendan son: el Test “Get up and go” <sup>(87)</sup> (levántate y camina) como test fácil y rápido, la escala de Tinetti <sup>(88)</sup> y la Escala de riesgo de caídas múltiples permite una valoración más exhaustiva.

- **El Test Get Up and Go**, publicado en 1986, sirve para valorar la movilidad y capacidad motora de la persona.
  - La persona parte de la posición de sentado, con la espalda en contacto con el respaldo y los brazos recostados en el reposabrazos, y debe levantarse, caminar 3 metros, volverse y retornar a la posición sentada.
  - La persona ha de llevar su calzado habitual y las ayudas técnicas, si las utiliza (bastón, caminador). El asiento ha de tener unas características determinadas, entre 45 y 57 cm. de altura y los brazos unos 63 a 65 cm.
  - Se cronometra el tiempo en segundos que tarda la persona en realizar la prueba.

- El tiempo final se ha agrupado en tres categorías:
  - Normal, un tiempo hasta 10 segundos.
  - Muy poco alterado, de 11 a 19 segundos.
  - Moderadamente alterado, de 20 a 29 segundos.
  - Severamente alterado, más de 30 segundos.
- Cuanto mayor es el tiempo mayor es el riesgo de caídas.
- **La Escala de Tinetti:** Publicada en 1986 para valorar la marcha y el equilibrio de la persona.
  - Consta de 16 ítems y valora el equilibrio estático y dinámico, lo que permite conocer el riesgo de caída y la evolución temporal de la discapacidad.
  - Precisa entrenamiento previo del profesional para su realización.
  - Se examina el equilibrio del individuo de pie, sentado, inclinado hacia delante, con los ojos abiertos y cerrados.
  - Se evalúa también la resistencia a un empujón a nivel del esternón, la capacidad del individuo por sentarse y levantarse de una silla conservando el equilibrio.
  - Y el equilibrio dinámico durante la marcha, se observa la longitud del paso, su simetría, su continuidad en la marcha, la desviación de una línea recta. Asimismo, la estabilidad del tronco, la postura durante la marcha y la capacidad de dar media vuelta.

La escala permite clasificar las actividades en 3 categorías: anormal, normal y adaptado (que se puntúa 0, 1, 2 respectivamente). Se puntúa de 0 a 16 para el equilibrio y de 0 a 12 para la marcha (de mayor a menor alteración), la puntuación total máxima es de 28 (normal). La puntuación total se agrupa en tres categorías:

- Riesgo de caída muy alto, < 20.
  - Riesgo de caída alto, entre 20 y 23.
  - Riesgo de caída bajo, entre 24 y 27.
- **Escala de Caídas Múltiples<sup>(89)</sup>:**
- Para población de 65 años o más en el ámbito comunitario.
  - El ítem “caídas previas” se presenta cuando ha habido caídas en los 12 últimos meses
  - El ítem “*problemas visuales*” se considera presente cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas, si las usa.
  - El ítem “limitación funcional” se considera presente cuando la persona manifiesta dificultad para realizar dos de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público o cortarse las uñas de los pies.
  - El rango de puntuación oscila entre 0 y 15 puntos.
  - El punto de corte se encuentra en 7, donde 7 o más puntos indica un mayor riesgo de sufrir caídas múltiples (ver clasificación en tabla 17):

**Tabla 17.** Valores de Escala de Caídas Múltiples

FACTORES PREDICTIVOS	VALOR
Caídas Previas	5
Incontinencia urinaria	3
Problemas visuales	4
Limitación funcional	3

- La valoración cognitiva:

Las escalas más recomendadas para la valoración cognitiva son el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y el Cuestionario de Pfeiffer

- **El Mini Examen Cognoscitivo:** Publicada en 1979 <sup>(90)</sup>, es la primera versión en castellano del Mini Mental State Examination de Foldstein adaptada al entorno español y validado por Lobo.
  - Consta de 24 ítems que exploran cinco áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción.
  - Valora más funciones cognitivas que el SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire), que valora 3.
  - Se necesita entrenamiento previo por parte del entrevistador, el instrumento se acompaña de unas normas para su administración.
  - Se contabilizan los puntos correctos de cada uno de los ítems. Puntúa de 0 a 35.
  - La puntuación final se ha agrupado en cinco categorías:
    - Normalidad, puntuación de 0 a 35.
    - Borderline, puntuación de 25 a 29.
    - Deterioro cognitivo leve, puntuación de 20 a 24.
    - Deterioro cognitivo moderado, puntuación de 15 a 19.
    - Deterioro cognitivo grave, puntuación  $\geq 14$ .

Una de las limitaciones más importantes que tiene el instrumento es su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales graves (ceguera), en este caso el autor recomienda excluir las preguntas que hayan sido eliminadas por esa condición y calcular la puntuación total corregida, obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

- **El Cuestionario de Pfeiffer** (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ): Publicado en 1975 tanto como test de screening, como para determinar el grado de deterioro cognitivo. El SPMSQ ha sido validado y adaptado al entorno español por Martínez en 2001<sup>(91)</sup>.
  - Consta de 10 ítems que exploran tres áreas cognitivas la orientación, la memoria y la capacidad de realizar una tarea seriada aritmética. Se van anotando las respuestas erróneas.
  - Se puntúa de 0 a 10. Permite una corrección cultural, se resta un error si el paciente no ha recibido educación primaria completa. La puntuación se ha agrupado en cuatro categorías:
    - Normal, puntuación de 0 a 2.
    - Deterioro Cognitivo Leve, puntuación de 3 a 4.
    - Deterioro Cognitivo moderado, puntuación de 5 a 7.
    - Deterioro Cognitivo Importante, de 8 a 10.

Una de las limitaciones que tienen estos instrumentos es la débil sensibilidad para detectar casos incipientes de deterioro cognitivo y los pequeños cambios. En estos casos será recomendada la realización del Test del Informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) que ha demostrado mejores resultados en la detección y diagnóstico precoz de la demencia.

- **El Test del Informador** (TIN): Publicado en 1988. Existen dos versiones: la larga de 26 ítems y la versión corta o breve de 17 ítems validada en España por Morales en 1995<sup>(92)</sup>.
  - Es un test que valora la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva y de juicio. A diferencia de los otros tests cognitivos este no está influido por la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización, la edad o la morbilidad



previa, puesto que la valoración se hace con relación a 10 años antes.

- El TIN lo cumplimenta un informador próximo (familiar o cuidador que conozca bien al paciente) en el propio domicilio, sin la presencia de ningún entrevistador, pero con una explicación previa. Compara como era el paciente hace 5 a 10 años y como está en la actualidad. Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas que va de 1 punto (ha mejorado mucho) a 5 puntos (ha empeorado mucho) según la escala predeterminada. Puntuación de 17 a 85. La puntuación total si es > 57 puntos hay un probable deterioro cognitivo.

- La valoración afectiva:

La depresión y la ansiedad son uno de los síntomas más frecuentes en las personas mayores. Pueden encontrarse en el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres, y tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. La escala recomendada para la detección de la depresión es la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).

- **Escala de Yesavage:** publicada en 1982 tanto para screening como para la evaluación de la severidad del cuadro depresivo y la monitorización de la respuesta terapéutica. La 15-GDS abreviada ha sido validada y adaptada al entorno español por Martínez en 2002 <sup>(93)</sup>.
  - Consta de 15 ítems.
  - Cada ítem tiene una respuesta dicotómica (si/no).
  - Las respuestas sugestivas de depresión están señaladas en el cuestionario y puntúan 1 punto (respuestas afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13).

- El instrumento fue diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada.
- Puntuación de 0 a 15. La puntuación total si es mayor de 5 puntos se sospecha una probable depresión.

En España, Martínez en 2005<sup>(94)</sup> propuso escalas aún más cortas a partir de la 15-GDS obteniéndose mejores resultados para la escala de 5 ítems.

- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: publicada en 1988 como instrumento de screening, validada y adaptada en España por Montón en 1993<sup>(95)</sup>:

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todas de respuesta dicotómica (si/no).

- Se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems, no se puntúan síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa.
- Cada una de las escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la escala de ansiedad, 1 o más en la escala de depresión).
- La puntuación total, la suma de los puntos obtenidos por las respuestas afirmativas, para la escala de ansiedad tiene un punto de corte de  $\geq 4$ , probable ansiedad, y la escala de depresión de  $\geq 2$ , probable depresión.

Una de las limitaciones más importantes que tiene el instrumento es la influencia de algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social y enfermedad grave, que pueden producir falsos positivos; y otras situaciones, tales como trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación, que pueden producir falsos negativos.

En población geriátrica la validez predictiva de la escala de ansiedad y la capacidad discriminante de las dos escalas es menor, por lo que el autor ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte  $\geq 6$ , probable trastorno afectivo debido a la sobrevaloración de los síntomas somáticos de las escalas, de menor valor en los pacientes ancianos.

- Escalas de valoración social:

La escala más recomendada para valorar la situación social y familiar del anciano en atención primaria es la escala de valoración sociofamiliar o escala sociofamiliar de Gijón.

- **La escala de valoración sociofamiliar:** publicada en 1999 por Cabrera<sup>(96)</sup> para detectar situaciones de riesgo social o problemática social ya establecida en la comunidad:
  - Valora 5 aspectos: la situación familiar, la situación económica, la vivienda, las relaciones sociales y el apoyo de la red social.
  - Cada aspecto tiene 5 posibles categorías que van de la situación social ideal o ausencia de problemática (categoría 1), a la objetivación de alguna circunstancia o problema social (categoría 5).
  - Puntuación de 5 a 25. La puntuación total se ha agrupado en tres categorías:

- Ningún riesgo social, puntuación < 10.
- Riesgo social, puntuación de 10 a 14.
- Problemática social, puntuación > 14.

#### **2.4.3.3.2. Diagnóstico**

Es la segunda fase del proceso enfermero. El objetivo de esta fase es establecer el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera. De la interpretación de estos datos las enfermeras pueden encontrar dos tipos de problemas; por un lado problemas de colaboración o problemas interdependientes y por otro lado problemas independientes o diagnósticos enfermeros.

Para la formulación diagnóstica enfermera se utiliza un léxico propio, y para ello la Taxonomía más extendida en la comunidad internacional enfermera es la propuesta por la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.)<sup>(97)</sup>.

#### **2.4.3.3.3. Planificación de la atención:**

El plan de cuidados incluirá los problemas identificados, los objetivos a alcanzar y las intervenciones que se realizarán.

Los objetivos, o resultados que la enfermera refleja en el plan de cuidados es lo que hoy se identifica como NOC: Nursing Outcomes Classification<sup>(98)</sup> (Clasificación de Resultados Enfermeros), una clasificación global y estandarizada de resultados en los pacientes, y que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras.

Estos resultados sirven como criterios para juzgar el éxito de las intervenciones enfermeras y describen el estado, conducta, respuestas y sentimientos de un paciente derivado de los cuidados proporcionados.

Una intervención se define como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente”<sup>(99)</sup>. Cada intervención consta de un conjunto de actividades a

realizar. Las actividades son acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado.

Las intervenciones que utiliza la enfermera en su plan de cuidados son la que se encuentran en la Nursing Interventions Clsifications (NIC) <sup>(99)</sup> (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras. Esta clasificación incluye, tanto las independientes como de colaboración, así como todos los cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona/familia y/o comunidad.

Las intervenciones enfermeras <sup>(100)</sup> se concretarán en: técnicas de enfermería, atención y apoyo a la familia y el cuidador, educación sobre los riesgos en el hogar, fisioterapia preventiva y rehabilitadora, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, atención y apoyo a los problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento. Se llevará a cabo la coordinación con otros niveles asistenciales y los servicios sociales: servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, etc. Y la valoración de necesidad de ayudas técnicas, material sanitario y prestaciones sociales.

#### **2.4.3.3.4. Ejecución de la atención:**

Existen dos tipos de atención en el domicilio:

- La atención directa: La que se realiza al paciente, cuidador y familia.
- La atención indirecta: Aquella que repercute en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas en el domicilio, relacionadas con la utilización y movilización de recursos externos al grupo familiar: otros miembros del equipo, red social, etc.

#### **2.4.3.3.5. Evaluación de la visita:**

La visita a domicilio es un proceso continuo, en cada visita se evalúan los resultados alcanzados en la visita anterior. No cabe esperar cambios rápidos, por lo que cualquier esfuerzo por pequeño que sea debe ser valorado. Por esto la importancia de planificar a corto, medio y largo plazo los objetivos.

La evaluación de los resultados alcanzados sirve para continuar o modificar la planificación de la atención, detectar las dificultades y planificar otros nuevos.

#### **2.4.3.3.6. Registro de la visita.**

Una vez realizada la visita, ésta deberá registrarse en la historia clínica del paciente al llegar al centro de salud.

También es importante que exista una documentación clínica en el domicilio, para el uso de los profesionales sanitarios que puedan intervenir de forma puntual en la atención del paciente (servicios de urgencias a domicilio, urgencias del hospital, etc.), paciente y cuidador/ familia, en dónde quede constancia de los datos que le pueden interesar a ambos: sintomatología, cambios observados, atención proporcionada y medicación prescrita y administrada, fecha de próxima visita, teléfonos de contacto, etc..

Este documento, denominado cuaderno de continuidad de cuidados, poco generalizado entre los profesionales, proporciona información precisa del plan de intervención del paciente y facilita el continuum asistencial.

### **2.5. Cuidados y Cuidadoras**

#### **2.5.1. Cuidados Informales**

El cuidado informal <sup>(29)</sup>, es la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de la familia, los amigos, los vecinos u otras personas que no reciben ninguna contribución económica por la ayuda que proporcionan.

Presenta una serie de rasgos característicos <sup>(101)</sup>. Se trata de un sistema no remunerado de cuidados que está basado en las relaciones de afectividad y parentesco, por lo que en muchas ocasiones se interpreta como un recurso carente de valor. Asimismo, se realiza en el ámbito de lo privado y en nuestra sociedad se asume como parte de las denominadas tareas domésticas, asociándose con un determinado rol de género que afecta fundamentalmente a las mujeres.

Tradicionalmente, la atención a las personas dependientes se realizaba dentro del seno familiar, en particular por parte de las mujeres que, en la mayoría de los casos, se veían imposibilitadas para participar de manera activa en el mercado laboral.

Así, los hogares, al encargarse del cuidado informal de las personas dependientes, asumían un considerable esfuerzo personal y económico <sup>(102-103)</sup>. Importante en particular, en las mujeres que veían truncados sus proyectos vitales y profesionales.

Sin embargo, los nuevos patrones sociales, los cambios en los estilos de vida, la progresiva integración de la mujer en el mercado laboral, las tendencias hacia la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, la desmembración y la reducción de los núcleos familiares, el aumento de la movilidad geográfica, la mejora del nivel educativo etc. han hecho cuestionable la viabilidad del modelo tradicional de cuidados informales y se ha hecho necesario que una parte muy importante de los cuidados que prestaban las familias deban ser prestados por las administraciones públicas.

Cabe destacar que los sistemas formales (sanitarios, sociales) participan de una forma minoritaria en los cuidados continuados de las personas dependientes que viven en la comunidad; la familia y, en general, la red de apoyo más cercana, es la que proporciona en mayor medida el cuidado requerido <sup>(104-105)</sup>. De ahí que se hayan considerado los cuidados informales como un «sistema invisible de atención a la salud» <sup>(106-107)</sup> lo que, sin duda, complica el análisis profesional de sus costes.

Empleando información de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 <sup>(24)</sup> se realizó un ejercicio de simulación sobre el

coste que tendría que asumir la sociedad si reemplazara los cuidados informales a personas de 65 y más años de edad por servicios sociales profesionales. Para tal fin se estiman las horas de cuidados informales prestadas en España durante el año 2008 y se valoran monetariamente mediante el método de coste de sustitución.

La traducción monetaria de las horas de cuidados informales prestados durante el año 2008 lleva a cifras que oscilan entre los 25.000 y los 40.000 millones de euros, dependiendo del precio sombra asignado a la hora de cuidado. Estas cifras serían equivalentes a entre un 2,3% y un 3,8% del producto interior bruto (PIB) del mismo año. Cuando se traslada al ámbito regional, la valoración oscila de manera muy importante entre comunidades autónomas, llegando alguna a alcanzar cifras que equivalen a cerca de un 6% de su PIB <sup>(47)</sup>.

Revisando los trabajos españoles más recientes sobre valoración de cuidados informales se observan diferentes aproximaciones. Hervás et al. <sup>(108)</sup> tomando como año de referencia 2005 y empleando datos de la Encuesta de Coste Laboral del INE, maneja unas cifras que oscilan entre los 10,8 € /hora (para las actividades en la comunidad y actividades en el hogar) y los 15,4€/hora (para actividades de cuidado personal).

Turró Garriga et al. <sup>(109)</sup> tomando como año de referencia 2006, estima el valor del tiempo de cuidador para la asistencia al paciente en las ABVD mediante el coste por hora del salario bruto de una auxiliar de enfermería (auxiliar técnico y de soporte), mientras que para valorar el tiempo de la asistencia al paciente en las AIVD se toma el salario mínimo bruto de una empleada de hogar. El rango de precios oscila entre 8,5 y 15,8 €/hora.

El trabajo de Coduras et al. <sup>(110)</sup> constituye una excepción en este campo, al referir un precio de 3,1€/hora para valorar el tiempo de los cuidados informales (año de referencia 2006).

En cambio, Moya Martínez et al. <sup>(111)</sup> empleando el coste del servicio público de ayuda a domicilio de Castilla la Mancha, y Rivera et al <sup>(112)</sup> empleando información del “IV Convenio Colectivo Estatal de Servicios de Atención a la Personas Dependiente y



Desarrollo de la Promoción de la Autonomía personal”, llegan a cifras cercanas (8,8 y 8,4 €/hora respectivamente).

Las estimaciones realizadas sobre el coste de Atención a la Dependencia, Jimenez-Martín y Vilaplana <sup>(113)</sup> estiman que los servicios prestados durante los años 2008/2009 ascendían a coste acumulado de 6.336 millones de €.

Por su parte, en el trabajo de Barriga et al. <sup>(114)</sup> se estima que durante el año 2010 el coste del SAAD ascendió a un mínimo de 5.549 millones de €. Otro elemento a destacar es el gran peso de los cuidados informales frente a otro tipo de cuidados profesionales prestados a domicilio. Esto es, cuando se comparan los cuidados informales prestados por hijas, hijos, madre, padre, cónyuge, pareja, hermanos, hermanos, abuelas, abuelos, nietas, nietos, nueras, yernos, otros parientes y amigos o vecinos, con los cuidados personales prestados por personas empleadas en el hogar (corresidentes y no corresidentes), servicios sociales de las administraciones públicas, servicios sociales de organismos no públicos, empresas privadas y otras ( ONG, voluntarios) se comprueba que casi 9 de cada 10 horas de cuidados personales correspondían a los prestados por cuidadores informales.

### **2.5.2. Cuidadoras**

Se puede considerar cuidadora como “la persona no profesional de la salud <sup>(115)</sup>, casi siempre perteneciente a la familia, que proporciona la asistencia y apoyo diario a otra persona que por razones de edad, incapacidad o enfermedad no puede valerse por sí misma <sup>(116)</sup> y no recibe compensación económica por ello” <sup>(117)</sup>.

En España, son mujeres el 75% de las cuidadoras de personas con discapacidad, y el 60% de las personas cuidadoras principales mayores <sup>(118)</sup>.

Los resultados de un estudio <sup>(119)</sup> sobre las características sociodemográficas de la población que asume la responsabilidad del cuidado en personas mayores dependientes, da a conocer que son mujeres en un 74%, en edades medias de la vida (el 52% entre 45 y 64 años), casadas (71%) que no han superado los estudios primarios

(63%), que viva de forma permanente con la persona cuidada en el mismo domicilio (corresidentes), y que lleve cuidando años.

A partir de, la EDAD-08, haciendo referencia a las personas que prestan ayuda y cuidados a población mayor de 65 años, se estiman en un 1.063.546 (294.852 no corresidentes y 768.694 corresidentes), donde en Andalucía reside el 20,19% de las personas cuidadoras.

En cuanto a las horas de cuidados que prestan las cuidadoras de personas de 65 y más años de edad, supone un número considerable: el 95,9% declara prestar cuidados 6 o 7 días a la semana, y el 38,9% dedica al menos 16 horas diarias a esta labor. Las horas de cuidado informal estimadas en el año 2008 ascienden a 3.249 millones, oscilando las valoraciones monetarias entre los 24.918 y los 41.291 millones de euros. Andalucía concentra el 21,1% de las horas de cuidados, seguida de la Comunidad Valenciana, con un 12,6%, Cataluña con un 11,8%, Galicia con un 9,9% y la Comunidad de Madrid con un 7,7%.

El coste que asumen las cuidadoras por el hecho de cuidar es elevado en términos de salud, calidad de vida, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, relaciones sociales y disponibilidad del propio tiempo y repercusiones económicas.

Prácticamente todas las cuidadoras relatan la aparición de problemas de salud, tanto de tipo físico, como psíquico y repercusiones sociofamiliares. En la prevalencia de deterioro de la salud derivado del cuidado se muestra que el 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar.<sup>(121)</sup>

## **2.6. Gasto Sanitario**

El progresivo crecimiento del sector mayor de 65 años, y la mayor frecuencia de problemas de salud que se dan en este grupo de edad, se traducen en un aumento del consumo de los servicios sanitarios y en una necesidad de especialización de los mismos<sup>(120)</sup>.

Los servicios de salud en todo el mundo están sufriendo las mismas presiones, que pueden resumirse en el aumento de los costes del servicio, un incremento de necesidades específicas y de la demanda <sup>(121)</sup>.

El incremento del gasto sanitario en todos los países desarrollados supone una preocupación seria, y muchos investigadores y diseñadores de políticas económicas están desarrollando proyectos de investigación buscando una alternativa para modificar esta tendencia.

Es importante tener en cuenta que el gasto sanitario es socialmente más aceptable que otras partidas de gasto público, dado el impacto que el bienestar físico y la mejora de la atención, o la reducción de riesgos de salud mediante la prevención tienen en la opinión pública.

El gasto sanitario en España se ha incrementado en los últimos años, los tres determinantes más importantes considerados son el progreso técnico, el incremento en el nivel de renta, y el envejecimiento de la población.

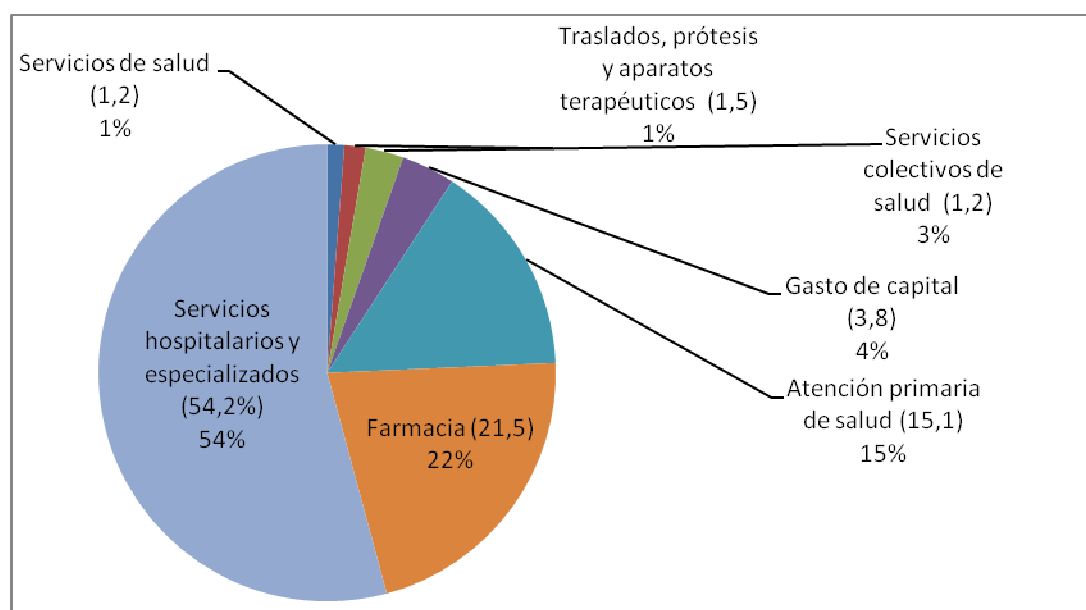
La importancia del envejecimiento en el gasto sanitario se debe al mayor gasto e incidencia de enfermedades crónicas asociado a las personas mayores y al incremento de la esperanza de vida <sup>(10)</sup>.

Las inversiones en sanidad y el gasto sanitario tienen sentido no sólo para mejorar la calidad de vida de los individuos. No obstante, aunque sea bueno incrementar el gasto sanitario para mejorar el estado de salud de los individuos, no está claro hasta qué nivel debe incrementarse ese gasto sanitario.

Los datos de España sitúan el gasto sanitario público, (el gasto público en sanidad recoge el presupuesto que destina la administración pública a acciones en el ámbito sanitario con la salud), incluyendo gastos de cuidados de larga duración, en 58.466 millones de euros, lo que supone un 71,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a 82.064 millones de euros. Como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB), el gasto sanitario total en España es de 8,4% (gasto sanitario público 6,0% y gasto sanitario privado 2,4%) <sup>(122)</sup>.

Siguiendo con la misma fuente de los datos anteriores, en cuanto a la composición del gasto, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, son los servicios hospitalarios y especializados los que representan un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica y los servicios de atención primaria de salud (Gráfico 5).

**Gráfico 5.** Gasto Sanitario Público.



En las siguientes tablas puede apreciarse la evolución en los últimos años del gasto sanitario público, tanto a nivel estatal (tabla 18) como en la comunidad autónoma andaluza (tabla 19).

**Tabla 18.** Gasto Sanitario Público Estatal 2000-2005. Clasificación Funcional.

MILES DE EUROS / PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Servicios hospitalarios y especializados	17.366.666	18.565.874	19.757.811	21.438.983	24.274.967	27.692.449
	53,2	52,7	52,0	51,9	52,7	54,2
Servicios primarios de salud	5.125.910	5.514.926	5.882.392	6.580.156	7.171.666	7.702.650
	15,7	15,7	15,5	15,9	15,6	15,1
Servicios de salud pública	517.386	547.374	573.489	492.747	573.821	625.004
	1,6	1,6	1,5	1,2	1,2	1,2
Servicios colectivos de salud	897.202	964.409	1.173.754	1.253.931	1.240.228	1.377.880
	2,7	2,7	3,1	3,0	2,7	2,7
Farmacia	7.109.907	7.680.635	8.489.641	9.191.524	10.238.647	10.961.155
	21,8	21,8	22,4	22,3	22,2	21,4
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	537.835	563.877	612.451	678.745	778.032	791.901
	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,5
Gasto de capital.	1.117.881	1.376.138	1.488.340	1.635.443	1.748.121	1.965.548
	3,4	3,9	3,9	4,0	3,8	3,8
<b>GASTO PÚBLICO EN SANIDAD. Gasto Total Consolidado</b>	<b>32.672.786</b>	<b>35.213.233</b>	<b>37.977.878</b>	<b>41.271.528</b>	<b>46.025.481</b>	<b>51.116.586</b>

Tabla 19. Gasto Sanitario Público Andalucía 2000-2005. Clasificación Funcional.

	MILES DE EUROS CORRIENTES/ PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Servicios hospitalarios y especializados	2.739.247	2.846.924	3.084.092	3.316.305	3.703.546	4.096.674
Servicios primarios de salud	54,1	53,0	52,7	53,1	53,3	54,6
	776.348	843.280	932.460	1.014.900	1.174.453	1.239.744
Servicios de salud pública	15,3	15,7	15,9	16,2	16,9	16,5
	13.116	14.204	20.413	22.127	24.494	26.676
	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Servicios colectivos de salud	81.339	78.776	84.903	88.073	100.556	107.065
	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4
Farmacia	1.247.775	1.347.607	1.465.219	1.540.350	1.650.129	1.717.916
	24,6	25,1	25,1	24,6	23,7	22,9
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	115.759	109.790	117.666	128.936	145.248	150.093
	2,3	2,0	2,0	2,1	2,1	2,0
Gasto de capital.	76.567	110.033	113.267	139.086	152.350	158.516
	1,5	2,1	1,9	2,2	2,2	2,1
Transferencias a otros sectores	12.960	16.229	29.506	31.755	34.281	32.002
	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4
<b>GASTO CONSOLIDADO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA</b>	<b>5.063.111</b>	<b>5.366.844</b>	<b>5.847.526</b>	<b>6.281.532</b>	<b>6.985.058</b>	<b>7.528.686</b>

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión.

Respecto a la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores de 65 años, la Encuesta Nacional de Salud 2006 <sup>(123)</sup> revela que el 13,48% de los ingresos hospitalarios son de este segmento de edad, elevándose al 17% en los pacientes mayores de 75 años. Este porcentaje de pacientes tienen una media de ingresos de 1,36 y 1,42 veces en el último año respectivamente, mientras que la duración media de su último ingreso es de 8,38 días para los mayores de 65 años frente a los 10,92 días de los mayores de 75 años.

Los diagnósticos principales que motivan el ingreso hospitalario de las personas mayores en Andalucía son: la insuficiencia cardiaca, reagudizaciones de bronquitis crónica y fracturas de cuello de fémur, según un estudio sobre 32 hospitales públicos de la comunidad andaluza <sup>(124)</sup>.

Pero hay más motivos que justifican los ingresos de los mayores; según el informe SESPAS (2002) <sup>(125)</sup> no sólo la edad es la que provoca un incremento en las tasas (esto sólo explicaría un 30% de dichos ingresos) sino que habría que ajustar los resultados a la mayor accesibilidad al sistema sanitario por parte de los ancianos, las nuevas tecnologías, el incremento de expectativas en la capacidad resolutive de los tratamientos y los mejores niveles de renta. Por sexos, son los hombres los que utilizan más la atención especializada, relacionada con la hospitalización <sup>(126)</sup>.

En cuanto al gasto sanitario privado (El gasto privado cuantifica el gasto de las familias españolas en bienes y servicios relacionados), en un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) <sup>(127)</sup>, en España, rondaba el 20% del gasto sanitario total durante los años ochenta, en la media de los 22 países de Europa.

Sin embargo, durante la década de los noventa y los primeros años del siglo XXI creció más que el gasto sanitario público, hasta alcanzar el 28,7% del gasto sanitario total en 2006 (4,9 puntos porcentuales más que el promedio europeo) <sup>(128)</sup>. Según la OCDE y la Encuesta de Presupuestos Familiares <sup>(129)</sup> (tabla 20), la mayor parte de la atención sanitaria privada prestada en España es de tipo ambulatorio.

Frente al promedio de los países europeos desarrollados, los españoles gastan cuatro veces más dinero de su bolsillo en atención sanitaria ambulatoria privada que en privada hospitalaria <sup>(130)</sup>. Esta situación respondería tanto a deficiencias reales como percibidas en la calidad y el contenido de la cobertura de la atención primaria, y especialmente del resto de la parte ambulatoria del sistema

**Tabla 20.** Desglose del gasto sanitario privado per cápita según la Encuesta de Presupuestos Familiares. Promedio del periodo 1998-2006

CONCEPTO	GASTO	
	Euros corrientes	Porcentaje
Gasto en medicamentos	50,88	28,8
Gasto en aparatos y material terapéutico	28,77	16,2
Gasto en atención ambulatoria (no dentistas)	21,16	12,0
Gasto en dentistas	33,94	19,2
Gasto en servicios hospitalarios	6,72	3,8
Gasto en seguros de salud	35,45	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>176,93</b>	<b>100,0</b>

En relación al gasto farmacéutico, El Sistema Nacional de Salud (SNS) español factura más de 950 millones de recetas <sup>(131)</sup>. Estas cifras omiten las dispensaciones por receta privada y las correspondientes a las mutualidades públicas de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) con recetas diferentes y opacas al escrutinio de esta prestación financiada públicamente. Tampoco incluyen los productos de uso hospitalario no dispensados en oficinas de farmacia <sup>(132)</sup>.

Esta entusiasta actividad prescriptora supuso, en 2009, en cifras redondas, 14.000 millones de euros, unos 300 euros por habitante y año, aunque con grandes diferencias entre los «activos» (menos de 80 euros/año) y los «pensionistas» (próximos a los 2000euros/año). En torno al 6% de este gasto, algo más de 800 millones de euros, fue sufragado por los pacientes (el interesadamente olvidado copago de los «activos») y el resto por el SNS <sup>(131)</sup>.

Aunque en 2010 el gasto medio por receta experimentó una reducción, el número de recetas facturadas siguió aumentando <sup>(133)</sup>.



En todo caso, la utilización de medicamentos es, hoy por hoy, uno de los principales problemas de salud de la sociedad española. Probablemente, la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos queda tan sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y también probablemente ya sea tiempo de empezar a abordarlo con actuaciones decididas para la promoción de su uso adecuado y la prevención de los efectos adversos de su uso inadecuado<sup>(134)</sup>.

Redundando en los costes del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada<sup>(108)</sup> los costes medios del cuidado informal suponen 21.551€ al año. Para los pacientes con mayor dependencia (ABVD), el coste medio es de 24.865 €/año, y para los que tienen una dependencia moderada (AIVD), de 10.442 €/año. En el conjunto del colectivo objeto de estudio, el coste atribuido al cuidador principal es del 81,1%, y el del cuidador secundario del 18,9%. En los pacientes con mayor dependencia, el coste atribuible al cuidador principal es de un 88,7% de media, frente al 72,5% en el paciente con una dependencia moderada.

En su análisis de sensibilidad, el mencionado estudio muestra, para el total de los pacientes, un rango de coste medio entre 6.490 y 31.436 €/año. Para los pacientes con mayor nivel de dependencia (ABVD) el rango está entre 6.490 y 89.818 €/año. El rango para el paciente dependiente en las AIVD se encuentra entre 6.490 y 31.436 €/año. En todos los cálculos las diferencias son estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes.

## **2.7. Demografía**

Los datos que se exponen a continuación reflejan los últimos informes publicados por fuentes oficiales<sup>(2) (12) (135)</sup> tanto a nivel nacional como de la comunidad andaluza (por proximidad al entorno donde se desarrolla el estudio).

### **2.7.1. Población en España y en Andalucía**

- Población en España 2010: 47.021.031 Habitantes
- Población en Andalucía 2010: 8.370.975 Habitantes

- La Tasa de crecimiento medio anual por 1000 habitantes de la población de Andalucía en 2010 fue de 8,20 y en 2006 de 16,04; y de España en 2010, de 5,89 y en 2006, 13,61.
- Población mayor de 65 años en España: 8.143.279 personas.
- Población mayor de 65 años en Andalucía (2010): 1.276.763 personas.
- En tabla 21 y 22 se presentan datos relacionados con la población desde 1991 hasta 2007.

**Tabla 21.** Población según sexo y grupos de edad 2007

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL	0-14 AÑOS						15-64 AÑOS						65 Y MÁS AÑOS					
		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL					
		ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES			
España	45.200.737	6.480.832	14.3	3.332.992	3.147.840	31.188.079	69.0	15.817.002	15.371.077	7.531.826	16.7	3.189.968	4.341.858						
Andalucía	8.059.461	1.308.080	16.2	672.684	634.396	5.573.073	69.1	2.824.093	2.748.998	1.179.308	14.6	502.466	676.842						

**Tabla 22.** Evolución de la población mayor. 1991-2007

AÑOS	ESPAÑA						ANDALUCÍA					
	65 Y MÁS AÑOS			TOTAL			65 Y MÁS AÑOS			TOTAL		
	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES	ABSOLUTO	%	MUJERES
1991	38.872.268	5.370.252	13.8	6.940.522	17.9	813.761	11.7	161.376	2.3			
2007	45.200.737	7.531.826	16.7	8.059.546	17.8	1.179.308	14.6	284.738	3.5			

FUENTE: INE. Padrón Municipal de Habitantes. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria Servicio de Información y Evaluación

### 2.7.2. Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año). Usualmente es denominada mortalidad.

$$T.B.M. = M/P * 1.000$$

Se considera:

- Alta tasa de mortalidad si supera el 30‰.
- Moderada tasa de mortalidad entre 15 y 30‰.
- Baja tasa de mortalidad por debajo del 15‰.

La tasa bruta de mortalidad se sitúa en España en casi 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Lo que en términos absolutos supone un número de defunciones de 385.361 en el año 2007. Los datos por causa muestran un perfil epidemiológico ya clásico en España, similar al de los países de su entorno socioeconómico: enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares y cáncer como primeras causas de muerte. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en España, representa el 32,2% del total de defunciones.

Dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, son la primera causa de muerte entre los hombres (con 21.248 defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares la principal entre las mujeres (18.964 defunciones).

El segundo lugar de causas de muerte corresponde a los tumores, siendo responsables de prácticamente el 26% del total de fallecimientos (99.994 defunciones por tumores malignos).

En las mujeres, el cáncer de mama sigue siendo el más significativo con 5.983 defunciones, mientras que en los hombres el cáncer de bronquios y pulmón con 17.194

fallecidos es el primero en importancia seguido del cáncer de colon y recto con 7.835 muertes. El cáncer de próstata es responsable de 5.584 fallecimientos.

El tercer grupo de causas de muerte con más defunciones anuales es el de las enfermedades del sistema respiratorio registrando 44.029 fallecimientos.

### **2.7.2.1. Tasas de mortalidad en Andalucía y en España en 2010**

- Tasa de Mortalidad en Andalucía 2010: 7,84
- Tasa de Mortalidad en España 2010: 8,22

Tasa bruta por mil habitantes. Datos provisionales. Las cifras de población utilizadas son estimaciones calculadas a partir del Censo de 2001, por tanto, son susceptibles de ser revisadas<sup>(135)</sup>.

En España se observa una alta edad modal de muerte y una gran concentración de las defunciones en edades avanzadas<sup>(136)</sup>. Nueve de cada diez muertes se producen en personas de 60 y más años, y una de cada dos en personas de 80 y más años de edad<sup>(137)</sup>.

Un retraso de la edad de defunción es el resultado de grandes logros en la lucha contra la mortalidad prematura y evitable. Sin embargo, los indicadores clásicos de mortalidad no informan sobre cómo se viven los años de vida ganados (ver en Tabla 23 las tasas de mortalidad, según sexo y edad, por 100.000 habitantes de cada grupo, último año publicado, 2006).

En muchos casos, evitar la muerte supone mantener con vida a personas en condiciones de discapacidad. Por otro lado, muchas enfermedades crónicas son apenas letales, pero afectan seriamente a la salud, en especial en edades avanzadas<sup>(136)</sup><sup>(138)</sup>.

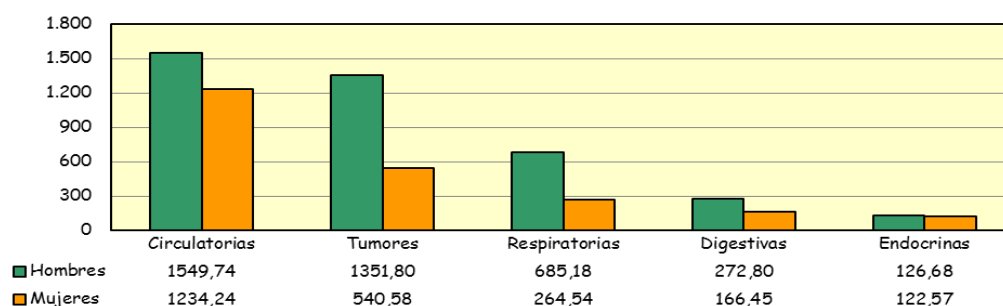
**Tabla 23.** Tasas de mortalidad, según sexo y edad, por 100.000 habitantes de cada grupo. 2006

Edades	Total	Varones	Mujeres
<b>Todas las edades</b>	<b>782,7</b>	<b>829,2</b>	<b>736,9</b>
60-64	845,40	1.209,10	503,8
65-69	1.310,80	1.916,50	780,00
70-74	2.195,10	3.096,40	1.449,00
75-79	3.974,40	5.360,80	2.969,30
80-84	7.333,60	9.171,60	6.208,00
85 y + años	15.435,60	17.014,80	14.740,60

### 2.7.2.2. Mortalidad por causas, de 65 y más años en Andalucía en 2010

Según los últimos datos publicados, Andalucía mantiene el mismo patrón de mortalidad por causas que en España y países desarrollados (Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2011. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Servicio de Información y Evaluación Unidad Estadística <sup>(135)</sup> (Ver en tabla 24).

**Tabla 24.** Mortalidad por causas, de 65 y más años en Andalucía Año 2010



Tasas estándar por 100.000 habitantes (Población estándar europea)

FUENTE: I.E.A. Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas Vitales

### 2.7.3. Esperanza de vida

La esperanza de vida es una manera clásica de acercarse al conocimiento del estado de salud de una población. Se trata de una medida hipotética y su cálculo está basado en el patrón de mortalidad actual que, como es lógico, está sujeto a cambios con el tiempo<sup>(139)</sup>.

Es una manera de sintetizar la mortalidad en las distintas edades. Se puede considerar como el número medio de años que viviría una persona de una generación sometida a la mortalidad de un periodo determinado, generalmente un año<sup>(136)</sup>.

Para el conjunto de la población, España presenta una esperanza de vida al nacer de 81,1 años; una cifra mayor que la media de 79,0 años de la Unión Europea (UE-27)<sup>(37)</sup>

Por sexos la esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres españolas es de 77,8 años y 84,3 años, respectivamente, haciendo patente la diferencia por sexos siempre favorable a las mujeres, con diferencias de algo más de 7 años<sup>(37)</sup>.

La esperanza de vida a los 65 años muestra la misma tendencia, siendo superior también en España (20,0 años) a la de la UE-27 (18,8 años). Por sexo las mujeres españolas a los 65 años tienen una esperanza de vida de 21,9 años frente a los 20,4 de las mujeres europeas de la UE-27; los hombres tienen 17,8 años frente a los 16,8 de hombres de la UE-27<sup>(139)</sup>.

#### 2.7.3.1. Esperanza de vida en Andalucía en 2009

Según el último anuario estadístico en salud publicado por la Junta de Andalucía, correspondiente al año 2009<sup>(140)</sup>, los datos referentes a la esperanza de vida en la comunidad, son los siguientes:

Al nacer:

- Hombres: 77,47 años
- Mujeres: 83,66 años

A los 65 años:

- Hombres: 17,31 años
- Mujeres: 21,28 años

Como se puede observar, las mujeres mantienen una esperanza de vida mayor que los hombres, y ambos presentan cifras ligeramente inferiores que la media española.

## **2.8. Recursos Sociosanitarios**

Un aspecto que aparece en los numerosos estudios consultados es el relacionado con el consumo de recursos vinculados a los cuidados de las personas mayores.

Los servicios sociales autonómicos se organizan como un sistema público de servicios sociales o de responsabilidad pública, contruidos por prestaciones técnicas o servicios (con los correspondientes equipamientos), económicas, y tecnológicas, así como por actividades, planes y programas<sup>(141)</sup>.

Se detallan a continuación recursos públicos relacionados con la atención a las personas que en este estudio se están tratando, tanto a nivel autonómico (Comunidad Autónoma de Andalucía), como estatal, y siempre a partir de los últimos informes publicados por las fuentes oficiales.

### **2.8.1 Recursos Sanitarios en Andalucía**

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) gestiona en la actualidad la práctica totalidad de los recursos sanitarios públicos de la Comunidad, con excepciones como las de los recursos sanitarios dependientes del Ministerio de Justicia (Instituciones penitenciarias) y Ministerio de Defensa (Hospitales Militares), entre otras.

La información aportada en los siguientes apartados corresponde a la última información estadística disponible sobre la utilización y distribución de los recursos sanitarios<sup>(142)</sup>.



### 2.8.1.1. Centros Sanitarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía en 2010

Incluye todos aquellos centros en los que el SAS presta atención sanitaria a la población, tanto desde Atención Primaria, donde se incluyen distintos tipos de centros según el nivel de atención que se preste y según el tamaño del municipio donde se ubiquen; como de Atención Especializada, integrada por diferentes centros, como pueden ser de tipo ambulatorio (centros periféricos de especialidades) o en régimen de internado (hospitales). En la tabla 25 se detallan estos centros según provincias.

- Atención Primaria: 1.514
  - Centros de Salud: 402
  - Consultorios Locales: 697
  - Consultorios auxiliares: 415
  
- Atención Especializada: 83
  - Centros de especialidades: 36
  - Hospitales (a) del SAS 29
  - C.H.A.R.E.(b)12
  - Otros Hospitales(c) 6

(a) Los complejos hospitalarios formados por varios hospitales se contabilizan como un sólo centro.

(b) Hospitales de Alta Resolución gestionados por Empresas Públicas

(c) Hospitales gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión

Tabla 25. Centros Sanitarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía 2010

	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	ANDALUCÍA
Atención primaria	231	129	142	329	118	197	180	188	1.514
Centros de salud	40	53	39	51	28	41	64	86	402
Consultorios locales	95	51	73	163	61	87	75	92	697
Consultorios auxiliares	96	25	30	115	29	69	41	10	415
Atención especializada	5	14	8	10	4	12	10	20	83
Centros de especialidades	1	9	2	5	1	5	3	10	36
Hospitales <sup>a</sup> del SAS	2	5	3	4	3	3	5	4	29
C.H.A.R.E. <sup>b</sup>	1	-	2	1	-	3	1	4	12
Otros Hospitales <sup>c</sup>	1	-	1	-	-	1	1	2	6

<sup>a</sup> Los complejos hospitalarios formados por varios hospitales se contabilizan como un solo centro.

<sup>b</sup> Hospitales de Alta Resolución gestionados por Empresas Públicas.

<sup>c</sup> Hospitales gestionados por Empresas Públicas y otras empresas de gestión.

FUENTES: Servicio Andaluz de Salud y Sistema de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de Andalucía (SICES).

### 2.8.1.2. Número de camas

El concepto de camas se entiende como camas en funcionamiento, y por tales la dotación de camas que haya estado efectivamente funcionando durante el año, considerando el promedio anual de las que hayan estado en servicio.

Los datos, como se está señalando en otros apartados, corresponden a la última información publicada por las fuentes oficiales.

- Número de camas en funcionamientos en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2009: 14.606 (en 2006 fueron de 15.057)
- Número de camas en funcionamientos en los hospitales privados 2009: 4.790 (en 2006 fueron de 4.896)

### 2.8.1.3. Personal sanitario

Aunque los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) lo forman diferentes categorías profesionales, tanto sanitarias como no sanitarias, por la pertinencia del trabajo sólo se detallan aquellas categorías sanitarias que más directamente atienden a la población en estudio (mayores de 65 años), como son médicos de familia y enfermeras:

De los centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. 2010:

- Médicos de Familia: 5.569 (3213 hombres y 2.356 mujeres)
- Enfermeras: 5.807 (2.026 hombres y 3.781 mujeres)
- Total 16.145 (6.646 hombres y 9.499 mujeres) (a médicos y enfermeras se suman pediatras, personal en formación y otros, como: técnicos sanitarios, otros titulados medios y superiores y, en general, todo aquel personal no comprendido en los apartados anteriores).

De hospitales del Servicio Andaluz de Salud. 2010:

- Médicos: 10.716 (hombres: 6.799 y mujeres: 3.917)
- Personal de Enfermería: 20.833 (hombres: 4.568 y mujeres: 16.265)

- Total 51.238 (13.411 hombres y 37.827 mujeres) ( además de médicos y enfermeras, farmacéuticos, titulados superiores y medios, y otros técnicos sanitarios)

De los hospitales privados en Andalucía

- 5.777 (1.545 hombres y 4.232 mujeres)

#### **2.8.1.4. Presupuesto económico**

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud <sup>(12)</sup>.

La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral en España es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma.

#### **2.8.1.5. Prestación farmacéutica en Andalucía en 2010**

Los cálculos que a continuación se exponen, corresponden a los habitantes de Andalucía, según revisión del último padrón municipal, y las cuantías económicas referidas al total en miles de euros.

Total 2.024.663,3 (activos: 457.272,4, pensionistas: 1.567.391,0)

Gasto en farmacia por habitante (Incluye medicamentos financiados por la Junta de Andalucía según lo establecido en el Decreto 159/98 de la Consejería de Salud), año 2010: 241,87€

## 2.8.2. Recursos Sociales en Andalucía

Como resultado de la aplicación de la Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal, se elaboró un catálogo de centros públicos y privados con las garantías de prestar el máximo beneficio a la población dependiente.

Se hace una relación de centros que existen en la comunidad andaluza, con información acerca de la cobertura y disponibilidad de plazas, según la información recogida en el último informe del IMSERSO <sup>(143)</sup>.

### 2.8.2.1. Servicios de Atención Residencial en Andalucía

El Servicio de Atención Residencial es aquel que ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Se presta en centros de carácter social que, como sustitución del hogar familiar, ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral <sup>(144)</sup>.

A continuación se hace una relación de centros y características que se encuentran en el catálogo de estos servicios <sup>(144)</sup>. Teniendo en cuenta que la población mayor de 65 años a fecha del último informe era de 1.196.354 personas.

Total de plazas en servicios residenciales 35.591

- Plazas en Centros Residenciales: 35.019
- Plazas en Sistemas Alternativos de Alojamiento: 572

Cobertura total de plazas en servicios residenciales 2,97%

- Cobertura Plazas en Centros Residenciales 2,93%
- Cobertura Plazas en Sistemas Alternativos de Alojamiento 0,05%

Total usuarios atendidos 35.000

Índice de cobertura (Usuarios/Población >65 años x 100): 2,93%

En la tabla 26 se puede observar de forma esquemática los datos expuestos en el párrafo anterior.

**Tabla 26.** Servicios Residenciales. Número de plazas y cobertura. Enero 2008

Población > 65 años (1-01-2008)		1.196.354	
Total de plazas en servicios residenciales	35.591	Cobertura total de plazas en servicios residenciales	2,97
Plazas en centros residenciales	35.019	Cobertura Plazas en centros residenciales	2,93
Plazas en sistemas alternativos de alojamiento	572	Cobertura Plazas en sistemas alternativos de alojamiento	0.05
Plazas en viviendas tuteladas	572		
Plazas en servicio público de acogimiento familiar	0		
Plazas de apartamentos residenciales	0		

Fuente: Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Andalucía. INE (2008), Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2008 Política social. IMSERSO

- **Coste y financiación (euros/año)**

- Precio público de una plaza 16.308,20
- Copago (a cargo del usuario) 20,00%
- Precio de concertación de plaza 16.308,20
- Precio de concertación de plaza para dependiente 16.308,20
- Precio de concertación de plaza psicogerítrica 20.899,90

- **Centros y plazas**

Total Centros según titularidad: 577

- Titularidad Pública: 18
- Titularidad Privada: 559

Total de plazas: 35.019

- Públicas: 4.763

- Concertadas: 10.580
- Privadas: 19.676

Plazas para dependientes: 23.186

- Públicas: 4.763
- Concertadas: 10.580
- Privadas: 7.843

Plazas Psicogeriatrías: 614

(Esta información se puede observar de forma más esquemática en la tabla 27)

**Tabla 27.** Centros Residenciales. Enero 2008

Población > 65 años (1-01-2008)		1.196.354	
Usuarios		Plazas	
Total usuarios atendidos	35.000	Total de Plazas	35.019
Índice de cobertura $[(\text{usuarios}/\text{Pob.}>65\%)*100]$	2,93	Públicas	4.763
		Concertadas	10.580
		Privadas	19676
		<b>Plazas para Dependientes</b>	23.186
		Públicas	4.763
		Concertadas	10.580
		Privadas	7.843
		<b>Total plazas Psicogerítricas por Tamaño de los centros</b>	614
		Centros con menos de 50 plazas	362
		Centros con 50-100 plazas	153
		Centros con 101-130 plazas	38
		Centros con más de 150 plazas	23
		<b>Índice de cobertura Total plazas</b>	2,93
		Públicas+concertadas	1,28
Privadas	1,64		
<b>Coste y financiación (euros/año)</b>		<b>Servicio Público de Estancia Temporal</b>	
Precio público de una plaza	16.308,20	Centros que ofrecen este servicio	91
Copago (a cargo del usuario)	20,00%	Total plazas disponibles	494
Precio de concertación de plaza	16.308,20		
Precio de concertación de plaza dependiente	16.308,20		
Precio de concertación de plaza Psicogerítrica	20.899,90		
<b>Contenido y calidad del servicio: centros y plazas</b>			
Total centros según titularidad	577		
Titularidad Pública	18		
Titularidad Privada	559		

Fuente: Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Andalucía. (INE 2008). Datos de población de Padrón Municipal 01/1/2008.



- **Servicio Público de Estancia Temporal**

Es un servicio prestado en un establecimiento residencial por un periodo máximo de tres meses en el año, sin posibilidad de prórroga, y condicionado por una urgencia y perentoriedad ocasionada, bien por la situación personal del solicitante, bien a consecuencia de eventos sobrevenidos en su entorno. El servicio de estancias temporales residenciales atenderá principalmente vacaciones y periodos de descanso del cuidador.

- Centros que ofrecen este servicio: 91
- Total plazas disponibles: 494

- **Centros de Día para Personas Dependientes en Andalucía. Enero 2008**

El Servicio de Centro de Día ofrece una atención integral durante el periodo diurno a personas en situación de dependencia, con el objeto de mejorar o mantener el nivel de autonomía, posibilitando la permanencia de la persona en su domicilio y entorno familiar y apoyar a las familias o cuidadoras/es.

El Servicio de Centro de Día tiene como destino la atención a personas mayores de sesenta y cinco años en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles.

Los cálculos de cobertura están realizados con la población mayor de 65 años a fecha de 1-01-2008, últimos datos disponibles, y que ascienden a 1.196.354 personas

- Usuarios:
  - Total usuarios atendidos: 42.962
  - Índice de cobertura (Usuarios/Población>65)x100): 3,59%
- Coste y financiación (euros/año)
  - Copago a cargo del usuario (Porcentaje) 24,00%
  - Precio de concertación de plaza para dependiente 6.793,00

- Centros y plazas:
  - Total centros según titularidad: 319
    - Titularidad Pública: 98
    - Titularidad Privada: 221
  - Total de Plazas 7.943
    - Públicas 2.187
    - Concertadas 2.923
    - Privadas 2.833

Siguiendo el mismo esquema que en los apartados anteriores, a continuación se puede observar esquemáticamente la información respecto a centros de día para personas dependientes, tanto aspectos relacionados con los usuarios como de las plazas disponibles, sus costes y financiación (tabla 28).

**Tabla 28.** Centros de Día para Personas Dependientes. Enero 2008

Población > 65 años (1-01-2008)		1.196.354	
Usuarios		Plazas	
Total usuarios atendidos	42.962	Total de Plazas	7.943
		Públicas	2.187
		Concertadas	2.923
		Privadas	2.833
Índice de cobertura [(usuarios/Pob.>65%)*100	3,59	Índice de cobertura Total plazas	0.66
		Públicas+concertadas	0.43
		Privadas	0.24
<b>Coste y financiación (euros/año)</b>			
Copago a cargo del usuario (porcentaje)	24,00		
Precio de concertación de plaza dependiente	6.793,00		
<b>Contenido y calidad del servicio: centros y plazas</b>			
Total centros según titularidad	319		
Titularidad Pública	98		
Titularidad Privada	221		

**Fuente:** Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Andalucía. INE (2008), Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2008.

## 2.9. Cartera de Servicios

El contenido de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, viene establecido por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre <sup>(38)</sup> actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio <sup>(145)</sup>, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, y la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo <sup>(146)</sup>, que actualiza el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006.

Los diferentes apartados de la Cartera de Servicios comunes podrán concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, las atenciones y

servicios específicos que están incluidos en la Cartera de Servicios comunes de la Atención Primaria, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y en relación a pacientes Inmovilizados comprende <sup>(147)</sup>:

- Valoración integral de las necesidades del paciente, incluyendo las causas de su inmovilización.
- Establecimiento de un plan de cuidados, médicos y de enfermería, que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales, así como la coordinación con los servicios sociales.
- Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente.
- Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.
- Información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

En cuanto a la Comunidad Autónoma Andaluza, La Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud <sup>(148)</sup> 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; y en el apartado de Atención a Personas que requieren cuidados específicos, con referencia a la atención domiciliaria. Se define:

- **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 está dirigido, fundamentalmente, a las personas en situación de fragilidad, y cuyas necesidades asistenciales deriven específicamente del motivo por el que ingresaron en un Centro hospitalario.

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

Preferentemente, se realizará un contacto telefónico antes de las 24 horas de estancia en el domicilio.

Si este primer criterio no pudiera cumplirse (por ej. persona sin teléfono), ni tampoco hubiera otra forma de contacto (por ej. información derivada de consultas, programas, etc.) antes de las 48 horas del alta, se le realizará una visita domiciliaria.

Tras el contacto con la persona usuaria 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 de la usuaria o 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 obligados 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.

- **Atención a personas ancianas residentes en Instituciones**

Atención sanitaria en el centro y en el domicilio/institución que presta el equipo de salud a las personas ancianas residentes en las instituciones de su zona, para su adecuado seguimiento.

Incluye:

- La valoración de la situación de los ancianos y las ancianas residentes en las instituciones de la zona.
- Oferta de atención en el Centro a las personas ancianas que puedan desplazarse y de atención domiciliaria a los ancianos y ancianas inmovilizadas.
- Especial atención a las inmunizaciones: gripe, tétanos, antineumocócica y otras.
- Seguimiento protocolizado, con pautas actualizadas de actuación y registro en la Historia de Atención Primaria, teniendo en cuenta la coordinación con el personal sanitario (sí lo hubiera) y con las personas cuidadoras de la residencia.

- **Cuidados domiciliarios y atención a personas cuidadoras**

Atención sanitaria que se presta a personas con necesidad de cuidados domiciliarios y a las personas cuidadoras familiares, para elaborar un plan de cuidados individualizado, mejorar los cuidados prestados y la calidad de vida relacionada con la salud.

Además, atención sanitaria que se presta a personas en situación de fragilidad con necesidad de cuidados domiciliarios, cuyo estado de salud puede verse agravado por los efectos del aumento de las temperaturas durante el verano.

Incluye:

- Valoración de la situación de las personas necesitadas de cuidados domiciliarios y de sus cuidadoras/es, de cara a la programación de actividades a realizar, recogidas en un plan de cuidados individualizados.
- Aplicación de medidas específicas durante el verano para la prevención contra los efectos de las altas temperaturas sobre la salud.
- Educación sanitaria, formación en los cuidados a aplicar, identificar las necesidades de la persona cuidadora y ofrecer pautas de apoyo.
- Existencia en el Centro de un censo de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, personas cuidadoras familiares, personas cuidadoras de grandes discapacitados y personas en situación de fragilidad con necesidad de cuidados domiciliarios, cuyo estado de salud puede verse agravado por los efectos del aumento de las temperaturas mediante fichas o señalización de Historias de Atención Primaria con identificación del profesional responsable.
- Detección de la situación de claudicación familiar, prevención de problemas físicos y psíquicos en personas cuidadoras, potenciando la comunicación entre paciente y familia.

Los cuidados específicos que se prestan a estos grupos de población anteriormente definidos se realizan a través del programa de atención domiciliaria, este programa forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria desde hace más de 20 años.

Actualmente en base a los últimos datos disponibles alrededor del 6% de la población mayor 65 años y un 10% de la población mayor 75 años están incluidos dentro de los programas de atención domiciliaria desarrollados por los equipos de atención primaria. Esta cobertura se ha mantenido estable, incluso con algún periodo de disminución de cobertura, en los últimos años.

A pesar de que el programa de atención domiciliaria ha formado parte, desde el inicio, de la cartera servicios de los Equipos de Atención Primaria (EAP), hay una gran variabilidad territorial en su cobertura, intensidad y modelo de implantación.

En los últimos años para mejorar el proceso de continuidad asistencial al alta hospitalaria, se han introducido diferentes estrategias de continuidad como los programas de planificación y continuidad al alta (el denominado “programa PREALT” en Cataluña (2004), o el Informe de Continuidad de Cuidados, en Andalucía (2003) y la incorporación de enfermeras de enlace y/o enfermeras gestoras de casos para el abordaje proactivo de pacientes crónicos en situación de complejidad; así como asegurar la continuidad asistencial de personas en situación de vulnerabilidad durante el periodo crítico de transición desde el hospital hacia el domicilio y la comunidad.

El programa de atención domiciliaria incluye todas las actividades que se realizan en el domicilio y entorno del paciente: porque éste no pueda desplazarse al centro y presente necesidad de cuidados por enfermedad crónica, enfermedad terminal o demencia; porque se detecta la necesidad de intervenir en su entorno habitual (visita domiciliaria programada) o a demanda del usuario.

La oferta de servicios de atención de enfermería se ha de ajustar a las necesidades reales de la población y se ha de gestionar en sintonía con el resto de actividades. Es importante realizar esta actividad de forma organizada y estructurada mediante la utilización de un programa específico con objetivos, metodología y evaluación periódica determinado.

La enfermera, como miembro del EAP, es una figura clave en la atención al paciente y familia en el régimen domiciliario, ha de planificar el plan de cuidados que requiere el paciente y ha de participar en el abordaje multidisciplinar de sus problemas de salud, haciendo especial hincapié en la valoración y atención del cuidador principal. La enfermera ha de ser la principal proveedora de estos servicios, en estrecha colaboración con médicos y trabajadores sociales<sup>(149)</sup>.





### 3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



## HIPÓTESIS

La Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería de Atención Primaria (VDPPE) a los pacientes de 65 o más años pluripatológicos, tiene influencia en la disminución de la morbilidad de las personas atendidas.

## OBJETIVOS

- **Objetivos Generales.**

- Conocer el efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería (VDPPE) en personas de 65 años o más, pluripatológicas, residentes en domicilio y/o centros residenciales de mayores definido en resultados en salud (morbilidad).
- Caracterizar la atención sociosanitaria prestada a personas de 65 y más años, pluripatológicas, en Atención Domiciliaria, dentro del Nivel Primario de Salud, del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (Comunidad Autónoma de Andalucía, España)

- **Objetivos Específicos.**

1. Estadísticas descriptivas para cada variable:

- Identificar las patologías más prevalentes en personas de 65 y más años, pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.
- Describir los recursos sociosanitario utilizados por las personas objeto de estudio.
- Analizar características de la atención domiciliaria prestada a las personas incluidas en dicho programa de la cartera de servicios de Atención Primaria(A.P.)
- Analizar la Valoración enfermera realizada a las personas que son atendidas en Atención Domiciliaria.
- Identificar a las personas a las que se les realiza Plan de Cuidados de enfermería.

- Describir la asistencia sanitaria realizada por los profesionales de Atención Primaria y Especializada (Médicos de Familia, Enfermeras, Especialistas y Servicio de Urgencias de AP) a las personas mayores de 65 años.
  - Identificar las personas que solicitan prestaciones por dependencia en el grupo poblacional estudiado.
  - Describir diferencias en la atención sanitaria prestada a personas residentes en domicilio y centros residenciales de mayores.
2. Comparar la estadística de atención sociosanitaria en domicilio y en centros de instituciones sociosanitarias con y sin visita domiciliaria programada de la enfermera; con y sin Plan de Cuidados de Enfermería.
3. Describir y comparar tasas de mortalidad [en ambos grupos (casos y controles) (con y sin visita domiciliaria programa) (con y sin plan de cuidados)], residentes en domicilio y/o centros residenciales de mayores.

## 4. METODOLOGÍA



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño del Estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo, con el que se pretende conocer el marco en el que se desarrollan las intervenciones de la enfermera de Atención Primaria, analizando características de la población estudiada en función de cada una de las variables recogidas en la base de datos definida para el estudio.

Y un estudio retrospectivo, tipo caso-control, el grupo caso está formado por pacientes con 65 o más años que reciben visita domiciliaria programada y protocolizada de enfermería de Atención Primaria (VDPPE) con una frecuentación de 6 ó más visitas al año, (con base en el estudio de revisión “Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años”, publicado en por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español en 2002 <sup>(152)</sup>) y el grupo control, aquellos pacientes con 65 o más años que han recibido visitas domiciliarias de enfermería a demanda en 5 ó menos ocasiones.

En ambos casos se entiende domicilio por la casa propia del paciente o el centro sociosanitario de residencia.

### 4.2 Sujetos y ámbito de estudio

Los sujetos y ámbito de estudio son pacientes con más de 65 años, pluripatológicos, usuarios del Sistema Andaluz de Salud, pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (formado por 13 centros de salud urbanos, 6 periurbanos y 24 rurales) dentro del nivel de Atención Primaria.

#### 4.2.1 Criterios de Inclusión

- Personas de 65 o más años a partir del 1 al 31 de enero de 2013.
- Con dos o más enfermedades crónicas del 1 al 31 de enero de 2013.
- Personas integradas en el área de influencia del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Personas subsidiarias de recibir Visita Domiciliaria de Enfermería.



#### 4.2.2 Criterios de Exclusión

- Personas de más de 65 años que no pertenezcan a redes sociales (SAS) y que no permitan su seguimiento, ni ellos ni sus familiares o convivientes.

#### 4.3 Muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia la variable resultado principal: porcentaje de pacientes fallecidos a los 18 meses de seguimiento (tasa de mortalidad); basándose en los resultados obtenidos en el ensayo clínico realizado por Bouman<sup>7</sup>.

Se utilizó el programa EPIDAT 3.1 (Cálculo del tamaño muestral para la estimación del Riesgo Relativo), y asumiendo los siguientes criterios:

- Riesgo en expuestos (intervención a testar): 14% de mortalidad, Riesgo en no expuestos (intervención habitual): 18% de mortalidad, Riesgo Relativo esperado: 0,778
- Controles –GC- por caso –GE-: 0,5 (razón 1:1)
- Nivel de confianza: 95,0%, y para una precisión relativa del 80%, el tamaño muestral resultante sería de 826 sujetos por grupo.
- Se estima una tasa de no respuesta del 10%
- $n_{\text{final}} = n_{\text{previa}} [1/(1-R)] = 826 [1/(1-0,10)] = 918$  sujetos/grupo.

Muestra total: 1.836

Pacientes mayores de 64 años en las dos áreas que conforman el distrito Córdoba-Guadalquivir: 76.452

- Área Córdoba (capital): 53.898  
70,50% de 76.452: 1.294 mayores.
- Área Guadalquivir (provincia): 22.554  
29,50% de 76.452: 542 mayores.

Posteriormente se plantearon dos secuencias de pacientes aleatorios que formaron parte de la muestra; en el Área Córdoba entre el paciente/asegurado 1 y el 53.898, se seleccionaron los 1.294 sujetos; y en el Área Guadalquivir entre el paciente/asegurado 1 y el 22.554, se seleccionaron 542 sujetos, sumando entre los dos 1.836 personas.

#### **4.4. Variables del Estudio**

##### **4.4.1. Dependientes:**

- Variable Resultado principal: Tasa de Morbilidad

##### **4.4.2. Variables Independientes:**

- Visita Domiciliaria Programada Protocolizada de Enfermería (VDPPE).
- Propias del paciente:
  - Variables sociodemográficas:
    - Edad.
    - Sexo.
    - Entorno
      - Rural
      - Urbano
    - Tipo de residencia
      - Domicilio particular
      - Institución sociosanitaria
      - Unidad de Estancia Diurna
    - Prestaciones sociales:
      - Servicio de Teleasistencia
      - Silla de ruedas

- Andador
  - Cojín antiescaras
  - Cama Clínica
  - Ayuda a domicilio
  - Solicitud de ayuda por dependencia
- Variables clínico-asistenciales
- Patologías crónicas en el momento de la valoración:
    - Enfermedad Cardiovascular
    - Enfermedad Respiratoria
    - Enfermedad Osteomuscular
    - Enfermedad Digestiva
    - Enfermedad Endocrina
    - Enfermedad Urinaria
    - Enfermedad Tumoral
    - Enfermedad Neurológica
    - Enfermedad Mental
    - Otras enfermedades crónicas
  - Tratamientos.
  - 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson
  - 11 Patrones Funcionales de Gordon
  - Datos funcionales
    - Actividades Instrumentales de la vida diaria (Barthell, Lawton y Brody).
    - Riesgo Úlceras por Presión (UPP): (Norton o Braden).
    - Movilidad y/o riesgo de caídas (Test de Get Up and Go; Escala de Tinetti; Escala de Caidas Múltiples).
    - Valoración Cognitiva: (Mini Examen Cognoscitivo; Cuestionario de Pfeifer; Test del Informador).

- Valoración afectiva (Escala de Yesavage; Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg).
- Valoración sociofamiliar.
  
- o Diagnósticos, clínicos y de enfermería.
- o Plan de Cuidados, personalizado y consensado con paciente/cuidadora, con intervenciones y actividades a realizar y resultados a conseguir.
- o Cuidador principal en domicilio.
- o Número de consultas médicas en el centro de salud
- o Número de consultas a enfermería en el centro de salud
- o Número de visitas a domicilio por el médico de familia
- o Número de visitas a domicilio por la enfermera
- o Número de ingresos hospitalarios.
- o Consultas al servicio de urgencias.
- o Consulta a especialista.
- o Defunciones.
  
- Variables de confusión: actividades de atención sanitaria habitual; intervención de otros profesionales sanitarios o no sanitarios; incidencias en el entorno familiar o habitual del paciente.

Escala de medida de las variables: cuantitativa en escalas de intervalo o razón (ejem. edad); nominal (ejem. Centro de salud); dicotómica (ejem. Prestaciones sociales). En los datos funcionales los propios de los cuestionarios y escalas de valoración.

#### **4.5 Instrumentos de la recogida de datos**

Los instrumentos de la recogida de datos han sido:

- Hoja autoelaborada de recogida de datos (Anexo 2).
- Valoración por necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos enfermeros (Anexo 3)
- Herramientas clinimétricas:

- Cuestionarios validados de valoración funcional (Barthel <sup>(81)</sup> y Lawton y Brody <sup>(83)</sup>) (Anexo 4)
  - Cuestionarios de Riesgo de Ulceras Por Presión (Cuestionario de Norton <sup>64</sup> o Braden). (Anexo 5)
  - Cuestionarios de riesgo de caídas (Timed Get Up and Go Test; Escala de valoración del equilibrio y la marcha (Tinetti); Escala de riesgo de caídas múltiples <sup>(48)</sup>) (Anexo 6)
  - Cuestionarios validados de valoración cognitiva (Mini Examen Cognoscitivo; Test del Informador; Test de Pfeiffer <sup>68</sup>) (Anexo 7)
  - Escala de valoración afectiva (Escala de depresión geriátrica (Test de Yesavage); Cribado Ansiedad Depresión (Escala de Goldberg) (Anexo 8)
  - Cuestionarios de valoración sociofamiliar (Anexo 9)
- 
- Base de datos del distrito de referencia
  - Historia Clínica Digitalizada (DIRAYA).

La información obtenida ha sido por auditoria de las historias clínicas de los pacientes reclutados mediante el muestreo.

#### **4.6. Periodo de Recogida de Datos**

La recogida de datos se ha realizado desde el 1 de mayo de 2013 hasta el 30 de septiembre del mismo año, la información recogida de la historia clínica se limitaba a un año antes del momento de la auditoria de la historia clínica.

#### **4.7. Análisis de Datos**

Los datos se incorporaron para su análisis al programa SPSS versión 15.

##### **4.7.1. Estadística descriptiva**

Para determinar las características de la población estudiada.

- Variables cualitativas: tabulación de los datos y cálculo de frecuencias absolutas y relativas (se expresan en número y porcentajes).

- Variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación típica), y posición (límites de la distribución)

#### 4.7.2. Inferencia estadística:

- Se han realizado las pruebas correspondientes sobre las hipótesis a verificar para llevar a cabo técnicas de tipo paramétrico, esto no ha sido posible por la naturaleza de las variables, por tanto, se han desarrollado técnicas no paramétricas frente a los contrastes realizados.
- Se han realizado test de comparación de proporciones mediante contrastes  $\chi^2$
- Se han realizado a su vez, en las variables cuantitativas, comparaciones de medias, utilizando contrastes de Wilcoxon y U de Mann-Whitney, en todas aquellas variables que se han considerado relevantes.
- Análisis de la variable de resultado (morbilidad), cruzándola con las variables sociodemográficas y otras variables independientes o pronosticas de interés recogidas en el estudio. Para ello se aplicó la prueba  $\chi^2$  de Pearson o test exacto de Fisher, junto con tablas de contingencia a las que se les ha calculados las frecuencias relativas conjuntas de cada cruce de modalidades.
- Todos los contrastes usados serán bilaterales a un nivel de confianza del 95%.
- Se ha desarrollado de un modo más específico, un estudio diferenciando entre casos y controles, las variables de relevancia del trabajo, con objeto de obtener conclusiones acordes con las metas fijadas en el trabajo. Para ello, se han desarrollado también técnicas no paramétricas.

#### 4.8. Limitaciones.

Las limitaciones detectadas en el estudio han sido principalmente:

- Deficiencia en los registros, hay historias clínicas que no tienen recogida la información que se pretende investigar.
- Diferencias entre unos centros de salud y otros, sobre todo entre urbanos y rurales.

- Heterogeneidad de los profesionales, no hay consenso generalizado en la actuación de los profesionales, con gran variabilidad en su práctica clínica.
- Ausencia de protocolos estandarizados de las visitas domiciliarias de los profesionales de enfermería.

#### **4.9. Consideraciones Éticas**

- Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Córdoba.
- Permisos correspondientes de los responsables de Distrito.
- Respecto a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal se ha observado en todo momento su cumplimiento.
- Los datos obtenidos de las historias clínicas se han trasladado a la plantilla de recogida de datos sin ningún dato biográfico o identificativo, por lo que han sido tratados de forma anónima.

#### **4.10. Difusión de los Resultados Obtenidos durante el desarrollo de la Tesis.**

##### **4.10.1. Comunicaciones a Congresos**

- *“Efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermera de Atención Primaria en personas de 65 y más años Pluripatológicas”* en el III Congreso Científico de Investigadores en Formación de la UCO. Córdoba 9-10 Abril 2013. (Anexo 10)
- *“Estudio documental de la atención socio-sanitaria a personas de 65 años y más en Andalucía”* tipo póster electrónico en las VII Jornadas de Salud Pública “Salud en Todas las Políticas” 16-20 Diciembre 2013 en formato virtual. (Anexo 11).
- *“Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural”* Comunicación escrita en el 3º Congreso Internacional Virtual ASANEC Enfermería Comunitaria. 9-24 Junio 2014. (Anexo 12)
- *“La Visita Domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria en Personas Ancianas”*. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014 (Anexo 13)

- *“Perfil de los usuarios de visita domiciliaria en Atención Primaria”*. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014 (Anexo 14)
- *“¿Cuánto cuesta en euros la atención domiciliaria de enfermería, en Andalucía?”*. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014 (Anexo 15)

#### **4.10.2 Publicaciones**

- Dios Guerra C; Vaquero Abellán M; Ruiz Gándara A; Muñoz Villanueva MC; Muñoz Alonso A; Rodríguez- Borrego MA. *“Características de la asistencia Sanitaria a Mayores de 65 años en Andalucía desde Fuentes Oficiales”*. Evidentia Nº 47 (en prensa) (Anexo 16)
- Dios-Guerra C, Carmona Torres JM, Ruíz Gándara A, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego M<sup>ª</sup>A. *“La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿prevención o tratamiento?”* Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014 (Anexo 17)





## 5. RESULTADOS



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Análisis descriptivo

El número de pacientes obtenido en el muestreo fue de 1.836, de los que 83 no presentaban registros en la historia clínica por lo que se desestimaron, quedando 1.743 pacientes como muestra final (N=1.743).

#### 5.1.1. Sexo

Del total de la muestra (N=1.743), 1050 han sido mujeres (60,2%) y 693 hombres (39,8%). Así queda reflejado en la tabla 29.

**Tabla 29.** Muestra por Sexo

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	Hombre	693	39,8	39,8	39,8
	Mujer	1050	60,2	60,2	100,0
	Total	1743	100,0	100,0	

#### 5.1.2. Edad

La edad media ha sido de 75 años (Dt = 5.02) como se hace referencia en el estudio, la edad mínima correspondió a 65 años, y la máxima fue de 103 años. Siendo las mujeres las que presentaban mayor edad que los hombres, tal como se muestra en la tabla 30.

**Tabla 30.** Muestra por Edad y Sexo.

		FRECUENCIA	MEDIA	MEDIANA	DESVIAC. TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
VÁLIDOS	Hombre	724	74,95	74,00	7,385	65	103
	Mujer	1085	76,34	76,00	7,829	65	103
	Total	1815	75.79	75,00	7,690	65	103

### 5.1.3. Patologías

En el análisis de la morbilidad se han tenido en cuenta las patologías crónicas más prevalentes en este grupo de edad (Cardiovascular, Respiratoria, Osteomuscular, Digestiva, Metabólica, Urinaria, Neurológica, Mental, Tumoral y Otras patologías), además se ha estudiado según sexo, su resultado ha sido el siguiente:

- Patología cardio-vascular
  - Un 79,9% de pacientes presentan esta patología.
  - 31% en hombre y 48% en mujeres (ver tabla 31)
  - No se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a patología cardiovascular, el estadístico utilizado es chi-cuadrado con corrección por continuidad de Yates que toma el valor 2.496, el p-valor=0.114 como el nivel de significación utilizado es 0.05, se puede aceptar la hipótesis ya que el p-valor es superior, y por tanto, concluir que no existen diferencias significativas en cuanto a patologías cardiovasculares entre hombres y mujeres (tabla 32).
  - En la tabla 33 se pueden observar estadísticos de frecuencia de ésta variable.

**Tabla 31.** Contingencia Sexo y Patología Cardiovascular.

			CARDIOVASCULAR		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	153	540	693
		% del total	8,8%	31,0%	
	Mujer	Recuento	198	852	1.050
		% del total	11,4	48,9%	
Total		Recuento	351	1.392	1.743
		% del total	20,1	79,9%	100,0%

**Tabla 32.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología cardiovascular.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	2,693 <sup>b</sup>	1	,101		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	2,496	1	,114		
Razón de verosimilitudes	2,673	1	,102		
Estadístico exacto de Fisher				,113	0,57
Asociación lineal por lineal	2,691	1	,101		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 139,55.

**Tabla 33.** Frecuencia Patología Cardio-Vascular.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	No	351	20,1	20,1	20,1
	Sí	1.392	79,9	79,9	100,0
	Total	1.743	100,0	100,0	

- Patología *respiratoria*

- El 19,1% de pacientes presentan esta patología
- 10% en hombres y 9,1% en mujeres (ver tabla 34).
- En esta patología se han encontrado diferencias significativas entre hombre y mujeres (p 0,000) el 25% de los hombres frente al 15% de mujeres, tabla 35.

**Tabla 34.** Contingencia Sexo y Patología Respiratoria

			RESPIRATORIAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	519	174	693
		% del total	29,8%	10,0%	39,8%
	Mujer	Recuento	891	159	1.050
		% del total	51,1%	9,1%	60,2%
Total	Recuento	1.410	333	1743	
	% del total	80,9%	19,1%	100,0%	

**Tabla 35.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología respiratoria.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	26,825 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	26,184	1	,000		
Razón de verosimilitudes	26,352	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	26,810	1	,000		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 132,40.

- Patología *osteomuscular*
  - El 48,7% de las personas estudiadas la padecen,
  - un 12,6% en hombres y un 36,1% en mujeres, (ver tabla 36)
  - Una vez más existen diferencias entre hombres y mujeres (p 0,000), siendo en esta ocasión las más afectadas las mujeres (un 60% de mujeres frente a un 31% de hombres) (tabla37)

**Tabla 36.** Contingencia Sexo- Patología Osteomuscular.

			OSTEOMUSCULARES		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	473	220	693
		% del total	27,1%	12,6%	39,8%
	Mujer	Recuento	421	629	1.050
		% del total	24,2%	36,1%	60,2%
Total		Recuento	894	849	1743
		% del total	51,3%	48,7%	100,0%

**Tabla 37.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología osteomuscular.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	132,495 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	131,371	1	,000		
Razón de verosimilitudes	134,850	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	132,419	1	,000		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 337,55.

- Patología *digestiva*

- Su presencia se encuentra en un 21,7% de los pacientes
- Es mayor el porcentaje en mujeres, con un 13,9% frente al de hombres, un 7,9% (ver tabla 38)
- no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, afecta a ambos por igual (p 1,118), tabla 39



**Tabla 38.** Contingencia Sexo-Patología Digestiva.

			DIGESTIVAS		Tota
			No	Si	
Sexo	Hombre	Recuento	556	137	693
		% del total	31,9%	7,9%	39,8%
	Mujer	Recuento	808	242	1.050
		% del total	46,4%	13,9%	60,2%
Total		Recuento	1.364	379	1.743
		% del total	78,3%	21,7%	100,0%

**Tabla 39.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología digestiva.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	2,637 <sup>b</sup>	1	,104		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	2,448	1	,118		
Razón de verosimilitudes	2,659	1	,103		
Estadístico exacto de Fisher				,109	,058
Asociación lineal por lineal	2,636	1	104		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 150,69

- Las enfermedades *metabólicas*
  - Están presentes en el 34,8% de los casos,
  - El 13,1% en hombre y el 21,7% en mujeres (ver tabla 40).
  - No se aprecian diferencias significativas por sexo, tabla 41.

**Tabla 40.** Contingencia Sexo- Patología Metabólica.

			METABÓLICAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	465	228	693
		% del total	26,7%	13,1%	39,8%
	Mujer	Recuento	671	379	1050
		% del total	38,5%	21,7%	60,2%
Total		Recuento	1.136	607	1.743
		% del total	65,2%	34,8%	100,0%

**Tabla 41.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología metabólica.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	1,877 <sup>b</sup>	1	,171		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	1,737	1	,187		
Razón de verosimilitudes	1,883	1	,170		
Estadístico exacto de Fisher				,182	,093
Asociación lineal por lineal	1,876	1	,171		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 241,34

- Patología *Urinaria*

- Un 22,4% de pacientes han presentado patologías urinarias.
- En un 10,8% de los casos han sido hombres y en un 11,6% mujeres (ver tabla 42).
- En la relación estadística entre sexos se han encontrado de nuevo diferencia significativa siendo los hombres con un 27% las que las sufren más que las mujeres con un 19% (p 0,000), tabla 43

**Tabla 42.** Contingencia Sexo-Patología Urinaria.

			URINARIAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	505	188	693
		% del total	29,0%	10,8%	39,8%
	Mujer	Recuento	847	203	1.050
		% del total	48,6%	11,6%	60,2%
Total		Recuento	1352	391	1.743
		% del total	77,6%	22,4%	100,0%

**Tabla 43.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología urinaria.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	14,578 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	14,134	1	,000		
Razón de verosimilitudes	14,394	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,570	1	,000		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 155,46

- Patología *neuroológica*.
  - Prevalencia del 9,4%, como en los casos anteriores se han separado por sexos (ver tabla 44).
  - Siendo más frecuente en mujeres, 5,5% , que en hombre, 3,8%,
  - Esta patología se comporta igual entre hombres que entre mujeres, tabla 45.

**Tabla 44.** Contingencia Sexo- Patología Neurológica.

			NEUROLÓGICAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	626	67	693
		% del total	35,9%	3,8%	39,8%
	Mujer	Recuento	954	96	1.050
		% del total	54,7%	5,5%	60,2%
Total		Recuento	1.580	163	1.743
		% del total	90,6%	9,4%	100,0%

**Tabla 45.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología neurológica.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	,136 <sup>b</sup>	1	,712		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	,081	1	,776		
Razón de verosimilitudes	,135	1	,713		
Estadístico exacto de Fisher				,737	,386
Asociación lineal por lineal	,136	1	,713		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 64,81

- Patología *mental*.

- El porcentaje de presencialidad ha estado en un 14,9% de los casos
- Siendo mayor en mujeres, 11,5% frente a hombres 3,4% (ver tabla 46).
- En esta ocasión se aprecian diferencias entre hombres y mujeres frente a este tipo de patologías, afectando más a las mujeres que a los hombres (un 19% de mujeres frente a un 8% de hombres), tabla 47.

**Tabla 46.** Contingencia Sexo-Patología Mental.

			MENTALES		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	634	59	693
		% del total	36,4%	3,4%	39,8%
	Mujer	Recuento	849	201	1.050
		% del total	48,7%	11,5%	60,2%
Total		Recuento	1.483	260	1743
		% del total	85,1%	14,9%	100,0%

**Tabla 47.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología mental.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	37,162 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	36,330	1	,000		
Razón de verosimilitudes	39,600	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	37,141	1	,000		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 103,37

- Patología tumoral
  - Las personas diagnosticadas con patología tumoral han sido un 11,1%,
  - El 6,6% en hombre y el 4,5% en mujeres (ver tabla 48).
  - Con diferencia significativa entre ambos sexos, siendo más afectados los hombres, 16% frente al 8% las mujeres (p 0,000), tabla 49.

**Tabla 48.** Contingencia Sexo- Patología Tumoral.

			TUMORALES		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	578	115	693
		% del total	33,2%	6,6%	39,8%
	Mujer	Recuento	971	79	1050
		% del total	55,7%	4,5%	60,2%
Total		Recuento	1.549	194	1.743
		% del total	88,9%	11,1%	100,0%

**Tabla 49.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-patología tumoral.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	34,726 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	33,815	1	,000		
Razón de verosimilitudes	33,886	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	34,706	1	,000		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 77,13

- *Otras Patologías*

- Por último en el apartado de otras patologías, en un 30 % del total, existen más diagnósticos en el grupo de mujeres, 18,6% que en el de hombres, 11,4% (ver tabla 50).
- No existen diferencias significativas por sexo, tabla 51.

**Tabla 50.** Contingencia Sexo-Otras Patologías.

			OTRAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	494	199	693
		% del total o	28,3%	11,4%	39,8%
	Mujer	Recuento	726	324	1.050
		% del total	41,7%	18,6%	60,2%
Total		Recuento	1.220	523	1.743
		% del total	70,0%	30,0%	100,0%

**Tabla 51.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-otras patologías.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	,912 <sup>b</sup>	1	,340		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	,812	1	,367		
Razón de verosimilitudes	,914	1	,339		
Estadístico exacto de Fisher				,364	,184
Asociación lineal por lineal	,911	1	,340		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 207,94

**La media de patologías** es de 2,92 con una representatividad relativa ante la dispersión de los datos (DT 1,449), tabla 52.

**Tabla 52.** Estadísticos de patologías (media y desviación típica).

N Válidos	1743
Perdidos	0
Media	2,92
Desv. Típ	1,449

Siguiendo con el análisis de resultados en este apartado, en media (3,01) las mujeres presentan más patologías que los hombres, el error típico (ET 0,045) indica la estabilidad de la media, tabla 53.

**Tabla 53.** Estadísticos descriptivos patologías-sexo.

Sexo		Estadístico	Error típ	
Patológico	No	Media	2,78	,054
		Desv. típ	1,429	
		Mínimo	0	
		Máximo	7	
	Sí	Media	3,01	,045
		Desv. típ	1,455	
		Mínimo	0	
		Máximo	10	

Los hombres presentan entre 0 y 7 patologías y las mujeres entre 0 y 10; la dispersión de los datos es la misma en un grupo que en otro, siendo algo inferior la heterogeneidad en mujeres que en hombres. Se puede apreciar con más exactitud esta información en la tabla 54.

**Tabla 54.** Nº de patologías en porcentajes por sexos.

	Nº PATOLOGÍA										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
% Hombre	1.7	5.7	9.6	11,4	6.9	2.8	1.1	0.4	0.0	0.0	39,8 %
% Mujer	1.9	6.1	15.2	16,4	11.6	6.3	2.1	0.6	0.1	0.1	60,2 %
<b>Total</b>	3.6	11.8	24.8	27,8	18.5	9.1	3.2	1.0	0.1	0.1	100 %



En la tabla 55 se resume la morbilidad analizada, calculada en porcentajes, por sexos y señalando también si existe diferencia significativa por sexo (en este caso como la muestra es grande se ha utilizado el estadístico chi-cuadrado con corrección por continuidad de Yates que toma el valor 2.496, y el nivel de significación utilizado es 0.05.

**Tabla 55.** Patologías y diferencia por sexos.

PATOLOGÍA	N PACIENTES	PORCENTAJE %	HOMBRES %	MUJERES %	DIFERENCIA POR SEXO
Cardiovascular	1392	79.9	31.0	48.9	No
Respiratoria	333	19.1	10.0	9.1	Si (H)
Osteomuscular	894	48.7	12.6	36.1	Si(M)
Digestiva	379	21.7	7.9	13.9	No
Metabólica	607	34.8	13.1	21.7	No
Urinaria	391	22.4	10.8	11.6	Si(H)
Neurológica	163	9.4	3.8	5.5	No
Mental	260	14.9	3.4	11.5	Si(M)
Tumoral	194	11.1	6.6	4.5	Si(H)
Otras patologías	523	30.0	11.4	18.6	No

#### 5.1.4. Fármacos

Según los registros de la historia clínica, un 90,5% de pacientes se medica (toman algún fármaco) (55,4% de mujeres y 35,2% hombres), un 4,7% no se medica y en un 4,8% se desconoce porque no se dispone de registro, ver en tabla 56 más detalladamente los datos descritos.

**Tabla 56.** Contingencia Sexo-Consumo de Medicación.

		MEDICA			Total
		Sin registro	No se medica	Se medica	
Sexo	Hombre	Recuento 34 2,0%	46 2,6%	613 35,2%	693 39,8%
	Mujer	Recuento 49 2,8%	36 2,1%	965 55,4%	1050 60,2%
Total		Recuento 83 4,8%	82 4,7%	1578 90,5%	1743 100,0%

- Proporcionalmente las mujeres se medican más que los hombres, 92% frente al 88%.
- En media, las mujeres (6,88) consumen más fármacos que los hombres, aunque en ambos grupos hay más heterogeneidad de la deseada para que la media fuese suficientemente representativa. Siendo la estabilidad de la media buena (ET 0,119), ver en tabla 57.

**Tabla 57.** Estadísticos descriptivos fármacos-sexo.

Sexo		Estadístico	Error típ	
Fármacos	No	Media	6,12	,142
		Desv. típ	3,507	
		Mínimo	1	
		Máximo	24	
	Sí	Media	6,88	,119
		Desv. típ	3,688	
		Mínimo	1	
		Máximo	22	

### 5.1.5. Atención Domiciliaria

- De un total de 1.743 personas mayores de 65 años, se encuentran incluidas en Atención Domiciliaria (AD) 199, lo que supone un 11,4% (8,1% mujeres y 3.3% hombres), (ver tabla 58).

**Tabla 58.** Contingencia Sexo-Visita Domiciliaria.

			VISITAS		Total
			No	Sí	
Sexo	Hombre	Recuento	636	57	693
		% del total	36,5%	3,3%	39,8%
	Mujer	Recuento	908	142	1.050
		% del total	52,1%	8,1%	60,2%
Total		Recuento	1.544	199	1.743
		% del total	88,6%	11,4%	100,0%

- Si se contrasta mediante la prueba de chi-cuadrado si existen diferencias entre hombre y mujeres y la variable atención domiciliaria se puede comprobar que sí existe y que son más las mujeres incluidas en éste servicio (13,5%) que los hombres (8%), tabla 59.

**Tabla 59.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-visita domiciliaria.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	11,589 <sup>b</sup>	1	,001		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	11,071	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,028	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	11,583	1	,001		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 79,12

- La edad media de las personas incluidas en AD es de 81,99 años (dato de gran representatividad estadísticamente hablando ante la homogeneidad de la muestra), y la de los que no reciben éste servicio es de 74,87 años (ver tabla 60).
- Ambas medias son estables (ET 0,539-0,183 respectivamente). Mediante pruebas no paramétricas (contraste de Mann-Whitney) se determina que

existen diferencias estadísticamente significativas con relación entre edad y AD, siendo los pacientes de mayor edad los que están incluidos en este servicio. Obteniendo la misma conclusión con el contraste paramétrico (ANOVA).

**Tabla 60.** Descriptivos Visita Domiciliaria-Edad.

Visitas		Estadístico	Error típ	
Edad	No	Media	74,87	,183
		Desv. típ	7,172	
		Mínimo	65	
		Máximo	96	
	Sí	Media	81,99	,539
		Desv. típ	7,605	
		Mínimo	65	
		Máximo	103	

- La edad, por sexos, de este grupo de personas, las visitadas en domicilio, es de 82,82 años para las mujeres y de 79,91 años para los hombres. En la tabla 61 se hace un descriptivo de las variables edad, sexo y Atención Domiciliaria.

**Tabla 61.** Descriptivos Edad-Sexo-Atención Domiciliaria.

Sexo			Estadístico	Error típ
Edad	Hombre	Media	79,91	1,066
		Desviación típica	8,047	
	Mujer	Media	82,82	,611
		Desviación típica	7,284	

- Siguiendo con el análisis de variables analizadas en los pacientes que reciben visita domiciliaria, se ha investigado el número de personas incluidas en AD y que tienen fecha de inicio de visita y la fecha de mortandad recogida, siendo el dato de 33 casos, de ellos, 17 tuvieron visitas domiciliarias, la media de días de vida fue 724 en los que tuvieron visitas y 586,4 en los que no tuvieron visitas (ET 109,384 y 168,493 respectivamente).
- Considerando sólo los pacientes en AD, en la tabla 62 se muestra la media de consultas al especialista, enfermería, urgencias, médico de familia, de enfermería a domicilio y de médico a domicilio. Las consultas de especialista y urgencias son referidas a dos años, el resto a un año.

**Tabla 62.** Consultas realizadas por Pacientes incluidos en Atención Domiciliaria.

		Consulta especialista	Consulta enfermería	Consulta urgencias	Consultas médico de familia	Visitas domicilio enfermeras	Visitas domicilio médico
N	Válidos	199	199	199	199	199	199
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		5,45	1,82	1,32	5,91	19,13	1,46
Desviación típica		7,915	3,131	3,021	4,692	45,989	2,783

- Cuando se cruzan las variables consumo de fármacos con visita domiciliaria, se observa que la media de medicamentos tomados por personas que reciben AD es de 8,42 (ET 0,269) siendo mayor que entre aquellos pacientes no incluidos en AD (tabla 63).

**Tabla 63.** Descriptivos Pacientes en AD-Consumo de Fármacos.

Pacientes en AD			ESTADÍSTICO	ERROR TÍPICO
Fármacos	No	Media	6,35	,096
		Desviación típica	3,575	
	Sí	Media	8,42	,269
		Desviación típica	3,604	

### 5.1.6. Recursos Sociosanitarios

Dentro de los recursos sociosanitarios, se incluyen aquellos servicios públicos y ayudas técnicas que son ofertados desde las instituciones y gestionados principalmente por la Enfermera Gestora de Casos y la Trabajadora Social de los Centros de Salud (Anexo 18).

- Es de destacar la baja cobertura encontrada, en el estudio, de la disponibilidad de estas ayudas, siendo la media de recursos sociosanitarios y de ayuda técnica de 0,11 (tabla 64) y un 91,7% no utiliza ningún recurso (tabla 65).

**Tabla 64.** Estadísticos Recursos sociosanitarios y ayudadas técnicas.

<b>N Válidos</b>	1743
<b>Perdidos</b>	0
<b>Media</b>	11
<b>Desv. Típ</b>	,411

**Tabla 65.** Porcentajes de utilización de recursos según número de éstos.

Nº DE RECURSOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>Válidos</b>	0	1598	91,7	91,7	91,7
	1	113	6,5	6,5	98,2
	2	24	1,4	1,4	99,5
	3	6	,3	,3	99,9
	4	1	,1	,1	99,9
	5	1	,1	,1	100,0
	<b>TOTAL</b>	1743	100,0	100,0	

- En la tabla 66 se detalla una relación de los diferentes recursos, su cobertura, diferenciada por sexos.

**Tabla 66.** Cobertura de recursos sociosanitarios por sexos.

RECURSOS SOCIO-SANITARIO	COBERTURA %	HOMBRES%	MUJERES%
<b>Teleasistencia</b>	1.1	0.3	0.8
<b>Silla de ruedas</b>	3.3	1.0	2.2
<b>Cojín antiescaras</b>	0.5	0.2	0.3
<b>Cama clínica</b>	1.3	0.3	1.0
<b>Andador</b>	3.9	0.9	3.0
<b>Ayuda a domicilio</b>	0.7	0.1	0.6

- Solo se ha encontrado diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto al uso de andador, siendo más frecuente en mujeres (un 5% de las mujeres frente a un 2% de los hombres), tabla 67.

**Tabla 67.** Pruebas de chi-cuadrado sexo-uso de andador.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (BILATERAL)	SIG. EXACTA (UNILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	9,256 <sup>b</sup>	1	,002		
Corrección por continuidad <sup>a</sup>	8,503	1	,004		
Razón de verosimilitudes	9,992	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,0017
Asociación lineal por lineal	9,251	1	,002		
N de casos válidos	1743				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,04

- En lo que se refiere a AD, de los 179 pacientes incluidos en dicho programa (11,4 de N), la disponibilidad en el número de recursos sociosanitarios es el siguiente (ver tabla 68):
  - El 63,6% no disponen de recursos
  - el 26,3%, dispone de un recurso
  - el 7,3%, de dos recursos
  - el 2,2% de tres recursos
  - el 0,6% reciben 4 recursos sociosanitarios,
- Son las mujeres las que disponen de más recursos (73,2%) que los hombres (26,8%), (tabla 68).

**Tabla 68.** Contingencia sexo-recursos sociosanitarios-pacientes en AD.

PACIENTES EN AD				RECURSOS					
				0	1	2	3	4	TOTAL
Sí	Sexo	Hombre	Recuento	28	15	5	3	0	48
			% del total	15,6	8,4	2,8	0,0	0,0	26,8%
	Mujer	Recuento	86	32	8	4	1	131	
		% del total	48,0	17,9	4,5	2,2	0,6	73,2%	
	Total	Recuento	114	47	13	4	1	179	
		% del total	63,6	26,3	7,3	2,2	0,6	100%	



- El servicio de teleasistencia el que mayor cobertura presenta, un 7,8%, ver tabla 69.

**Tabla 69.** Pacientes en AD que reciben teleasistencia.

PACIENTES EN AD				TELEASISTENCIA		TOTAL
				NO	SÍ	
Sí	Sexo	Hombre	Recuento	43	5	48
			% del total	24,0%	5,0%	26,8%
		Mujer	Recuento	122	9	131
			% del total	68,2%	5,0%	73,2%
	Total	Recuento	165	14	179	
		% del total	92,2%	7,8%	100%	

- Otro tipo de recurso que se ha estudiado es la solicitud de ayuda a la ley de dependencia, pues bien, el porcentaje de pacientes en AD que han solicita dicha prestación es del 45,7%. Estos datos se encuentran recogidos en la tabla 70.

**Tabla 70.** Solicitud de Ayuda a la Dependencia de Pacientes en AD.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	No	108	54,3	54,3	54,3
	Sí	91	45,7	45,7	100,0
	Total	199	100,0	100,0	

- Cuando se analiza la muestra total, con relación a la ley de dependencia hay diferencia en cuanto a rural y urbano, siendo en éste último donde hay mayor solicitud, también hay diferencia en cuanto al sexo, en el medio rural se halla un 5% de hombres frente a un 14% de mujeres y en el medio urbano, los porcentajes son de un 11% y un 19% respectivamente, encontrándose menos diferencia que en el entorno rural. Se puede observar de forma más gráfica en la tabla 71.

**Tabla 71.** Solicitud de Ayuda a la Dependencia según Sexo y Entorno.

LOCALIDAD				SEXO		TOTAL
				HOMBRE	MUJER	
Rural	Ley de dependencia	No	Recuento % del total	212 41,5%	247 48,3%	459 89,8%
		Sí	Recuento % del total	12 2,3%	40 7,8%	52 10,2%
	Total		Recuento % del total	224 43,8%	287 56,2%	511 100,0%
Urbano	Ley de dependencia	No	Recuento % del total	418 33,9%	618 50,2%	1036 84,1%
		Sí	Recuento % del total	51 4,1%	145 11,8%	196 15,9%
	Total		Recuento % del total	469 38,1%	763 61,9%	1232 100,0%

### 5.1.7. Tipo de Residencia

Los tipos de residencia que se han contemplado en los pacientes estudiados han sido: domicilio particular (donde residen la mayoría de los sujetos), institución (o residencia de mayores), y también se ha especificado si acuden a Unidad de Estancia Diurna (denominada también centro de día).

En la tabla 72 se hace una relación de los diferentes tipos de residencia, especificando sexo.

**Tabla 72.** Tipo de Residencia-Sexo.

			TIPO RESIDENCIA			TOTAL
			DOMICILIO	INSTITUCIONALIZADA	UED	
Sexo	Hombre	Recuento	675	17	1	693
		% del total	38,7%	1,0%	,1%	39,8%
	Mujer	Recuento	1.008	39	3	1.050
		% del total	57,8%	2,2%	,2%	60,2%
Total		Recuento	1683	56	4	1743
		% del total	96,6%	3,2%	,2%	100,0%

- Del cruce entre las variables consumo de fármacos y tipo de residencia, se observa (ver tabla 73):
  - Los pacientes que están en domicilio, del 4% no se tiene registros, el 4,6% no se medica y el 90,7% si lo hace.
  - En cuanto a las personas institucionalizadas, el 10,71% no tiene registro, el 5% no se medica y el 84% toma al menos un fármaco.
  - El 100% de las personas que acuden al centro de Estancia Diurna toma medicación.

**Tabla 73.** Consumo de Fármacos-Tipo de Residencia.

Tipo de Residencia	Consumo de Fármacos			Total
	Sin registro	No se medica	Se medica	
Domicilio	77	79	1527	1683
Institución	6	3	47	56
UED			4	4

- Se ha analizado también la edad media de los pacientes que están en Atención Domiciliaria y el tipo de residencia, y los resultados son: personas en domicilio, 82 (DT 7,4); Institucionalizadas, 82,21 (DT 8,91), ver tabla 74.

**Tabla 74.** Descriptivo Tipo de Residencia-Edad.

TIPO DE RESIDENCIA		ESTADÍSTICO	ERROR TÍPICO
Edad	Domicilio	Media	82,00
		Desviación típica	,571
	Institución	Media	7,406
		Desviación típica	82,21
	UED	Media	8,918
		Desviación típica	78
		5,657	4,000

- La edad media de los pacientes que acuden a UED no es muy estable dado que el tamaño de la muestra es de sólo 4 pacientes en este grupo.
- Las personas incluidas en AD que viven en domicilio particular y en el medio rural reciben una media de 2.44 visitas por parte de la enfermera de familia (DT 12,479) y de 4,75 (DT 5,148) en el caso de que se trate de personas institucionalizadas (tabla 75).
- En el caso del médico de familia, estas cifras son de 0.16 y 1.63 respectivamente.

**Tabla 75.** Descriptivos Tipo de Residencia-Visitas Domicilio Medio Rural.

TIPO DE RESIDENCIA			ESTADÍSTICO
Visitas domicilio de Enfermería	Domicilio particular	Media Desv. Típ.	2,44 12,479
	Institución	Media Desv. Típ	4,75 5,148
Visitas domicilio Médico	Domicilio particular	Media Desv. Típ.	,16 ,787
	Institución	Media Desv. Típ.	1.63 1,996

- Cuando se trata del medio urbano, la media de visitas de enfermeras es de 2,95 (DT 19,67) en pacientes con domicilio particular, y en el caso de institucionalizados es de 6.08 (DT 11,28), cuando son personas que acuden a UED (Unidades de Estancias Diurnas) la media de visitas es de 3.33 (tabla 76).
- En cuanto a la media de visitas por el médico de familia esta es de 0.19 y 1.10 (en domicilio y residencia respectivamente).

**Tabla 76.** Descriptivos Tipo de Residencia-Visitas Domicilio Medio Urbano.

TIPO DE RESIDENCIA			ESTADÍSTICO
Visitas domicilio de Enfermería	Domicilio particular	Media Desv. Típ.	2,95 19,675
	Institución	Media Desv. Típ.	6,08 11,280
Visitas domicilio Médico	Domicilio particular	Media Desv. Típ.	,19 1,024
	Institución	Media Desv. Típ.	1,10 3,885

- Se puede afirmar, una vez realizadas las pruebas de Kanski-Walis, prueba no paramétrica, que existen diferencias en cuanto a visitas de enfermeras y de médicos a los pacientes según el tipo de residencia, siendo el mayor el número de visitas a los pacientes institucionalizados, y el de menor en los que viven en su domicilio, tanto en el caso de enfermería como de médicos, produciéndose más visitas de enfermería, y siendo el de médicos casi inexistente (0 ó 1). Tablas 77 y 78.

**Tabla 77.** Estadística de contraste <sup>a,b,c</sup>

	VISITAS DOMICILIO MÉDICO	VISITAS DOMICILIO ENFERMERA
Chi-cuadrado	25,322	15,827
gl	2	2
Sig. Asintót.	,000	,000

- Prueba de Kruskai-Wallis
- Variable de agrupación: tipo de residencia
- Localidad: Rural

**Tabla 78.** Estadística de contraste <sup>a,b,c</sup>

	VISITAS DOMICILIO MÉDICO	VISITAS DOMICILIO ENFERMERA
Chi-cuadrado	10,334	56,203
gl	2	2
Sig. Asintót.	,006	,000

- Prueba de Kruskai-Wallis
- Variable de agrupación: tipo de residencia
- Localidad: Urbana

### 5.1.8. Cuidador Principal

Otro dato de valor cuando se trata de mayores, sobre todo si presentan algún tipo de invalidez, por la repercusión que tiene en la vida del paciente, como también en la relación con los profesionales sanitarios, especialmente enfermería, es la identificación del Cuidador Principal (C. Ppal).

- En la relación entre visitas domiciliarias de enfermería, cuidador principal identificado y sexo, se obtienen los datos siguientes: de las 199 (12,32%) personas que reciben Visita Domiciliaria, un 47,2% tienen identificado el C.Ppal, mientras que el 91,7% de las personas que no reciben la visita domiciliaria (1416) no lo tienen identificado.
- En la tabla 79 se puede observar más detalladamente la relación entre las tres variables tratadas.

Tabla 79. Cuidador Principal Identificado-Visita Domiciliaria-Sexo.

VISITAS			SEXO		TOTAL
			HOMBRE	MUJER	
No	CpPal Identificado	No identificado/No tiene	Recuento 610 39,5%	806 52,2%	1416 91,7%
		Identificado	Recuento 26 1,7%	102 6,6%	128 8,3%
<b>Total</b>			Recuento 636 41,2%	908 58,8%	1544 100,0%
Sí	CpPal Identificado	No identificado/No tiene	Recuento 31 15,6%	74 37,2%	105 52,8%
		Identificado	Recuento 26 13,1%	68 34,2%	94 47,2%
<b>Total</b>			Recuento 57 28,6%	142 71,4%	199 100,0%

- En cuanto a la media de edad de los pacientes con C.Ppal identificado esta es de 82,13 (E T ,517), siendo mayor que la de aquellos pacientes que no tienen identificado un cuidador (ver tabla 80).

**Tabla 80.** Descriptivo Edad-Cuidador Principal Identificado.

C. Ppal Identificado			ESTADÍSTICO	ERROR TÍPICO
Edad	No identificado/No tiene	Media	74,74	,181
		Desviación típica	7,075	
Identificado		Media	82,13	,517
		Desviación típica	7,700	

- Existen diferencias significativas en cuanto a visita domiciliar de personas con el C Ppal identificado, donde las visitas son mucho más frecuentes, que aquellos que no lo tienen identificado (p 0,000), este estadístico se ha realizado con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, el estadístico de contraste es el cuidador ppal identificado, ver en tabla 81.

**Tabla 81.** Estadístico de Contraste C. Ppal identificado-Visitas Domicilio.

	VISITAS DOMICILIO
U de Mann Whitney	81898,500
W de Wilcoxon	1239379,500
Z	-18,946
Sig. asintót (bilateral)	,000

### 5.1.9. Asistencia a Consultas

Se describe a continuación la asistencia que han realizado las personas mayores de 65 años a diferentes profesionales sanitarios de consultas más prevalentes.

- El 91,68% de personas han acudido al menos una vez en el último año a consulta del médico de familia, la media de edad es 75,66 (ET ,188).
- el 52% a la enfermera, con una media de edad de 76,48 años (ET 0,247).
- el 75% al especialista (en éste caso se han tenido en cuenta los dos último años), con una media de edad de 75,42 (ET 0,199).



- el 35% ha usado el servicio urgencias (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias) de Atención Primaria, también en los dos últimos años, media de edad 76,10 años (ET 0,310).
- En el medio rural la media de consultas por paciente a profesionales médicos, de enfermería y de urgencias han sido ligeramente superiores que en el medio urbano, no en el caso de especialistas, se puede apreciar las diferencias en la tabla 82.

**Tabla 82.** Media Consultas a Profesionales-Entorno.

CONSULTAS/MEDIO	MÉDICO DE FAMILIA	ENFERMERA DE FAMILIA	ESPECIALISTA	URGENCIAS
Rural	5.83	2.22	4.79	2.44
Urbano	5.68	1.95	5.44	0.43

#### 5.1.10. Instrumentos de Valoración Enfermera

Para analizar la metodología del trabajo de enfermería se han examinado los registros que se realizan de valoración de cuidados, los cuestionarios clinimétricos más utilizados en el grupo de población estudiada, así como la elaboración de planes de cuidados, dando como resultado que:

- El 71,9% del total de la muestra no tienen valoración ni plan de cuidados realizado, frente al 11,0% que sí lo tienen (el 15,20% tienen la valoración realizada pero no el plan de cuidados y en un 19% no tienen valoración pero sí plan de cuidados).
- Concretamente se puede afirmar que un 26,2% tienen registrado la valoración con el modelo de cuidados de Virginia Henderson.
- En el 29,2% se ha realizado el cuestionario de Barthel.
- En el 4,4 % se ha realizado el cuestionario de Lawton y Brody.
- En el 14,6% se ha realizado el Test de Pfeiffer.
- En el 6,9% el de riesgo de Ulceras por Presión de Norton o Braden.
- En el 5,4% se ha realizado el de riesgo de caídas.

- En un 9.8% de casos se ha realizado otro tipo de cuestionarios (entre los que se encuentran cuestionarios de valoración de la incontinencia urinaria, escalas de evaluación del estado nutricional, escala de Depresión-Ansiedad de Goldger, escala de depresión geriátrica test de Yesevage, escala de valoración socio familiar; y otros referidos a la sobrecarga del cuidador principal, como el de Zarit u Duke-Unc.
- Cuando se analiza el Plan de Cuidados, éste sólo aparece registrado en un 12,9% de las historias clínicas.
- Cuando se analizan estas variables en pacientes exclusivos de Atención Domiciliaria, la media de cuestionarios realizados es de 2.12.
- Sólo el 40.7% de pacientes de domicilio tienen registrado en su historia clínica la valoración y plan de cuidados, el 20.6% no tienen ni valoración ni Plan de Cuidados; el 33.7% tienen valoración pero no Plan de Cuidados; y el 5.0% no tiene ni valoración ni Plan de Cuidados.
- En la cumplimentación de cuestionarios de valoración, ha sido el de Barthel con un 75,4% el más frecuente, seguido del de Pfeiffer con un 44,2% y el de Norton con un 33.2%.
- En la tabla 83 se aprecia de forma más resumida los datos de los resultados anteriormente comentados.

**Tabla 83** . Cumplimentación de Cuestionarios de Valoración Enfermera.

CUMPLIMENTACIÓN DE CUESTIONARIOS	MUESTRA TOTAL	PACIENTES DOMICILIARIOS
Valoración de Cuidados	26,2	74,4%
Plan de Cuidados	12,9	45,7%
Valoración+Plan de Cuidados	11,0%	40,7%
Cuestionario de Barthel	29,2	75,4
Cuestionario de Lawton y Brody	4,4	11,1
Cuestionario de Pfeiffer	14,6	44,2
Cuestionario de Norton	6,9	33,2
Cuestionario de Caídas	5,4	15,1
Otros Cuestionarios	9,8	32,7

- Hay diferencia importante entre los dos grupos, son más las actividades que se realizan en los pacientes domiciliarios, en los que ya está establecida una dependencia, fragilidad, limitación, etc, que en el grupo general, por lo que el enfoque de valoración para la prevención no parece estar muy generalizado en la atención de las personas mayores de 65 años.
- Otro dato a señalar en este apartado que se está analizando es la relación de pacientes domiciliarios que tienen identificado el cuidador principal y que presentan valoraciones y cuestionarios registrados, de los pacientes con C.Ppal en AD (87) el 55,2% tienen valoración, cuestionarios y plan de cuidados, frente al 37,8% que, si bien tienen la valoración y plan de cuidados, no tienen identificado al cuidador principal (tabla 84).

**Tabla 84.** Contingencia Plan de Cuidados-Escalas y Cuestionarios-C.PPal identificado.

cppalidentificado	Scuest				plan		Total
					No tiene	Tiene	
No identificado/No tiene	No tiene	valoracion	No tiene	Recuento	20	2	22
				% del total	87,0%	8,7%	95,7%
			Tiene	Recuento	1	0	1
				% del total	4,3%	,0%	4,3%
			Total	Recuento	21	2	23
			% del total	91,3%	8,7%	100,0%	
	Tiene	valoracion	No tiene	Recuento	12	2	14
				% del total	14,6%	2,4%	17,1%
			Tiene	Recuento	37	31	68
				% del total	45,1%	37,8%	82,9%
		Total	Recuento	49	33	82	
		% del total	59,8%	40,2%	100,0%		
Identificado	No tiene	valoracion	No tiene	Recuento	5	0	5
				% del total	71,4%	,0%	71,4%
			Tiene	Recuento	0	2	2
				% del total	,0%	28,6%	28,6%
			Total	Recuento	5	2	7
			% del total	71,4%	28,6%	100,0%	
	Tiene	valoracion	No tiene	Recuento	4	6	10
				% del total	4,6%	6,9%	11,5%
			Tiene	Recuento	29	48	77
				% del total	33,3%	55,2%	88,5%
		Total	Recuento	33	54	87	
		% del total	37,9%	62,1%	100,0%		

### 5.1.11. Coste Económico

Para hacer una estimación y cuantificar de forma teórica el coste que supone la asistencia a personas incluidas en Atención Domiciliaria (ver tabla 85), se han utilizado las tarifas fijadas por la administración autónoma <sup>(151)</sup> que determinan los servicios y actividades de carácter sanitario susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos por aquellos servicios prestados por Centros dependientes de la Administración Sanitaria de Andalucía a personas sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, o en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en los que exista un tercero obligado al pago de la asistencia aplicando el Procedimiento para el cálculo del coste de la asistencia sanitaria:

Para el cálculo teórico de los costes de la asistencia a las personas estudiadas, se ha realizado una media, dentro de la misma categoría profesional y lugar de prestación, con las tarifas que están reguladas en la *ORDEN de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía* <sup>(151)</sup>.

A continuación se muestra las tarifas reguladas por la presente Orden de los Servicios Sanitarios Prestados en Centros de Atención Primaria, Consultas Ambulatorias de Especialistas y Servicios de Urgencias

- Consulta Médica:
  - En el centro de salud
    - 1ª consulta 43,50
    - Consultas Sucesivas 17,84
  - En el domicilio
    - 1ª consulta 60,03
    - Consultas Sucesiva 37,41

- Consulta Médica con Cuidados de Enfermería
  - En el centro de salud
    - -1ª consulta 51,77
    - -Consultas Sucesivas 22,75
  - En el domicilio
    - 1ª consulta 76,13
    - Consultas Sucesivas 58,73
  
- Consulta de Enfermería (sin intervención médica)
  - En centro sanitario 20,88
  - En domicilio 29,15
  
- Consulta de especialista
  - 1ª consulta 14,12
  - Consultas sucesivas 54,58
  
- Consulta a urgencias 49,16€

Al no constar en el estudio el tipo de visita que realiza los profesionales (1ª visita o visita sucesiva), se ha realizado la media de las cantidades de todo tipo de visitas, diferenciando sólo si es en el centro de salud y en domicilio:

- Consulta médica en el centro de salud, se ha realizado una media de todas las cantidades que corresponden a consultas del médico (43,50; 17,84; 51,77; 22,75) y su resultado es de 36,96 euros
- Consulta médica en domicilio (visita domiciliaria del médico) se ha realizado una media de todas las cantidades que corresponden a visitas médicas (60,03; 37,41; 76,13; 58,73), y su resultado es de 58,07 euros
- Consulta especialista, al igual que en el caso del médico, se ha realizado la media entre 1ª consulta y visita sucesiva (114,12; 54,58) 84,70 euros

- En los casos de enfermería y urgencias, las cantidades no presentan variación, por lo tanto se toman las fijadas si es en el centro o en el domicilio.

**Tabla 85.** Coste medio de la atención de pacientes en Atención Domiciliaria en un año.

	<b>COSTE MEDIO POR CONSULTA €</b>	<b>MEDIA DE CONSULTAS</b>	<b>TOTAL COSTE MEDIO€</b>
<b>Consulta Médica</b>	33,96	5,91	200,70
<b>Consulta Enfermería</b>	20,88	1,82	38,00
<b>Visita Domiciliaria Médico</b>	58,07	1,46	84,78
<b>Visita Domiciliaria Enfermera</b>	29,15	19,13	557,63
<b>Consulta Especialista</b>	84,70	2,72	230,38
<b>Consulta Urgencias</b>	114,24	0,66	75,39
<b>Total</b>			1186,9

### 5.1.12. Diferencias por Centros

- Se han estudiado diferentes variables en relación a la ubicación del centro de salud, para lo cual se han escogido tres centros, dos urbanos con diferentes niveles socioeconómicos, uno situado en el centro de la capital (se le codifica como centro urbano) con alto nivel social, otro situado en la periferia, en una zona con necesidad de transformación social (ZNTS) (se le codifica como centro periurbano), y otro rural (Centro rural) a continuación se exponen los resultados obtenidos.
- En cuanto a patologías, a la vista del contraste de pruebas no paramétricas realizadas no hay diferencias significativas en cuanto al número de patologías según los diferentes centros de salud, como se puede observar en las tablas 86 y 87.

**Tabla 86.** Relación de Patologías- Centro de Salud.

Centro de salud		ESTADÍSTICO	ERROR TÍPICO
Patologías	Centro urbano	Media	2,96
		Desviación típica	1,253
	Centro periurbano	Media	2,94
		Desviación típica	1,278
	Centro rural	Media	2,59
		Desviación típica	1,442

**Tabla 87.** Estadísticos contraste <sup>a b</sup>

	PATOLOGÍAS
Chi-cuadrado	1,867
gl	2
Sig. asintót	,393

- a. Prueba de Kruskal-Wallis  
 b. Variable de agrupación: centro salud

- En el estudio de las consultas realizadas a los diferentes profesionales, los datos que se aportan son los que se muestran en la tabla 88, siendo el centro de salud rural el que más consultas médicas, de especialista y de urgencias presenta, y el centro de salud periurbano donde más consultas se realizan a la enfermera.

**Tabla 88.** Consultas a profesionales según centro de salud.

CENTRO DE SALUD			ESTADÍSTICO
CONSULTAS MÉDICO	Urbano	Media Desv. típ.	4,16 3,536
	Periurbano	Media Desv. típ.	5,52 4,556
	Rural	Media Desv. típ.	6,59 6,171
CONSULTA ENFERMERÍA	Urbano	Media Desv. típ.	,93 1,864
	Periurbano	Media Desv. típ.	2,11 3,441
	Rural	Media Desv. típ.	2,00 2,654
CONSULTA ESPECIALISTA	Urbano	Media Desv. típ.	4,26 6,809
	Periurbano	Media Desv. típ.	5,24 6,887
	Rural	Media Desv. típ.	5,80 8,142
CONSULTA URGENCIAS	Urbano	Media Desv. típ.	,28 ,796
	Periurbano	Media Desv. típ.	,54 1,184
	Rural	Media Desv. típ.	3,61 4,609

- Con las pruebas no paramétricas realizadas (Prueba de Kruskal-Wallis), se comprueba que no existen diferencias entre centros en cuanto a consultas al médico, enfermería y urgencias. Es en las consultas a especialistas donde se aprecian diferencias, en cuanto al centro urbano que es donde menos consultas de este tipo de reciben.
- En lo que a visitas domiciliarias se refiere, son los pacientes del centro de salud periurbano los que más reciben este servicio, con un 6,4%, tal como se expone en la tabla 89.



**Tabla 89.** Visitas domiciliarias según centro de salud.

			CENTRO DE SALUD			Total
			Urbano	Periurbano	Rural	
Visitas	No	Recuento	92	128	42	262
		% del total	31,2%	43,4%	14,2%	88,8%
	Si	Recuento	7	19	7	33
		% del total	2,4%	6,4%	2,4%	11,2%
Total		Recuento	99	147	49	295
		% del total	33,6%	49,8%	16,6%	100,0%

- En las pruebas estadísticas realizadas no hay diferencias significativas entre los centros estudiados, en cuanto a número de personas incluidas en AD.

## 5.2. Inferencial

Se consideró *grupo casos* a todos aquellos pacientes con 65 o más años que recibieron visita domiciliaria programada y protocolizada de enfermería de Atención Primaria (VDPPE) con una frecuentación de 6 ó más visitas al año, y *controles*, aquellos pacientes con 65 o más años que recibieron visitas domiciliarias de enfermería a demanda del paciente 5 o menos ocasiones.

De los 1743 pacientes de la muestra, 1546 son controles y 197 casos.

### 5.2.1. Edad

- Con la prueba de Mores no paramétrica se contrastó que existen diferencias de edad entre los grupos control y casos, y se observan evidencias de diferencias entre las mismas, siendo la edad de los casos superiores a los controles, 82,29 frente a 74,76 (ET 0,541-0,179 respectivamente), tal como se ha reflejado en la tabla 90.

**Tabla 90.** Descriptivos Edad- Grupo.

GRUPO		ESTADÍSTICO	ERROR TÍP.
Edad	Controles	Media	74,76
		Desv. típ.	,179
	Casos	Media	7,056
		Desv. típ.	82,89
		7,587	,541

### 5.2.2. Fármacos

- Del estudio de consumo de fármacos, analizado en número, los casos hacen un consumo superior a los controles ( $p < 0,000$ ) con una media de 8,79 frente a 6,32 (DT 3,65-3,54). Ver en tabla 91.

**Tabla 91.** Descriptivo Consumo de fármacos-Grupo.

GRUPO		ESTADÍSTICO	ERROR TÍP.
Fármacos	Controles	Media	6,31
		Desv. típ.	,095
	Casos	Media	3,541
		Desv. típ.	8,79
		3,659	,277

- Del total de casos 197, se medican 175 (88,83%). Del total de controles 1546, son 1403 (90,75%) los que lo hacen.
- No observándose diferencia significativa entre medicación y los grupos caso o control.
- En la tabla 92 se detallan los datos de forma más gráfica.

**Tabla 92.** Relación Medicación-Casos y Controles.

			GRUPO		TOTAL
			CONTROLES	CASOS	
Medicación	Sin registro	Recuento	68	15	83
		%del total	3,9%	,9%	4,8
	No se medica	Recuento	75	7	82
		%del total	4,3%	,4%	4,7
	Se medica	Recuento	1.403	175	1.578
		%del total	80,5%	10,0%	90,5
Total		Recuento	1.546	197	1.743
		%del total	88,7%	11,3%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	VALOR	gl	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	4,491 <sup>a</sup>	2	,106
Razón de verosimilitudes	4,031	2	,133
Asociación lineal por lineal	2,118	1	,146
N de casos válidos	1743		

**5.2.3. Plan de Cuidados**

- De los 197 casos, 103 tienen registrado en su historia clínica el plan de cuidados (52,28%) frente al 7,83% de los controles que también lo tienen.
- Existiendo diferencia entre los grupos a tener o no tener plan de cuidados (p 0,000), ver en tabla 93 la descripción de las variables comentadas.

**Tabla 93.** Contingencia Grupo-Plan de Cuidados.

			PLAN CUIDADOS		Total
			No tiene	Tiene	
Grupo	Controles	Recuento % del total	1425 81,8%	121 6,9%	1546 88,7%
	Casos	Recuento % del total	94 5,4%	103 5,9%	197 11,3%
Total		Recuento % del total	1519 87,1%	224 12,9%	1743 100,0%

- Existen diferencias significativas entre tener plan de cuidados (PC) o no y estar incluidos en Atención Domiciliaria.
- El 45% de los pacientes incluidos en AD tienen PC frente al 8,6% que tienen PC pero no están incluidos en AD (p 0,000).

#### 5.2.4. Visita Domiciliaria

- También se encuentra diferencias en cuanto a estar incluido o no en AD, el 3,85% de los controles están en AD frente al 70,5% de los casos (p 0,000). Ver en tabla 94 los porcentajes de ambos grupos.

**Tabla 94.** Contingencia Grupo-Visita Domiciliaria.

			VISITAS DOMICILIO		Total
			No	Sí	
Grupo	Controles	Recuento	1486	60	1546
		% del total	85,3%	3,4%	88,7%
	Casos	Recuento	58	139	197
		% del total	3,3%	8,0%	11,3%
Total		Recuento	1544	199	1743
		% del total	88,6%	11,4%	100,0%

- De las variables: patologías, recursos sociosanitarios, cuestionarios de valoración, número de consultas médicas, número de consultas de enfermería, número de consultas de especialista, y los grupos casos y controles, no existen diferencias en cuanto al número de consultas al médico de familia, a enfermería, especialista y urgencias.

- Sin embargo si existen diferencias en el número de patologías, el uso de recursos y la realización de cuestionarios, siendo el grupo de los casos el que presenta valores más altos en estas variables frente al grupo control.
- Ver en tabla 95 diversos descriptivos estadísticos relacionados con la información aportada.

**Tabla 95.** Variables estudiadas según Grupo.

GRUPO		ESTADÍSTICO	ERROR TÍP.	
Patologías	Controles	Media	2,80	,036
		Desv. típ.	1,408	
	Casos	Media	3,87	,101
		Desv. típ.	1,418	
Recursos	Controles	Media	,06	,008
		Desv. típ.	,317	
	Casos	Media	,48	,053
		Desv. típ.	,746	
Cuestionarios	Controles	Media	,50	,024
		Desv. típ.	,960	
	Casos	Media	2,32	,098
		Desv. típ.	1,380	
Consultas médicas	Controles	Media	5,80	,112
		Desv. típ.	4,395	
	Casos	Media	5,64	,314
		Desv. típ.	4,407	
Consultas enfermería	Controles	Media	2,06	,078
		Desv. típ.	3,053	
	Casos	Media	1,93	,237
		Desv. típ.	3,325	
Consultas especialistas	Controles	Media	5,30	,159
		Desv. típ.	6,249	
	Casos	Media	4,79	,450
		Desv. típ.	6,311	
Consultas urgencias	Controles	Media	,96	,053
		Desv. típ.	2,065	
	Casos	Media	1,48	,257
		Desv. típ.	3,613	

### 5.2.5. Tiempo de vida

- En el análisis del tiempo de vida entre los pacientes del grupo casos y los de controles, no se aprecian diferencias significativas, es de resaltar que la muestra de la que se dispone es muy pequeña, 32 casos.

- Se recuerda que en el apartado de este dato de la muestra total, se comentó que de los 32 casos, 17 tuvieron visitas domiciliarias, la media de días de vida fue 724 en los que tuvieron visitas y 586,4 en los que no tuvieron visitas (ET 109,384 y 168,493 respectivamente), ver tabla 96.

**Tabla 96.** Visitas-Tiempo de Vida.

VISITAS		ESTADÍSTICO	ERROR TÍP.
Tiempo de Vida	No	Media	586,4000
		Desv. típ.	652,57367
	Sí	Media	724,0000
		Desv. típ.	451,00222

### 5.2.6. Tipo de Residencia

- Con relación al tipo de residencia, existen diferencias entre los grupos
- De los controles, el 97% se encuentran en domicilio, el 2% institucionalizados, y el 1% acuden a UED.
- Sin embargo, de los casos, el 90% en domicilio, el 9% institucionalizados, y el 1% en UED, por lo que se desprende que los pacientes incluidos en el grupo casos están más institucionalizados que los del grupo control, como se aprecia en la tabla 97.

**Tabla 97.** Grupo y Tipo de Residencia.

			TIPO RESIDENCIA			Total
			Domicilio	Institucionalizada	UED	
Grupo	Controles	Recuento	1505	38	3	1546
		% del total	86,3%	2,2%	,2%	88,7%
	Casos	Recuento	178	18	1	197
		% del total	10,2%	1,0%	,1%	11,3%
Total		Recuento	1683	56	4	1743
		% del total	96,6%	3,2%	,2%	100,0%

### 5.2.7. Recursos Socio-Sanitarios

- En el examen realizado de los recursos y servicios socio sanitarios, se ha encontrado que existen diferencias significativas en cuanto a teleasistencia, 0,7 de los controles frente al 4,5 de los casos; en la disponibilidad de silla de ruedas, 25 en controles y 13% en casos, uso de andador, 25 y 16%, respectivamente.
- También hay diferencia en la solicitud de ayuda a la dependencia, con un 9% de los controles, frente a un 52% de los casos (ver en tabla 98).
- No se dispone de datos suficientes para hacer la comprobación ante el cojín antiescaras, cama clínica y ayuda a domicilio.

**Tabla 98.** Grupo y Recursos Socio-Sanitarios.

RECURSOS SOCIO-SANITARIOS	CONTROLES			CASOS		
	No	Sí	Total	No	Sí	Total
Teleasistencia	88,1%	,6%	88,7	10,8%	,5%	11,3%
Silla de ruedas	86,9%	1,8%	88,7	9,8%	1,5%	11,3%
Andador	86,6%	2,1%	88,7	9,5%	1,8%	11,3%
Cojín Antiescaras	88,5%	,2%	88,7	11,1%	,2%	11,3%
Cama clínica	88,3%	,4%	88,7	10,4%	,9%	11,3%
Ayuda domicilio	88,4%	,3%	88,7	10,9%	,4%	11,3%
Prestación por dependencia	88,1%	,6%	88,7	10,8%	,5%	11,3%

### 5.2.8. Patologías

En cuanto a la diferencia de patologías según el grupo de estudio, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

- El 78,6 % de los controles padecen patología cardiovascular, frente al 89,3% de los casos.

- En patología respiratoria no hay diferencia entre casos y controles.
- En problemas osteoarticulares existen diferencias, 47% de los controles frente al 62% de los casos.
- En digestivas, existen diferencias, 20,8% de los controles frente al 29% de los casos.
- En patologías metabólicas, no existen diferencias
- En las urinarias, sí existen, del 19,4% de los controles, frente al 46% de los casos.
- En trastornos neurológicos hay diferencias. El 8% de los controles frente al 17% de los casos.
- En problemas mentales, también se han encontrado diferencias, hay 14% de los controles y 24% en los casos.
- En tumorales, no hay diferencias.
- En otras patologías. Existen diferencias, el 28,6% de los controles frente al 40,6% de los casos.

Como en los apartados anteriores, se explica en una tabla (tabla 99) de forma más detallada.

**Tabla 99.** Diferencia Significativa Patología-Grupo.

PATOLOGÍA	GRUPO CASO	GRUPO CONTROL	DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
Cardio-vascular	89,3%	78,6%	Si
Respiratoria	24,7%	18,5%	No
Osteomuscular	62%	47%	Si
Digestivas	29,9%	20,8%	Si
Metabólicas	40,7%	34%	No
Urinarias	46 %	19,4%	Si
Neurológicas	17%	8%	Si
Mentales	17%	14%	Si
Tumorales	13,3%	10,8%	No
Otras Patologías	40,6%	28,6%	Si





## 6. DISCUSIÓN



## 6. DISCUSIÓN

Una vez que en los apartados anteriores se ha contextualizado el entorno de la atención domiciliaria, más en concreto de la enfermera de Atención Primaria en el mismo, y se han expuesto los resultados del estudio, con el foco en el paciente pluripatológico de 65 años o más y la Visita Domiciliaria Programada y protocolizada de enfermería (VDPPE) en este apartado se hace un acercamiento a las investigaciones que en torno al tema del trabajo que aquí se presenta se han encontrado publicados, subrayar la escasez de información sistematizada en las publicaciones científicas a la hora de disponer de información de calidad, que permita conocer el estado de salud y el acceso y la utilización de los recursos sociales de las personas con discapacidad y dependencia, población diana del presente estudio

En general, de la literatura publicada sobre atención domiciliaria, más específicamente por los servicios de Atención Primaria, se han encontrado sobre todo estudios descriptivos que intentan medir el grado de implantación de determinados programas y evaluar su funcionamiento (ingresos hospitalarios, reingresos, rehabilitación, de adherencia terapéutica, de medidas preventivas etc.), y pocos estudios que evalúen el efecto de la visita domiciliaria de Enfermería de Atención Primaria.

Si bien, la evaluación de la efectividad de las actuaciones enfermeras en general no es un fenómeno nuevo; ya Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, realizó las primeras comparaciones de mortalidad y morbilidad de diversos hospitales en función de las actuaciones de enfermería.

De los estudios nacionales examinados, se destaca el realizado por el Instituto de Salud Carlos III, denominado Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años<sup>(152)</sup>, en el que se realizaba una síntesis de la investigación existente acerca de la visita domiciliaria programada de enfermería en personas mayores de 65 años a través de la revisión de la literatura publicada entre los años 1990-2000, donde concluyen que, en general, de los diferentes estudios se obtiene información muy amplia de las características de la VPDE, sin proporcionar información concreta sobre las actividades realizadas, que dada esa considerable heterogeneidad (diferentes

actividades, diferentes aspectos medidos, muestras muy diferentes...), la información no permitía exponer conclusiones generales, lo que les obligó a presentar un análisis basado en la descripción de la literatura estudiada.

Las revisiones y los metaanálisis examinados encuentran limitaciones en el uso de los ensayos clínicos para evaluar el efecto de la Visita Domiciliaria de la Enfermera. Estas limitaciones nacen de la imposibilidad de controlar la gran cantidad de variables de una intervención que es más un proceso social que un programa de tratamiento.

En este trabajo se han encontrado también limitaciones en ese sentido, sobre todo al tratarse de un estudio con auditoria introduciendo datos de historias clínicas en las que han intervenido un gran número de profesionales, por la ausencia de registro en indicadores de resultados cuando se evaluaba el plan de cuidados, así como de intervenciones estandarizadas enfermeras y otras actuaciones que ayudarían a la investigación sobre el efecto de la visita domiciliaria enfermera.

Hay autores que opinan que la atención domiciliaria es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes <sup>(153)</sup>, al subrayar que hay trabajos cuya validez y consistencia han llevado a incluir la implantación de programas de Atención Enfermera como recomendación A en las guías clínicas; como los realizados en pacientes con insuficiencia cardiaca y enfermedades respiratorias crónicas avanzadas que disminuyen las tasas de reingreso y mejoran la calidad de vida y los costes de la atención <sup>(154)</sup>.

También se ha encontrado estudios que demuestran que la atención a pacientes terminales atendidos en domicilio o institución tiene un efecto beneficioso en la mejora sobre todo de aspectos psicológicos, tanto para el paciente, como para la familia <sup>(155)</sup>.

Por su parte, los resultados del presente estudio aportan argumentos que justifican la necesidad de hacer un seguimiento de las personas que no pueden acudir al centro de salud y que deben de ser atendidos en domicilio y/o institución, como la alta prevalencia de enfermedades crónicas (una media de 3,7 patologías en pacientes con visita domiciliaria), la elevada edad de los pacientes (81,99 años), el elevado consumo de fármacos (8,42), etc.

Aunque el programa de Visita Domiciliaria que se contempla en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud <sup>(148)</sup> se dirige a personas incluidas en los protocolos de inmovilizados, pacientes terminales, altas hospitalarias con continuidad de cuidados, personas con patología invalidante, mayores con patología crónica, y otros supuestos, el presente estudio fue dirigido expresamente a personas de 65 y más años que por alguno de los motivos antes señalados se encontraban incluidos en ese programa al igual que la mayoría de los estudios encontrados sobre atención domiciliaria <sup>(156) (160)</sup>.

Lo primero a destacar y que llama la atención es la baja cobertura del programa de AD, las personas mayores que reciben visitas domiciliarias de enfermería suponen un porcentaje menor (11,4%) que la prevalencia estimada para este servicio (15% de los mayores de 65 años), según consta en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud <sup>(148)</sup>.

Parece ser que la atención domiciliaria sigue siendo la gran asignatura pendiente en Atención Primaria. El número de enfermos crónicos sigue aumentando y, sin embargo, el número de visitas domiciliarias en los centros de salud sigue disminuyendo. En consecuencia, el reto de la atención primaria debe ser tratar de priorizar la atención a estos pacientes <sup>(161)</sup>.

### 6.1. Características Sociodemográficas.

De los factores sociodemográficos analizados (años 2012-2013), en relación a la edad, se ha podido comprobar cómo las personas atendidas en domicilio (del grupo de mayores de 65 años) presentan una media elevada de edad, 75 años, elevándose hasta 82,26 años cuando se trata de personas que reciben más de 6 visitas domiciliarias anuales, estos datos ratifican el significativo incremento de la población mayor.

En otros estudios, las edades de estas personas atendidas en domicilio son muy semejantes, entre 80 y 82 años de media<sup>(162-163)</sup>

Las personas mayores (65 años y más) aumentan de forma significativa y los muy mayores son un colectivo en alza, España presenta unas cifras que se sitúan alrededor del 16% de personas que superan los 65 años y donde los más mayores (80 años y más) suponen casi el 25% del total de mayores. Este porcentaje seguirá en aumento en función del aumento de la esperanza de vida<sup>(68)</sup>

En la Comunidad Andaluza, las personas mayores también aumentan, en el año 2049 habrá el doble de personas mayores de 65 años que de niños<sup>(70)</sup> y en un futuro a medio plazo se producirá un incremento de la población más anciana.

Según las estimaciones de las Naciones Unidas, en el año 2050 el 9,5% de la población de los países desarrollados será mayor de 80 años, y en el caso de los países en vía de desarrollo ese porcentaje será del 3,5%.

En cuanto al género, las personas que reciben cuidados domiciliarios son mayoritariamente mujeres, en este estudio representan un 60,2%; en otros trabajos similares, se han encontrado cifras ligeramente superiores, un 68% (en Cataluña)<sup>(162)</sup>, o 70,55 cuando se estudian pacientes incapacitados en domicilio, en Andalucía<sup>(164)</sup>, otros trabajos constatan que el 71% de las personas dependientes son mujeres<sup>(165-166)</sup>

En relación a la vivienda, la mayoría de personas del estudio viven en su domicilio (96,6%), un porcentaje mucho menor en residencia (3,2%) y son muy pocas las personas que acuden a centros de día (0,2%). Porcentaje similar se encuentra en otro estudio

realizado en similares condiciones y en la misma comunidad autónoma <sup>(164)</sup> en el que el 95% de las personas mayores reside en su domicilio.

Comparando este trabajo con los resultados de la EDAD <sup>(24)</sup> de 1999 y 2008 se aprecia un aumento de la tasa de institucionalización, ya que al calcular el porcentaje de personas en centros respecto al total de la población de la misma cohorte de edad, ha pasado de 0,017% a 0,12% para los menores de 65 años y de 2,14% a 3,14% para los de 65 y más años.

En la revisión bibliográfica realizada en población institucionalizada hay trabajos que estudian diversos aspectos relacionados con la salud de éste grupo, en el que afirman que los mayores ingresados en las residencias han sufrido un deterioro funcional en las ABVD y en las AIVD. El ingreso en una institución de un anciano válido conlleva un aumento en el nivel de dependencia, no porque el residente no sea capaz de realizar diferentes actividades, sino porque al ingresar en un centro debe modificar sus hábitos por un mecanismo de ajuste de su conducta a la institución, a la vez que puede adoptar una actitud pasiva <sup>(68)</sup>.

En una revisión sistemática <sup>(167)</sup> donde se analizan las caídas en los ancianos institucionalizados hablan de su importancia como un grave problema sanitario. Su elevada incidencia y la mayor susceptibilidad para sufrir lesiones como consecuencia de las mismas explican la importante morbimortalidad y el elevado coste sanitario asociado a ellas en esta edad. Aproximadamente un 30% de las personas de 65 años o más que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año. En los ancianos institucionalizados ese porcentaje se sitúa alrededor del 50%.

Un 4-6% de los ancianos que caen presentarán fracturas, siendo la cuarta parte de cadera. Un 40-50% adicional experimenta lesiones menores como heridas, contusiones o hematomas, y en un elevado porcentaje de casos el miedo a caer de nuevo provoca una limitación de la actividad física y social, una disminución de la independencia y en ocasiones la institucionalización del anciano <sup>(168)</sup>. Las caídas son la causa principal de muerte por lesiones en personas mayores de 65 años.



Las personas que siguen tratamientos farmacológicos, tratamientos psicoterapéuticos, o tratamientos rehabilitadores, tienen entre 2 y 4 veces más probabilidad de estar institucionalizados que las que no los siguen, así como vivir en zona urbana multiplica por 3 la probabilidad de institucionalización frente a residir en zona rural <sup>(169)</sup>.

En cuanto a la población de mayores que viven en la comunidad, según los datos disponibles <sup>(70)</sup> se puede afirmar que en España casi cuatro de cada 10 personas mayores de 65 años conviven con algún hijo (la media europea es de un 15%). Algo más de dos de cada diez personas mayores viven solas, proporción que asciende a tres de cada diez (28,9%), si se toma como referencia la población de mujeres mayores, y desciende a uno de cada diez (11,0%) en el caso de los hombres.

El 30,6% de las personas mayores cohabitan con alguno de sus descendientes. Las personas mayores que viven en casa de sus hijos o hijas son las que mayores tasas de discapacidad registran en cualquiera de sus grados, pero especialmente en el de más severidad. Sólo un 34,1% de éste grupo de población no padece ningún tipo de discapacidad <sup>(174)</sup>.

Referente a los cuidadores familiares, sólo la mitad de los pacientes que reciben visita domiciliaria lo tienen identificado (47,2%); cuando se trata de personas >65 años que no están en atención domiciliaria sólo lo tienen identificado el 8,3%, no se han encontrado estudios que examinen esta variable, sí comentar que en la EDAD 2008, la cifra de cuidadores principales de personas mayores de 65 años se estimaban en 1.063.546.

Aunque en este trabajo no se han recogido características como la edad, sexo ni parentesco de estos miembros tan significativos cuando se habla de personas dependientes, en la mayoría de casos se trata de mujeres con una relación parental de hija o cónyuge <sup>(170-172)</sup>, y con una media de edad de 50,30 años para no corresidentes y de 60,68 años para corresidentes.

La comunidad autónoma que más porcentaje presenta en personas cuidadoras es Andalucía con un 20,19% sobre el total estatal.

Tradicionalmente, la atención a las personas dependientes se realizaba sobretodo en el seno familiar, en particular por parte de las mujeres que, en la mayoría de los casos, se veían imposibilitadas para participar de manera activa en el mercado laboral. Así, las mujeres asumen con mayor frecuencia las tareas de cuidados más pesadas, intensas y complejas, les dedican más tiempo que los hombres y se ven más perjudicadas en su salud y en su vida cotidiana por desempeñar esta función<sup>(170)</sup>.

Sin embargo, los nuevos patrones sociales, los cambios en el estilo de vida, la progresiva integración de la mujer en el mercado laboral, las tendencias hacia la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, la desmembración y la reducción de los núcleos familiares, el aumento en la movilidad geográfica, la mejora del nivel educativo y de la formación, etc., han hecho cuestionable la viabilidad del modelo tradicional de cuidados informales y es necesario que una parte muy importante de los cuidados que prestaban las familias deban ser prestados por las administraciones públicas<sup>(173)</sup>.

Acerca del uso que hacen los pacientes mayores de 65 años del material y servicios de apoyo a la autonomía y dependencia, se destaca la baja cobertura que presentan (0,11%), aunque hay que tener en cuenta la limitación del estudio por tratarse de información recogida en la historia clínica y puede ser que exista un registro deficiente de estos datos; siendo el andador el material técnico más utilizado (3,9%) y el cojín antiescaras el que menos (0,5%), en ambos casos son las mujeres las que en mayor porcentaje disponen de los mismos.

Cuando la muestra se limita a personas que reciben visita domiciliaria, es el servicio de teleasistencia el que mayor cobertura presenta con un 7,8%.

En este sentido, un estudio<sup>(33)</sup>, que examina los factores sociodemográficos y de salud de personas dependientes y su relación con la asignación de prestación económica o de servicios da como resultado que, de un total de personas incluidas en la muestra,

436 mujeres y 254 hombres , 570 reciben prestación económica (83,7%); de las cuales 557 (97,72%) son prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, 13 (2,28%) son prestaciones económicas vinculadas al servicio y 111 reciben prestaciones de servicio (16,3%), en concreto atención residencial.

No se han encontrado trabajos científicos en los que se recoja información sobre la cobertura de los servicios sociales públicos que se están estudiando en este trabajo (servicio de ayuda a domicilio y de teleasistencia) y ayudas técnicas para personas mayores de 65 años en situación de alto riesgo y que les ayuden a mejorar su calidad de vida.

Comentar un estudio realizado por el Ayuntamiento de Cartagena <sup>(174)</sup> (Murcia) sobre personas mayores de 65 años que viven solas, en el que el servicio de ayuda a domicilio lo utilizan el 37,4%, de este, en el estudio mencionado, sólo el 13% es público, en nuestro trabajo la cobertura es de 0.7%, una diferencia considerable que puede indicar un diferente registro. Con relación a la teleasistencia la usan el 4,5%, en el presente trabajo de 1,1% en personas mayores de 65 años y de 7.8% en pacientes atendidos en visita domiciliaria. El servicio de estancias diurnas no lo utilizan o no hay datos.

En el País Vasco, la cobertura de teleasistencia es de 6,81% en mayores de 65 años <sup>(175)</sup>.

## **6.2. Características clínico-asistenciales.**

En las características clínico-epidemiológicas destaca la presencia de patologías crónicas, con una media cercana a cuatro. De un total de 9 diagnósticos médicos (cardiovasculares, respiratorios, osteomusculares, digestivos, urinarios, metabólicos, neurológicos, mentales y tumorales), los procesos cardiovasculares (79,9%), osteomusculares (48,7%) y metabólicos (22,4%) son los más prevalentes.

Son datos más o menos coincidentes con la revisión sistemática realizada por investigadores del Instituto de Salud Carlos III <sup>(152)</sup> donde la variable diagnósticos médicos muestra un predominio de aquellos relacionados con el sistema cardiovascular, así como hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular. En segundo lugar se encuentran los diagnósticos relacionados con problemas osteoarticulares, artrosis y afines. Tras estos dos grandes grupos, localizaron problemas neurológicos, las patologías respiratorias y la diabetes mellitus.

En un menor número de artículos se reseñaron diagnósticos como incontinencia urinaria, neoplasias, depresión, ansiedad y enfermedad mental.

En otros estudios coinciden en los dos primeros (cardiovascular y oosteoarticular) pero ocupan en tercer lugar los procesos mentales y neurológicos, que en el presente estudio se encuentra en el 7º y 9º puesto (14,9% y 9,4% respectivamente), estudios como el realizado con pacientes incapacitados en atención domiciliaria <sup>(164)</sup> que señala que la patología incapacitante más prevalente era por enfermedades crónicas, como neoplasias, cardiopatías o neuropatías (33,26%), seguida por patología osteomuscular (16,85%) y deterioro cognitivo ó demencias (16,18%).

El análisis de cinco ensayos clínicos en pacientes con hipertensión en Canadá <sup>(176)</sup> revelan que del 89% al 100% de personas mayores de 65 años tenían múltiples enfermedades crónicas, con una media que oscilaba entre 5 y 12.

Por otro lado, una valoración de dos grandes encuestas realizadas en Australia <sup>(177)</sup> a nivel nacional, dedujo que la proporción de personas que vivían con tres o más enfermedades crónicas aumentaba del 34% para los miembros del público general con edades comprendidas entre 20-39 años, al 57% entre los que tenían entre 40-59 años, hasta llegar al 80% para las personas de entre 60-74 años, y al 86% a los de 75 años o más.

Si se analiza la morbilidad de estos pacientes desde el punto de vista hospitalario, se observa que entre las enfermedades más frecuentes de las personas de 65 y más años que han pasado por un establecimiento hospitalario en la comunidad andaluza, el

22,9% lo hicieron para ser atendidas de enfermedades circulatorias, un 14,0% por causas respiratorias, un 12,6% digestiva y un 11,1% para tratamiento de cáncer <sup>(124)</sup>.

A nivel nacional, según la encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2009 <sup>(178)</sup> la primera causa de ingreso en los hospitales tanto de hombres como de mujeres de 65 y más años fueron las enfermedades circulatorias (21,8%), tras las circulatorias, las enfermedades que más hombres mayores llevaron al hospital fueron, por este orden, las respiratorias (15,0%), los tumores (12,7%) y los traumatismos (11,1%). Entre las mujeres, el segundo tipo de enfermedades que más ingresos provocaron fueron las relacionadas con el aparato digestivo, seguidas de los traumatismos, y dejando el cuarto lugar para las respiratorias.

En cuanto a la utilización del servicio de urgencias, los pacientes del estudio presentan una media de 0,66 demandas de atención urgente, efectuadas por los usuarios, bien de forma presencial acudiendo a los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias –DCCU- que corresponden a las urgencias de Atención Primaria o bien siendo asistidos en sus domicilios.

A nivel nacional los valores son muy semejantes entre 0,5 y 0,6, de consultas realizadas por personas de los 25 hasta los 70 años, a partir de los cuales se incrementa para alcanzar valores en torno a 1 a partir de los 80 años y hasta el final de la vida <sup>(179)</sup>.

Si se analiza las consultas a urgencias hospitalarias, los valores son considerablemente mayores, por ejemplo, Moons et al <sup>(180)</sup> señalan que aproximadamente el 15% de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) tienen 65 o más años, siendo frecuentemente la causa de la demanda problemas sociales o relacionados con el cuidado (aislamiento social, problemas de movilidad y con el autocuidado).

La estancia de estos pacientes en el SUH es habitualmente más larga que las de los pacientes jóvenes, significando finalmente una importante sobrecarga de trabajo para el servicio de urgencias.

Otra realidad es el reingreso frecuente de estos pacientes tras su alta del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), ya que a la persona mayor el problema agudo de salud, aunque no sea grave, le hace con frecuencia perder la capacidad de valerse por sí misma, por lo que el retorno a domicilio sin los cuidados adecuados puede empeorar su situación precisando volver al SUH con necesidad de ingreso hospitalario.

A su vez el ingreso hospitalario es causa de desarrollo de incapacidad funcional y esta a su vez lo es de mortalidad, por lo que es necesario crear programas de intervención interdisciplinaria en la enfermedad aguda para evitar en lo posible la hospitalización en el anciano frágil<sup>(181-182)</sup>.

En ésta misma línea, se ha realizado un estudio de Análisis e implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios, en la Comunidad Andaluza<sup>(5)</sup> en el que se propusieron realizar una aproximación diagnóstica a los determinantes causales en torno a los reingresos hospitalarios en su entorno, a partir de un proceso grupal participativo de expertos, como paso previo para el desarrollo de mejoras. Desarrollaron dos técnicas DAFO con profesionales de ambos niveles asistenciales y un grupo focal con pacientes con reingresos previos pertenecientes a su cartera de clientes así como a sus cuidadoras principales.

En éste artículo también hacen referencia a una revisión bibliográfica que publicó la biblioteca Cochrane en 2001<sup>(183)</sup> cuyo objetivo era evaluar los efectos de la atención institucional versus en domicilio para ancianos funcionalmente dependientes, sobre los resultados de salud, satisfacción (de los usuarios dependientes, parientes y los profesionales de la salud), calidad de atención y costos.

La conclusión a la que llegaron los autores de la revisión es que, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en lo que respecta a la funcionalidad física, nivel mental, salud percibida, satisfacción ni mortalidad, por lo que no existe evidencia para estimar probables beneficios, daños y costos de ambas modalidades de atención y recomiendan investigación acerca del impacto de las mismas.

Como se ha comentado en apartados anteriores, la primera causa de morbilidad e ingreso hospitalario en el grupo de edad mayores de 65 años corresponde a problemas cardiocirculatorios. Un estudio de Gray Anderson <sup>(184)</sup> señala que el alta hospitalaria temprana y los cuidados de rehabilitación en domicilio son menos costosos que los cuidados hospitalarios con accidente cardiovascular agudo (ACVA).

Morales Asensio <sup>(185)</sup> en una revisión sistemática sobre la efectividad de diferentes modelos de atención en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, concluye que los reingresos hospitalarios de este tipo de pacientes es significativamente inferior en los tres meses siguientes cuando existe un alta planificada y unas intervenciones específicas tanto en atención domiciliaria como en atención ambulatoria en clínicas guiadas por enfermeras, con una reducción absoluta del riesgo (RRA) del 11% (IC95% 5-17%) y del 17% (IC95% 5-28%) respectivamente. Destaca en las intervenciones la figura de las enfermeras con nuevos roles, un enfoque domiciliario y multidisciplinar, el seguimiento telefónico estructurado, la ayuda y soporte a cuidadoras y familiares y la garantía de continuidad asistencial mediante la creación de vías clínicas específicas. No obtiene conclusiones respecto al impacto económico por la dificultad de medida de costes directos, indirectos, cuidadores informales, etc.

En una revisión parecida a la anterior, McAllister et al <sup>(186)</sup> demuestran una reducción relativa del riesgo (RRR) del 13% en los reingresos hospitalarios en aquellos estudios en los que se implementa un programa de intervención multidisciplinar para pacientes con ICC.

Walsh et al. <sup>(187)</sup> en una revisión sistemática señalan que de forma generalizada en los países occidentales se está dando un aumento de ingresos hospitalarios por “síntomas mal definidos”. Interpretan dichos autores que podría ser el reflejo de un fallo en los recursos de apoyo sociales o comunitarios.

Incidir también, en otro aspecto de suma importancia, el consumo farmacológico, los pacientes domiciliarios están altamente polimedcados, con una media de consumo superior a ocho en los pacientes de este trabajo, dato semejante al de otros estudios <sup>(188-189)</sup> en el que el número de medicamentos por paciente fue de 9,3, con los riesgos que

esto supone, respecto a la seguridad del paciente, al tratarse de personas mayores, con olvidos frecuentes, que las prescripciones actuales se realizan por nombre genérico y que los efectos adversos son frecuentes con un consumo elevado de fármacos.

Distintos trabajos sobre este asunto resaltan que entre un tercio y la mitad de los ancianos no realizan correctamente la prescripción farmacológica y más del 90% toman dosis menores de las prescritas<sup>(190)</sup> y que la probabilidad de que ocurran interacciones clínicamente significativas es mayor en pacientes que toman varios fármacos, problema muy frecuente en la práctica médica actual, especialmente en pacientes ancianos<sup>(191)</sup>.

En otra referencia hallamos que en la franja de 65 a 74 años, el porcentaje de personas que afirmaron tomar medicación llegó al 85% y al 92% entre los mayores de 75 años. Si se considera la proporción de personas que tomaron tres o más fármacos, fue el 41% de los que tenían entre 65 y 74 años y la mitad de los mayores de 75 años<sup>(192)</sup>.

APEAS<sup>(193)</sup> el estudio más extenso de cuantos han tratado los problemas relacionados con medicamentos en atención primaria, revisó en 2006 más de 96.000 consultas de centros de salud repartidos por toda España, e identificó efectos adversos en una de cada 100 visitas (medicina general: 1,03; enfermería: 1,15; pediatría: 0,48), de los que casi la mitad (el 48,2%) estuvieron relacionados con medicamentos. Respecto a su gravedad, APEAS clasificó el 64,3% como leves, el 30,0% como moderados y el 5,7% como graves; un 46% de los efectos adversos se consideraron evitables.

Dada la masiva exposición de la población a los medicamentos, los riesgos asociados a su consumo adquieren una enorme relevancia desde la perspectiva de la salud pública, casi con seguridad superior a la de muchas afecciones de alta prevalencia<sup>(134)</sup>.

En cuanto a la valoración de las actividades realizadas por Enfermería, a la hora de hacer un análisis, es dificultoso debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas, cabe destacar que la mayoría están en procedimientos diagnósticos y terapéuticos (extracciones sanguíneas, curas, inyectables, toma de TA,



glucemias capilares, etc), así aparece también en otros estudios en los que reconocen que la gama de servicios clinicoasistenciales de la enfermería de atención primaria puede ser muy amplia, su agenda en el ámbito de los cuidados domiciliarios sigue ligada a la demanda, siendo la atención a pacientes con úlceras por presión el problema de salud que más visitas de enfermería genera <sup>(194)</sup>.

Asimismo, en un trabajo realizado sobre la práctica enfermera en atención domiciliaria <sup>(195)</sup>, englobando en tres componentes la práctica asistencial a domicilio: técnico («aplicación de tratamientos, curas, vendajes, controles de constantes» y «valoración de necesidades fisiológicas»), preventivo/de promoción (educativo) («actividades preventivas» y «actividades de educación para la salud») y psicosocial («valoración de necesidades y problemas sociales» y «abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador»), en todos los casos el componente desarrollado con mayor frecuencia es el técnico, seguido del preventivo/de promoción; el de menor frecuencia es el componente psicosocial.

En conjunto, en aquellas actividades ligadas a la valoración del paciente (en los centros del estudio se utiliza el modelo de Virginia Henderson), su cumplimentación se ha realizado en un porcentaje elevado de pacientes (74,4%), la planificación de cuidados consta en algo menos de la mitad de los estudiados (45,7%), solamente en el 40,7% de los pacientes tienen una valoración de cuidados y un plan de cuidados realizado. Aspectos que llaman la atención, pues la valoración debería ir seguida necesariamente de una planificación de cuidados.

Las herramientas clinimétricas ayudan en gran medida para conocer las limitaciones funcionales, cognitivas, de riesgos, etc de los pacientes y base fundamental para elaborar los planes de cuidados y decidir aquellas intervenciones más apropiadas en la resolución de cada caso, tal como se recomienda en la propuesta del documento Estrategias de Mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía <sup>(61)</sup> así como en los protocolos de los procesos asistenciales, guías de prácticas clínica y demás documentos que tratan de la metodología de los cuidados.

Los cuestionarios más utilizados en las valoraciones realizadas a los pacientes del estudio han sido el cuestionario de valoración funcional de Barthel, con un porcentaje superior al 75%, seguido del cuestionario cognitivo de Pfeiffer, en un 44,2% de los casos; justificado en gran medida porque son cuestionarios presentes en la elaboración del Informe de Condiciones de Salud, que es el modelo de solicitud para la ayuda a la dependencia, en relación a esta solicitud, cerca de la mitad de las personas incluidas en atención domiciliaria la han realizado (45,7%), lo que implica un interés previo del usuario.

En las investigaciones estudiadas los instrumentos de medida utilizados por las enfermeras en pacientes de atención domiciliaria, se centran en tres grandes grupos: aquellos que evalúan incapacidad física o independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria <sup>(3) (68) (108) (158) (196-198-199)</sup>, aquellos que evalúan el estado mental y cognoscitivo <sup>(3) (157) (200) (201)</sup> y otros más heterogéneos que valoran la capacidad de ayuda familia o calidad de vida del anciano <sup>(199) (202-203)</sup>.

Dentro del primer grupo (incapacidad física o independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria) destaca el uso de la Escala de Barthel, menos utilizado el Índice de Katz, en cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, el más utilizado ha sido el Índice de Lawton-Brody, solamente en un trabajo se ha encontrado valoración con modelo de Virginia Henderson <sup>(198)</sup>.

La escala más utilizada para la valoración del estado mental o del deterioro cognoscitivo fue el Mini-mental test de Pfeiffer. Otros tests y escalas utilizados fueron el el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), el Examen cognoscitivo de Lobo y el test de Yesavage para detectar la depresión.

Cuando se analizan las características asistenciales, las personas que reciben más visitas domiciliarias de enfermería son las que se encuentran institucionalizadas y en el medio urbano, seguidas de las institucionalizadas en medio rural; en todos los casos, las visitas de la enfermera, es hasta en cinco veces, superior a las del médico de familia, tanto en residencia como en domicilio; datos similares aparecen en otros trabajos <sup>(164)</sup> donde el número de visitas domiciliarias por el médico fueron de 1.9 visitas y por

enfermera 3.16 visitas. Siendo inversamente proporcional a las consultas realizadas en el centro de salud, donde las consultas al médico de familia supera hasta en 4 puntos a las de la enfermera.

Así consta también en el Informe SESPAS 2012 <sup>(161)</sup> donde se insiste en aumentar el número y la calidad de las visitas domiciliarias, y que la efectividad de las mismas depende de la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas.

También hay estudios donde se relaciona una mayor actividad domiciliaria enfermera con una disminución de las tasas de frecuentación y de reingresos hospitalarios <sup>(204-205)</sup> lo que añade valor por la repercusión positiva ante una realidad comentada en diferentes estudios, y es que los adultos mayores son ingresados en hospitales de agudos a tasas hasta 3 veces superiores a las de las personas más jóvenes <sup>(206)</sup>.

Se estima que hasta el 50% de las personas mayores pierde su capacidad de realizar actividades de la vida diaria (AVD) durante la hospitalización <sup>(207)</sup>, con profundas implicaciones para la salud, entre las que se incluyen las consecuencias de la disminución de una recuperación funcional <sup>(208)</sup>, y aumento de la morbilidad y la mortalidad <sup>(209)</sup>, inmovilidad asociada con resultados de declive por las infecciones iatrogénicas, úlceras por presión, caídas, y las rehospitalizaciones no electivas <sup>(210)</sup>, predisposición a una estancia más prolongada, garantía limitada de retorno a su función prehospitalaria y una rehabilitación costosa <sup>(211)</sup>.

Se está describiendo cómo la población longeva en España va en aumento, cómo se ve afectada de morbilidad crónica e incapacitante, y cómo las instituciones sociales y sanitarias realizan verdaderos esfuerzos por atender las necesidades que requieren.

Se teme que el aumento de las personas mayores incremente la demanda de servicios sanitarios y sociales en la medida en que una proporción significativa de los años añadidos a la vida supongan años de discapacidad <sup>(43)</sup>.

En éste escenario de envejecimiento poblacional, la capacidad de vivir de forma autónoma en la comunidad constituye un objetivo prioritario para la persona y para la sociedad, es aquí donde entra en valor las intervenciones encaminadas a la prevención y promoción.

Según el grupo de expertos del PAPPS <sup>(76)</sup> la justificación de las actividades preventivas en las personas mayores no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional, y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo, con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. Las patologías que proponen tratar forman parte de los conocidos como síndromes geriátricos, y son: caídas, demencias, alteraciones sensoriales, polimedicación, incontinencia urinaria y malnutrición. Patologías que incluyen intervenciones y cuidados propios de la disciplina enfermera, siendo la enfermera de Atención Primaria el referente para llevarlas a cabo de forma programada y protocolizada, en su atención a los usuarios y sus familias sobre todo en el entorno domiciliario.

Siguiendo en esa misma línea de medidas de promoción y prevención, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cree necesaria la pertinencia de la realización de un abordaje desde la salud diferenciado para la atención a este importante colectivo, a través del “Examen de Salud para las personas mayores de 65 años” <sup>(212)</sup>.

El “Examen de Salud para las personas mayores de 65 años” se constituye, de esta manera, en un plan de atención integral dirigido hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, para las personas mayores de 65 años residentes en Andalucía, y cuyo aseguramiento corresponda al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El objetivo principal del “Examen de Salud para las personas mayores de 65 años” es detectar precozmente los problemas de salud en este grupo que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65

años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia. Y queda definido por el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, y establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía. Los Servicios de Atención Primaria son el punto de partida para el desarrollo de este plan, a través del trabajo coordinado de sus profesionales, y son las enfermeras las referentes en intervenciones y cuidados dirigidos a esta población vulnerable, sobre todo cuando se trata del entorno domiciliario.

Ante este hecho, que la enfermería presenta un rol predominante en cuanto a los niveles de actividad domiciliaria, se plantean algunas cuestiones, como es la necesidad de realizar una evaluación rigurosa de la actuación enfermera, así como el tiempo invertido en realizarla, junto a la detección de necesidades de los usuarios, pacientes y cuidadoras, para poder evaluar la repercusión positiva en la calidad del servicio que ofrecen los profesionales de enfermería a la población y en la mejora del sistema sanitario.

Para dar un vuelco a esta situación, para satisfacer las demandas ciudadanas de cuidados, se precisa una enfermería que sea altamente profesionalizada, polivalente y comprometida<sup>(213)</sup>.

Esta conclusión es compartida con otros trabajos donde se pretende medir el efecto de la visita enfermera a pacientes domiciliarios<sup>(214-215)</sup>.

Los datos que en el presente documento se reflejan apoyan, como en estudios comentados anteriormente, la necesidad de ampliar la cobertura de Programas de Visita Domiciliaria, con un seguimiento más intenso, con unos protocolos de actuación donde se contemple una valoración integral del anciano, unas intervenciones del equipo de Atención Primaria, especialmente enfermería, dirigidos a monitorizar la situación de salud, el seguimiento de cuidados, a llevar a cabo medidas de prevención relacionadas sobre todo con la seguridad del pacientes y la calidad de vida en sus últimos años. (ANEXO 19)

En el planteamiento del estudio se definieron 4 grupos: sin visita y con visita de la enfermera en la muestra total, y controles (6 o más visitas) y casos (5 o menos visitas). De los cuatro grupos, la intervención enfermera no parece marcar diferencias en resultados en salud; la Odds Ratio obtenida, de la probabilidad de enfermar, permite inferir que la visita domiciliaria no actúa como un factor protector y que se acude a los domicilios cuando las patologías ya están instauradas. Por otro lado parece que se puede estar practicando un sesgo o discriminación involuntaria por sexo en las visitas enfermeras, afectando a la mujer mayor, pues si como indican los datos, los más mayores son mujeres, residen en su domicilio, en el domicilio se reciben menos visitas y hay un número importante que no recibe visitas y que no tiene identificado el Cuidador Principal.



## 7. CONCLUSIONES





### **7.1. Conclusiones Generales.**

1. Los pacientes que reciben atención sociosanitaria en domicilio son personas muy mayores con una media de edad próxima a los 82 años, con mucha comorbilidad, y un consumo elevado de medicamentos, con predominio de mujeres, la mayoría viven en sus domicilios particulares.
2. Estas personas son atendidas desde el punto de vista sanitario por los Equipos de Atención Primaria, con mayor frecuentación por parte de los profesionales de enfermería, siendo los pacientes institucionalizados los que más visitas reciben.
3. La visita domiciliaria de la enfermera tiene una frecuencia baja y las características de cumplimentación de los documentos específicos de valoración y planificación de cuidados de enfermería no permiten valorar que la actividad enfermera tenga repercusión en la morbimortalidad de las personas atendidas; los datos sugieren que se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud; y que la valoración es una tarea mecánica que no va seguida de la planificación, lo que no permite medir resultados en salud. Pudiendo parecer que la demanda, normalmente terapéutico-medicamentosa justifica la intervención y por tanto hay una ausencia de prevención. Esto conlleva a plantear una línea de trabajo dirigida a atender regladamente a las personas mayores y realizar precozmente la valoración funcional para intervenir multifactorialmente en la prevención.

### **7.2 Conclusiones por Objetivos Específicos.**

- Las personas estudiadas presentan alta morbilidad, relacionada directamente con el número de visitas domiciliarias, es decir, las personas que reciben más visitas enfermeras presentan más patología, siendo las más prevalentes las patologías cardiovasculares, osteomusculares, metabólicas, urinarias, digestivas, respiratorias, mentales, tumorales y neurológicas.

- Las personas mayores de 65 años estudiadas presentan una media de cobertura de recursos sociosanitarios, de los analizados en el trabajo, muy baja, aumentando levemente cuando se trata de personas incluidas en Atención Domiciliaria, siendo el andador la ayuda técnica de más uso en las personas mayores de 65 años y el servicio de teleasistencia en el grupo de Atención Domiciliaria.
- Los pacientes que más visitas domiciliarias reciben son los que están institucionalizados sobre todo en el medio urbano, siendo las enfermeras las que con mayor frecuencia realizan esta actividad hasta en tres puntos porcentuales con relación al médico de familia.
- De las intervenciones enfermeras, la valoración con modelo de cuidados se realiza con más frecuencia en pacientes domiciliarios, así como el plan de cuidados. Los instrumentos de valoración más utilizados son los de la valoración de las ABVD y los cognitivos (Barthel y Peiffer respectivamente).
- Los profesionales que más demandas de consultas tienen de las personas mayores de 65 son los médicos de familia, con un porcentaje que ronda casi el 100%, seguidos de los especialistas, a continuación a quien más consultan son a la enfermera y al servicio de urgencia, en éste último caso hay que puntualizar que cuando se trata del medio rural es hasta dos veces más frecuente.
- La solicitud de ayuda por prestación a la dependencia ha sido elevada, sobre todo en el medio rural y por las mujeres.
- Las personas institucionalizadas tienen una media de edad mayor que las que viven en sus domicilios, consumen más fármacos, reciben más visitas de los profesionales de enfermería y de medicina que los mayores que viven en sus domicilios.
- No se han encontrado diferencias entre los pacientes que acuden a un centro urbano, periurbano o rural en cuanto al número de patologías, ni a las consultas realizadas a profesionales de medicina, enfermería y urgencias, sólo en el caso de especialistas se aprecia un menor número de consultas en pacientes del entorno urbano. En lo que a visitas domiciliarias

de enfermería se refiere, son los pacientes del centro de salud periurbano los que más reciben este servicio.

- Se puede estar practicando un sesgo o discriminación involuntaria por sexo en las visitas enfermeras afectando a la mujer mayor.



## **8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**



## 8.1 Implicaciones para la Práctica

Los equipos de Atención Primaria, y en especial las enfermeras que en ellos participan, en coordinación con los servicios sociales son los profesionales para llevar a cabo intervenciones que satisfagan demandas de una población envejecida, pluripatológica, polimedicada, con limitaciones funcionales y/o cognitivas, en definitiva, con necesidades de cuidados, para ello es necesario que las instituciones adecuen sus servicios a estas demandas y actualicen los protocolos con arreglo a estas nuevas realidades creando un nuevo marco donde la visita domiciliaria programada y protocolizada de enfermería de Atención Primaria tenga más peso en la cartera de servicios, se generalice su práctica y se aumente su cobertura.

Se han de implementar intervenciones preventivas y de promoción de la salud en las personas mayores de 65 años desde el entorno domiciliario, en los trabajos analizados, la diana de los cuidados enfermeros está aún en atender al paciente en domicilio cuando éste ya es un anciano muy frágil y dependiente. Es importante lograr un balance adecuado entre las actividades curativas y preventivas, priorizando en función de la mejora de la salud individual y colectiva.

Para poder dar respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales del entorno, la AP necesita replantear la prestación de servicios que realiza, desburocratizar algunos de los procesos asistenciales, ofrecer respuestas menos medicalizadas a demandas menos complejas e implementar nuevos modelos organizativos de atención.

Los sistemas de información sanitaria no ofrecen indicadores útiles para posibilitar investigación de los servicios prestados, eficacia de las consultas, calidad de los contenidos y la repercusión en la salud de la población a la que se atiende. Es imprescindible implementar de manera efectiva un Sistema de Explotación de Datos desde las historias clínicas que permita medir la realización de estudios de investigación evaluativa que relacionen los resultados en salud con el funcionamiento general del sistema sanitario.



## 8.2 Líneas Futuras de Investigación

Teniendo en cuenta los resultados que se presentan, parece oportuno recomendar que se potencie la realización de proyectos de investigación que proporcionen una evidencia científica lo más sólida posible no sólo del efecto de la VDPE, sino de la efectividad de todas las actividades realizadas por enfermería.

En las historias clínicas auditadas y en los trabajos de investigación consultados llama la atención la profusión y variabilidad de los registros. Basándose en este hecho, parece pertinente solicitar un mayor acuerdo a la hora de elaborar e implantar un protocolo consensuado de “Visita Domiciliaria Programada de Enfermería” en el que se establezca un registro correcto de todas las actividades que se realizan con el paciente y la evolución del mismo, que permitan medir y revisar esa información y realizar estudios científicos que evalúen ese programa y, posteriormente, hacer valoraciones de su efecto.

Se propone un modelo de Cuaderno de Recogida de Datos (Protocolo de Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería de Atención Primaria, PVDPPEAP) que recoge información para poder llevar a cabo los proyectos de investigación antes mencionados, a modo de orientación (Anexo 19).

Se propone también estudiar los factores asociados a la institucionalización o no de los individuos, los resultados de estas investigaciones pueden ser muy relevantes a la hora de diseñar políticas que fomenten el envejecimiento en el hogar y cuantificar los costes asociados.

También resultaría conveniente realizar estudios con metodología cualitativa que permitiesen valorar aspectos difícilmente abordables con metodología cuantitativa (calidad de vida, satisfacción, bienestar, etc.).

Sería deseable líneas de investigación con un cuerpo de información que reuniera, desde una perspectiva multidisciplinar, investigación procedente de la demografía, la salud pública, la sociología, la gestión y la economía, entre otras; de manera que los resultados obtenidos fueran de utilidad tanto para los ciudadanos,

como para los profesionales del campo de la salud, y de los gestores públicos y privados.

Asimismo, sería deseable crear líneas de investigación con un cuerpo de información que reuniera, desde una perspectiva multidisciplinar, investigación procedente de la demografía, la epidemiología, la salud pública, la sociología, la gestión y la economía, entre otras disciplinas, que fueran de utilidad tanto para los ciudadanos, como para los profesionales del campo de la salud y de los gestores públicos y privados.



## 9. BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Información general; 2012. Organización Mundial de la salud. Consultado 3 ene 2012. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
2. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Informe 2008 sobre las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. 2009; Tomo I (22019).
3. Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso C, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socio-asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004;33(8):426-33.
4. Consejo Económico y Social de España. Informe 2010 sobre Desarrollo Autonómico, Competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario. Madrid: Consejo Económico y Social de España. 2010; 01/2010. Consultado 3 ene 2012. Disponible en: <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0110>.
5. Velázquez A, Cominero A. Análisis e Implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios. *Biblioteca Las Casas*, 2011; 7(1). Consultado 3 ene 2012. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0570.php>
6. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. 2004.
7. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Memoria estadística de la Consejería de Salud 2011. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.

8. Organisation for Economic Co-operation and Development . Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?.EconomicsDepartmentWorkingPapers. 2006: Nº 47
9. Puig-Junoy, J. Proyecciones del gasto público en sanidad y dependencia: no sólo de demografía se alimenta el crecimiento del gasto. Gestión Clínica y Sanitaria.2006;8(4),146.
10. García Goñi M. Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.2001. Consultado 26 dic 2012. Disponible en [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles\\_trabajo/2006\\_24.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2006_24.pdf).
11. Ministerio de Sanidad y Consumo . Estadística del Gasto Sanitario Público 2008. Consultado 26 dic 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf>
12. Sistema Nacional de Salud de España [monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Madrid. 2010. Consultado 3 ene 2012. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
13. Esteban Sobreviela JM, Ramirez Puerta D, Sanchez del Corral Usaola F. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria. Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2005
14. Gené J, Borràs A, Contel JC, Ascaso C, González M, Gallo P. Factores asociados a ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria. MedClín (Barcelona).2012; 139(11):473-78.
15. Alcalá MV, Puime AO, Santos MT, Barral AG, Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Prim. 2010;42(10):520-7.

16. Sona A, Maggiani G, Astengo M, Comba M, Chiusano V, Isaia G, et al. Determinants of recourse hospital treatment in the elderly. *Eur J Public Health*. 2012;22(1):76-80.
17. Oliva J, Antoñanzas F, Rivero O. Evaluación Económica y toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y la difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008. *Gac. Sanit* 2008; (supl 1):137-427
18. Comisión Europea .VII Programa Marco Europeo de Investigación y Desarrollo 2007-2013. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 2007. Consultado 28 jun 2014. Disponible en: <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnextoid=a2242a27bf188210VgnVCM1000001d04140aRCRD>.
19. Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación. Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid 2013. Consultado 28 jun 2014. Disponible en: [http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Plan\\_Estatal\\_Inves\\_cientifica\\_tecnica\\_innovacion.pdf](http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Plan_Estatal_Inves_cientifica_tecnica_innovacion.pdf). Consultado el 28/6/2014).
20. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2013. Consultado 28 jun 2014. Disponible en: [http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV\\_PAS\\_v9.pdf](http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf).
21. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, (15-12-2006).
22. Sosvilla S, Moral I. Estimación de los beneficios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045. *Gac. Sanit*. 2011;25(S):66-77.



23. Baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº 42, (18-02-2011).
24. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Consultado 28 jun 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>
25. Mundet X, Sitjas E, San José A, Armadans L, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*. 2003 ;32(5):282-288
26. Escudero C, Delgado JC, Fernández N, García R, López MA, Pérez A. Incidencia y factores predictores de inmovilización crónica en ancianos mayores de 75 años que viven en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(2):103-108.
27. Gázquez JJ, Rubio R, Pérez MC, Lucas F. Analysis of predicting factors which cause functional dependence among elderly people. *Intern Jour Psych Psychol Ther*. 2008;8(1):117-126.
28. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información destacada de la Gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Consultado 28 jun 2014. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_085872.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_085872.pdf)
29. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Secretaría General para la Atención a la Dependencia. Manual para los Servicios Sociales Comunitarios

- sobre la aprobación y revisión del Programa Individual de Atención. Sevilla: Junta de Andalucía.2009.
30. Monserrat J. El coste de la dependencia. *RevMultidiscGerontol.* 2003;13(3):194-200.
31. Casado D, Tur A, Puig R. La financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia: proyecciones de gasto 2007-2015. Centre de Recerca en Economia i Salut, UniversitatPompeuFabra; Proyecto nº 88/ 2007. Barcelona. 2008.
32. Monteverde M. Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duración e impacto sobre los costes de cuidado de larga duración. [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona. 2004.
33. Del Pozo R, Escribano F, Moya P. El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. *Gac. Sanit* 2011;25(S):93-99.
34. Maciá ML, Moncho J. Sistema de Salud Nacional Español. Características y Análisis. *Rev. Enfermería Global* [Revista en Internet] 2007; Mayo10:1-14. Consultado 20 sep 2013. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud: Cifras y Datos Relevantes. España [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Consultado 27 ago 2012. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
36. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Madrid: Sociedad Española de directivos en Atención Primaria. 2009. Consultado 22 may 2014. Disponible: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/atencion-primaria-de-salud-nuevos-retos-nuevas-soluciones>.

37. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria Sistema Nacional de Salud: Cifra y Datos Relevantes. España [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. 2010. Consultado 30 ago 2012. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
38. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Boletín Oficial de Estado, nº 222, (16-09-2006).
39. Ley de Salud de Andalucía. Ley 2/1998, de 15 de junio. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 74, (04-07-1998).
40. Estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. Decreto 171/2009, de 19 de mayo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 95, (20-05-2009).
41. Estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Decreto 97/2007, de 3 de julio. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 140, (17-07-2007).
42. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Consultado 30 ago 2012. Disponible en: [http://http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
43. Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Unamiradainternacional. Gac Sanit. 2011;25 (Supl 2):12-20.
44. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO. 2001

45. Guralnik JM, Fried LP, Simonsick EM, Kasper JD, Lafferty ME. The women's health and aging study: health and social characteristics of older women with disability. *Beathesda:NIH*. 1995;95:4009.
46. Williams J, Lyons B, Rowland D. Unmet long-term care needs of elderly people in the community: a review of the literatura. *Home HealthCare Ser Q*. 1997;16(1-2):93-119.
47. Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia. *Gac Sanit*. 2011; 25(S):108-114.
48. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol A BiolSci Med Sci*. Jul 2007; 62(7): 731–737.
49. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *ClinGeriatr Med*. 2011;27(1):17-26
50. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(4):681-7
51. Walston J, Fried LP. Frailty and the olderman. *Med Clin North Am*. 1999; 83(5):1173-94.
52. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A BiolSciMedSci*.2001; 56(3):M146–56.
53. Xue QL. The frailty syndrome: definition and natural history. *ClinGeriatr Med*.2011;27(1):1-15.

54. Ensrud KE, Ewing SK, Cawthon PM, Fink HA, Taylor BC, Cauley JA, et al. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(3):492–8.
55. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Ritchie K, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A BiolSciMedSci.* 2008 Oct;63(10):1089-96
56. García-García FJ, Gutiérrez G, Alfaro-Acha A, Amor MS, De los Ángeles M, Escribano MV et al. The prevalence of frailty syndrom in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging.* 2011;15(10):852-6.
57. Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez PM, Atienzar P, et al. Frailty and Dependence in Albacete (FRADEA study): reasoning, design and methodology. *RevEspGeriatr Gerontol.* 2011; 46(2):81–8.
58. Alcalá MV, Puime AO, Santos MT, Barral AG, Montalvo JI, Zunzunegui MV. et al. Prevalence of frailty in an elderly Spanish urban population. Relationship with comorbidity and disability. *Aten Primaria.* 2010(10); 42:520–7.
59. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29-05-2003).
60. Regato P. Envejecimiento activo. En: Libro de Ponencias: Encuentro de la Red de Envejecimiento Saludable. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2001. Pp.43. Consultado 29 de ago 20012. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50748>
61. Consejería de Igualdad, Salud y Política Social. Estrategias de Mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía. Sevilla:Consejería de Igualdad, Salud y

- Política Social. 2004. Consultado 29 ago 2012. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion1](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion1).
62. Brugués A, García A, Contel JC, Cebrian HM. En: Gestión de Cuidados. Modelos de Organización de los Equipos de Atención Primaria. Curso de preparación de la competencia para el acceso extraordinario a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. 1ª Edición Mayo 2011.p766-779
63. Sociedad Española de Cuidados Palitivos.Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Palitivos. Disponible: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciocho>
64. Institut Catalá de la Salut. Programa de mejora de la atención domiciliaria desde la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Institut Catalá de la Salut Generalidad de Cataluña. 2010. Consultado 29 ago 2012. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/atdom.pdf>
65. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. Directorio de Unidades de Hospitalización a Domicilio. Madrid: Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. 2009. Consultado 28 ago 2012. Disponible en: [http://www.sehad.org/directorio\\_unidades.html](http://www.sehad.org/directorio_unidades.html)
66. García-Herrero G, editor. El Servicio De Ayuda A Domicilio. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia en la encrucijada. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. 2010. Consultado 21 ene 203. Disponible en <http://www.femp.es/files/566-930-archivo/sad.pdf>
67. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España. 2011. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Consultado 23 jul 2013.

Disponible en:

[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/opm\\_ssppmm\\_dic2011.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/opm_ssppmm_dic2011.pdf)

68. Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Rev. Gerokomos*. 2006; 17(1):6-23.
69. Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Rodó M, Sanchez P. Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *RevEspGeriatr Gerontol*.2014;49(2):59–64.
70. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe 2010 sobre las Personas Mayores en España: Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012;Tomo I: (22023). Consultado 26 may 2013 Disponible en:  
  
[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion\\_documentos/serie\\_documentos\\_estadisticos\\_nuevo/IM\\_070297](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion_documentos/serie_documentos_estadisticos_nuevo/IM_070297).
71. Procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. Orden de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 224, (14-11-2007).
72. Concertación de plazas con centros de atención especializada para los sectores de Personas Mayores y Personas Discapacitada. Orden de 30 de agosto de 1996 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 113, (01-10-1996).

73. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de la enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2000; 25(4): 214-219.
74. Martínez Rodríguez MT. Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. *Informes Portal Mayores* [Revista online]. 2009. nº 98. Consultado 15 may 2012 Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>
75. Alfaro Lefevre R. *Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso*. 4ª ed. Barcelona: Ed. Springer;1999.
76. Herreros Y, López-Torres JD, Hoyos MC, Baena JM ,Gorroñoigoitia A, Martín I. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria*. 2012;44 (Supl 1):57-64.
77. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. *Prevención de la dependencia en las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Consultado 25 jun 2012. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>.
78. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. Modelo conceptual de Virginia Henderson. En: *De la Teoría a la Práctica el Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 3ª Ed. Barcelona: ElsevierMasson; 2005. Pp 49-54.
79. Gordon M. *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. 10ª Ed. Barcelona: ElsevierMosby;2003.
80. Moruno P, Romero DM. *Actividades de la Vida Diaria*. Barcelona:Elsevier Masson. 2006.



81. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
82. Cegril F, Megido MJ. Cuidados de Enfermería en la Dependencia, Promoción y Prevención de los Cuidados en Dependencia. Autocuidado y Autonomía Personal. Metodología de la Visita Domiciliaria. Curso de preparación de la competencia para el acceso extraordinario a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. 1ª Ed.2011.pp.601-605.
83. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.
84. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012.
85. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962.
86. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health* 1994;17: 459-70.
87. Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in the elderly patient: The "Get –up and Go" test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 387.
88. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Falls risk index for elderly patients based on Lumber of chronic disabilities. *Am J Med* 1986; 80: 429-34.
89. Tromp AM, Pluijm SMF, Smit JH, Deeg DJH, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J ClinicalEpidemiology* 2001; 54: 837- 844.
90. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. Cognocitive mini-prueba (una prueba práctica sencilla para detectar cambios intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-EspNeuroIPsiquiatr* 1979;3: 189-202

91. Martínez J, Dueñas R, Onís M.C, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001;117(4):129-134.
92. Morales JM , Gonzalez-Montalvo JI , Bermejo F , Del-Ser T. The screening of mild dementia with a shortened Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly". *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 9(2):105-11.
93. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguayo C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (EDG) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Med. Fam.* 2002;12(10):620-30.
94. Martinez J , Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Arias MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005;35(1):14-21.
95. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección de malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12(6): 345-349.
96. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440.
97. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2006.2008*. Madrid: Harcourt; 2008
98. Moorhead S, Jonson M, Maas M. *Clasificación de Resultados Enfermeros*. Madrid: Elsevier España; 2005.

99. McCloskeyDochterman J, Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
100. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. El Sistema Sanitario y la Atención a la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2005. p467-499
101. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidado en clave de desigualdad. GacSanit. 2004;18(Supl 1):132-9
102. López G, Comas A, Monteverde M, Casado D, Caso JR, Ibern P. Envejecimiento y dependencia, Situación actual y retos de futuro. Barcelona:Estudios Caixa Catalunya. 2005, nº 002.
103. Instituto de Mayores y Servicios Sociales .Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar.Madrid:Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.2005, Serie dependencia 12001
104. Jordan B. Value for caring. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1990
105. Durán MA. El tiempo y la economía española. ICE. 1991; 695:9-48.
106. Durán MA. De puertas adentro. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la mujer. 1988; nº 12.
107. García-Calvente MM. Cuidados de salud, género y desigualdad [editorial]. Comunidad, 2002;5:3-4.
108. Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. GacSanit. 2007;21(6):444-51.

109. Monserrat S, Garre J, Vilalta J, Turón A, Pericot I, Turró O, et al. Valor económico anual de la asistencia informal en la enfermedad de Alzheimer. *RevNeurol.* 2010;51(4):201–7.
110. Coduras A, Rabasa I, Frank A, Bermejo-Pareja F, López-Pousa S, López-Arrieta JM et al. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *J AlzheimersDis.* 2010;19(2):601–15.
111. Moya P, Escribano F, Pardo I, Notario B, Alfaro C, Martinez V. Costes asociados a las horas de cuidado informal de los mayores dependientes en un ámbito rural. *GacSanit.* 2009;23(2):109–14.
112. Rivera B, Casal B, Currais L. Provisión de cuidados informales y enfermedad de Alzheimer: valoración económica y estudio de la variabilidad del tiempo. *Hacienda Pública Española.* 2009;189:107–30.
113. Jiménez S, Vilaplana C. La financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia. En: Premios Caja Madrid de Investigación Social 2009. Madrid: Mimeo; 2009.
114. Barriga LA, Brezmes MJ, García GA, et al. Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Informe de evolución de la ley cuatro años después. Observatorio para el desarrollo de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Mimeo. 2011.
115. López J. Crespo M. Guía de Cuidadores de personas mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008

116. Álvarez M, Morales JM. Guía para cuidadoras de personas mayores. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2007
117. Honea NJ, Brintnall R, Sherwood P, Somers SC, Northouse LL. Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *ClinOnc Nursing. J* 2008; Jun:12 (3):507-16
118. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. En: Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005. Consultado 9 feb 2012. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>.
119. García M, del Río M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *GacSanit.* 2011;25(S):100–107.
120. Iturria J, Márquez S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un período de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública* 1997;71(3): 281
121. Kikuzawa S, Olafsdottir S, Pescosolido BA. Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations. *J HealthSocBehav* 2008; 49 (4): 385-99.
122. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario Público. 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado 23 feb 2013. Disponible en <http://http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilacion/gastoSanitario2005/home.htm>

123. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Portal Estadístico del SNS. Consultado 23 feb 2013. Disponible en:  
[www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm)  
.
124. García C, Almenara J, González JL, Peralta Sáenz JL. Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía. An. Med. Interna. 2005;22(1): 4-8
125. Castells X, Mercadé LI, Riu M. “Envejecimiento y utilización hospitalaria”. Informe SESPAS 2002, Cap.23(497-509). 2003
126. Gonzalo E, PasáinMI. “La salud de las personas mayores”. Gac sanitaria 2004; 18 (Supl 1): 69-80.
127. Organization for Economic Cooperation and Development. A comparative analysis of 30 countries.En: CD ROM and User’s guide. Paris: OECD-CREDES; 2003
128. Organization for Economic Cooperation and Development. Statistics and indicators.Frequently requested Data. 2010.Consultado 23 mar 2012. Disponible en: <http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthDataFrequentlyRequestedData.xls>.
129. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de presupuestos familiares 1998-1997. Madrid: Instituto Nacional de estadística. 2004; Grup. 6 y cód 12431
130. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. Aten Primaria. 2009;41(10):572–7.

131. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2009. *InfTerSistNacSalud*. 2010;34:100
132. Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London: Central Office of Information; 2010
133. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Datos de Facturación de Receta Médica del SNS. Enero 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Consultado 9 jun 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/enero2011.htm>
134. Sanfélix G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *GacSanit*. 2012;26(S):41–45.
135. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2011. Madrid: Consejería de Salud Junta de Andalucía. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. 2012
136. Gènova R. Presente y futuro de la longevidad de la población española en el contexto de los países de alta esperanza de vida. En López Trigal I, Abellán García A, Godenau D, Editores. *Envejecimiento, despoblación y territorio*. León: Universidad de León; 2009:333-45
137. Askoxylakis V, Thieke C, Plegier ST, Most P, Tanner J, Lindel K, et al. Long-term survival of cancer patients compared to heart failure and stroke: a systematic review. *BMC Cancer*. 2010;10:105.
138. Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P, Danish MONICA Study Group. Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke*. 2002;32:2131-6

139. Gonzalo E, Millán A, Mateo I, Ocaña R, García MM. Informe Global de Resultados de la Encuesta a Personas Mayores; Estudio sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores en Andalucía. Sevilla: Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales; 2004.
140. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Anuario Estadístico de Andalucía. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. 2014. Consultado 20 may 2014. Disponible en:
- <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario09/index.htm>.
141. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Consulta 12 abr 2012. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ie\\_2011\\_informeevaluacion.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ie_2011_informeevaluacion.pdf)
142. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Información estadística disponible sobre la utilización y distribución de los recursos sanitarios. Anuario estadístico Andalucía 2012. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. 2012. Consultado 12 abr 2013. Disponible en:
- <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario12/anuario12c05.htm#c242>
143. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe Anual del IMSERSO 2010. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2010. Consultado 20 ene 2012



[http://www.dependencia.imserso.es/imserso\\_01/el\\_imserso/informes\\_anual/es/informe\\_anual\\_2010/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anual/es/informe_anual_2010/index.htm).

144. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Catálogo de Prestaciones. Servicio de Atención Residencial. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2012. Consultado el día 21 Nov 2012. Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/programas/atendep\\_catalogo/atendep\\_catalogo\\_info/wfprogramitem\\_view\\_pub](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/programas/atendep_catalogo/atendep_catalogo_info/wfprogramitem_view_pub).

145. Modificación del anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 171,(16-07-2009).

146. Actualización del Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 138, (07-06-2010).

147. Sistema Nacional de Salud. Cartera de Servicios Atención Primaria de Salud. Madrid: Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Consultado 19 nov 2012. Disponible en

[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion\\_Primaria\\_2010.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf).

148. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud Junta de Andalucía. 2008.

149. Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria; Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: Comunidad de Madrid. 2009.
150. Actualización del coste de las plazas objeto de concierto y convenio con centros en el ámbito del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía. Resolución de 20 de enero de 2012, de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 21, (01-02-2012).
151. Precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario. Orden de 14 de octubre de 2005. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 210, (27-10-2005).
152. Instituto de Salud Carlos III. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2002.
153. O. Hermiz, Comino E, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*.2002; 325(7370)
154. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*.2004;291:1358–1367.
155. Candy B , Holman A, Leurent B, Davis S, Jones L. Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48 (1) 121–133.
156. González A.C. Agrega salud a tus años. Proyecto de intervención en personas mayores. *EnfermClin*. 2011;21(2):117—118.

157. Jiménez MD, Córcoles P, Egado MÁ, Villada A, Candel E, Moreno M. Análisis de las caídas que producen fractura de cadera en ancianos. *EnfermClin.* 2011;21(3):143—150.
158. Meléndez M, Montero R, Jiménez C, Blanco LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria.* 2001;28(2): 91-96.
159. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M, Marsá M, Lancho S. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev EspSaludPública* 2003;77(5):581-594
160. Munro JF, Nicholl JP, Brazier JE, Davey R, Cochrane T. Cost effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. *J EpidemiolCommunityHealth* 2004;58:1004—1010.
161. Corrales D, Alonso A, Rodríguez M.Á. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(1):63—68.
162. Gené J, Hidalgo A, Contel JC, Borrás A, Ortiz J, Martín J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Primaria.* 2006;38(1):47-50.
163. Gonzalo E, Millán A, Mateo I, Ocaña R, García MM. Informe Global de Resultados de la Encuesta a Personas Mayores Estudio sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores en Andalucía. Sevilla: Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales; 2004.
164. Díaz-Cordovés M, Ortiz M D, Ruiz JM, Blancas M I, Torrejón F, Zambrana R. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. *Med de Familia (And)* 2005;6(3): 152-159.
165. Galvez C; Gonzalez A, de Ramón E. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*

- [online]. 2007;18(3):15-24. Consultado 10 jun 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000300002>.
166. Abellá A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):5–11.
167. Da Silva Z, Gómez A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una Revisión Sistemática. *RevEsp Salud Pública* 2008; 82: 43-56.
168. Vidal MC. ¿Desde atención primaria podemos prevenir las caídas de las personas mayores? *EnfermClin.* 2011;21(2):115—116
169. Ayuso M, del Pozo R, Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *RevEsp Salud Pública* 2010;84:789-798..
170. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas del cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev. Esp. SaludPública* 2011; 85: 257-266.
171. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women, Health Canada.[Documento online]. 2001. Consultado 12 dic 2002. Disponible en: <http://www.cewh-cesf.ca/healthforms/publications>.
172. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi BG. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y estrategias. *RevFacNac Salud Pública.* 2009;27(1):50-55.
173. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *GacSanit.* 2004;18(S): 83-92.
174. Ayuntamiento de Cartagena. Estudio sobre personas mayores que viven solas. Cartagena: Ayuntamiento de Cartagena. Concejalía de Política Social. 2014.

- Consultado 5 abr 2014. Disponible en <http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/actual/informemayoresCT.pdf>.
175. Lago C. Las personas mayores vascas lanzan 6.500 alarmas diarias al servicio de teleasistencia. [Publicación online]. Noticias de Guipúzcoa.com. Consultado 14 nov 2013. Disponible en <http://www.noticiasdegipuzkoa.com/2013/11/14/sociedad/euskadi/las-personas-mayores-vascas-lanzan-6500-alarmas-diarias-al-servicio-de-teleasistencia>
176. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med*. 2006;4(2):104-8.
177. Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *ChronicIlln*. 2007; 3(3): 202-218.
178. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Morbilidad Hospitalaria 2009. Madrid:Instituto Nacional de Estadística. 2009. Consultado 5 abr 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp414%2F%2Fa2009>.
179. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Actividad urgente extra hospitalaria. Informe estadístico. Año 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Consultado 2 abr 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
180. Moons P, Arnauts H, Delooz HH. Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature. *AccidEmergNurs*. 2003; 11(2):112-20.

181. Ramos MR, Romero E, Mora J, Silveira LJ, Ribera JM. Análisis de mortalidad tras el ingreso en una unidad de agudos de geriatría: influencia de la dependencia funcional. *RevEspGeriatrGerontol*. 2007;42(4):212-7
182. Volicer L. Dementia. *NeurologicClinics*. 2001;19(4):867-885.
183. Mottram P, Pitkala K, Lees C. Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes. (Libro online). Oxford: Update Software Ltd. 2005, nº 4. Consultada 4 ene 2012. Disponible en: <http://www.update-software.com>
184. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. (2000) Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. *StrokeMay*; 31(5):1032-7
185. Morales JM. "Efectividad de los modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática". Biblioteca Lascasas 2005; 1. Consultado el 10 Septiembre de 2012. Disponible en <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0041.php>>
186. McAllister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110 (5):378-384.
187. Walsh B, Roberts HC, Hopkinson J. Emergency hospital admissions for ill-defined conditions amongst older people: a review of the literature. *Int J OlderPeopleNurs* 2007;(2):270-7.
188. Molina T, Caraballo M, Palma D, López S, Domínguez J.C, Morales J.C. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44(4):216-222.

189. Fernández LC, Barón B, Vázquez B, Martínez T, Urendes JJ, Pujol E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farmacia Hospitalaria* 2006;30( 5);280-283
190. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*.2004; 28(5):113-120
191. Vázquez P, Dopazo LM, Armenteros Lorenzo. Interacciones medicamentosas en pacientes mayores de 65 años. *Cad Aten Primaria*.2009;16: 284-288.
192. Dominguez JA, Garcia B. Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias. *Gerokomos* [online].2011;22(1):13-19. Consultado 21 jun 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000100003>. Consultado el 21 de junio de 2014.
193. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS; Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
194. Gené J, Borrás A, Contel J.C et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study *Gac Sanit*.2011; 25 (4):308–313.
195. Frías A, Prieto MA, Heierle C, Aceijas C, Calzada ML, Alcalde A, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria* 2002;29 (8): 495-501.
196. Cruz AJ, Pancorbo PL, García FP, Carrascosa MI, Jiménez MC; Villar R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas *Gerokomos*.2010;21(1):8-16
197. López RM, Mazeris O, Julià MT, Bertrán C, Almeda J. Prevalencia de pacientes con alta complejidad y/o alta dependencia para la gestión de casos en atención primaria *EnfermClin*. 2011;21(6):327-337.

198. Puig M, Moreno C. Valoración de enfermería a una persona mayor atendida en atención domiciliaria. *Gerokomos*. 2011; 22 (3): 118-120.
199. Vallejo J, Rodríguez M, Valverde MM. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos*. 2007;18(2):72-76.
200. Lobo A, Santos M.P, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *RevEspGeriatrGerontol*. 2007;42(Supl.1): 22-26.
201. Martínez F, López MT, Castanedo C. Usuarios y satisfacción de necesidades en un centro de día psicogeriátrico. Libro de Comunicaciones Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid. Pg.305-310
202. Ramírez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizado en Cali, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2008;10(4):529-536.
203. González MA, Gálvez C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*. 2009;20(1):15-21.
204. Gené J, Borrás A, Contel J.C, Ascaso C, González M, Gallo P. Factores asociados a ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria. *Med Clínica*. 2012; 139(11):467-472.
205. Díaz M, Paluzie G, Sanz C, Boada M, Terré S, Ruiz D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *RevEspGeriatrGerontol*. 2011;46(5):241-242.
206. Hall MJ, De Frances CJ, Williams SN, Golosinskiy A, Schwartzman A. National Hospital Discharge Survey: 2007. *National Health Statistics Reports* .2010;29(26):1-24.



207. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons JAMA.2010; 304(17):1919–1928.
208. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. J Am Geriatr Soc.2008;56(12):2171–2179.
209. Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S., Ferri M., Barbisoni P. et al. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. J Gerontol A BiolSci Med Sci.2005; 60(9):1180–1183.
210. Campbell KE. A new model to identify shared risk factors for pressure ulcers and frailty in older adults. Rehabil Nurs.2009;34(6):242–247.
211. Boltz M, Resnick B, Capezuti E, Shuluk J, Secic M. Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? GeriatricNursing. 2012;33(4):272–79.
212. Consejería de Salud. El Examen de Salud a Mayores de 65 años. 2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2008. Consultado 12 ene 2012. Disponible en:  
  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_2\\_c\\_13\\_examen\\_de\\_salud\\_a\\_mayores\\_de\\_65/decreto48\\_2006.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_13_examen_de_salud_a_mayores_de_65/decreto48_2006.pdf).
213. Corrales D, Galindo A, Escobar M.A et al. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de la enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria.2000; 25(4) 214–219).
214. Nicolaidis A, Rossum E, Kempen G, Knipschild P. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. BMC Health Services Research 2004 15;4(1):35

215. Gretl A. McHugh, Maria Horne, Karen I. Chalmers, Karen A. Luker. Specialist Community Nurses: A Critical Analysis of Their Role in the Management of Long-Term Conditions. *Int J Environ Res PublicHealth*. 2009; 6(10): 2550–2567.



## 10. ANEXOS



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1:	Relación de Actividades y Tareas del Baremo de Valoración a la Dependencia (BVD)	297
Anexo 2:	Hoja autoelaborada de recogida de datos	301
Anexo 3:	Valoración por necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos enfermeros	303
Anexo 4:	Cuestionarios validados de valoración funcional:	313
	• Autonomía para las actividades de la vida diaria (Barthel)	313
	• Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton y Brody)	316
Anexo 5:	Cuestionarios de valoración riesgo UPP (Norton y Braden):	317
	• Escala de riesgo de UPP (Norton)	317
	• Escala de riesgo de UPP (Braden)	318
Anexo 6:	Cuestionarios de riesgo de caídas:	319
	• Timed Get Up and Go Test	319
	• Escala de valoración del equilibrio y la marcha (Tinetti)	320
	• Escala de riesgo de caídas múltiples	322
Anexo 7:	Cuestionarios de valoración cognitiva:	323
	• Mini Examen Cognoscitivo (MEC)	323
	• Cribado de deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer)	326
	• Cribado de demencias (Test del informador)	328

Anexo 8:	Escalas de valoración afectiva:	331
	• Escala de depresión geriátrica (Test de Yesavage)	331
	• Cribado Ansiedad Depresión (Escala de Goldberg)	332
Anexo 9:	Escala de valoración sociofamiliar	335
Anexo 10:	“Estudio del Efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermera de Atención Primaria en personas de 65 y más años Pluripatológicas” en el III Congreso Científico de Investigadores en Formación de la UCO. Córdoba 9-10 Abril 2013	337
Anexo 11:	“Estudio documental de la atención socio-sanitaria a personas de 65 años y más en Andalucía” tipo póster electrónico en las VII Jornadas de Salud Pública “Salud en Todas las Políticas” 16-20 Diciembre 2013 en formato virtual	339
Anexo 12:	“Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural” Comunicación escrita en el 3º Congreso Internacional Virtual ASANEC Enfermería Comunitaria. 9-24 Junio 2014	341
Anexo 13:	“La Visita Domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria en Personas Ancianas”. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	343
Anexo 14:	“Perfil de los Usuarios de Visita Domiciliaria en Atención Primaria”.I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	345
Anexo 15:	“¿Cuánto cuesta en euros la atención domiciliaria de enfermería, en Andalucía?”. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería 3-4 Julio 2014	347

- Anexo 16: C, Vaquero Abellán M, Ruiz Gándara A, Muñoz Villanueva MC, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. Características de la Asistencia Sanitaria a Personas Mayores de 65 años, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, a partir de Fuentes Oficiales. Evidentia. 2014; 47. Enfermería 349
- Anexo 17: Dios Guerra C, Carmona Torres JM, Ruíz Gándara A, Muñoz Alonso A, Rodríguez Borrego MA. La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento? Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2014 351
- Anexo 18: Protocolos de asignación de material de ayuda para los cuidados en el domicilio 353
- Anexo 19: Propuesta de Cuaderno de Recogida de Datos de protocolo de Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería de Atención Primaria (VDPPEAP) 375





## Anexo 1. Relación de actividades y tareas del Baremo de Valoración a la Dependencia

La relación de actividades y tareas que comprende la valoración del BVD se establece en la "Tabla de aplicación" de acuerdo con la existencia o no de una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales, tales como la discapacidad intelectual, las enfermedades mentales, trastornos mentales orgánicos, el daño cerebral y las alteraciones perceptivo-cognitivas (como en determinadas situaciones de personas con sordoceguera, entre otras). En el caso de las personas menores de 18 años, la "Tabla de aplicación" se establece también atendiendo a las características propias del desarrollo evolutivo, teniendo en cuenta los intervalos de edad cronológica. En la "Tabla de aplicación" las actividades y tareas que son aplicables se señalan como SÍ y aquellas no aplicables como NA.

Se valoran dentro y fuera del hogar las tareas incluidas en las actividades de comer y beber, higiene personal relacionada con la micción y la defecación, mantenimiento de la salud y tomar decisiones, así como las tareas de abrir y cerrar grifos, lavarse las manos de la actividad de lavarse; y, acceder al exterior de la actividad de desplazarse fuera del hogar

Tabla de aplicación de actividades y tareas.

Para todos los casos	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
<b>COMER Y BEBER</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cortar o partir la comida en trozos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Acudir a un lugar adecuado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Manipular la ropa	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Adoptar o abandonar la postura adecuada	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Limpiarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
<b>LAVARSE</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>

Abrir y cerrar grifos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse las manos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acceder a la bañera, ducha o similar.	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
<b>REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>	<b>NA</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Peinarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Cortarse las uñas	NA	NA	SÍ	SÍ
Lavarse el pelo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse los dientes	NA	SÍ	SÍ	SÍ
<b>VESTIRSE</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Calzarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Abrocharse botones o similar	SI	SÍ	SÍ	SÍ
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	SI	SÍ	SÍ	SÍ
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>	<b>NA</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Solicitar asistencia terapéutica	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	SÍ	SÍ
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	SÍ	SÍ
<b>CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Permanecer sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Permanecer de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>
Realizar desplazamientos para vestirse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos para comer	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos para lavarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	<b>NA</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>

Acceder al exterior	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	SÍ	SÍ
<b>REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>	<b>SÍ</b>
Preparar comidas	NA	NA	NA	SÍ
Hacer la compra	NA	NA	NA	SÍ
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	SÍ
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	SÍ
Sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
<b>TOMAR DECISIONES</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>SÍ</b>
Decidir sobre la alimentación cotidiana	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Dirigir los hábitos de higiene personal	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	SÍ	SÍ



## Anexo 2. Hoja Autoelaborada de recogida de datos

CENTRO	NUHSA	Edad	Localidad(urbano/rural)	SEXO (H/M)	P. Cardiovascular	P. Respiratorias	P. Osteomusculares	P. Digestivas

P. Metabolicas	P. Urinarias	P. Neurologicas	P. Mentales	P. Tumorales	Otras Patologias	Nº Fármacos	Visita Domiciliaria(si/no)

Teleasistencia (si/no)	Silla de Ruedas (si/no)	Cojín antiescaras(si/no)	Cama Clínica (si/no)	Andador (si/no)	Ayuda a Domicilio (si/no)

Tipo de Residencia (domicilio particular/residencia de mayores/UED (U/C. Principal Identificado (si/no)	Nº de Consultas MF en el último año	Nº de Consultas a Enfermería en el último año

Consultas a especialista en los dos últimos años	Nº Consultas Urgencias (AP)	Valoracion de cuidados (fecha)	C. Barthel (1-100)	C. Pfeiffer (1-10)

C. Lawton y Brody (0-8)	C. Norton o similar (riesgo alto/bajo)	C. Caídas (Bajo Riesgo/Alto Riesgo)	Otros cuestionarios de valoración (si/no)	Plan de Cuidados (fecha)

Fecha de inicio de Visitas Enfermería	nº de Visitas Domicilio Enfermera	nº de Visitas Domicilio	Solicitud Ley Dependencia (si/no)	Fecha de Mortalidad	Observaciones



### Anexo 3. Valoración por necesidades de Virginia Henderson y diagnósticos enfermeros

#### VALORACIÓN POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON Y DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ F. N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº DE Hº \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS \_\_\_\_\_

MÉDICOS \_\_\_\_\_

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: No sabe leer ni escribir / Sin estudios / Primaria o equivalencia / Secundaria o equivalencia / Bachillerato / Universitario.

VALORACIÓN REALIZADA POR \_\_\_\_\_ FECHA VISITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ ENFERMERA DE FAMILIA \_\_\_\_\_

<p><b><u>1.RESPIRAR NORMALMENTE.</u></b></p> <p>TA _____ F. C. _____ F. R. _____</p> <p>Ritmo Respiratorio: Regular Si / No. Irregular Si / No</p> <p>Amplitud Respiratoria: Profunda / Superficial / Costal / Diafragmática</p> <p>Tos/ Expectoración. Habitualmente respira por: nariz / boca.</p> <p>Problemas relacionados con la respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Tiene dificultad para respirar. Si / No. . Cianosis. Si / No.</li> <li>. Siente ahogo. Si / No O<sub>2</sub> domicilio. Si / No.</li> <li>. Dolor al respirar. Si / No</li> <li>. Medicación (especificar) _____</li> </ul> <p>Fumador. Si / No. Desde cuándo (en años) _____</p> <p>Nº cigarrillos / pipa/ puros día _____</p> <p>Ex fumador. Si / No. Cuándo lo dejo (meses años) _____</p> <p>Convive con personas fumadoras. Si / No</p>	<p>00030 Intercambio gaseoso deterioro del</p> <p>00031 Vías aéreas, limpieza ineficaz</p> <p>00032 Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>00036 Asfixia, riesgo de</p> <p><b>* Test de Fagerström</b></p>
<p><b><u>2.ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN</u></b></p> <p>Peso _____ Talla _____ IMC _____</p> <p>Nº comidas / día _____ distribución _____</p> <p>Cantidad líquidos / día _____</p> <p>Plan terapéutico dietético. Si / No. Cumplimiento Si / No</p> <p>Lactancia materna / mixta / artificial. Problemas Si / No</p> <p><b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON COMER Y BEBER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Masticación / Deglución</li> <li>. Dificultad para tragar. No / Si</li> <li>. Dificultad para beber. No / Si.</li> <li>. Dificultad para masticar. No / Si</li> </ul>	<p>00001 Desequilibrio Nutricional por exceso</p> <p>00002 Desequilibrio Nutricional por defecto</p> <p>00003 Riesgo de desequilibrio nutricional exceso</p> <p>00025 Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos</p> <p>00026 Líquidos, exceso de volumen de</p> <p>00027 Líquidos, déficit de volumen de</p> <p>00028 Líquidos, riesgo de déficit de volumen de</p>



<p>. Su dentadura natural está en buen estado. No / Si          . Si la respuesta es Si en que condiciones está _____          . Lleva prótesis dental? No / Si  <b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON DIGESTIÓN:</b>          . Pirosis. Dolor. Gases  <b>OTROS PROBLEMAS</b>          . Requiere ayuda para comer / beber? No / Si          . Tiene apetito. No / Si          . Cambios recientes en la alimentación.          . Exceso de peso.          . Consumo Excesivo de alcohol</p>	<p>00048 Deterioro de la dentición          00102 Déficit de autocuidado, alimentación          00103 Deglución, deterioro de la          00104 Lactancia materna ineficaz          00105 Interrupción de la lactancia materna          00106 Lactancia materna eficaz          00107 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de</p> <p><b>* Mini Nutricional Assessment “ MNA “</b>  <b>* Escala de Norton</b> Valoración úlceras por decúbito</p>
<p><b><u>3. ELIMINACIÓN POR TODAS LAS VÍAS FISIOLÓGICAS</u></b></p> <p><b>HÁBITOS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL:</b>          . Frecuencia : _____          Características _____          . Problemas : Si / No.          . Esfuerzo: No / Si . Hemorroides. Si / No.          . Incontinencia: No / Si          . Diarrea: No / Si Estreñimiento: No / Si          . Uso de laxantes Si / No          . Utilización material ayuda (pañales / bolsas) Si / No  <b>HÁBITOS DE ELIMINACIÓN URINARIA:</b>          . Frecuencia (veces / día) _____ Cantidad aproximada _____          . Características, olor, color, flujo _____          Problemas : Si / No.          . Goteo al aumentar presión abdominal. Si / No          . Urgencia urinaria. Si / No. Incontinencia. Si / No          . Retención. Si / No Polaquiuria Si / No          . Dificultad para iniciar micción. Si / No          . Utiliza material ayuda (pañales / sonda / colector) Si / No  <b>MENSTRUACIÓN:</b> Si / No          Frecuencia _____  <b>MENOPAUSIA:</b> Si / No En proceso _____          . Problemas: Si / No          . Percepción. Conocimientos. Dudas  <b>TRANSPIRACIÓN:</b> Normal / Escasa / Abundante</p>	<p>00011 Estreñimiento.          00012 Estreñimiento subjetivo.          00013 Diarrea.          00014 Fecal incontinencia          00015 Riesgo de estreñimiento          00016 Eliminación urinaria deterioro de la          00017 Incontinencia urinaria: de esfuerzo          00018 Incontinencia urinaria: refleja          00019 Incontinencia urinaria: de urgencia          00022 Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de          00020 Incontinencia urinaria: funcional          00021 Incontinencia urinaria: total          00023 Urinaria, retención          00110 Déficit de autocuidados, uso WC</p> <p><b>* Test de INCONTINENCIA URINARIA</b></p>

<p><b>4. MOVILIZACIÓN.</b></p> <p>Equilibrio: estable / inestable          Problemas o limitaciones relacionados movilidad. Si / No          Necesita ayuda para moverse. Si / No          En caso afirmativo especificar tipo de dificultad:          . Transferencia cama / sillón. Si / No          . Deambulación ayuda. Si / No          . Dolor. Si / No Desde cuando _____          Actuaciones para aliviar sus problemas de movilización          . Ejercicios / Calor / Masajes / Medicación          . Persona que realiza las actuaciones: la misma persona, un familiar, un cuidador, una enfermera, un terapeuta.          . Desde cuándo _____ Resultados Si / No          . Precisa inmovilización. Si / No          En caso afirmativo especificar tipo de ayuda para moverse:          Bastón / Andador/ Silla ruedas/ Fajas / Collarines.          Problemas relacionados AAVD. Si / No          En caso afirmativo especificar:          . Tipo de dificultad _____          . Cómo le afecta _____          . Qué hace para resolverlo _____          . Qué resultados ha obtenido _____          Ejercicio físico habitual de mantenimiento. Si / No          . Tipo de ejercicio _____          Frecuencia _____          . Andar: menos de 30m/ día / más de 30m día          . Nivel de actividad:          Sedentaria / ligera / moderada / activa / muy activa.          . Cambios recientes. Si / No</p>	<p>00085 Movilidad física, deterioro de la          00088 Deterioro de la Deambulación          00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas          00090 Deterioro de la habilidad para la traslación          00091 Deterioro de la movilidad en la cama          00092 intolerancia a la Actividad          00093 Fatiga          00094 Intolerancia a la actividad, riesgo de          00132 Dolor agudo          00133 Dolor crónico</p> <p>* <b>Índice de Katz</b> (Valoración AVD)          * <b>Escala de Lawton y Brody</b> (Valoración AIVD)          * <b>Índice de Barthel</b> (Autonomía AVD)</p>
<p><b>5. REPOSO / SUEÑO.</b></p> <p>Horas de sueño / día _____ Noche _____ Siesta _____          Otras _____          Al levantarse se siente cansado. Si / No          Problemas relacionados con el sueño y el descanso. Si / No          En caso afirmativo especificar:          . Dificultad para conciliar el sueño. Si / No          . Para mantenerlo. Si / No          . Somnoliento. Si / No          . Desde cuándo _____          . A qué lo atribuye _____          . Cómo lo resuelve _____          Recursos específicos para inducir y facilitar el sueño:          . Medicamentos especificar: Nombre / Dosis / Desde cuándo          . Recetado por el medico. Si / No          . Conoce efectos. Si / No          . Ha intentado dormir sin medicamentos          . Quiere probar otro método. Si / No</p>	<p>00095 Patrón de Sueño, deterioro del          00096 Deprivación de Sueño          00132 Dolor agudo          00133 Dolor crónico</p>

<p>Especificar: Técnicas relajación, ingesta (leche caliente, infusión)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dolor. Si / No</li> <li>. Tipo de dolor: crónico / agudo / localización _____</li> <li>. Intensidad: débil / fuerte / muy fuerte.</li> </ul> <p>Otros datos de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Tipo de colchón, tipo de cama, ruidos, luz, temperatura.</li> <li>. Influencia de las emociones.</li> <li>. Importancia que da al DORMIR / DESCANSAR.</li> </ul>	
<p><b><u>6.VESTIRSE / DESVESTIRSE</u></b></p> <p>Ropa y calzado habitual cómodos y adecuados. Si / No</p> <p>Está condicionado por algo. Si / No</p> <p>Problemas relacionados vestirse / desvestirse</p> <p>En caso afirmativo especificar :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Requiere ayuda para ponerse o quitarse la ropa. Si / No</li> <li>. El calzado. Si / No</li> <li>. Requiere ayuda Total / Parcial / Temporal /Permanente</li> <li>. Causas posibles especificar _____</li> </ul> <p>Es capaz de elegir sus vestidos por sí mismo. Si / No</p> <p>Si la respuesta es No:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Alguna persona de su entorno puede ayudarle. Si / No</li> </ul> <p>Otros datos de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Es alérgico a ciertos tejidos. Si / No</li> <li>Cuáles _____</li> <li>. Qué importancia da a la ropa.</li> </ul> <p>La forma de vestirse de esta persona es adecuada al lugar, al tiempo y a las circunstancias. Si / No</p>	<p>00109 Déficit de Autocuidado, vestido / acicalamiento.</p> <p><b>* Índice de Barthel</b> (Autonomía AVD)</p>
<p><b><u>7. TEMPERATURA.</u></b></p> <p>Temperatura corporal _____</p> <p>Exposición habitual ambientes fríos Si/ No. Calientes Si/ No</p> <p>Medios que utiliza para combatir temperaturas extremas.</p> <p>Recursos utilizados para combatir el FRÍO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Se abriga, bolsa agua caliente, bebidas calientes, bebidas alcohólicas, hace ejercicio, otros.</li> </ul> <p>Recursos utilizados para combatir el CALOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Se desabriga, toma bebidas refrescantes, se baña, otros ).</li> </ul> <p>Recursos DOMICILIO EN INVIERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Estufa / calefacción / brasero / otros. (Atención ventilación)</li> </ul> <p>Recursos DOMICILIO EN VERANO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Ventilador / aire acondicionado / otros.</li> </ul> <p>Sabe tomarse la temperatura. Si / No.</p> <p>Que hace cuando tiene fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Baños, compresas frías, líquidos, ir al médico, medicinas.</li> </ul> <p>Otros datos de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Es sensible al FRÍO. Si / No. Al CALOR Si / No.</li> <li>. A los cambios de temperatura. Si / No.</li> </ul> <p>. Toma medicamentos que provocan vasodilatación. Si / No.</p>	<p>00005 Temperatura corporal, riesgo de desequilibrio</p> <p>00006 Hipotermia</p> <p>00007 Hipertermia</p> <p>00008 Termorregulación ineficaz</p>

<p><b>8. HIGIENE / PIEL.</b>  Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada  Mucosa bucal: normal / alterada.  Lengua: rosada / enrojecida / edema / saburral  Encías: normales / alteradas  Dientes: blancos / alineados / completos / faltan piezas  Problemas o limitaciones para realizar su higiene. Si / No.  En caso afirmativo especificar:  . Tipo de dificultad:  incapacidad para lavarse todo o parte del cuerpo/ no disponer de fuente de agua  otros _____  . Fuentes de ayuda (familia, persona externa, mixta).  Hábitos higiénicos habituales:  . Baño: No / Si. Ducha: No / Si  Frecuencia: _____  . Frecuencia del: Lavado pelo: _____ Rasurado: _____  . Higiene dental: Cepillado dientes: No / Si. Frecuencia _____  . Dentadura postiza: No / Si Frecuencia higiene: _____  Cuidados concretos relacionados con higiene y piel.  . Cuidado de los pies / Prótesis / Ostomías / Otros _____  . Realización cuidados correcta: No / Si.  . Si no es correcta especificar dificultad _____  . Explorar causa _____  Realiza cuidados: solo / con ayuda (especificar fuente ayuda)  Lesiones:  . En piel: Si / No. En mucosas: Si / No. Dientes Si / No.  Otros datos de interés:  . Percepción de uno mismo, arreglarse para otros,  . Significado higiene personal, condiciones de la casa.</p>	<p>00044 Integridad tisular, deterioro de la  00045 Mucosa oral, deterioro de la  00046 Integridad cutánea, deterioro de la  00047 Integridad cutánea, riesgo de la  00108 Déficit de autocuidados, baño / higiene  * <b>Índice de Katz</b> (Valoración AVD)  * <b>Escala de Lawton y Brody</b> (Valoración AIVD)  * <b>Índice de Barthel</b> (Autonomía AVD)</p>
<p><b>9. SEGURIDAD.</b>  Nivel conciencia:  . despierto . somnoliento . confuso . desorientado.  Dificultad de visión: Si / No. Corrección: Si / No.  Dificultad auditiva: Si / No. Audífono: Si / No.  Modificación sensibilidad: olfativa / gustativa / táctil.  Medidas de salud habituales:  . Vacunación correcta Si / No.  . Revisiones periódicas: Si / No.  . Protección ETS (relaciones múltiples): Si / No.  . Otras: Si / No.  (especificar) _____  Problemas relacionados con seguridad: Si / No.  Caídas frecuentes: Si / No.  . N° _____ Características _____ (últimos 6 m.)  Seguridad entorno:  Domicilio : Si / No. Trabajo: Si / No. Barrio: Si / No.</p>	<p>00004 Infección, riesgo de  00035 Lesión, riesgo de  00037 Intoxicación, riesgo de  00038 Traumatismo, riesgo de  00043 Protección inefectiva  00060 Procesos familiares, interrupción de los  00061 Rol del cuidador, cansancio en el desempeño de  00062 Rol del cuidador, riesgo cansancio desempeño  00071 Afrontamiento defensivo  00072 Negación ineficaz  00078 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del  00079 Incumplimiento del</p>

<p>Cumplimiento plan terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Farmacológico: Si / No. Parcialmente: Si / No.</li> <li>. No farmacológico: Si / No. Parcialmente: Si / No.</li> <li>. Automedicación: Si / No. Consumo droga Si / No.</li> <li>. Otras terapias: Si / No.</li> <li>. Dolor. Si / No Desde cuando _____</li> <li>.Tipo de dolor: crónico / agudo / localización _____</li> <li>. Intensidad: débil / fuerte / muy fuerte.</li> </ul> <p>Cambios recientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Personales: Si / No. Físicos: Si / No. Entorno: Si / No. Especificar _____</li> </ul> <p>Sensación habitual de estrés: Si / No. Especificar _____</p> <p>Descripción de la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Autopercepción / autoevaluación.</li> </ul> <p>Sentimientos habituales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Relación consigo mismo / con los de demás.</li> </ul>	<p>tratamiento (especificar)</p> <p>00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar</p> <p>00081 Manejo inefectivo régimen terapéutico comunidad</p> <p><b><u>00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico</u></b></p> <p>00100 Retraso en la recuperación quirúrgica</p> <p>00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo</p> <p>00111 Crecimiento y desarrollo, retraso en el</p> <p>00112 Retraso en el desarrollo, riesgo de</p> <p>00128 Confusión aguda</p> <p>00129 Confusión crónica</p> <p>00131 Deterioro de la memoria</p> <p>00132 Dolor agudo</p> <p>00133 Dolor crónico</p> <p>00135 Duelo disfuncional</p> <p>00136 Duelo anticipado</p> <p>00137 Aflicción crónica</p> <p>00146 Ansiedad</p> <p>00148 Temor</p> <p>00153 Baja autoestima situacional</p> <p>00155 Riesgo de caídas</p> <p><b>*Test de Pfeiffer. * Test de MEC * Test del informador.</b></p>
<p><b><u>10.COMUNICACIÓN.</u></b></p> <p>Problemas con la comunicación. Si / No / A veces. Especificar tipo y causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dificultad de hablar y entender el lenguaje. Tartamudeo.</li> <li>. Déficit sensorial.</li> <li>. Problemas para expresar emociones o sentimientos.</li> <li>. Sensación de malestar en las situaciones sociales.</li> <li>. En qué entorno ( familiar, laboral, amigos ).</li> </ul> <p>Relaciones con las personas de su entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Convive con otras personas. Si / No</li> <li>. Familia / residencia / piso compartido.</li> <li>. N<sup>o</sup> de personas que forman la unidad _____</li> <li>. Nivel de parentesco _____</li> <li>. Relación entre ellas _____</li> <li>. Convivencia habitual o temporal.</li> <li>. Personas clave con quien compartir experiencias vitales:</li> </ul>	<p>00051Comunicación verbal, deterioro de la</p> <p>00053 Aislamiento social</p> <p>00054 Riesgo de soledad</p> <p>00059 Disfunción sexual</p> <p>00065 Patrones sexuales inefectivos</p> <p>00069 Afrontamiento inefectivo</p> <p>00073 Afrontamiento familiar incapacitante</p> <p>00074 Afrontamiento familiar comprometido</p> <p>00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad</p> <p>00127 Trastorno de la percepción sensorial (especificar)</p>

<p>padres, esposo/a, hijos, amigos.</p> <p>. Se relaciona con ellos en este momento. Si / No.</p> <p>. Sentimiento de pertenencia y de integración en: la casa, el trabajo, el colegio, el barrio.</p> <p>Problemas en relación con la sexualidad: Si / No</p> <p>En caso afirmativo especificar:</p> <p>. Tipo de problema</p> <p>_____</p> <p>. Desde cuándo</p> <p>_____</p> <p>. A qué lo atribuye</p> <p>_____</p> <p>. Qué hace para resolverlo</p> <p>_____</p> <p>Otros datos de interés.</p> <p>. Estado de ánimo, situación de salud.</p> <p>_____</p> <p>. Cambios en el entorno social.</p>	<p>* <b>Test de Goldberg</b></p> <p>* <b>Test de Yesavage</b></p> <p>* <b>Test de Apgar familiar</b></p>
<p><b><u>11. CREENCIAS Y VALORES.</u></b></p> <p>Creencia religiosa: Si / No. Practicante habitual: Si / No</p> <p>Especificar:</p> <p>. Confesión a la que pertenece: _____; Conflictos Si / No;</p> <p>Dudas Si / No</p> <p>. Exigencias / dificultades / limitaciones para afrontarlas.</p> <p>Creencias no religiosas en que basa la propia existencia:</p> <p>. Sentido de la vida.</p> <p>. Significado experiencias cotidianas.</p> <p>. Sentido del sufrimiento.</p> <p>Jerarquía personal de valores ( sociales, éticos y estéticos )</p> <p>. Aspectos que constituyen su universo personal: la familia, la amistad, la estabilidad, el reconocimiento, el prestigio, el éxito, la solidaridad, la justicia, la equidad, la tolerancia, la honradez, la bondad, la belleza, el orden.....</p> <p>Problemas con relación con sus Creencias: Si / No</p> <p>Especificar:</p> <p>. En los cuidados de salud / en el vestir/ en su alimentación</p> <p>Problemas con relación con sus Valores: Si / No</p> <p>Especificar:</p> <p>. Contradicciones y dificultades en la toma de decisiones.</p> <p>. Conflicto con sus propias creencias y valores.</p> <p>Otros datos de interés:</p> <p>. La edad, la facilidad para incorporar nuevos valores.</p> <p>_____</p> <p>. La capacidad para tomar decisiones libremente.</p>	<p>00066 Sufrimiento espiritual.</p> <p>00083 Conflicto de decisiones.</p> <p>00124 Desesperanza.</p> <p>00125 Impotencia</p> <p>00147 Ansiedad ante la muerte</p>
<p><b><u>12. TRABAJAR / REALIZARSE.</u></b></p> <p>Actividades habituales _____</p> <p>Situación laboral: autónomo / contratado.</p> <p>. Tipo de trabajo, categoría profesional, horario.</p> <p>. Percepción de utilidad y satisfacción personal.</p> <p>Desempleado: con subsidio / sin subsidio.</p> <p>. Desde cuándo está en paro / si no ha trabajado nunca.</p> <p>. Grado de afectación</p> <p>Jubilado/ incapacidad laboral / invalidez permanente.</p>	<p>00055 Desempeño inefectivo del rol.</p> <p>00056 Deterioro parental</p> <p>00057 Deterioro parental, riesgo de</p> <p>00064 Rol parental, conflicto de</p> <p>00070 Adaptación, deterioro de la</p> <p>00084 Conductas generadoras</p>

<p>Desde cuándo / adaptación. Ama de casa. . Compagina trabajo doméstico con actividad laboral externa. . El resto de la familia colabora en tareas domésticas. Estudiante/ otros. Tiene alguna persona a su cargo: Si / No En caso afirmativo especificar: . Hijos pequeños, personas de edad avanzada o con incapacidades (grado de parentesco y problema de salud). . Cómo se vive este hecho y la relación que se establece. . Problemas: recursos inadecuados, dificultades para realizar actividades de cuidados, conflictos responsabilidades Rol. Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones: Especificar: . Enfermedad, aumento de las responsabilidades, ansiedad. Otros datos de interés: . La opinión de los demás hacia su trabajo, de su entorno. . La autovaloración del trabajo bien hecho.</p> <p>. Análisis éxitos y fracasos. Adaptación situaciones diversas.</p>	<p>de salud (especificar) 00098 Mantenimiento del hogar, deterioro en el 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud 00118 Imagen corporal, trastorno de la 00119 Baja autoestima crónica 00120 Baja autoestima situacional 00121 Identidad personal, trastorno de la</p> <p><b>* Test de Zarit</b></p>
<p><b><u>13. ACTIVIDADES LÚDICAS / RECREATIVAS.</u></b> Significado que da la persona a las actividades recreativas: . Básicas para mantener el bienestar de la persona, liberar tensiones, compartir, huir de las rutinas habituales, aprender, mantener e iniciar relaciones. Actividades recreativas habituales: . Tipo de actividad: _____ . Personal / individual: Si / No    Colectiva: Si / No . Horas a la semana que les dedica: _____ Problemas en relación con las actividades recreativas: . Tipo de problema: tiempo, recursos económicos, espacios. . Su situación de salud ha cambiado sus actividades recreativas. Otros datos de interés:  El tiempo de ocio lo pasa: solo / con la familia / con amigos</p>	<p>00097 Actividades recreativas, déficit de</p>
<p><b><u>14. APRENDER / SATISFACER LA CURIOSIDAD</u></b> Nivel de estudios . No sabe leer ni escribir / Sin estudios / Primaria o equivalencia / Secundaria o equivalencia / Bachillerato / Universitario. Actitudes relacionadas con el aprendizaje: . Inquieto, curioso, participativo, indiferente, inseguro Cuándo desea saber algo sobre su salud recurre a: . El médico / la enfermera / el farmacéutico / la familia / los amigos libros / otros _____ Necesita información adicional. Si / No Especificar en relación a: . Enfermedad, medicación, hábitos vida _____ Forma habitual de utilizar los recursos sanitarios: Cuando se encuentra mal llama: . Médico, enfermera, acude al centro, pide visita domiciliaria, servicio de urgencias.</p>	<p>00075 Afrontamiento familiar, disposición para mejorar el 00126 Conocimientos deficientes, ( especificar )</p> <p><b>* Test de Pfeiffer</b></p>

<p>. Conoce recursos de la comunidad y los utiliza. Si / No Problemas actuales para el aprendizaje: Si / No Especificar: . Experiencias de olvidos, incapacidad para recordar. . Deterioro cognitivo.</p>	
---	--





## Anexo 4. Cuestionarios de Valoración Funcional (Barthel y Lawton y Brody)

### **AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

#### **Comer**

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

#### **Lavarse – bañarse –**

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

#### **Vestirse**

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

#### **Arreglarse**

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

#### **Deposición**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción - valorar la situación en la semana previa –**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón / cama**

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulación**

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

<b>Fecha</b>					
<b>Puntuación Total</b>					

### **Bibliografía:**

- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J* 1958; 51: 605- 609.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
- Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 14-17.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 145-154.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	<b>Puntos</b>
<b>Capacidad de usar el teléfono</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
<b>Ir de compras</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
<b>Cuidado de la Casa</b>	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa</b>	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>Uso de medios de transporte</b>	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Bibliografía:**

- Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3):179-86.

## Anexo 5. Cuestionarios de Valoración Riesgo UPP (Norton y Braden)

### ESCALA DE RIESGO DE UPP – NORTON-

**Población diana:** Población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

#### Escala de Norton. Modificada por el grupo de trabajo del Insalud de Madrid

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incont. <small>Principal</small>	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

<b>FECHA</b>				
<b>PUNTUACIÓN</b>				

### Bibliografía:

- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962:193-224.
- Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989;2:24-31 (erratum 1989;2:10).
- Quiralte C Martínez RM Fernández C Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. Enf Clin 1998 jul 8(4);151-6
- García AM Rosa G Garrido G Rodríguez P Escala de Norton:¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? Med Prev 1999, V(3):24-27
- Subdirección General de Relaciones Internas. Insalud. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Dirección General del Insalud. 1997.

### **ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN**

**Población diana:** Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

<b>Puntos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Percepción sensorial</b>	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
<b>Humedad</b>	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
<b>Actividad</b>	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
<b>Movilidad</b>	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<b>Nutrición</b>	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
<b>Fricción y deslizamiento</b>	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

<b>FECHA</b>				
<b>PUNTUACIÓN</b>				

#### **Bibliografía:**

- Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1994;17: 459-70.
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF & Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2001; 36(5): 281-286.

## Anexo 6. Cuestionarios de Riesgo de Caídas.

### Timed Get Up and Go Test

*Medidas de movilidad en las personas que son capaces de caminar por su cuenta (dispositivo de asistencia permitida)*

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Tiempo para completar la prueba** \_\_\_\_\_ **segundos**

*Instrucciones:*

La persona puede usar su calzado habitual y puede utilizar cualquier dispositivo de ayuda que normalmente usa.

1. El paciente debe sentarse en la silla con la espalda apoyada y los brazos descansando sobre los apoyabrazos.
2. Pídale a la persona que se levante de una silla estándar y camine una distancia de 3 metros.
3. Haga que la persona se dé media vuelta, camine de vuelta a la silla y se siente de nuevo.

El cronometraje comienza cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.

*La persona debe dar un intento de práctica y luego repite 3 intentos. Se promedian los tres ensayos reales se promedian.*

Resultados predictivos

#### **Valoración en segundos**

- <10 Movilidad independiente
- <20 Mayormente independiente
- 20-29 Movilidad variable
- >20 Movilidad reducida

*Source:* Podsiadlo, D., Richardson, S. The timed 'Up and Go' Test: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of American Geriatric Society*. 1991; 39:142-148



## ESCALA DE VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA—TINETTI-

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **hetero-administrada** que consta de 22 ítems, dividida en dos subescalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha. Tener 3 o más anomalías se correlaciona con personas de mayor edad que realizan menor ejercicio físico y que tienen mayor antecedentes de caídas.

Equilibrio estático	Normal	Adaptada	Anormal
1. Equilibrio sentado	Estable	Silla con agarradero para mantenerse de pie	Inclinado resbala de la silla
2. Levantarse de una silla	Capaz de levantarse con un movimiento simple, sin apoyarse	Utiliza los brazos para levantarse o se mueve hacia delante con la silla antes de intentar levantarse	Intentos múltiples inútiles. Incapaz de levantarse sin ayuda de otra persona
3. Equilibrio inmediato después de haberse levantado (3-5')	Capaz de levantarse, no se mueve ni se apoya	Estable pero utiliza ayuda para andar (bastón), u otro objeto para su apoyo	Algún signo de movimiento
4. Equilibrio en bipedestación	Estable, no se apoya	No puede mantener los pies juntos	Algún signo de movimiento o ayuda de objeto
5. Equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados	Estable, no se apoya	Estable con los pies separados	Algún signo de movimiento o necesita ayuda de objeto
6. Equilibrio después de un giro de 360°	No se coge ni tambalea, sin necesidad de apoyo a un objeto. Estable de forma permanente	Pasos discontinuos (pone un pie completamente en el suelo antes de elevar el otro)	Algún signo de movimiento o necesidad de ayuda de un objeto
7. Resistencia a "empujón a esternón"	Estable	Se desplaza pero es capaz de mantener el equilibrio	Caería si el examinador no lo ayudase a mantener el equilibrio
8. Equilibrio después de la rotación de la cabeza	Capaz de rota la cabeza sin caerse, no se tambalea ni tiene dolor	Capacidad disminuida, pero sin signos de mareo, inestabilidad o dolor	Algún signo de movimiento o dolor cuando intenta rotar la cabeza
9. Equilibrio en posición unipodal (5')	Capaz de estar estable sobre un pie durante ese periodo, sin apoyarse		Incapaz
10. Equilibrio en extensión de la columna vertebral	Buena extensión del cuello sin necesidad de apoyo, no actos tambaleos	Disminuida al comparar con pacientes de igual edad o necesita apoyarse	Incapaz de extender, o no lo intenta
11. Equilibrio con extensión de columna vertebral y elevación de los brazos, apoyándose en la punta de los pies	Capaz de efectuar el movimiento estable	Capaz de efectuar el movimiento pero necesita un punto de apoyo	Incapaz o bien se mueve
12. Equilibrio inclinado hacia delante (coger un objeto del suelo)	Es capaz de efectuar movimiento, coge objeto del suelo sin necesidad de ayuda	Capaz de efectuar el movimiento, coge objeto del suelo, con apoyo al levantarse	Incapaz de efectuar el movimiento o múltiples intentos
13. Equilibrio para sentarse	Capaz de hacer con un movimiento armónico	Necesita ayuda de los brazos, o movimiento no armónico	Cae en la silla y se equivoca en el cálculo de la distancia

<b>Equilibrio durante la marcha</b>	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>
<b>1. Equilibrio al inicio de la marcha</b>	Inicia inmediatamente la marcha, sin vacilar. El inicio es simple	Duda, vacila, intentos múltiples al inicio de la marcha. El inicio es simple
<b>2. Altura del paso</b>	No más de 5 cm de elevación	Arrastra los pies, o los pega totalmente en el suelo, o los levanta demasiado
<b>3. Longitud del paso</b>	Distancia de un pie entre el calcáneo de uno y los dedos del otro	Menor que lo descrito como anormal
<b>4. Simetría del paso</b>	El largo del paso es aproximadamente igual a cada lado, para la mayoría de los pasos	Variable a lo largo del paso o avanza con un solo pie
<b>5. Continuidad de la marcha</b>	Comienza a levantar el calcáneo de un pie cuando apoya el otro. Pasos simétricos	Apoya completamente un pie antes de levantar el otro. Interrumpe la marcha o el largo del paso varía
<b>6. Desviación del trayecto</b>	No se desvía de la línea imaginaria	Se desvía en una o más direcciones
<b>7. Estabilidad del tronco</b>	Tronco flexible, los brazos no están abiertos para intentar mantener el equilibrio	Tronco flexionado o bien los brazos abiertos
<b>8. Postura durante la marcha</b>	Adecuada	Marcha con los pies separados
<b>9. Giro durante la marcha</b>	No se tambalea, lo hace sin detener la marcha	Duda, se para antes del inicio o se tambalea para iniciar el giro haciéndolo de forma discontinua

<b>PUNTUACIÓN</b>	
<b>Equilibrio estático</b>	
<b>Equilibrio durante la marcha</b>	
<b>Total de anomalías</b>	

## Bibliografía

- Salvá, A; Bolibar, I; Lucas, R; Rojano-Luque, X. Utilización del POMA en nuestro medio para la valoración del equilibrio y la marcha en una población de personas mayores residentes en la comunidad. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2005, 40 (Supl.2): 36-44.

- Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986;34:119-126.

### **ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES**

**Población diana:** Población de 65 años o más en el ámbito comunitario. Se trata de una escala **heteroadministrada**. El ítem "caídas previas" se presenta cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses, el ítem "problemas visuales" se considera presente cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan, y el ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

<b>Factores Predictivos</b>	<b>Valor</b>	<b>Puntos</b>
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

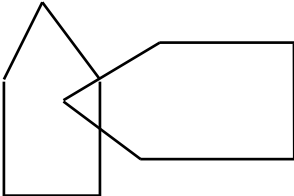
---

#### **Bibliografía:**

- Tromp AM et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54: 837- 844.

**Anexo 7. Cuestionarios de Valoración Cognitiva (Mini Examen Cognoscitivo, Pfeiffer Y Test del Informador)**

**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)**

<b>ORIENTACIÓN</b>	
• Dígame el día.....fecha .....Mes.....Estación.....Año.....	___5
• Dígame el hospital (o lugar)..... planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....	___5
<b>FIJACIÓN</b>	
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)	___3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?	___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás	___3
<b>MEMORIA</b>	
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?	___3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj	___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros	___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?	___2
• ¿Que son un perro y un gato ?	___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa	___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS	___1
• Escriba una frase	___1
• Copie este dibujo	___1
	

Puntuación máxima 35

Punto de corte: Adulto no geriátricos 24, Adulto geriátrico 20

## **APLICACIÓN DEL TEST**

### **Orientación:**

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

### **Fijación:**

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

### **Concentración:**

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: *“si tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan? y a continuación siga dándome de 3 en 3 ( sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.*

Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

### **Memoria:**

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle ( un punto por cada palabra recordada)

### **Lenguaje y construcción:**

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

- Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.
- En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.
- Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recaltar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.
- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)
- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

### **Bibliografía:**

- *Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94). Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines vol 3, 189-202, 1979*

### **CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

<b>Ítems</b>	<b>ERRORES</b>
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

#### **Resultados:**

- 0-2 Errores: normal.
- 3-4 Errores: deterioro leve
- 5-7 Errores: deterioro moderado
- 8-10 Errores: deterioro severo

#### **Bibliografía:**

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41

- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martinez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001 Jun 30;117(4):129-34



**CRIBADO DE DEMENCIAS - TEST DEL INFORMADOR -**

**Población diana:** Población informante clave de una persona con sospecha de deterioro cognitivo. Se trata de un test **autoadministrado**.

**Instrucciones para el informante clave:**

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos. Puntúe con los siguientes criterios:

	Ha mejorado mucho	Ha mejorado un poco	Casi sin cambios	Ha empeorado un poco	Ha empeorado mucho
ITEMS	1	2	3	4	5
Capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos)					
Capacidad para recordar los nombres de estas mismas personas					
Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños)					
Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)					
Recordar lo que habló en una conversación unos días antes					
Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho antes					
Recordar su propia dirección o número de teléfono					
Recordar la fecha en que vive					
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas					
Saber dónde se pone una cosa que se ha encontrado descolocada					
Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, en alguna celebración, de vacaciones)					
Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar, etc.)					
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, etc.)					

	Ha mejorado mucho	Ha mejorado un poco	Casi sin cambios	Ha empeorado un poco	Ha empeorado mucho
ITEMS	1	2	3	4	5
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)					
Aprender cosas nuevas (en general)					
Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven					
Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)					
Entender artículos de periódicos o revistas en las que está interesado					
Seguir una historia del libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión					
Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios					
Recordar gentes y hechos históricos del pasado (guerra civil, república, etc.)					
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)					
Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)					
Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio)					
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)					
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

### **Instrucciones para el profesional:**

**Población diana:** Población informante clave de una persona con sospecha de deterioro cognitivo. Se trata de un test **autoadministrado**.

Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad. En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo.

### **Bibliografía**

- Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989; 19(4): 1015-22.
- Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation [published erratum appears in *Psychol Med* 1995 Mar;25(2):437]. *Psychol Med* 1994; 24(1): 145-53.
- Morales JM, González-Montalvo JI, Del Ser T, Bermejo F. Validation of the S-IQCODE: the Spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. *Arch Neurobiol* 1992; 55(6): 262-6.

## Anexo 8. Escalas de Valoración Afectiva

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESEVAGE-

**Población diana:** Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
  - 0 - 4 : Normal
  - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>		

### Bibliografía

- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam. 2002; 12: 620-30.

**CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte  $\geq 6$ .

**Instrucciones para el profesional:**

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas\*. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>		

### Bibliografía

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
- Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 184-190.



## Anexo 9. Escala de Valoración Sociofamiliar

### **RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -**

**Población diana:** Población mayor de 65 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

<b>A. Situación familiar</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>B. Situación económica</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
<b>C. Vivienda</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>D. Relaciones sociales</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>E. Apoyo de la red social</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	




### Bibliografía

- Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440.





## Anexo 10. “Estudio del Efecto de la Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermera de Atención Primaria en personas de 65 y más años Pluripatológicas”



UNIVERSIDAD DE CORDOBA      IDEP      ED-UCO  
Escuela Multidisciplinar de Doctorado-UCO

El Vicerrector de Estudios de Posgrado y Formación Continua y Coordinador de la Escuela Multidisciplinar de Doctorado de la Universidad de Córdoba

**ACREDITA** que:

**CARIDAD DIOS GUERRA**

ha presentado la **comunicación oral** que lleva por título :

**“ESTUDIO DEL EFECTO DE LA VISITA DOMICILIARIA PROGRAMADA Y PROTOCOLIZADA DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS COSTES SANITARIOS Y LA MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES DE 65 O MÁS AÑOS PLUTIPATOLOGICOS. “ESTUDIO EVDPPE-AP”**

en el **III Congreso Científico de Investigadores en Formación de la Universidad de Córdoba** celebrado los días 9 y 10 de abril de 2013.

Y para que así conste, se expide y firma este certificado en  
Córdoba, a 10 de abril de 2013

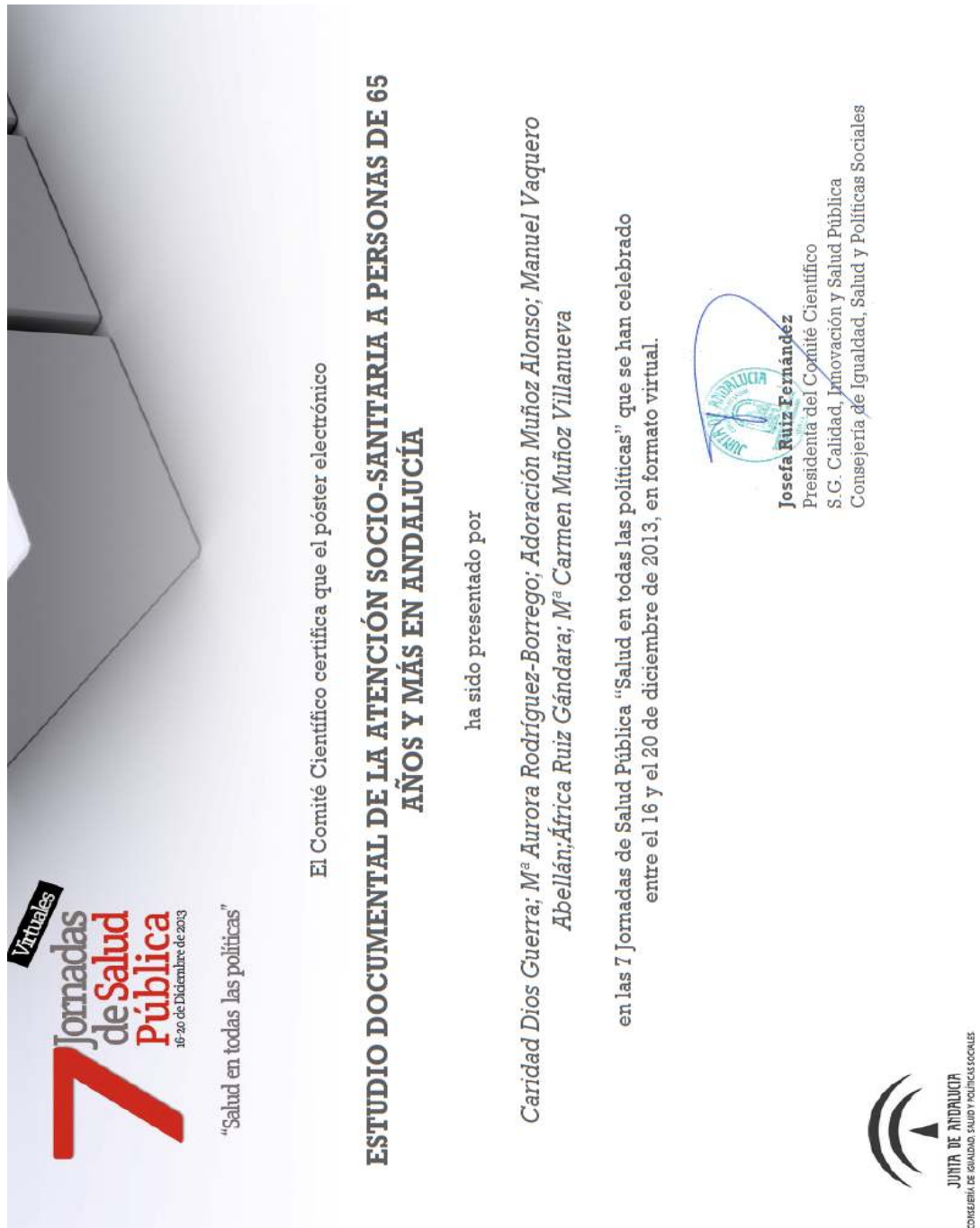


**Fdo: JOSE CARLOS GÓMEZ VILLAMANDOS**  
**Vicerrector de Estudios de Posgrado y Formación Continua**  
**Coordinador de la Escuela Multidisciplinar de Doctorado ED-UCO**

Rectorado de la Universidad de Córdoba – Avd. Medina Azahara 5, 14071 CÓRDOBA



## Anexo 11. “Estudio documental de la atención socio-sanitaria a personas de 65 años y más en Andalucía”





## Anexo 12. "Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural"

**asanec**  
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

**CONGRESO Y 3º INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA**  
CUIDADOS ENFERMERO:  
COMPROMISO PARA LA SOSTENIBILIDAD

D. JAVIER JUAN PÉREZ, PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO Y DÑA. M<sup>o</sup> ANGELES LOPEZ VALVERDE, PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL 11º CONGRESO ASANEC Y 3º INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**CERTIFICAN QUE:**

El/La Sr./a. **CARIDAD DIOS GUERRA**, con Documento de Identidad 30474273D, es autor/a de la Comunicación titulada:  
**ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ENTORNO URBANO VS RURAL**

donde **AUTORES/AS:** CARIDAD DIOS GUERRA, JUAN MANUEL CARMONA TORRES

presentada al **3º CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL ASANEC DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA** organizado por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, celebrado los días del 9 al 24 de Junio de 2014.

Y para que así conste, y surta los efectos oportunos, se firma el presente certificado.  
Almería, 25 de Junio de 2014.

**ISBN:** 978-84-695-9984-8  
Desde 9 de junio hasta 24 de junio

**ALMERIA**



## Anexo 13. “La Visita Domiciliaria de la Enfermera de Atención Primaria en Personas Ancianas”

# Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento

3 y 4 julio 2014

ALMERÍA

Auditorio-Universidad

## CERTIFICADO

A favor de:

**CARIDAD DIOS GUERRA, JUAN MANUEL CARMONA TORRES,  
PABLO LÓPEZ SOTO, M<sup>a</sup> AURORA RODRÍGUEZ BORREGO, ÁFRICA  
RUIZ GÁNDARA, ADORACIÓN MUÑOZ ALONSO**

Por su contribución en la modalidad de COMUNICACIÓN ORAL en el “I CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y ENVEJECIMIENTO”, celebrado en la Universidad de Almería durante los días 3 y 4 de julio de 2014, con una duración de 20 horas lectivas, organizado por el Grupo de Investigación SEJ-473 de la Universidad de Almería, con el título:

**LA VISITA DOMICILIARIA DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA  
EN PERSONAS ANCIANAS**

Almería, a 4 de julio de 2014

Presidenta del Congreso

Fdo.: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
VICERRECTORADO DE ESTUDIANTES, EXTENSIÓN  
UNIVERSITARIA Y DEPORTES



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,  
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SEJ-473  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y MÉDICA  
A LO LARGO DEL CICLO VITAL



DIPUTACIÓN  
DE ALMERÍA







## Anexo 14. "Perfil de los Usuarios de Visita Domiciliaria en Atención Primaria"





## Anexo 15. "¿Cuánto cuesta en euros la atención domiciliar de enfermería, en Andalucía?"

# Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento

**3 y 4 julio 2014**  
**ALMERÍA**  
Auditorio-Universidad

## CERTIFICADO

A favor de:

**ADORACIÓN MUÑOZ ALONSO, CARIDAD DIOS GUERRA, M<sup>a</sup>  
AURORA RODRIGUEZ BORREGO**

Por su contribución en la modalidad de COMUNICACIÓN ORAL en el "I CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y ENVEJECIMIENTO", celebrado en la Universidad de Almería durante los días 3 y 4 de julio de 2014, con una duración de 20 horas lectivas, organizado por el Grupo de Investigación SEJ-473 de la Universidad de Almería, con el título:

**¿CUÁNTO CUESTA EN EUROS LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA, EN ANDALUCÍA?**

Almería, a 4 de julio de 2014

Presidenta del Congreso

Fdo.: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
VICERRECTORADO DE ESTUDIANTES, EXTENSIÓN  
UNIVERSITARIA Y DEPORTES



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,  
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SEJ-473  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y MÉDICA  
A LO LARGO DEL CICLO VITAL



DIPUTACIÓN  
DE ALMERÍA



CINFOPER



ASUNIVEP  
Asociación de Universidades de España



## Anexo 16. "Características de la Asistencia Sanitaria a Personas Mayores de 65 años en la Comunidad Autónoma de Andalucía a partir de Fuentes Oficiales"



Indexada en las bases de datos, CUIDEN, CINHAL  
Incluida en los directorios, LATINDEX, DULCINEA  
Incluida en las hemerotecas digitales, CANTARIDA  
Incluida en los índices de citas, CUIDEN Citación  
Miembro fundador del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (CIBERE)

### CERTIFICADO ACEPTACIÓN ARTÍCULO

**Autores:** Caridad Dios-Guerra; Manuel Vaquero-Abellán; África Ruiz-Gándara; M<sup>a</sup> Carmen Muñoz-Villanueva; Adoración Muñoz-Alonso; M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez-Borrego

**Título:** Características de la Asistencia Sanitaria a Mayores de 65 años en Andalucía desde Fuentes Oficiales

**Sección:** Originales

**Número:** 47

**Edita:** Fundación Index

**Disponible en:** <http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php>

Granada, a 16 de septiembre de 2014



Dr. César Hueso Montoro  
74660982S  
Director de Revista Evidentia



**Anexo 17. (Pendiente de publicación): “La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento?”**



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento do Trabalho em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avênida Bandeira nº 3500 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 13046-902  
Fone: 55 16 3602.3302 - 3602.3361 - Fax: 55 16 3602.9519  
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que, em 29/07/2014, foi submetido ao processo de avaliação da Revista Latino-Americana de Enfermagem o artigo 2014-0338 - **La visita programada de la Enfermera a la persona mayor en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento?**, de autoria de Caridad Dios-Guerra, Juan Manuel Carmona-Torres, África Ruiz-Gándara, Adoración Muñoz-Alonso e Maria-Aurora Rodriguez-Borrego.

Informamos que o referido artigo encontra-se em processo de avaliação com pareceristas.

Ribeirão Preto, 25 de setembro de 2014.

**Aline Mendes do Nascimento**

**Revista Latino-Americana de Enfermagem**





## Anexo 18. Protocolos de asignación de material de ayuda para los cuidados en el domicilio



Servicio Andaluz de Salud  
INSTITUCIÓN DE SALUD

### PROTOCOLOS DE ASIGNACION DE MATERIAL DE AYUDA PARA LOS CUIDADOS EN EL DOMICILIO

Revisado Septiembre 2006

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

INDICE

PROTOCOLO PARA LA ASIGNAC. DE MATERIAL DE AYUDA EN LOS DOMICILIOS	3
CAMAS ARTICULADAS/ARTICULADAS ELECTRICAS	3
GRÚA HIDRÁULICA/ ELÉCTRICA DE TRASLADO DE PACIENTES	5
COLCHONES ANTIESCARAS	7
COJINES ANTIESCARAS CUADRADOS – HERRADURA	9
ENTREMETIDAS DE MOVILIZACIÓN	11
ANDADORES	13
BARANDILLAS ADAPTABLES A LA CAMA DEL PACIENTE	14
PROTECTORES DE TALÓN	16
ASPIRADOR ELÉCTRICO PORTÁTIL	17
ELEVADORES DE W.C	18
BANQUETAS DUCHA	19
INCORPORADORES DE PLANOS	20
PASTILLEROS	21
BIBLIOGRAFIA	22

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

## PROTOCOLO PARA LA ASIGNACION DE MATERIAL DE AYUDA EN LOS DOMICILIOS

Dentro del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas el Servicio Andaluz de Salud pone a disposición de todos los usuarios del sistema sanitario público andaluz material de apoyo para el cuidado en el domicilio. Dado el número limitado de material del que disponen en la actualidad los Distritos Sanitarios, es necesario que la asignación del mismo se haga de manera priorizada, comenzando por aquellos pacientes con necesidades de cuidados más complejos y con mayor dificultad para el acceso a este tipo de material.

Este protocolo, por tanto, debe utilizarse para priorizar la asignación de material. La ponderación para la asignación de cada tipo de material es orientativa y será el

gestor del material en cada Distrito (coordinador de enfermería o persona en quien delegue) quien gestione la asignación en función de la situación de los pacientes valorados, de su cuidadora y del material disponible.

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DEL MATERIAL ORTOPROTÉSICO

CAMAS ARTICULADAS/ARTICULADAS ELECTRICAS

Permanencia en cama:

Paciente encamado 24 horas 20 puntos

Paciente encamado entre 16 y 20 horas 10 puntos

Paciente encamado entre 12 a 16 horas 5 puntos

Autonomía para las actividades de la vida  
diaria / Índice Barthel:

Índice de Barthel entre 0 y 20 20 puntos

Índice de Barthel entre 21 y 40 10 puntos

Índice de Barthel entre 41 y 60 5 puntos

Problemas identificados:

Riesgo de aspiración 20 puntos

Deterioro del intercambio gaseoso 20 puntos

Riesgo de Caídas 10 puntos

Deterioro de la integridad cutánea 10 puntos

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 5 puntos

Incontinencia urinaria y/o 5 puntos

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

Menor o igual al SMI, sin apoyo económico familiar	20 puntos
Menor o igual al SMI, con apoyo económico familiar	10 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI, sin apoyo económico familiar	5 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI, con apoyo económico familiar	2 puntos

\*SMI = 540,9 Euros (BOE 31 Diciembre 2005)

Apoyo económico familiar = Total ingresos de la unidad familiar / total miembros

**Nota: Es condición imprescindible para la asignación de la cama articulada, la existencia en el domicilio del paciente de un espacio físico adecuado para las dimensiones de este material.**

Cuidadora Principal:

> 80 años-	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
< 60 años	5 puntos
Ausencia de otros cuidadores informales	20 puntos
Limitación física (osteoarticular/coronaria) de la cuidadora:	
Limitación física	10 puntos

Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:

7 ó más, nivel elevado de esfuerzo-----10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**GRÚA HIDRÁULICA/ ELÉCTRICA DE TRASLADO DE PACIENTES**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado entre 12 a 16 horas (transfrecia cama- sillón)	10 puntos
Paciente encamado entre 16 a 24 horas (transferencia cama- sillón)	5 puntos
Paciente encamado 24 horas (transferencia cama- sillón)	2 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 41 y 60	10 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	5 puntos
Índice de Barthel entre 0 y 20	2 puntos

**IMC (Índice de masa corporal de Quetelet: Peso en kg/ talla en metros<sup>2</sup>):**

Obesidad mórbida (> 40%)	20 puntos
Obesidad (30-40%)	15 puntos
Sobrepeso (25- 30%)	10 puntos

**Problemas identificados:**

Deterioro de la integridad cutánea	10 puntos
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	5 puntos
Riesgo de caídas	5 puntos
Incontinencia urinaria y/ o fecal	5 puntos

**Poder adquisitivo:**

Menor o igual al SMI, sin apoyo económico familiar	20 puntos
Menor o igual al SMI, con apoyo económico familiar	10 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI sin apoyo familiar	5 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI con apoyo familiar	2 puntos

\*SMI=540,9 Euros (BOE 31 Diciembre 2005)

Apoyo económico familiar= Total ingresos de la unidad familiar/ total miembros

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70- 80 años	15 puntos
60- 70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Nota: Es condición imprescindible para la asignación de la grúa hidráulica/ eléctrica, la existencia en el domicilio del paciente de un espacio físico adecuado para las dimensiones de este material, así como la capacidad del cuidador para su manejo.**



**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**COLCHONES ANTIESCARAS (Colchón aire alternante- burbujas, colchón viscoelástico, colchón aire alternante- celdas):**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado 24 horas	20 puntos
Paciente encamado entre 16 y 20 horas	10 puntos
Paciente encamado entre 12 y 16 horas	5 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 0 y 20	20 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	10 puntos
Índice de Barthel entre 41 y 60	5 puntos

**Problemas identificados:**

Deterioro de la integridad cutánea	20 puntos
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Escala de Norton/Braden	(a elección)

**Escala Norton:**

5 -11 riesgo alto	20 puntos
12- 14 riesgo moderado	10 puntos
>14 riesgo bajo	5 puntos

**Escala Braden:**

<16 riesgo alto	20 puntos
>16 riesgo bajo	5 puntos

<b>Riesgo de lesión</b>	5 puntos
-------------------------	----------

La elección del tipo de superficie se hará en función del riesgo o presencia de UPP:

- Pacientes con riesgo bajo/ moderado: colchón de aire alternante de burbujas.
- Pacientes con riesgo moderado/ alto: colchón viscoelástico.
- Pacientes con riesgo alto con presencia de UPP: colchón de aire alternante celdas.

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**Poder adquisitivo familiar:**

Menor o igual al SMI, sin apoyo económico familiar	20 puntos
Menor o igual al SMI, con apoyo económico familiar	10 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI, sin apoyo económico familiar	5 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI, con apoyo económico familiar	2 puntos

\*SMI=540,9 Euros (BOE 31 Diciembre 2005)

Apoyo económico familiar= Total ingresos de la unidad familiar/ total miembros

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**COJINES ANTIESCARAS CUADRADOS–HERRADURA**

(En hombres, preferiblemente se indica los cojines en herradura)

**Permanencia en sedestación:**

Paciente que permanece en sedestación más de 8 horas	20 puntos
Paciente que permanece en sedestación entre 4 y 8 horas	10 puntos
Paciente que permanece en sedestación menos de 4 horas	5 puntos

**Problemas identificados:**

Deterioro de la integridad cutánea	20 puntos
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Escala de Norton/Braden	(a elección)

**Escala Norton:**

5 -11 riesgo alto	20 puntos
12- 14 riesgo moderado	15 puntos
>14 riesgo bajo	10 puntos

**Escala Braden:**

<16 riesgo alto	20 puntos
>16 riesgo bajo	5 puntos

**Riesgo de lesión** 5 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**ENTREMETIDAS DE MOVILIZACIÓN**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado 24 horas	20 puntos
Paciente encamado entre 16 y 20 horas	10 puntos
Paciente encamado entre 12 y 16 horas	5 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 0 y 20	20 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	10 puntos
Índice de Barthel entre 41 y 60	5 puntos

**Problemas identificados:**

Deterioro de la integridad cutánea	20 puntos
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Escala de Norton/Braden	(a elección)

**Escala Norton:**

5 -11 riesgo alto	20 puntos
12- 14 riesgo moderado	10 puntos
>14 riesgo bajo	5 puntos

**Escala Braden:**

<16 riesgo alto	20 puntos
>16 riesgo bajo	5 puntos

**Riesgo de lesión** 5 puntos

**Incontinencia urinario y/o fecal** 5 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo

10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

***Nota: Es condición imprescindible para la asignación de la entremetida la capacidad del cuidador para su manejo.***

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**ANDADORES:**

**Permanencia en bipedestación:**

Paciente con capacidad para permanecer en bipedestación 20 puntos

**Ayudas mecánicas para el desplazamiento:**

Paciente con dificultad para desplazarse, que necesita ayuda mecánica para el desplazamiento en el domicilio y fuera del mismo 20 puntos

Paciente con dificultad para desplazarse, que necesita ayuda mecánica para el desplazamiento en el domicilio 10 puntos

**Problemas identificados:**

Riesgo de caída 10 puntos

Deterioro de la movilidad física 10 puntos

Deterioro de la habilidad para la traslación 5 puntos

**Riesgo social**

Escala de valoración sociofamiliar  $\geq 16$  20 puntos

Escala de valoración sociofamiliar entre 8 y 15 10 puntos

Escala de valoración sociofamiliar 4 y 7 5 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**BARANDILLAS ADAPTABLES A LA CAMA DEL PACIENTE:**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado 24 horas	20 puntos
Paciente encamado entre 16 y 20 horas	10 puntos
Paciente encamado entre 12 y 16 horas	5 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 0 y 20	20 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	10 puntos
Índice de Barthel entre 41 y 60	5 puntos

**Deterioro cognitivo/ Test Pfeiffer/ MEC-30 (A elección)**

Test Pfeiffer mayor de 3 puntos	20 puntos
MEC-30 menor de 22 (pacientes mayores de 65 años)	20 puntos
MEC-30 menor de 27 (pacientes mayores de 65 años)	20 puntos

**Problemas identificativos**

Riesgo de caída	20 puntos
Riesgo de traumatismo/ riesgo de lesión	10 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**PROTECTOR DE TALÓN:**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado 24 horas	20 puntos
Paciente encamado entre 16 y 20 horas	10 puntos
Paciente encamado entre 12 y 16 horas	5 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 0 y 20	20 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	10 puntos
Índice de Barthel entre 41 y 60	5 puntos

**Problemas identificados**

Deterioro de la integridad cutánea	20 puntos
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	10 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años	10 puntos
70-80 años	8 puntos
60-70 años	5 puntos
<60 años	2 puntos

<b>Ausencia de otros cuidadores familiares</b>	10 puntos
--	-----------

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física	10 puntos
-------------------	-----------

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo	10 puntos
------------------------------------	-----------

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO



**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**ASPIRADOR ELÉCTRICO PORTATIL:**

**Problemas identificados:**

Riesgo de aspiración	20 puntos
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	10 puntos

**Poder adquisitivo:**

Menor o igual al SMI, sin apoyo económico familiar	20 puntos
Menor o igual al SMI, con apoyo económico familiar	10 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI sin apoyo familiar	5 puntos
Pensión de hasta 2 veces el SMI con apoyo familiar	2 puntos

\*SMI=540,9 Euros (BOE 31 Diciembre 2005)

Apoyo económico familiar= Total ingresos de la unidad familiar/ total miembros

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Nota: Para la asignación de este recurso será necesario que el cuidador principal demuestre inicialmente conformidad con dicho recurso y conocimientos y habilidades en el manejo de la técnica de aspiración de secreciones.**

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**ELEVADORES DE WC:**

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice de Barthel:**

Indice de Barthel (epígrafe: Uso del WC-5 puntos) 20 puntos  
Indice de Barthel (epígrafe: Uso del WC-0 puntos) 10 puntos

**Problemas identificados:**

Déficits autocuidados: Uso del WC 20 puntos  
Deterioro movilidad física 10 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años 10 puntos  
70-80 años 8 puntos  
60-70 años 5 puntos  
<60 años 2 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 10 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**BANQUETAS DUCHA:**

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/Índice de Barthel:**

Índice de Barthel (Epígrafe: Lavarse-bañarse 5 puntos) 20 puntos

**Problemas identificados:**

Déficit autocuidados: Baño/ higiene 20 puntos

Deterioro movilidad física 10 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años 20 puntos

70-80 años 15 puntos

60-70 años 10 puntos

<60 años 5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**INCORPORADORES DE PLANO:**

**Permanencia en cama:**

Paciente encamado 24 horas	20 puntos
Paciente encamado entre 16 y 20 horas	10 puntos
Paciente encamado entre 12 y 16 horas	5 puntos

**Autonomía para las actividades de la vida diaria/ Índice Barthel:**

Índice de Barthel entre 0 y 20	20 puntos
Índice de Barthel entre 21 y 40	10 puntos
Índice de Barthel entre 41 y 60	5 puntos

**Problemas identificados:**

Riesgo de aspiración	20 puntos
Deterioro del intercambio gaseoso	20 puntos
Deterioro de la movilidad en cama	10 puntos

**Cuidadora principal:**

>80 años	20 puntos
70-80 años	15 puntos
60-70 años	10 puntos
<60 años	5 puntos

**Ausencia de otros cuidadores familiares** 20 puntos

**Limitación física (osteoarticular/ coronaria) de la cuidadora:**

Limitación física 10 puntos

**Esfuerzo del cuidador/ Índice de Esfuerzo del cuidador:**

7 o más, nivel elevado de esfuerzo 10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**PASTILLEROS:**

**Medicación prescrita:**

>5 medicamentos	20 puntos
3-5 medicamentos	10 puntos
Administración de dosis de medicación decrecientes	10 puntos
Administración de dosis alternas o irregulares	10 puntos
Tratamientos que supongan especial riesgo en caso de error	10 puntos

TOTAL DE PUNTOS A VALORAR PARA LA ASIGNACIÓN DEL RECURSO

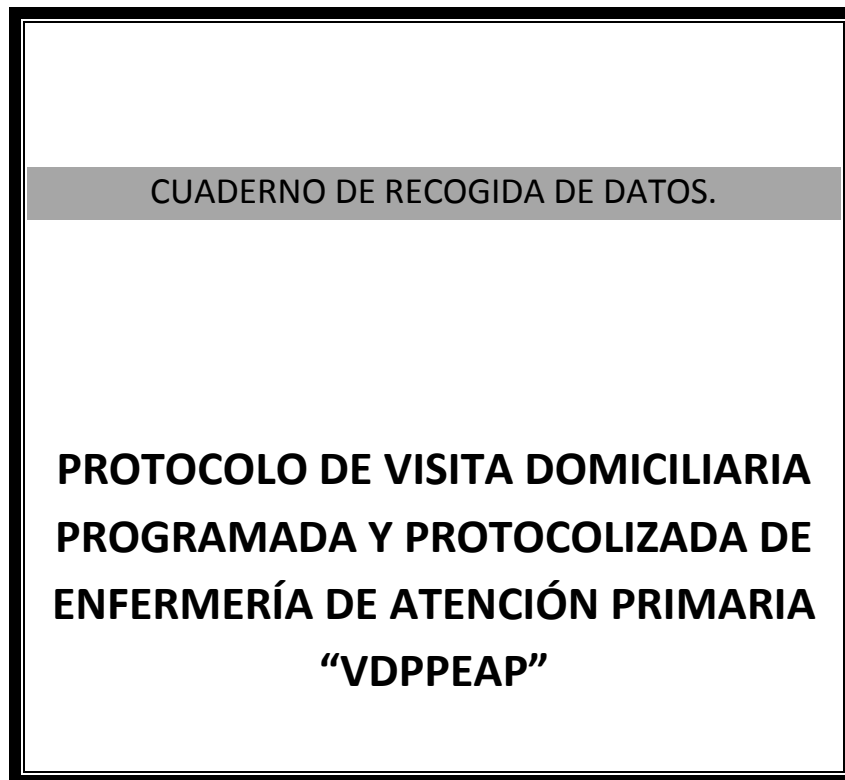
**Protocolos de asignación material de ayuda cuidados a domicilio**

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Criterios de asignación para el material ortoprotésico. Documentos elaborados por los Distritos Sanitarios: Córdoba, Málaga, Sevilla Norte, Almería, Huelva, Sevilla Sur, Área Sanitaria Norte de Córdoba, La Vega (Málaga), Axarquía (Málaga), Jaén Norte, Guadalquivir, Levante (Almería)2002-2003
- Cuestionarios, Test e Índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas). Nov 2002
- Gordon M, Arant k, Herdman H, Hoskins L, Lavin MA, Sparks S, Warren J. Nanda: Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003 – 2004. Ed. Harcourt 2003



**Anexo 19. Propuesta de Cuaderno de Recogida de Datos de Protocolo de Visita Domiciliaria Programada y Protocolizada de Enfermería de Atención Primaria (VDPPEAP)**





## Protocolo VDPEAP

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1.1 Nombre.....

1.2 Apellidos.....

1.3 NUSS:   -

1.4. Dirección: Calle.....

nº..... Planta..... Puerta.....

1.5 Localidad..... CP.

1.6. Teléfono de contacto:    -

1.7. Teléfono alternativo:    -

### 2. DATOS DEL CENTRO DE SALUD

2.1. Nombre del Centro de Salud.....

Urbano:

Rural:

2.2. Nombre del Médico de Familia.....

2.3. Nombre de la Enfermera de Familia.....

## Protocolo VDPEAP

### Primera Valoración = V1 (Valoración Inicial)

#### V1.0. Fecha y datos de identificación

Fecha (día/mes/año)   -   -

#### V1.2. Datos personales

1. Edad:.....años

2. Sexo:      1.  Hombre      2.  Mujer

3. Estado civil:

3.1. Casado/a o en pareja       3.2. Viudo/a

3.3. Separado o divorciado/a       3.4. Soltero/a

4. Profesión ejercida (última ocupación): .....

Código (no rellenar)

5. Nivel de instrucción:

1.  Sin estudios, no sabe leer ni escribir
2.  Sin estudios, sí sabe leer y escribir
3.  Estudios Primarios (Graduado escolar)
4.  Estudios Medios (FP, diplomaturas)
5.  Estudios Superiores (licenciaturas y doctorados)

6. Situación familiar: (especificar nº de cohabitantes en el domicilio)

1.  Vive con hijos
2.  Vive con su pareja de similar edad
3.  Vive con otros familiares y amigos
4.  Vive solo pero tiene hijos próximos
5.  Vive solo, carece de hijos o viven alejados
6.  Vive en una institución
7.  Acude a centro de día /estancia diurna

## Protocolo VDPEAP

### 7. En caso de pacientes institucionalizados:

#### Tipo de residencia

1.  Pública
2.  Privada
3.  Concertada
4.  De larga estancia
5.  Unidades de Respiro

#### Personal de la institución

1.  Número de plazas
2.  Número de médicos
3.  Número de enfermeras
4.  Ratio cuidador/residente
5.  Servicio de asistencia sanitaria privado ajeno al centro
6.  Servicio de asistencia sanitario público (acuden del centro de salud)

### 8. Situación de dependencia:

1.  Autónomo para las ABVD
2.  Dependiente

### 9. Indicadores Socio-económicos

1.  Recibe prestación económica de ayuda por dependencia
2.  Dispone de servicios de ayuda a domicilio
3.  Dispone de servicio de teleasistencia
4.  Dispone de ayuda técnicas. Indicar (silla de ruedas, andador, bastón, cama clínica, colchón antiescaras, cojín antiescaras, barandillas cama, otras...)
5.  Recibe asistencia de equipos de soporte de atención domiciliaria, hospitalización a domicilio, de unidades de cuidados paliativos, de rehabilitación...

## Protocolo VDPEAP

### V1.3. Antecedentes Personales

#### 1. Frecuentación:

1.  N.º de contactos en el centro de salud en el último año
2.  N.º de visitas domiciliarias en el último año
3.  Número de especialistas consultados

#### 2. Ingresos hospitalarios

1.  Número de ingresos hospitalarios en el último año (especificar servicios)
2.  Número de días ingresado
3.  Número de consultas al servicio de urgencias hospitalarias en el último año
4.  Número de visitas realizadas en domicilio por el servicio de urgencias

### V1.4. Enfermedad / es Actual / es (patología crónica)

Diagnóstico	Código (No rellenar)
1.	
2.	
3.	
4.	
Diagnóstico Enfermería	Código NANDA
1.	
2.	
3.	
4.	



## Protocolo VDPEAP

### V1.6. Datos Cuidador/a Principal

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo:                    1.  Hombre                    2.  Mujer

3. Estado civil:

3.1. Casada/o o en pareja                     3.2. Viuda/o

3.3. Separada o divorciada/o                     3.4. Soltera/o

4. Actividad Laboral:                    1.  Sí                    2.  No

5. Nivel de instrucción:

1.  Sin estudios, no sabe leer ni escribir

2.  Sin estudios, sí sabe leer y escribir

3.  Estudios Primarios (Graduado escolar)

4.  Estudios Medios (FP, diplomaturas)

5.  Estudios Superiores (licenciaturas y doctorados)

6. Morbilidad

1.  Padece de una Enfermedad Crónica

2.  Padece de dos Enfermedades Crónicas

3.  Padece de tres o más Enfermedades Crónicas

7. Otros cuidadores/cuidados

1.  Recibe colaboración de otros cuidadores familiares

2.  Recibe colaboración de cuidadores formales

3.  Presta cuidados a otros miembros de la familia  
(niños/ancianos/dependiente)

## Protocolo VDPEAP

### 8. Tiempo dedicado a los cuidados

1.  Menos de 5 horas
2.  Entre 5-10 horas
3.  Más de 10 horas

## Protocolo VDPEAP

### V1. Valoración Inicial

#### 1. CON EL PACIENTE

1.1. Valoración por Necesidades Básicas de Virginia Henderson /Marjorie Gordon.

1.2. Cuestionarios y Escalas de Valoración

Valoración	Test/Cuestionario/Escala	Puntuación	Conclusiones
<b>Funcional</b>	Autonomía para las actividades de la vida diaria – Barthel-		
	Actividades instrumentales de la vida diaria - escala Lawton y Brody		
<b>De riesgo</b>	Escala de riesgo de caídas múltiples en la comunidad		
	Escala de valoración del equilibrio y la marcha – Tinetti		
	Test de riesgo de úlcera por presión Norton ó Braden		
	Riesgo nutricional - "conozca su salud nutricional"		
<b>Cognitiva</b>	Cribado de deterioro cognitivo Test de Pfeiffer versión española ó Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo		
	<b>Social</b>	Riesgo social - Escala de valoración sociofamiliar	
<b>Emocional</b>	Cribado ansiedad depresion – escala de Goldberg ó Test de Yesavage		
	<b>Calidad de Vida</b>	Cuestionario de Salud General de Goldberg (Anexo 18)	



## Protocolo VDPEAP

### 2. CON LA CUIDADORA PRINCIPAL

2.1. Valoración por Necesidades Básicas de Virginia Henderson/Marjorie Gordon.

2.2. Cuestionarios y Escalas de Valoración.

Valoración	Test/Cuestionario/Escala	Puntuación	Conclusiones
Apoyo Socui-familiar	Cuestionario de apoyo social percibido - Duke-unc-		
	Percepción de la Función familiar -Cuestionario Apgar Familiar-		
Sobrecarga del Cuidador	Escala de Sobrecarga del Cuidador –Zarit		
	Índice de Esfuerzo del Cuidador		

### DIAGNOSTICOS Y PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos NANDA		Objetivos/Resultados NOC		Intervenciones NIC Actividades	
Código	Etiqueta diagnostica	Código	Etiqueta diagnostica	Código	Etiqueta diagnostica

**Protocolo VDPEAP.**

**CONTROL DE VISITAS 1º SEMESTRE**

Visitas	Fecha de visita	Observaciones	Tiempo empleado	
			Domicilio	Consulta
1ª visita: Valoración inicial (VI)				

**Nota: Indicar en Observaciones visita programada o a demanda**

## Protocolo VDPEAP

<b>Segunda Valoración= Visita de Valoración Semestral= VS</b>
---

### A los seis meses de la Primera Visita de la Valoración Inicial

#### VS.1. Fecha y datos de identificación

Fecha (dia/mes/año) --

ENFERMERA: Nombre y Apellidos.....

#### VS.2 Datos relacionados con su situación de salud

1. Modificación en sus Necesidades Básicas:

1.1  SI (realizar nueva valoración)

1.2  NO

2. Frecuentación:

2.1.  N<sup>o</sup> de contactos en el centro de salud en los últimos 6 meses

2.2.  N<sup>o</sup> de visitas domiciliarias en los últimos 6 meses

2.3.  N<sup>o</sup> de especialistas consultados

2.4.  N<sup>o</sup> de llamadas telefónicas para seguimiento de procesos/cuidados

## Protocolo VDPEAP

### 3. Nuevos Procesos Patológicos (diagnosticados en los 6 últimos meses)

Diagnóstico Medico	Código CIE
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Diagnóstico Enfermería	Código NANDA
1.	
2.	
3.	
4.	

### 4. Ingresos Hospitalarios (en los 6 últimos meses)

- 4.1.  Número de ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses (especificar servicios)
- 4.2.  Número de días ingresado
- 4.3.  Número de consultas al servicio de urgencias hospitalarias en los últimos 6 meses
- 4.4.  Número de visitas realizadas en domicilio por el servicio de urgencias

## Protocolo VDPEAP

### VS.3. Tratamiento prescrito actual:

Nombre del fármaco (1)	Dosis	Prescriptor (2)
<b>Total</b>		

(1).- Incluir efectos y accesorios

(2).- Prescripción inicial por Atención Primaria o Atención Especializada

### VS.4. Indicadores socio-económicos

- Recibe prestación económica de ayuda por dependencia
- Dispone de servicios de ayuda a domicilio
- Dispone de servicio de teleasistencia
- Dispone de ayuda técnicas. Indicar (silla de ruedas, andador, bastón, cama clónica, colchón antiescaras, cojín antiescaras, barandillas cama, otros...)
- Recibe asistencia de equipos de soporte de atención domiciliaria, hospitalización a domicilio, de unidades de cuidados paliativos, de rehabilitación...

## Protocolo VDPEAP

### VS.5 Datos Cuidadora

#### 1. Tiempo dedicado a los cuidados

- 1.1.  Menos de 5 horas
- 1.2.  Entre 5-10 horas
- 1.3.  Más de 10 horas

#### 2. Otros cuidadores/cuidados

- 2.1.  Recibe colaboración de otros cuidadores familiares
- 2.2.  Recibe colaboración de cuidadores formales
- 2.3.  Presta cuidados a otros miembros de la familia  
(niños/ancianos/dependientes)

## Protocolo VDPEAP

**Tercera Valoración=Visita Anual y Valoraciones Siguietes = VA**

### A los 12 meses de la Valoración Inicial

#### VA.1. Fecha y datos de identificación

Fecha (día/mes/año)   -   -

ENFERMERA: Nombre y Apellidos.....

#### VA.2 Datos relacionados con su situación de salud

##### 1. Modificación en sus Necesidades Básicas:

1.1.  SI (realizar nueva valoración)

1.2.  NO

##### 2. Frecuentación:

2.1.  N ° de contactos en el centro de salud en los últimos 6 meses

2.2.  N ° de visitas domiciliarias en los últimos 6 meses

2.3.  Número de especialistas consultados

## Protocolo VDPEAP

### 3. Nuevos Procesos Patológicos (diagnosticados en los 6 últimos meses)

<b>Diagnóstico Medico</b>	<b>Código CIE (No rellenar)</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<b>Diagnóstico Enfermería</b>	<b>Código NANDA</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

### 4. Ingresos Hospitalarios (en los 6 últimos meses)

- 4.1.  Número de ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses  
(especificar servicios)
- 4.2.  Número de días ingresado
- 4.3.  Número de consultas al servicio de urgencias hospitalarias en los últimos 6 meses
- 4.4.  Número de visitas realizadas en domicilio por el servicio de urgencias



## Protocolo VDPEAP

### VA.3. Tratamiento prescrito actual:

Nombre del fármaco (1)	Dosis	Prescriptor (2)
<b>Total</b>		

(1).- Incluir efectos y accesorios

(2).- Prescripción inicial por Atención Primaria o Atención Especializada

Se puede sustituir la tabla por Informe con Hoja de Medicación, eliminando datos personales

### VA.4. Indicadores socio-económicos

- Recibe prestación económica de ayuda por dependencia
- Dispone de servicios de ayuda a domicilio
- Dispone de servicio de teleasistencia
- Dispone de ayuda técnicas. Indicar (silla de ruedas, andador, bastón, cama clónica, colchón antiescaras, cojín antiescaras, barandillas cama, otras...)
- Recibe asistencia de equipos de soporte de atención domiciliaria, hospitalización a domicilio, de unidades de cuidados paliativos, de rehabilitación...

## Protocolo VDPEAP

### VA.5 Datos Cuidadora

#### 1. Tiempo dedicado a los cuidados

- 1.1.  Menos de 5 horas
- 1.2.  Entre 5-10 horas
- 1.3.  Más de 10 horas

#### 2. Otros cuidadores/cuidados

- 2.1.  Recibe colaboración de otros cuidadores familiares
- 2.2.  Recibe colaboración de cuidadores formales
- 2.3.  Presta cuidados a otros miembros de la familia  
(niños/ancianos/dependientes)

**Protocolo VDPEAP.**

**CONTROL DE VISITAS 2º SEMESTRE**

Visitas	Fecha de visita	Observaciones	Tiempo empleado	
			Domicilio	Consulta
Valoración semestral (VS)				
<b>Valoración Final (VF)</b>				

Nota: Indicar en Observaciones visita programada o a demanda

**Protocolo VDPEAP**

<b>OBSERVACIONES Y COMENTARIOS</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Observaciones y comentarios</b>	<b>Enfermera</b>