

**VISITA DOMICILIARIA  
PROGRAMADA DE ENFERMERÍA  
A PERSONAS MAYORES  
DE 65 AÑOS**



**Instituto de Salud Carlos III**

Ministerio de Sanidad y Consumo

Subdirección General de Investigación Sanitaria  
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería  
(Investén-isciii)



Edita: Instituto de Salud Carlos III  
Ministerio de Sanidad y Consumo

NIPO: 354-02-007-5  
Depósito Legal: M-53364-2002

Imprime: Graymo, S.A.

O.T. 32677

# Equipo investigador

---

## **INVESTIGADORA PRINCIPAL:**

*Carmen Fuentelsaz Gallego.* Enfermera de Investigación. Hospital Universitari Vall d'Hebrón (Barcelona).

## **BECARIOS ASOCIADOS AL PROYECTO:**

*David de Frutos Sánchez.* Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (Madrid). Desde febrero hasta octubre de 2001.

*M.ª Victoria Martín Rodríguez.* Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (Madrid). Desde diciembre de 2001 hasta abril de 2002.

## **INVESTIGADORES:**

*Teresa Moreno Casbas.* Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

*Pilar Comet Cortés.* Unidad Mixta de Investigación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

*M.ª Concepción Martín Arribas.* Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Enfermedades Raras (CISATER). Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

*M.ª Isabel Orts Cortés.* Departamento de Enfermería. Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante (Alicante).

*Pablo Uriel Latorre.* Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Unidad de Cuidados Intensivos (La Coruña).

*Magdalena Díaz Benavente.* Hospital General Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

*Xavier Elexpe Uriarte.* Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco (Vitoria-Gasteiz).

*Francisco Góngora Maldonado.* Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

*Rosa M.ª González Llinares.* Servicio Vasco de Salud - Osakidetza (Vitoria-Gasteiz).

*M.ª Isabel Jiménez Gómez.* Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

*Anna M.ª Pulpón Segura.* Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona (L'Hospitalet de Llobregat - Barcelona).

*Carmen Silvestre Busto.* Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital de Navarra (Pamplona).

**COMITÉ DE REDACCIÓN:**

*Carmen Fuentelsaz Gallego, David de Frutos Sánchez, Teresa Moreno Casbas, Pilar Comet Cortes y M.ª Concepción Martín Arribas.*

# Agradecimientos

---

En el tiempo transcurrido durante el desarrollo de este documento hemos comprobado que existe un amplio interés por los temas de envejecimiento y salud. Somos conscientes de que el estudio de estas disciplinas supone un esfuerzo constante de actualización y de revisión crítica. Por este motivo, quedamos agradecidos a todos los colaboradores por su excelente trabajo y disposición.

Además, queremos agradecer la financiación facilitada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que ha posibilitado realizar esta labor (AETS, convocatoria de 2000, expediente 00/10101).

Nuestro agradecimiento a D. Antonio Campos Muñoz, Director del Instituto de Salud Carlos III, y a D. Manuel Carrasco Mallén, Subdirector General de Investigación Sanitaria, por su disponibilidad y confianza durante todo el tiempo que ha durado este trabajo. Mención especial merecen las facilidades mostradas por el Instituto de Salud Carlos III para la publicación y difusión de este documento.

Asimismo, vemos oportuno agradecer la ayuda ofrecida por la Biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad para realizar la búsqueda bibliográfica y la localización de artículos.

No nos gustaría acabar sin mencionar especialmente la colaboración prestada por todas las personas contactadas en España, por el interés y la disponibilidad mostrados a la hora de recoger documentación en sus lugares de trabajo.

*El equipo investigador*

# Índice

---

	<u>Pág.</u>
PRÓLOGO .....	11
PRESENTACIÓN .....	15
1. INTRODUCCIÓN .....	17
• Envejecimiento de la población .....	17
• Factores sociales .....	17
• La atención domiciliaria .....	18
• La atención domiciliaria en nuestro país .....	19
• La atención domiciliaria en Europa .....	20
• Necesidad de evidenciar su efecto .....	21
2. PRIMERA PARTE .....	23
• Objetivos .....	23
• Metodología .....	23
• Resultados .....	26
• Conclusiones .....	29
3. SEGUNDA PARTE .....	31
• Objetivos .....	31
• Metodología .....	31
• Resultados .....	34
4. LIMITACIONES .....	45
5. DISCUSIÓN .....	47
6. CONCLUSIONES .....	53
7. RECOMENDACIONES .....	55

	<u>Pág.</u>
8. ANEXOS .....	57
• Anexo I: Estrategia de búsqueda .....	57
• Anexo II: Contactos realizados .....	61
• Anexo III: Evaluación de los artículos originales .....	65
• Anexo IV: Estudio del contexto local .....	68
• Anexo V: Características sociodemográficas .....	76
• Anexo VI: Características clínico-epidemiológicas .....	81
• Anexo VII: Características de la visita domiciliaria y actividades realizadas .....	87
9. BIBLIOGRAFÍA .....	93

El envejecimiento de la población y su tendencia creciente es una de las principales preocupaciones mundiales, tanto en lo que se refiere a su aspecto social como sanitario.

La ONU estima que, en el año 2050, el 21% de la población mundial será mayor de 60 años, es decir, 2.000 millones de personas, el triple que en la actualidad. Estas cifras van a suponer que, por primera vez en la historia de la humanidad, el número de jóvenes sea igual al número de mayores y que, en algunos países, los mayores incluso dupliquen a los jóvenes.

En España, en el año 2000, había una persona de 65 años o más por cada nueve en situación activa. Para el 2050 está previsto que esta cifra pueda cuadruplicarse. Las causas fundamentales del envejecimiento de la población son, por un lado, la disminución de la tasa de natalidad, junto con un aumento de la esperanza de vida, y, por otro, la disminución significativa de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones sanitarias y socioeconómicas. El envejecimiento de la población ha cambiado el perfil epidemiológico de la misma, ya que las patologías que fundamentalmente padecen nuestros mayores son ahora de tipo crónico-degenerativo. Son pacientes que, además de polimedificados, están incapacitados en mayor o menor grado y dependen de cuidadores informales o del sistema sanitario, encontrándose frecuentemente confinados en domicilios e instituciones varias. En los mayores de 75 años, la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades y su progresiva limitación funcional inciden de forma directa en el incremento de la demanda sanitaria y en una mayor necesidad y amplitud de cuidados. Junto a los factores demográficos antes apuntados, hay que añadir a la situación descrita los numerosos factores sociales que inciden en la vejez de nuestros días. Además del incremento numérico de personas mayores, se han modificado, en este sentido, el tipo, la estructura, la composición y el tamaño de las unidades familiares, como consecuencia, por ejemplo, del incremento del número de divorcios o la incorporación de la mujer al mundo laboral. Todo ello indica que existe un cambio en la demanda asistencial y en la atención domiciliaria, que la enfermería ha de ofrecer en el momento presente, para prevenir el deterioro funcional de esta población y garantizar una calidad óptima en los cuidados a prestar, en coordinación con los distintos servicios sanitarios y sociales.

El Estudio Sociológico sobre Envejecimiento realizado en España (Naval Pharma) ha establecido como principal conclusión que más del 90% de los españoles está preocupado por algunos de los problemas de salud derivados del envejecimiento, como son la pérdida de la autonomía, la insuficiencia en la visión o las enfermedades crónicas.

La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid el pasado mes de abril de 2002, ha tenido como lema "Construir una sociedad para todas las edades", y han sido sus principales objetivos la revisión general de los resultados de la I Asamblea (celebrada en Viena en el año 1982), la adopción de un Plan



Internacional de Acción con una estrategia a largo plazo sobre envejecimiento, así como una Declaración Política para abordar aspectos de salud, bienestar social y creación de entornos favorables y seguros para las personas mayores en todo el mundo.

El Plan habrá de incluir acciones sobre salud orientadas hacia un envejecimiento activo y participativo en la sociedad, un desarrollo laboral digno (“tanto tiempo como pueda realizarse de una forma productiva”) y la defensa de los derechos individuales de los mayores y de las personas dependientes.

Entre los temas que se abordaron en la asamblea se encuentran la relación entre envejecimiento y desarrollo, la creación o mantenimiento de sistemas de protección social de los mayores, cómo conseguir el mantenimiento de pensiones e ingresos, las formas de asociación entre el sector público, la sociedad civil y el sector privado, y la cooperación internacional para los países en vías de desarrollo con situación de pobreza y desprotección.

Según el Informe de la OMS presentado en la asamblea, el coste global medio de la asistencia médica relacionada con el envejecimiento aumentará, en los próximos cincuenta años, un 41% (36% en los países en desarrollo y 48% en los países ricos). Con este horizonte, se ha resaltado la necesidad de invertir en políticas de prevención, hábitos de vida saludables y detección precoz de las enfermedades, a partir de las nuevas posibilidades que ofrece la genética, así como favorecer el desarrollo de los países más pobres, cuyo envejecimiento está ligado a la falta de desarrollo socioeconómico. Según datos oficiales, actualmente, en España el 76,1% del gasto farmacéutico (6.000 millones de euros) es consumido por los pensionistas.

La OMS advierte que, además de luchar contra la desnutrición, las complicaciones del parto y las enfermedades infecciosas como el VIH, el paludismo y la tuberculosis, los países más pobres deberán enfrentarse a las enfermedades no transmisibles, que provocan el 59% de las muertes en todo el mundo.

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, en la citada asamblea se mostró claramente partidaria de favorecer la prevención de las enfermedades y la adopción de medidas a temprana edad que mejoren la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida, así como políticas de reducción de la pobreza y la desnutrición a nivel mundial.

En el Simposio Envejecimiento y Dependencia: Impacto sobre gestión y política sociosanitaria (Fundación Sanitas y Fundación SIS, octubre de 2001), los expertos y autoridades sanitarias llegaron a la conclusión de que el futuro debe pasar por la asistencia domiciliaria antes que por las residencias, destacándose la importancia de una financiación sostenible.

El estudio titulado *Efecto de la visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años* constituye la memoria final del proyecto de investigación financiado a través de la convocatoria del Programa de Promoción y Fomento de la Investigación Biomédica en Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III. Se trata de un estudio dirigido en la dirección antes apuntada, que ha sido realizado por la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) existente en el Instituto.

El objetivo inicial del estudio fue identificar el efecto, en personas mayores de 65 de años, de la visita domiciliar programada de enfermería, mediante la revisión sistemática de la literatura existente entre los años 1990 y 2000.

Los autores de este trabajo han realizado, por tanto, un estudio básico sobre el que asentar la futura planificación en investigación, docencia y asistencia en esta importante actividad sociosanitaria que, sin duda, va a marcar el rumbo de esta inminente sociedad envejecida.

ANTONIO CAMPOS MUÑOZ  
*Director del Instituto de Salud Carlos III*

# Presentación

---

Este documento presenta los resultados obtenidos a través de una revisión sistemática sobre el efecto de la visita domiciliar programada de enfermería (VDPE) a personas mayores de 65 años. Dicha revisión ha sido financiada a través de la convocatoria del *Programa de Promoción y Fomento de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III* del año 2000, con el fin de realizar estudios e investigaciones sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

El objetivo fundamental es identificar el grado de evidencia sobre el efecto de la visita domiciliar programada de enfermería a personas mayores de 65 años que han sido dadas de alta de un hospital perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de una revisión sistemática de la literatura existente durante los años 1994-2000. Para ello se llevó a cabo una revisión de la investigación publicada en revistas científicas indexadas en las bases de datos bibliográficas y una búsqueda manual de documentos relacionados con la revisión. Se eligieron diseños experimentales (o ensayos clínicos), quasiexperimentales (antes-después o sin grupo control) y de cohortes (prospectivos y retrospectivos).

Los resultados obtenidos en la primera revisión mostraban la inexistencia de este tipo de diseños necesarios para evaluar el efecto de la intervención. Esta ausencia de evidencia hizo necesario un replanteamiento de los objetivos iniciales, realizándose posteriormente una síntesis de la investigación existente acerca de la visita domiciliar programada de enfermería en personas mayores de 65 años a través de la revisión de la literatura publicada entre los años 1990-2000.

La primera parte de este libro corresponde al objetivo inicial, mientras que la parte segunda contiene la metodología y los resultados referidos al segundo objetivo planteado.

# 1. Introducción

---

## ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El desarrollo demográfico en España hace que la proporción de personas mayores esté creciendo rápidamente, y que se espere una población claramente envejecida en los próximos años, debido fundamentalmente a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias<sup>1</sup>. Se calcula que, para el año 2010, casi una cuarta parte de la población española tendrá más de 60 años, lo que supondrá, como ya estamos comprobando, un desafío al actual sistema sociosanitario<sup>2</sup>.

Entre las necesidades sociosanitarias más importantes de este país se encuentra el cuidado a las personas mayores, ya que el aumento del número de ancianos ha provocado un cambio en el perfil epidemiológico de la población. Estas personas tienen unas características especiales: padecen más de una patología (normalmente de naturaleza crónica y degenerativa), están polimedicadas, con un alto grado de incapacitación, dependientes de cuidadores informales o del sistema sanitario y, generalmente, se encuentran confinadas en domicilios e instituciones.

Si bien no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, es cierto que en las personas mayores, y de forma más marcada en las mayores de 75 años, la incidencia y la prevalencia de muchas enfermedades y su progresiva limitación funcional inciden de forma directa en el incremento de la demanda sanitaria, y en especial sobre la necesidad de cuidados.

Además, este grupo de edad consume una gran cantidad de recursos sociosanitarios (40% de la actividad del médico general y 52% de los fármacos en Atención Primaria)<sup>3</sup>, y, entre ellos, una parte importante son cuidados de enfermería<sup>4,5</sup>.

## FACTORES SOCIALES

A los factores demográficos hay que añadir los sociales. Ha aumentado también el número de personas mayores (sobre todo mujeres mayores de 80 años) que viven solas en sus domicilios<sup>6,7</sup>. Entre otras razones, está desapareciendo o se está modificando la estructura familiar tradicional, produciéndose un cambio en las personas encargadas de los cuidados de la familia y el hogar<sup>8,9</sup>. Estas modificaciones afectan al tipo, estructura, composición y tamaño de las unidades familiares<sup>7</sup>.

Por otra parte, los sistemas de apoyo informales se están debilitando. Se calcula que más del 85% de la atención prolongada prestada hoy en día en el mundo está a cargo de instituciones o de personas altruistas, como parientes, vecinos, etc., con un coste mínimo para el Estado<sup>9</sup>.

En muchas ocasiones, el sistema de salud no puede dar respuesta a las necesidades de las personas mayores tras un periodo de hospitalización. La falta de re-

cursos lleva en muchos casos a que la familia asuma esos cuidados, con el previsible impacto en la calidad de vida de los cuidadores<sup>10</sup>.

Todo lo anterior indica que estamos ante un cambio en la demanda asistencial<sup>11,12</sup> y que el cuidado domiciliario de los ancianos es una necesidad sentida por la comunidad, por lo que uno de sus objetivos es mantener a la persona en su domicilio y en las mejores condiciones posibles<sup>13</sup>.

## LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Ante este cambio en la demanda asistencial, la atención de enfermería en sus dos vertientes, como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud, y como un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados entre los diversos niveles asistenciales y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, juega un papel determinante en la salud de este grupo de edad.

Los cuidados integrales a las personas mayores en su propio domicilio aparecen para cubrir sus necesidades de salud. La atención domiciliaria integra elementos que son producto del cambio en el paradigma filosófico surgido en la Atención Primaria: la promoción de la salud, la educación, la familia como pilar básico en el proceso de salud-enfermedad, la accesibilidad, etc.<sup>14</sup>.

Estos cambios nacen de las recomendaciones de Alma Ata en 1978 y se han ido llevando a cabo durante los años ochenta.

La organización nacional e internacional de la atención domiciliaria es heterogénea. Esta ordenación se realiza en función del tipo de paciente a atender, del modelo global de organización del sistema sanitario y de la entidad gestora de la asistencia domiciliaria. En los servicios públicos, la asistencia domiciliaria presenta las siguientes variantes: atención domiciliaria realizada por equipos de profesionales dependientes de servicios hospitalarios; atención domiciliaria de patrón mixto, en la que intervienen profesionales de los dos niveles de atención sanitaria y otros sectores de atención sociosanitaria, y atención domiciliaria realizada exclusivamente por los profesionales de Atención Primaria, que es la que nos ocupa en este estudio.

La atención domiciliaria (ATDOM) se encuentra entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria (EAP). En España, este servicio es ofertado por el Instituto Nacional de la Salud o por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias. El desarrollo realizado en cada Comunidad ha sido diferente.

El modo en el que se organiza la visita domiciliaria está recogido en los programas y protocolos de cada área de salud, y el instrumento para la realización por parte de los EAP de una atención domiciliaria correcta y organizada es el Programa de Atención Domiciliaria (PATDOM). La actuación de estos equipos y sus respectivos profesionales, entre ellos la enfermería en un papel destacado, se muestra indispensable para una correcta valoración de la eficacia de dichas intervenciones.

Entre los objetivos de la visita domiciliaria se encuentran:

- Mejorar el estado de salud de la persona mayor: intentar trasladar el mayor número de niveles de cuidados posibles al domicilio.
- Mantenerla en su propio medio: proporcionar independencia, integración con el entorno, evitar el aislamiento y el desarraigo<sup>9</sup>.
- Servir de apoyo a la persona mayor y a su familia: conseguir detección precoz e intervención de disfunciones familiares o del cuidador.

Frente a los demás tipos de asistencia, la atención a domicilio puede suponer varias ventajas<sup>15</sup>:

- Para el anciano: independencia y entorno cercano y familiar donde se resuelven los problemas reales.
- Para el sistema: atención más barata, eficaz y humana, si se reducen los ingresos y las estancias hospitalarias.
- Para el profesional: permite una interacción que no era posible en muchas ocasiones con el sistema de cuidados tradicional.

## LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN NUESTRO PAÍS

En España, la historia de la atención domiciliaria ha sido más corta que en otros países de la Unión Europea. Desde el siglo XVI hasta el XIX, las órdenes religiosas se encargaron de la visita domiciliaria. Incluso hoy, instituciones benéficas como Cáritas y la Cruz Roja, entre otras organizaciones, todavía complementan la labor del Estado.

Entre 1955 y 1960 la Atención Primaria empezó a ofrecer cuidados a domicilio. La primera medida oficial ordenada por el Ministerio fue en el año 1970, cuando se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano. Más tarde, en 1971, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. A finales de los años setenta, el sistema político cambió y la Constitución se encargó de recoger la responsabilidad del Estado para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos a través de un completo sistema social. En 1979 los servicios domiciliarios pasan a formar parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). En un primer momento sólo los pensionistas podían beneficiarse de las ayudas, pero en 1985 se extienden a todos los ciudadanos. En la década de los ochenta las competencias autonómicas añaden algunas modificaciones al sistema previo, siendo el desarrollo de la atención domiciliaria diferente según cada Comunidad; en ocasiones serán incluso los Ayuntamientos quienes se harán cargo de proveer estos servicios. Bajo estas condiciones, en ausencia de un marco legal común, existen grandes diferencias entre Ayuntamientos, incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, a la hora de ofrecer servicios a la población. Las grandes ciudades comúnmente ofrecen servicios complementarios y cubren mejor a su población que las áreas rurales<sup>7</sup>.

La política estatal tiene un referente fundamental en el Plan Gerontológico de 1993, que puso en evidencia la necesidad de impulsar medidas de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Con el objetivo de establecer

una estrategia de coordinación entre ambos sectores, en diciembre de 1993 se firmó un convenio de colaboración entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales para la atención sociosanitaria a las personas mayores. A partir de ahí se establecen las bases para la ordenación de los servicios sanitarios de atención a los mayores. Involucran a los servicios de Atención Primaria con el desarrollo de los programas de atención al anciano y atención domiciliaria, a la atención hospitalaria con el diseño de los equipos de valoración y cuidados geriátricos (que no llegaron a generalizarse) y a los servicios sociales. La ordenación de este servicio se plantea bajo una estructura de coordinación sociosanitaria.

En el Plan Gerontológico se contempla la necesidad de orientar la organización de los servicios hacia el objetivo de “envejecer en casa”, y en el desarrollo de los programas de atención domiciliaria se describe la intervención de los profesionales de enfermería, a través de la visita domiciliaria, como una actuación de especial relevancia, además de para la valoración funcional y el establecimiento de objetivos terapéuticos, para la identificación de necesidades, provisión de cuidados y educación del anciano y familia.

En las “Bases para la ordenación de los servicios sanitarios de atención a los mayores” se plantea que todas las personas mayores de 75 años que sean dadas de alta del hospital deberían recibir la visita domiciliaria en el plazo de las primeras 72 horas del alta. Se describe la valoración geriátrica comprensiva como un registro claro del funcionamiento básico del anciano, que contemple la valoración funcional, mental, social, clínica y los instrumentos para llevar a cabo la misma<sup>16</sup>.

Respecto a otras formas de ayuda (alarmas telefónicas, cuidados de día, etc.) se está haciendo un esfuerzo de implementación, aunque hasta el momento hay poca información al respecto.

Actualmente, debido a los cambios económicos que estamos contemplando en las sociedades actuales, se ve limitada la expansión de los cuidados y gran cantidad de usuarios tienen que esperar o buscar alternativas a los prestados por el SNS<sup>7</sup>.

## **LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EUROPA**

En el ámbito europeo, en la década de los noventa, la situación de la visita domiciliaria era heterogénea; el país con mayor porcentaje de ayuda domiciliaria prestada, entendiendo como tal los servicios de asistencia domiciliaria asumidos por el Estado, era Suecia, con un 20%. Dinamarca cubría un 19% de atención domiciliaria, con un sistema informatizado y gestionado a nivel municipal que evitaba las ayudas duplicadas por organismos oficiales y privados. Luxemburgo proporcionaba un 10%, mientras que Francia, con un 34% de producto interior bruto dirigido a protección social (siendo uno de los más altos de la Unión Europea), prestaba solamente un 6% de atención domiciliaria. Italia cubría un 5%, y tanto en Grecia como en Portugal no existía un sistema de atención domiciliaria oficial, recayendo la responsabilidad de los ancianos en las familias<sup>17</sup>.

El Comité de Ministros europeo, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de la sociedad europea, recomienda, a través de los documentos 98/9,

98/11 y 99/4, a sus Estados miembros que, dentro de las políticas a favor de las personas dependientes, se dé prioridad a la asistencia en el domicilio habitual. Dicho Comité también hace referencia a que este envejecimiento progresivo, unido al avance de la tecnología médica dirigida a salvar vidas humanas, harán que los países miembros se tengan que enfrentar a cifras de enfermos crónicos crecientes y deberán, consecuentemente, asegurar una gama apropiada de servicios de atención centrados sobre la comunidad y sobre el paciente, realizando también estudios sobre su eficacia y su coste.

## **NECESIDAD DE EVIDENCIAR SU EFECTO**

La limitación de recursos disponibles en las sociedades desarrolladas ha hecho que algunos sectores de la asistencia sanitaria sean objetivos prioritarios para introducir recortes presupuestarios, a la vez que las instituciones tratan por todos los medios de ofrecer una asistencia de calidad con unos costos razonables. La atención domiciliaria se presenta en ocasiones como una parte de la solución a los problemas financieros de los sistemas de salud, reduciendo la institucionalización y las estancias prolongadas<sup>4</sup> y el coste social por problemas derivados del cuidador (absentismo o bajas laborales, gasto en patologías del cuidador, etc.), al tiempo que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que se dirige<sup>9</sup>.

En este caso, la asistencia domiciliaria no sólo puede ser una herramienta financiera, sino que también puede suponer una solución sociosanitaria, representando un enfoque asistencial holístico que permita dar autonomía al paciente en su propio entorno<sup>6,9</sup>.

Los gestores de servicios sanitarios están mostrando también un interés creciente en disponer de evidencia sobre el efecto de las prácticas asistenciales que se encargan de administrar. Las revisiones de la literatura científica aportan recomendaciones basadas en la evidencia que sirven para modificar o aceptar dichas prácticas sanitarias. Ya que son el nivel de cuidados prestados y la capacidad de mejorarlos sobre los que se podrán basar las acciones encaminadas a aumentar la calidad en la atención.

Es necesario identificar formas de prestación de asistencia sanitaria y social a las personas mayores que sean de mayor calidad y resulten económicamente sostenibles. Por ello, la investigación sobre la prestación efectiva de servicios sanitarios y sociales debe apoyar la evolución de los servicios sanitarios y asistenciales para hacer frente a los cambios demográficos previstos.

De forma añadida, es preciso constatar el efecto de muchas intervenciones de enfermería consideradas clásicas y ampliamente extendidas. Aunque la percepción del paciente y del cuidador sea buena<sup>18</sup>, no existe una certidumbre real en la sociedad sobre el efecto de los recursos sanitarios ofrecidos.

La evaluación de la efectividad de las actuaciones enfermeras 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.



Sin embargo, no se han encontrado revisiones realizadas en el ámbito estatal sobre el efecto de la VDPE. En el ámbito internacional, las revisiones existentes no parecen evidenciar claramente el efecto de la atención domiciliaria<sup>19,20</sup>. Ésta parece tener un efecto beneficioso sobre la mejora física de los ancianos, pero el efecto es escaso en términos de mejoría psíquica, caídas, readmisiones y mortalidad.

Por todo lo anteriormente descrito, por la gran importancia para la salud de la población, el elevado impacto económico y la relevancia en el ámbito organizativo, parece demostrada la necesidad de una revisión sistemática de la evidencia disponible sobre el tema propuesto. Además, en el documento de la Comisión Interterritorial del SNS sobre la necesidad de elaboración de informe público de evaluación, la cuarta prioridad —entre 170— es la Evaluación de Tecnologías en Enfermería<sup>21</sup>.

## 2. Primera parte

---

En esta primera parte se presentan los objetivos, metodología, resultados y conclusiones de la revisión sistemática realizada para identificar el grado de evidencia sobre el efecto de la VDPE.

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Identificar el grado de evidencia sobre el efecto de la VDPE a personas mayores de 65 años que han sido dadas de alta de un hospital perteneciente al SNS español, a través de una revisión sistemática de la literatura existente durante los años 1994-2000.

#### Objetivos específicos

- Evaluar si la VDPE dirigida a personas mayores de 65 años reduce el número de reingresos hospitalarios.
- Evaluar si esta visita reduce la estancia hospitalaria debida a estos reingresos.
- Evaluar si esta visita reduce la incidencia de complicaciones relacionadas con el diagnóstico al alta.
- Identificar la satisfacción de los pacientes y/o sus cuidadores principales con la VDPE.

### METODOLOGÍA

#### 1) Diseño

Revisión sistemática de la investigación publicada en revistas científicas indexadas en las bases de datos bibliográficas y búsqueda manual de documentos relacionados con la revisión.

#### 2) Ámbito

Sistema Nacional de Salud.

#### 3) Periodo de estudio

Durante los años 1994-2000.

#### 4) Criterios de inclusión

- **Tipo de participantes**

Personas mayores de 65 años incluidas dentro del programa de atención domiciliaria de cualquier Centro de Atención Primaria (incluye las diferentes denominaciones otorgadas por cada autonomía del SNS).

- **Tipo de intervención**

La visita domiciliaria programada de enfermería.

Definición operativa de la VDPE: toda visita pautada dentro del programa de atención domiciliaria a mayores de 65 años incluidos en el mismo. Se excluyen las visitas ocasionales, aquellas intervenciones derivadas de hospitalización a domicilio y todas las realizadas con motivo de inyectables u otras técnicas de enfermería.

- **Tipo de resultados**

Variables referidas a:

- Tasa de readmisiones hospitalarias.
- La estancia media en el hospital debida a estos reingresos.
- Satisfacción del paciente y del cuidador principal.
- Incidencia de complicaciones relacionadas con el diagnóstico al alta (según CIE).

- **Tipo de estudios**

Diseños experimentales (o ensayos clínicos), cuasiexperimentales (antes-después o sin grupo control) y de cohortes (prospectivos y retrospectivos).

#### 5) Criterios de exclusión

Estudios que hicieran referencia a:

- Pacientes terminales.
- Cuidados paliativos.
- Hospitalización a domicilio.

#### 6) Revisión de la bibliografía

Se realizó una búsqueda de los estudios publicados e indexados en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales, así como la búsqueda de estudios no publicados y entrevistas con personas clave.

- **Bases de datos bibliográficas**

En la primera búsqueda realizada se utilizaron los filtros de ensayos clínicos elaborados por la Colaboración Cochrane.

Ante la obtención de un resultado negativo se pasó a realizar las siguientes búsquedas en distintas bases de datos electrónicas:

CINAHL, MEDLINE, HEALTHSTAR, EMBASE, CANCERLIT, AGELINE, CUIDATGE, COCHRANE, CUIDEN, BDIE.

- **Palabras clave**

Se utilizaron las siguientes palabras clave y sus equivalentes en inglés, repartidas en tres bloques: uno relativo a la intervención, otro a los participantes y el último a los resultados. Para algunas de las fuentes de datos se emplearon palabras equivalentes en las diferentes lenguas del Estado español.

*Referentes a la intervención:* visita programada, visita programada domiciliaria, visita de enfermería, programa ATDOM, programa de atención domiciliaria, alta precoz, programa de la persona mayor, visita domiciliaria, asistencia a domicilio.

*Referentes a los participantes:* mayores de 65 años, ancianos, enfermos crónicos, patología crónica, personas mayores.

*Referentes a los resultados:* reingreso, estancia media, complicación, morbilidad, satisfacción, satisfacción del usuario, satisfacción del paciente, satisfacción del cliente, satisfacción del cuidador, satisfacción de la familia, satisfacción del cuidador informal, satisfacción del cuidador principal.

- **Estrategia de búsqueda**

En castellano se utilizó la siguiente búsqueda para las bases de datos que admitían estrategias complejas (CINAHL, MEDLINE, HEALTHSTAR, EMBASE, CANCERLIT):

#1 ((visita domiciliaria) o (visita programada domiciliaria) o (visita de enfermería) o (PATDOM) o (ATDOM) o (programa de atención domiciliaria) o (programa de la persona mayor) o (programa del anciano)) y ((mayores de 65 años) o (personas mayores) o (anciano)).

#2 = #1 y ((patología crónica) o (reingreso) o (estancia media) o (complicación) o (morbilidad) o (satisfacción) o (satisfacción del usuario) o (satisfacción del paciente) o (satisfacción del cliente) o (satisfacción del cuidador) o (satisfacción de la familia) o (satisfacción del cuidador informal) o (satisfacción del cuidador principal)) y (año de publicación=1994-2000).

En inglés se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

#1 ((home care services) or (visitation) or (community health planning) or (primary nursing care) or (visiting nurse) or (home-visit) or (house-call)) and ((aged 65, and over) or (aged) or (elderly)).

#2 = #1 and ((chronic disease) or (chronic illness) or (morbidity) or (patient satisfaction) or (personal satisfaction) or (consumer satisfaction) or (care giver satisfaction) or (hospitalization) or (patient admission) or (patient readmission) or (early discharge) or (care givers)).

#3 = #2 and ((Spain in AD) or (Spain)) and (PY=1994-2000).

Para ver el desarrollo detallado de los filtros utilizados y las estrategias de búsqueda en las bases de datos COCHRANE, AGELINE, CUIDATGE, CUIDEN y BDIE, véase el Anexo I.

### • **Búsqueda de documentos no indexados en las anteriores bases de datos**

Además de la revisión en distintas bases de datos, se realizó una búsqueda a través de:

- Referencias de los artículos consultados.
- Consulta de libros o revisiones sobre el tema.
- Consulta a personas clave y a autores relevantes.
- Trabajos editados en las publicaciones periódicas españolas de ciencias de la salud.
- Tesinas aprobadas por los alumnos de los cursos de larga duración de las Escuelas de Salud Pública cuyo tema se relaciona con el objeto de estudio.
- Proyectos de investigación aprobados por agencias financiadoras cuya materia estuviera relacionada con el tema de estudio.
- Literatura gris.

Para hacer más exhaustiva la búsqueda se enviaron cartas a diferentes organismos e instituciones para intentar encontrar proyectos relacionados con nuestra revisión.

Envío de peticiones de información relacionada con el proyecto a:

- Asociaciones.
- Escuelas de Enfermería de todas las Comunidades Autónomas.
- Direcciones de Atención Primaria de las diferentes áreas de salud de varias Comunidades Autónomas.

En el Anexo II se encuentra una lista más detallada de los lugares contactados.

## **RESULTADOS**

Mediante la búsqueda realizada en la COCHRANE LIBRARY se obtuvieron 42 resultados. Una vez consultados, se pudo comprobar que ninguna de las revisiones incluía artículos con población española.

Mediante la estrategia de búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, HEALTHSTAR, EMBASE, CANCERLIT, AGELINE y CUIDATGE se obtuvieron 34 artículos, de los cuales, por duplicidades o porque no se ajustaban a los criterios de inclusión, quedaron un total de 10 artículos. De esos artículos, ninguno medía efectividad de la visita en los términos propuestos en el proyecto.

De la búsqueda realizada en CUIDEN se obtuvieron 3 nuevos artículos, pero ninguno de ellos tenía diseños que nos permitiesen valorar el efecto de la actividad estudiada.

En la base de datos BDIE aparecieron 16 artículos relacionados con el primer bloque (intervención) y 46 relacionados con el segundo (población). No se obtuvieron artículos sobre el tercer bloque (resultados) porque ninguno medía efectividad de la visita de acuerdo con los objetivos del proyecto.

Tras el proceso de selección realizado por los revisores no se encontraron artículos adecuados para el objetivo del estudio.

En la búsqueda realizada en fuentes complementarias no se consiguieron documentos que sirvieran para los propósitos de este estudio.

Con todos los artículos encontrados se realizó una evaluación por pares, seleccionando aquellos que se podían adecuar a los objetivos del proyecto y que, por tanto, podrían servir para estimar el efecto de dicha visita. Los datos más relevantes fueron recopilados en una hoja diseñada por el equipo investigador (Anexo III). En los que existía un resultado discordante entre los dos revisores se volvió a realizar una tercera evaluación a cargo de otro componente diferente del equipo.

En definitiva, se encontraron 10 artículos relacionados con la intervención que cumplían los criterios de selección. Estos artículos se muestran en la Tabla 1. El análisis de la calidad de los diseños utilizados no permitió identificar el efecto de la intervención propuesta.

**Tabla 1. Estudios seleccionados en la primera búsqueda**

<b>Autor/Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Contenidos</b>
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de las condiciones de asistencia a nivel primario que reciben los pacientes domiciliarios crónicos de un Centro de Salud de Vizcaya y análisis de las características sociodemográficas y las características de domicilios y cuidadores.
Boada M et al, 1999 <sup>22</sup>	Descriptivo transversal	Estimación del consumo anual y los costes de los recursos sanitarios de pacientes con Alzheimer que son visitados en régimen ambulatorio. Multicéntrico, nivel nacional.
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de las características socioeconómicas y de los problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios en un Centro de Salud de Bilbao.
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>24</sup>	Descriptivo transversal	Valoración de la dependencia y necesidad de ayuda sociosanitaria que precisan las personas mayores de 64 años en el momento de ser dadas de alta en un hospital de agudos, la ayuda que los pacientes prefieren y la que realmente reciben al mes de ser dados de alta. También es una descripción del estado de los recursos sociosanitarios en Valencia.
Junquero García A et al, 1994 <sup>25</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de las características más relevantes de la población atendida por las Unidades de Hospitalización a Domicilio y las actividades de enfermería que más frecuentemente se realizan.
Marco Martínez MP et al, 2000 <sup>26</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de las características de la población atendida por el Programa de Atención Domiciliaria en el Servicio Especial de Urgencias (SEU) de Zaragoza.
Oterino de la Fuente D et al, 1998 <sup>27</sup>	Cohortes	Comparación de la utilización (y el coste) de métodos diagnósticos y terapéuticos entre la hospitalización convencional y un Programa de Atención Domiciliaria en Valencia.
Oterino de la Fuente D et al, 1997 <sup>28</sup>	Casos y controles apareados	Evaluación económica de la hospitalización domiciliaria frente a la convencional desde la perspectiva de los costes para el hospital, a través de un análisis de minimización de costes, análisis del gasto en material y personal sanitario. Valencia.
Palomo L et al, 2000 <sup>29</sup>	Descriptivo longitudinal	Evolución —mortalidad— de los pacientes crónicos atendidos en el domicilio. Madrid.
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	Descriptivo longitudinal	Descripción de la población de pacientes crónicos domiciliarios atendidos dentro del programa de ATDOM, la frecuencia de visitas y análisis de la supervivencia a los dos años de seguimiento. Barcelona.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante los criterios utilizados, se observó que ninguna de las publicaciones encontradas garantizaba la validez necesaria para alcanzar los objetivos propuestos en el estudio.

No obstante, a lo largo de la búsqueda se encontró bibliografía suficiente sobre el tema como para permitir al equipo investigador redefinir los objetivos propuestos y poder ofrecer, al menos, una síntesis de la literatura publicada.

Este nuevo planteamiento es presentado en la siguiente parte del libro.



## 3. Segunda parte

---

A la luz de los resultados obtenidos en la primera parte se definen nuevos objetivos, que se presentan ahora junto a la metodología, resultados y conclusiones de la síntesis de la investigación existente acerca de la VDPE a personas mayores de 65 años.

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Realizar una *síntesis de la investigación existente* acerca de la visita domiciliar programada de enfermería en personas mayores de 65 años a través de la revisión de la literatura publicada entre los años 1990-2000 (nótese que en esta segunda fase del estudio se amplía el periodo de estudio en cuatro años, con el fin de conocer la literatura publicada en la última década).

#### Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de la población estudiada.
- Identificar las actividades realizadas por los profesionales de enfermería en la VDPE.
- Identificar los criterios propuestos para evaluar la VDPE.
- Conocer la satisfacción de los pacientes y/o sus cuidadores principales con la VDPE.
- Conocer los diseños de estudios que se han utilizado en la literatura revisada.

### METODOLOGÍA

#### 1) Diseño

Revisión de la investigación publicada en revistas científicas indexadas en las bases de datos bibliográficas y búsqueda manual de documentos relacionados con la revisión.

#### 2) Ámbito

Sistema Nacional de Salud.

### 3) Periodo de estudio

Durante los años 1990-2000.

### 4) Criterios de inclusión

- **Tipo de participantes**

Personas mayores de 65 años incluidas dentro del programa de atención domiciliaria de cualquier Centro de Atención Primaria (incluye las diferentes denominaciones otorgadas por cada autonomía del SNS).

- **Tipo de intervención**

La visita domiciliaria programada de enfermería.

Definición operativa de la VDPE: toda visita pautada dentro del programa de atención domiciliaria a mayores de 65 años incluidos en el mismo. Se incluyen ahora pacientes terminales y cuidados paliativos, con el fin de tener la mayor parte de la información publicada sobre la visita disponible. Se excluyen las visitas ocasionales (aquellas realizadas a demanda, sin programación previa), las intervenciones derivadas de hospitalización a domicilio y todas las realizadas con motivo de inyectables u otras técnicas de enfermería.

- **Tipo de resultados**

Variables:

- Características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de la población estudiada.
- Actividades realizadas por los profesionales de enfermería en la VDPE.
- Criterios propuestos para evaluar la VDPE.
- Satisfacción de los pacientes y/o sus cuidadores principales con la VDPE.
- Diseños de estudios que se han utilizado en la literatura revisada.

- **Tipo de estudios**

Todo estudio realizado en el Estado español o que haya estudiado población española, con cualquier tipo de diseño y realizado entre los años 1990-2000.

### 5) Criterios de exclusión

Estudios que hagan referencia a hospitalización a domicilio.

## 6) Revisión de la bibliografía

Se realizó una búsqueda de los estudios publicados e indexados en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales, así como la búsqueda de estudios no publicados.

- **Bases de datos bibliográficas**

CINAHL, MEDLINE, HEALTHSTAR, EMBASE, CANCERLIT, OSH-ROM, AGELINE, CUIDATGE, CUIDEN, BDIE.

- **Palabras clave**

Se utilizaron las siguientes palabras clave y sus equivalentes en inglés, repartidas en dos bloques: uno acerca de la intervención y otro sobre los participantes.

*Referentes a la intervención:* visita programada, visita domiciliaria, visita programada domiciliaria, visita de enfermería, PATDOM, ATDOM, programa ATDOM, programa de atención domiciliaria, programa de la persona mayor, programa del anciano, asistencia domiciliaria, asistencia a domicilio, atención domiciliaria, atención a domicilio.

*Referentes a los participantes:* mayores de 65 años, personas mayores, ancianos, anciano, vejez, enfermería geriátrica, geriatría.

- **Estrategia de búsqueda**

Utilizada en MEDLINE y CINAHL, que son las bases de datos que permiten una estrategia de búsqueda más completa. El resto de las búsquedas en las demás bases, AGELINE, CUIDATGE, CUIDEN y BDIE, vienen directamente derivadas de ésta y se explican más adelante, en el Anexo I.

En castellano se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

((visita programada) o (visita domiciliaria) o (visita programada domiciliaria) o (visita de enfermería) o (PATDOM) o (ATDOM) o (programa ATDOM) o (programa de atención domiciliaria) o (programa de la persona mayor) o (programa del anciano) o (asistencia domiciliaria) o (asistencia a domicilio) o (atención domiciliaria) o (atención a domicilio)) y ((mayores de 65 años) o (personas mayores) o (anciano) o (ancianos) o (vejez) o (enfermería geriátrica) o (geriatría)) y (año de publicación=1990-2000).

En inglés se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

((programmed visit) or (home visit) or (home visits) or (home care) or (home programmed visit) or (home care services) or (primary nursing care) or (visiting nurse) or (nursing visits) or (nursing home visits) or (nurses home visits) or (primary care at home) or (geriatric care at home) or (house-call) or (house call) or

(home call) or (home-call) or (visitation) or (community health planning) or (chronic patients at home)) and ((65 years old) or (aged 65 and over) or (aged) or (aged 65) or (elderly) or (older adults) or (geriatrics) or (geriatric nursing) or (geriatric nurse) or (homemaker-services) or (needs assessment) or (housing)) and ((Spanish in la) or (CP=SPAIN) or (Spain in AD) or (Spain)) and ((PY=1990-2000)).

- **Búsqueda de documentos no indexados en las anteriores bases de datos**

Puesto que se disponía de la búsqueda manual realizada anteriormente y que ésta había sido muy sensible pero poco específica, y dado que se contaba con todos los documentos que nos habían sido remitidos, el equipo investigador decidió que no era necesaria una nueva búsqueda manual para esta revisión de la literatura.

## 7) Selección de artículos

En primer lugar se realizó una evaluación por pares de la totalidad de los artículos encontrados mediante la búsqueda bibliográfica, seleccionando aquellos que se adecuaban a los objetivos del proyecto. Los datos más relevantes fueron recopilados en una hoja diseñada por el equipo (Anexo III).

Los artículos fueron evaluados con una puntuación entre 0-10 según el grado de adecuación a los criterios del estudio, siendo seleccionados en primera instancia aquellos que hubiesen obtenido una puntuación mayor o igual a 5. En los que existía un resultado con una diferencia mayor de 3 puntos entre los dos revisores, cosa que ocurrió en ocho ocasiones, se volvió a realizar una tercera evaluación a cargo de otro componente diferente del equipo. (Esta valoración no se hizo de acuerdo a ninguna escala, sino teniendo en cuenta si los artículos contenían o no las variables interesantes para el estudio.)

Posteriormente tuvo lugar una segunda evaluación del total de los artículos, desestimando alguno que no se adecuaba a los criterios de inclusión y retomando otros (no elegidos en la primera fase) por incluir algún aspecto concreto que permitía obtener más información relativa a los objetivos del proyecto.

## 8. Gestión de los datos obtenidos

Los artículos encontrados se han almacenado en la base de datos Reference Manager versión 9.0.

## RESULTADOS

De la búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, HEALTHSTAR, EMBASE, CANCERLIT y OSH-ROM se obtuvieron 243 artículos (226 artículos en inglés más 17 artículos en español) y, tras el proceso de selección, se eligieron 38.

De la búsqueda realizada en AGELINE se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ La búsqueda #1, que se refiere a la visita, aportó 8 resultados, de los cuales 4 son libros o monográficos. Únicamente son seleccionados 2 artículos de acuerdo a los criterios establecidos.
- ✓ La búsqueda #2, que se refiere a las personas mayores, aportó 16 resultados, de los que 5 son libros o monográficos. Son seleccionados los mismos 2 artículos que en la búsqueda anterior.

De la búsqueda realizada en CUIDATGE se obtuvieron los siguientes resultados, según las palabras clave utilizadas que se encuentran en el Anexo I:

- ✓ La búsqueda #1, que se refiere a la Atención Primaria, dio 43 resultados.
- ✓ La búsqueda #2, que también se refiere a la Atención Primaria, dio 68 resultados.
- ✓ La búsqueda #3, que se refiere a las personas mayores, dio 98 resultados.

Esto ofreció un total de 209 resultados, incluidas duplicidades. Del listado completo fueron seleccionados 26 artículos.

De la búsqueda realizada en CUIDEN se obtuvieron 3 artículos que cumplían los criterios.

En la base de datos BDIE aparecieron 62 artículos, incluidas duplicidades. Los artículos seleccionados por los revisores ya aparecían en las bases de datos previas.

Mediante búsqueda secundaria, se consiguieron 20 artículos más.

A través de estas búsquedas se obtuvieron finalmente 89 artículos. De ellos, se escogieron un total de 25 artículos en el primer proceso selectivo, y un número final de 35 artículos en el segundo proceso selectivo, según el proceso anteriormente descrito. Los resultados hacen referencia a estos últimos 35\* (Tabla 2).

---

\* Hay que reseñar que uno de los artículos seleccionados se encuentra publicado en dos revistas diferentes con títulos distintos<sup>4,31</sup>.

**Tabla 2. Estudios seleccionados en la segunda búsqueda**

<b>Autor/Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Contenidos</b>
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>	Descriptivo transversal	Evaluación del grado de cumplimiento de las actividades y registros de enfermería en el programa de atención domiciliaria llevado a cabo en un área de salud.
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>	Descriptivo transversal	Determinación del apoyo social y funcional que se da a los pacientes en un programa de atención domiciliaria, y comparación del medio urbano con el rural.
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>	Descriptivo prospectivo caso único	Evaluación de la eficacia del modelo de atención a domicilio. El estudio hace referencia a un único paciente.
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	Descriptivo transversal	Descripción del nivel primario de atención al paciente crónico domiciliario.
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>	Descriptivo transversal	Análisis de la satisfacción del usuario respecto al programa de visita domiciliaria de enfermería.
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>	Artículo de opinión	Descripción de la asistencia geriátrica a domicilio.
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>	Descriptivo retrospectivo	Análisis de los costes de la visita domiciliaria de enfermería a los pacientes inmovilizados adscritos a un centro de salud urbano.
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>	Descriptivo	Validación del Test OARS para la valoración de ancianos que viven en la comunidad y planificación de servicios para la tercera edad.
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>	Descriptivo	Descripción de un modelo de atención domiciliaria.
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>	Descriptivo	Determinación de la utilidad de la visita domiciliaria en el seguimiento y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia domiciliaria.
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>	Descriptivo transversal	Presentación de las características biomédicas de enfermería de 56 pacientes ancianos incluidos en un protocolo de visita domiciliaria programada.
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de las características socioeconómicas e identificación de problemas de salud de los pacientes crónicos domiciliarios a través de un cuestionario.
Gené J et al, 1999 <sup>52</sup>	Editorial	Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria.
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>	Descriptivo retrospectivo	Evaluación de los resultados de un programa de atención domiciliaria tras cinco años de funcionamiento (1990-1994) en Cornellá.
Güell R et al, 1998 <sup>40</sup>	Quasi-experimental	Análisis del efecto de una asistencia continuada sobre la frecuencia del reingreso de los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada.

**Tabla 2. Estudios seleccionados en la segunda búsqueda (continuación)**

Autor/Año	Tipo de estudio	Contenidos
Hernando J et al, 1992 <sup>41</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de la población susceptible de entrar en un programa para pacientes crónicos domiciliarios, identificando sus problemas de salud y valorando las necesidades de servicios.
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>	Descriptivo longitudinal	Valoración de la dependencia y necesidad de ayuda socio sanitaria que precisan las personas mayores de 65 años.
López O et al, 1999 <sup>42</sup>	Analítico cohorte retrospectiva	Estudio de la presencia de morbilidad física y psíquica en cuidadores principales de pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria, en comparación con un grupo control, y el establecimiento de un perfil del cuidador y del paciente incapacitado.
Martínez Marcos M, 1998 <sup>43</sup>	Descriptivo transversal	Determinación de grupos o niveles de dependencia de cuidados enfermeros de los pacientes incluidos en el servicio de atención domiciliaria.
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>	Descriptivo	Descripción de un modelo.
Osés F et al, 1995 <sup>4 **</sup>	Descriptivo	Descripción de la implantación de un programa de Atención Primaria, y resultados con la puesta en marcha del programa.
Osés F et al, 1994 <sup>31 **</sup>	Descriptivo	Descripción de la implantación de un programa de Atención Primaria, y resultados con la puesta en marcha del programa.
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	Semiexperimental de series cronológicas	Descripción de la situación clínico-social de los pacientes crónicos recluidos en su domicilio.
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>44</sup>	Descriptivo longitudinal	Estudio de la procedencia, morbilidad más frecuente, actividades de enfermería y motivo de alta de los usuarios del servicio de visitas domiciliarias. Evaluación del servicio desde el punto de vista sanitario, económico y de la satisfacción del paciente.
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de los problemas de salud y tratamiento administrado en los pacientes incluidos en el programa de visita domiciliaria en un Centro de Salud de Madrid.
Roca Roger M et al, 2000 <sup>45</sup>	Descriptivo longitudinal	Identificación de los cuidados que prestan los cuidadores informales y las repercusiones de estos cuidados sobre los cuidadores.
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>	Descriptivo	Descripción de las características de la cobertura de asistencia a domicilio que proporcionan los distintos países de la Unión Europea.

**Tabla 2. Estudios seleccionados en la segunda búsqueda (continuación)**

<b>Autor/Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Contenidos</b>
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	Descriptivo longitudinal	Descripción de la población de pacientes crónicos domiciliarios atendidos dentro del PATDOM, la frecuencia de visitas y análisis de la supervivencia a los dos años de seguimiento.
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>	Carta al director	Descripción de los datos más relevantes que caracterizan a la población de crónicos domiciliarios atendidos por un Centro de Salud en Barcelona, con la intención de hacer patente la necesidad del PATDOM.
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>46</sup>	Descriptivo transversal	Análisis de la repercusión que tiene la atención de pacientes crónicos domiciliarios sobre la salud de sus cuidadores principales.
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>47</sup>	Descriptivo longitudinal	Valoración de la capacidad físico-cognitiva de los pacientes crónicos domiciliarios y las caídas producidas durante tres años de seguimiento.
Soler JM et al, 1994 <sup>48</sup>	Carta al director	Descripción de los resultados de un estudio muestral poblacional realizado en el Centro de Salud de Llíria, donde se realizó una estimación de la prevalencia de pacientes mayores de 65 años no institucionalizados.
SoroChan M, 1994 <sup>9</sup>	Artículo de opinión	Descripción de las líneas de investigación y costes que la atención domiciliaria supone en Canadá.
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>49</sup>	Descriptivo transversal	Descripción de los problemas de salud de la población incapacitada en domicilio y valoración de las necesidades del servicio.
Vázquez C et al, 1995 <sup>50</sup>	Descriptivo longitudinal prospectivo	Descripción del grado de inmovilidad, situación funcional; causas y consecuencias en un grupo de ancianos atendidos en una unidad de asistencia a domicilio.



Dada la considerable heterogeneidad de las intervenciones (diferentes actividades, diferentes aspectos medidos, muestras muy diferentes...), resulta difícil realizar una síntesis de los datos recogidos.

La información obtenida en estos artículos se presenta en forma de tablas en los Anexos V, VI y VII, al final del libro. Esta información se sintetiza en los siguientes apartados:

- A) Características sociodemográficas.
- B) Características clínico-epidemiológicas de la población estudiada.
- C) Actividades realizadas por los profesionales de enfermería en la VDPE.
- D) Criterios utilizados para evaluar la VDPE.
- E) Satisfacción de los pacientes y/o sus cuidadores principales con la VDPE.
- F) Diseños de estudios que se han utilizado en la literatura revisada.

#### **A) Características sociodemográficas**

En el Anexo V se presenta la información recogida relativa a las características sociodemográficas, siendo éstas: *edad media, porcentaje de ancianos estudiado, población de procedencia, género, características de la vivienda, datos familiares, estado civil, presencia de cuidador y características, nivel de estudios y nivel socioeconómico.*

Sólo 2 de los artículos<sup>11,23</sup> contienen información válida sobre todas las variables a estudio. La media de variables sobre las que se encontró información en los estudios fue de 3,6 (sobre un máximo de 10). El rango de variabilidad es amplio (de 0 a 10).

La media de los datos de *edad* en los 23 artículos que registraron este ítem fue de 79 años (IC 95%: 76,81-81,20). En los 24 artículos en que pudo ser registrado el *género* hubo una preponderancia femenina (promedio de los porcentajes: 63,64%; IC 95%: 56,7; 70,6) frente al masculino (promedio de los porcentajes: 36,30%; IC 95%: 29,3; 43,4).

El *tamaño de la muestra* de las poblaciones estudiadas fluctuó de 98 individuos<sup>3</sup> a 841 en el estudio de mayor tamaño<sup>36</sup>, englobando un total de 3.133 individuos en los 11 artículos que permitieron conocer el tamaño muestral.

En cuanto al parámetro *vivienda*, cabe destacar que aquellos estudios<sup>12,23,30,45</sup> que valoraron la presencia de ascensor en la misma encontraron elevados porcentajes de su ausencia; desde un 67,1%<sup>45</sup> hasta un 91%<sup>12</sup>, pasando por un 85%<sup>30</sup> y un 80,2%<sup>23</sup>. El único artículo que valoró la presencia de teléfono encontró que un 85,3% de los participantes en el estudio contaba con el mismo en casa<sup>8</sup>. Por último, 2 estudios<sup>11,23</sup> reseñaron la ausencia de calefacción en algunas viviendas, con un porcentaje de 2,1%.

Con respecto a la valoración del *medio familiar*, en 4 artículos se registraron porcentajes de ancianos que vivían solos<sup>8,30,43,45</sup>, con variaciones entre un 4,9%<sup>8</sup> y un 18%<sup>30</sup>. Sólo 2 estudios constataron la presencia de ayuda institucional<sup>43,45</sup>, que varió de un 10,5% a un 14,4%.

La valoración del *estado civil* revela una gran consistencia en el porcentaje de ancianos viudos, que en casi todos los artículos estudiados se aproxima al 50%<sup>11,23,30,33,41,42,45,47,49</sup>.

Respecto a la existencia de *cuidadores*, 6 estudios recogen datos y 3 señalan que el cuidador principal es una mujer<sup>11,23,31</sup> (entre el 77,3% y el 86,1% de los cuidadores, según estos artículos, eran mujeres).

Seis artículos hacen referencia al nivel de estudios de los participantes, llamando poderosamente la atención el elevado porcentaje de analfabetismo registrado en 2 de ellos (40 y 21%)<sup>10,23</sup>, aunque otro encontró un porcentaje de 8,6%<sup>30</sup> que, aun siendo elevado, no alcanza las dimensiones de los anteriores.

Sólo 2 estudios describen claramente el nivel socioeconómico de sus participantes, teniendo casi un 50% de la población unos ingresos inferiores al mínimo interprofesional<sup>23,31</sup>; otros hacen referencia a este nivel como medio-bajo<sup>3,11</sup>.

## **B) Características clínico-epidemiológicas de la población estudiada**

En el Anexo VI se han incluido las variables clínico-epidemiológicas recogidas en los artículos que se incluyeron para la resolución de los objetivos del estudio: *problemas de salud, diagnósticos médicos, diagnósticos enfermeros, nivel de autonomía/dependencia e instrumentos de medida utilizados*.

Los *problemas de salud* más comúnmente reseñados en dichos estudios fueron la incontinencia urinaria<sup>3,10,23,30,32</sup> y los problemas genitourinarios<sup>3,44</sup>, seguidos de los problemas de movilidad<sup>10,32,50</sup>, afectación músculo-esquelética<sup>33</sup> y úlceras por presión<sup>30</sup>.

La afectación del nivel de autocuidados fue registrada en 2 estudios<sup>10,50</sup>, al igual que la afectación del aparato circulatorio<sup>3,33</sup>. La afectación de otros órganos y aparatos como el sistema nervioso<sup>3</sup>, aparato respiratorio<sup>40</sup> o la piel<sup>44</sup> también fue reseñada.

En un apartado más heterogéneo de problemas se encontraron otros como son la alteración de la percepción sensorial<sup>23</sup>, alteración del estado mental<sup>10</sup>, riesgo de muerte<sup>44</sup>, alteración de la nutrición<sup>32</sup>, incumplimiento del tratamiento<sup>49</sup>, dieta inadecuada<sup>49</sup>, falta de higiene<sup>49</sup> o lesiones frecuentes<sup>49</sup>.

La variable *diagnósticos médicos* nos muestra un predominio de aquellos relacionados con el sistema cardiovascular<sup>3,5,12,23,38,39,41,45</sup>, así como hipertensión arterial<sup>3,5,11,23,30,49</sup> y enfermedad cerebrovascular<sup>15</sup>. En segundo lugar encontramos los diagnósticos relacionados con problemas osteoarticulares<sup>5,12,30,38,40</sup>, artrosis y afines<sup>3,8,11,39,41,45,49</sup>. Tras estos dos grandes grupos, es posible encontrar los problemas

neurológicos<sup>5,8,12,23,30,45,50,51</sup>, las patologías respiratorias<sup>5,30,38,40,45</sup> y la diabetes mellitus<sup>3,5,11,30</sup>.

En un menor número de artículos se reseñaron diagnósticos como incontinencia urinaria<sup>3,5,49</sup>, neoplasias<sup>5,34</sup>, depresión, ansiedad y enfermedad mental<sup>45</sup>, insomnio, estreñimiento u obesidad<sup>39</sup>.

En cuanto a los *diagnósticos enfermeros*, se encuentran artículos que definen y registran claramente los mismos, mientras que en uno de ellos<sup>11</sup> se agrupan problemas de salud detectados por profesionales de enfermería pero que no se corresponden claramente con diagnósticos enfermeros, tales como alteraciones del sistema nervioso, del aparato circulatorio, de los sentidos, etc.

El diagnóstico de enfermería más comúnmente reseñado en los artículos fue el de déficit de autocuidados<sup>39,34,43,49</sup>, seguido de las alteraciones de la eliminación<sup>39,43,49</sup>, alto riesgo de lesiones<sup>39,43</sup>, alto riesgo de traumatismo<sup>34,39</sup>, alto riesgo de alteración de la integridad cutánea<sup>34,49</sup> y alteración de la movilidad<sup>34,49</sup>. Por último, algunos diagnósticos sólo se registraron en un artículo, como son alteración del bienestar<sup>34</sup>, alteración del patrón de sueño<sup>34</sup> y baja autoestima<sup>34</sup>.

Los registros del *nivel de autonomía/dependencia* son heterogéneos y dependen directamente de los instrumentos de medida utilizados (son analizados posteriormente) y que en su concepción valoran aspectos similares pero con distinto enfoque. En cualquier caso, el análisis de esta variable remarca importantes datos como que un porcentaje tan elevado como del 73,5% de los participantes en un estudio precisaba cuidados de salud<sup>11,41</sup>; 3 estudios constatan la necesidad de ayuda parcial<sup>10,34,43</sup>, cuantificada en un estudio en un 17%<sup>10</sup>, y ayuda total<sup>10,34,43</sup>, en un porcentaje del 21% de los miembros del estudio<sup>10</sup>. Asimismo, son varios los estudios que constatan la "autosuficiencia" o autonomía de las personas mayores<sup>10,34,43</sup>, con un porcentaje tan elevado como del 62% en uno de los artículos<sup>23</sup>, lo que remarca de nuevo la disyuntiva entre anciano sano y anciano frágil, no diferenciada claramente en los estudios.

La incapacidad física<sup>23,42</sup>, inmovilidad<sup>50</sup> y dificultad para la deambulación<sup>12,41</sup> también son reseñadas y revelan porcentajes variables, alcanzando hasta un 77% para las dificultades en la deambulación<sup>12</sup>; el 18% de encamados<sup>12</sup> y el 14,8% sufrieron incapacidad física, según uno de los estudios<sup>23</sup>; en otro estudio se señaló el uso de silla de ruedas<sup>41</sup>. La incapacidad mental se reseña en tres artículos<sup>23,42,46</sup>, mostrando porcentajes que van del 10<sup>23</sup> al 18%<sup>46</sup>. Por último, cabe destacar que uno de los estudios reseña el mayor grado de autonomía general en el género femenino<sup>30</sup>.

Los *instrumentos de medida* utilizados se centran en tres grandes grupos: aquellos que evalúan incapacidad física o independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria<sup>8,10,23,30,34,42,45,46,50,52</sup>, aquellos que evalúan el estado mental y cognoscitivo<sup>8,10,45,46,50,52</sup>, y otros más heterogéneos que valoran la capacidad de ayuda familiar<sup>8</sup> o el estatus social del anciano<sup>46</sup>.

Por último, algunos estudios no reflejan la utilización de instrumentos validados. Se analizaron historias clínicas<sup>3,41,49</sup>, encuestas<sup>41</sup> u otros parámetros menos específicos<sup>8,40</sup>.

Dentro del primer grupo (incapacidad física o independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria) destaca el uso del Índice de Katz<sup>8,10,30,46,50,52</sup> y la Escala de incapacidad física de la Cruz Roja<sup>23,42,50</sup>; menos utilizados son el Índice de capacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)<sup>45</sup>, el Índice de Lawton-Brody de las actividades instrumentales de la vida diaria<sup>50</sup> y la Escala del nivel de dependencia valorado según el modelo de Virginia Henderson<sup>34</sup>.

La escala más utilizada para la valoración del estado mental o del deterioro cognoscitivo fue el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), usado en tres estudios<sup>45,46,52</sup>. Otros tests y escalas utilizados fueron el Mini-mental test de Pfeiffer<sup>10</sup>, el Examen cognoscitivo de Lobo<sup>50</sup> y el test de Yesavage para detectar la depresión<sup>50</sup>.

Otras escalas utilizadas fueron el Perfil de Salud de Nottingham<sup>8</sup> y la Escala de capacidad de ayuda familiar<sup>8</sup>. En cuanto a los estudios que no utilizaron instrumentos estandarizados, destaca la valoración de las historias clínicas<sup>3,41,49</sup>. También se realizaron encuestas<sup>41</sup> y se midió la función ventilatoria<sup>41</sup>.

### **C) Actividades realizadas por los profesionales de enfermería en la VDPE**

En el Anexo VII se ha recogido la información relativa a las características de las visitas domiciliarias; entre ellas: *número de visitas, actividades realizadas, instrumentos utilizados y criterios de evaluación de la visita domiciliar de enfermería programada*.

Todos los programas de atención domiciliar y artículos analizados registraron datos de *actividad*. Un análisis del perfil de los profesionales sanitarios que realizan estas visitas revela que la enfermería presenta un rol predominante en cuanto a los niveles de actividad; los profesionales de enfermería realizan el doble de visitas que los profesionales médicos<sup>11,30,31</sup>. El número de visitas por paciente y año en enfermería varía de 3,8<sup>11</sup> a 5,09<sup>31</sup>, mientras que el número de visitas médicas en estos mismos estudios está entre 2,3<sup>11</sup> y 2,67<sup>31</sup> visitas por paciente y año. La enfermería, además, realiza un mayor número de visitas que el conjunto de otros colectivos; un 65,71% del total de visitas, frente a un 34,29% del resto<sup>5</sup>.

La valoración de las *actividades realizadas* es dificultosa debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas (algunos estudios cuantifican las actividades por porcentaje, otros sólo las enumeran y otros hablan de planes de cuidados sin desglosar las actividades incluidas en los mismos). En cualquier caso, cabe destacar que la actividad que se registra en la mayoría de los estudios revisados es la realización de curas<sup>35,39,41,43,44,49</sup>. La educación para la salud y valoración del paciente se registra sólo en 4 estudios<sup>11,35,43,44</sup>. El registro de la tensión arterial se remarca en otros 4 artículos<sup>11,39,43,49</sup>; 3 artículos subrayan la realización de sondajes<sup>11,41,44</sup> y determinación de glucemia capilar<sup>11,39,49</sup>; en 2 artículos se señala la realización de extracción de sangre<sup>11,39</sup> y control de dieta<sup>11,43</sup>. Es necesario enfatizar que sólo un estudio cuantifica el tiempo de visita, con un rango que va desde 8,3 a 14,5 minutos<sup>41</sup>.

Los instrumentos que miden las actividades realizadas en la visita sólo están detallados en un artículo<sup>11</sup>, siendo éstos la historia clínica, la entrevista domiciliaria y las clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria.

#### **D) Criterios utilizados para evaluar la VDPE**

Únicamente se han encontrado 2 artículos que hacen referencia a algún tipo de evaluación de la VDPE. Por este motivo, no se muestra una tabla con los estudios analizados. Los criterios de evaluación de la VDPE no están claramente definidos en ningún estudio, aunque sí se evalúan problemas de salud, patologías y diagnósticos de enfermería, entre otros. Los únicos artículos encontrados que hacen referencia a la evaluación de la visita domiciliaria están dirigidos desde atención especializada y se describen a continuación.

En el primer estudio<sup>38</sup> se considera a la visita como efectiva para el control y la valoración de la oxigenoterapia domiciliaria, además de ser un instrumento bien valorado por el paciente. Este estudio procede de un servicio de neumología y la visita domiciliaria estudiada no está realizada exclusivamente por los profesionales de enfermería.

En el segundo<sup>40</sup> se concluye que la visita domiciliaria a pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada consigue reducir el número de reingresos en un servicio de neumología. El tipo de visita analizada en este estudio no está realizada exclusivamente por profesionales de enfermería.

Estos resultados refuerzan la necesidad de evaluación de la VDPE, como señala el objetivo de este estudio.

#### **E) Satisfacción de los pacientes y/o sus cuidadores principales con VDPE**

En cuanto a la satisfacción, tan sólo han sido encontrados 3 artículos con información relevante, que se muestran a continuación.

En el primero<sup>46</sup>, un 91% de los pacientes y/o cuidadores del estudio se sentía suficientemente satisfecho de la atención prestada por el EAP, sin que el estudio especifique el tipo de instrumento utilizado.

En el segundo<sup>18</sup>, el 96,3% de los pacientes afirma que su familia valora positivamente el trabajo y el apoyo que recibe del profesional de enfermería que lo atiende. Cifra coincidente con la propia opinión del paciente. Además, un 69,1% afirma que el trato recibido es “excelente”, y un 96,6% considera que la atención domiciliaria de enfermería contribuye a mejorar su situación de salud.

Por último<sup>44</sup>, a través de una encuesta de satisfacción realizada por el propio equipo investigador, el tercer artículo concluye que la satisfacción de los cuidadores es muy alta, especialmente en el trato humano y en la utilidad de las visitas.

## F) Diseños de estudios que se han utilizado en la literatura revisada

De los 35 artículos seleccionados, que se muestran ordenados por orden alfabético de autor en la Tabla 2, mostrada anteriormente, 7 no son estudios científicos, sino editoriales, cartas al director y artículos de opinión. De los 28 artículos restantes, 26 son estudios observacionales y únicamente 2 son experimentales.

- Dentro de los estudios observacionales encontramos que:
  - el 89% del total son descriptivos (25: 18 transversales, 1 de los cuales es un estudio de caso único, y 7 longitudinales);
  - sólo el 3,5% del total son estudios analíticos (1 cohorte retrospectiva).
- De los estudios experimentales, los 2 son cuasiexperimentales de series temporales.

Existe un porcentaje elevado (93%) de estudios observacionales y un porcentaje muy bajo (7%) de estudios experimentales en nuestra revisión. Los resultados que se obtienen con este tipo de estudios no pueden servir para evaluar el efecto de una intervención, pero sí para describir una población y sus necesidades de salud, como veremos más adelante.

## 4. Limitaciones

---

Está establecido que la búsqueda por palabras clave y descriptores no ofrece una elevada precisión, pero una búsqueda de este tipo permite, en cambio, un acceso rápido y extenso. Además, es fácilmente reproducible, por lo que fue el sistema elegido para el estudio que se presenta.

Una de las limitaciones que podemos encontrar en este estudio es que este tipo de búsquedas puede provocar errores o inexactitudes en el proceso de elección de las palabras clave por parte de los autores. En nuestro caso se optó por una búsqueda lo más sensible posible, que nos permitiese obtener el mayor número de resultados. Ese hecho obligó a realizar un trabajo de cribado posterior por pares que fue desarrollado por todo el equipo investigador, tal y como se describe en el apartado de metodología.

La selección de las referencias de los artículos encontrados se hizo utilizando el título del artículo y el resumen, cuando estaba disponible, por lo que pudiera ser que hayan sido rechazados artículos interesantes para nuestros objetivos por haber carecido de información suficiente para su eventual selección.

Con la finalidad de conseguir el mayor número de estudios publicados que nos permitiesen realizar la mejor síntesis de la investigación existente acerca de la visita domiciliaria programada de enfermería en personas mayores de 65 años, se dejó a criterio de cada grupo de evaluadores la selección de los documentos secundarios citados en los artículos encontrados. Este hecho ha podido incrementar la variabilidad en los estudios incluidos.

Algunas bases de datos consultadas no utilizan el castellano o el inglés en sus descriptores, por lo que para ellas se ha tenido que diseñar una búsqueda distinta a la del resto de las bases de datos.

Si bien está descrito un sesgo de publicación o tendencia a publicar más los estudios con datos positivos, en nuestro estudio ni tan siquiera se han encontrado estudios que evidencien un efecto positivo moderado, por lo que es lógico pensar que no existen estudios no publicados que sí lo evidencien. Se podrían haber perdido todos aquellos que se publican de forma muy local; no obstante, si se publican localmente podemos pensar que son documentos de escasa envergadura. Por otro lado, este hecho se ve minimizado en nuestro estudio por los contactos personales y los realizados por correo con diferentes organizaciones.

La mayor limitación de esta revisión, quizá ajena al diseño del estudio, es la escasa literatura existente sobre todo en cuanto a estudios experimentales para el tipo de variables estudiadas.

## 5. Discusión

---

En este momento, en el Estado español se pueden encontrar publicaciones de estudios descriptivos, sobre todo en Cataluña, que intentan medir el grado de implantación de los programas y evaluar su funcionamiento; no obstante, en la revisión realizada no se han encontrado estudios que permitan evaluar el efecto. Las experiencias existentes son dispersas y parecen obedecer a iniciativas individuales.

En una revisión<sup>53</sup> realizada sobre los años 1988 a 1994 se han encontrado tan sólo 20 revisiones sistemáticas de la efectividad de la actividad de enfermería, siendo los temas principales los relativos a la evaluación de necesidades del paciente, la promoción de la salud, las actividades preventivas, las técnicas terapéuticas y de rehabilitación, y la organización y el apoyo administrativo.

En el presente estudio la búsqueda realizada fue sensible y poco específica, justificada por el poco volumen de información concreta que se encontró en las búsquedas preliminares. Esto provocó que aumentara bastante el número de publicaciones no relevantes.

La revisión presentada en este artículo permite afirmar que existen algunas revisiones de la literatura publicada sobre el tema<sup>14</sup>, pero todavía no se ha realizado en nuestro entorno ninguna acerca del efecto de la visita domiciliaria. La revisión llevada a cabo en este estudio sólo permite describir el estado actual del tema y los avances realizados en los últimos diez años, así como mostrar la debilidad metodológica, la falta de iniciativa científica o de interés en evaluar el efecto de la VDPE.

Esto es coincidente con las revisiones realizadas en otros países<sup>19,20,54</sup>, que, aunque aportan resultados aparentemente controvertidos, están de acuerdo a la hora de afirmar que la ausencia de una clara justificación de la VDPE en términos de resultados (reingresos, reducción de estancias, etc.) no debe ser utilizada como motivo para no seguir apoyando este servicio. No sería posible rechazar esta intervención ni siquiera aunque existiera evidencia disponible en nuestro país, ya que, como se ha visto en otros, existen limitaciones para evaluar la VDPE. Las revisiones y los metaanálisis encontrados en la literatura extranjera encuentran limitaciones en el uso de los ensayos clínicos para evaluar el efecto. 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<sup>55</sup>. Se hace necesaria una comprensión más profunda de la VDPE y encontrar una metodología correcta para este tipo de estudios.

Respecto a los programas y protocolos revisados durante el estudio (Anexo IV), como forma de conocer el marco en el que se desarrollan las intervenciones de enfermería, son destacables varios aspectos. La diferencia existente entre los objetivos marcados en los programas y protocolos (elevar nivel de salud, mejorar calidad de vida...) y lo que realmente se evalúa con los criterios establecidos (número



de visitas, actividades realizadas) hace muy complicado valorar ciertos aspectos, sobre todo si se trata de cuestiones subjetivas o con dificultad para hacerlos operativos y explícitos (calidad de vida, satisfacción, bienestar, etc.)<sup>1</sup>.

A continuación se presenta la discusión sobre los resultados obtenidos en las diferentes variables del estudio.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La media de edad es alta, 79 años, lo que indica que se han elegido mayoritariamente estudios sobre personas mayores, por lo que es posible afirmar que el trabajo no se ha sesgado por artículos que hablan sobre visitas a domicilio en otros grupos de edad (inmovilizados, terminales o demás...).

En cuanto al género, queda claro que en los estudios revisados las personas mayores que reciben cuidados de enfermería son mayoritariamente mujeres. Esto se puede explicar debido a la mayor esperanza de vida de la mujer en nuestro país, como era de esperar.

Acerca del estado civil, era esperable encontrar un alto porcentaje de personas mayores viudas, debido al aumento de la mortalidad con la edad. Es destacable el alto grado de acuerdo en los resultados obtenidos de los resultados obtenidos.

Los tamaños de las muestras estudiadas son muy dispares entre sí. Esto se debe a la diferente naturaleza de los estudios (descripción de problemas de salud, identificación de cuidados, evaluaciones de eficacia, análisis de satisfacción, etc.). Un dato más que nos habla de la multitud de enfoques en el estudio de la visita que produce mucha variabilidad en el tamaño muestral empleado.

Respecto a la vivienda, cabe decir que algunos de los parámetros estudiados coinciden en señalar su escasa equipación. Primero habría que describir la presencia media de ascensores, teléfono, calefacción o equivalentes en las viviendas en el territorio nacional. Si es real esa escasez, la explicación podría residir en que se hayan realizado estudios en poblaciones mayoritariamente deterioradas o de extracción social humilde (error sistemático) o que los estudios elegidos hayan coincidido en contener esta población (error aleatorio).

Sobre la valoración del medio familiar existe poca información para extraer conclusiones, pero parece que hay un porcentaje relativamente alto de mayores viviendo solos (al menos en relación a lo que tradicionalmente venía aconteciendo), así como un porcentaje de ayuda institucional relativamente bajo.

En referencia a los cuidadores se encontró un alto porcentaje femenino. Parece ser, a la luz de los estudios revisados, que el género mayoritario continúa siendo éste. Estos resultados concuerdan con las descripciones tradicionales del cuidador.

Por otra parte, llama considerablemente la atención el elevado porcentaje de analfabetismo registrado en 2 de los estudios (40 y 21%), frente al publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para este mismo grupo de edad<sup>10,23</sup>. Estas

cifras pueden explicarse porque uno de estos estudios está realizado con población urbana periférica con 78 años de edad media, bajo nivel socioeconómico y alto porcentaje de inmigrantes, y el otro con población del grupo de entre 75 y 85 años.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS**

La enumeración de los problemas de salud y patologías más comunes es muy variada. Es complicado hacer una valoración de ellos porque se utilizan descripciones de enfermedades o disfunciones muy dispares.

En cuanto a los diagnósticos médicos, sí es posible observar, al tratarse de una denominación común, que los problemas más frecuentes tienen que ver con patologías crónicas, cardiovasculares, osteoarticulares y mentales o neurológicas.

Sobre los diagnósticos de enfermería se puede ver que los derivados de la falta de autonomía y los problemas de movilidad son los más frecuentes.

Acerca del nivel de autonomía, los resultados encontrados son dispares, quizá debido a la ausencia de una definición clara de la persona mayor dependiente. Varios estudios apuntan altos porcentajes de personas mayores necesitadas de cuidados, pero a la vez altos porcentajes de autonomía.

No existe un acuerdo generalizado en los trabajos revisados sobre los instrumentos de medida a utilizar en el estudio de la visita domiciliaria. Esto puede ser debido a que cada investigador elige aquel que se adapta a sus parámetros de estudio y, como ya hemos señalado, el hecho de que exista una amplia gama de variables arroja una gran variedad de cuestionarios y escalas. Algunos aspectos concretos de la visita tienden a ser estudiados mediante el uso de ciertos instrumentos, como se describe en los resultados, pero en general la variabilidad es elevada.

## **ACTIVIDADES REALIZADAS**

El número de visitas realizadas por enfermería supera a las realizadas por otros profesionales. Ante esta afirmación, que confirman algunos estudios<sup>18,44,46</sup>, se plantean algunas cuestiones:

- 1) Con estos niveles de actividad y los recursos (materiales y humanos) destinados a la visita, es posible que se deban invertir también recursos para realizar una evaluación rigurosa de la actuación de enfermería. Al igual que lo han hecho otros profesionales, incluso tras la realización de menos visitas que las de enfermería.
- 2) El hecho de evaluar dichas actividades y el tiempo invertido en realizarlas, junto a la detección de las necesidades de los usuarios, es posible que repercutan positivamente en la calidad de la asistencia que enfermería ofrece a la población y, por tanto, en la mejora del Sistema Sanitario.

- 3) La sociedad ha de ser consciente de que enfermería juega un papel determinante en el cuidado a domicilio de las personas mayores.

En cuanto a las actividades realizadas, los resultados muestran que las acciones desarrolladas por enfermería en la visita son las esperadas, las que comúnmente aparecen en los protocolos<sup>18,44,46</sup>. Respecto a las actividades de educación sanitaria cabe destacar que no se reflejan en muchas ocasiones en los resultados de los estudios, por no ser actividades concretas y comúnmente listadas en los planes, pese a que formen parte esencial del total de actividades<sup>49</sup>.

Respecto a las actividades realizadas y los instrumentos de medida utilizados, cabe destacar la gran variabilidad en los datos que se recogen, como ya muestran otros estudios<sup>23</sup>.

En el aspecto concreto de los instrumentos de medida empleados en este punto, el hecho de que no se reseñen expresamente instrumentos en los demás artículos puede hacernos pensar que no han sido utilizados, aunque también podría ocurrir que no hubiesen sido descritos en el artículo.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VDPE

Sin duda, éste ha sido el aspecto con más dificultades del trabajo debido a la escasez de artículos que entre sus objetivos estuviera evaluar la VDPE. De los pocos artículos encontrados, la visita evaluada procedía de atención especializada y ni siquiera era realizada exclusivamente por enfermería.

Estos resultados refuerzan la necesidad de evaluación de la VDPE, como señala el objetivo de este estudio.

## SATISFACCIÓN

En lo que respecta a la *evaluación de la satisfacción*, es una medida que en los últimos años ha evolucionado de valorar los aspectos organizativos de la prestación del servicio a ser estimada como un indicador de resultado de la actividad asistencial<sup>56</sup>.

Los escasos artículos revisados que recogían esta variable muestran una elevada satisfacción respecto a la visita, tanto de la persona mayor como del cuidador.

No están muy claras las metodologías seguidas para la obtención de estos resultados. Habría que conocer bien el cuestionario utilizado o el mecanismo de recogida de datos para poder valorar estos resultados.

Los estudios revisados<sup>18,44,46</sup> no han utilizado ningún instrumento de los referidos en la bibliografía sobre el tema, o han utilizado preguntas genéricas sobre el tema, por lo que su medida resulta escasamente fiable. Recientemente se ha diseñado y validado en España un instrumento específico para medir la calidad percibida de la atención domiciliaria<sup>57</sup>, con lo que ya no se justifica que el nivel de satisfacción se establezca sin rigor científico.

Estos resultados señalan la buena percepción social que existe sobre la VDPE, pero no arrojan datos objetivos sobre su eficacia en términos de mejora de salud o disminución de la enfermedad.

De cualquier modo, no parece desdeñable el efecto social que esta intervención supone, sobre todo en términos de prestigio profesional y de imagen pública.

## **DISEÑO DE ESTUDIOS**

En cuanto a los tipos *de estudios* evaluados, se puede ver que existe gran escasez de estudios experimentales, de planteamientos metodológicos que pretendan generar información extrapolable, útil y práctica a la hora de resolver el interrogante sobre el efecto de la intervención de enfermería. Los problemas fundamentales que atañen a este tipo de estudios, con los que se encuentran todos los investigadores, independientemente de su disciplina, son las carencias económicas y temporales. De cualquier modo, son los únicos estudios válidos para valorar el efecto de una intervención.

En cambio, encontramos un alto número de estudios observacionales que, si bien describen a la población de estudio, sus necesidades de salud y otras variables anteriormente reseñadas, presentan problemas metodológicos cuando se pretende generalizar resultados.

## 6. Conclusiones

---

Respecto a la visita domiciliaria, habría que reseñar que su evaluación implicaría la valoración de un gran número de intervenciones, por lo que sería necesario analizarlas independientemente para poder definir qué intervención es la más eficaz, y cuál no, dentro del amplio espectro de intervenciones que se realizan en las visitas<sup>19</sup>.

En nuestro contexto, la visita domiciliaria es diferente según Comunidades Autónomas, según áreas de salud e incluso, en algunos casos, según Equipos de Atención Primaria. Por tanto, comparar intervenciones con tan alto grado de variabilidad resultaría un objetivo difícil de conseguir.

El consenso sobre la definición de la intervención “visita domiciliaria” está abierto a lo que cada programa de Atención Primaria entienda por ello. En definitiva, la VDPE es multidimensional, y no es fácil separarla en distintos elementos. 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.

Dada esta considerable heterogeneidad (diferentes actividades, diferentes aspectos medidos, muestras muy diferentes...), la información no permite exponer conclusiones generales, lo que ha obligado a presentar un análisis basado en la descripción de la literatura encontrada.

Las evidencias disponibles son insuficientes para proporcionar recomendaciones sólidas y aplicables a la práctica clínica, por lo que estudios que permitiesen evaluar el efecto de la VDPE deberían incluirse entre las prioridades de la investigación sanitaria. También sería necesario el inicio de líneas de investigación que proporcionen una evidencia científica lo más sólida posible. Con la finalidad de mejorar la atención y conocer la calidad de vida de estos pacientes, una de las líneas de investigación para la evaluación de la VDPE debería enfocarse bajo una perspectiva cualitativa<sup>1</sup>.

Por otro lado, la existencia de un registro correcto de las actividades y la evolución del paciente permitiría la posibilidad de revisar esa información, evaluar ese servicio y, posteriormente, hacer valoraciones de su efecto. De ahí la importancia de diseñar y aplicar programas y protocolos metodológicamente correctos que regulen las intervenciones, de tal modo que después sea posible el estudio de las mismas. Dicho registro ha de ser consensuado y unificado o, al menos, lo más homogéneo posible.

## 7. Recomendaciones

---

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 este sentido, también resultaría conveniente realizar estudios con metodología cualitativa que permitiesen valorar aspectos difícilmente abordables con metodología cuantitativa (calidad de vida, satisfacción, bienestar, etc.). Asimismo, podría ser interesante analizar todos los componentes del proceso asistencial, poniendo especial atención en el cuidador (“paciente oculto”)<sup>1</sup>.

Parece indicado, a la luz de las diferentes variables recogidas en los estudios y los diferentes diseños utilizados, proponer una metodología común para evaluar el efecto de esta intervención. El hecho de utilizar diseños y evaluaciones comunes permitiría comparar los resultados obtenidos y, por tanto, proponer estrategias acordadas para desarrollar en los diferentes programas.

En los programas y protocolos estudiados (Anexo IV) llama la atención la profusión y variabilidad de los documentos existentes. Basándose en este hecho, parece oportuno recomendar un mayor acuerdo a la hora de elaborar e implantar protocolos y programas de salud.

También consideramos urgente recomendar la creación de un grupo de consenso que establezca la definición de “Visita Domiciliaria Programada de Enfermería” y las actividades que dicha visita incluye, así como la propuesta de un registro consensuado.

Un registro correcto de las actividades y la evolución del paciente permitiría revisar esa información y realizar estudios que evaluaran ese servicio y, posteriormente, hacer valoraciones de su efecto.

Dada la diferencia existente entre los objetivos marcados en los programas y protocolos y lo que realmente se evalúa con los criterios establecidos, cabría recomendar el establecimiento de criterios de evaluación mensurables y de acuerdo a los objetivos establecidos, así como una unificación de estos criterios de evaluación que permitiese comparar los resultados obtenidos.

### ANEXO I

### ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

#### PRIMERA PARTE

A continuación se detallan los filtros utilizados en la búsqueda bibliográfica y el desarrollo de las estrategias de búsqueda realizadas en las bases de datos COCHRANE, CUIDEN y BDIE durante la primera parte del trabajo.

En la primera búsqueda realizada se utilizaron los siguientes filtros de ensayos clínicos, elaborados por la Colaboración Cochrane:

- # 1 RANDOMIZED-CONTROLLED-TRIAL in PT
- # 2 CONTROLLED-CLINICAL-TRIAL in PT
- # 3 RANDOMIZED-CONTROLLED-TRIALS
- # 4 RANDOM-ALLOCATION
- # 5 DOUBLE-BLIND-METHOD
- # 6 SINGLE-BLIND-METHOD
- # 7 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
- # 8 TG=ANIMAL not (TG=HUMAN and TG=ANIMAL)
- # 9 #7 not #8
- #10 CLINICAL-TRIAL in PT
- #11 explode CLINICAL-TRIALS
- #12 (clin\* near trial\*) in TI
- #13 (clin\* near trial\*) in AB
- #14 (singl\* or doubl\* or trebl\* or tripl\*) near (blind\* or mask\*)
- #15 (#14 in TI) or (#14 in AB)
- #16 RESEARCH-DESIGN
- #17 #10 or #11 or #12 or #13 or #15 or #16
- #18 TG=ANIMAL not (TG=HUMAN and TG=ANIMAL)
- #19 #17 not #18
- #20 #19 not #9
- #21 TG=COMPARATIVE-STUDY
- #22 explode EVALUATION-STUDIES
- #23 FOLLOW-UP-STUDIES
- #24 PROSPECTIVE-STUDIES
- #25 control\* or prospectiv\* or volunteer\*
- #26 (#25 in TI) or (#25 in AB)
- #27 #21 or #22 or #23 or #24 or #26
- #28 TG=ANIMAL not (TG=HUMAN and TG=ANIMAL)
- #29 #27 not #28
- #30 #29 not (#9 or #20)
- #31 #9 or #20 or #30

Desarrollo de las estrategias de búsqueda:

#### COCHRANE

- # 1 HOME-CARE-SERVICES
- # 2 VISITATION
- # 3 = (#1 or #2)
- # 4 COMMUNITY-HEALTH-PLANNING
- # 5 = (#3 or #4)
- # 6 PRIMARY-NURSING-CARE
- # 7 = (#5 or #6)
- # 8 VISITING-NURSE (dio 0)
- # 9 HOME-VISIT
- #10 = (#7 or #9)
- #11 HOUSE-CALL (dio 0)
- #12 AGED
- #13 AGED-SIXTYFIVE-AND-OVER (dio 0)
- #14 AGED-SIXTYFIVE (dio 0)
- #15 ELDERLY
- #16 (#15 or #12)
- #17 (#16 and #10)
- #18 CHRONIC-DISEASE
- #19 CHRONIC-ILLNESS
- #20 (#18 or #19)
- #21 MORBILITY
- #22 (#21 or #20)
- #23 PATIENT-SATISFACTION
- #24 = (#23 or #22)
- #25 PERSONAL-SATISFACTION
- #26 (#25 or #24)
- #27 CONSUMER-SATISFACTION
- #28 = (#27 or #26)
- #29 CARE-GIVER-SATISFACTION
- #30 HOSPITALIZATION
- #31 = (#30 or #28)
- #32 PATIENT-ADMISSION
- #33 = (#32 or #31)
- #34 PATIENT-READMISSION
- #35 (#34 or #33)
- #36 EARLY-DISCHARGE
- #37 (#36 or #35)
- #38 CARE-GIVERS
- #39 (#38 or #37)
- #40 (#39 and #17)

#### CUIDEN

En esta base de datos se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

#1 (visita domiciliaria / visita programada domiciliaria / visita de enfermería / PATDOM / ATDOM / programa de atención domiciliaria / programa de la perso-



na mayor / programa del anciano) and (personas mayores / mayores de 65 años / anciano).

Las palabras clave relativas a los resultados no se incluyeron para no colapsar el motor de búsqueda. La selección posterior sí tuvo en cuenta que los artículos elegidos para la revisión contuvieran información relacionada.

#### BDIE

En BDIE no es posible hacer búsquedas combinadas, por lo que se utilizaron las palabras clave de manera individual. Para resumir la estrategia mostraremos la búsqueda y los resultados repartidos por grupos:

#1 Relativos a la intervención: visita programada, visita programada domiciliaria, visita de enfermería, programa ATDOM, programa de atención domiciliaria, alta precoz, programa de la persona mayor, visita domiciliaria, asistencia a domicilio.

#2 Relativos a la población: mayores de 65 años, ancianos, enfermos crónicos, patología crónica.

Respecto a las palabras clave relativas a los resultados ocurrió lo mismo que en la base de datos anterior. El filtro que no se pudo utilizar en la búsqueda se tuvo en cuenta posteriormente por los revisores en la selección.

## SEGUNDA PARTE

A continuación se detalla el desarrollo de las estrategias de búsqueda realizadas en las bases de datos AGELINE, CUIDATGE, CUIDEN y BDIE durante la segunda parte del trabajo.

#### AGELINE

#1 ((programmed visit) or (home visit) or (home visits) or (home care) or (home programmed visit) or (home care services) or (primary nursing care) or (visiting nurse) or (nursing visits) or (nursing home visits) or (nurses home visits) or (primary care at home) or (geriatric care at home)) and Spain and 1990-2000.

#2 ((older adults) or (geriatrics) or (homemaker-services) or (needs assessment) or (housing)) and Spain and 1990-2000.

#### CUIDATGE

La estructura de búsqueda en Cuidatge, teniendo en cuenta que sólo se indexa en catalán, se basó en las siguientes palabras clave:

#1 atenció primària.

#2 assistència primària.

#3 vellesa.

## CUIDEN

#1 (visita domiciliaria / visita programada domiciliaria / visita de enfermería / PATDOM / ATDOM / programa de atención domiciliaria / programa de la persona mayor / programa del anciano) and (personas mayores / mayores de 65 años / anciano).

## BDIE

Dado que en BDIE no es posible hacer búsquedas combinadas, las palabras clave fueron utilizadas de forma individual. La búsqueda y los resultados son mostrados por grupos:

#1 Referentes a la intervención: visita programada, visita domiciliaria, visita programada domiciliaria, visita de enfermería, PATDOM, ATDOM, programa ATDOM, programa de atención domiciliaria, programa de la persona mayor, programa del anciano, asistencia domiciliaria, asistencia a domicilio, atención domiciliaria, atención a domicilio.

#2 Referentes a los participantes: mayores de 65 años, ancianos, anciano, vejez, enfermería geriátrica, geriatría.

## ANEXO II

### CONTACTOS REALIZADOS

Para hacer más completa la búsqueda se enviaron cartas y se contactó personalmente con diferentes organismos e instituciones con el fin de encontrar documentación relativa a la revisión.

El envío de peticiones de información relacionada con el proyecto se dirigió a:

- Escuelas de Enfermería.
- Áreas de Salud y Direcciones Territoriales y Provinciales.
- Asociaciones sanitarias.
- Otras personas y lugares de interés.

#### Contactos personales realizados en:

##### *Servicio Andaluz de Salud (SAS)*

- Coordinador de Enfermería del Distrito sanitario Jerez - Sanlúcar. Cádiz.
- Coordinador de Enfermería. Distrito: Cádiz - Bahía.
- Coordinador de Enfermería. Distrito: Alto Guadalquivir - Palma del Río. Córdoba.
- Coordinadora de Enfermería. Distrito: Motril - Alpujarra. Granada.
- Coordinadora de Enfermería. Distrito: Alcalá - Martos. Jaén.
- Presidente de la Asociación Andaluza de Atención Primaria. Costa del Sol, Mijas. Málaga.
- Responsable de los servicios de atención al usuario. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Coordinadora de Enfermería. Distrito Aljarafe. Sanlúcar la Mayor, Sevilla.
- Docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Coordinador de Enfermería del Distrito Centro - Almería.
- Coordinadora de Enfermería del Distrito Poniente - Roquetas.
- Coordinadora de Enfermería del Distrito Huelva Costa.
- Coordinadora de Enfermería del Distrito Costa del Sol - Málaga.
- Subdirección de Asistencia Primaria de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

##### *Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)*

- Directores de Escuelas Universitarias de Enfermería de:
  - UPV de Leiza.
  - UPV de Guipúzcoa.
  - Osakidetza, en Vitoria.
- Directores de Enfermería de Atención Primaria de Osakidetza:
  - Bizkaia: Comarca Uribe, Enkarterri y Bilbao.
  - Araba: Interisa y Araba.
  - Guipúzcoa: Este y Oeste.

- Jefe de Servicio de Atención Primaria de Enfermería en la Organización central de Osakidetza.
- Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad del País Vasco (Campus de Leioa - Bizkaia).

*Servicio Navarro de Salud (Osunbidea):*

- Dirección de Atención Primaria de Navarra.
- Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra.
- Escuela de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra.

*Servicio Gallego de Salud (SERGAS)*

- Jefatura de Servicio de Enfermería del Servicio Galego de Saúde.
- Gerencias de Atención Primaria de Galicia.
- Dirección de Enfermería de Atención Primaria de La Coruña.

*Servicio Valenciano de Salud (SERVAS)*

- Direcciones de Enfermería de las 20 Áreas de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana
- Dirección General de Salud Pública.
- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Departamentos de Salud Pública. Escuelas Universitarias de Enfermería (Universidad de Alicante y Universidad Miguel Hernández).
- Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Valencia.
- Escuela Universitaria de Enfermería de La Fe.
- Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de los Desamparados.
- Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón.

*Servicio Aragonés de Salud*

- Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área 3 de Zaragoza.
- Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área 4 de Teruel.
- Dirección de Enfermería de Atención Primaria de las Áreas 2 y 5 de Zaragoza.
- Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área 1 de Huesca.
- Bibliotecaria de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

*Servicio Catalán de la Salud*

- Responsable de Atención Domiciliaria.

**Solicitud de información por correo a:**

*Direcciones Territoriales y Provinciales del territorio Insalud durante el año 2001*

- Dirección Territorial de Oviedo.
- Dirección Territorial de Palma de Mallorca.

- Dirección Provincial de Burgos.
- Dirección Territorial de Santander.
- Dirección Provincial de Albacete.
- Dirección Provincial de Ciudad Real.
- Dirección Provincial de Cuenca.
- Dirección Provincial de Guadalajara.
- Dirección Provincial de Toledo.
- Dirección Provincial de Ávila.
- Dirección Provincial de León.
- Dirección Provincial de Palencia.
- Dirección Provincial de Segovia.
- Dirección Provincial de Salamanca.
- Dirección Provincial de Soria.
- Dirección Territorial de Valladolid.
- Dirección Provincial de Zamora.
- Dirección Territorial de Badajoz.
- Dirección Territorial de Ceuta.
- Dirección Provincial de Cáceres.
- Dirección Territorial de Madrid.
- Direcciones de Áreas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 de Madrid.
- Dirección Territorial de Melilla.
- Dirección Territorial de Murcia.

### *Escuelas de Enfermería*

- Escuela de Enfermería de Cruz Roja de Melilla.
- Escuela de Enfermería de Cruz Roja de Ceuta.
- Escuela de Enfermería de Baleares.
- Escuela de Enfermería de Las Palmas de Gran Canaria.
- Escuela de Enfermería del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife.
- Escuela de Enfermería y Fisioterapia La Laguna, de Santa Cruz de Tenerife.
- Escuela de Enfermería Ntra. Sra. del Carmen, de Ciudad Real.
- Escuela de Enfermería de Cuenca.
- Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Toledo.
- Escuela de Enfermería del Insalud de Guadalajara.
- Escuela de Enfermería de León.
- Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca.
- Escuela de Enfermería Insalud de Zamora.
- Escuela de Enfermería Fundación Cultural Santa Teresa, de Ávila.
- Escuela de Enfermería Salus Infirmorum, de Salamanca.
- Escuela de Enfermería General Yagüe, de Burgos.
- Escuela de Enfermería Doctor Dacio Crespo, de Palencia.
- Escuela de Enfermería Doctor Sala de Pablo, de Soria.
- Escuela de Enfermería de Valladolid.
- Escuela de Enfermería Hospital Infanta Cristina, de Badajoz.
- Escuela de Enfermería de Cáceres.
- Escuela de Enfermería de Badajoz.
- Escuela de Enfermería de Murcia.
- Escuela de Enfermería Universidad Católica San Antón, de Murcia.

- Escuela de Enfermería Casa de Salud de Valdecilla, de Cantabria.
- Escuela de Enfermería Hospital de Cabueñes, de Asturias.
- Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Asturias.
- Escuela de Enfermería de Albacete.
- Escuela de Enfermería Hospital Provincial San Sebastián, de Badajoz.

#### Asociaciones

- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria de Madrid.
- Asociación Canaria de Enfermería Comunitaria, de Santa Cruz de Tenerife.
- Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria.
- Asociación Española de Enfermería Comunitaria.
- Asociación Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

#### Otros

- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de La Princesa, de Madrid.
- Escuela Andaluza de Salud Pública, de Granada.

## ANEXO III

### EVALUACIÓN DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES

#### PRIMERA PARTE DEL ESTUDIO

##### Referencia bibliográfica:

Título:

Autor:

Revista:

Fecha ....., vol. ....., n.º ....., págs. ....

##### Objetivo principal:

##### Diseño del estudio:

¿Se ha evaluado el efecto de la visita domiciliaria?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Se ha evaluado algún parámetro relacionado?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO  
¿Cuál?

##### Ámbito - Emplazamiento:

##### Número de pacientes estudiados:

¿Se ha calculado el tamaño de la muestra?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

No es necesario  
(se ha estudiado toda la población) \_\_\_\_\_

Criterios de inclusión: \_\_\_\_\_  SÍ  NO  
¿Cuáles?

— —  
— —

Criterios de exclusión: \_\_\_\_\_  SÍ  NO  
¿Cuáles?

— —  
— —

##### Técnica de muestreo:

##### Variables principales de resultado:

##### Resultados más importantes:

##### Conclusiones del estudio:

##### Valoración y comentarios sobre el artículo:

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

## SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO

### Referencia bibliográfica:

Título:  
Autor:  
Revista:  
Fecha ....., vol. ....., n.º ....., págs. ....

### Objetivo principal:

### Diseño del estudio:

¿Se ha evaluado el efecto de la visita domiciliaria?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Se ha evaluado algún otro parámetro?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Cuáles?  
— —  
— —  
— —

### ¿Con qué criterio?:

Parámetro evaluado	Criterio

### Ámbito - Emplazamiento:

### Número de pacientes estudiados:

¿Se ha calculado el tamaño de la muestra?: \_\_\_\_\_  SÍ  NO

No es necesario  
(se ha estudiado toda la población) \_\_\_\_\_



Técnica de muestreo:

Criterios de inclusión: \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

—  
—  
—  
—

Criterios de exclusión: \_\_\_\_\_

SÍ

NO

¿Cuáles?

—  
—  
—  
—

Características sociodemográficas de la población atendida:

Características clínico-epidemiológicas de la población atendida:

Variables principales de resultado:

Actividades realizadas por enfermería en la visita domiciliar programada:

¿Se ha evaluado la satisfacción del paciente?: \_\_\_\_\_

SÍ

NO

¿Se ha evaluado la satisfacción de la familia o los cuidadores?: \_

SÍ

NO

Criterios de evaluación:

—  
—  
—  
—

Resultados más importantes:

Conclusiones del estudio:

Valoración y comentarios sobre el artículo:

Valorar de 1 a 10 el interés del artículo según nuestros objetivos: \_\_\_\_\_

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### ESTUDIO DEL CONTEXTO LOCAL

La realización de la presente revisión sobre la VDPE precisó de un análisis previo del contexto en el que la intervención a estudio se aplicaba en nuestro país. Para ello se tuvieron en cuenta dos aspectos principales:

1. Características sociodemográficas de la población susceptible de ser incluida en programas de VDPE.

2. Programas o protocolos que estructuraran y organizaran esta intervención. En nuestro entorno, las actividades de la VDPE se enmarcan en programas y protocolos desarrollados en las diferentes Comunidades Autónomas y áreas de salud de las mismas.

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

Según cifras del INE, en 1999 cerca del 17% de la población española era mayor de 65 años (16,76%). En cifras totales, 6.739.561 personas mayores, sobre una población total de 40.202.158 habitantes. En el año 2001 la población española, según la misma fuente, se había incrementado a un total de 41.116.842 personas; suponiendo que la proporción de ancianos se mantuvo estable, nos encontramos ante una población de personas mayores de 65 años cercana a los 7 millones de individuos (6.989.683).

Evolución de la población por grandes grupos de edad						
	Número de habitantes			Porcentaje		
	0 - 15	16 - 64	65 y +	0 - 15	16 - 64	65 y +
1990	8.238.113	25.276.252	5.359.908	21,19	65,02	13,79
2000	6.354.863	26.440.294	6.694.478	16,09	66,96	16,95
2010	6.369.665	26.253.107	7.175.466	16,00	65,97	18,03
2020	6.029.888	25.329.692	7.888.101	15,36	64,54	20,10

Fuente: INE.

Distribución de la población según grupos de edad	
65-69	2.114.237
70-74	1.778.835
75-79	1.330.590
80-84	823.764
85 y +	692.135

Fuente: INE.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y PROTOCOLOS DE VDPE UTILIZADOS EN NUESTRO ENTORNO

El estudio de los programas y protocolos se justifica por la necesidad de medir la calidad o la eficacia de los servicios. La existencia de estos documentos puede suponer un método consensuado de trabajo<sup>34</sup>. La VDPE es en la práctica una actividad heterogénea que varía en función del programa o protocolo utilizado y que incluso, en algunos casos, no se encuentra incluida en dichos programas o protocolos estandarizados, aunque sí es registrada siempre como actividad.

En esta situación parece claro que existe una gran dificultad en evaluar la visita domiciliaria, desde el momento en el que existe gran variedad de protocolos según Comunidades, áreas de salud e incluso según centros de salud, cada uno con sus propias características. A esta dificultad se añade el hecho de que la implantación de estos programas no ha sido total y además es, como ya hemos remarcado, heterogénea. Por ejemplo, en Cataluña, según algunos estudios, sólo un 23% de los equipos trabajaba mediante un programa antes de 1991<sup>12</sup>. Sin embargo, cabe reseñar que el cumplimiento de programas pretende mejorar la calidad de vida del anciano en su medio habitual<sup>31</sup>.

Para la presente revisión, el equipo diseñó una hoja de recogida de información que fue utilizada con los programas y protocolos analizados que se muestra al final de este Anexo. Se analizaron programas de atención domiciliaria que incluyesen protocolos o actividades de atención a personas mayores, programas específicos de atención a personas mayores, guías de promoción de la salud de personas mayores y protocolos relacionados. En la siguiente tabla se detallan los documentos analizados.

**Tabla 3. Lista de programas y protocolos**

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO ANCIANO <sup>58</sup>	Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza
PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ADULTO ANCIANO <sup>59</sup>	Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza
ANEXOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO ANCIANO <sup>60</sup>	Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza
PROGRAMA DE LA PERSONA MAYOR <sup>61</sup>	Atención Primaria Área 3. Zaragoza
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>62</sup>	Atención Primaria Área 3. Zaragoza
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>63</sup>	Distrito Atención Primaria de Salud. Cádiz
GUÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES <sup>64</sup>	Generalitat Valenciana

**Tabla 3. Lista de programas y protocolos** (continuación)

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CON EQUIPO DE SOPORTE (ESAD) <sup>65</sup>	Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA <sup>66</sup>	Centro de Salud Casco Viejo. Iruña Pamplona
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>67</sup>	Centro de Salud La Peña. Bilbao
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA <sup>68</sup>	Atención Primaria. Navarra
VISITA DOMICILIARIA. LÍNEAS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA <sup>69</sup>	Atención Primaria. Palencia
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE: ENFERMOS NEUROMUSCULARES, TERMINALES, CEREBROVASCULARES, MENTALES CON DEMENCIA Y OSTEOARTICULARES <sup>70</sup>	Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla
ATENCIÓN AL ADULTO: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS <sup>71</sup>	Atención Primaria. Huesca
PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA <sup>72</sup>	Atención Primaria Área 3. Zaragoza
PROTOCOLO BÁSICO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN RED RECONVERTIDA DE ATENCIÓN PRIMARIA <sup>73</sup>	Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla
GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>74</sup>	Osakidetza
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>75</sup>	Distrito Atención Primaria. Sevilla Este-Sur
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA <sup>76</sup>	Atención Primaria. Cataluña
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO <sup>77</sup>	Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA <sup>78</sup>	Distrito Sanitario Alcalá-Martos. Jaén

Estos documentos están distribuidos de la siguiente manera:

Programas de atención domiciliaria	14
Programas de atención a las personas mayores	2
Programas de atención al adulto-anciano	2
Programas de mejora de calidad	2
Guía de promoción de la salud de las personas mayores	1

### 3. RESULTADOS

En total se han evaluado 18 documentos, dado que los programas de mejora de la calidad y la guía de promoción de la salud de las personas mayores sólo contienen descripción de técnicas y han sido excluidos de la revisión.

De los 18 documentos, sólo 8 contienen una definición de visita domiciliaria. En 16 (el 89%) de los programas está definida la *población diana*; en 15 (83,3%) se han definido claramente los *objetivos del programa*; en 11 (61,1%) se definen *objetivos de resultado mensurables*; en 13 (72,2%) se incluyen *indicadores para evaluar el programa*. A continuación se detallan las características de cada uno de estos apartados.

#### 3.1. Población diana y categorías

En los programas de visita domiciliaria, la población a la que se dirigen los protocolos es: 1) personas mayores de 65 años (11 documentos); 2) personas que sufran una patología invalidante (10 documentos); 3) enfermos con patología crónica (12 documentos); 4) terminales (10 documentos); 5) continuidad al alta (4 documentos), y otras poblaciones, sin interés para el estudio, el resto.

Sólo en 10 de los protocolos estudiados se recoge el *alta hospitalaria* como criterio de inclusión en el programa de visita domiciliaria. Siendo éste uno de los criterios de inclusión en el objetivo primero de la presente revisión.

#### 3.2. Objetivos del programa y de resultado

En 14 protocolos (77,7%) están definidos los objetivos, y en 12 (66,6%) son mensurables los objetivos de resultado.

Los objetivos de resultado que se incluyen son de *cobertura* en 7 (38,9%) y de *valoración de la capacidad funcional y atención al paciente terminal y su familia* en 4 documentos (22,2%).

*Disminuir el número de ingresos hospitalarios, incrementar la cobertura de inmunizaciones y actuar en Educación para la Salud* son objetivos remarcados en 3 programas. Otros objetivos considerados y presentes en 2 protocolos son: *reducción de la incidencia de úlceras por presión, mejora de la calidad de vida, evaluación de la satisfacción de los usuarios, calidad de los cuidados prestados y apoyo emocional*.

En 11 de los programas se han diseñado registros que permiten medir los resultados. En 7 hay *registros de cobertura*; en 4, de *actividad*; en 2, de *valoración de problemas/necesidades*, de *seguimiento de patología crónica*, *plan de cuidados/seguimiento farmacológico* y, por último, de *informe social*. Sólo en un protocolo se remarca expresamente la existencia de un registro de inmunizaciones específico para ancianos, aunque es de suponer que las inmunizaciones se incluirán en cualquier caso en los registros generales habituales.

### 3.3. Instrumentos de medida utilizados

Los instrumentos de medida más utilizados fueron las Escalas de valoración funcional (utilizadas en 7 documentos), Escalas de ansiedad y depresión y esquemas de metodología PAE: Proceso de Atención en Enfermería (en 3 documentos cada una), Cuestionario de valoración social y del entorno físico y Escalas de valoración del estado mental (en 2 documentos cada una) y Encuestas de satisfacción y Escalas de riesgo de úlceras por presión (en 1 documento cada una). Cabe destacar que 7 de los programas incluyeron criterios de salida del mismo.

### 3.4. Evaluación

En 13 (72,2%) de los programas se incluyen criterios de Evaluación de los programas. Los indicadores van dirigidos a evaluar los siguientes parámetros:

Cobertura	12 (66,6%)
Actividades	11 (61,1%)
Normas técnicas	8 (44,4%)
Coste	2 (11,1%)
Eficacia	2 (11%)

### 3.5. Tabla resumen de la evaluación de programas y protocolos

A continuación se detallan, en formato de tabla, los datos recogidos en la hoja de valoración de programas y protocolos en valores absolutos y porcentajes, y que han sido desglosados y analizados en los apartados anteriores.

Cuestiones	Sí	%	No	%
¿Contiene una definición de visita domiciliaria?	8	44,44	10	55,56
¿Se incluye en la definición del proyecto?	8	44,44	10	55,56
¿Está definida la población diana?	16	88,89	1	5,56
Categorías de población diana que incluye el documento:				
Ancianos	11	61,11	4	22,22
Crónicos	12	66,67	1	5,56
Terminales	10	55,56	3	16,67
Continuidad al alta	4	22,22	7	38,89
Mujeres en periodo puerperal	3	16,67	10	55,56
Patologías invalidantes	10	55,56	2	11,11
Otras categorías	7	38,89	3	16,67
Dentro de los criterios de inclusión, ¿contempla el alta hospitalaria como tal?	10	55,56	8	44,44
¿Están definidos los objetivos?	15	83,33	3	16,67
¿Cuáles son los objetivos de resultado que incluyen?:				
De cobertura	7	38,89		
Prevalencia de UPP/Reducir incidencia	2	11,11		
Control de pacientes con patología crónica	1	5,56		
Apoyo emocional	2	11,11		
Calidad de cuidados	2	11,11		
Valoración de la capacidad funcional	4	22,22		

Cuestiones	Sí	%	No	%
Disminuir el número de ingresos hospitalarios	3	16,67		
Incrementar la cobertura de inmunizaciones	3	16,67		
Educación para la salud	3	16,67		
Evaluar la satisfacción de los usuarios	2	11,11		
Mejorar la calidad de vida	2	11,11		
Atender al paciente terminal y su familia	4	22,22		
¿Son mensurables los objetivos de resultado?	11	61,11	4	22,22
¿Está previsto algún registro que permita medir resultados?	12	66,67	6	33,33
En caso afirmativo, ¿sobre qué aspectos?:				
Valoración de problemas/necesidades	2	11,11		
Informe social	2	11,11		
Registros de seguimiento de protocolo de crónicos	2	11,11		
Plan de cuidados/tratamiento farmacológico	2	11,11		
Cobertura/Normas técnicas mínimas	7	38,89		
Actividad/Normas técnicas mínimas	4	22,22		
Registro de inmunizaciones	1	5,56		
¿Incluye instrumentos de valoración del paciente?	15	83,33	3	16,67
En caso afirmativo, ¿qué instrumentos?:				
Metodología Plan de atención de enfermería	3	16,67		
Valoración social y del entorno físico	2	11,11		
Valoración del estado mental (Pfeiffer)	2	11,11		
Escala de ansiedad y depresión (Golberg, Yesavage)	3	16,67		
Valoración úlceras por presión (Norton)	1	5,56		
Encuesta de satisfacción	1	5,56		
Escala de valoración funcional (Barthel, Lawton y Brody, Katz, Karnovsky, Kenny, autocuidados, Katzman)	7	38,89		
¿Incluye criterios de salida del programa?	7	38,89	11	61,11
Si los incluye, esos criterios son:				
Ingreso hospitalario	3	16,67	2	11,11
Exitus	5	27,78	6	33,33
Otros	6	33,33	2	11,11
Cambio de domicilio/traslado	3	16,67		
Exclusión voluntaria	4	22,22		
Mejoría del paciente	2	11,11		
¿Incluye criterios de evaluación?	13	72,22	5	27,78
¿Incluye indicadores para evaluar el programa?	13	72,22	5	27,78
¿Cuáles?:				
De cobertura poblacional	12	66,67	2	11,11
De actividades	11	61,11		
De normas técnicas	8	44,44	3	16,67
De coste	2	11,11	7	38,89
De eficacia	2	11,11	7	38,89
¿Recoge el programa aspectos no especificados en el proyecto pero válidos para medir el efecto?	2	11,11	12	66,67
¿Cuáles?:				
Prevención de secuelas derivadas del duelo	1	5,56		

## HOJA DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS

¿Contiene una definición de visita domiciliaria?  SÍ  NO

¿Se incluye en la definición del proyecto?  SÍ  NO

¿Está definida la población diana?  SÍ  NO

### Categorías de población diana que incluye el documento:

1. Ancianos \_\_\_\_\_  SÍ  NO

2. Crónicos \_\_\_\_\_  SÍ  NO

3. Terminales \_\_\_\_\_  SÍ  NO

4. Continuidad al alta \_\_\_\_\_  SÍ  NO

5. Mujeres en periodo puerperal \_\_\_\_\_  SÍ  NO

6. Patologías invalidantes \_\_\_\_\_  SÍ  NO

7. Otros \_\_\_\_\_  SÍ  NO

Dentro de los criterios de inclusión,  
¿contempla el alta hospitalaria como tal?  SÍ  NO

¿Están definidos los objetivos?  SÍ  NO

¿Cuáles son los objetivos de resultado que incluyen?

— —  
— —

¿Son mensurables los objetivos de resultados?  SÍ  NO

¿Está previsto algún registro que permita medir resultados?  SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿sobre qué aspectos?

— —  
— —

¿Incluye instrumentos de valoración del paciente?  SÍ  NO



En caso afirmativo, ¿qué instrumentos?

—  
—

¿Incluye criterios de salida del programa?

SÍ  NO

Si los incluye, esos criterios son:

1. Ingreso hospitalario \_\_\_\_\_

SÍ  NO

2. Exitus \_\_\_\_\_

SÍ  NO

3. Otros \_\_\_\_\_

SÍ  NO

¿Cuáles?

—  
—

¿Incluye criterios de evaluación?

SÍ  NO

¿Incluye indicadores para evaluar el programa?

SÍ  NO

¿Cuáles?

— De cobertura poblacional \_\_\_\_\_

SÍ  NO

— De actividades \_\_\_\_\_

SÍ  NO

— De normas técnicas \_\_\_\_\_

SÍ  NO

— De coste \_\_\_\_\_

SÍ  NO

— De eficacia \_\_\_\_\_

SÍ  NO

¿El programa recoge aspectos no especificados en el proyecto pero válidos para medir el efecto?

SÍ  NO

¿Cuáles?

—  
—

## ANEXO V

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>		15,3% ancianos del total de la población	11.611 habitantes de la zona de salud	5.715 h 5.896 m						
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>	80,6 DE 8,5	93,2% total > 65 años 76,7% total > 75 años		70,7% m (80)			51,4% viudos			
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>	70		1 paciente							
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	79 DE 23	90% total de pacientes crónicos domiciliarios > 65 años	197 pacientes de Atención Primaria	65% m	3,7% sin agua caliente 7,9% sin inodoro 21% sin calefacción	99,5% vive con otra persona en el domicilio	53,8% viudos	77,3% son mujeres 58 años de media (DE 28) 95% de cuidadores son familiares	8,6% analfabetos nivel bajo	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>										
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>										
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>	84 DE 10,2	22,1% > 65 años	Servicio de atención a inmovilizados	76,4% m (126) 23,6% h (39)				80,6% tenía cuidador		
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>			841 habitantes de 35.127 > 65 años procedentes del padrón municipal de Vigo (1991)	61,7% m 38,3% h						
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>										

## ANEXO V

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>		15,3% ancianos del total de la población	11.611 habitantes de la zona de salud	5.715 h 5.896 m						
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>	80,6 DE 8,5	93,2% total > 65 años 76,7% total > 75 años		70,7% m (80)			51,4% viudos			
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>	70		1 paciente							
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	79 DE 23	90% total de pacientes crónicos domiciliarios > 65 años	197 pacientes de Atención Primaria	65% m	3,7% sin agua caliente 7,9% sin inodoro 21% sin calefacción	99,5% vive con otra persona en el domicilio	53,8% viudos	77,3% son mujeres 58 años de media (DE 28) 95% de cuidadores son familiares	8,6% analfabetos nivel bajo	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>										
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>										
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>	84 DE 10,2	22,1% > 65 años	Servicio de atención a inmovilizados	76,4% m (126) 23,6% h (39)				80,6% tenía cuidador		
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>			841 habitantes de 35.127 > 65 años procedentes del padrón municipal de Vigo (1991)	61,7% m 38,3% h						
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>										



## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Escudero MC et al, 2000 <sup>37</sup>	82,5 DE 4,6	3% de la población general > 75 años 100% de pacientes a estudio > 75 años	615 sujetos del Área 10 del Insalud al sur de Madrid	63,2% m	67,1% vivía en un primer piso o más alto sin ascensor 89,5% en medio urbano	70,1% reciben apoyo familiar 10,5% viven solos 10,5% con ayuda institucional	52,6% sin pareja 47,4% con pareja		32,9% algún estudio 61,7% ningún estudio	
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>	68 DE 12	87% de la población total	128 pacientes con enfermedad respiratoria que precisan atención domiciliaria	74% h (95)						
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>	84,4		Centro de Salud de la zona centro de Madrid	76% m						
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	78 DE 11,2	90% total de pacientes crónicos domiciliarios > 65 años	121 pacientes crónicos domiciliarios	68,6% m (83)	2,5% sin agua caliente 6 pacientes sin calefacción 80,2% sin ascensor	7% pacientes golondrina 2 pacientes temporales	53% viudos	5% no tenían cuidadores 74% los son mujeres	40% analfabetos 78% leen/ escriben	14% ingresos < 240,4 €/mes 50% ingresos < 360,6 €/mes
Gené J et al, 1999 <sup>40</sup>										
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>		13,06% > 65 años del total de la población	169.411 habitantes						Nivel sociocultural medio-bajo	
Güell R et al, 1998 <sup>40</sup>	68			24 h 2 m						
Hernando J et al, 1992 <sup>42</sup>	81		4 cupos de Atención Primaria	76% m	75% bien acondicionados 59% mala accesibilidad	Apoyo familiar malo-deficiente	68% viudos 28% casados 4% solteros			

## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>	73,6 hombre 76,5 mujer	20% en área urbana 10% en área rural > 64 años	Total de pacientes del Área de Salud 10 de Valencia	55% h 45% m		69% viven con cónyuge o familiar 8% viven en casa de familiar			21% analfabetos 60% leen/ escriben 17% primaria 2% medio/sup	
López O et al, 1999 <sup>43</sup>	78,1 DE 13,3			69,5% m (57)			51,2 % viudos (42)			
Martínez Marcos M, 1998 <sup>44</sup>	84,7	25,8% > 65 años	164 pacientes incluidos servicio de atención domiciliar a inmovilizados	76% m (111) 24% h (35)		67,8% con familia 14,4% viven solos con ayuda social 0,7% viven solos				
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>										
Osés F, et al, 1995 <sup>4</sup>										
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>		16,4% del total > 65 años	21.708 habitantes según el censo de 1991							Nivel medio/bajo
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	80,5 DE 10,1		18 cupos asistenciales de Medicina General de 5 Comunidades Autónomas	24,5% h (60) 75,5% m (185)	85,3% tiene teléfono	4,9% viven solos 26,5% viven con familia extensa 48,1% viven con familia nuclear		86,1% los cuidadores son mujeres 56,7 años de media 79,6% viven en el mismo domicilio	57,1% trabajadores no cualificados 31,8% trabajos cualificados 0,8% técnicos superiores	



## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>45</sup>	74,25	77% de pacientes > 70 años	Servicio de visitas domiciliarias de un centro de salud urbano	49,4% m 50,6% h						
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>	83,24 DE 8,45	4,14% de la población total del Equipo Atención Primaria	98 pacientes de Equipo de Atención Primaria de un área de Madrid	71,4% m						Medio/bajo
Roca Roger M et al, 2000 <sup>46</sup>	80 DE 13		227 pacientes con cuidadores	73% m 27% h		91% conviven con el cuidador		100% tenía cuidador Edad media del cuidador: 58 años DE 12 82% m		
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>										
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	81	28,42% del total de población	646 pacientes crónicos domiciliarios	66,6% m 33,4% h	85% edificios sin ascensor	18% viven solos	51% viudos 32% casados 15% solteros			
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>	80-84		373 pacientes	72% m	91% sin ascensor					
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>47</sup>	81 DE 11			67% m			51% viudos	70% tenía cuidador		43% ingresos < al mínimo interprofesional
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>48</sup>	84 DE 11	93,2% total > 65 años 76,7% total > 75 años		67% m			51% viudos			

## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Soler JM et al, 1994 <sup>49</sup>	74 DE 6,9		454 > 65 años (de un total de población de 13.800 habitantes)	57% h						
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>										
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>50</sup>	81 DE 11,4	23,98% de la población estudio > 65 años	113 pacientes incapacitados	83,3% m (20) 16,6% h (4)			50% viudos 29,2% casados 20,83 % solteros	22 pacientes viven con alguien		
Vazquez C et al, 1995 <sup>51</sup>	82,4			77 m 31 h						



## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Escudero MC et al, 2000 <sup>37</sup>	82,5 DE 4,6	3% de la población general > 75 años 100% de pacientes a estudio > 75 años	615 sujetos del Área 10 del Insalud al sur de Madrid	63,2% m	67,1% vivía en un primer piso o más alto sin ascensor 89,5% en medio urbano	70,1% reciben apoyo familiar 10,5% viven solos 10,5% con ayuda institucional	52,6% sin pareja 47,4% con pareja		32,9% algún estudio 61,7% ningún estudio	
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>	68 DE 12	87% de la población total	128 pacientes con enfermedad respiratoria que precisan atención domiciliaria	74% h (95)						
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>	84,4		Centro de Salud de la zona centro de Madrid	76% m						
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	78 DE 11,2	90% total de pacientes crónicos domiciliarios > 65 años	121 pacientes crónicos domiciliarios	68,6% m (83)	2,5% sin agua caliente 6 pacientes sin calefacción 80,2% sin ascensor	7% pacientes golondrina 2 pacientes temporales	53% viudos	5% no tenían cuidadores 74% los son mujeres	40% analfabetos 78% leen/ escriben	14% ingresos < 240,4 €/mes 50% ingresos < 360,6 €/mes
Gené J et al, 1999 <sup>40</sup>										
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>		13,06% > 65 años del total de la población	169.411 habitantes						Nivel sociocultural medio-bajo	
Güell R et al, 1998 <sup>40</sup>	68			24 h 2 m						
Hernando J et al, 1992 <sup>42</sup>	81		4 cupos de Atención Primaria	76% m	75% bien acondicionados 59% mala accesibilidad	Apoyo familiar malo-deficiente	68% viudos 28% casados 4% solteros			



## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>	73,6 hombre 76,5 mujer	20% en área urbana 10% en área rural > 64 años	Total de pacientes del Área de Salud 10 de Valencia	55% h 45% m		69% viven con cónyuge o familiar 8% viven en casa de familiar			21% analfabetos 60% leen/ escriben 17% primaria 2% medio/sup	
López O et al, 1999 <sup>43</sup>	78,1 DE 13,3			69,5% m (57)			51,2 % viudos (42)			
Martínez Marcos M, 1998 <sup>44</sup>	84,7	25,8% > 65 años	164 pacientes incluidos servicio de atención domiciliar a inmovilizados	76% m (111) 24% h (35)		67,8% con familia 14,4% viven solos con ayuda social 0,7% viven solos				
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>										
Osés F, et al, 1995 <sup>4</sup>										
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>		16,4% del total > 65 años	21.708 habitantes según el censo de 1991							Nivel medio/bajo
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	80,5 DE 10,1		18 cupos asistenciales de Medicina General de 5 Comunidades Autónomas	24,5% h (60) 75,5% m (185)	85,3% tiene teléfono	4,9% viven solos 26,5% viven con familia extensa 48,1% viven con familia nuclear		86,1% los cuidadores son mujeres 56,7 años de media 79,6% viven en el mismo domicilio	57,1% trabajadores no cualificados 31,8% trabajos cualificados 0,8% técnicos superiores	



## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>45</sup>	74,25	77% de pacientes > 70 años	Servicio de visitas domiciliarias de un centro de salud urbano	49,4% m 50,6% h						
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>	83,24 DE 8,45	4,14% de la población total del Equipo Atención Primaria	98 pacientes de Equipo de Atención Primaria de un área de Madrid	71,4% m						Medio/bajo
Roca Roger M et al, 2000 <sup>46</sup>	80 DE 13		227 pacientes con cuidadores	73% m 27% h		91% conviven con el cuidador		100% tenía cuidador Edad media del cuidador: 58 años DE 12 82% m		
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>										
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	81	28,42% del total de población	646 pacientes crónicos domiciliarios	66,6% m 33,4% h	85% edificios sin ascensor	18% viven solos	51% viudos 32% casados 15% solteros			
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>	80-84		373 pacientes	72% m	91% sin ascensor					
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>47</sup>	81 DE 11			67% m			51% viudos	70% tenía cuidador		43% ingresos < al mínimo interprofesional
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>48</sup>	84 DE 11	93,2% total > 65 años 76,7% total > 75 años		67% m			51% viudos			

## ANEXO V (continuación)

Autor/Año	Edad media	% ancianos (total)	Población (procedencia)	Sexo	Vivienda	Familia	Estado civil	Cuidador	Nivel de estudios	Nivel económico
Soler JM et al, 1994 <sup>49</sup>	74 DE 6,9		454 > 65 años (de un total de población de 13.800 habitantes)	57% h						
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>										
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>50</sup>	81 DE 11,4	23,98% de la población estudio > 65 años	113 pacientes incapacitados	83,3% m (20) 16,6% h (4)			50% viudos 29,2% casados 20,83 % solteros	22 pacientes viven con alguien		
Vazquez C et al, 1995 <sup>51</sup>	82,4			77 m 31 h						



## ANEXO VI

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>	De 75 historias revisadas: 54 h. alteración nutrición 22 h. alteración eliminación 51 h. déficit de movilidad				
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>	2,8 problemas/paciente 84,4% aparato circulatorio 64,1% afectación músculo-esquelética				
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>		Carcinoma de próstata	Alteración bienestar Alto riesgo integridad cutánea Síndrome déficit de atención a uno mismo Alteración patrón sueño Alteración movilidad Baja autoestima Alto riesgo de traumatismo	Inicio: Parcialmente dependiente 3/14 ítems Independiente 4/14 ítems Dependiente 7/14 ítems  Final: Independiente 14/14 ítems	Nivel de dependencia valorado por el modelo de Virginia Henderson
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	4,2 problemas/paciente	8,1% HTA 5,5% artrosis y afines 4,2% DM	22,7% aparato circulatorio 9,1% sistema nervioso y sentidos 8,8% alteraciones mentales	73,5% reciben cuidados de salud	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>					
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>					

## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>					
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>					
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>					
Escudero MC et al, 2000		61,8% procesos crónicos incapapacitantes distribuidos en: 22,4% asma o BOC 5,3% ICC 38,2% osteoartritis de MMII 10,5% depresión/ansiedad 1,3% enfermedad mental 11,8% IAM 3,9% ACVA 2,3% Parkinson		0=51,3% >1=48,7%	Capacidad para ABVD para evaluar el estado funcional SPMSQ para evaluar el estado mental
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>		(Referentes a la oxigenoterapia domiciliaria) 63% (81) EPOC 24% (30) otras enfermedades obstructivas 13% (17) enfermedades no respiratorias (cardiopatías principalmente)			
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>		20% insuficiencia cardiaca 32% insomnio 29% obesidad 32% estreñimiento 14% artrosis	40% alto riesgo de lesión 32% alto riesgo de traumatismo 34% incontinencia 67,8% déficit de autocuidados		



## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	51,3% dificultad para ver 41,2% dificultad para oír 38% incontinencia urinaria 22,3% incontinencia fecal	56% cardiovascular 43% HTA 41% trastornos neurológicos		14,8% incapacidad física severa 10% incapacidad mental severa	Incapacidad física: escala de la Cruz Roja
Gené J et al, 1999 <sup>52</sup>					
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>		HTA DM Neoplasias Patología del aparato locomotor ACVA Demencia Patología respiratoria			
Güell R et al, 1998 <sup>40</sup>	26 pacientes con enfermedad respiratoria crónica	EPOC 16 Bronquiectasias 7 Paquipleuritis 3			Instrumento de medida utilizado: función ventilatoria
Hernando J et al, 1992 <sup>41</sup>	2,8 patología/paciente	27% sistema cardiocirculatorio (HTA) 14% sistema locomotor (artrosis)		25% son dependientes (en 6 funciones) 31% silla de ruedas 40% ayuda para moverse	Encuestas Historias clínicas
Iturría Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>	Capacidad para autocuidados Continencia Movilidad Estado mental			62% autosuficientes 17% ayuda parcial 21% ayuda completa	Índice de Katz Cuestionario de Pfeiffer

## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/ dependencia	Instrumentos de medida
López O et al, 1999 <sup>42</sup>				Incapacidad física: 0-11% (9); 1-13,4% (11);... 5-25,6% (21) Incapacidad psíquica: 0-39% (32); 1-19,5% (16);... 5-4,9% (4)	Incapacidad física y psíquica: escala de la Cruz Roja
Martínez Marcos M, 1998 <sup>43</sup>			40,6% riesgo de lesión 33,7% déficit de autocuidado para el mantenimiento integridad de la piel 9,9% alteración de la eliminación	(106) pacientes con autonomía o precisan poca ayuda (35) pacientes semidependientes (3) pacientes dependientes	Análisis de Cluster
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>					
Osés F et al, 1995 <sup>4</sup>					
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>					
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	(93) riesgo de muerte leve (108) menos grave	(32) demencia senil (28) enfermedad cerebrovascular (23) artrosis			Índice de Katz Perfil de salud de Nottingham Capacidad de ayuda familiar
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>44</sup>	Enfermedades dermatológicas y problemas genitourinarios				



## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>	25,8% aparato circulatorio 15,3% genitourinario 14,3% sistema nervioso	41,8% incontinencia urinaria 33,6% HTA 23,4% ACVA 22,4% DM y artrosis			Historias clínicas
Roca Roger M et al, 2000 <sup>45</sup>					
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>					
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	25% incontinencia urinaria 5% úlceras por decúbito	7% patología respiratoria 29% HTA 15% DM 23% problemas ostearticulares 16% problemas neurológicos		Las mujeres representaron un menor grado de autonomía	Índice de Katz
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>		35% problemas ostearticulares 19% problemas neurológicos 16% cardiovasculares		77% dificultad para la deambulaci3n 18% encamados	
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>46</sup>				56% no alteraci3n test salud mental 18% deterioro severo Índice Katz: A 41%; B 16%; C 13%; G 10%	Índice de Katz Short Portable Mental Status Questionnaire



Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>47</sup>				Índice Katz: A 41%; B 16%... G 10% No alteración mental 56%	Índice de Katz Short Portable Mental Status Questionnaire
Soler JM et al, 1994 <sup>48</sup>					
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>					
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>49</sup>	9,37% (6) lesiones frecuentes 7,81% (5) incumplimiento tratamiento 7,81% dieta inadecuada 7,81% falta de higiene	2,16 patología/paciente HTA 26,92% (114) Incontinencia urinaria 17,30% (9) Artrosis 9,61 (5)	21,25% déficit de autocuidados ABVD 18,75% deterioro de la movilidad física 15% déficit para el mantenimiento de la integridad cutánea 11,25% alteración modelos de eliminación urinaria	La población de estudio es incapacitada	Datos obtenidos mediante la historia clínica
Vázquez C et al, 1995 <sup>50</sup>	Grado de incapacidad/ grado de inmovilidad	Neurológicos (deterioro cognitivo, ictus, enfermedad Parkinson, hidrocefalia) Traumatológicos (fractura de cadera)		71 pacientes algún grado de inmovilidad; 24 encamados 44 cama/sillón 3 deambulan con ayuda	Índice de Katz Índice de Lawton-Brody Escala de incapacidad física/psíquica de Cruz Roja Examen cognitivo de Lobo Test de Yesavage para estado afectivo

### Leyenda

**ABVD:** actividades básicas de la vida diaria; **ACVA:** accidente cerebrovascular agudo; **BOC:** bronquitis crónica; **DX:** diagnóstico; **DM:** diabetes mellitus; **EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **HTA:** hipertensión arterial; **ICC:** insuficiencia cardiaca congestiva; **IAM:** infarto agudo de miocardio; **MMII:** miembros inferiores.





## ANEXO VII

### CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA DOMICILIARIA Y ACTIVIDADES REALIZADAS

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>				
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>				
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>	13 visitas en 50 días 0,26 visitas/día 7,80 visitas/mes	Muchas actividades no están ordenadas por frecuencia, sino que es todo un plan de cuidados		
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	291 visitas 1 visita/bienal/paciente 2,3 visitas/médico 3,8 visitas/enfermera	Educación para la salud (sin cuantificar) 25,2% toma tensión arterial 14% extracciones 10,3% glucemias 5,8% control dieta 5,8% sondaje vesical	WONCA Historia clínica Entrevista domiciliaria	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>				
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>				
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>	632 visitas, media 3,8 visita/paciente (DE 3,2) Tiempo medio por visita 8,3-14,5 minutos	20,49% valoración inicial y seguimiento del problema 9,54% curas de heridas		
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>				



## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>				
Escudero MC et al, 2000	Media visitas de enfermería 3,6 (DE 5,2) visitas/paciente/año Ancianos inmovilizados la media fue de 5,6 (DE 8,67)			
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>				
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>		Toma de tensión arterial Control de frecuencia cardiaca Extracción de analíticas Determinación de glucemia capilar Curas		No existe una evaluación de la visita domiciliaria. Se aplica el PAE y los diagnósticos de enfermería para definir los problemas de salud en base a necesidades humanas
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	La media de visitas anual tanto médico/enfermera 5,2% por paciente			
Gené J et al, 1999 <sup>52</sup>				
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>	1990-1994 el 65,71% de las visitas fue realizado por enfermería; 6,6 visitas/paciente/año			
Güell R et al, 1998 <sup>52</sup>	Visita semanal o quincenal por enfermera/fisioterapeuta/médico	Tratamiento de fisioterapia respiratoria por fisioterapeuta		
Hernando J et al, 1992 <sup>41</sup>	44% reciben visita domiciliaria	Cura de úlceras Sondaje vesical		No se evalúa la visita, se centra en la evaluación de problemas de salud invalidantes y patologías, entre otros ítems





## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>				
López O et al, 1999 <sup>42</sup>				
Martínez Marcos M, 1998 <sup>43</sup>	Media 3,4 visitas/paciente	16,1% evaluación y seguimiento del plan de cuidados 8,1% toma tensión arterial 7% valoración inicial 4,5% curas 4,1% cuidados de dieta hiposódica		
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>				
Osés F et al, 1995 <sup>4</sup>	3.132 visitas realizadas 5,09 (809) visitas enfermera/paciente VS 2,67 (424) visitas médico/paciente 11,90% enfermera/cura/paciente 46,98% total de visitas realizadas por enfermera			
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>	3.132 visitas realizadas 5,09 (809) visitas enfermera/paciente VS 2,67 (424) visitas médico/paciente 11,90% enfermera/cura/paciente 46,98% total de visitas realizadas por enfermera			

## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	1,7 visitas/paciente/médico 21,7% (42) fueron visitados por 3 profesionales 78,2% (151) fueron visitados 2 o más veces			
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>44</sup>	Tiempo de enfermería por paciente 24 minutos	100% educación para la salud 83% higiene y movilización 78% cura de úlceras 32% sondajes		
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>				
Roca Roger M et al, 2000 <sup>45</sup>				
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>				
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	4-6 visitas/año/paciente/enfermería 2-3 visitas/año/paciente/médico Duración de la visita 15-30 minutos			
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>				
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>46</sup>				



## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>47</sup>				
Soler JM et al, 1994 <sup>48</sup>				
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>				
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>49</sup>	183 visitas en 1994 7,62 visitas/paciente/año	Toma de tensión arterial Vacunación antitetánica Vacunación antigripal Curas úlceras por presión Test glucemia		
Vázquez C et al, 1995 <sup>50</sup>				



## ANEXO VI

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>	De 75 historias revisadas: 54 h. alteración nutrición 22 h. alteración eliminación 51 h. déficit de movilidad				
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>	2,8 problemas/paciente 84,4% aparato circulatorio 64,1% afectación músculo-esquelética				
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>		Carcinoma de próstata	Alteración bienestar Alto riesgo integridad cutánea Síndrome déficit de atención a uno mismo Alteración patrón sueño Alteración movilidad Baja autoestima Alto riesgo de traumatismo	Inicio: Parcialmente dependiente 3/14 ítems Independiente 4/14 ítems Dependiente 7/14 ítems  Final: Independiente 14/14 ítems	Nivel de dependencia valorado por el modelo de Virginia Henderson
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	4,2 problemas/paciente	8,1% HTA 5,5% artrosis y afines 4,2% DM	22,7% aparato circulatorio 9,1% sistema nervioso y sentidos 8,8% alteraciones mentales	73,5% reciben cuidados de salud	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>					
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>					

## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>					
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>					
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>					
Escudero MC et al, 2000		61,8% procesos crónicos incapapacitantes distribuidos en: 22,4% asma o BOC 5,3% ICC 38,2% osteoartrosis de MMII 10,5% depresión/ansiedad 1,3% enfermedad mental 11,8% IAM 3,9% ACVA 2,3% Parkinson		0=51,3% >1=48,7%	Capacidad para ABVD para evaluar el estado funcional SPMSQ para evaluar el estado mental
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>		(Referentes a la oxigenoterapia domiciliaria) 63% (81) EPOC 24% (30) otras enfermedades obstructivas 13% (17) enfermedades no respiratorias (cardiopatías principalmente)			
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>		20% insuficiencia cardiaca 32% insomnio 29% obesidad 32% estreñimiento 14% artrosis	40% alto riesgo de lesión 32% alto riesgo de traumatismo 34% incontinencia 67,8% déficit de autocuidados		





## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	51,3% dificultad para ver 41,2% dificultad para oír 38% incontinencia urinaria 22,3% incontinencia fecal	56% cardiovascular 43% HTA 41% trastornos neurológicos		14,8% incapacidad física severa 10% incapacidad mental severa	Incapacidad física: escala de la Cruz Roja
Gené J et al, 1999 <sup>52</sup>					
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>		HTA DM Neoplasias Patología del aparato locomotor ACVA Demencia Patología respiratoria			
Güell R et al, 1998 <sup>40</sup>	26 pacientes con enfermedad respiratoria crónica	EPOC 16 Bronquiectasias 7 Paquipleuritis 3			Instrumento de medida utilizado: función ventilatoria
Hernando J et al, 1992 <sup>41</sup>	2,8 patología/paciente	27% sistema cardiocirculatorio (HTA) 14% sistema locomotor (artrosis)		25% son dependientes (en 6 funciones) 31% silla de ruedas 40% ayuda para moverse	Encuestas Historias clínicas
Iturría Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>	Capacidad para autocuidados Continencia Movilidad Estado mental			62% autosuficientes 17% ayuda parcial 21% ayuda completa	Índice de Katz Cuestionario de Pfeiffer

## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
López O et al, 1999 <sup>42</sup>				Incapacidad física: 0-11% (9); 1-13,4% (11);... 5-25,6% (21) Incapacidad psíquica: 0-39% (32); 1-19,5% (16);... 5-4,9% (4)	Incapacidad física y psíquica: escala de la Cruz Roja
Martínez Marcos M, 1998 <sup>43</sup>			40,6% riesgo de lesión 33,7% déficit de autocuidado para el mantenimiento integridad de la piel 9,9% alteración de la eliminación	(106) pacientes con autonomía o precisan poca ayuda (35) pacientes semidependientes (3) pacientes dependientes	Análisis de Cluster
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>					
Osés F et al, 1995 <sup>4</sup>					
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>					
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	(93) riesgo de muerte leve (108) menos grave	(32) demencia senil (28) enfermedad cerebrovascular (23) artrosis			Índice de Katz Perfil de salud de Nottingham Capacidad de ayuda familiar
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>44</sup>	Enfermedades dermatológicas y problemas genitourinarios				



## ANEXO VI (continuación)

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>	25,8% aparato circulatorio 15,3% genitourinario 14,3% sistema nervioso	41,8% incontinencia urinaria 33,6% HTA 23,4% ACVA 22,4% DM y artrosis			Historias clínicas
Roca Roger M et al, 2000 <sup>45</sup>					
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>					
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	25% incontinencia urinaria 5% úlceras por decúbito	7% patología respiratoria 29% HTA 15% DM 23% problemas ostearticulares 16% problemas neurológicos		Las mujeres representaron un menor grado de autonomía	Índice de Katz
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>		35% problemas ostearticulares 19% problemas neurológicos 16% cardiovasculares		77% dificultad para la deambulaci3n 18% encamados	
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>46</sup>				56% no alteraci3n test salud mental 18% deterioro severo Índice Katz: A 41%; B 16%; C 13%; G 10%	Índice de Katz Short Portable Mental Status Questionnaire

Autor/Año	Problemas de salud	Diagnósticos médicos	Diagnósticos enfermeros	Nivel de autonomía/dependencia	Instrumentos de medida
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>47</sup>				Índice Katz: A 41%; B 16%... G 10% No alteración mental 56%	Índice de Katz Short Portable Mental Status Questionnaire
Soler JM et al, 1994 <sup>48</sup>					
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>					
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>49</sup>	9,37% (6) lesiones frecuentes 7,81% (5) incumplimiento tratamiento 7,81% dieta inadecuada 7,81% falta de higiene	2,16 patología/paciente HTA 26,92% (114) Incontinencia urinaria 17,30% (9) Artrosis 9,61 (5)	21,25% déficit de autocuidados ABVD 18,75% deterioro de la movilidad física 15% déficit para el mantenimiento de la integridad cutánea 11,25% alteración modelos de eliminación urinaria	La población de estudio es incapacitada	Datos obtenidos mediante la historia clínica
Vázquez C et al, 1995 <sup>50</sup>	Grado de incapacidad/ grado de inmovilidad	Neurológicos (deterioro cognitivo, ictus, enfermedad Parkinson, hidrocefalia) Traumatológicos (fractura de cadera)		71 pacientes algún grado de inmovilidad; 24 encamados 44 cama/sillón 3 deambulan con ayuda	Índice de Katz Índice de Lawton-Brody Escala de incapacidad física/psíquica de Cruz Roja Examen cognitivo de Lobo Test de Yesavage para estado afectivo

### Leyenda

**ABVD:** actividades básicas de la vida diaria; **ACVA:** accidente cerebrovascular agudo; **BOC:** bronquitis crónica; **DX:** diagnóstico; **DM:** diabetes mellitus; **EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **HTA:** hipertensión arterial; **ICC:** insuficiencia cardiaca congestiva; **IAM:** infarto agudo de miocardio; **MMII:** miembros inferiores.





## ANEXO VII

### CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA DOMICILIARIA Y ACTIVIDADES REALIZADAS

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Abarca MJ et al, 1991 <sup>32</sup>				
Álamo MC et al, 1999 <sup>33</sup>				
Álvarez L et al, 1993 <sup>34</sup>	13 visitas en 50 días 0,26 visitas/día 7,80 visitas/mes	Muchas actividades no están ordenadas por frecuencia, sino que es todo un plan de cuidados		
Bilbao Curiel I et al, 1994 <sup>11</sup>	291 visitas 1 visita/bienal/paciente 2,3 visitas/médico 3,8 visitas/enfermera	Educación para la salud (sin cuantificar) 25,2% toma tensión arterial 14% extracciones 10,3% glucemias 5,8% control dieta 5,8% sondaje vesical	WONCA Historia clínica Entrevista domiciliaria	
Corral Santoveña R, 1996 <sup>18</sup>				
Cruz Jentoft AJ et al, 1991 <sup>15</sup>				
De Francisco Casado MA, 1997 <sup>35</sup>	632 visitas, media 3,8 visita/paciente (DE 3,2) Tiempo medio por visita 8,3-14,5 minutos	20,49% valoración inicial y seguimiento del problema 9,54% curas de heridas		
Eiroa P et al, 1996 <sup>36</sup>				



## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Escobar J, 1990 <sup>37</sup>				
Escudero MC et al, 2000	Media visitas de enfermería 3,6 (DE 5,2) visitas/paciente/año Ancianos inmovilizados la media fue de 5,6 (DE 8,67)			
Farrero E et al, 1998 <sup>38</sup>				
Gallego Casado P et al, 1995 <sup>39</sup>		Toma de tensión arterial Control de frecuencia cardiaca Extracción de analíticas Determinación de glucemia capilar Curas		No existe una evaluación de la visita domiciliaria. Se aplica el PAE y los diagnósticos de enfermería para definir los problemas de salud en base a necesidades humanas
García Bermejo S et al, 1997 <sup>23</sup>	La media de visitas anual tanto médico/enfermera 5,2% por paciente			
Gené J et al, 1999 <sup>52</sup>				
Granollers S, 1999 <sup>5</sup>	1990-1994 el 65,71% de las visitas fue realizado por enfermería; 6,6 visitas/paciente/año			
Güell R et al, 1998 <sup>52</sup>	Visita semanal o quincenal por enfermera/fisioterapeuta/médico	Tratamiento de fisioterapia respiratoria por fisioterapeuta		
Hernando J et al, 1992 <sup>41</sup>	44% reciben visita domiciliaria	Cura de úlceras Sondaje vesical		No se evalúa la visita, se centra en la evaluación de problemas de salud invalidantes y patologías, entre otros ítems





## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Iturria Sierra JA et al, 1997 <sup>10</sup>				
López O et al, 1999 <sup>42</sup>				
Martínez Marcos M, 1998 <sup>43</sup>	Media 3,4 visitas/paciente	16,1% evaluación y seguimiento del plan de cuidados 8,1% toma tensión arterial 7% valoración inicial 4,5% curas 4,1% cuidados de dieta hiposódica		
Masdeu M et al, 1992 <sup>6</sup>				
Osés F et al, 1995 <sup>4</sup>	3.132 visitas realizadas 5,09 (809) visitas enfermera/paciente VS 2,67 (424) visitas médico/paciente 11,90% enfermera/cura/paciente 46,98% total de visitas realizadas por enfermera			
Osés F et al, 1994 <sup>31</sup>	3.132 visitas realizadas 5,09 (809) visitas enfermera/paciente VS 2,67 (424) visitas médico/paciente 11,90% enfermera/cura/paciente 46,98% total de visitas realizadas por enfermera			

## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Palomo L et al, 1998 <sup>8</sup>	1,7 visitas/paciente/médico 21,7% (42) fueron visitados por 3 profesionales 78,2% (151) fueron visitados 2 o más veces			
Pedreny Oriol R et al, 1986 <sup>44</sup>	Tiempo de enfermería por paciente 24 minutos	100% educación para la salud 83% higiene y movilización 78% cura de úlceras 32% sondajes		
Ramírez Alesón MV et al, 1997 <sup>3</sup>				
Roca Roger M et al, 2000 <sup>45</sup>				
Rodríguez Serrano MV et al, 1993 <sup>17</sup>				
Segura Noguera JM et al, 1997 <sup>30</sup>	4-6 visitas/año/paciente/enfermería 2-3 visitas/año/paciente/médico Duración de la visita 15-30 minutos			
Segura Noguera JM et al, 1994 <sup>12</sup>				
Segura Noguera JM et al, 1998 <sup>46</sup>				





## ANEXO VII (continuación)

Autor/Año	Visitas	Actividades realizadas	Instrumentos	Criterios evaluación de la VDPE
Segura Noguera JM et al, 2000 <sup>47</sup>				
Soler JM et al, 1994 <sup>48</sup>				
Sorochan M, 1994 <sup>9</sup>				
Torres Alegre P et al, 1996 <sup>49</sup>	183 visitas en 1994 7,62 visitas/paciente/año	Toma de tensión arterial Vacunación antitetánica Vacunación antigripal Curas úlceras por presión Test glucemia		
Vázquez C et al, 1995 <sup>50</sup>				

## 9. Bibliografía

---

1. Espinosa J, Muñoz F. Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. Cuadernos de Gestión 1995; 1 (1): 24-32.
2. Imsero. Las personas mayores en España. Informe 2000. 2000.
3. Ramírez MV, López A, Fidalgo MJ, De Diego M, Artiach G, Alba R. Problemas de salud en los pacientes incluidos en el protocolo de visita domiciliaria. Salud Rural 1997; 6: 33-7.
4. Osés F, Loperena C, Ancizu P. Atención a domicilio, una alternativa para el anciano terminal. Pulso 1995; (2): 22-3.
5. Granollers S, López R. Atención domiciliaria dirigida a 132.106 habitantes durante cinco años de programa: análisis de la experiencia y de los resultados obtenidos. Rev Multidisciplinar de Gerontología 1999; 9: 94-9.
6. Masdeu M, Pérez M. Servicio de atención domiciliaria. Todo Hosp 1992; 84: 43-5.
7. Sundström G, Tortosa M. Effects of rationing home-help services in Spain and Sweden, a comparative analysis. Ageing and Society 1999; 19 (3): 343-61.
8. Palomo L, Gervás J, García A, Pérez de Arriba J, Velasco J, Tejerina M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utilización de servicios sanitarios por pacientes crónicos confinados a domicilio. SEMERGEN 1998; 24 (6): 441-53.
9. Sorochan M, Lynn B. ¿Es un ahorro la asistencia domiciliaria? Salud Mundial 1994; 47 (4): 18-9.
10. Iturria J, Márquez S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. Rev Esp Salud Pública 1997; 71 (3): 281-91.
11. Bilbao I, Gastaminza A, García J, Quindimil J, López J, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13 (4): 188-90.
12. Segura J, Bastida N, Martí N, González C. Atención domiciliaria: estudio previo a la implantación de un programa. Aten Primaria 1994; 14 (6): 852.
13. Escudero M, Ibañez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo M et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enferm Clin 2000; 11 (3): 91-6.
14. Monográfico Excerpta. La Atención Domiciliaria en España (Cien referencias comentadas). Index de Enfermería 1992; 1 (2): 7-23.
15. Cruz A. La asistencia geriátrica a domicilio, un beneficio para muchos. Modern Geriatrics 1991; 3 (10): 347-8.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención sanitaria a personas mayores. 1995.

17. Rodríguez M. Situación actual de la ayuda domiciliaria en Europa. *Rev Gerontológica* 1993; 3: 29-31.
18. Corral R. Los pacientes opinan sobre la visita domiciliaria. *Rev Rol Enferm* 1996; (214): 19-22.
19. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 719-25.
20. Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000; 320: 754-8.
21. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria PyE. Una propuesta de enfermería para la mejora de la atención domiciliaria: la enfermera comunitaria de enlace. 2000.
22. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart W, Espinosa C et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113 (18): 690-5.
23. García S, Lekube K, Andikoetxea A, Solar Barruetabeña M, Olaskoaga Arrate A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1997; 20 (5): 230-6.
24. Iturria J, Márquez S. Situación de los ancianos tras un episodio de hospitalización: estado de salud, recursos, materiales y apoyo social. *Rev Gerontológica* 1996; 6: 92-7.
25. Junquero A, Arias A, Balaguer M, López T, Martí B, Olcina F et al. Unidades de hospitalización a domicilio. Estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana. *Rev Rol Enferm* 1994; (193): 29-33.
26. Marco M, Abad J. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial de urgencias; características de la población atendida. *Aten Primaria* 2000; 25 (4): 248-52.
27. Oterino D, Peiró S, Ridao M, Marchan C. Variations in diagnostic and therapeutic intensity between home and conventional hospitalization. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10 (4): 331-8.
28. Oterino D, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Med Clin (Barc)* 1997; 109 (6): 207-11.
29. Palomo L, Gervás J. Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en el domicilio. *Aten Primaria* 2000; 25 (3): 176-80.
30. Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1997; 19 (7): 351-6.
31. Osés F, Loperena C, Ancizu P, Extremeran V. Atención a domicilio: alternativa al anciano terminal. *Gerokomos* 1994; 5 (11): 51-7.
32. Abarca M, García C, Martín S, Molina A, Ruiz C. Desarrollo de un programa de atención domiciliaria al anciano. *Notas de Enfermería* 1991; 7: 383-9.

33. Álamo M, Artiles M, Santiago P, Bernal I, Aguiar J, Gómez A. Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano. *Aten Primaria* 1999; 24 (1): 26-31.
34. Álvarez L, Castanedo C, Fernández M. Método y resultados en la atención domiciliaria a un anciano con carcinoma de próstata. *Enferm Clin* 1993; 3 (5): 202-8.
35. de Francisco M. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Aten Primaria* 1997; 19 (3): 110-6.
36. Eiroa P, Vázquez-Vizoso F, Veras R. Discapacidades y necesidades de servicio en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996; 106 (17): 641-8.
37. Escobar J. Atención domiciliaria al anciano. *Enferm Cient* 1990; (94): 43-5.
38. Farrero E, Prats E, Maderal M, Giró E, Casolíve V, Escarrabil J. Utilidad de la visita a domicilio en el control y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia continua domiciliaria. *Archivo de Bronconeumología* 1998; 34 (8): 374-8.
39. Gallego P, Carra B, Morente M, Calvo C, Sanz C. Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. *Rev Rol Enferm* 1995; (202): 14-8.
40. Güell R, González A, Morante F, Sangenis M, Sotomayor C, Caballero C et al. Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Archivo de Bronconeumología* 1998; 34 (11): 541-6.
41. Hernando J, Iturrioz P, Torán P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1992; 9 (3): 133-6.
42. López O, Lorenzo A, Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 404-10.
43. Martínez M. Coste de la atención enfermera: visita domiciliaria de enfermería: niveles de dependencia en función del consumo de recursos. *Metas Enferm* 1998; (4): 25-8.
44. Pedreny R, Caja C, Icart MT, Aguera B, Fabrelles N. Evaluación del servicio de visitas domiciliarias (y II). *Rev Rol Enferm* 1986; (98): 19-25.
45. Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26 (4): 53-67.
46. Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998; 21 (7): 431-6.
47. Segura J, Barreiro M, Bastida N, Collado D, González M, Linares C et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante tres años de seguimiento. *Aten Primaria* 2000; 25 (5): 35-43.
48. Soler J, Solanas J, Ros A, Sempere E. Prevalencia poblacional de ancianos que requieren asistencia crónica domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1994; 103 (13): 517-8.

49. Torres P. Visita domiciliaria a la población incapacitada: problemas y necesidades de salud. *Enferm Cient* 1996; (170-171): 54-6.
50. Vázquez C, Lázaro M, Verdejo C, Royuela T, Torrijos M, Ribera J. Síndrome de inmovilidad en pacientes atendidos en una unidad de ayuda a domicilio. *An Med Interna* 1995; 12 (10): 489-91.
51. Cuñado A, Gil M, Ruiz J, Silveira J, Caballero L, García F. Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado. *Enferm Clin* 1999; 9 (3): 14-20.
52. Gené J, Contel J. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1999; 23 (4): 183-6.
53. Shamian J, Chalmers B. Health and cost-effective nursing services. Review of the literature and policy recommendations. Toronto: 1996.
54. Stuck A, Siu A, Wieland G, Adamis J, Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6.
55. Clark J. Preventive home visits to ederly people. *BMJ* 2001; 3236: 708.
56. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Suppl 3): 26-33.
57. Prieto M, Lozano O, Muñoz-Arroyo R, Pascual N. Nuevo instrumento para medir y analizar la calidad percibida de la atención domiciliaria. *Rev Clin Esp* 2001; 16: 593-4.
58. Programa de atención al adulto anciano. Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza.
59. Protocolo de atención al adulto anciano. Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza.
60. Anexos del programa de atención al adulto anciano. Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza.
61. Programa de la persona mayor. Atención Primaria Área 3. Zaragoza.
62. Protocolo de atención domiciliaria. Atención Primaria Área 3. Zaragoza.
63. Programa de atención domiciliaria. Distrito Atención Primaria de Salud. Cádiz.
64. Guía de promoción de salud de las personas mayores. Generalitat Valenciana.
65. Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD). Atención Primaria Áreas 2 y 5. Zaragoza.
66. Evaluación del programa de atención primaria - Centro de Salud Casco Viejo. Iruña Pamplona.
67. Programa de atención domiciliaria. Centro de Salud La Peña. Bilbao.
68. Programa de atención domiciliaria y criterios de evaluación del programa. Atención Primaria. Navarra.
69. Visita domiciliaria. líneas para la elaboración de un programa. Atención Primaria. Palencia.

70. Protocolos de atención domiciliaria de: enfermos neuromusculares, terminales, cerebrovasculares, mentales con demencia y osteoarticulares. Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla.
71. Atención al adulto: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados. Atención Primaria. Huesca.
72. Programa de garantía de calidad de la consulta de enfermería. Atención Primaria Área 3. Zaragoza.
73. Protocolo básico de atención domiciliaria en red reconvertida de atención primaria. Área hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla.
74. Grupo de trabajo de atención domiciliaria Osakidetza.
75. Evaluación del protocolo de atención domiciliaria. Distrito Atención Primaria Sevilla Este-Sur.
76. Programa atención domiciliaria. Atención Primaria. Cataluña.
77. Programa de atención domiciliaria en un centro de salud urbano. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.
78. Protocolos de atención domiciliaria de enfermería. Distrito Sanitario Alcalá-Martos. Jaén.

#### **Otra bibliografía consultada:**

- Aguiar J, Fernández J, Torrano C, González E, Rodríguez M, Martínez M. Manejo de los pacientes con cáncer terminal en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1994; 14 (1): 555-8.
- Amezcua M, Arroyo M, Montes N, López E, Pinto T, Cobos F. Cuidadores familiares: su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado. *Enferm Clin* 1996; 6 (6): 233-41.
- Aparicio M, Martorell A. Atención domiciliaria al enfermo terminal. *Gerokomos* 1993; 4 (9): 104-8.
- Bascuñana J, Sanz R, De la Peña M, Candel I. Atención domiciliaria al paciente VIH terminal. *An Med Interna* 1997; 14 (2): 93-7.
- Bazo M, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud para las personas ancianas. *Quaderns de Serveis Socials* 1996; 11: 23-7.
- Belenguer M, Aliaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. *Rev Rol Enferm* 2000; 23 (3): 231-4.
- Benítez M, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria* 1994; 13: 20-6.
- Benítez M, Castañeda P, Gimeno V, Gómez L, Duque A, Pascual L et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Primaria* 2001; 27 (2): 123-6.
- Briggs J. Atención domiciliaria para los ancianos discapacitados. *Salud Mundial* 1994; 47 (4): 10-1.

- Busquet X, Porta M, Jarrod M, Busquet C, Sánchez A, Duocastella P. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. *Aten Primaria* 1994; 13 (6): 291-9.
- Canes C, Lindström A. Present i futur de l'atenció domiciliària. *Quaderns de Serveis Socials* 1996; 11: 28-31.
- Contel J. La atención domiciliaria como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25 (8): 22-8.
- Contel J, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enferm Clin* 1995; 5 (5): 205-11.
- Contel J. Experiencia de atención domiciliaria en Holanda e Inglaterra. *Rev Rol Enferm* 1996; (217): 74-8.
- Corral R, Cañas J, Fernández P. Encuesta de opinión sobre el personal de enfermería de Atención Primaria en la visita domiciliaria. *Cent Salud* 1995; 2 (3): 109-12.
- Cortés JA, Méndez-Bonito E, Koutsourais R, Utrilla J, Macías J, Casado M et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria* 1996; 18 (6): 327-31.
- De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12 (1): 29-32.
- Deeks J. Systematic reviews of evaluations of diagnosis and screening tests. *BMJ* 2001; 323: 157-62.
- Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferm Clin* 1996; 6 (6): 242-8.
- Gascón J, López M, Gaona J, Saura J, Saturno P, Grupo de evaluación y mejora de los protocolos clínicos. Evaluación de la calidad de los denominados "protocolos clínicos" de atención primaria elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1999; 23 (4): 204-10.
- Gil M. Cuidados domiciliarios en el anciano. *Gerokomos* 1994; 5 (10): 16-20.
- González A, Martínez L, Alonso R, Cano E. Cuidados al paciente geriátrico por los equipos de atención primaria (EAP). *Geriátrika* 1994; 10 (3): 35-44.
- González J, Jaramillo E, Rodríguez L, Guillén F, Salgado A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp* 1990; 187 (4): 165-9.
- González J. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1992; 98 (1):38.
- González J, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria* 1992; 9 (4): 219-26.
- Guillén F. Atención geriátrica domiciliaria: presente y futuro. *Rev Clin Esp* 1992; 191 (8): 403-4.
- Gutiérrez J, Carceller P, Monedero M, Nieto F. El interés por la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1998; 21 (6): 413-4.

- Hernández A. Programa de ayuda a domicilio para personas mayores ciegas y deficientes visuales. *Integración* 1994; 16: 24-31.
- Isasi C. Visita domiciliaria de enfermería al anciano. *Oiñarri* 1998; (14): 4-6.
- Lacasa C, Florés M, Ris H. Desenvolupament de l'atenció domiciliària a Catalunya. *Enquesta als EAP. Salut Catalunya* 1993; 7 (5): 222-5.
- Lau J, Ioannidis J, Schmid C. Quantitative synthesis in systematic reviews. *Ann Intern Med* 1997; 127: 820-6.
- Lindoso T, Valencia S, Fernández A, Álvarez S, Álvarez J. Monitorizar un programa de atención domiciliaria. *Rev Rol Enferm* 1994; (188): 13-6.
- López R, Agüera B. Atenció domiciliària: avaluació de 5 anys de funcionament del programa. *Salut Catalunya* 1995; 5 (9): 203-7.
- López R, Julià M. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. *Enferm Clin* 1999; 9 (5): 220-5.
- López R, Maymó N. Programación de la atención domiciliaria. *Monografías Clínicas de Aten Primaria* 1991; 3 (9): 21-3.
- Mateo M, Cambra E, Blasco R, Buisán M. Evaluación de la calidad asistencial al anciano en la atención domiciliaria de enfermería. *Salud y Ciencia* 1993; 2 (4): 147-9.
- Pont A, Granollers S. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. *Rev Rol Enferm* 1992; (165): 21-6.
- Porto B, Fernández M, Caramés S, Besada M, Fernández O, Hermida M. Atención domiciliaria a ancianos. *Rev Rol Enferm* 1988; (116): 21-4.
- Puig C, Hernández-Monsalve L, Gervás J. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia. Una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992; 10 (1): 550-2.
- Sanz-Ortiz J, Llamazares A. Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 446-9.
- Serra J, Rexach L, Cruz A, Gil P, Ribera J. Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia. *Rev Clin Esp* 1992; 191 (8): 405-11.
- Steel K, Gezairy H. La asistencia domiciliaria en un mundo que envejece. *Salud Mundial* 1994; 47 (4): 3.
- Sterne J, Egger M, Davey Smith G. Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 101-5.
- Tilquin C, Ferrús I, Portella E. Estrategias de medida de los cuidados de enfermería. *Gac Sanit* 1992; 6: 71-7.
- Vallés M, Gutiérrez V, Luquin A, Martín M, López F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria* 1998; 22 (8): 481-5.
- Zunzunegui M. Los cuidadores principales de las personas mayores. *Revista Gerontológica* 1993; 3: 73-4.