



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2017 - 2018)

Trabajo Fin de Grado

**Importancia del servicio de Atención
Domiciliaria en ancianos.**

Alumno/a: Saioa Pacheco Aguado

Tutor/a: D^a. Eva Durántez de la Plaza

(Junio), 2018

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	2
- Palabras clave.....	2
INTRODUCCIÓN	4
- Evolución histórica en España	4
- Funciones de Enfermería en Atención Primaria.....	5
- Objetivos y actividades de enfermería en Atención Domiciliaria	6
- Beneficios de la Atención Domiciliaria.....	7
- Características e indicaciones de la Atención Domiciliaria.....	7
- Criterios y objetivos de la OMS sobre Atención Domiciliaria	8
- Cuidador principal	9
- Envejecimiento poblacional.....	11
- Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)	14
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	18
- Satisfacción en la persona mayor	18
- Relación enfermera-persona mayor-familia y/o cuidador	21
- Detección de barreras arquitectónicas y violencia en el hogar	22
- Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.....	24
- Cuidador informal.....	29
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIÓN	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	45
- Anexo I: Valoración Enfermera	45
- Anexo II: Escala de Zarit	46
- Anexo III: Tabla de Búsqueda Bibliográfica.....	47
- Anexo IV: Diagrama sobre la búsqueda de artículos	49
- Anexo V: Tablas de resultados	50

RESUMEN

Introducción: La Atención Domiciliaria es un servicio de carácter social y sanitario, se realiza en el domicilio del paciente que tiene dificultades para desplazarse o incapacidad física, y cuyo fin es detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del paciente y la familia, potenciando la autonomía y mejorando su calidad de vida. Es una actividad esencial de los profesionales de Atención Primaria, principalmente de enfermería. Debido al aumento de la población envejecida, cada vez se requiere mayor atención en el domicilio del paciente.

Objetivos: Evidenciar la importancia de la Atención Domiciliaria en el paciente anciano, conocer la importante labor de enfermería y los beneficios que obtienen tanto el paciente como su familia y/o cuidador.

Metodología: Revisión bibliográfica en la que se utilizaron las bases de datos: SCIELO, encuentr@, MEDES y PUBMED. Biblioteca Virtual de la Universidad de Valladolid: SCIELO Y CINAHL Complete; Biblioteca Virtual de Salud: IBECS, MEDLINE, LILACS y BDNF-Enfermería, seleccionándose 20 artículos.

Resultados y Discusión: La atención enfermera en el domicilio, permite conocer el entorno del paciente, familia y/o cuidador, visualizando de manera directa sus necesidades y posibles problemas, mejorando su calidad de vida. La relación enfermera-paciente-familia facilita la evolución de los cuidados aumentando su calidad, haciéndoles partícipe de su propia salud. Enfermería es una herramienta fundamental en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, pero, en ocasiones, las visitas no se realizan de forma continua, siendo enfocadas a cuidados físicos, sin tener en cuenta el entorno de la persona mayor.

Conclusiones: La Atención Domiciliaria es necesaria en ancianos con dificultades de desplazamiento, donde enfermería juega un papel importante. A través de sus visitas, aumenta la satisfacción del anciano, la calidad de los cuidados, detecta posibles problemas en el hogar y reduce la sobrecarga del cuidador.

Palabras clave: atención domiciliaria, anciano, enfermería domiciliaria, atención primaria.

ABSTRACT

Introduction: Home Care is a social and health service, which happens at the home of the patient who has difficulty to move or physical disability, and whose purpose is to detect, assess, support and control the health problems of the patient and the family, enhancing their autonomy and improving their quality of life. It is an essential activity of Primary Care professionals, mainly nurses. Due to the increase in the ageing of population, a greater attention is increasingly required in the patient's home.

Objectives: To demonstrate the importance of home care in the elderly patient, to know the important work of nursing and the benefits obtained from both the patient and his family and caregiver.

Methodology: Bibliographic review in which the following databases are used: SCIELO, encuentr@, MEDES and PUBMED. Virtual Library of the University of Valladolid: SCIELO Y CINAHL Complete; Virtual Health Library: IBECS, MEDLINE, LILACS and BDNF-Nursing, selecting 20 articles.

Results and Discussion: The nursing attention at home allows knowing the environment of the patient and the family or the caregiver, directly visualizing their needs and possible problems, improving their quality of life. The nurse-patient-family relationship facilitates the evolution of the patient's care, making him a part of their own health, increasing the quality of the cares provided by the family or caregiver. Nursing is a fundamental tool for the promotion of the health and for prevention of diseases, but visits sometimes are not made continuously, being focused on physical cares and not considering their environment.

Conclusions: Home Care is necessary for elderly people with difficulties in mobility, where nursing professionals have an important role. Through their visits, the satisfaction of the elderly people increases, the quality of their care improves, possible problems in their homes can be detected and the overload of the caregivers is reduced.

Keywords: home care, elderly person, home nursing, primary care.

INTRODUCCIÓN

La Atención Domiciliaria es un servicio a través del cual se proporciona una asistencia sanitaria en el propio domicilio del paciente, que no puede desplazarse a un Centro de Salud debido a su estado de salud o incapacidad física.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.²

La Atención Domiciliaria es una de las actividades esenciales de los profesionales de Atención Primaria, principalmente para enfermería, la cual debe encargarse de realizar las actividades que cubran las necesidades de los pacientes y familia, proporcionarles una educación sanitaria fomentando el autocuidado de forma continuada³. No debe confundirse con la Hospitalización Domiciliaria, en la que el paciente recibe los cuidados sanitarios hospitalarios en su propio domicilio. Estos cuidados son realizados de forma limitada, hasta que el paciente es dado de alta. De esta manera se reducen las estancias hospitalarias y el riesgo de adquirir enfermedades nosocomiales⁴. También debe diferenciarse de la Asistencia Urgente a Domicilio, en la que se da una atención sanitaria de forma puntual en el domicilio de la persona que la demanda, para resolver un problema de salud preferente⁵.

Evolución histórica en España

En la Prehistoria, cuando alguna persona enfermaba, era abandonada, pero, con el paso del tiempo, el cuidado comenzó a cobrar sentido y se realizaba en sus casas, siendo el origen de la “Enfermería Domiciliaria”.

En el año 1933, en España, aparecen las “Enfermeras Visitadoras Sanitarias”, dando lugar al nacimiento de la Enfermería Domiciliaria de manera documentada⁶.

El Real Decreto 63/1995 del 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece la atención a la tercera edad y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales⁷.

Esta norma fue derogada y regulada posteriormente por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización⁸.

En el año 2003, comienza la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (IMAD), que da lugar al Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) en el año 2004-2007^{9,10}.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, publicada por el Boletín Oficial del Estado (BOE) indica:

“Artículo 1. Objeto de la Ley.

1. La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.
2. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales”¹¹.

Funciones de Enfermería en Atención Primaria

Con la reforma de Atención Primaria y la aparición de las consultas de enfermería se producen muchos cambios. El profesional de enfermería atiende tanto a la población sana como enferma, a través de una atención directa, ya sea en la propia consulta o en el domicilio del paciente.

Las funciones de enfermería en Atención Primaria tanto en el Centro de Salud como en la Atención en el Domicilio son:

- Clínico asistencial: promoción, prevención y rehabilitación de los cuidados.
 - Atención Directa al paciente y familia tanto en el Centro de Salud como en el Domicilio (consulta a demanda, concertada y urgente).
 - Educación para la Salud en grupo.
 - Participación Comunitaria.
 - Gestión de Casos.
- Formación: participar en la enseñanza teórica y práctica de los programas de salud y en la formación continuada.
- Investigación: participar o realizar estudios de Salud.
- Gestión y Organización¹³.

Objetivos y actividades de enfermería en Atención Domiciliaria

- . Objetivos:
 - Realizar una valoración integral del paciente (Anexo I) con el objetivo de identificar sus necesidades y problemas y poder elaborar un plan de cuidados.
 - Promocionar hábitos saludables a través de Educación para la Salud y Prevención de enfermedades, a través de un control continuo del paciente.
 - Realizar los cuidados que precise fomentando el autocuidado.
 - Conocer el entorno y el medio en el que vive.
 - Identificar el rol habitual del paciente dentro de la familia.
 - Valorar el estado emocional de la familia y/o cuidador y prestarle apoyo si fuera preciso.
- Valorar el grado de cumplimiento de las pautas dadas por el equipo sanitario.
- . Actividades:
 - Instruir sobre prácticas básicas de cuidados como alimentación, higiene, cambios posturales, cuidados de sondas, etc.
 - Controlar parámetros biológicos.

- Realizar diferentes técnicas como curas, administración de tratamientos, etc.
- Vigilar catéteres, drenajes, apósitos, etc¹².

Beneficios de la Atención Domiciliaria

La Atención Domiciliaria lleva consigo una serie de beneficios tanto para el paciente como para la familia, cuidador/a y profesional sanitario:

- Mayor confianza y seguridad del paciente y familia.
- Zona de confort para el paciente.
- Mejora la relación interpersonal paciente-profesional sanitario.
- Mayor participación del paciente en sus cuidados.
- Facilita el cumplimiento de las actividades propuestas.
- Permite conocer el hogar del paciente, las relaciones intrafamiliares o con el cuidador principal y valorar sus recursos.
- Mejora la comunicación con la familia.
- Permite descubrir posibles factores que dificulten el cumplimiento del plan de cuidados.
- Permite ofrecer educación sanitaria tanto al paciente como a su familia o cuidador/a, aumentando la autorresponsabilidad y la calidad de los cuidados.
- Disminuye los gastos sanitarios por la disminución de ingresos hospitalarios².

Características e indicaciones de la Atención Domiciliaria

La Atención Domiciliaria cumple una serie de características:

- Se realizada en el domicilio del paciente.
- La atención es longitudinal y continuada en el tiempo.
- Se da una atención biopsicosocial.
- La atención va dirigida tanto al paciente como a su familiar y/o cuidador/a.
- Los recursos que se precisan son de sencilla movilización al domicilio¹⁴.

Las principales situaciones que requieren de una Atención Domiciliaria son:

- Pacientes que no salen del domicilio, por los siguientes motivos:
 - No pueden desplazarse.

- Se niegan a acudir a las consultas.
- Padecen enfermedad terminal.
- Por incapacidad reciente.
- Pacientes atendidos en consultas que requieren también de Atención Domiciliaria debido a:
 - La posible necesidad de institucionalización.
 - Sospecha de problemas psicosociales.
 - Caídas en el hogar.
- Cualquier paciente frágil ante la sospecha de:
 - La existencia de barreras arquitectónicas.
 - La no existencia de adhesión al tratamiento.
 - Sobrecarga del cuidador/a.

Para asegurar el desarrollo del programa, es necesario:

- Que todos los miembros del equipo sanitario participen.
- La valoración integral del paciente y su familia.
- La coordinación de los recursos sociales y sanitarios.
- La participación comunitaria (familia, asociaciones, etc.)¹⁵.

Criterios y objetivos de la OMS sobre Atención Domiciliaria

La OMS establece unos criterios mínimos de situaciones que necesitan prioritariamente una atención domiciliaria:

- Familias con personas mayores de 80 años.
- Personas que no puedan desplazarse al Centro de Salud.
- Personas que vivan solas o que no tengan familia.
- Personas con alta hospitalaria reciente.
- Personas que tengan medicación vital.
- Familias con enfermos graves o inválidos.

También señala una serie de objetivos que debe cumplir todo programa de Atención Domiciliaria:

- Garantizar la atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud.
- Proporcionar información, educación y apoyo al enfermo y a su familia.

- Promover la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Evitar ingresos que no sean necesarios.
- Fusionar la atención de calidad de todos los profesionales que estén implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas del control del dolor, etc.
- Promocionar la coordinación entre la oferta de servicios sociales y sanitarios¹⁵.

Cuidador principal

Muchos de los cuidados que necesitan los ancianos son realizados por cuidadores informales, es decir, por la familia o allegado/a. Esta situación puede producir cambios dentro de la estructura familiar, lo que puede desembocar en una crisis que suponga un peligro para la familia, especialmente para el cuidador principal, que es la persona que tiene la mayor sobrecarga física y emocional de los cuidados.

El Cuidador Principal se define como la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin remuneración económica.

Existen trabajos publicados que reflejan una sobrecarga negativa en el cuidador principal, causando un malestar psíquico (ansiedad y depresión), físico, falta de tiempo libre, aislamiento social, repercusión en la calidad de vida y en la situación económica, produciéndose el denominado por algunos autores “Síndrome del Cuidador”¹⁶.

La sobrecarga del cuidador principal, se define como el estado psicológico que se produce por la suma del trabajo físico, las restricciones sociales, la presión emocional y las demandas económicas que se producen por el cuidado del enfermo.

“Robinson” la clasifica en dos apartados:

1. Sobrecarga objetiva del cuidador: realización de los cuidados.
2. Sobrecarga subjetiva del cuidador: sentimientos y emociones que le provoca dichos cuidados.

Algunos factores pueden influir en una mayor sobrecarga:

- Edad: a mayor edad, mayor sobrecarga.
- Número de hijos: existe una mayor sobrecarga en aquellos cuidadores que tienen más hijos.

- Nivel sociocultural: en ocasiones los cuidadores con un mayor nivel cultural trabajan fuera de casa, lo que hace que la posibilidad de sobrecarga sea mayor.
- Situación económica: a peor situación económica mayor riesgo de sobrecarga.
- Parentesco con el enfermo: parece existir una mayor sobrecarga en los cuidadores cónyuges.

Los cuidadores principales suelen ser afectados tanto en la esfera física, psíquica como social, por lo que son considerados un grupo de riesgo al que se debe atender, para aumentar su calidad de vida y de esta manera, puedan continuar ofreciendo una atención correcta a su familiar. La familia tiene que ser considerada como parte de la asistencia continua de su familiar, elaborando Programas de Apoyo al Cuidador, a través de ayudas domiciliarias⁵.

Según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) la sensación de los cuidadores es que:

- Disminuye su tiempo de ocio (64%).
- Aumenta el cansancio (51%).
- No disponen de vacaciones (48%).
- No tienen tiempo para estar con amigos (39%).
- Se sienten deprimidos (32%).
- Empeora su salud (28,7%).
- No les permite trabajar fuera (27%).
- No tienen tiempo para uno mismo (23%).
- Disponen de problemas económicos (21%).
- Deben disminuir su jornada laboral (12%).
- Tienen que dejar de trabajar (12%)¹⁷.

Enfermería realiza una atención centrada tanto en el paciente como en la familia y cuidador, con el objetivo de detectar posibles sobrecargas y poder actuar, logrando un aumento de la calidad de vida del cuidador, encontrando una buena conexión familiar y aquellos recursos que estén a su disposición¹⁹.

Las actividades que se realizan para evitar el “Síndrome del Cuidador” son:

- Realizar una valoración de la sobrecarga del cuidador a través de la Escala de Zarit (anexo II).
- Explicar al cuidador el problema de salud que tiene la persona a la que cuida.
- Programar junto al cuidador la estructura de los cuidados y ofrecerle Educación para la Salud.
- Ser comprensivo/a y empático/a y no emitir juicios de valor.
- Fomentar la expresión de emociones, sentimientos e ideas.
- Informar al cuidador de la existencia de trabajadores sociales y ayudas de las que se pueden beneficiar.
- Contactar con grupos de autoayuda.
- Planificar junto al cuidador un tiempo de distracción¹⁷.

Envejecimiento poblacional

La sociedad europea cada vez es más envejecida debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad, por lo tanto, en España, se produce un gran crecimiento de la dependencia, en la que más de cinco millones de personas tienen algún tipo de discapacidad; de las cuales casi dos millones son mayores de 65 años, siendo estas personas las que requieren mayores estancias hospitalarias con frecuentes reingresos, lo que supone un importante gasto sanitario.

Según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) al anciano se le clasifica en:

- Anciano sano: persona mayor sin enfermedad objetivable, con independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sin problemas sociales ni mentales.
- Anciano enfermo: anciano sano que tiene una enfermedad aguda. Sus problemas de salud pueden ser atendidos en centros sanitarios.
- Anciano frágil: persona mayor que conserva su independencia de forma deficiente, con un alto riesgo de perder su capacidad para llevar a cabo las ABVD y las AIVD y ser una persona dependiente.

- Paciente geriátrico: persona mayor con una o más enfermedades crónicas que hacen que el paciente sea dependiente tanto para las ABVD como para las AIVD necesitando ayuda. Estas personas además suelen tener problemas sociales y mentales.

Los principales síndromes geriátricos son la inmovilidad, las caídas, la polifarmacia, iatrogenia, síndrome confusional agudo, incontinencia, depresión, malnutrición, estreñimiento, demencia y úlceras por presión²⁰.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la proporción de personas mayores de 64 años en España, representa en el año 2017 el 19% de la población total con respecto a un 16,6% que representó en el año 2005.

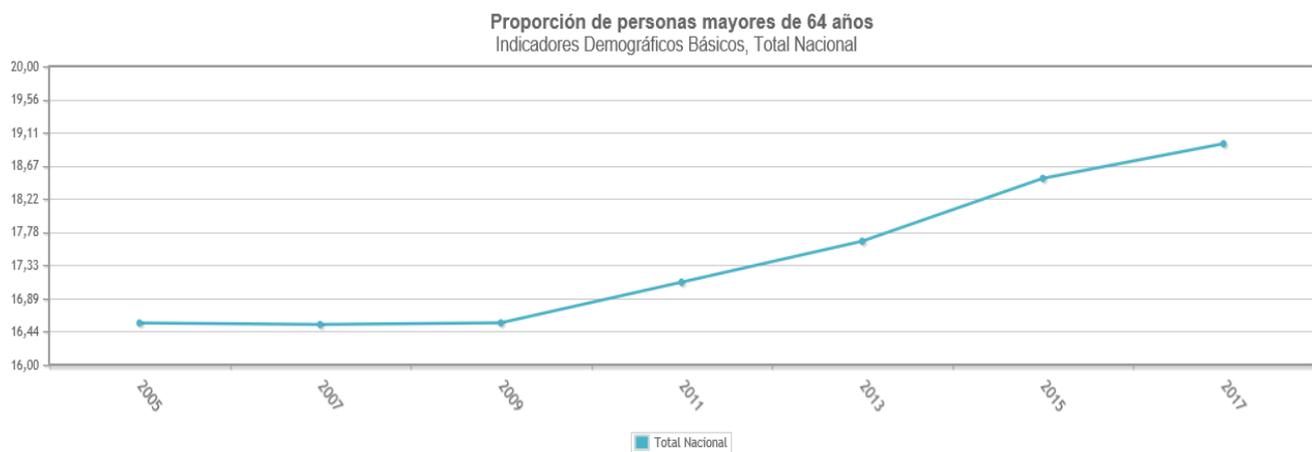


Gráfico 1: Proporción de personas mayores de 64 años en España según el INE²¹.

En Castilla y León se produce un aumento considerable en la proporción de personas mayores de 64 años. En el año 2005 representa el 22,4% de la población total aumentando a un 24,6% en el 2017.

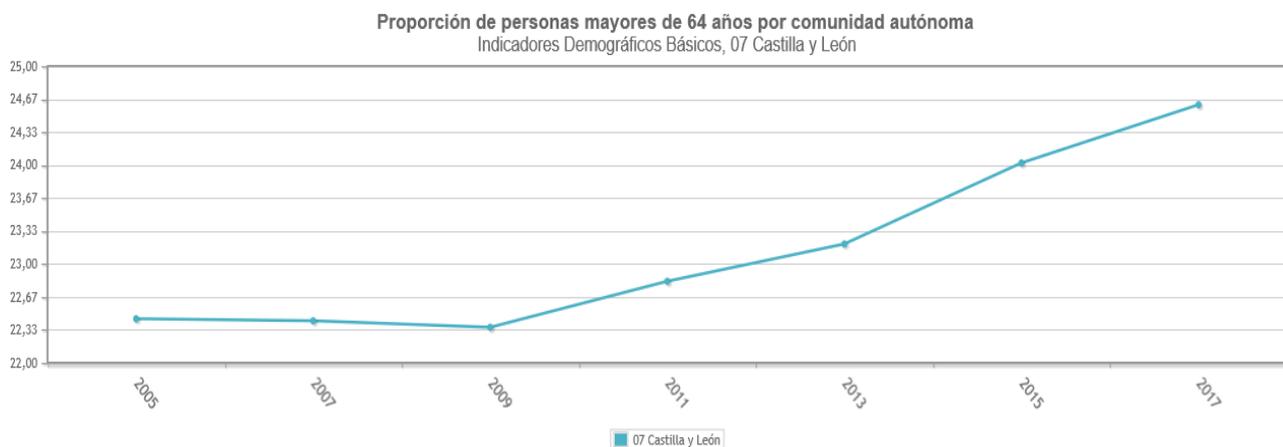


Gráfico 2: Proporción de personas mayores de 64 años en Castilla y León según el INE²¹.

El grupo mayoritario son los ancianos frágiles mayores de 80 años que son personas con patologías crónicas, muchas de ellas con dificultades de poder acceder al Centro de Salud debido a trastornos físicos que impiden su movilidad, alteraciones cognitivas, sensoriales y problemas sociales, por lo que la necesidad de asistencia domiciliaria va en aumento año tras año²².

En el año 2016, en España, más de tres millones de hogares estaban formados por al menos una persona dependiente, siendo la familia en la mayoría de los casos la encargada de realizar los cuidados. Actualmente la familia no puede prestar una ayuda total en el cuidado de la salud de su familiar debido a diferentes circunstancias, las familias no son tan numerosas, no se dispone de tanto tiempo debido a las jornadas laborales, etc²⁰.

Como se puede observar en la siguiente tabla, en los últimos años en España, ha aumentado el número de personas de 65 años y más que viven solas en sus domicilios, lo que hace que se produzca un aumento en la necesidad de asistencia socio-sanitaria.

Encuesta Continua de Hogares (ECH). Datos referidos al valor medio del periodo

Población Residente: Resultados nacionales (distintas variables de clasificación)

Población residente según sexo, grupo de edad y situación en el hogar

Unidades:

	Ambos sexos				
	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85 años o más
2016					
Personas que viven solas	387,1	385,1	348,3	384,9	427,8
2015					
Personas que viven solas	359,0	339,4	378,5	397,7	385,2
2014					
Personas que viven solas	338,5	366,2	393,0	392,6	363,4
2013					
Personas que viven solas	321,6	329,1	416,6	385,4	352,9

Tabla 1: Evolución del número de ancianos que viven solos en sus hogares de 2013 a 2016 en España según el Instituto Nacional de Estadística²¹.

Según el Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 64 años irá en aumento, lo que supondrá un mayor volumen de personas que precisen de atención domiciliaria, especialmente los pacientes geriátricos²¹.

Existen estudios que proponen una serie de necesidades para aumentar la calidad de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria:

- Adaptar el número y perfil de profesionales de los centros de salud a las necesidades.
- Instruir a los profesionales en campos importantes de la Atención Domiciliaria (geriatría, salud mental, apoyo a los cuidadores, etc.).
- Proporcionar más recursos a los equipos de Atención Primaria.
- Acoger tipos de organización tanto interna como externa de mayor eficacia para poder garantizar una atención integral.
- Incorporar en el equipo profesionales de salud y de atención social⁵.

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

El ESAD pretende apoyar a los profesionales de Atención Primaria en la atención integral y continuada de los pacientes, familia y/o cuidador en el domicilio. Estos Equipos pertenecen a la Gerencia de Atención Primaria y están formados por médicos, enfermero/as y auxiliares administrativos; en algunas Comunidades Autónomas también forman parte los/as auxiliares de enfermería.

Los pacientes que requieren atención de los Equipos de Soporte se clasifican en dos grupos:

1. Pacientes en situación terminal.
2. Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

También estarán incluidos aquellos pacientes que presenten dificultades para desplazarse, con una duración superior a dos meses, siempre que el Equipo de Atención Primaria lo estime necesario.

El ESAD realiza una valoración del paciente y de su historia clínica y propone al Equipo de Atención Primaria un plan de actuación del paciente y familia y/o cuidador²³.

JUSTIFICACIÓN

El aumento del envejecimiento poblacional lleva consigo un aumento de personas pluripatológicas, lo que hace que sea necesaria una mayor asistencia sanitaria. En muchos de los casos, este tipo de pacientes son dependientes y con grandes dificultades de acceder a su centro de salud. La Atención Domiciliaria permite la accesibilidad de estas personas a recibir una atención sanitaria en su propio domicilio. Enfermería realiza un seguimiento continuo, integral e individualizado del paciente en su domicilio, para la prevención y promoción de la salud, procurando un aumento en el autocuidado del paciente con una mayor participación en el control de su enfermedad. Proporciona apoyo tanto a la familia como al paciente y aporta educación para la salud, para que los cuidados sean de mayor calidad y así mejorar el estado de salud del anciano. El domicilio, además, otorga la posibilidad de conocer los problemas sociales del paciente y/o familia.

La Atención Domiciliaria permite una disminución de los ingresos y estancias hospitalarias, disminuyendo los gastos sanitarios, además, aumenta la interacción enfermero/a-paciente y proporciona al anciano y familia un mayor confort al encontrarse en su entorno habitual.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evidenciar la importancia del servicio de Atención Domiciliaria en el paciente anciano.

Objetivos específicos:

- Conocer el papel fundamental de enfermería en la Atención Domiciliaria.
- Identificar los beneficios de la Atención Domiciliaria para el paciente anciano, familia y/o cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistémica de evidencia científica, para conocer la importancia de la atención domiciliaria en la población anciana y el papel fundamental de la enfermería.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se planteó la siguiente pregunta pico:

¿Por qué es necesaria la atención domiciliaria en las personas mayores? ¿Cuál es la función de enfermería en la atención domiciliaria de las personas mayores?

P	Pacientes	Ancianos dependientes
I	Intervención	La atención domiciliaria en las personas mayores y la participación de enfermería
C	Comparación	No se considera
O	Resultados esperados	¿Es necesaria la atención domiciliaria en las personas mayores? ¿Enfermería juega un papel importante?

Tabla 2: Pregunta PICO

Fuente: Elaboración propia

Se ha utilizado el operador booleano AND y los siguientes términos DeCS (Descriptores de las Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Heading):

DeCS	MeSH
Servicios de Atención de Salud a Domicilio	Home Care Services
Atención Domiciliaria de Salud	Home Nursing
Enfermería	Nursing
Visita Domiciliaria	Home Visit
Anciano Frágil	Frail Elderly
Personas con Discapacidad	Disabled Persons
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care

Tabla 3: Descriptores de las Ciencias de la Salud y Medical Subject Heading.

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron fueron los siguientes:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos comprendidos entre 2007-2018. • Idioma: español e inglés. • Temas: atención domiciliaria y enfermería domiciliaria en ancianos; envejecimiento de la población y la necesidad de cuidados. • Texto completo disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda aquella documentación que no esté relacionada directamente con el tema a tratar. • Artículos que no se ajustan a los criterios de inclusión descritos anteriormente.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión. **Fuente:** Elaboración propia.

La búsqueda bibliográfica (anexo III y IV) ha sido realizada entre diciembre de 2017 y marzo de 2018. Se ha desarrollado una revisión en las bases científicas: **SCIELO**, **BVS** (Biblioteca Virtual en Salud), **encuentr@** (enfermería inteligente) **MEDES** y **PUBMED**. Además ha sido utilizada la **Biblioteca Virtual de la Universidad de Valladolid (Uva)** para la búsqueda de artículos de las bases **SCIELO Y CINAHL Complete**. De la BVS se han obtenido artículos de las bases científicas **IBECS**, **MEDLINE**, **LILACS** y **BDENF-Enfermería**.

Se ha realizado una lectura crítica de los **46** artículos seleccionados a través del cuestionario **CASPe²⁴**, verificando la validez y la utilidad de los resultados publicados, con el objetivo de que los artículos utilizados sean de calidad. Han sido seleccionados **20** artículos.

RESULTADOS

Tras analizar los artículos, han sido agrupados de la siguiente manera, en cinco epígrafes:

- Satisfacción en la persona mayor
- Relación enfermera-persona mayor-familia y/o cuidador
- Detección de barreras arquitectónicas y violencia en el hogar
- Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad
- Cuidador informal

Algunos artículos podrían haber sido clasificados en diferentes epígrafes, sin embargo, han sido categorizados en un único epígrafe.

Posteriormente se exponen los elementos más significativos de los artículos seleccionados y se realizan tablas de resultados (anexo V).

1. Satisfacción en la persona mayor:

Las personas mayores con el paso de los años, tienen un deterioro de la salud que en ocasiones, produce ciertas limitaciones como la dificultad de acceder al centro de salud, para poder recibir los cuidados que precisan. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios acudan a sus domicilios, y de esta manera, poder satisfacer sus necesidades de salud. Enfermería acude a los domicilios con el fin de ofrecer una atención integral al paciente y a su familia fomentando su bienestar.

Ramón Orueta Sáncheza, Rosa M^a Gómez-Calcerrada Jiménez^b, Arancha Sánchez Oropesac, Samuel Gómez-Caro Marína, Juan Ramón Herrera Ontañonc, Concepción Holgado Juanc y Pilar Toledano Sierrac²⁵, en el Centro de Salud “Sillería” (Toledo), realizan un estudio de intervención sin asignación aleatoria, tipo cuasi-experimental o ensayo no controlado.

Cada uno de los pacientes fue valorado en el momento de su incorporación a la intervención y 12 meses después de dicha incorporación. Fueron considerados como participantes, los pacientes dependientes mayores de 65 años que eran incorporados al programa de atención domiciliaria.

El objetivo de este estudio era evaluar el impacto de la incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos sobre personas mayores dependientes y su

satisfacción con dicho programa. Se estudian diferentes variables como la salud percibida, la calidad de vida, frecuentación y satisfacción recibida.

En cuanto a la calidad de vida, a nivel de deterioro global, no existe un cambio significativo, sin embargo, sí hay una mejora significativa en el aspecto emocional y aislamiento social del paciente.

La frecuentación media total de los pacientes disminuyó de 14,2 visitas/año a 9,0 visitas/año.

Se observó un aumento estadísticamente significativo de la satisfacción recibida por la atención de enfermería al finalizar el periodo de seguimiento.

El 84% de los pacientes expresaron algún punto positivo sobre la atención recibida a través del programa. El 6,9% expresaron algún punto negativo, principalmente la necesidad de aumentar el número de visitas, la no realización de recetas en el domicilio y la falta de visitas domiciliarias de otros especialistas.

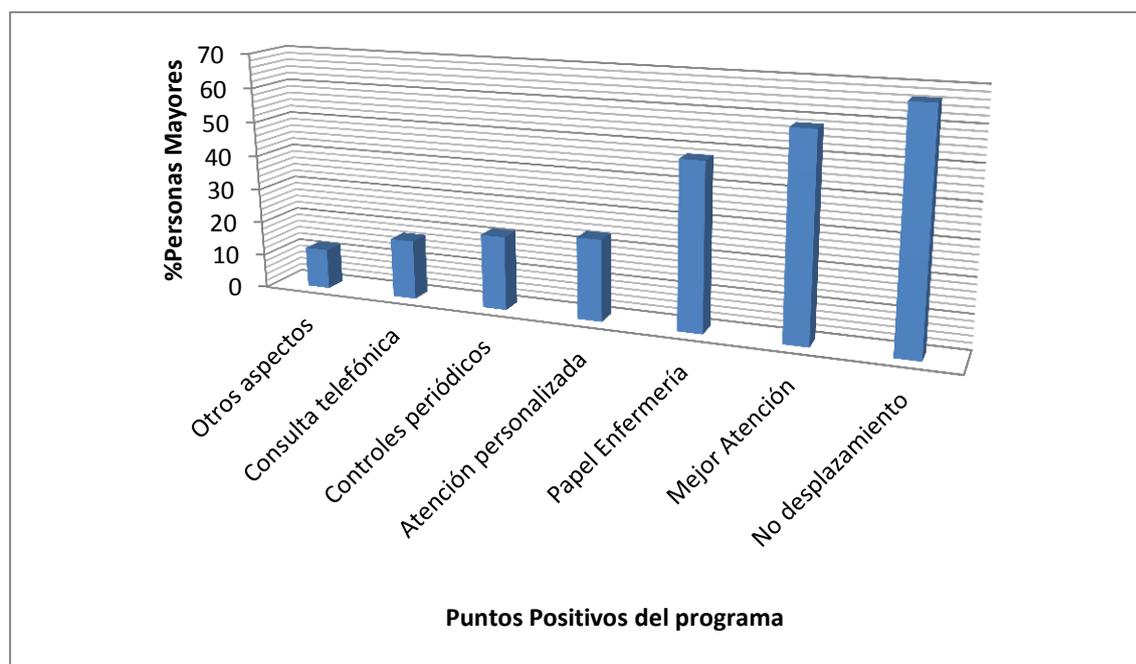


Gráfico 3: Puntos positivos expresados por personas mayores introducidas en el programa de Atención Domiciliaria. **Fuente:** Elaboración propia

Resto de variables sin modificación significativa.

En el año 2015, García Alcaraz F., Delicado Useros V., Alfaro Espín A., López-Torres Hidalgo J.²⁶, realizaron un estudio observacional descriptivo, en el Área de Salud de Albacete.

La población diana fueron pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD) de los que fueron seleccionados 368 por muestreo simple aleatorio.

Se estudian diferentes variables entre las que cabe destacar la satisfacción de los pacientes con la Atención Domiciliaria. Tras la evaluación, a través del cuestionario SATISFAD 10 (rango de 0 a 27) el nivel medio de satisfacción con la atención enfermera domiciliaria fue de 23,5.

Un ensayo longitudinal cuasi-experimental que investigaba los efectos de un programa de visitas a domicilio, fue llevado a cabo por Stijnen MM , Jansen MW , Duimel-Peeters IG y Vrijhoef HJ²⁷, en el año 2014.

Se realizaron 24 prácticas en tres regiones de los Países Bajos. 13 prácticas fueron realizadas según el programa de visitas preventivas a domicilio (grupo de intervención) y 11 prácticas de atención habitual, cuando las personas mayores lo solicitaban (grupo control).

La población para el estudio eran personas mayores de 75 años.

Tras las visitas domiciliarias, todas las personas mayores estaban muy satisfechas, con una visión muy positiva sobre la enfermera, con la que sintieron tener la capacidad de hablar sobre diferentes aspectos.

Con respecto a los formularios cumplimentados por la enfermera, para el 29,9% de las personas mayores, el seguimiento y asesoramiento fueron “mucho” o “algo” beneficiosos, mientras que para el 70,1%, fueron “un poco” o “de ningún modo” beneficiosos. La mayoría de las enfermeras explicaron que este resultado fue debido a que los problemas detectados eran de fácil solución. Según una enfermera, el médico y una persona mayor, esto era debido a que las personas mayores tienen una fachada de normalidad en muchas ocasiones; Otra enfermera añadió que las visitas domiciliarias suelen ser más beneficiosas cuando son demandadas por la persona mayor; Seis personas mayores comentaron que la visita domiciliaria había sido útil para ellos, principalmente porque pudieron tratar asuntos que no suele ser posible en la práctica general; Otros creían que son ancianos y que no se puede hacer nada, que la soledad no se puede solucionar.

2- Relación enfermera-persona mayor-familia y/o cuidador:

Enfermería con sus visitas domiciliarias, establece un gran clima de confianza tanto con el paciente como con su familia y/o cuidador, pudiendo conocer con mayor precisión lo que tanto el anciano como su familia necesitan.

En el año 2012, Esperança Alves Gago y Manuel José Lopes²⁸, realizaron una investigación cualitativa basada en el método de la *Teoría Fundamentada*, derivada de la recopilación de datos, con el objetivo de comprender el proceso de interacción de los enfermeros con la persona anciana y la familia en el domicilio.

El estudio fue desarrollado en una comunidad de Portugal, en la que el 40% de la población es igual o mayor de 65 años.

Se realizan 41 visitas domiciliarias por parte de enfermería durante 2 meses, observando las siguientes variables: cómo se preparó la visita domiciliaria; las diferentes situaciones imprevistas a las que se enfrentó la enfermera y cómo se resolvieron; identificar las competencias realizadas por las enfermeras durante el proceso de cuidado y estructurar la guía de entrevista semiestructurada.

En todo el proceso de atención durante las visitas domiciliarias, la relación enfermera-paciente-familia, fue el papel central, siendo un proceso continuo y progresivo y la herramienta principal.

Montserrat Puig Llobet y Carmen Moreno Arroyo²⁹, en el año 2011, realizaron un caso clínico para identificar la función de enfermería en la localización de las necesidades de las personas mayores dependientes, que reciben cuidados en el domicilio del Centro de Salud de Villafranca del Penèdes (Barcelona).

Tras realizar la entrevista y la valoración de la paciente, según los patrones Gordon, se encuentran cinco alterados y según la taxonomía NANDA, se identifican 8 diagnósticos enfermeros. De esta manera, se puede observar, como enfermería domiciliaria identifica las necesidades de las personas mayores y de sus cuidadores y/o familia.

En el año 2012, a través de una investigación exploratoria, descriptiva cualitativa, Cristiane Dantas Laitano Lionello, Carmen Lúcia Mottin Duro, Andria Machado da Silva y Regina Rigatto Witt³⁰, se propusieron conocer ***El qué hacer de las enfermeras de Atención Primaria.***

El estudio fue realizado en el municipio de Porto Alegre (Brasil), cuyas participantes fueron 6 enfermeras a las que se les realizó una entrevista basada en tres variables: visita domiciliaria, evaluación de las demandas de la visita domiciliaria e interacción con el equipo en la visita domiciliaria.

Todas las enfermeras opinaron que la visita domiciliaria permite conocer el entorno del paciente, su forma de vida y las relaciones interfamiliares, para poder realizar los cuidados tanto físicos, psíquicos como sociales, enfocados a sus verdaderas necesidades. Una enfermera comenta lo siguiente:

“En el ambiente en que viven, podemos hacer más nuestro trabajo.”

“La visita domiciliaria es conocer la realidad, es vivenciar, vincular mejor a esa familia [...] para poder elaborar un plan de acción, porque muchas veces lo que la gente prescribe en el consultorio no es la realidad de aquella familia entonces en el momento que usted visita, tú conoces y tu conducta cambia mucho.”

“La visita domiciliaria te instrumentaliza para identificar muchas cosas dentro de ese contexto familiar y poder actuar, insertar, implementar cosas.”

Coincidieron en que la Atención Domiciliaria permite que la familia y el propio paciente participen más activamente en su salud, mejorando su calidad de vida.

“Yo intento ver la estructura de la vivienda, eso es muy importante a la hora que la gente da las orientaciones aquí y trato de ver el riesgo social de esa familia, y más los relatos de los agentes; la gente logra hacer un diagnóstico, es lo que esa familia necesita y creo que la visita domiciliaria es eso.”

Opinan que es imprescindible la educación para la salud, tanto para el paciente como para la familia o cuidador, con el fin de que realicen su propio cuidado, principalmente los pacientes ancianos dependientes, procurando aumentar su autonomía.

3- Detección de barreras arquitectónicas y violencia en el hogar:

La atención de enfermería en el hogar del anciano permite observar y conocer el entorno en el que habita, pudiendo detectar posibles problemas que estén afectando tanto al anciano como a su familia y así poder ayudar en la búsqueda de soluciones, mejorando su calidad de vida.

Fernanda Rosa de Oliveira Pires, Bruna García Deitos, Soraia Dornelles Schoeller, Silvia María Azevedo dos Santos, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas y Kelly Maciel

Silva³¹, entre marzo y julio de 2012, elaboran un estudio transversal, exploratorio-descriptivo, cuantitativo, a personas dependientes que pertenecen a un Centro Sanitario del Municipio de Florianópolis (Brasil), con la intención de enseñar barreras y facilitadores de las personas dependientes en los hogares e identificar quién realiza las acciones de atención.

La muestra seleccionada fue de 33 personas dependientes. Los datos se obtuvieron en los domicilios de los pacientes a través de entrevistas. El 82% de los pacientes dependientes eran ancianos entre 60 y 89 años.

Se observaron 13 tipos de barreras arquitectónicas diferentes, hasta 7 en un mismo domicilio. En 2 domicilios (6%) no se observaron barreras, en 7 (21%) una barrera, en 9 domicilios (27%) 2 barreras, en 15 (46%) con más de dos barreras arquitectónicas que dificultan la independencia en los ancianos. Las barreras más frecuentes fueron las escaleras de acceso externo, piso resbaladizo y baños no adaptados. Tan solo 1 hogar disponía de 6 facilitadores arquitectónicos. 7 hogares no presentaron ningún facilitador. En 10 de los hogares se observó 1 facilitador, 8 presentaron 2 facilitadores, 3 hogares con 3 y 4 de los hogares disponía de 4 facilitadores arquitectónico instalados. Principalmente barras de apoyo en los baños (25%), iluminación en los pasillos (18%) y camas especiales (12%). El 91% de las personas dependientes disponían de cuidadores, solo tres de los pacientes informaron de que no disponían de cuidador.

En el 2008, Revilla, L de la; Revilla Negro, Q de la; Constan Rodríguez, E; Prados Quel, M. Á.³², diseñan un estudio observacional transversal, para conocer la utilidad del mapa del hogar, averiguar los factores de riesgo, las barreras arquitectónicas y otras alteraciones medioambientales, en el domicilio de las personas mayores dependientes.

El estudio fue realizado en dos centros de salud de Granada, en el que participaron 85 pacientes del Programa de Atención Domiciliaria y Atención Familiar para personas mayores dependientes. El médico y la enfermera dibujaron los planos de cada hogar; 66 (76%) de las personas estudiadas tenían más de 70 años y de ellos 30 (35%), eran mayores de 80 años.

Aproximadamente, en el 50% de los casos, en cada hogar vivían una o dos personas. En 69 hogares existía una correcta higiene. 61 usaban estufas eléctricas o

de butano. La iluminación era deficiente en 19 domicilios. La mayoría de los pacientes circulaban por todas las habitaciones, por lo que la investigación de barreras y factores de riesgo se extendió por todo el domicilio. El 19% de los pacientes no se movían de su habitación, por lo que el estudio quedaba limitado a esa habitación. En 72 (84,69%) viviendas existían barreras arquitectónicas y factores de riesgo en 28 (33%), 29 (27,36%) barreras y 28 (33%) de los factores de riesgo pudieron corregirse o eliminarse.

Por lo tanto consideran que el mapa del hogar es una herramienta importante para conocer las barreras arquitectónicas y los factores de riesgo de las personas mayores dependiente.

En el año 2009, Martínez Galdame, H.G. y Zepeda González, M.I.³³, elaboran una revisión sobre “la visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor”.

Comentan la necesidad de una mayor sensibilidad con respeto a este tema por parte del personal sanitario para su detección y abordaje, ya que está en aumento debido al envejecimiento poblacional. Se prevé que para el año 2025, la población mayor de 60 años se duplicará en todo el mundo.

Explican que no existe mucha información sobre el número de Adultos Mayores víctimas de Violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el año 2002, alrededor de un 4-6% de los adultos mayores estaban siendo maltratados mundialmente.

Este artículo indica que una de las consecuencias más frecuentes de la violación es la depresión, ya que hace que tengan menos ganas de vivir, sintiéndose más inútiles y disminuyendo sus defensas, siendo más propensos a enfermar.

4- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:

Dos funciones de gran importancia en enfermería son la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, a través de la educación sanitaria y de la detección precoz.

Juan Carlos Contel, Blanca Muntané y Lourdes Campc³⁴, en el año 2010, realizan una revisión sobre el reto de conseguir una atención sanitaria idónea para los pacientes crónicos de mayor vulnerabilidad.

Una de las variables es que los pacientes y cuidadores deben ser corresponsables de su atención sanitaria, con el fin de fomentar el autocuidado. En Cataluña, a través del programa “paciente experto”, se observan resultados positivos de satisfacción, conocimiento, habilidades y calidad de vida en los pacientes.

En cuanto a la atención a la dependencia, exponen que es necesaria la participación de atención primaria domiciliaria, además de los servicios sociales. Un documento de la universidad de Birmingham, aporta evidencias sobre la atención a pacientes crónicos, como las visitas domiciliarias proactivas con gran efectividad y alta prioridad.

Renata Silva Santos , Jullyana Marion Medeiros de Oliveira , Fernanda de Medeiros Fernandes , Pedro Henrique Silva de Farias , Aíla Marôpo Araújo y Rejane Maria Paiva de Menezes³⁵, en el año 2013, llevaron a cabo un estudio descriptivo cualitativo, en Rio Grande do Norte (Brasil), con el fin de analizar la atención domiciliaria enfermera al paciente anciano y familia.

Las participantes fueron 6 enfermeras de familia. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista grupal de preguntas abiertas. Las variables a tratar fueron la atención domiciliaria como evaluación de salud y la visita domiciliaria enfermera.

En cuanto a los cuidados en el hogar como evaluación de salud, las enfermeras comentaron que ayuda a conocer la forma de vida del anciano y su entorno, siendo además necesaria para tener un mayor contacto con la familia.

Una enfermera indicó que el personal de enfermería puede ser el profesional que más visitas domiciliarias realiza, que tienen un papel fundamental entre los profesionales con respecto a la promoción de salud y prevención de la enfermedad. Añadieron que la atención domiciliaria todavía no es considerada como una prioridad para todos los profesionales sanitarios y que las visitas domiciliarias para los ancianos que normalmente son enfermos crónicos, pluripatológicos y con limitaciones funcionales, deben realizarse por un equipo multidisciplinar, para garantizar una atención integral. También, comentaron que es una acción importante que debería priorizarse, aunque es difícil de llevar a cabo.

Reflejaron preocupación afirmando que existe diferencia entre lo que sería una visita domiciliaria ideal y las visitas reales, que no se realiza de forma regular ni ordenada

en personas mayores, siendo una actividad realizada a demanda en la que más del 50% de las visitas son centradas en enfermedades.

Añadieron ciertas limitaciones como la falta de tiempo disponible y el acceso a los hogares por falta de transporte.

Solís Cordero, Katherine y Guevara Francesa, Giancarlo³⁶ en el año 2015 diseñaron un estudio cualitativo, analítico, observacional, para identificar los elementos que el programa de visita domiciliaria necesita mejorar, modificar o sustituir, para poder prestar un mejor servicio. Los datos fueron obtenidos a través de revisiones bibliográficas y entrevistas.

Se estudian tres variables: La caracterización del programa de visita domiciliaria, la figura del Asistente Técnico de Atención Primaria y los lineamientos para el mejoramiento del programa de visita domiciliaria.

Este estudio indica, que el intercambio de información que se genera entre el técnico y familia durante la visita, permite conocer las condiciones de vida del paciente y familia, pudiendo desempeñar actividades de educación sanitaria y prevención de enfermedades.

En este artículo, estudiantes de la Escuela de Enfermería de Costa Rica, impartieron un curso de formación teórica y práctica a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP). La visita domiciliaria del sistema de salud costarricense, representa un gran modelo de atención de salud, al acercar los servicios a los hogares de las personas necesitadas y así garantizar el derecho a la salud, aunque requiere modificaciones para ajustarse a las nuevas necesidades de la población, según comenta uno de los ATAP. Otra persona, opina que existe poco o nulo trabajo interdisciplinar en Atención Domiciliaria.

En este estudio, analizaron el papel de enfermería en el Programa de Visitas Domiciliarias, en el que comentaron que existe poca participación en las visitas y en la supervisión de los ATAP en Costa Rica.

Talita do Nascimento da Silva, Rosimere Ferreira Santana, George Luiz Alves Santos, Luana de França da Silva, Giselle Mota Bastos y Thaís Diniz Garcia³⁷, realizaron un estudio cuantitativo, retrospectivo y observacional, en el año 2014, con el objetivo de analizar las intervenciones enfermeras a ancianos en registros

médicos, dentro del programa de gestión de pacientes crónicos y compararlos con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería. Este estudio se llevó a cabo en un centro de salud privado de Rio de Janeiro, (Brasil). La muestra estaba formada por 80 registros. El 55% tenían entre 70-79 años.

El estudio muestra que existe poca adherencia terapéutica tras las visitas realizadas en registros médicos, por lo que es necesaria la clasificación de intervenciones enfermeras, para proporcionar educación para la salud, a través de un lenguaje sencillo y así promover la adherencia terapéutica, fomentando estilos de vida saludables, aumentando la autonomía. Las intervenciones de enfermería fueron: educación sobre el proceso de enfermedad (98%), asesoramiento nutricional (98%), control del ambiente (95%) y promoción del ejercicio (94%).

Con el fin de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en Atención Primaria, a personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores, Sandra Lucrecia Romero Guevara, Jenny Paola Sanabria Estupiñan y Leidy Johanna Rueda Díaz³⁸, realizan un estudio cuasi-experimental comparativo, en el año 2011.

La población estudiada fueron las personas con enfermedad crónica y/o en situación de cronicidad y/o cuidadores familiares del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander, de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), que de manera voluntaria, participaron en el Programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar.

Participaron 246 personas, de las cuales 91 recibió tan solo preparación para el alta, 103 además de la preparación para el alta recibieron llamadas telefónicas entre la primera y segunda semana y 52 personas además de todo lo anterior recibieron visitas domiciliarias. El número de personas con las que se convive, la edad de la persona enferma y el cuidador, son muy similares en los tres grupos.

En cuanto al diagnóstico enfermero NANDA “Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico” y “Cansancio del Rol Cuidador”, fue similar en los tres grupos, aunque, este último, predominó en el grupo que recibió sólo la preparación para el alta. El diagnóstico “Conocimientos deficientes” tiene un menor porcentaje en aquellos que recibieron intervenciones telefónicas.

En cuanto al diagnóstico “Conocimiento sobre el Proceso de la Enfermedad”, se vio una diferencia estadísticamente significativa en aquellos que recibieron

intervenciones telefónicas y visitas domiciliarias. Sin embargo, en los diagnósticos “Conocimientos del Régimen Terapéutico”, “Preparación para el Cuidador Domiciliario” y “Bienestar del Cuidador Principal”, únicamente hubo diferencia estadísticamente significativa en el grupo que recibió intervenciones telefónicas.

Por lo tanto, las intervenciones de enfermería de “Programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar”, son eficaces tanto para los pacientes crónicos como para los cuidadores informales.

En el año 2016, Ayumi Kono, Kyoko Izumi, Noriko Yoshiyuki, Yukiko Kanaya y Laurence Z. Rubenstein³⁹, realizan un ensayo controlado aleatorizado, para determinar los efectos de un programa actualizado de visitas domiciliarias preventivas para adultos mayores frágiles, en Japón.

El programa incluyó visitas domiciliarias de enfermeras cada 3 meses durante 24 meses, con una evaluación sistemática de las necesidades de atención para evitar el deterioro funcional.

Se eligieron 360 participantes de los cuales fueron seleccionados aleatoriamente aquellos que recibirían las visitas domiciliarias (179) y el grupo control (181).

A diferencia del grupo control (no reciben visitas domiciliarias), los participantes que recibieron las visitas domiciliarias, fueron significativamente los que más preparados estaban para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria y los que menor probabilidad tenían de necesitar un aumento de la atención.

Kono A , Kanaya Y, Fujita T, Tsumura C, Kondo T, Kushiyama K. y Rubenstein LZ⁴⁰, en el año 2011, desarrollaron un ensayo controlado aleatorizado, simple ciego durante 2 años, para determinar los efectos de un programa de visitas domiciliarias preventivas. El estudio se realizó en tres municipios de Japón.

Fueron seleccionados de forma aleatoria 323 participantes, de los cuales 161 sería el grupo de intervención y 162 el grupo de atención habitual.

Se realizaron visitas domiciliarias preventivas a ancianos del grupo de intervención cada 6 meses, durante 2 años, por enfermeras de salud comunitaria y trabajadores sociales.

En las visitas se identificaron 40 problemas o dificultades de salud o psicosociales, por lo que se procedió a aportar recomendaciones.

Con respecto a los parámetros funcionales y psicosociales durante los dos años, no existen diferencias significativas con respecto al inicio.

En aquellos ancianos que al inicio del estudio eran independientes para realizar las ABVD, no hubo diferencias significativas tras las visitas, sin embargo, en los pacientes que al inicio eran dependientes para realizar las ABVD, tanto éstas como las AIVD y la depresión, fueron más deterioradas en el grupo control que en el grupo que había recibido visitas domiciliarias.

Caridad Dios-Guerra, Juan Manuel Carmona-Torres, África Ruíz-Gándara, Adoración Muñoz-Alonso y María-Aurora Rodríguez-Borrego⁴¹, realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles por auditoria de historias clínicas, a través de muestreo aleatorio, en el año 2015. Los participantes eran pacientes de 65 años y más, del Sistema Andaluz de Atención Sanitaria (Córdoba-Guadalquivir). El objetivo fue conocer la repercusión de las visitas domiciliarias de enfermería.

Una de las variables principales descriptivas fue las visitas de la enfermera.

Fueron estudiados 1743 pacientes de los cuales 197 (casos) recibieron visitas domiciliarias cuya edad media era de 81'99 años y 1546 (controles) que no recibieron visitas.

Este estudio determina que las visitas domiciliarias de enfermería no actúan como prevención, ya que se realizan cuando el paciente ya ha comenzado su patología y que en mucho de los casos, no se realiza un plan de cuidados tras la valoración.

Ángela María López Llerena e Inmaculada López Martín⁴², en el 2007, realizan un artículo sobre la atención domiciliaria y la prevención de la incapacidad en ancianos con el objetivo de reflexionar sobre la Atención Domiciliaria de Enfermería en Atención Primaria, como herramienta fundamental en la prevención, detección y seguimiento del grado de dependencia de los ancianos.

5- Cuidador informal:

La familia es la principal responsable de los cuidados del anciano en el hogar, por ello es necesario el apoyo de enfermería para reducir o evitar la sobrecarga del cuidador.

Pena-Ibanez, Fernando; Alvarez-Ramirez, Miguel Ángel y Melero-Martin, Julia, entre junio de 2012 y marzo de 2014, Peña-Ibáñez, Fernando; Álvarez-Ramírez, Miguel Ángel y Melero-Martín, Julia⁴³, diseñaron un estudio descriptivo transversal, en una Zona Básica de Salud de Madrid, con el fin de describir el grado de sobrecarga del cuidador informal de los pacientes inmovilizados y los factores relacionados. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas vía telefónica con el cuidador informal.

De 202 pacientes inmovilizados, 24 no tenían cuidador y 118 fueron excluidos. La edad media de los pacientes inmovilizados era de 85'75 años. 32 cuidadores (53,3%) no tienen ayuda de otro cuidador familiar, 29 (48,3%) no disponen de cuidadores contratados y 12 (20%) no tienen cuidador contratado ni ayuda de otro cuidador familiar.

Los cuidadores más sobrecargados son los que tienen únicamente la ayuda de un cuidador contratado y los menos sobrecargados son los que cuentan con el apoyo de otro cuidador informal (familia o amigos). El 60% reciben ayuda pública y de ellos el 19,4% obtienen ayuda directa en los cuidados (cuidador a domicilio o centros de día).

Por último, en el año 2015, Eterovic Díaz, Claudia; Mendoza Parra, Sara y Sáez Carrillo, Katia⁴⁴, con el objetivo de conocer la relación entre la habilidad de cuidado y el nivel de sobrecarga de las/los cuidadoras/es informales de personas dependientes, realizaron un estudio cuantitativo descriptivo, transversal, sobre personas con discapacidad severa o pérdida de autonomía, en la Región de Magallanes (Chile). El estudio fue ejecutado a 151 cuidadores informales a través de visitas domiciliarias, mediante entrevistas.

El 76,8% no tiene sobrecarga, el 9,3% posee sobrecarga ligera y el 13,9% sobrecarga intensa. El 58,3% tienen un nivel alto de habilidad del cuidado y el 41,7% dispone de un nivel medio. Tan solo el 26% de los cuidadores recibió capacitación para ejercer el rol del cuidador.

El estudio muestra una relación estadísticamente significativa y negativa entre la dimensión del conocimiento con el nivel de sobrecarga de los/as cuidadores/as.

DISCUSIÓN

El envejecimiento continuo de la población, genera un aumento de personas mayores pluripatológicas, que conducen a situaciones de dependencia e incapacidad, repercutiendo en la esfera familiar, social y económica, generando una creciente necesidad de cuidados en el domicilio, lo que se convierte en una prioridad sociosanitaria. Por todo ello, los profesionales sanitarios han de asumir la importancia de la atención domiciliaria, donde enfermería es la herramienta principal de los cuidados. Atención Primaria dispone de Programas de Atención Domiciliaria a la persona mayor dependiente, en los que principalmente enfermería acude a sus domicilios a prestar una atención integral.

La atención en el domicilio, genera una disminución en la frecuentación de consultas, disminuye las hospitalizaciones y con ello los riesgos que conllevan, como las infecciones nosocomiales y la dependencia funcional, produciendo además una disminución de los costes. Permite que las personas mayores con limitaciones de acceso al centro de salud, reciban una atención sanitaria, más personalizada, en la que enfermería establece con el paciente un clima de confianza, que le facilita una mejor expresión de sus sentimientos, manteniéndole en su entorno familiar. Esto le provoca mayor bienestar psicológico, un menor deterioro nutricional y una mayor participación en su recuperación⁴⁶.

La satisfacción de estos pacientes con la atención enfermera recibida, se refleja en los estudios realizados por Orueta et al²⁵ y por García et al²⁶. En contraposición, un estudio manifiesta que la mayoría de las personas mayores no obtuvieron satisfacción tras las visitas domiciliarias. Esto pudo ser debido a las limitaciones del estudio, como el poco tiempo empleado y el alcance inadecuado de las personas mayores, afectando negativamente en su seguimiento²⁷.

Considero que la satisfacción de los ancianos con la visita domiciliaria va unida a la relación de confianza que establezcan con la/el enfermera/enfermero, además de ir relacionada con la atención que de éstos reciban. El anciano al observar el seguimiento que le realiza el profesional en el domicilio, se siente mucho más tranquilo y seguro.

La visita domiciliaria de enfermería permite conocer el entorno del paciente, las condiciones en las que vive, a su familia y/o cuidador y así poder descubrir las necesidades existentes, con todo, desde una consulta, no existe una observación directa de las condiciones en las que viven estos ancianos y sus familias. Durante estas visitas es fundamental la relación enfermera-paciente-familia, ya que facilita la evolución de los cuidados durante el seguimiento, como lo demuestran diferentes estudios^{28, 29, 30, 35}. Enfermería tras sus visitas, establece un gran vínculo con el anciano y con su familia, identificando sus necesidades y así mejorando su calidad de vida. Para ello, el paciente anciano precisa de un seguimiento con el fin de ir adaptando las intervenciones a sus necesidades, además de reforzar la educación sanitaria de forma continuada. Son importantes las visitas programadas, no obstante, en la mayoría de los casos las visitas se realizan a demanda y centradas en la enfermedad, dejando de lado la valoración enfermera tanto al paciente como a la familia y del entorno. Esto suele deberse a la gran carga laboral en el centro de salud, las agendas priorizan la atención en las consultas, quedando poco tiempo para poder realizar visitas domiciliarias completas y de seguimiento, además de la falta de transporte, en muchas ocasiones tienen que ir a los domicilios con su propio vehículo.

Es importante el trabajo en equipo y la comunicación entre profesionales para dar respuesta a las necesidades del paciente y familia de forma integral. En algunos estudios^{36, 37} se observa, el poco trabajo interdisciplinar que existe en Atención Domiciliaria y la falta de comunicación entre profesionales. En mi opinión, muchos profesionales evitan la Atención Domiciliaria por la gran responsabilidad que supone el llegar a un domicilio sin saber qué es lo que te vas a encontrar y a qué vas a tener que hacer frente. Enfermería, en muchas ocasiones, son los únicos profesionales que acuden al domicilio del paciente y, en general, de forma individual, por lo que esto puede generarles angustia e incluso miedo. Considero que los profesionales sanitarios deberían ser formados para poder llevar a cabo este trabajo de forma adecuada, e incluso formar a grupos de profesionales sanitarios, dentro de atención primaria, que se encarguen exclusivamente de este tipo de atención, para poder llegar a más pacientes con mayor eficacia.

En algunas Comunidades Autónomas existen Enfermeras Gestoras de Casos o también llamadas Enfermeras de Enlace que actúan en distintos entornos: atención domiciliaria, centros de salud, servicios sociales, atención especializada, etc. y se encargan de realizar los planes de cuidados, participan en el reparto de recursos asistenciales y sociosanitarios y, además, apoyan al cuidador informal. En el caso de la atención domiciliaria, la enfermera de enlace capta a los pacientes mayores de 65 años, en la mayoría de los casos crónicos, pluripatológicos, realiza su valoración en el domicilio y establece los planes de cuidados adaptados tanto al paciente como a su cuidador y/o familia para su seguimiento. De esta manera se reduce la carga asistencial que tiene la enfermera comunitaria y la atención domiciliaria dispone de más tiempo⁴⁵.

Es relevante la visita de enfermería al domicilio del adulto mayor para poder detectar posibles maltratos, ya que son personas con gran riesgo; la sobrecarga del cuidador unida a la dependencia del adulto mayor, es un factor de riesgo para el maltrato, por lo que debe tenerse en cuenta durante la valoración en el domicilio, ya que es la herramienta clave para su detección³³.

La discapacidad y la dependencia aumentan con la edad y esto hace que aumente el riesgo de sufrir accidentes en el hogar y por ello, enfermería en el hogar del anciano, es capaz de identificar las posibles barreras arquitectónicas (escaleras, suelo resbaladizo, baño no adaptado, etc.) que existen y que actúan de obstáculos, pudiendo ser corregidas, evitando accidentes y mejorando su calidad de vida^{31, 32}. Sin embargo, la falta de tiempo del que disponen las enfermeras para estas visitas, hace que, en ocasiones, se “olviden” de observar y evaluar el entorno del paciente.

Un punto en el que muchos coinciden es en que la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad son dos aspectos muy importantes en la sanidad, principalmente para enfermería, que a través de la educación sanitaria permite que el anciano, familia y/o cuidador en el domicilio, adquieran conocimientos sobre los cuidados que necesitan, fomentando el autocuidado y la posibilidad de mejorar los cuidados impartidos por la familia y/o cuidador, mejorando los estilos de vida y aumentando la adherencia terapéutica^{30, 34, 35, 37, 38}. Desde mi punto de vista, es otro de los aspectos que en ocasiones se deja de lado, la educación forma parte de la

profesión de enfermería siendo igual de importante que los cuidados físicos que nunca se olvidan. Para una correcta atención creo que es importante que enfermería aumente sus conocimientos sobre el área geriátrica, con el fin de proporcionar y enseñar cuidados de calidad ajustados a sus necesidades.

A través de la evaluación, enfermería detecta posibles riesgos y establece planes de cuidados enfocados a la prevención, con el fin de retrasar el deterioro funcional de los ancianos^{39, 40}, aunque a mi entender, es otro aspecto algo olvidado en los domicilios, en los que en la mayoría de los casos la atención que se realiza es puramente técnica y en los planes de cuidados los “riesgo de...” a veces quedan en el olvido.

Muchos de los cuidadores informales se sienten abrumados y no siempre disponen de un apoyo socioeconómico necesario para garantizar la atención que precisan las personas mayores, por lo que no realizan cuidados de calidad; adicionalmente estos cuidadores ven perjudicada su propia salud y su calidad de vida produciéndose el llamado “Síndrome del Cuidador”. Para evitarlo, es necesaria la participación de los profesionales sanitarios y por ello, enfermería, debe realizar una valoración centrada tanto en el paciente como en la familia y/o cuidador principal, sin embargo, a veces la atención va dirigida únicamente hacia el paciente. El mayor conocimiento sobre el cuidado, disminuye significativamente la sobrecarga del cuidador⁴⁴.

En noviembre del 2017, se produjo el IX Encuentro Global de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, organizado por Sanitaria 2000, en el que uno de los temas tratados fue “la Atención domiciliaria: evolución y perspectivas”. Lidia Clara Rodríguez, directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Servicio de Salud Príncipe de Asturias, dice lo siguiente: “Hay que hacer algo para que la atención domiciliaria no se pierda. Faltan profesionales especializados en cronicidad, en el envejecimiento. Los ciudadanos requieren que toda la asistencia llegue a su casa”. “Es una función esencial para el paciente”. “El ir al domicilio es muy importante porque nos da una situación y un diagnóstico real del paciente, de su entorno, de sus cuidadores, de su familia. De este modo, podemos hacer un tratamiento y una asistencia más concreta”.

Además plantea: “incrementar el presupuesto de la Atención Primaria, redefinir criterios de asignación de población a las unidades básicas de atención, desarrollo de políticas y estrategias sociosanitarias. Muy importante también es dar más liderazgo a las enfermeras en la gestión de la atención domiciliaria”⁴⁷.

En definitiva, el envejecimiento poblacional hace que las visitas domiciliarias deban dirigirse principalmente hacia la persona anciana, que además, suele tener patologías crónicas y un aumento de la dependencia que impide su desplazamiento y, por lo tanto, tiene derecho a una atención integral en su domicilio y para ello, es necesario que el equipo de atención primaria esté preparado, con conocimientos suficientes sobre este tipo de pacientes; enfermeras/os dispuestas/os a realizar esas visitas domiciliarias, ofreciendo unos cuidados globales con seguridad, sin temores y disponiendo del tiempo que sea necesario para poder llevarlos a cabo, enfocándose tanto en el paciente como en su familia y/o cuidador.

CONCLUSIÓN

Como resultados de la investigación presentada, se puede concluir lo siguiente:

- Las personas mayores sienten satisfacción con las visitas domiciliarias de enfermería.
- La relación enfermera-persona mayor-familia y/o cuidador facilita la evolución y la calidad de los cuidados.
- La valoración enfermera en el domicilio es una herramienta clave para conocer el entorno del anciano y así poder detectar barreras arquitectónicas y posibles casos de violencia.
- La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad son dos aspectos fundamentales que realiza enfermería en el domicilio.
- La sobrecarga del cuidador disminuye a través de la atención de enfermería enfocada también hacia la familia y/o cuidador.
- Se plantea la necesidad de adecuar el número de enfermeras para que dispongan de mayor tiempo y, de esta manera, puedan ofrecer cuidados integrales y de mayor calidad.
- Se propone que las enfermeras adquieran una mayor formación sobre el envejecimiento y la Atención Domiciliaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud Castilla y León [Internet]. Portal de Salud Castilla y León. [citado 2018 Ene 3]. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>
2. Suarez MA, Atención integral a domicilio. Rev. Med. La Paz [Internet]. 2012; 18(2):52-58; [citado 2018 Ene 3]; Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es.
3. Ferrer C, Cegri F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 6]. Disponible en:
<http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
4. Hospitalización Domiciliaria [Internet]. Madrid: MSD Salud; 2016 [citado 2018 Feb 12]. Disponible en:
https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/hospitalizacion.pdf
5. Esteban J, Ramírez D, Sánchez F. Guía de buena práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Madrid; 2005-2016 [citado 2018 Feb 12]. Disponible en:
https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
6. Ribas J. Historia de la Enfermería Domiciliaria en España [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 5]. Disponible en:
<https://enfermera.io/historia-de-la-enfermeria-domiciliaria/>
7. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE-A-1995-3554; 1995.

8. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212; 2006.
9. Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería en Atención Domiciliaria [Internet]. Generalitat Valenciana; 2006 [citado 2018 Feb 5]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4964-2006.pdf>
10. Gallud D, Guirao D, Ruiz D, Muñoz D. Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la comunidad, [Internet]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004-2007 [citado 2018 Feb 5]. Disponible en: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/PEMAD.pdf>
11. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; 2007.
12. Esteban J, Ramírez D, Sánchez F. Guía de buena práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Madrid; 2005-2016 [citado 2018 Feb 12]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
13. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de Enfermería en Atención Primaria [Internet]. Madrid; 2009 [citado 2018 Feb 19]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
14. Blanquer J. Un profesional en la cabecera del paciente [Internet]. Alicante; 2011 [citado 2018 Feb 21]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jjbg7982/programa-atencion-domiciliaria>
15. Velasco A, Durán M. La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia [Internet]. Mérida; 2003 [citado 2018 Feb 24]. Disponible en: http://www.webdelprofesor.ula.ve/medicina/asdruve/materias/enfermeria_comunitaria/1/Visita%20Domiciliaria%20.pdf

16. López M, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med FAM [Internet]. 2009 [citado 2018 Feb 24]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004
17. Protocolo de Visita Domiciliaria [Internet]. Plasencia: Gerencia del Área de Salud; 2004 [citado 2018 Feb 27]. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711008.pdf>
18. Pérez L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2001 [citado 2018 Mar 6]; 17(2):107-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000200007&lng=es.
19. Casado D, Rico A, Sabes R. Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España [Internet]. 2002 [citado 2018 Mar 6]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=815710>
20. Díaz A. LA valoración geriátrica integral en enfermería [Internet]; Cantabria. 2015 [citado 2018 Mar 9]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7469/DiazPorresA.pdf?sequence=1>
21. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. citado 2018 Mar 9]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
22. Sánchez MA. Atención domiciliaria para mayores inmovilizados [Internet]; Cádiz. 2018 [citado 2018 Mar 14]. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/ucadiz00/01.dir/ucadiz0001.pdf

23. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes [Internet]. 6th ed. Aragón: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; 2018 [citado 2018 Mar 14]. Disponible en:
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+VI+EQUIPOS+DE+SOPORTE+DE+ATENCION+C3%93N+DOMICILIARIA.PDF>
24. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. 2016 [citado 2018 Abr 18]. Disponible en:
http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=
25. Orueta R, Gómez RM, Sánchez A, Gómez S, Herrera JR, Holgado C et al. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 Feb [citado 2018 Abr 18]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100002&lng=es.
26. García F, Delicado V, Alfaro A, López J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. Atención Primaria. 2015; 47(4):195-204. Disponible en:
<https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=97069>
27. Stijnen M, Jansen M, Duimel-Peeters I, Vrijhoef H. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. BMC Family Practice [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 17]; Disponible en:
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-014-0173-x>

28. Gago A, Lopes J. Cuidado en el hogar: interacciones entre enfermeras y ancianos / familia. Acta Paul. enferm. [Internet]. 2012 [citado 2018, Abr 22]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800012&lng=en.
29. Puig M, Moreno C. Valoración de enfermería a una persona mayor atendida en atención domiciliaria. Gerokomos [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Mayo 05]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000300005&lng=es.
30. Dantas C, Mottin CL, Machado A, Rigatto R. El quehacer de las enfermeras de la estrategia de salud de la familia en la atención domiciliaria. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [citado 2018 Abr 22]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400013&lng=en.
31. De Oliveira FR, García B, Dornelles S, Azevedo SM et al. Barreras y facilitadores arquitectónicos: un desafío para la independencia funcional. Index Enferm [Internet]. 2014 [citado 2018 May 05]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200002&lng=es.
32. De la Revilla L, de la Revilla Negro Q, Constan Rodríguez E, Prados Quel M. El mapa del hogar para el estudio medioambiental de las personas mayores dependientes. SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet]. 2008 [citado 2018 Mayo 05]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-mapa-del-hogar-el-13127216>

33. Martínez H.G., Zepeda M.I. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [citado 2018 May 05]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300018&lng=es.
34. Contel J, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria* [Internet]. 2012 [citado 2018 May 05]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-S0212656711002204>
35. Santos R, Oliveira J, Fernandes F, Farias P, Araújo A, Menezes R. El cuidado domiciliario de la persona mayor desde la perspectiva de los profesionales de enfermería *Journal of Nursing UFPE* [Internet]; 2013, 7(3): [697-705]. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10282/10926>
36. Solís K, Guevara G. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 28]; Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682015000200015&lng=en.
37. Silva T, Santana R, Santos G, Silva L, Bastos G, Garcia T. Nursing interventions in the management program for chronic patients: cross mapping [Internet]. *Periodicos.ufc.br*. 2014 [citado 2018 Abr 28]; Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3300>
38. Romero SL, Sanabria JP, Rueda LJ. Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Abr 28]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100004&lng=es.

39. Kono A, Izumi K, Yoshiyuki N, Kanaya Y, Rubenstein L. Effects of an Updated Preventive Home Visit Program Based on a Systematic Structured Assessment of Care Needs for Ambulatory Frail Older Adults in Japan: A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]. 2016 [citado 2018 Abr 28]; Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/71/12/1631/2513759>
40. Kono A, Kanaya Y, Fujita T, Tsumura C, Kondo T, Kushiya K et al. Effects of a Preventive Home Visit Program in Ambulatory Frail Older People: A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]; 2011 [citado 2018 Abr 28]; Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/67A/3/302/656343>
41. Dios C, Carmona JM, Ruíz A, Muñoz A, Rodríguez MA. Visitas domiciliarias programadas por profesionales de enfermería a adultos mayores: ¿prevención o tratamiento? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 de junio [citado 2018 de May 05]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300535&lng=en.
42. López A, López I. Atención domiciliaria y prevención de la incapacidad en ancianos - *Educare* [Internet]. *Enfermería21*. 2007 [citado 2018 May 08]; Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/49031/>
43. Peña F, Álvarez MA, Melero J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enferm. glob.* [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 May 08]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004&lng=es.

44. Eterovic C, Mendoza S, Sáez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 27]; Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200013&lng=es
45. Fraile M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? [Internet]; Badajoz. 2015. Jul [citado 2018 May 15]; Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeras-gestoras-casos-esa-gran-S2013524615000215>
46. Puchia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización [Internet]. 2015 [citado 2018 May 15]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000597>
47. El impulso a la atención domiciliaria necesita una Enfermería con galones [Internet]. Redacción Médica. 2017 [citado 2018 May 15]. Disponible en:
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/el-impulso-a-la-atencion-domiciliaria-necesita-una-enfermeria-con-galones-5225>

ANEXOS

Anexo I: Valoración de enfermería¹⁷

VALORACIÓN	
1.- PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD ¿Qué hace para cuidar su salud? Hábitos tóxicos. Estado de vacunación. Medicación actual.	1.1 Riesgo de lesión (traumatismo, intoxicación, asfixia, infección) 1.2 Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal. 1.3 Incumplimiento del tratamiento 1.4 Manejo efectivo del régimen terapéutico personal.
2.- NUTRICIÓN/METABÓLICO Ingesta habitual de alimentos y líquidos Problemas de masticación y/o deglución Relación talla/peso, IMC. Estado de piel y mucosas	2.1 Alteración de la nutrición por defecto. 2.2 Alteración de la nutrición por exceso. 2.3 Alteración de la perfusión tisular periférica. 2.4 Riesgo de déficit del volumen de líquidos. 2.5 Alteración de la mucosa oral. 2.6 Deterioro de la integridad cutánea. 2.7 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 2.8 Deterioro de la deglución.
3.- ELIMINACIÓN Patrón de evacuación intestinal Patrón de eliminación urinaria Sudoración excesiva Drenajes, sondas, etc.	3.1 Estreñimiento. 3.2 Diarrea. 3.3 Incontinencia fecal. 3.4 Alteración de la eliminación urinaria.
4.- ACTIVIDAD/EJERCICIO Circulación (TA, pulso) Respiración (frecuencia, ruidos, síntomas) Movimiento (dificultad, fatiga, inmovilidad) Actividades cotidianas (AVD, ejercicio, ocio)	4.1 Deterioro de la movilidad física. 4.2 Intolerancia a la actividad. 4.3 Dificultad para el mantenimiento del hogar. 4.4 Déficit del autocuidado (alimentación, baño, vestirse, ir al aseo). 4.5 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
5.- SUEÑO/DESCANSO Hora de acostarse/levantarse Dificultad para dormir	5.1 Alteración del patrón del sueño.
6.- COGNITIVO/PERCEPTUAL Nivel de conciencia Orientación (tiempo y espacio) Sentidos (vista, oído, tacto, gusto, olfato) Reflejos Aprendizaje y memoria	6.1 Déficit de conocimientos (especificar). 6.2 Alteración de los procesos del pensamiento. 6.3 Alteraciones sensitivas/preceptuales (visuales/auditivas/cinestésicas/gustativas/táctiles/olfatorias) 6.4 Dolor
7.- AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO ¿Se siente a gusto consigo mismo? ¿Han cambiado sus sentimientos hacia usted? ¿Ha cambiado su forma de ser?	7.1 Trastorno de la autoestima.
8.- ROL/RELACIONES ¿Con quién vive? (cuidador, relación con la familia/vecinos, etc.) Situación laboral (activo, parado, jubilado)	8.1 Trastorno de la comunicación verbal. 8.2 Aislamiento social. 8.3 Alteración de los procesos familiares. 8.4 Cansancio en el rol de cuidador. 8.5 Duelo disfuncional.
9.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN Satisfacción/insatisfacción con la sexualidad Patrón reproductivo	9.1 Alteración de los patrones de sexualidad.
10.- ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS Cambios en su vida Reacción ante situaciones de estrés A quién cuenta sus problemas	10.1 Afrontamiento individual inefectivo.
11.- VALORES/CREENCIAS Cambios de valores Dificultad para practicar religión/creencias	11.1 Sufrimiento espiritual.

Anexo II: Escala de Zarit¹⁷

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

< 46 No Sobrecarga

46 a 55 Sobrecarga leve

>55 Sobrecarga intensa

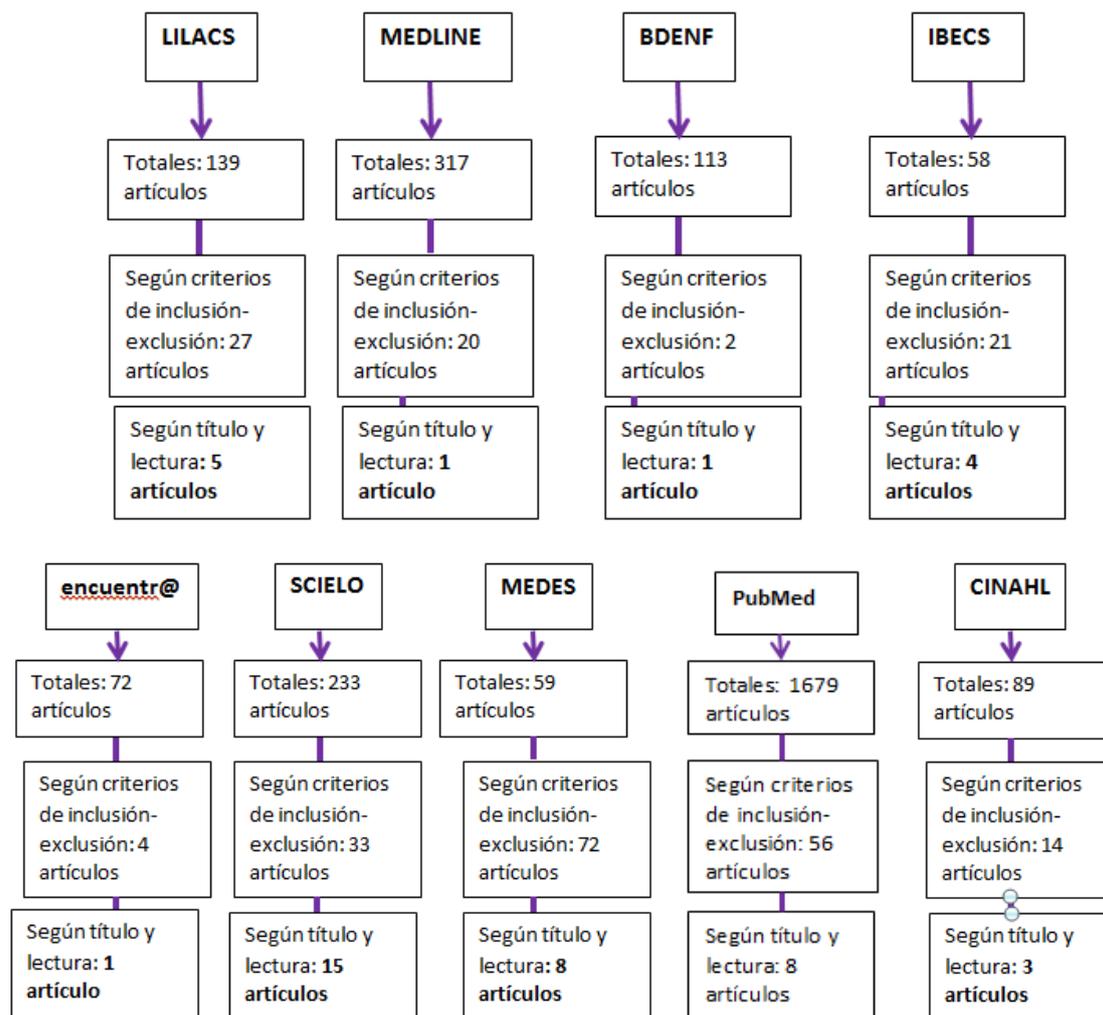
Anexo III: Tabla de Búsqueda Bibliográfica

Base de Datos	DeCS/MeSH	Artículos (art.)	Filtros	Art. Y Art. seleccionados
BVS	LILACS	139	Idioma: inglés y español; asunto principal: enfermería	Art.: 27 Seleccionados: 5
	BDEF-Enfermería	113	Idioma: inglés y español; límite: anciano.	Art.: 2 Seleccionados: 1
	MEDILINE	101	Idioma: español e inglés; asunto principal: Servicio de Atención de Salud a Domicilio.	Art.: 8 Seleccionados: 0
		216	Límite: anciano; asunto principal: Servicio de Atención de Salud a Domicilio y enfermería)	Art.: 12 Seleccionados: 1
	IBECS	42	Idioma: español; límite: anciano.	Art.: 8 Seleccionados: 0
		16	Límite: anciano.	Art.: 13 Seleccionados: 4
	Encuentr@	233	Palabra clave: atención domiciliaria.	Art.: 4 Seleccionados: 1
	SCIELO	6	Idioma: español e inglés.	Art.: 6 Seleccionados: 5
		3	Sin filtros	Art.: 3 Seleccionados: 2
	MEDES	28	Sin filtros	Art.: 28

	de salud” AND “enfermería” AND “anciano frágil”			Seleccionados: 4
	“Atención domiciliaria de salud” AND “Atención Primaria” AND “enfermería” AND “domicilio”	44	Sin filtros	Art.: 44 Seleccionados: 4
PubMed	“Home Nursing” AND “Home Visit” AND “Frail Elderly”	68	10 years. Aged: +65 years.	Art.: 39 Seleccionados: 8
	“Home Nursing” AND “Nursing” AND “Frail Elderly”	1611	Free full text; 10 years; Humans; Systematic Reviews; Reviews; aged: +65 years.	Art.: 17 Seleccionados: 0
Biblioteca UVA	SCIELO	224	Publicación:2008- 2018; idioma: inglés y español; materia: visita domiciliaria, home visit, nursing care, home visits,	Art.: 24 Seleccionados: 8
	CINAHL Complete	89	atención de enfermería, anciano, atención domiciliaria de salud, aged.	Art.: 14 Seleccionados: 3

Tabla: Búsqueda Bibliográfica. **Fuente:** Elaboración propia.

Anexo IV: Diagrama sobre la búsqueda bibliográfica



TOTAL DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS: 46

Tras pasar el cuestionario CASPe se seleccionan 20

Diagrama: Búsqueda de artículos. Fuente: Elaboración propia.

Anexo V: Tablas de resultados

Titulo, autor, año publicación y país	Orueta et al ²⁵ (2012), España.
Tipo de estudio	Cuasi-experimental.
Población	Personas mayores dependientes (mayores de 65 años).
Métodos	Salud percibida (escala Likert), calidad de vida (cuestionario de Nottingham), frecuentación (visitas/año y frecuentadores) y satisfacción con la atención recibida (escala Likert y puntos positivos y negativos del programa).
Intervención	Incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos de personas mayores dependientes y evaluación en el momento de incorporación al programa y al año de la misma.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • 84% → satisfechos con el programa de AD. • 6,9% → no satisfechos principalmente porque opinan que deberían aumentar el número de visitas. • Disminución de la frecuentación. • No modificación significativa del resto de variables.
Conclusiones	<p>La incorporación de personas mayores dependientes a un programa de atención domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora la percepción de la atención recibida. • Disminuye la utilización de los servicios sanitarios. • Mejora algunas esferas de la calidad de vida.

Titulo, autor, año publicación y país	García et al ²⁶ (2015), España.
Tipo de estudio	Estudio observacional descriptivo.
Población	Pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (mayores de 65 años).
Métodos	Datos sociodemográficos del paciente y cuidador, utilización de recursos sociosanitarios, apoyo social percibido (cuestionario DUKE-UNK), función familiar (cuestionario APGAR), atención de enfermería y satisfacción con los servicios de atención domiciliaria (SATISFAD 10).
Intervención	Describir la utilización de recursos sociosanitarios por parte de los pacientes inmovilizados, así como las características del cuidado informal y el grado de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • El nivel medio de satisfacción con la atención enfermera domiciliaria fue de 23,5 (cuestionario SATISFAD 10 (rango de 0 a 27)). • El 66,9% son grandes dependientes. • El 83,1% de los cuidadores informales son mujeres, con una edad media de 57,7 años. • El número medio de visitas/mes por enfermería es 2,1. • Los recursos sociosanitarios más utilizados son teleasistencia (34,2%) y ayuda a domicilio (20,3%). • El 65,6% reciben prestación económica por dependencia.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • En general, es elevada la satisfacción con la AD. • La mayoría de los cuidadores informales son mujeres de edad avanzada. • La intensidad de los cuidados es elevada y la principal red de apoyo son los profesionales sanitarios. • Los pacientes realizan poco uso de los recursos sociosanitarios.

Titulo, autor, año publicación y país	Stijnen et al ²⁷ (2014), Países Bajos
Tipo de estudio	Ensayo longitudinal cuasi-experimental.
Población	Personas mayores de 75 años.
Métodos	Entrevistas semiestructuradas con enfermeras de prácticas, médicos de cabecera y personas mayores; reuniones de retroalimentación con las enfermeras de prácticas; formularios de registro estructurados llenados por las enfermeras de prácticas.
Intervención	Programa de visitas domiciliarias preventivas basado en atención primaria. Evaluación geriátrica integral durante una visita domiciliaria de una enfermera de prácticas, seguida de atención interdisciplinaria específica y seguimiento a lo largo del tiempo.
Resultados	29,9% → opinaron que las vistas domiciliarias fueron “mucho” o “algo” beneficiosas. 70,1% → “un poco” o “de ningún modo” beneficiosas.
Conclusiones	Las mayores amenazas a los resultados positivos a nivel del paciente son la baja dosis administrada y el alcance inadecuado.

	El programa de visitas domiciliarias fue juzgado positivamente por los médicos de cabecera como por los alumnos en prácticas y resultó en desarrollos positivos dentro de las prácticas generales.
--	--

Titulo, autor, año publicación y país	Esperança Alves Gago y Manuel José Lopes ²⁸ (2012), Portugal
Tipo de estudio	Cualitativo
Población	Personas mayores de 65 años o más.
Métodos	Observación de prácticas de enfermería, durante 41 visitas domiciliarias y entrevistas semiestructuradas realizadas a las enfermeras, persona anciana y familia.
Intervención	Cuidados domiciliarios: interacción del enfermero con la persona anciana / familia
Resultados	Diferentes categorías: organización estructural de la atención en el hogar, evaluación diagnóstica e intervención terapéutica. Es fundamental la relación enfermera-paciente-familia ya que facilita la evolución en los cuidados durante el seguimiento.
Conclusiones	La categoría central fue "Construir la relación en un contexto hogareño", ya que la relación enfermero-paciente-familia es el pilar fundamental. Las intervenciones se centran esencialmente en la interacción enfermera-paciente para la promoción de la participación de los ancianos / familia en los cuidados y como instrumento terapéutico.

Titulo, autor, año publicación y país	Montserrat Puig Llobet y Carmen Moreno Arroyo ²⁹ (2011), España
Tipo de estudio	Caso Clínico.
Población	Personas de 65 y más años que precisan cuidados a nivel domiciliario.
Métodos	Control de la tensión arterial y glucemia capilar. Escala de Barthel y de Lawton, escala de Braden y de Riesgo Social. Entrevista cara a cara sobre el estado de salud, alimentación, ejercicio, relaciones y entorno.
Intervención	Valoración de enfermería a una persona mayor atendida en atención domiciliaria.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería domiciliaria identifica las necesidades de las personas mayores y de sus cuidadores y/o familia. Los planes de cuidados mejoran la calidad de vida de los pacientes, cuidadores y/o familia.
Conclusiones	Los diagnósticos de enfermería y los resultados NOC son instrumentos que permiten planificar un plan de cuidados con las intervenciones enfermeras necesarias, para el cuidado integral del paciente, familia y/o cuidador mejorando su calidad de vida.

Titulo, autor, año publicación y país	Cristiane Dantas Laitano Lionello et al ³⁰ (2012), Brasil
Tipo de estudio	Descriptivo cualitativo
Población	6 enfermeras de Atención Primaria
Métodos	Entrevista.
Intervención	Conocer el qué hacer de las enfermeras de Atención Primaria en Atención Domiciliaria al paciente anciano y familia.
Resultados	Permite conocer el entorno del paciente y que la familia y el propio paciente participen más activamente en su salud a través la educación sanitaria fomentando la autonomía.
Conclusiones	Las visitas domiciliarias permiten conocer las condiciones de vida de los pacientes y sus familiares y/o cuidadores aunque encuentran dificultades para llevar a cabo estas visitas por falta de tiempo.

Titulo, autor, año publicación y país	Contel et al ³⁴ (2010), España
Tipo de estudio	Revisión Bibliográfica
Población	Pacientes crónicos dependientes
Métodos	Búsquedas bibliográficas.
Intervención	La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada.
Resultados	Los pacientes y cuidadores deben participar en los cuidados y para ello es necesaria la educación sanitaria a través de la participación de atención primaria domiciliaria.
Conclusiones	Es necesario que la atención a pacientes crónicos pase a ser una prioridad en la agenda de las políticas

	de salud. Es fundamental una mayor cooperación de los profesionales asistenciales.
--	---

Titulo,autor, año publicación y país	Silva et al ³⁷ (2013), Brasil
Tipo de estudio	Descriptivo cualitativo.
Población	6 enfermeras de Atención Primaria.
Métodos	Entrevista directa.
Intervención	Análisis del cuidado domiciliario de la persona anciana desde la perspectiva de los profesionales de enfermería.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Permite conocer el entorno del paciente y que la familia y el propio paciente participen más activamente en su salud a través la educación sanitaria fomentando la autonomía. • No es considerada una prioridad para todos los profesionales. • No se realiza de forma regular en personas mayores por falta de tiempo y transporte. • Se centran principalmente en la enfermedad.
Conclusiones	La visita domiciliaria es una herramienta necesaria para la realización de una atención integral, sin embargo, no fue realizada con frecuencia.

Titulo,autor, año publicación y país	Solís Cordero, Katherine y Guevara Francesa, Giancarlo ³⁶ (2015), Costa Rica
Tipo de estudio	Cualitativo analítico, observacional
Población	Pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.
Métodos	Revisión bibliográfica y entrevista. Análisis a través de la teoría fundamentada.
Intervención	Responde a la necesidad de identificar los elementos que el programa de visita domiciliaria necesita mejorar, modificar o sustituir con el fin de maximizar la prestación de este servicio.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • El intercambio de información que se genera con la familia durante la visita, permite conocer las condiciones de vida del paciente y familia, pudiendo desempeñar actividades de educación sanitaria y prevención de enfermedades. • Existe poco o nulo trabajo interdisciplinar en Atención Domiciliaria. • Existen elementos en el sistema de sistema de salud, que deben ser revisados, modificados o sustituidos para que la visita domiciliaria tenga mayores y mejores alcances para la población y el sistema de salud.
Conclusiones	Son necesarias acciones que mejoren las visitas domiciliarias y aumenten su alcance.

Titulo,autor, año publicación y país	Da Silva et al ³⁷ (2014), Brasil.
Tipo de estudio	Cuantitativo, retrospectivo y observacional.
Población	80 personas mayores crónicas (55% entre 70 y 79 años).
Métodos	Mapeo cruzado.
Intervención	Análisis de las intervenciones de Enfermería en registros médicos de ancianos en la atención de un programa de gestión de pacientes crónicos, comparándolas con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería.
Resultados	Existe poca adherencia terapéutica tras las visitas realizadas en registros médicos, por lo que es necesaria la clasificación de intervenciones enfermeras para proporcionar educación para la salud.
Conclusiones	La educación para la salud a través de un lenguaje sencillo ayuda a promover la adherencia terapéutica fomentando estilos de vida saludables y aumentando la autonomía.

Titulo,autor, año publicación y país	Romero et al ³⁸ (2011), Brasil.
Tipo de estudio	Cuasi-experimental comparativo.
Población	Personas con enfermedad crónica y/o en situación de cronicidad y/o cuidadores familiares.
Métodos	El primer grupo recibió preparación para el alta, el segundo grupo recibió preparación para el alta e intervención telefónica y el tercer grupo recibió además de lo anterior, una visita en su domicilio.
Intervención	Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores a través del programa "Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar".

Resultados	<p>“Conocimientos deficientes”-→ menor porcentaje en aquellos que recibieron intervenciones telefónicas.</p> <p>“Cansancio del Rol Cuidador→ predominó en el grupo que recibió sólo la preparación para el alta.</p> <p>“Conocimiento sobre el Proceso de la Enfermedad”→diferencia estadísticamente significativa en aquellos que recibieron intervenciones telefónicas y visitas domiciliarias.</p> <p>“Conocimientos del Régimen Terapéutico”, “Preparación para el Cuidador Domiciliario” y “Bienestar del Cuidador Principal”→diferencia estadísticamente significativa en el grupo que recibió intervenciones telefónicas.</p>
Conclusiones	Tanto los pacientes como sus cuidadores, demandan una educación y orientación sanitaria sobre los cuidados en el hogar, por lo que son de gran importancia los programas que apoyen esta labor, proporcionando una continuidad en los cuidados, favoreciendo la autonomía y la visibilidad de la profesión, a través de la utilización de Procesos de Atención Enfermeros.

Título, autor, año publicación y país	Kono et al ³⁹ (2016), Japón
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado
Población	Adultos mayores frágiles.
Métodos	Visitas domiciliarias de enfermeras cada 3 meses durante 1 año; evaluación sistemática de las necesidades de atención para evitar el deterioro funcional. Se realizan cuestionarios por correo al inicio y a los 12 y 24 meses para conocer los parámetros funcionales.
Intervención	Determinar los efectos de un programa actualizado de visitas domiciliarias preventivas en parámetros funcionales.
Resultados	Los participantes que recibieron las visitas domiciliarias, fueron significativamente los que más preparados estaban para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
Conclusiones	Este programa basado en la evaluación de las necesidades en el hogar, es beneficioso para la prevención del deterioro funcional entre las personas mayores débiles.

Título, autor, año publicación y país	Kono et al (2011) ⁴⁰ , Japón
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado
Población	Adultos mayores frágiles.
Métodos	Enfermería realiza visitas domiciliarias preventivas cada 6 meses durante 2 años. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la depresión y el apoyo social de las personas mayores se obtienen a través de cuestionarios por correo al principio del estudio y a los 12 y 24 meses.
Intervención	Examinar los efectos de un programa de visitas domiciliarias preventivas a largo plazo sobre los parámetros psicosociales y funcionales del adulto mayor.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Ancianos que al inicio del estudio eran independientes para realizar las ABVD no hubo diferencias significativas tras las visitas domiciliarias. • Ancianos que al inicio eran dependientes y que no recibieron visitas ABVD, las ABVD, las AIVD y la depresión fueron más deteriorados.
Conclusiones	El establecimiento de recomendaciones más específicas en el domicilio a ancianos frágiles podría fomentar el autocuidado y una utilización más eficiente del servicio.

Título, autor, año publicación y país	Dios-Guerra et al ⁴¹ (2015), España
Tipo de estudio	Retrospectivo de casos y controles
Población	Personas de 65 años o más, pluripatológicas.
Métodos	Visitas de la enfermera, filiación, datos clínicos y socio sanitarios.
Intervención	Conocer la repercusión de la visita domiciliaria de los profesionales de enfermería.
Resultados	Determina que las visitas domiciliarias de enfermería no actúan como prevención ya que se realizan cuando el paciente ya ha comenzado su patología.
Conclusiones	La evaluación no suele ir seguida por la planificación, por lo que no se pueden medir los resultados de salud.

Titulo,autor, año publicación y país	Ángela María López Llerena e Inmaculada López Martín ⁴² (2007), España
Tipo de estudio	Revisión Bibliográfica
Población	Ancianos.
Métodos	Revisión de Artículos.
Intervención	Atención domiciliaria y prevención de la incapacidad en ancianos.
Resultados	Atención Domiciliaria de Enfermería en Atención Primaria es una herramienta fundamental en la prevención, detección y seguimiento del grado de dependencia de los ancianos.
Conclusiones	Es necesario realizar diagnósticos enfermeros con el fin de mantener una calidad de vida sin incapacidades.

Titulo,autor, año publicación y país	Peña Ibáñez et al ⁴³ (2016), España.
Tipo de estudio	Descriptivo transversal.
Población	73 cuidadores de pacientes inmovilizados (edad media 85,75 años).
Métodos	Los datos fueron obtenidos a través de entrevista telefónica estructurada. Se realizaron el <i>Índice de Esfuerzo del Cuidador</i> y la escala de <i>Goldberg</i> (ansiedad y depresión).
Intervención	Describir el grado de sobrecarga y el deterioro de la salud mental del cuidador informal de pacientes inmovilizados de una Zona Básica de Salud.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor sobrecarga: los que tienen únicamente la ayuda de un cuidador contratado. • Menor sobrecarga: apoyo de otro cuidador informal (familia o amigos). • El 60% reciben ayuda pública y de ellos el 19,4% obtienen ayuda directa en los cuidados (cuidador a domicilio o centros de día). • No se ha podido demostrar que las ayudas públicas sean significativas en la sobrecarga.
Conclusiones	Los cuidadores informales presentan gran sobrecarga y Atención Primaria se encarga de identificar a los más afectados y cuáles son sus factores de riesgo para tratar de corregirlos.

Titulo,autor, año publicación y país	Eterovic et al ⁴⁴ (2015), Chile.
Tipo de estudio	Cuantitativo descriptivo, transversal.
Población	151 cuidadores informales de personas dependientes.
Métodos	El conocimiento, la paciencia y el valor se midió con el Inventario de habilidad de Cuidado y las variables independientes se midieron con la Escala de Sobrecarga de Zarit y una Encuesta que recogió datos demográficos y derivados de la actividad de cuidar.
Intervención	Conocer la relación entre la habilidad de los cuidados y el nivel de sobrecarga de las/los cuidadoras/es informales de personas dependientes.
Resultados	El mayor conocimiento sobre el cuidado disminuye la sobrecarga.
Conclusiones	Son necesarios los Programas de intervención enfermeros a las/los cuidadoras/es informales y sus familias con el fin de reforzar sus conocimientos y habilidades sobre el cuidado.

Titulo,autor, año publicación y país	De Oliveira et al ³¹ (2014), Brasil.
Tipo de estudio	Transversal, exploratorio-descriptivo, cuantitativo.
Población	33 personas dependientes (82% ancianos entre 60 y 89 años).
Métodos	Formulario.
Intervención	Enseñar barreras y facilitadores de las personas dependientes en sus hogares e identificar quién realiza su atención.
Resultados	El 94% de los domicilios se observaron barreras arquitectónicas.
Conclusiones	Es importante por parte de enfermería detectar las barreras arquitectónicas de los domicilios para ayudar en la mejoría de la independencia funcional y la calidad de vida de estas personas.

Titulo, autor, año publicación y país	Revilla et al ³² (2008), España.
Tipo de estudio	Observacional transversal.
Población	85 personas mayores dependientes (76% tenían más de 70 años).
Métodos	La enfermera y el médico dibujaron el mapa del hogar donde anotaron el número de personas que viven, la higiene, calefacción, barreras arquitectónicas y los factores de riesgo.
Intervención	Conocer la utilidad del mapeo en el hogar para descubrir factores de riesgo, barreras arquitectónicas y otras alteraciones en el hogar de las personas mayores dependientes.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • En el 84,69% de los hogares existían barreras arquitectónicas. • En el 33% existían factores de riesgo. • El 27,36% de las barreras y el 33% de los factores de riesgo pudieron corregirse o eliminarse.
Conclusiones	El mapa del hogar es una herramienta importante para conocer las barreras arquitectónicas y los factores de riesgo de las personas mayores dependiente.

Titulo, autor, año publicación y país	Martínez Galdame, H.G. y Zepedda González, M.I. ³³ (2009), España.
Tipo de estudio	Revisión Bibliográfica.
Población	Adulto Mayor.
Métodos	Revisión de artículos.
Intervención	La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor
Resultados	La sobrecarga en los cuidadores junto con la dependencia del adulto mayor, es un factor de riesgo para el maltrato físico, psíquico o de negligencia, por lo que deben tenerse en cuenta en la valoración durante la visita domiciliaria.
Conclusiones	La valoración de enfermería en el domicilio del paciente es una herramienta clave para la detección de violencia, por ello debe valorarse tanto al paciente como a la familia.

Tablas: Resultados. **Fuente:** Elaboración propia.