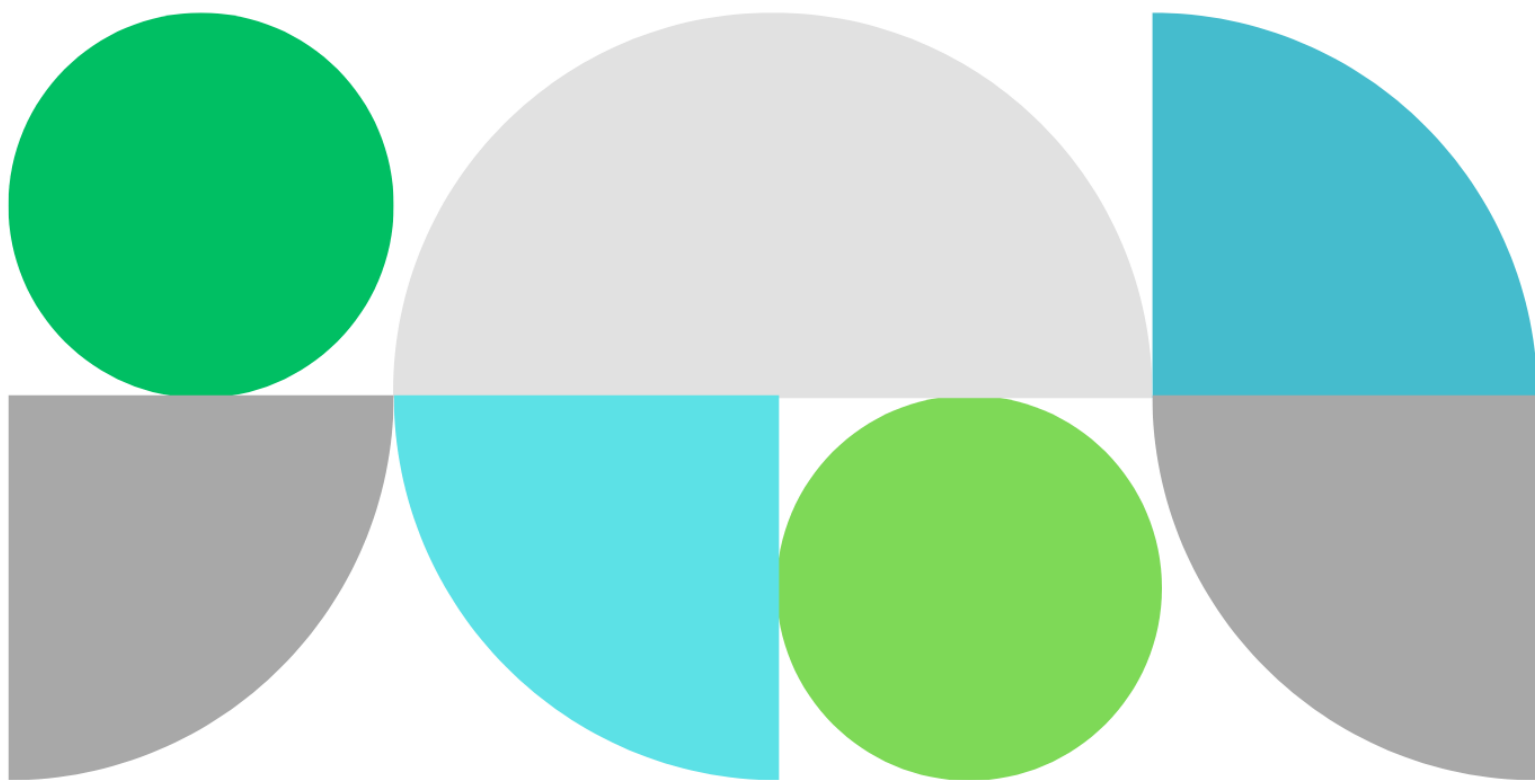


Vía clínica de atención en domicilio

*para el seguimiento proactivo
en domicilio de la persona
con enfermedad crónica*



VÍA Clínica de Atención en Domicilio para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica [Recurso electrónico]: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028) / [Dirección y coordinación técnica Trinidad Rus Molina, Celia Fernández Delgado; Redacción María Adoración Alba Rosales...et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2026.

Texto electrónico (pdf), 19 p.

ISBN 978-84-129052-6-7

1. Enfermedad crónica. 2. Continuidad de la atención al paciente. 3. Guía de práctica clínica. 4. Servicios de atención de salud a domicilio. 5. Andalucía. I. Alba Rosales, María Adoración. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. QZ 185

Dirección

Trinidad Rus Molina. Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Celia Fernández Delgado. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación técnica

Susana Rodríguez Gómez. Subdirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Roberto Lara Romero. Enfermero Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación de la vía clínica

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Redacción

María Adoración Alba Rosales. Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Jaén – Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Daniel García Gil. Director de Unidad de la Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital San Carlos de San Fernando. Servicio Andaluz de Salud

Miguel García Linares. Coordinador del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Médico de Familia. Distrito Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud

Teodoro Gómez Rodríguez. Médico de Familia. Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Rafael Muñoz Arcos. Coordinador de Cuidados y Servicios. Centro de Emergencias Sanitarias 061 – Córdoba. Servicio Andaluz de Salud

José Ramón Nepomuceno Villaoslada. Trabajador Social. Distrito Sanitario Aljarafe – Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Jara Ternerero Vega. Médica Internista. Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud

Validación final

David Paniagua Urbano. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Inmaculada López Gutiérrez. Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial. Servicio Andaluz de Salud

Francisco de Borja López Casanova. Coordinación de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud

María Isabel Gómez Díaz. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud

Carmen Jódar Casanova. Médica de Familia. Distrito Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Jose Antonio Lis Jiménez. Enfermero. Hospital Alto Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud

Revisión

Carmen Pérez Romero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Vía Clínica de Atención en Domicilio para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028)

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-6-7

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Contenido

Objetivos.....	5
I. Características de las personas tributarias de la Vía Clínica de Atención en Domicilio (AeD).....	6
II. Criterios de entrada, flujos y salida	7
III. Mapeo del Proceso.....	12
IV. Matriz temporal.....	13
Documentación de referencia	21

Siglas y acrónimos

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

AeD: Atención en Domicilio

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria

AVD: Actividades de la vida diaria

CAT: *COPD Assessment Test*

CP: Cuidados paliativos

CPAP: Presión positiva continua en la vía aérea

DBS: Escala de deterioro global de Reisberg

DECAMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT)

Duke-UNC: Cuestionario de apoyo social funcional percibido

EAP: Equipo de atención primaria

EAH: Equipo de atención hospitalaria

EAT-10: *Eating Assessment Tool*

ECG: Electrocardiograma

ECP: Equipo de cuidados paliativos

EF: Enfermera de familia

EGC: Enfermera gestora de casos

EGC-AP: Enfermera gestora de casos de atención primaria

EGC-AH: Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria

EH: Enfermera de atención hospitalaria

ESCP: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos

EVA: Escala visual analógica

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FAST: *Functional Assessment Staging*

FC: Frecuencia cardíaca

GEsEPOC: Guía Española de la EPOC

GRAFA: Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria

GRUSE: Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud

HaD: Equipos de Hospitalización a Domicilio

HSD: Historia de Salud Digital

IC: Insuficiencia cardíaca

IDCPAL: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos

IMC: Índice de Masa Corporal

LRD: Lesiones relacionadas con la dependencia

MF: Médico/a de familia

MFyC: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

MH: Médico/a de hospital

mMRC: *Modified Medical Research Council*

MNA: *Mini Nutritional Assessment*

MUST: *Malnutrition Universal Screening Tool*

NYHA: *New York Heart Association*

PAD: Planificación anticipada de decisiones

PAI: Plan de Atención Individualizado

PAP: Plan de Acción Personalizado

PCC: Paciente Crónico Complejo

PCCP: Paciente Crónico Complejo Priorizado

PHAQ9: *Patient Health Questionnaire-9*

POCUS: *Point of Care Ultrasound*

RT: Rasgos tratables

SapO₂: Saturación arterial de oxígeno

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación

SUAP: Servio de Urgencias de Atención Primaria

SUH: Servicio de Urgencias de Hospital

TA: Tensión arterial

TAI: Test de Adhesión a Inhaladores

TS: Trabajo social

UCA: Unidad de Continuidad Asistencial

URG: Urgencias

VIE: Valoración integral exhaustiva

VIVIFRAIL: Proyecto de promoción del ejercicio físico

VVA: Voluntad vital anticipada

Objetivos

General

Establecer una vía clínica para la actividad de atención en domicilio de la persona con enfermedad crónica.

Específicos

- 1.** Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica atendidas en domicilio.
- 2.** Mejorar la percepción de la atención.
- 3.** Reducir las asistencias en urgencias hospitalarias.
- 4.** Reducir las asistencias en Unidades de Continuidad de Asistencial (UCA).
- 5.** Reducir los ingresos.
- 6.** Mejorar el proceso de fallecimiento, incluido duelo patológico.
- 7.** Mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora.

I. Características de las personas tributarias de la Vía Clínica de Atención en Domicilio (AeD)

- Personas con enfermedades crónicas que se encuentran en situación de pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas, o que tienen dificultad importante para desplazarse produciendo gran limitación para salir de su domicilio. Como acercamiento a la objetivación de esta situación genérica, se proponen los siguientes criterios funcionales, cognitivos y sociofamiliares:
 - I. Barthel ≤ 55 .
 - II. Escala FAST ≥ 5 (pérdida progresiva de la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria) o escala de deterioro global GDS ≥ 5 (deterioro cognitivo).
 - III. Dificultad importante para desplazarse por cualquier otro motivo.
- Consenso entre el/la paciente con enfermedad crónica compleja y/o persona cuidadora y su equipo asistencial.

Estas situaciones se incluirán independientemente de la causa que haya motivado la situación de inmovilidad actual y del tiempo evolutivo previsible, y se realizará el registro en el proceso de persona inmovilizada, apareciendo en Diraya el icono específico.

La atención en el domicilio se realizará por el equipo de atención primaria (EAP) desde este ámbito. Se podrán activar otro tipo de recursos existentes en el área como soporte domiciliario y en coordinación con los EAP, como el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) o los Equipos de Hospitalización a Domicilio (HaD), en las situaciones clínicas establecidas que las personas atendidas en el domicilio requieran.

II. Criterios de entrada, flujos y salida

Entradas:

- La **identificación** de criterios de Atención en Domicilio (AeD) la realiza:
 - EAP referencia del paciente
 - Enfermera gestora de casos de atención primaria (EGC-AP)
Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria (EGC-AH)
 - Trabajador/a social
 - Otros equipos profesionales: Dispositivos de urgencias de atención primaria, 061, equipos de fisioterapia y terapia ocupacional, paliativos, hospital.
- El procedimiento de **captación** será:
 - I. Oportunista/reactiva:
 - a. Atención primaria:
 - > EAP de referencia de cada paciente: tras evaluación reglada o a demanda familiar (por agudización o progresión) de la enfermedad de base.
 - > Otros perfiles profesionales del centro: EGC-AP, trabajo social (dentro de la actividad de los equipos sociosanitarios).
 - > Otros equipos profesionales: dispositivos de urgencias de atención primaria, 061, equipos de fisioterapia y terapia ocupacional.
 - b. Hospital:
 - > En el proceso de alta hospitalaria.
 - II. Activa:
 - a. En caso de identificarse una menor tasa de personas inmovilizadas de la esperable en un área determinada, se establecerá un sistema de captación activa a partir –entre otros- de los listados de personas con enfermedades crónicas complejas (PCC) o pacientes con necesidad de cuidados paliativos, según criterio de inclusión.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

- Criterios de entrada en **subprocesos**:

- I. **Subvía AeD-Atención Primaria (Criterios A):** Situación de manejo clínico y de cuidados con cartera de servicios de atención primaria.

Para el desarrollo de esta subvía, el EAP podrá actuar conjuntamente con otros recursos de atención en domicilio existentes en el área: ESCP, HaD, cuando se produzca la intervención añadida de estos.

Criterios de inclusión. Debe cumplir todos los criterios clínicos, personales y sociales.

- a. **Clínicos:** PCC que cumpla criterios de gran limitación para salir de su domicilio.

- b. **Personales y/o sociales**

- > Aceptación voluntaria del paciente o del curador (curatela), y si es necesario, de sus familiares.

- > Se valorará que el domicilio reúna las condiciones de seguridad adecuadas para el paciente y para el profesional.

- II. **Subvía AeD-Apoyo de Cuidados Paliativos (Criterios B):**

Situación de soporte al EAP en el manejo de las necesidades clínicas, psicológicas, sociales y espirituales con criterios de complejidad, en pacientes con enfermedades oncológicas o no oncológicas con un tiempo de vida limitado y previsión de situación amenazante de vida. Este soporte tendrá una duración y características, consensuadas entre los equipos profesionales atendiendo a la complejidad.

Criterios de inclusión: Cualquier criterio clínico o psicológico, junto a los criterios personales y/o sociales.

- a. **Clínicos:** Pacientes paliativos con gran limitación para salir de su domicilio, en los que su EAP considere que puedan beneficiarse de la realización por parte del equipo de cuidados paliativos, de las siguientes actividades:

- > Infusión de ferrote rapia endovenosa o bifosfonatos parenterales.

- > Paracentesis evacuadora.

- > POCUs (ecografía en el punto de atención).

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

- > Cualquier otro paciente paliativo, que, tras consenso entre el EAP y el recurso avanzado de cuidados paliativos, se estime que pueda beneficiarse de la asistencia del ESCP.

b. **Psicológicos:**

- > Pacientes paliativos con gran limitación para salir de su domicilio, que presentan signos de sufrimiento psicológico de alta complejidad y/o expresión del deseo de adelantar la muerte.

c. **Personales y/o sociales** (igual que los establecidos para el apartado anterior).

III. Subvía AeD-Equipos de Apoyo Hospitalario (Criterios C): En aquellas áreas donde su hospital de referencia disponga de HaD, se podrá activar esta subvía para apoyar al EAP en el manejo clínico y de cuidados cuando se requieran capacitaciones, técnicas o estructura que puedan ser aportadas por el servicio hospitalario, generalmente Servicios de Medicina Interna. El equipo asistencial que se conforme entre el hospital y atención primaria puede estar formado, según necesidades, por personal médico o de enfermería de ambos ámbitos asistenciales.

Criterios de inclusión. Debe cumplir alguno de los siguientes criterios clínicos. Los criterios personales y/o sociales son los mismos que para la subvía de atención primaria.

a. **Clínicos** (cualquiera de los siguientes criterios):

- > PCC con gran limitación para salir de su domicilio, con requerimiento de transfusión de hemoderivados o realización de técnicas terapéuticas endovenosas o evacuadoras realizables en domicilio.
- > PCC con gran limitación para salir de su domicilio con patología aguda infecciosa grave (neumonía, celulitis, pielonefritis, colecistitis, etc.) en los que se consensue entre EAP y equipo hospitalario, el beneficio de soporte de internista o de enfermería hospitalaria.
- > Cualquier situación clínica en PCC que, por las características de los cuidados o necesidades de ámbito diagnóstico o terapéutico, se consensue entre EAP y equipo hospitalario, el beneficio de soporte de internista o de enfermería hospitalaria.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

- b. **Personales y/o sociales** (igual que los establecidos para la Subvía AeD-Atención Primaria).

En relación con las personas incluidas en las diferentes Subvías de AeD, se identificará a la persona cuidadora formal o informal de referencia para cada paciente y si dispone de capacitaciones adecuadas para hacerse cargo del cuidado. La no existencia de persona cuidadora formal o informal (o ausencia de capacitaciones adecuadas para el cuidado o claudicación familiar) ha de conducir a la valoración social para la solicitud de entrada en programas sociosanitarios (activación del Servicio de apoyo domiciliario (SAD) municipal, recursos residenciales...).

● Criterios de **exclusión**:

- a. Clínicos:

- > Situación en la que exista necesidad de atención que, por complejidad o frecuencia, establezca indicación de ingreso hospitalario.
- > Situación clínica que precise valoración o intervención por parte de otros perfiles especialistas o procedimientos hospitalarios.

- b. Personales y/o sociales:

- > Rechazo a incluirse en programa de AeD.
- > Domicilio que no reúna las condiciones adecuadas de seguridad para el /la paciente o el/la profesional. Se activará igualmente el apoyo social: solicitud del apoyo social necesario.

Sistemas de comunicación:

- Desde EAP hacia el equipo de medicina interna del hospital, preferentemente a través de teleconsulta. Como alternativa, en caso de mayor prioridad, se realizará comunicación telefónica.

- I. Áreas donde exista actividad de hospitalización a domicilio.
Profesional destinatario/a: internista o enfermero/a que el servicio de medicina interna haya propuesto.
- II. Áreas sanitarias donde no exista actividad de hospitalización a domicilio.
Profesional destinatario/a: ECG-AH e internista/s responsables de la UCA.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

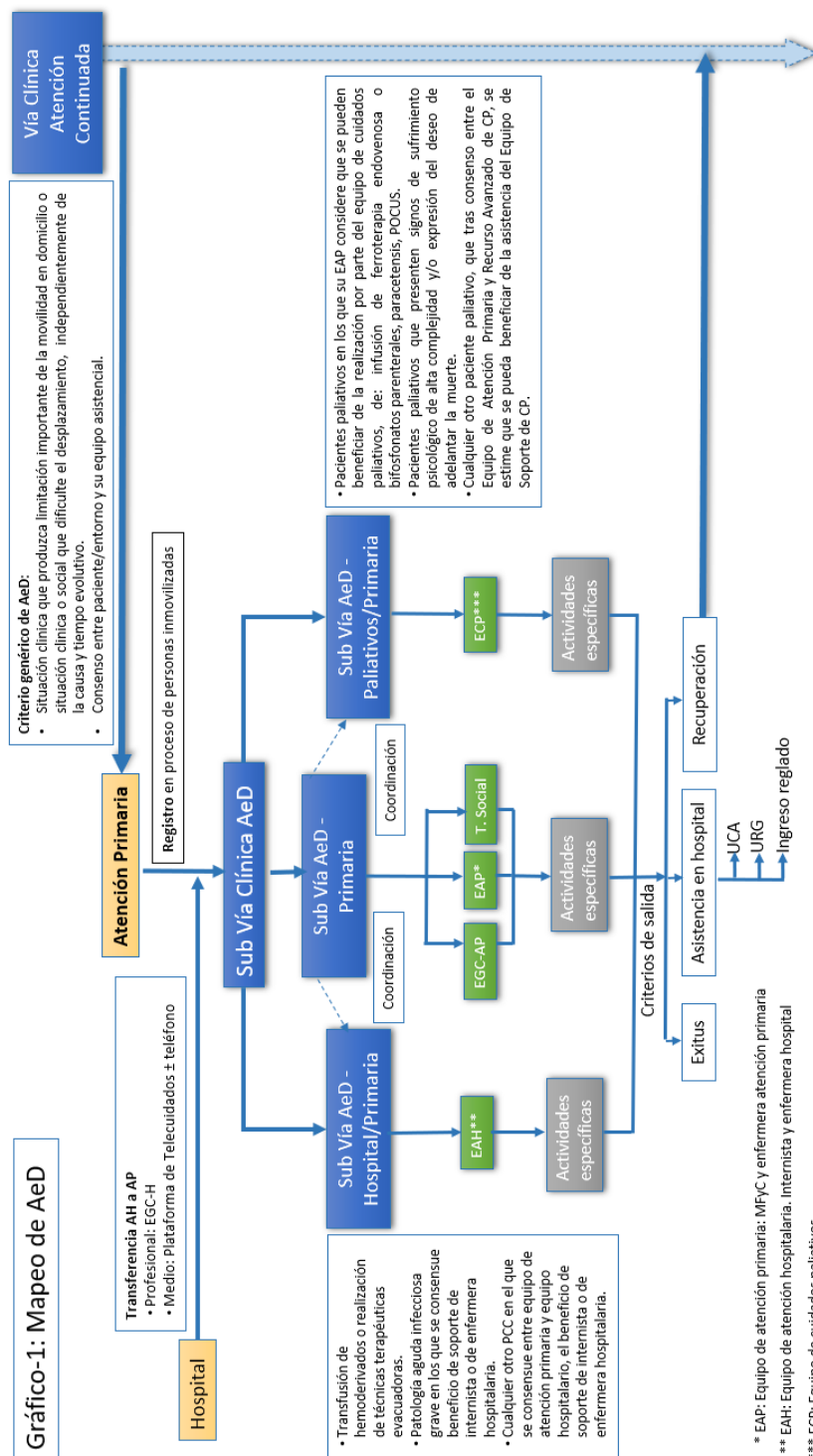
para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

- Desde EAP o de hospital, hacia el equipo de cuidados paliativos.
Profesional destinatario/a: profesional responsable que haya establecido el ESCP para el área sanitaria de referencia, a través preferentemente de teleconsulta. Como alternativa, en caso de mayor prioridad, se realizará comunicación telefónica.
- Desde hospital al EAP, a través del informe de alta y de la plataforma de telecuidados (EGC-AH).
- Es importante la coordinación de los ESCP, HaD y los equipos de referencia de atención primaria. También se sugiere que el acto asistencial en domicilio por parte del ESCP o de HaD se coordine presencialmente en lo posible con el EAP.

Salidas:

- Exitus.
- Asistencia en hospital (UCA, urgencias o ingreso).
- Estabilización y entrada en la Vía de Atención Continuada con posibilidad de asistir al centro de salud.

III. Mapeo del Proceso



AeD: Atención en Domicilio; **CP:** Cuidados paliativos; **EAP:** Equipo de atención primaria; **EAH:** Equipo de atención hospitalaria; **ECP:** Equipo de cuidados paliativos; **EGC-AP:** Enfermera gestora de casos de atención primaria; **MFyC:** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; **PCC:** Paciente Crónico Complejo; **POCUS:** Point of Care Ultrasound; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial; **URG:** Urgencias.

IV. Matriz temporal

Para la cumplimentación de la matriz temporal de la vía clínica AeD, se establecen tres subprocesos:

- Subproceso AeD Atención Primaria.
- Subproceso AeD Participación Cuidados Paliativos.
- Subproceso AeD Participación Hospitalaria.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD- Atención Primaria		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MF/EF/EGC*/TS*	IDENTIFICACION												
	• Captación e inclusión en programa de personas inmovilizadas - Activa (listados PCC). - Oportunista en consulta / domicilio / derivaciones: alta hospitalaria, urgencias, trabajo social (desde coordinación sociosanitaria).	x											
	VALORACION MULTIPROFESIONAL INICIAL												
	• Antecedentes personales. Alergias. Cálculo del riesgo vascular. Si tabaquismo, valorar grado de dependencia física (Fagestrom). Comorbilidades asociadas.	x											
	• Hábitos de vida: consumo de tóxicos, actividad física, actividad sexual, alimentación, sueño (registrar en el programa DBS de hábitos y apoyo social).	x											
	• Estado Vacunal: según calendario.	x											
	• Datos antropométricos y monitorización de constantes: IMC (especificando peso), TA, FC, SapO₂, temperatura, glucemia capilar.	x											
	• Optimización farmacoterapéutica: Adecuación, conciliación, adherencia (Decamirt), polifarmacia-SPD, deprescripción (STOPP-START) y revisión del botiquín.	x											
	• Evaluación de la persona cuidadora principal, capacitación, entorno de cuidados y valoración de la carga (Zarit reducida) (registrar en el programa DBS de hábitos y apoyo social).	x											
	• Valoración Integral Exhaustiva (VIE): (Nota interna: Valorar ajustar la VIE) 1. Valoración pronóstica: Profund. 2. Valoración Social: Escala de Gijón. 3. Valoración del dolor: EVA, Painad (si deterioro cognitivo). 4. Valoración funcional: ABVD (Barthel) y AIVD (Lawton-Brody, Cribado de Caídas, Riesgo de úlceras por presión: (Norton), Valoración de la deglución e hidratación, Incontinencia urinaria y fecal, Disnea para IC (NYHA), Disnea para EPOC (mMRC), dispositivos para el cuidado, ayudas técnicas o instrumentales (movilización, evitación de caídas desde la cama u otras ayudas), ayudas terapéuticas relacionadas con el soporte respiratorio. 5. Valoración cognitiva: Cribado en > 65 años: Test de Pfeiffer simplificado. En sospecha de deterioro cognitivo: Mini examen cognoscitivo de Lobo. Si diagnóstico de demencia: Estadiaje según GDS y FAST. 6. Valoración afectiva: Test de Yessavage o PHAQ9 <65 años.	x											
	• Exploración clínica orientada a actualizar la estratificación de la EPOC (espirometría anual, mMRC y exacerbaciones el año previo), la determinación de fenotipo, la presencia de rasgos tratables (RT) y al grado de control de la EPOC (cuestionario GEsEPOC reglado específico). Orientada a la evaluación de IC (confirmación de estratificación de IC y búsqueda de síntomas y signos habituales de IC).	x											
	• Solicitud de exámenes complementarios adaptados a la situación funcional de la persona.	x											

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD- Atención Primaria		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	• Si se considera: valoración de la función familiar (Apgar familiar); apoyo social percibido o funcional (Duke-UNC) semestralmente; ansiedad/depresión (escala de Goldberg; nutrición (MNA/MUST, EAT-10).	x											
MF/EF/EGC*/TS*	INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL INICIAL												
	• Conciliación de la medicación y revisión del botiquín domiciliario: adecuación y deprescripción según criterios STOPP-START; polifarmacia→SPD	x				x				x			
	• Plan de Acción Personalizado (PAP). - Establecer las Intervenciones y recomendaciones. - Consensuar y coordinar con profesionales, paciente y persona cuidadora el plan de atención. - Establecer la intensidad y mecanismos de seguimiento. - Identificar y activar recursos profesionales (trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo de cuidados paliativos, equipos de atención hospitalaria, equipo de salud mental, farmacia, etc.), instrumentales o apoyo institucional.	x											
	• Apoyo psicosocial (valorar GRUSE, GRAFA, apoyo individual). • Ofrecer la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, si procede, así como el grado de discapacidad. Valoración de prestaciones económicas. • Promover el registro de las voluntades vitales anticipadas.												
MF/EF/EGC*/TS*	VALORACIÓN E INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL DE SEGUIMIENTO PROACTIVO												
	• Seguimiento proactivo de personas con criterios de paciente con cronicidad compleja priorizada (PCCP) en fase de estabilidad clínica. - Hábitos de vida. - Estado vacunal. - Datos antropométricos y monitorización de constantes. - Valoración nutricional (MNA) y de disfagia si se requiere. Valoración de la actividad física y de los cuidados. - Valoración de la carga de la persona cuidadora. - Exploración física orientada. - Optimización farmacoterapéutica: adecuación del tratamiento y de los cuidados según el grado de control de la enfermedad y adaptados a la VIE. Cribado de adherencia (DECAMIRT). Deprescripción de acuerdo con criterios STOPP-START. Revisión del botiquín domiciliario. - Solicitud de exámenes complementarios. - Educación terapéutica (individual o grupal) y promoción de hábitos saludables: > Ejercicio multicomponente VIVIFRIL (3 veces por semana, ≥8 semanas). > Promoción de la alimentación equilibrada adaptada y prevención de la desnutrición. > Plan de deshabituación tabáquica. - Inclusión en el programa de autoseguimiento. - Apoyo a la persona que cuida. - Identificación de criterios para soporte hospitalario: teleconsulta, consulta presencial, vía clínica de atención en domicilio con apoyo de equipo de medicina interna o equipo de cuidados paliativos, UCA o urgencia. - Planificación anticipada de decisiones/VVA.	x					x				x		

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD- Atención Primaria		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	- En EPOC: > Exploración clínica orientada a la revisión de estratificación de la EPOC de actualización del fenotipo, situación de RT y al grado de control de la enfermedad. > Actualización del índice BODEx y de la calidad de vida (CAT). > Espirometría anual (valorar a los 3 meses de modificación del tratamiento). > Cuestionario TAI y comprobación de la técnica inhalatoria. > Extracción de analítica (hemograma cuatrimestral en EPOC). - En Insuficiencia Cardíaca: > Exploración clínica orientada a la confirmación de estratificación NYHA de IC y síntomas signos habituales de IC. > ECG anual. > Solicitud de ecocardiografía: se solicitará ecocardiograma a través de teleconsulta en las siguientes situaciones: 1) Si hay deterioro clínico relevante e inesperado y 2) a los 6 meses de optimización final del tratamiento estándar de la IC.												
EF/EGC /Terapeuta Ocupacional/ /Fisioterapia	• Adaptación y entrenamiento en AVD. - Ayudas técnicas, adaptación del entorno. - Técnicas de higiene, transferencia y movilidad.	x		x			x			x			x
MF/EF/EGC*/TS*	• Apoyo a la persona que cuida: grupal si hay posibilidades. Conexión con recursos comunitarios, asociaciones y servicios sociales.	x		x			x			x			x
	• Cuidados y prevención de lesiones relacionadas con la dependencia, dispositivos, sondas y administración de tratamiento. - Curación de LRD (Norton/Resvech). - Manejo de sondas vesicales/nasogástricas. Ostomías. Oxigenoterapia, CPAP, ventilación mecánica...	x		x			x			x			x
	• Seguimiento proactivo y control de procesos crónicos complejos. - Evaluación de signos de alarma / adherencia al tratamiento y refuerzo de conocimientos. - Monitorización de constantes y biomarcadores: FC, SapO₂, glucemia, función renal, etc. - Evaluación nutricional. - Si se identifica descompensaciones, mal afrontamiento, dificultades en la adherencia y otras situaciones de complejidad y/o de riesgo social: > Activar profesionales u otros recursos (teleconsulta o presencial): trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo de atención hospitalaria o de cuidados paliativos, equipo de salud mental, etc., así como recursos instrumentales o apoyo institucional.	x		x			x			x			x
Todos los perfiles profesionales	Registro de las evaluaciones e intervenciones realizadas en el espacio específico de la HSD.												

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD- Atención Primaria		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
EGC* y TS*	*EGC-AP y TS intervendrán en todas aquellas situaciones que tengan una mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados y/o intervenciones de carácter social. Esta intervención se realizará a solicitud del equipo de Atención Primaria y coordinadamente con éste, con el paciente y con la persona cuidadora. EGC-AP y/o TS realizaran específicamente la valoración, planificación, coordinación de todos los recursos disponibles y aplicación de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de las personas, así como para el desarrollo proactivo de intervenciones que mejoren la calidad de vida y bienestar de estas personas, especialmente con la coordinación y activación de tantos servicios como sean necesarios y accesibles para potenciar la respuesta en domicilio.												

AVD: Actividades de la vida diaria; **ABVD:** Actividades básicas de la vida diaria; **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria; **CAT:** Cuestionario de impacto (*COPD Assessment Test*); **CPAP:** Presión positiva continua en la vía aérea; **DBS:** Escala de deterioro global de Reisberg; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **Duke-UNC:** Cuestionario de apoyo social funcional; **EAT-10:** Herramienta de identificación de disfagia orofaríngea (*Eating Assessment Tool*); **ECG:** Electrocardiograma; **EF:** Enfermera de familia; **EGC:** Enfermera gestora de casos; **EGC-AP:** Enfermera Gestora de Casos de atención primaria; **EVA:** Escala visual analógica; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FAST:** Escala para evaluar la progresión de la demencia (*Functional Assessment Staging*); **FC:** Frecuencia cardíaca; **GEsEPOC:** Guía Española de la EPOC; **GRAFA:** Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria; **GRUSE:** Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud; **HSD:** Historia de Salud Digital; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **IMC:** Índice de Masa Corporal; **LRD:** Lesiones relacionadas con la dependencia; **MF:** Médico/a de familia; **mMRC:** Escala de disnea modificada (*Modified Medical Research Council*); **MNA:** Herramienta de evaluación del estado nutricional (*Mini Nutritional Assessment*); **MUST:** Herramienta de identificación de desnutrición o riesgo de la misma (*Malnutrition Universal Screening Tool*); **NYHA:** *New York Heart Association*; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **PCC:** Paciente Crónico Complejo; **PCCP:** Paciente Crónico Complejo Priorizado; **PHAQ9:** Escala para detectar la depresión (*Patient Health Questionnaire-9*); **RT:** Rasgos tratables; **SapO₂:** Saturación arterial de oxígeno; **SPD:** Sistema Personalizado de Dosificación; **TA:** Tensión arterial; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **TS:** Trabajo social; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial; **VIE:** Valoración integral exhaustiva; **VIVIFRAIL:** Proyecto de promoción del ejercicio físico; **VVA:** Voluntad vital anticipada.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD-Participación Cuidados Paliativos		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	IDENTIFICACION												
MH/MF	• Captación activa: - Personas identificadas durante asistencia en domicilio o durante hospitalización. Identificación de la situación terminal con complejidad media-alta. - Identificación de criterios de activación del soporte de CP.	x											
MF, PEDIATRA, EF, EGC*, TS*	• Valoración integral exhaustiva (VIE) y focalizada. - Capacidad de recibir información y toma de decisiones. - Signos y síntomas: dolor, disnea, ansiedad y nutricional metabólico. - Identificación de las personas cuidadoras formales o informales y su competencia para el cuidado. - Situaciones de claudicación familiar. Valorar la sobrecarga del esfuerzo de la persona cuidadora. - Composición, funcionamiento, expectativas (Apgar familiar). - Entorno social, recursos, la vivienda, situación laboral Duke-un, escala Gijón. - Sufrimiento y calidad de vida. - Atención espiritual. - Valores y preferencias PAD/ VVA. - Identificación de la complejidad (IDCPAL) (media-Alta). • Consulta telefónica 24h/7días atendida por los ESCP.	x											
MF, PEDIATRA, EF, EGC* ESCP**	• Revisión y conciliación de la medicación según criterios STOPP-PAL.	x			x				x				
EGC AP/ AH MF, PEDIATRA, EF, ESCP**	• Cuidados transicionales - comunicación bidireccional: - Información del alta a EGC-AP por teléfono/email. - Buzón de el/la profesional - EAP. - Informar de ingreso hospitalario a EGC-AH/EH por teléfono/email. - Coordinación del ingreso programado.	x	x		x		x		x		x		x
ESCP MF, PEDIATRA, EF, EGC*, TS*	• Plan de tención Individualizado (PAI): - Gestión del régimen terapéutico. - Signos de alarma/ cuándo contactar. - Monitorización de constantes. - Monitorización de la calidad de vida. - Gestión de material y recursos para el cuidado. - Activar e identificar qué profesionales y otros recursos tienen que intervenir según necesidades. - Derivación/coordinación ESCP/MF/EF/TS/Rehabilitación/Ocupacional/Fisioterapia/otros). - Consensuar y coordinar con profesionales, paciente y familia el PAI. - Establecer la intensidad y mecanismos de seguimiento. - Atención y apoyo a la persona cuidadora y a la familia. Tarjeta + Cuidado.	x											
MF, PEDIATRA, EF, EGC ESCP**	• Seguimiento, reevaluación y planificación. - Detectar cambios de situación y ajustar las intervenciones.			x		x		x		x		x	
ESCP**/ EGC AP/EAP/SUAP/ Emergencias 061/SUH	• Atención a la crisis de necesidad.												
MF, PEDIATRA, EF, EGC* ESCP** SUAP	• Situación de últimos días. - Sedación paliativa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MF, PEDIATRA, EF, EGC, TS ESCP**	• Atención al duelo.												

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD-Participación Cuidados Paliativos		UNIDADES DE TIEMPO (meses)											
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
EGC* y TS*	* EGC-AP y TS intervendrán en todas aquellas situaciones que tengan una mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados y/o social. Esta intervención se realizará a solicitud del EAP y coordinadamente con éste, con el/la paciente y con la persona cuidadora. EGC-AP y/o TS realizarán específicamente la valoración, planificación, coordinación de todos los recursos disponibles y aplicación de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de las personas, así como para el desarrollo proactivo de intervenciones que mejoren la calidad de vida y bienestar de estas personas, especialmente con la coordinación y activación de tantos servicios como sean necesarios y accesibles para potenciar la respuesta en domicilio.												
ESCP**	** El ESCP intervendrá genéricamente como situación de soporte al EAP en el manejo de las necesidades clínicas, psicológicas, sociales y espirituales con criterios de complejidad con un tiempo de vida limitado y previsión de situación amenazante de vida. Este soporte tendrá una duración y características, consensuadas entre los equipos profesionales atendiendo a la complejidad.												

CP: Cuidados paliativos; **Duke-UNC:** Cuestionario de apoyo social funcional; **EAP:** Equipo de atención primaria; **EF:** Enfermera de familia; **EGC:** Enfermera gestora de casos; **EGC-AP:** Enfermera Gestora de Casos de atención primaria; **EGC-AH:** Enfermera Gestora de Casos de atención hospitalaria; **EH:** Enfermera de atención hospitalaria; **ESCP:** Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos; **IDCPAL:** Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos; **MF:** Médico/a de familia; **MH:** Médico/a de hospital; **PAD:** Planificación anticipada de decisiones; **PAI:** Plan de Atención Individualizado; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **SUAP:** Servio de Urgencias de Atención Primaria; **SUH:** Servicio de Urgencias de Hospital; **TS:** Trabajo social; **VIE:** Valoración integral exhaustiva; **VVA:** Voluntad vital anticipada.

VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica

Subvía AeD-Participación Atención Hospitalaria (en áreas con recurso existente)		UNIDADES DE TIEMPO (semanas)					
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6
Enfermería/Medicina /EGC MH/EH /EGC-AH (Internista o Enfermería hospitalaria)	IDENTIFICACION						
	Captación activa. Criterios (Índice BRASS), identificados durante la asistencia en domicilio (fase de agudización atendida en primaria) o durante hospitalización (fase de seguimiento posthospitalización).	x					
MF/EF/EGC-AP*	FASE DE AGUDIZACIÓN ATENDIDA EN PRIMARIA						
	• Identificación de criterios de activación del soporte de atención hospitalaria.	x					
EAP/Equipo de Atención Hospitalaria / EGC-AP*	• Comunicación y consenso con el Equipo de Medicina Interna de Atención en Domicilio.	x					
	• Valoración e intervención multiprofesional inicial (ver intervenciones en la Vía Clínica de Atención Primaria).	x					
Internista/EH/EAP /EGC-AH /EGC AP*	• Realización de intervenciones específicas de atención hospitalaria.						
	• Valoración e intervención multiprofesional de seguimiento.	x		x			x
Internista/MF	• Identificación de criterios de telemonitorización.	x					
Internista/EH/ EGC-AH	FASE DE SEGUIMIENTO POSTHOSPITALIZACION						
	• Planificación de las transiciones: educación sanitaria prealta: enseñanza del proceso de la enfermedad y del régimen terapéutico. • Gestión de material y equipos (oxigenoterapia, alimentación, etc.). • Informe de alta médica. • Informe de continuidad de cuidados /instrucciones para el/la paciente. • TS hospital-Informe social por necesidad de apoyo social y acciones iniciadas en el hospital. • Información del alta a EGC-AP. • EAP: Buzón de el/la profesional.	x					
MF/EF/EGC-AP	• Identificación de criterios de activación del soporte de atención hospitalaria.	x					
Internista/EH/EAP /EGC-AH/EGC-AP*	• Valoración e intervención multiprofesional inicial (ver intervenciones en Vía Clínica de Atención Primaria).	x		x			x
	• Realización de intervenciones específicas de atención hospitalaria.			x			x
Internista/MF	• Valoración e intervención multiprofesional de seguimiento.						
Equipo de Hospital /EAP/EGC-AP*	• Identificación de criterios de telemonitorización.	x					
EGC* y TS*	• Fomentar la planificación anticipada de decisiones/VVA.	x					
	*EGC-AP y TS intervendrán en todas aquellas situaciones que tengan una mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados y/o social. Esta intervención se realizará a solicitud del EAP y coordinadamente con éste, con el/la paciente y con la persona cuidadora. EGC-AP y/o TS, realizarán específicamente la valoración, planificación, coordinación de todos los recursos disponibles y aplicación de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de las personas, así como para el desarrollo proactivo de intervenciones que mejoren la calidad de vida y bienestar de estas personas, especialmente con la coordinación y activación de tantos servicios sean necesarios y accesibles para potenciar la respuesta en domicilio. Su papel de apoyo a las transiciones, en las situaciones de mayor complejidad tendrá un carácter esencial.						

EAP: Equipo de atención primaria; **EF:** Enfermera de familia; **EGC:** Enfermera gestora de casos; **EGC-AP:** Enfermera gestora de casos de atención primaria; **EGC-AH:** Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria; **EH:** Enfermera de atención hospitalaria; **MF:** Médico/a de familia; **MH:** Médico/a de hospital; **VVA:** Voluntad vital anticipada.

Documentación de referencia

El contenido de la presente Vía Clínica de Atención en Domicilio (AeD) para el seguimiento proactivo en domicilio de la persona con enfermedad crónica se sustenta en las pautas y recomendaciones que se establecen en la siguiente documentación de referencia:

- Saturno Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. [Internet]. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública; 2018. [citado 11 mar 2026].
Disponible en:
https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/22050_2aed_Manual_Vias_Clinicas.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de servicios [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; [citado 3 mar 2026]. Disponible en:
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 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. Boletín Oficial del Estado. 2006 Sep. 16; 222:32650-79. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030>
- Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado 3 mar 2026]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/home.htm>
- Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Guía de práctica clínica de hospitalización a domicilio [Internet]. Madrid: SEHAD; 2020 [citado 3 mar 2026].
Disponible en: <https://www.sehad.org/images/site/proyectoHAD2020/03-%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20HAD%20201108.pdf>
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Guía de atención domiciliaria [Internet]. Barcelona: semFYC; 2019 [citado 3 mar 2026]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/publicaciones/guia-de-atencion-domiciliaria>
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. Global Deterioration Scale (GDS). Psychopharmacol Bull. 1988;24(4):661-3. Fundación Pasqual Maragall. Escalas FAST y GDS: formas de gradación del Alzheimer [Internet]. Barcelona: Fundación Pasqual Maragall; 2023 [citado 3 mar 2026]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/escala-fast>

