

## ATENCIÓN DOMICILIARIA ANÁLISIS DE DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

Dres. Santiago Boggio, David Cóllica, Gregorio Wainberg

### RESUMEN

**Introducción.** El aumento de la esperanza de vida y la elevada prevalencia de enfermedades invalidantes ha determinado una demanda creciente de atención sociosanitaria en domicilio. Esta realidad obliga a los profesionales de la salud a desempeñar sus tareas en el domicilio del paciente y a que existan otros proveedores de cuidados del paciente. Distintos programas de atención domiciliaria han demostrado ser una herramienta eficiente ya que facilitan el seguimiento del paciente crónico y permiten un adecuado registro tanto de la evolución como de las actividades que se realizan en el domicilio.

**Objetivo General.** Describir la población atendida en el Programa de Atención Domiciliaria (AD) de Medicina Familiar.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes crónicos domiciliarios atendidos durante 2 años. En cada paciente que ingresaba se analizaron: edad, sexo, motivo de ingreso, patologías crónicas previas, grado de autonomía, estado mental, medicación utilizada, causas y número de internaciones y mortalidad.

**Resultados.** En los 2 años de seguimiento fueron atendidos 634 pacientes, siendo de sexo femenino 414 (65,3%). La mediana de edad fue de 85 años (DS 8,56); en mujeres 86 años (DS 8,1) y hombres 83 años (DS 8,8). Durante el periodo de estudio fallecieron 230 (36,3%) pacientes. Lugar de residencia: 329 (51,8%) pacientes vivían con sus familiares, 238 (37,5%) en residencias geriátricas, 67 (10,6%) con otras personas (cuidadores y/o enfermeras). Los motivos de ingreso: problemas neurológicos 245 (38,6%); patología osteoarticular 228 (35,9%); cáncer terminal 59 (9,3%) y cardiovasculares 44 (6,94%). Las patologías crónicas diagnosticadas: hipertensión arterial 362 (57,1%); artrosis 326 (51,4%); demencia 249 (39,3%); accidente cardiovascular 181 (28,5%); insuficiencia cardíaca 173 (27,3%) y cáncer 110 (17,4%). El promedio de medicamentos utilizado fue de 3,5 (DS 2,6) por paciente. Los más utilizados: antihipertensivos 503 (22,4%); ansiolíticos 197 (8,36%); antipsicóticos 184 (8,18%); antiagregantes y anticoagulantes 176 (8,76%) y antiinflamatorios 145 (6,45%). Los índices de Katz y de Lawton y Brody fueron realizados en 506 pacientes; resultando dependientes para las actividades básicas de la vida diaria 240 (47,4%), mientras que 352 pacientes (69,6%) eran totalmente dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. El Test de Folstein fue realizado a 484 (76,3%)

pacientes, con una media de 16,52 y DS 10,4; 216 (53%) pacientes obtuvieron una puntuación entre 1 y 23; 145 (35,7%) una puntuación mayor de 24 puntos y 46 (11,3%) un puntaje de 0.

**Conclusión.** El perfil general de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria muestra un predominio de mujeres, con alto grado de dependencia y marcado deterioro cognitivo, con pluripatologías, polimedicados y que predominantemente viven con sus familiares.

### INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida experimentada en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejoría de las condiciones sanitarias, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población. Dicha población, en su mayoría personas de edad avanzada, presenta una elevada prevalencia de enfermedades crónicas e invalidantes, lo que conlleva una creciente atención sociosanitaria a domicilio. Además, hay evidencia suficiente que demuestra la mayor propensión a la polifarmacia por parte de población añosa con elevado número de enfermedades crónicas.

La gran tecnificación de la medicina ha llevado a que enfermedades que hace años eran mortales se cronifiquen y hagan que los cuidados del paciente se dispensen, fundamentalmente, en el domicilio. Eso obliga a los profesionales sanitarios a desempeñar sus tareas en un ámbito extrainstitucional (el domicilio del paciente) y a que existan otros interlocutores y proveedores de cuidados del paciente (la familia)<sup>3</sup>.

Los pacientes crónicos domiciliarios son muy variados y su espectro patológico, muy diverso. Desde los oncológicos terminales, hasta los que padecen patologías crónicas en estadios avanzados (cardiopatía, nefropatías, broncopatías, entre otras). Por todo ello, la familia se ha convertido en un pilar básico en la provisión de cuidados al paciente crónico. Sin su participación activa, difícilmente se van a alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o rehabilitaciones paliativas. Por todo ello, la familia tiene un papel de amortiguador de todas las tensiones que se generen a lo largo del proceso y enfermedad del paciente<sup>4</sup>.

Esta realidad conlleva la necesidad de dar respuestas eficientes desde la atención primaria a los principales problemas de salud de la población. La atención domiciliaria es un modelo de asistencia que está adquiriendo una importancia creciente dentro de la atención

primaria de salud y es un servicio cada vez más demandado por las características de la población<sup>5</sup>. Así, la atención domiciliaria se encuentra entre las funciones básicas del equipo de atención primaria, con una importancia creciente.

El programa de atención domiciliaria ha demostrado ser una herramienta eficiente que facilita el seguimiento del paciente y que permite un adecuado registro tanto de la evolución del paciente como de las actividades que se realizan en el domicilio<sup>5</sup>. Para ello es necesario realizar una planificación previa teniendo en cuenta los recursos disponibles<sup>6</sup>.

Una etapa fundamental en todo Programa de Atención Domiciliaria es la evaluación periódica de los objetivos que han sido previamente definidos<sup>1</sup>. Uno de los objetivos principales de nuestro programa era realizar una descripción integral y detallada de las características de los enfermos crónicos domiciliarios.

### OBJETIVO GENERAL

- Describir la población atendida en el Programa de Atención Domiciliaria de Medicina Familiar.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las causas que determinaron el ingreso al Programa de Atención Domiciliaria.

- Evaluar el estado funcional de los pacientes (esfera física, cognitiva y social).

- Analizar a través de la clasificación anatómica terapéutica química (ATC), las medicaciones utilizadas por esta población.

- Describir la ocurrencia de la internación hospitalaria y mortalidad durante el período de observación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Desde sus inicios el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata cuenta con un Servicio de Atención Domiciliaria. Para su organización e implementación se dividió a la ciudad en 30 zonas, cada una atendida por un médico de atención primaria. Una de estas zonas corresponde al Programa de Atención Domiciliaria del Servicio de Medicina Familiar.

Con el propósito de evaluar a la población atendida, se diseñó un protocolo de investigación donde fueron registrados. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes crónicos domiciliarios atendidos durante dos años del 1 de junio de 2000 al 31 de mayo de 2002, de esta zona. En cada paciente que ingresaba a la atención domiciliaria se analizaron diversas variables: edad, sexo, motivo de ingreso, patologías crónicas previas, grado de autonomía, estado mental, medicación utilizada, motivo de ingreso, causas y número de internaciones y mortalidad.

La valoración de la capacidad física se realizó mediante el índice de Katz<sup>7-9</sup>, escala que a partir de 6 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (baño, vestirse, uso de inodoro, movilidad, continencia esfinteriana y

alimentación) clasifica el grado de autonomía desde independiente para todas las funciones (A) hasta dependiente para todas ellas (G). Permite estimar el estado funcional global del paciente de manera sencilla y ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Es muy eficaz para detectar pacientes con alto grado de dependencia, pero lo es menos en pacientes ambulatorios. Por este motivo, complementamos la evaluación de la esfera física con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) evaluada a través de la escala de Lawton y Brody<sup>10</sup> que son más complejas y evalúan el poder de desempeño. Esta escala evalúa la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. Con un puntaje de 0 puntos para la máxima dependencia y 8 puntos para la independencia total. Las ABVD evalúa la capacidad de autocuidado y las AIVD, las de autonomía<sup>11</sup>.

La valoración de la capacidad mental fue realizada mediante el *Mini-Mental Status Examination de Folstein (MMSE)*<sup>12-14</sup>. Es uno de los tests más investigados y utilizados para el diagnóstico de deterioro cognitivo, cuya sensibilidad y especificidad depende del punto de corte. Esta prueba goza de gran aceptación ya que es fácil de realizar y sólo requiere 5 a 10 minutos. El *MMSE* se divide en dos secciones: orientación, memoria y atención que se evalúan por medio de respuestas verbales que suman un total de 21 puntos, y lenguaje y dibujo, que suman 9 puntos más y totalizan 30 puntos. El punto de corte es de 24 puntos. Un puntaje menor de 24 puntos es altamente sugestivo de deterioro cognitivo<sup>15</sup>.

Para evaluar el riesgo de caídas de los pacientes atendidos se tuvieron en cuenta los factores de riesgo para las mismas, tales como caídas previas, utilización de medios para deambular (bastón, andador o silla de ruedas), pérdida sensorial del aparato visual o de la función vestibular, déficit neurológicos, ciertas drogas (benzodiazepinas, barbitúricos, diuréticos), patologías crónicas que predisponen a caídas (diabetes, accidente cerebrovascular previo, antecedentes de fractura, entre otras), barreras físicas o arquitectónicas (alfombras, iluminación de los ambientes de la casa) y grado de dependencia del paciente.

Para valorar la medicación se utilizó la clasificación ATC creada por el Consejo Nacional Nórdico de Medicamentos recomendada por la Organización Mundial de la Salud y empleado por el Centro Colaborativo para el Monitoreo Internacional de Medicamentos<sup>16</sup>.

Los datos fueron introducidos en una base de datos EPI 6 y posteriormente tratados para la estadística descriptiva.

### RESULTADOS

En los dos años de análisis del programa de atención domiciliaria fueron atendidos 634 pacientes cróni-

cos domiciliarios, destacando que existe un predominio del sexo femenino (65,3%). La edad media fue de 85 años (DE 8,56); 329 (51,8%) pacientes vivían con sus familiares, 238 (37,5%) en residencias geriátricas, y 67 (10,6%) con otras personas (cuidadores y/o enfermeras).

El índice de Katz fue realizado en 506 (79,8%) pacientes, revelando que 240 (47,4%) eran dependientes (G), y 32 (6,3%) eran totalmente independientes (A). Recibían ayuda para deambular 405 (64,7%) pacientes, estaban postrados en cama 194 (30,6%) y caminaban sin ayuda 30 (4,7%). Tenían algún tipo de incontinencia esfinteriana 242 (61,8%) pacientes, y 383 (60,4%) utilizaban pañales. Presentaron úlceras por decúbito 94 (14,8%). Respecto al modo de alimentación, no recibían ayuda para la misma 300 (47,3%) pacientes; sí lo hacía 314 (49,5%) y 20 (3,2%) se alimentaban por SNG. Presentaban riesgo de caídas 477 (75,2%) pacientes.

El índice de Lawton y Brody fue realizado en 506 (79,8%) pacientes, obteniendo como resultado 352 (69,6%) pacientes dependientes totales para las AIVD, y sólo 6 (1,2%) eran independientes para las AIVD.

El estado cognitivo fue evaluado por el MMSE con una media de 16,52 y DS 10,4. De los 634 pacientes, se pudo realizar el examen a 484 (76,34%) pacientes. De acuerdo a los resultados obtenidos 216 (53%) pacientes presentaron una puntuación entre 1 y 23, 145 (35,7%) con puntaje mayor de 24 puntos y 46 (11,3%) pacientes tuvo en el que el resultado del test fue 0. Cabe agregar que 77 (15,91%) no pudieron ser evaluados por barreras físicas (afasia, ceguera, hipoacusia) y/o culturales.

El total de medicamentos utilizados fue de 2249, con un promedio de 3,5 (DS:2.6) medicamentos por paciente. Se utilizó la clasificación ATC para analizarlos. Encontramos 503 indicaciones de antihipertensivos que corresponde al (22,4%); le siguen en orden de frecuencia los tranquilizantes (ansiolíticos) 197 (8,36%), neurolépticos (antipsicóticos) 184 (8,18%), antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes 176 (8,76%) y los antiinflamatorios no esteroideos 145 (6,45%) (tabla 3).

Durante los dos años de seguimiento, hubo 207 internaciones, correspondiendo a 137 (21,6%) pacientes. El promedio de internaciones fue de 0,43 (DS 1,04). En la tabla 2 se enumeran los motivos de internación más frecuente.

Tabla 1. Motivos de ingreso, en orden de frecuencia.

Motivo	pacientes	%
problemas neurológicos	245	38,6
demencia	129	52,5
accidente cerebrovascular	92	37,5
Parkinson	14	5,62
polineuropatía	4	1,53
otros neurológicos	7	2,75
patología osteoarticular	228	35,9
fractura de cadera	68	29,8
artrosis	67	29,3
postración	44	19,2
amputación	22	9,65
otros osteoarticulares	26	11,8
cáncer terminal	59	9,30
cardiovasculares	44	6,94
otros	37	5,99
respiratorios	20	3,15

Tabla 2. Patologías crónicas previas.

	pacientes	%
hipertensión	362	57,1
artrosis	326	51,4
demencia	249	39,3
accidente cerebrovascular	181	28,5
insuficiencia cardíaca	173	27,3
cáncer	110	17,4
cardiopatía isquémica	99	15,6
diabetes	98	15,5
enfermedad pulmonar crónica	14	2,2

Tabla 3. Medicación más utilizada en atención domiciliaria, según la clasificación ATC.

ATC	GRUPO FARMACOLOGICO	Total	%
C-7-A, 8-C-D, 9-A-B-D, 2-A-C, C-3-A-B-C-D-E	Antihipertensivos (B-bloq., IECA, B.calcicos,metildopa-diuréticos)	503	22,4
N-5-B	Tranquilizantes (ansiolíticos)	197	8,76
N-5-A	Neurolépticos (antipsicóticos)	184	8,18
B-1-A-B	Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios	176	7,83
H-5-B, M-1-A-B-C, M-3-B, M-9-A	AINES, antirreumáticos, bifosfonatos, calcitonina, antigotosos	145	6,45
C-1-A	Glucósidos cardíacos	103	4,58
A-2-A-B	Antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras péptica	102	4,54
N-6-A-B	Antidepresivos y psicoestimulantes y nootrópicos	102	4,54
	Otros	737	32,7
<b>TOTAL</b>		<b>2249</b>	

**Tabla 2.** Motivos de internación más frecuente.

Causa	n	%
Respiratoria	45	21,7
Cardiovasculares	35	16,9
Urológicas	19	9,18
Otras infecciones	17	8,21
Det. estado gral	17	8,21
Digestiva	16	7,73
Equilibrio Ac. Base	15	7,25
Neurológica	15	7,25
Traumatológica	13	6,28
Hematológica	6	2,9
Endocrinológica	5	2,42
Quirúrgicas	4	1,93

**Tabla 3.** Patologías crónicas, según sexo.

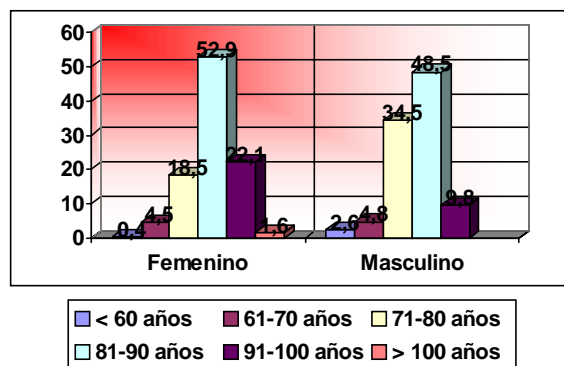
Patologías	Femenino	Masculino	P
Artrosis	245 (59,2%)	81 (36,8%)	0,0000001
Diabetes	48 (11,6%)	50 (22,7%)	0,0002
Cardiopatía isquémica	49 (11,8%)	50 (22,7%)	0,0003
Fractura de cadera	94 (22,7%)	28 (12,9%)	0,002
Cáncer	63 (15,2%)	47 (21,4%)	0,05
Hipotiroidismo	24 (5,8%)	3 (1,4%)	0,008
Accidente cerebrovascular	113 (27,3%)	68 (30,9%)	0,33
Parkinson	37 (8,9%)	15 (6,8%)	0,35
Hipertensión	236 (57%)	126 (57,3%)	0,94
Insuficiencia cardíaca	113 (27,3%)	60 (27,3%)	0,99

**Tabla 4.** Medicación más frecuente utilizada, según sexo.

Femenino	Masculino
- Antihipertensiva: 22,6%	- Antihipertensiva: 22,94%
- Tranquilizantes (ansiolíticos): 9,94%	- Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios: 9,24%
- Neurolépticos (antipsicóticos): 8%	- Neurolépticos (antipsicóticos): 8,52%
- AINES: 7,65%	Tranquilizantes (ansiolíticos): 6,65%
- Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios: 7,02%	- Glucósidos cardíacos: 5,17%

De los 634 pacientes fallecieron 230 (36,3%) durante los dos años de seguimiento.

Para un análisis más profundo se dividió a los pacientes por sexo encontrándose diferencias en lo referente a la edad, patologías crónicas previas, medicación. La edad media fue de 86 años (DS 8,1) en mujeres, y 83 años (DS 8,8) en hombres. El 76,6% (316) de las mujeres tenían entre 81 y 103 años, mientras que en los hombres correspondió al 58,3% (128) en este rango de edad (fig. 1).



**Figura 1.** Grupos de edad según sexo.

Las patologías crónicas según sexo figuran en la tabla 3.

La medicación utilizada en ambos grupos se ilustra en la tabla 4.

## CONCLUSIONES

El perfil general de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria muestra un predominio de mujeres, con alto grado de dependencia y marcado deterioro cognitivo, con pluripatologías, polimedicaos y que predominantemente viven con sus familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1997;19(7):351-6.
- Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N. Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. *Aten Primaria* 2000;26:620-3
- Vázquez Castro J, Ramírez Puerta DN, Zarco Rodríguez JV. Entorno familiar y paciente crónico. *FMC* 2001;27(1):24-6
- Hernández Estévez PM, Rubio Santos GA, Navarro Brito E, Benítez Rosario MA. Propuesta de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria.
- Pinault R, Daveuly C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.* Barcelona: Masson 1989.
- Forés M, Lacasa C, Ris H. El programa d'atenció domiciliària en un EAP. *Elements del programa marc. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Institut d'Estudis de la Salut. Salut Catalunya* 1992;6(3):95-9.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function.* *JAMA* 1963;85:914.
- Katz S, Downs TD, Cash H, Grotz RC. *Progress in the development of the index of ADL.* *The Gerontologist* 1970;10:20-30.
- Álvarez M, Alaiz A, Brun E, Cabañeros J, Calzón M, Cosío I et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método.* *Aten Primaria* 1992;10:812-6.
- Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. *The geriatric patient: A systematic approach to maintaining health.* *Am Fam Physician* 2000;61:1089-104.
- Rubinstein A, Terrasa S, Durante E. *Evaluación geriátrica multidimensional en medicina familiar y práctica ambulatoria.* *Editorial Panamericana* 2001;72:547-53.

## Revista del Hospital Privado de Comunidad

12. Folstein MT, Folstein SC, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
  13. Mary C. Tierney, PhD, John P. Szalai, PhD, Earl Dunn, Md. Prediction of probable Alzheimer Disease in patients with symptoms suggestive of memory impairment. Value of the mini-mental state Examination. *Arch Fam Med* 2000;9:527-32.
  14. Vinyoles Bargalló E, Vila Domènech J, Argimon Pallás JM. Concordancia entre el mini-mental cognoscitivo y el mini-mental state examination en el cribado del déficit cognitivo. *Aten Primaria* 2002;30(1):5-15.
  15. Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. *Am Fam Physician* 2001;63:703-13.
  16. Anatomical Therapeutic Chemical Classification, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo, Noruega.
- 



**Pasado.** Pepe Roca