



F. Osés Zudaire
C. Loperena Laquidain
P. Ancizu Iribarren
V. Estremera Urabayen

Atención a domicilio:
Alternativa al anciano terminal

Centro de Salud de Chantrea. Pamplona.

Correspondencia:
F. Osés Zudaire
Enfermera
Centro de Salud de Chantrea
c/ Magdalena, s/n
31015 Pamplona (Navarra)

1º Premio SEEGG-BRAUN, S.A.
Edición 1994
IIIª Jornadas Nacionales de la Sociedad
Española de Enfermería Geriátrica
y Gerontológica

RESUMEN

Este programa responde a la necesidad observada en nuestro Centro de Salud de protocolizar la atención a ancianos, dado el alto índice de los mismos en nuestro medio.

De entre el resto de programas de atención al paciente geriátrico, es el de la visita domiciliaria el que se impone como prioritario, puesto que se atiende a aquél con sus facultades más disminuídas.

El objetivo de este programa es cubrir al 100% la atención domiciliaria de ancianos mayoritariamente terminales.

La elaboración del programa se ha realizado siguiendo las fases de:

- Análisis de la situación.
- Objetivos.
- Actividades.
- Evaluación al año de ponerse en marcha el programa.

Concluimos que en la medida en que se lleva a cabo el cumplimiento de dicho programa, mejora la calidad de vida del anciano en su medio habitual. También valoramos como muy importante, la implicación de los demás profesionales para el mejor seguimiento del paciente terminal.

PALABRAS CLAVE

Atención a domicilio; Programa; Anciano terminal.

ABSTRACT

This program comes out from the need to protocol the assistance to the elderly, considering their high number in our Health Center.

From all geriatric patient care, domiciliary assistance is the priority program, since it takes care of people with diminished faculties.

The aim of this program is to cover a hundred per cent the domiciliary attention to the elderly people, most of them in terminal phases.

The program has been carried out according to the following phases:

- Analysis of the situation.
- Objectives.
- Activities.
- Assessment one year after setting up the program.

We conclude that the execution of this program improves the quality of life of the elderly in his own environment.

Also, we estimate that the involvement of other

52 *professionals is very important for a better follow up of the terminal patient.*

KEY WORDS

Domiciliary attention. Program. Terminal elderly patient

INTRODUCCION

Dada la estructura actual de la sociedad, se aprecia un aumento tanto en el número de personas ancianas como en el grado de longevidad, debido sobre todo a la mejora de la situación socio-económica y al control de la mortalidad. Ello conduce a la aparición de limitaciones e incapacidades por secuelas de enfermedades o por el motivo natural de envejecer.

Si a ello unimos el beneficio que supone para el individuo y familia permanecer en el propio medio, se deduce la necesidad que existe en la sociedad de prestar un soporte a aquella población anciana que lo necesite.

La orientación de la atención principalmente asistencial, ha dejado en segundo plano la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto hace que el anciano esté sufriendo, mas que otro colectivo, las consecuencias. Se viven mas años, pero no se les acompaña de un mejor estado de salud (Gasco y cols., 1987).

Los servicios hospitalarios y especializados no pueden dar la suficiente cobertura sanitaria y social a las necesidades de dichos pacientes. Los Centros de Salud tienen un papel importante dadas sus funciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de los individuos, grupos y comunidad.

Se calcula que en España, el porcentaje de personas mayores de 65 años es del 13,5%. En nuestra comunidad de Navarra éste es el 13,34% (González y cols., 1992).

Desde el año 1985, se vienen atendiendo en nuestra zona básica pacientes geriátricos en domicilio de manera programada, pero sin pautas comunes de actuación y con variaciones importantes entre los diferentes profesionales. Por ello surgió la necesidad de protocolizar la visita domiciliaria programada, para crear una metodología común de trabajo que unifique a distintos profesionales del servicio de salud y así lograr una atención integral, utilizando los recursos de la familia y comunidad.

El objetivo general que perseguíamos con el programa de atención domiciliaria era la disminución de la morbi-mortalidad, prestando atención al paciente incluido en este programa y a los familiares implicados en el proceso de atención al enfermo en domicilio.

Pretendemos dar a conocer los resultados obtenidos con la puesta en marcha del programa a fin de que pueda servir de orientación para otras experiencias similares.

MATERIAL Y METODO

La zona básica de Chantrea corresponde a una población urbana de 21.708 habitantes (censo de 1991), de un nivel socio-económico medio-bajo según el Diagnóstico de Salud de Chantrea de 1986.

De la estructura y análisis de la población podemos concluir un descenso moderado de la población general, pero con un fuerte aumento de la población mayor de 65 años (40% de 1986 a 1991) con diferencias entre los sexos (1.521 hombres y 2.035 mujeres), por lo que se esperaba una creciente demanda de atención de los servicios sociales y sanitarios.

La población mayor de 65 años en Chantrea en 1991 es del 16,4%, siendo algunos índices significativos los siguientes:

— Índice de envejecimiento:

$$\frac{> 65 \text{ años}}{< 15 \text{ años}} = \frac{3.556}{2.752} = 1,29$$

— Coeficiente de ancianidad:

$$\frac{> 80 \text{ años}}{< 70 \text{ años}} = \frac{788}{1.533} = 0,51$$

— Índice de dependencia senil:

$$\frac{> 65 \text{ años}}{15-64} = \frac{3.556}{15.292} = 0,23$$

De todas las personas mayores de 65 años, se atendieron en el Programa de Atención Domiciliaria durante 1993 al 8,09%.

En la realización del programa participaron los doce médicos generales, doce enfermeras junto con la trabajadora social del Centro de Salud.

Los objetivos específicos planteados fueron los siguientes:

1) Captación del 95% de pacientes susceptibles de ser incluidos en este programa (Población Diana) tomando como referencia las cifras aportadas en otras comunidades (Jimeno y cols., 1992).

Consideramos población diana:



ANEXO I

HOJA DE EVALUACION		TRATAMIENTO		DIAGNOSTICOS																																					
• NOMBRE • APELLIDOS • DOMICILIO • TELEFONO • CUIDADOR • DESPAZADO Si No																																									
MOVILIDAD • Camina sin ayuda .. 3 • Camina con ayuda 2 • Silla de ruedas 1 • Encamado 0	CONTINENCIA (Orina) • Contiente 2 • Incontinencia nocturna 1 • Incontinencia siempre 0	VESTIDO • Sin ayuda 2 • Con alguna ayuda 1 • Incapaz de vestirse ... 0	ALIMENTACION • Sin ayuda 1 • Con ayuda .. 0	MINIMENTAL TEST • Edad • Puntos	VALORACION FISICA BARTHEL • Norma <input type="checkbox"/> • Disminuido <input type="checkbox"/> • Invalido <input type="checkbox"/>																																				
ELIMINACION FECAL • Contiente <input type="checkbox"/> • Incontinente <input type="checkbox"/> • Estoma <input type="checkbox"/>	HIGIENE • Buena... <input type="checkbox"/> • Regular... <input type="checkbox"/> • Mala..... <input type="checkbox"/>	SENTIDOS B R M PROTESIS • Vista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Audición..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Lenguaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SUEÑO • Normal <input type="checkbox"/> • Medicación esporádica <input type="checkbox"/> • Hipnótico siempre <input type="checkbox"/>	PIEL Y ANEJOS N° Escara decúbito <input type="checkbox"/> Escara varicosa <input type="checkbox"/> Escara isquémica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	INMUNIZACION Gripe (año) Tétanos 1° 2° 3°																																				
EXPLORACION FISICA TA. FC.				S E G U I M I E N T O																																					
				Inclusión																																					
PLAN DE TRABAJO		Eps INDIVIDUAL FECHA RESPUESTA (+) (-)		<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																					
		• Alimentación • Ejercicio • Higiene • Hábitos																																							

SNG: Sonda nasogástrica; SV: Sonda vesical; M: Médico; E: Enfermera; TS: Trabajador Social; P: Programada; D: Demanda.

- a) Ancianos con procesos invalidantes y con patología crónica con alto grado de dependencia.
 - b) Enfermos terminales.
 - c) Altas hospitalarias que requieren continuidad en la atención.
- 2) Prestar atención periódica y continuada al 100% de la población incluida en este programa con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
 - 3) Atender la cobertura inmunitaria en gripe y tétanos de la población incluida en el programa al 100%.
 - 4) Fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades en el paciente y familia que favorezcan el autocuidado.

- 5) Prestar apoyo psico-social en los casos que se detecten situaciones de conflicto.
 - 6) Realizar actividades de educación para la Salud (EPS) en grupos, a los familiares directamente implicados en el cuidado de los enfermos incluidos en el programa.
- Durante el año 1993 los profesionales del Centro de Salud fueron realizando las actividades para conseguir los objetivos descritos, de acuerdo al protocolo de actuación elaborado en el programa de visita domiciliaria y consensado por todo el equipo de Atención Primaria. La realización del programa constaba de las fases de captación, primera visita y seguimiento.
- La hoja de registro utilizada viene representada en el Anexo I y consta de varios apartados que fueron evaluados:

ANEXO II

ESCALA DE VALORACION FISICA DE BARTHEL

MOVILIDAD	
— Camina sin ayuda	3
— Camina con ayuda	2
— Silla de ruedas	1
— Encamado	0
CONTINENCIA	
— Continencia	2
— Incontinencia nocturna	1
— Incontinencia siempre	0
VESTIDO	
— Sin ayuda	2
— Con alguna ayuda	1
— Incapaz de vestirse	0
ALIMENTACION	
— Sin ayuda	1
— Con ayuda	0
VALORACION	
— Normal	6-8 puntos
— Disminuido	3-5 puntos
— Invalido	0-2 puntos

- 1) Datos de identificación del paciente, así como de la persona encargada de su cuidado.
- 2) Diagnósticos.
- 3) Tratamiento.
- 4) Valoración física de Barthel (Anexo II).
- 5) Estado de la piel y anejos. Se valoró si hay escaras de decúbito, varicosas o isquémicas.
- 6) Inmunización de gripe y tétanos.
- 7) Exploración física.
- 8) Plan de trabajo. Se acordaba por el médico y enfermera la periodicidad de las visitas a realizar o si era precisa alguna actuación específica.
- 9) Registro de las visitas realizadas, fecha, profesional que la realiza y si es demanda o programada. La hoja recogía otros datos que no se han evaluado y que correspondían a los siguientes aspectos:
 - 10) Eliminación fecal, higiene, sentidos y sueño.
 - 11) Minimental test.
 - 12) Educación para la Salud y respuesta obtenida.
 El envés de la hoja contempla los diferentes aspectos sociales y su cumplimentación correspondía a la trabajadora social (Anexo III).
- Finalmente, al año de instaurarse el programa, los responsables del mismo realizaron la evaluación de

Tabla I Numero de visitas

Total de visitas realizadas: 3.132 visitas (incluye demanda y programada)	
— N° visitas/paciente	19,69
— N° visitas médico	424
— N° visitas médico/paciente	2,67
— N° visitas enfermera	809
— N° visitas enfermera/paciente	5,09
— N° visitas enfermera por curas	1.892
— N° visitas enfermera por curas/paciente	11,90
— N° total visitas enfermera/paciente	16,98

Tabla II Debido al bajo registro de estos 9 items, se ha valorado también las hojas de evaluación que tuvieron registrados 7 y 8 items de los propuestos

— N° hojas evaluadas con 7 items	28
— N° hojas 7 items/total pacientes	17,61%
— N° hojas con 8 items	38
— N° hojas 8 items/total pacientes	23,89%
— N° hojas con 9 items	57
— N° hojas 9 items/total pacientes	38,84%
— N° hojas 7,8,9 items/total pacientes	77,35%

acuerdo a los criterios establecidos y cuyos resultados se exponen en el siguiente apartado.

Sólo se consideraron pacientes susceptibles de evaluación aquellos que habían permanecido más de seis meses en el programa. Se excluyeron todos los éxitos habidos durante 1993.

RESULTADOS

El total de pacientes incluidos en visita domiciliaria fue de 288 de los que, por los criterios anteriormente indicados, quedaron 159 (55,2%) para evaluar.

Visitas realizadas

El total de visitas realizadas fue de 3.132 y desglosadas por profesionales (tabla I).

El gráfico 1 nos muestra la evaluación detallada de cada una de las doce unidades básicas médico-enfermera.



ANEXO III

HOJA: EVALUACION TRABAJADORA SOCIAL - VISITA DOMICILIARIA

<p>CONVIVENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo <input type="checkbox"/> • Matrimonio <input type="checkbox"/> • Hijos/Hermanos <input type="checkbox"/> • Otros familiares <input type="checkbox"/> • Otros <input type="checkbox"/> <p>NIVEL/CULTURAL ESTUDIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto <input type="checkbox"/> • Primarios <input type="checkbox"/> • Secundarios <input type="checkbox"/> • Otros <input type="checkbox"/> <p>VIVIENDA</p> <p>—Tipo <input type="checkbox"/></p> <p>—Regimen tenencia <input type="checkbox"/></p> <p>—Hacinamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas en el domicilio • Habitación propia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <p>—Accesos barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escaleras: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Ascensor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Podría instalarse: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <p>—Equipamiento/Doraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agua corriente • Calefacción • Baño completo • Lavadora • Teléfono • Televisión • Frigorífico 	<p>RELACIONES CONVIVENCIA</p> <p style="text-align: right;">ANCFAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Mala <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Regular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • No existe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>SITUACION ECONOMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensionista <input type="checkbox"/> • Rentas <input type="checkbox"/> • Cantidad <input type="checkbox"/> • Medio <input type="checkbox"/> • Bajo <input type="checkbox"/> • Alto <input type="checkbox"/> <p>ESTADO VIVIENDA</p> <p style="text-align: center;">CONSERVACION E HIGIENE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación • Iluminación • Humedad • Animales domésticos • Signos de negligencia • Alimentos en mal estado • Vajilla sin lavar • Ropa sucia acumulada • Suciedad ambiental • Parásitos y roedores 	<p>SOCIABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se relaciona <input type="checkbox"/> • Con dificultad <input type="checkbox"/> • No se relaciona <input type="checkbox"/> <p>USO SERVICIOS PRESTACIONES</p> <p>—Frecuencia - Horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro Salud • S. S. Base • S. A. D. • CTA/hospitalaria • Otros • Acompañamiento voluntario • Ayudas económicas: <p>- Tipo</p> <p>- Cuanto</p>	<p>APOYOS FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades vida diaria <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Quien • Tiempo • Ayuda para otras actividades • Apoyo vecinal voluntario <p>PARTICIPACION SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades tiempo libre <p>UTILIZACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silla ruedas • Andador • Grua • Cama • Otros
<p>SEGURIDAD Y RIESGOS VIVIENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala iluminación • Muebles inseguros • Suelos estropeados/encerados • Alfombras desgastadas • Enchufes deteriorados • Aparatos eléctricos mal estado • Inexistencia sistemas de seguridad • Cocinas eléctricas/gas • Bañeras con adherencias 			

Hoja de registro

Se evaluó la cumplimentación de la hoja de registro, valorándose como completa la que contenía los 9 ítems indicados (tabla II).

Las diferencias en la cumplimentación de la hoja en las distintas unidades básicas se pueden apreciar en el gráfico 2.

Vacunaciones

- N. vacunados gripe/total pacientes: 67,92%.
 - N. vacunados tétanos/total pacientes: 13,20%.
- El desglose por distintas unidades básicas se aprecia en el gráfico 3.

Escaras

— N. total de pacientes escarados del total de pacientes: 20,75%.

Cumplimiento del plan

Aquí se ha evaluado el grado de cumplimiento individual de cada paciente prefijado por la unidad básica médico-enfermera y registrado en el apartado correspondiente de la hoja de registro.

Si el plan no estaba registrado aunque sí las visitas, se consideró no cumplido (tabla III).

— Cumplimiento del plan individual de médicos: 39,62%.

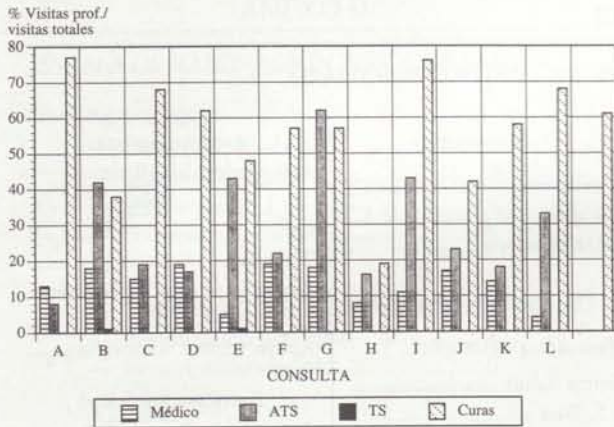


Gráfico 1. Visita Domiciliaria. % visitas.

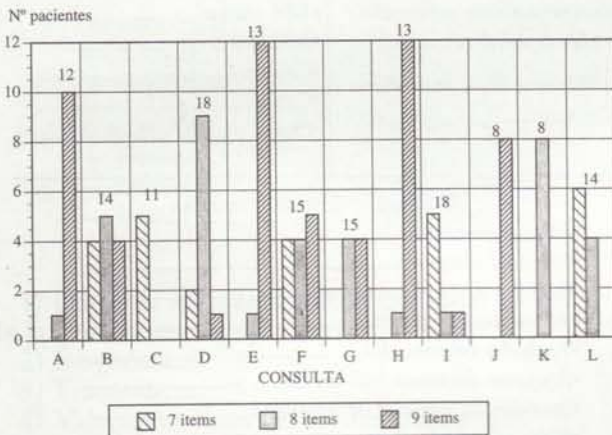


Gráfico 2. Hojas completas. Nº items.

— Cumplimiento del plan individual de enfermeras: 57,86%.

El gráfico 4 nos muestra la evaluación del cumplimiento del plan en cada unidad básica.

Educación para la Salud

En cuanto a las actividades de EPS en grupos a los cuidadores de enfermos crónicos domiciliarios, se empezó en 1993 y en la actualidad se encuentra en fase avanzada la elaboración del proyecto. Durante 1994 se van a poner en marcha dos grupos de EPS para cuidadores.

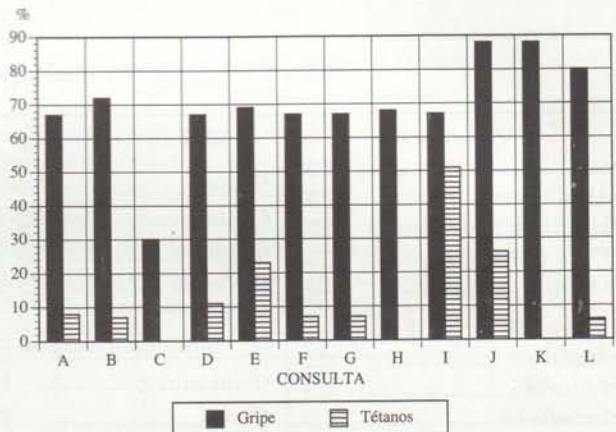


Gráfico 3. Visita Domiciliaria. Evaluación de vacunas.

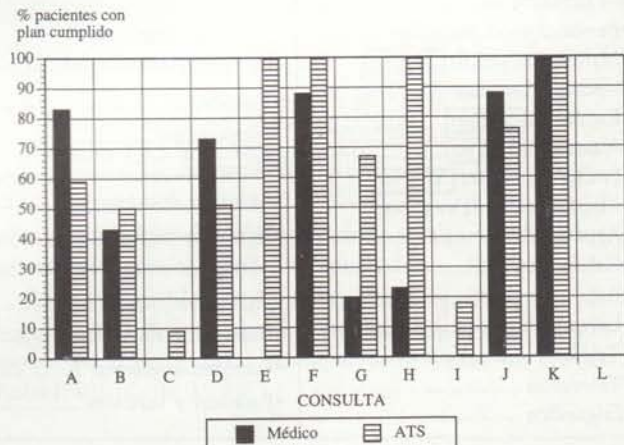


Gráfico 4. Visita Domiciliaria. Evaluación del plan.

Tabla III Cumplimiento del plan

Se revisa el plan individual definido por la unidad básica en la hoja de evaluación del paciente en programa de visita domiciliaria, contrastándolo con las visitas realizadas (o registradas) para evaluar el cumplimiento del plan acordado.

Cumplimiento plan individual médicos	39,62%
Cumplimiento plan individual enfermeras	57,86%



DISCUSION

El alto porcentaje de mayores de 65 años en Chantrea nos permitió prever un incremento de actividad general en salud en el equipo de Atención Primaria, para la atención al anciano, si nos comparamos con otras zonas básicas de salud.

Sin embargo, dentro de contar con un alto número de personas de más de 65 años, el porcentaje de pacientes que teníamos incluidos en programa de visita domiciliaria puede considerarse adecuado de acuerdo con las cifras en trabajos de zonas similares a la nuestra.

El número de visitas por paciente realizadas es casi el doble (5,09 enfermería sobre 2,67 médico) en enfermería que en el personal médico, lo cual estaba previsto, dado que es un programa cuyo peso recae fundamentalmente en enfermería y en el plan de trabajo generalmente se acordaba mayor número de visitas de enfermería que de médico.

Destaca la gran cantidad de curas realizadas, que en comparación con otras zonas arroja cifras mayores (Alvarez y cols., 1988).

La hoja de registro, previamente consensuada por el equipo, no se ha cumplimentado como se esperaba, lo cual ha hecho muy laboriosa la evaluación. Se han encontrado grandes diferencias en las distintas unidades básicas médico-enfermera, desde hojas completas hasta la falta incluso de la hoja en algún caso.

En la inmunización de gripe y tétanos nuestra meta era muy alta 100%. En gripe se alcanzó el 67,92%, sin haber diferencias significativas entre las unidades básicas. En la programación no se tuvo en cuenta que un porcentaje de los no vacunados podía serlo por negativa suya o de sus familias y por tanto esto no se evaluó.

El cumplimiento del plan de trabajo es muy desigual. Algún profesional no ha pautado por escrito ningún plan y en otros se llega a un 100%. Asimismo

llama la atención el mayor cumplimiento del mismo por parte de enfermería respecto a los médicos (57,86 frente a 39,82%).

Hay que tener en cuenta, que lo que evaluamos fué el registro de un plan acordado, no la realización del mismo. Se da la paradoja de que pacientes a los que sí se realizaban visitas programadas de médico y enfermera, no tenían registrado el plan de trabajo, y por lo tanto, el cumplimiento del plan constaba como nulo. Creemos que por ello salen los resultados tan bajos.

En resumen, los resultados obtenidos en este trabajo arrojan variaciones considerables entre los distintos profesionales según su mayor o menor adhesión al programa.

Tras la primera evaluación y a la vista de estos resultados, se exponen al grupo, analizando los problemas detectados, insistiendo en la importancia sobre todo de registrar el plan de trabajo. Se repasa el programa, la explicación de la hoja y se marcan nuevos objetivos para el año 1994 en que volverá a evaluarse.

Consideramos que este programa nos da una visión integral del anciano y nos permite abordar los aspectos sanitarios y social desde un enfoque multidisciplinario. Llevado a cabo de manera sistemática y abarcando a toda la población, es la solución alternativa bien a la hospitalización prolongada de enfermos crónicos, bien en la mayoría de los casos al ingreso en instituciones residenciales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de todo el equipo de Atención Primaria de Chantrea de Pamplona y en especial al resto de los miembros de la comisión de Visita Domiciliaria.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Ruiz de Galarreta, M. I.; Daroca, C.; Domench, M.; Iragui, A. y Robles, C. (1988). Subprograma de Visita Domiciliaria. Centro de Salud de Casco Viejo. Pamplona.

Gasco, P.; Saenz de Pipaon, I.; Oses, F.; Zufia, C. y Lacabe, F. (1987). Modelo teórico funcional de atención integral a la tercera edad. Gobierno de Navarra.

González, J. L. y Salgado, A. (1992). Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Atención Primaria, 219-221.

Jimeno Pradas, M. R. y Bellostas Pueyo, M. (1992). Visita domiciliaria. Centro de Salud Perpetuo Socorro. Huesca. Ponencia a las IV Jornadas de Atención Primaria de Navarra.