

Evaluación del perfil de morbilidad y características sociodemográficas de pacientes domiciliarios crónicos

Adrián García Montero, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Alfredo Martínez Calderón
Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria

Manuscrito recibido: 30/7/18
Manuscrito aceptado: 31/1/19

Cómo citar este documento

García Montero A., Anarte Ruíz C., Masoliver Forés A., Martínez Calderón A. Evaluación del perfil de morbilidad y características sociodemográficas de pacientes domiciliarios crónicos. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2019 Agosto; 7 (3): 6-17.

Resumen

Introducción: En los últimos años se ha producido un fuerte impulso de la atención domiciliaria, surgiendo nuevos dispositivos en diversas Comunidades Autónomas para dar respuestas sociosanitarias a pacientes atendidos en domicilio. Los motivos para ello son, entre otros, el desarrollo de la Atención Primaria, la demanda de atención integral en el domicilio, el envejecimiento y la cronicidad de la población.

Objetivo: Evaluar las características sociodemográficas y el perfil de morbilidad de los pacientes integrados en el programa de atención domiciliaria de la Zona Básica de Salud de Almassora.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional y transversal, sobre una muestra de 192 pacientes, a quienes se les ha realizado una revisión y análisis exhaustivos de historias clínicas informatizadas.

Resultados: Dos tercios de la muestra son mujeres, con una media de edad de 83.07 años.

En cuanto al perfil de patologías que presentan los pacientes, vemos que las más prevalentes son la Hipertensión Arterial (HTA) (80,3%), el deterioro cognitivo (68,8%), las enfermedades cardiovasculares (62%), la diabetes Mellitus (44,8%) y las Úlceras Por Presión (UPP) (42,7%).

La mayoría de pacientes pertenecen al nivel 3 de la estrategia de cronicidad de la Comunitat Valenciana (45,8%).

Conclusiones: El perfil del paciente estudiado se trata en su mayoría de mujeres en torno a los 83 años, pertenecientes al nivel 2-3 de la estrategia de cuidados de la Comunidad Valenciana, con diversas patologías, dependencia física y UPP. Sus cuidadores/as son sus hijos/as o su cónyuge y no tienen barreras de acceso al domicilio.

Palabras clave:

Visita domiciliaria, Servicios de Atención de salud a domicilio, Atención Primaria de Salud, Enfermería, Enfermedad crónica.

Evaluation of the morbidity profile and sociodemographic characteristics of chronic domiciliary patients

Abstract

Introduction: In recent years there has been a strong boost of home care, emerging new devices in various Autonomous Communities to provide socio-health responses to patients whose best therapeutic location is home. The reasons that have contributed to its strengthening are the development of primary care, the demand for comprehensive care at home, aging and chronicity of the population.

Objective: Evaluate the sociodemographic characteristics and morbidity profile of patients integrated into the home care program of the Basic Health Area of Almassora.

Material and methods: An observational and cross-sectional descriptive study on a sample of 192 patients, who underwent an exhaustive review and analysis of computerized medical records.

Results: Two thirds of the sample are women, with an average age of 83.07 years.

Regarding the profile of pathologies presented by patients, we see that the most prevalent are hypertension (80.3%), cognitive impairment (68.8%), cardiovascular diseases (62%), Diabetes Mellitus (44, 8%) and pressure ulcers (42.7%).

The majority of patients belong to level 3 of the chronicity strategy of the Comunitat Valenciana (45.8%)

Conclusions: The profile of the patient studied determines a majority of women around 83 years, belonging to level 2-3 of the care strategy of the Valencian Community, with various pathologies, physical dependence and pressure ulcers. The caregivers are the children or the spouse and do not have barriers to access the home

Keywords

House Calls, Home Care Services, Primary Health Care, nursing, Chronic Disease.

Introducción

La atención domiciliaria, según Torra i Bou (1) se puede entender como «un conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades

que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud». En todos los centros de salud de Atención Primaria

existe un programa de atención domiciliaria, en el que la enfermera de cada cupo de pacientes acude al domicilio para realizar actividades de promoción, tratamiento, seguimiento y aplicación de cuidados, tanto al paciente como a la familia; actividades que igualmente se realizarían en una consulta del centro si estos pudieran trasladarse a él.

En los últimos años se ha producido un fuerte impulso de la atención domiciliaria, surgiendo nuevos dispositivos en diversas Comunidades Autónomas para dar respuestas socio-sanitarias a pacientes cuyo mejor lugar terapéutico es el domicilio. Los motivos que han contribuido a su fortalecimiento son el desarrollo de la Atención Primaria, la demanda de atención integral en el domicilio, el envejecimiento y la cronicidad de la población junto con cambios sociales y en la organización hospitalaria.

En la actualidad, el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, nos arroja datos de la actividad de atención domiciliaria que se está llevando a cabo. En el año 2015, los profesionales de enfermería en España realizaron un total de 9,9 millones de visitas a domicilio desde los servicios de Atención Primaria (AP), siendo destinatarios el 87% de estas visitas una persona mayor de 65 años. Esto pone de relieve el liderazgo de enfermería en este ámbito y el aumento año tras año de la carga de pacientes atendidos a nivel domiciliario (2).

Además, existe un determinado colectivo de pacientes de alta complejidad que suponen un reto para los profesionales sanitarios por la dificultad de su abordaje, el alto consumo de recursos socio-sanitarios y la necesidad de atención continua a largo plazo. De hecho, un estudio realizado por el King's Fund en Reino Unido revela que el 10% de los pacientes ingresados genera el 55% de las estancias hospitalarias y un 5% de ellos, el 42% de las estancias (3).

Por ello, es importante analizar la situación del perfil de los pacientes con

En los últimos años se ha producido un fuerte impulso de la atención domiciliaria, surgiendo nuevos dispositivos en diversas Comunidades Autónomas para dar respuestas socio-sanitarias a pacientes cuyo mejor lugar terapéutico es el domicilio.

enfermedades crónicas en España para visualizar en qué punto estamos y poder abordarlo desde una mejor perspectiva. El impacto de las enfermedades crónicas en nuestro sistema de salud es muy significativo, ya que suponen el 80% de las consultas de AP, el 60% de los ingresos hospitalarios y un 70% del gasto sanitario (4). Por ello, resulta necesaria la implantación de un modelo de gestión de estas enfermedades. En la Comunidad Valenciana, contamos con un documento que aborda esta temática y desarrolla el modelo que se está utilizando (5). Se trata de una estratificación del riesgo de la población de un ingreso hospitalario no programado, con una serie de intervenciones orientadas a cada nivel. Lo desarrolla a través de los 4 niveles básicos presentes en la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente, mejorado por la King's Fund del Reino Unido.

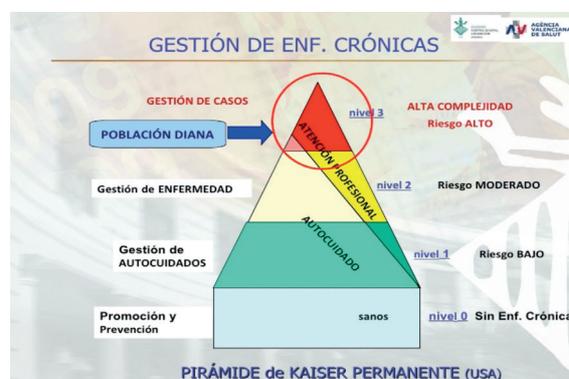


Imagen 1: Pirámide de Kaiser Permanente, utilizada como estrategia de cronicidad en la Comunidad Valenciana (5)

El nivel 0 está representado por pacientes sanos sin enfermedades crónicas que requieren promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En el nivel 1, los pacientes de riesgo bajo, cuya labor sanitaria se centra en la gestión de autocuidados. Los pacientes incluidos en el nivel 2 se clasifican como riesgo moderado y necesitan gestión de la enfermedad. Por último, está el nivel 3, representado por pacientes de alto riesgo y complejidad que requieren una estrategia especificada de gestión de casos. La clasificación en un nivel u otro lo determina un algoritmo, calculado en base a las patologías diagnosticadas, su grado de impacto, la dependencia del paciente, la polimedicación y otras variables. Asimismo, este sistema de estratificación relaciona estos 4 niveles con los CRG (Clinical Risk Group), que van desde el 1 -estado de salud sano- hasta el 9 -necesidades sanitarias elevadas- (5). Según datos de consumo farmacéutico correspondientes a 2015, la población clasificada como nivel 3 que se corresponde con el 1,89% del total, es responsable del 19,1% del gasto farmacéutico ambulatorio y del 21,5% del total de ingresos en hospitales de agudos. La población en la Comunidad Valenciana asignada al nivel 2 se corresponde con el 10,39% y el nivel 1 comprende el 32,39%. La población sana correspondiente al nivel 0 abarca el 55,33% de la población.

En cuanto a documentos de apoyo oficiales por la Comunidad Valenciana relacionados con la atención domiciliaria, contamos con dos: el primero se trata del Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunitat Valenciana (6), publicado en 2004 y con validez hasta 2007, y el segundo es el Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana (7), publicado en 2010 y con validez hasta 2013.

Posteriormente a esa fecha se preveía una revisión y actualización para analizar la consecución de los objetivos y fines planteados y superar las dificultades u obstáculos detectados. Sin embargo, no pudo llevarse a cabo y hasta el día de hoy sigue sin

haber una revisión institucional. Dado que no contamos con memorias de gestión ni datos que saquen a la luz la actividad domiciliaria, se requieren de pequeñas intervenciones que analicen este tipo de actividad.

Asimismo, la escasa cantidad y calidad de los registros de enfermería dificulta también conocer cómo y qué actividades llevan a cabo y cómo es la tipología de pacientes que atiende. Se realizan intervenciones que no quedan reflejadas en las historias clínicas de los pacientes o que quedan mal registradas, lo cual genera problemas a la hora de realizar una correcta anamnesis y retrasos o alargamientos innecesarios en próximas consultas.

Por estas razones, este trabajo de investigación pretende avanzar en esta línea; dar respuesta parcialmente al interrogante de cómo se está gestionando y llevando a cabo la atención domiciliaria y a qué tipo de población, pudiendo establecerse a raíz de los resultados propuestas de mejora; aspectos intrínsecos de la actividad investigadora.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar las características sociodemográficas y el perfil de morbilidad de los pacientes integrados en el programa de atención domiciliaria de la Zona Básica de Salud de Almassora.

Objetivos específicos:

- Establecer qué proporción de pacientes domiciliarios tiene una valoración registrada de dependencia física de Barthel, de deterioro cognitivo de Pfeiffer y/o grado de discapacidad y en qué grado están.
- Determinar el perfil de paciente incluido en el programa de atención domiciliaria.
- Conocer el número de visitas medias anuales de enfermería.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional transversal, con recogida de información a través de historia clínica y entrevistas telefónicas a los pacientes, familiares y/o cuidadores en los años 2016 y 2017 en los centros de salud Almassora y Pío XII.

Criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

Criterios de inclusión de pacientes para la selección y captación:

- De cualquier edad.
- Asignados a la ZBS Almazora, que comprende el centro de salud Almassora y el centro de salud Pío XII.
- Que recibieron atención domiciliaria programada desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017.
- Que pertenecen al nivel 1, 2 o 3 de la Estrategia de Cronicidad de la Comunidad Valenciana.

Los criterios de exclusión de pacientes:

- Que tienen un SIP dado de baja.
- Que han sido exitus.

Tamaño de la muestra.

El tamaño total de la muestra estudiada ha sido de 192 pacientes pertenecientes a una ZBS con una población total de 25.648 personas.

Método de captación y/o selección de los sujetos.

La estrategia para la selección de pacientes se abordó utilizando distintas herramientas, dada la imposibilidad de acceder a un listado de los pacientes integrados en un programa de atención domiciliaria.

Por un lado, se seleccionaron pacientes a través de la aplicación informática

Alumbra®. A través de este programa, mediante los criterios de búsqueda "zona Básica de salud Almazora" y "CRG (Clinical Risk Group) 7, 8 y 9", se seleccionaron los pacientes con estrategia de cuidados nivel 3, ya que son aquellos catalogados como subsidiarios de gran necesidad de cuidados y que, como hemos visto anteriormente, una enorme parte de ellos se benefician de un programa de atención a domicilio. A través de este proceso se captaron un total de 74 pacientes.

Por otro lado, a través de la aplicación informática Abucasis® se buscaron pacientes por cada cupo de enfermería que tuvieran activado el diagnóstico enfermero NANDA "00085 Deterioro de la movilidad física" o que tuvieran una valoración de Barthel registrada. Por este método es escogieron a 84 pacientes.

Como última estrategia de búsqueda de pacientes, se captaron a los pacientes con citas domiciliarias programadas por día en el centro de salud. Dada la duplicidad de pacientes entrelazados a los anteriores métodos de captación, por este proceso sólo se integraron 34 pacientes al estudio.

Para evaluar si el paciente pertenece al programa de atención a domicilio, se revisó el historial de citas y se verificó si en el tiempo del estudio había existido como mínimo una visita domiciliaria programada realizada por el personal de enfermería.

Estrategia de análisis que es utilizada en el estudio.

Para el análisis de univariantes se realizó una estadística descriptiva con medias (para variables cuantitativas) y proporciones (para variables cualitativas) y sus intervalos de confianza al 95% de los elementos demográficos trabajados mediante medidas de frecuencia.

El análisis bivariante se realizó de la siguiente forma:

- Entre variables cualitativas: prueba estadística de chi cuadrado.
- Entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas: t de Student.
- Entre variables cuantitativas: regresión.

Para el análisis multivariante entre variables dependientes e independientes se realizó la técnica de regresión lineal múltiple.

Se trabajó con la base de datos Access para la recogida de información y con el programa estadístico SPSS y con EPIDAT para el análisis de los datos obtenidos de la investigación.

Aspectos éticos

Los investigadores de este estudio declaran no tener conflictos de interés ni estar becados para la realización de este proyecto de investigación.

Previo a la realización de este estudio se presentó la solicitud de evaluación a la Comisión de Investigación Clínica (CIC) del departamento de salud de Castellón. Dicha Comisión procedió a su aprobación sin realizar ningún tipo de modificación del planteamiento inicial del proyecto.

Los datos procedentes de las historias clínicas se pasaron a la base de datos creada para el estudio. Se codificaron de forma que no apareciesen datos personales. La base de datos se conservó en el perfil informático del autor principal y bajo contraseña. Posteriormente a la finalización del estudio, dichos datos fueron custodiados en su totalidad.

Resultados

Al analizar los resultados del análisis univariante, del total de pacientes (n=192) en relación al sexo se observa que el 32,2% (IC 95%:± 6,6) es del sexo masculino y el 67,7% (IC 95%:± 6,6) son mujeres. Además, la media de edad se sitúa en los 83,07 años (IC 95%:± 1,3).

Respecto al Centro de Salud asignado de los pacientes atendidos, el 86,5% (IC 95%:± 4,8) se adscriben al centro de salud Almassora y el 13,5% (IC 95%:± 4,8) al centro de salud Pio XII.

En cuanto al perfil de patologías que presentan los pacientes, se pueden observar en la tabla 1.

Con respecto al nivel de estrategia de cronicidad de la Comunidad Valenciana, la mayoría de pacientes pertenecen al nivel 3 (gestión de casos) en una proporción del 45,8% (IC 95%:± 7,0) de la población analizada. El 41% (IC 95%:± 7,0) pertenece al nivel 2 (gestión de la enfermedad) y el 13% (IC 95%:± 4,8) restante al nivel 1 (Gestión de autocuidados).

El número de urgencias atendidas en Puntos de Atención Continuada (PAC) en el 2016 fue de 232 (IC 95%:± 0,26) y en el 2017 fue de 206 (IC 95%:± 0,27).

El número de visitas de enfermería a domicilio en el 2016 fue de 1190 (IC 95%:± 1,3) y en el 2017 fue de 1065 (IC 95%:± 1,6).

El 28,6% (IC 95%:± 6,4) de los pacientes no tiene una valoración de Barthel registrada en su historia clínica. De los que la tienen, la media de puntuación es de 39,74 (±4,79) y resulta clasificada como dependencia moderada-severa.

En cambio, en el caso de las valoraciones del Pfeiffer, el 34,9% (IC 95%:± 6,7) de los pacientes no la tiene registrado en su historia clínica. La media de puntuación de los que sí la tienen se establece en 4,53 (±0,59) y resulta clasificada como deterioro cognitivo leve-moderado.

Solo un 3,1% (IC 95%:0,4 y 0,6) de los pacientes tiene una valoración Norton de riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) registrada, mientras que un 3,6% (IC 95%: 0,7 y 6,6) tiene una de Braden.

Destacar que tan solo el 52,6% (IC 95%:± 7,1) de los pacientes tiene, al menos, una consulta por parte de un profesional de trabajo social.

Tabla 1: Patologías encontradas.

Patología	po	IC 95%
DM	44,8	± 7,0
no DM	55,2	± 7,0
Total	100,0	n=192
ACV	22,4	± 5,9
no ACV	77,6	± 5,9
Total	100,0	n=192
HTA	80,3	± 5,6
no HTA	19,7	± 5,6
Total	100,0	n=192
Plejías	6,8	± 3,6
no Plejías	93,2	± 3,6
Total	100,0	n=192
EPOC	17,7	± 5,4
no EPOC	82,3	± 5,4
Total	100,0	n=192
Neoplasia	10,9	± 4,4
No Neoplasia	89,1	± 4,4
Total	100,0	n=192
ERC	33,3	± 6,7
no ERC	66,7	± 6,7
Total	100,0	n=192
Demencia	31,8	± 6,6
no Demencia	68,2	± 6,6
Total	100,0	n=192
IC	22,4	± 5,9
no IC	77,6	± 5,9
Total	100,0	n=192
Deterioro cognitivo	68,8	± 8,1
no Deterioro cognitivo	31,2	± 8,1
Total	100,0	n=192
ECV	62,0	± 6,9
no ECV	38,0	± 6,9
Total	100,0	n=192
UPP	42,7	± 7,0
no UPP	57,3	± 7,0
Total	100,0	n=192

(Elaboración propia)

En relación a los cuidadores, el 25,5% (IC 95%:± 6,2) de los pacientes tiene un cuidador formal, un 65,1% (IC 95%:± 6,7) un cuidador informal y en el 9,4% (IC 95%: ± 4,1) de los casos no aparece la

figura del cuidador registrado en su historia clínica.

En el caso de los cuidadores informales, en la tabla 2, podemos ver el grado de parentesco y su proporción.

Tabla 2: Parentesco del cuidador informal

Parentesco cuidadores informales	po	IC 95%
Hermano	0,8	0,0 y 4,3
Hermana	4,8	0,6 y 8,9
Esposo	11,1	± 5,5
Esposa	23	± 7,3
Hijo	18,3	± 6,8
Hija	36,5	± 8,4
Nieta	0,8	0,0 y 4,3
Nuera	1,6	0,2 y 5,6
Yerno	0,8	0,0 y 4,3
Sobrina	1,6	0,2 y 5,6
Madre	0,8	0,0 y 4,3
Total	100,0	n=126

(Elaboración propia)

En las viviendas del 35,4% (IC 95%:± 6,8) de los pacientes estudiados, existen barreras arquitectónicas que les impide acceder a ellas con un andador o una silla de ruedas. El 53,7% (IC 95%:± 7,1) no tiene barreras arquitectónicas.

En el 10,9% (IC 95%: ± 4,4) de los casos, los pacientes recibieron atención domiciliaria en el domicilio, pero en el momento de revisar su historia clínica estaban ingresados en una residencia de la tercera edad.

En relación a la vía de inclusión en el programa de atención domiciliaria, observamos que la mayoría de los pacientes accedieron por mediación de la enfermera o del propio paciente o familiar que solicitaron demanda de cuidados domiciliarios. Tabla 3.

Respecto al análisis bivalente (Tabla 4), se relacionaron entre sí varias variables cualitativas y cuantitativas, como sexo, edad, número de urgencias, número de visitas, UPP, caídas, dependencia y número de patologías. De estas relaciones, solo resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$) las correspondientes a las visitas de enfermería y UPP ($p = 0,000$) y las visitas de enfermería con el número de patologías ($p = 0,003$, $R = 0,042$).

En el análisis multivariante (Tabla 5) se estableció como variable dependiente las visitas de enfermería totales durante los años 2016 y 2017 y como variables independientes la edad, sexo, número de patologías, UPP, deterioro cognitivo y dependencia físico. De esta manera, se concluyó que lo más determinante para realizar las visitas domiciliarias es la presencia de UPP ($p = 0,002$).

Tabla 3: vía de inclusión

Vía inclusión	po	IC 95%
Gestora de casos	1,6	0,3 y 4,4
Enfermería	49,0	± 7,1
Medicina	0,5	0,0 y 2,9
Pacientes	49,0	± 7,1
Total	100,0	n=192

(Elaboración propia)

Tabla 4: Análisis bivariante

Variables relacionadas	P	Significación	Análisis estadístico
Sexo – patologías	0,432	No significativo	T de Student
Edad – patologías	0,211	No significativo	Regresión
Número de urgencias 2016-2017	0,375	No significativo	Regresión
Visitas de enfermería 2016-2017	0,490	No significativo	Regresión
Visitas de enfermería – UPP	0,000	Significativo	T de Student
Edad – UPP	0,119	No significativo	T de Student
Caídas – dependencia	0,162	No significativo	Chi cuadrado
Visitas de enfermería – número de patologías	0,003	Significativo	Regresión

(Elaboración propia)

Tabla 5: análisis multivariante

Variable dependiente: Visitas enfermería 2016-2017	P	Significación	Análisis estadístico
Edad	0,859	No significativo	Regresión lineal múltiple
Sexo	0,816	No significativo	Regresión lineal múltiple
Número de patologías	0,558	No significativo	Regresión lineal múltiple
UPP	0,002	Significativo	Regresión lineal múltiple
Deterioro cognitivo	0,860	No significativo	Regresión lineal múltiple
Dependencia	0,592	No significativo	Regresión lineal múltiple

(Elaboración propia)

Discusión

La diferencia entre la distribución de ambos centros de salud (86.5% a Almassora y 13.5% a Pío XII) se podría explicar por la diferente carga de trabajo: el centro de salud Pío XII cuenta con una carga de pacientes sensiblemente menor que la del centro de salud Almassora.

La mayoría de las patologías más prevalentes se relacionan con enfermedades cardiovasculares. Por eso, se puede deducir que las enfermedades cardiovasculares podrían suponer un factor importante a tener en cuenta en el abordaje de los pacientes domiciliarios.

Ya que gran cantidad de los pacientes pertenecen al nivel 3 y necesitarían una gran cantidad de recursos económicos y sociosanitarios, la labor de vigilancia y control, se

vería favorecida si estos pacientes fuesen conocidos y estuviesen localizados en los cupos del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), mejorando la gestión de los mismos.

Es importante remarcar el porcentaje de pacientes sin registro de determinados ítems. Aquí reside uno de los elementos susceptibles de mejorar, ya que dependería principalmente de los profesionales de enfermería.

El elemento de los cuidadores familiares sigue el patrón estudiado y analizado en los últimos años: es una tarea que sigue recayendo sobre el sexo femenino y sobre hijos/as y/o cónyuge.

Podemos destacar también la relación significativa entre las visitas programadas de enfermería y la presencia de UPP. Es indiscutible que la aparición de UPP determina un mayor

o menor número de visitas, espaciándose en el tiempo según se consiga su epitización y resolución. Sin embargo, habría que aumentar y mejorar las medidas de prevención y educación a los cuidadores para evitar, en la medida de lo posible, su aparición.

Han sido varias las limitaciones presentadas durante el proceso y análisis de la obtención de datos y de la realización del estudio.

Por una parte, la falta de registros de enfermería en la aplicación informática de historia de salud digital de los pacientes impidió la recolección de determinados datos. Las visitas a domicilio, al no aparecer las consultas realizadas por esta vía, se tuvo que contrastar el historial de citas con las consultas de enfermería. Además, muchas de estas citas aparecían codificadas como "avisos a domicilios", en vez de la forma correcta "visita domiciliaria programada", con el consiguiente posible sesgo de que no consten en el estudio el total de las visitas reales realizadas.

Por otro lado, el método de captación de los pacientes también ha supuesto una dificultad, ya que no existe un registro en los centros de salud de los pacientes inmovilizados integrados en el programa de atención domiciliaria por cupos de enfermería y/o medicina. Esto puede contemplarse como un sesgo en la selección de pacientes.

Por último, al obtener datos directamente del paciente, familiar y/o cuidador mediante contacto telefónico podemos encontrarnos con cierto sesgo de información en la información facilitada.

Los resultados derivados de este estudio pueden servir para mejorar la estrategia de abordaje de los pacientes crónicos tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada, en concreto de las unidades de hospitalización a domicilio.

El perfil de patologías, las valoraciones de actividades de la vida diaria mediante el Barthel y las de deterioro cognitivo con el Pfeiffer, ponen de relieve ámbitos de mejora para detectar pacientes de alto riesgo y sistemática de trabajo en la valoración.

Debido a las deficiencias encontradas en estos registros de valoración, se podría sistematizar y protocolizar el registro en tablas, test y escalas de pacientes atendidos en domicilio de forma programada.

También sería esencial e imprescindible contar con un listado de pacientes domiciliarios por cupo, para que el médico y enfermero de familia, junto al trabajador social, puedan trabajar de forma conjunta, gestionar recursos y realizar visitas programadas.

Una posible nueva línea de investigación podría ir encaminada a realizar este mismo estudio en un centro de salud que disponga de enfermera gestora de casos, ya que ésta sería la responsable de los pacientes crónicos de alta complejidad.

Conclusiones

Las características sociodemográficas y el perfil de morbilidad del paciente domiciliario, según los datos mayoritarios del estudio, son mujeres en torno a los 83 años, pertenecientes al nivel 2-3 de la estrategia de cuidados de la Comunidad Valenciana, con diversas patologías como HTA, enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, dependencia física y UPP. Sus cuidadores/as son sus hijos/as o su cónyuge y no tienen barreras de acceso al domicilio.

La proporción de pacientes domiciliarios con una valoración Barthel registrada en su historia de salud es del 71,4%, mientras que un porcentaje ligeramente inferior, el 65,1%, tiene una valoración Pfeiffer registrada.

Analizadas las variables qué más podrían determinar la realización de visitas programadas de enfermería, aparece que la presencia de UPP es el factor más decisivo para ello.

Dada la importancia actual de la atención domiciliaria y el creciente número de pacientes que se incluyen en el programa, vemos necesario que de cara a políticas futuras que se aumenten los recursos humanos y materiales destinados a este fin.

Bibliografía

1. Torra i Bou JE. Atención Domiciliaria y Atención Primaria de Salud. Revista Rol de Enfermería, 1989; 125: 37-43.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Actividad asistencial realizada durante el horario habitual de funcionamiento. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), 2015.
3. Wanless D. How is the current system performing on services? En: Wanless, D. Securing Good Care for Older People – taking a long-term view. King's Fund, London. 2006.
4. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M. et al. Documento de consenso Atención al paciente con enfermedades crónicas. semFYC y SEMI, 2011.
5. Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. 2014
6. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunitat Valenciana. 2004-2007.
7. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana. 2010-2013
8. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):199-208. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100210
9. Vegas T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011; 25(3):205-210.
10. Pinzón Pulido SA. Tesis doctoral. Atención residencial vs. Atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia. Universidad de Sevilla, 2016.
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.
12. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos. Aten Primaria. 2015;47(2):75-82.
13. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana. 2010-2013.
14. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-93.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014.
16. Díaz Paulete A. Equipos de soporte de Atención Domiciliaria: relación terapéutica de la enfermera con la familia. [Trabajo fin de grado]. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 2016.
17. FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI: estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos – estrategia ante la dependencia y la fragilidad. Mayo 2013.
18. Dios Guerra C. Tesis doctoral "Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de Atención Primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos". Universidad de Córdoba, 2014.
19. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Home care for the elderly in the family health strategy: perspectives on the care organization. J Nurs UFPE on line. Recife, 2017; 11(Suppl. 1):296-302.
20. FAECAP. Informe de FAECAP sobre la Atención Domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria. Noviembre 2015.
21. Tirado Darder, JJ, López Aliaga, N. Intervención enfermera en atención holística domiciliaria, herramientas informáticas. European Journal of Health Research 2016; 2(1): 25-37.
22. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria. 2012;44(2): 107-113
23. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. [internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1978. [citado el 17 mayo 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
24. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria 2003;31(9):587-91
25. Frías Osuna A, Prieto Rodríguez MA, Heierle Valero C, Aceijas Hernández C, Calzada Gómez ML, Alcalde Palacios A, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Aten Primaria 2002. 15 de mayo. 29 (8): 495-501

26. Duque del Río, MC. Nurses Home: Enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(2): 323-39
27. Lasmarías Ugarte MC, Martorell Póveda MA. Percepción de los pacientes crónicos domiciliarios, en referencia a la seguridad y calidad de los cuidados que le brinda enfermería. VII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada", 2016.
28. Gené Badia J, Hidalgo García A, Contel Segura JC, Borràs Santos A, Ortiz Molina J, Martín Royo J et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Primaria.* 2006;38(1):47-50.
29. García Alcaraz F, Delicado Useros V, Alfaro Espín A, López-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Aten Primaria.* 2015;47(4): 195-204.
30. Cabrero García J, Muñoz Mendoza CL, Cabañero Martínez MJ, González-Llopís L, Ramos Pichardo JD, Reig-Ferrer Abilio. Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2012; 44(9): 540-548.