

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en *Atención domiciliaria*

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en ***Atención Domiciliaria***

- Coordinadores** Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.
- Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD. Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.
- Asesor en la especialidad** Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Geriatria. Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid.
- Autores** Dr. José Manuel Esteban Sobreviola
Médico de Familia. Centro de Salud Vicente i Clave. Valencia
- Dra. Dulce Ramírez Puerta
Médico de Atención Primaria. Hospital General de Guadalajara.
- Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Geriatria. Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid.

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-689-4323-1

Depósito Legal: M-42.527-2005

ÍNDICE

Prólogos	5-6
Introducción	7
Conceptos y características de la Atención Domiciliaria	9
Indicaciones de la visita domiciliaria	15
Objetivos de la Atención Domiciliaria	17
Objetivos específicos de la Atención Domiciliaria	18
Metodología de trabajo en la Atención Domiciliaria	21
Actitud profesional y situación actual de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria	21
Atención Domiciliaria y trabajo en equipo multidisciplinar	24
Aspectos comunicacionales en la Atención Domiciliaria	30
Valoración integral del paciente domiciliario	33
Historia clínica domiciliaria	47
Perfil de los pacientes susceptibles de Atención Domiciliaria	61
Paciente geriátrico	62
Paciente con insuficiencias orgánicas severas	97
Paciente oncológico terminal	101

La familia y el cuidador principal	107
La familia en Atención Domiciliaria	107
El cuidador principal	111
Modelos de organización de la Atención Domiciliaria	117
Equipos de apoyo dependientes de Atención Primaria	119
Atención geriátrica en domicilio	123
Unidades de cuidados paliativos	127
Continuidad asistencial en Atención Domiciliaria	131
Coordinación entre niveles asistenciales y sistemas de salud	131
Control domiciliario post-alta hospitalaria	137
El paciente rotatorio	139
Diferencias entre Atención Domiciliaria y hospitalización a domicilio	143
Características de la hospitalización a domicilio	145
Justificación de la hospitalización a domicilio	148
Aspectos éticos. Futuro de la Atención Domiciliaria	151
Aspectos éticos	151
Futuro de la Atención Domiciliaria	160
Anexo: Historia Clínica Domiciliaria	163

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria, si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

Como Presidente de la Organización Médica Colegial, quiero destacar la importancia de la realización y uso de las Guías de Buena Práctica Clínica, que se están realizando por esta Institución.

Es necesario formar e informar al médico, siempre respetando su «LEX ARTIS», pero estableciendo unos criterios mínimos de actuación consensuados científicamente y avalados por los especialistas en la materia, que nos permita, como profesionales de la Medicina, dar la calidad asistencial que la sociedad demanda.

Las GBPC ayudan al médico en el ejercicio diario de su profesión, proporcionándole, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en evidencia científica y criterios exclusivamente profesionales.

Deseo que esta iniciativa logre la finalidad de facilitar al profesional su actuación clínica sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos, y dando argumentos para defender con criterios profesionales nuestro trabajo diario.

Dr. Isacio Siguero Zurdo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

Un buen amigo mío, con quien he compartido horas tan agradables de docencia como desagradables de avión, repite en sus charlas sobre aspectos éticos de la Atención Domiciliaria que «cuando un paciente te abre la puerta de su domicilio, no está renunciando a su intimidad, sino que *la está ejerciendo*».

Históricamente, la Atención Domiciliaria era la única forma de asistencia médica, reservada además a los pocos privilegiados que se la podían permitir. Los primeros hospitales, regentados en su mayoría por órdenes religiosas, proporcionaban cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de una familia que les pudiera atender durante la enfermedad o ante la muerte. El gran desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento, entre otros factores, han posibilitado el actual «hospitalocentrismo» de nuestros sistemas sanitarios, donde los hospitales proporcionan «todo lo que un paciente necesita», excepto cuidados, higiene y afecto. La Atención Domiciliaria quedó entonces prácticamente restringida a los cuidados enfermeros, mientras los médicos nos refugiábamos en hospitales y consultas, salvaguardando un «status» y evitando la soledad ante la duda diagnóstica, el pronóstico sombrío o el sufrimiento inevitable.

En los últimos años, sin embargo, existe un renovado interés por el domicilio como lugar de atención al paciente, forzado por motivos económicos (crisis del

estado de bienestar, irrupción de las enfermedades crónicas, oportunidad profesional para médicos jóvenes) y facilitado por el desarrollo tecnológico y la expansión de la Atención Primaria. También los médicos del hospital, sin abandonar éste, desean llevar sus cada vez más sofisticadas técnicas al *hogar* del enfermo.

Pero, en esta evolución, ¿se respetan los deseos del paciente? ¿Se valora la capacidad de la familia para *apoyar con sus cuidados* los tratamientos que podemos ofrecer? ¿*Con qué actitud* llamamos a la puerta y entramos en la intimidad de las familias? ¿*Con qué formación*? ¿Cuánto tiempo estamos dispuestos a compartir con el paciente y su familia? ¿Le podemos asegurar una atención sanitaria equiparable a la que recibiría en un hospital?

La Atención Domiciliaria, como cualquier actividad sanitaria, no es sencilla si se quiere practicar con excelencia. Aunque sin duda el paciente lo agradecerá, no está dirigida exclusivamente a «coger la mano del paciente». Tampoco a proporcionarle, sin más, la fría tecnología hospitalaria. El reto de la Atención Domiciliaria consiste en ser capaz de proporcionar a un paciente *dependiente* una asistencia a la vez cálida y de calidad. De entender la enorme exigencia que se nos plantea a los profesionales cuando el paciente *ejerce su derecho a abrirnos la puerta de su casa*.

Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Especialista en Geriátrica. Equipo de Soporte y Apoyo
en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid.

Conceptos y características de la Atención Domiciliaria

Dr. José Manuel Esteban Sobreviola

Médico de Familia. Centro de Salud Vicente i Clave. Valencia

La Atención Domiciliaria (AD) se puede definir como un servicio predominantemente sanitario mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico. La atención social en domicilio suele tener distinta dependencia, pero debe complementar y coordinarse con la sanitaria.

Otra definición es la de Torra i Bou: «conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención 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 del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de Atención Primaria».

Las características que delimitan la AD, en contraposición con la Atención Hospitalaria, son:

- Es un proceso enmarcado dentro del concepto de atención longitudinal y continuada.
- Se realiza en el domicilio del paciente.
- El núcleo de atención lo constituyen el enfermo y sus cuidadores, tanto familiares como informales.
- Debe proporcionar una atención biopsicosocial (las tres esferas de la salud).
- Los recursos para este tipo de atención son fácilmente movilizables al domicilio.

La AD es uno de los servicios de la Asistencia Primaria de Salud (AP) que, por las características especiales del paciente, se ha de realizar en el domicilio de éste. Lleva la AP al domicilio del paciente.

En noviembre de 1995 se establecieron los siguientes principios básicos de la AD (Conferencia Internacional de AD, celebrada en Lombardía):

1. El objetivo de la AD es proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.
2. Se debe asegurar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
3. La cartera de servicios debe ser clara para los pacientes y la comunidad.

4. Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente para diseñar un plan individualizado de cuidados.
5. La AD debe considerar las necesidades del paciente como un todo y proporcionar servicios a través de una atención multidisciplinar.
6. Deben asegurarse distintos niveles de cuidados que permitan una respuesta rápida a los cambios en el estado del paciente, así como un sistema de comunicación permanente.
7. Debe realizarse un análisis coste-beneficio en cada uno de los casos, comparándolos con otras posibilidades de provisión de servicios.
8. La AD debe garantizar:
 - a) La provisión de información a los pacientes y a sus familias durante el período de tratamiento.
 - b) Completa confidencialidad.
 - c) Una situación higiénica adecuada.
 - d) Coordinar la transferencia del paciente a otro nivel asistencial o servicio en caso de necesidad.
 - e) La calidad asistencial.
 - f) La formación de sus profesionales.
9. Las autoridades locales o nacionales que llevan a cabo la AD deben asegurarse de:

- a) Adoptar las medidas legislativas necesarias para asegurar la calidad de los cuidados.
- b) Definir los mínimos indispensables para la provisión de estos servicios.
- c) Promocionar actividades de formación del personal y de la población.
- d) Asegurar recursos necesarios.

No se debe confundir con la Hospitalización a Domicilio, que posee otras características (capítulo 8). También es diferente, conceptualmente, a la Asistencia Urgente a Domicilio, en que los recursos sanitarios se desplazan puntualmente al domicilio de la persona que ha demandado la asistencia, para resolver un problema de salud de manera preferente, que imposibilita la presencia física del paciente en el Centro de Salud o en el Hospital. En la tabla 1 se presentan diferentes modalidades de AD.

La visita en el domicilio traspasa los límites de lo puramente sanitario, como veremos repetidamente a lo largo de esta Guía. La coordinación entre los distintos niveles asistenciales sanitarios, AP y Especializada (AE) y con los servicios sociosanitarios, independientemente de su dependencia administrativa, es imperativa para optimizar la asistencia al binomio paciente-familia. De este modo conseguiremos:

- Adecuar las derivaciones al Hospital.
- Controlar la evolución del enfermo tras el alta hospitalaria.

Tabla 1. Modalidades de atención a domicilio

Según la iniciativa	Según el fin	Según la dependencia	Según la financiación	Según la tipología del paciente
A demanda	Asistencial	Atención Domiciliaria	Pública directa	Atención a personas en fase aguda
Programada	Investigadora	Atención Primaria	Pública concertada	Atención a enfermos crónicos
	Educadora	Atención Domiciliaria Social	Privada	Atención postclínica
	Administrativa	Hospitalización a Domicilio	Filantrópica	Atención geriátrica
				Cuidados paliativos

- Integrar todos los cuidados que puede proporcionar la AP mediante la visita del profesional de enfermería, en solitario o de forma conjunta con el médico.
- Implicar al trabajador social, que podrá incidir en diversos aspectos que repercuten en la salud del paciente y sus cuidadores (acondicionamiento del domicilio, condiciones económicas, ayuda en domicilio...).
- Analizar la demanda asistencial para optimizar la adecuación de los recursos.

El cuidado en domicilio de las personas incapacitadas temporal o permanentemente eleva la calidad asis-

tencial ofrecida por el Sistema de Salud, mejorando la calidad de vida de los pacientes respecto a los cuidados hospitalarios o institucionales. El domicilio puede convertirse en el entorno habitual e ideal para el cuidado de estos pacientes siempre y cuando sus problemas de salud no precisen de cuidados especialmente complejos y exista un soporte familiar adecuado para la realización de dichos cuidados. Por ello, la identificación y apoyo al cuidador principal es un pilar básico de la AD, dado que sin ellos esta atención sería, en muchas ocasiones, imposible. Los mayores beneficiados son los ancianos, los pacientes incapacitados y los que sufren enfermedades graves en fase terminal. En general, la AD suele ser la opción preferida por todos estos pacientes.

Los cuidados domiciliarios no son una opción asistencial adecuada para aquellos pacientes cuyos requerimientos de cuidados, por cantidad o complejidad, no pueden ser llevados a cabo en el domicilio. En estos supuestos, la AD puede llegar a representar una situación de negligencia socio-sanitaria tanto sobre el propio paciente como sobre su entorno familiar.

Actualmente existe un renovado interés por la AD. Además de las ventajas descritas anteriormente, otros factores relacionados con este cambio serían los siguientes:

1. Mayor competitividad profesional entre los médicos más jóvenes.
2. Aumento del coste de los cuidados institucionales.

3. Creciente aumento de personas de 65 o más años en la población.
4. Mejor relación médico-enfermo en la relación directa en el ambiente domiciliario.

INDICACIONES DE LA VISITA DOMICILIARIA

Las principales situaciones que requieren la AD se pueden clasificar como:

Pacientes que no salen de su domicilio

- No pueden desplazarse salvo en ambulancia.
- Padecen enfermedades terminales y desean fallecer en su domicilio.
- Se niegan a acudir a consulta (valorar la causas en este supuesto).
- Han una sufrido una incapacidad reciente (infarto de miocardio, ictus...).

Pacientes vistos en consulta que deben ser vistos también en domicilio

- Cuando se sospechan problemas psicosociales (malos tratos, falta de higiene...).
- Si hay que tomar decisiones sobre su institucionalización.
- Ante una historia reciente de caídas en el hogar.

Cualquier paciente frágil

- Cuando se sospecha que existe sobrecarga del cuidador.
- Si existen barreras arquitectónicas.
- Para comprobar la adhesión al tratamiento y/o la toma de otros medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

Torra i Bou JE. Atención Domiciliaria y Atención Primaria de salud. Revista Rol de Enfermería, 1989; 125: 37-43.

Contel Segura JC, Gené Badia J, Peya Gascons M, Eds. Atención Domiciliaria: organización y práctica. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

Scanameo AM, Fillit H. Modern Geriatrics (Ed. Española). Vol. 7, Núm. 8: 262-5.

Conferencia Internacional de Atención Domiciliaria, 1995.

Unwin BK, Jerant AF. The Home Visit. American Family Physician, 1999. Vol. 60, Núm 5: 1481-8.

Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P et al. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Atención Primaria, 2001; 28 (10): 652-6.

Contel Segura JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Atención Primaria, 2002; 29 (8): 502-6.

Objetivos de la Atención Domiciliaria

Dra. Dulce Ramírez Puerta

*Médico de Atención Primaria.
Hospital General de Guadalajara*

La Atención Domiciliaria (AD) es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder al reto que representa mantener a una persona enferma o incapacitada en su domicilio en las mejores condiciones posibles, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello conlleva; tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención de salud.

La AD forma parte de las actividades básicas de los equipos de Atención Primaria (AP) y es uno de los Programas prioritarios de salud y bienestar social. Garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permiten mantener o elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios. Las visitas domiciliarias posibilitan atender a pacientes incapacitados para acudir al centro de salud o consultorio, así como conocer las condiciones de vida del paciente y sus cuidadores, lo cual facilita la atención a sus problemas individuales y/o familiares.

El objetivo primordial de esta actividad es la *atención sanitaria directa*, tanto de procesos crónicos agu-

dizados como de los agudos; aunque también es útil para prevenir y detectar otros problemas de salud, fomentar el autocuidado en el entorno en que el individuo se desenvuelve, acercando los servicios sanitarios a la población; y detectar y abordar los frecuentes problemas sociales que afectan al paciente domiciliario y a su familia. Además de la atención en consultorio o centros de salud, las consultas domiciliarias son componentes importantes de la atención a pacientes ambulatorios. De este modo la organización de los equipos de AP debe facilitar la provisión de servicios a todos los individuos asignados, tanto en el propio centro como en el domicilio, en aquellos casos en que éste, por diversos motivos, esté incapacitado para desplazarse.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los objetivos específicos pretenden brindar una atención óptima al paciente en su medio habitual, facilitando la participación activa de su grupo familiar para agilizar en lo posible su recuperación o estabilización, siendo necesaria la actuación de un grupo de profesionales adecuadamente formados y comprometidos con la misión de asistencia y cuidados.

La AD sin objetivos específicos obtiene pocos beneficios; por ello es imprescindible definir claramente los objetivos de la intervención que se pretende desarrollar en el domicilio. Entre los objetivos específicos de la AD se pueden citar los siguientes:

1. **Proveer de cuidados** de salud integral al paciente que, por diversos factores, no puede acudir a las consultas, así como a su cuidador y familia; ofreciendo a las personas que reúnen los criterios de inclusión la posibilidad de contar con la asistencia de un equipo multidisciplinar en domicilio.
2. Valorar las **relaciones interfamiliares** en su escenario natural, ayudando a las personas enfermas y a sus familiares a afrontar mejor la enfermedad e incapacidad, cuidando, informando y utilizando de forma eficiente y eficaz los recursos sanitarios y sociales del medio.
3. Conocer los **recursos familiares**, para potenciar los existentes o suplir las carencias.
4. Establecer una mejor **comunicación con la familia**.
5. Obtener **información adicional** en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.
6. **Involucrar al paciente y a su familia** en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, primando siempre la autonomía del paciente en este proceso.
7. Controlar el **cumplimiento** del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.
8. Descubrir posibles factores que dificulten el seguimiento del plan de cuidados establecido.

9. Determinar la **capacidad del paciente** para seguir un tratamiento adecuado.
10. Identificar al **cuidador primario**, es decir, quien facilita o proporciona los «*autocuidados*» del paciente. D. Orem define el autocuidado como «las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades, para mantener la vida y la salud».
11. **Educar** al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.

Como conclusión final, el hecho de proporcionar asistencia a los usuarios en su domicilio representa múltiples ventajas ante la perspectiva de un ingreso hospitalario o institucionalización. Entre ellas, podemos destacar:

1. Mantener al usuario en su medio más cercano y habitual: el medio familiar.
2. Facilitar la realización de actividades orientadas a favorecer la inserción y la rehabilitación del usuario en su medio habitual.

BIBLIOGRAFÍA

- Suárez MA. Visita y Atención domiciliaria: una aproximación. Rev Bol Med Fam 2003; (3): 69-73.
- Guijarro A. Estrategias de la organización de la consulta: un abordaje conceptual. Cuadernos de Gestión 2002; 08: 71-84.
- Rodríguez Mañas L. Atención domiciliaria para personas ancianas: no todo vale. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 523-6.

Metodología de trabajo en la Atención Domiciliaria

Dra. Dulce Ramírez Puerta

Médico de Atención Primaria.

Hospital General de Guadalajara

ACTITUD PROFESIONAL Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tradicionalmente la atención en el domicilio de los pacientes ha sido una parte fundamental de la actividad de los médicos de cabecera. Esta situación cambió con el modelo de medicina general, desarrollado fundamentalmente en el ámbito urbano, en el cual la atención se centraba en el consultorio y el médico acudía al domicilio del paciente ocasionalmente y siempre a demanda de éste.

En el modelo actual de AD vivimos una situación intermedia. A pesar de que la atención en el domicilio forma una parte de la actividad de los médicos de familia, la mayor parte de nuestra labor profesional se desarrolla en los centros de salud. Existen diversas razones que justifican la necesidad de que la AD sea una parte importante de la actividad de los médicos de familia. Debido al progresivo envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades graves e invalidantes, el número de pacientes atendidos por un médi-

co de familia que padecen una limitación importante de su capacidad funcional, y, por lo tanto, con problemas evidentes para desplazarse al centro de salud, es considerable. Además con una clara tendencia a seguir aumentando en los próximos años. Gran parte del proceso de su enfermedad, hasta el momento del fallecimiento, va a transcurrir en el domicilio y es allí donde se les puede y debe prestar atención.

Disponemos de numerosas descripciones del perfil del usuario del servicio de atención a domicilio por parte de los equipos de AP. Se muestran a continuación los resultados más importantes:

- Los usuarios son básicamente mujeres, un 90% son mayores de 65 años y las edades medias oscilan entre los 78 y los 81 años.
- El número de diagnósticos por paciente varía entre 1,98 y 4,2 según la serie, el sistema de clasificación utilizado y la capacidad de detección de cada equipo. Lo mismo sucede con los grupos de patologías, siendo en general el grupo diagnóstico más frecuente las enfermedades del aparato cardiovascular, seguido por las enfermedades osteoarticulares. El número de fármacos consumido por paciente oscila entre 2,8 y 3,7.
- La cobertura poblacional de estos programas entre los mayores de 65 años incluidos oscilan entre el 5,9% y el 9,14%, diferencias que podemos atribuir al origen de la muestra.

- Existe un gran aislamiento social; en uno de los estudios el 44% de los pacientes sólo tienen contacto con la familia.
- El número de visitas sanitarias/enfermo/año oscilan entre 4,34 y 6,8 visitas año, entre 2-4 son del médico y entre 4-6 de enfermería.

Se han realizado además diversas encuestas en las que la mayoría de los pacientes con enfermedades en estadios avanzados, como cáncer en fase terminal, eligen la opción de permanecer en su domicilio hasta el momento de la muerte, si allí se les presta una atención adecuada. Los Equipos de AP se encuentran en una situación privilegiada para poder realizar una atención de calidad a aquellos pacientes, que por sus problemas de salud no pueden acudir a los centros sanitarios (atención integral, relación médico-paciente-cuidador, establecidas a lo largo de años, accesibilidad, posibilidad de atención al paciente en su entorno socio-familiar, etc.). Estas características, que son fundamentales, no son las que pueden ofrecer unidades dependientes del hospital o Unidades de Hospitalización a Domicilio.

Sin embargo, hay problemas que se deben afrontar con prontitud. Se deben abordar cambios organizativos en los EAP, para que la AD ocupe el lugar relevante que debe tener: reservar espacios de tiempo adecuados para AD programada, utilización de la historia clínica en el domicilio, mecanismos para resolución de problemas urgentes, relación con los profesionales de enfermería, etc.

En este momento también son necesarios cambios de actitud en los profesionales, que deben identificar los domicilios de los pacientes como un lugar «habitual» para desarrollar su labor profesional de calidad en el domicilio y también en el centro de salud.

ATENCIÓN DOMICILIARIA Y TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Unidades Básicas Asistenciales de AD

La Atención Sanitaria integral debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios y de trabajo social, y de igual manera debe acontecer en el caso de la AD. Es importante reconocer que cada profesional tiene su ámbito de competencia propio y que debe trabajar con los demás sobre la base del respeto mutuo por los conocimientos especializados de cada uno. El cuidado del enfermo y su familia debe llevarse a cabo de manera integral y coordinada dentro de un equipo multidisciplinar, con la mejor calidad y eficiencia posible, por el bien de los propios pacientes.

Para poder llevar a la práctica la AD es imprescindible el trabajo en equipo. En cada zona básica de salud, el Equipo de Atención Primaria (EAP), a través de las Unidades Básicas Asistenciales (UBA), constituidas por un médico de familia, un diplomado de enfermería y un trabajador social, desarrollan las funciones asistenciales, preventivas y de promoción de la salud de

la AD. En la práctica, el Equipo de AD (se llame **UBA** o una **UAF**, es decir, Unidad de Atención Familiar) lo deben formar:

- Un médico de familia y un diplomado de enfermería, que son los responsables directos de la salud de su población.
- Un trabajador social, en íntima colaboración con los dos anteriores.
- El propio paciente y sus familiares (núcleo familiar y el cuidador).

Además, se debe aprovechar la colaboración de:

- Los colaboradores «informales» (vecinos, voluntarios, etc.).
- Otros recursos, sanitarios y sociales de apoyo (hospital de referencia, residencias, fisioterapeutas, laboratorio de análisis, asociaciones de ayuda mutua, etc.).

Dentro de todo este equipo merece una atención especial el **«cuidador»**. La persona o personas que atienden directamente al enfermo dentro de la propia familia y que, junto al resto de miembros, aportan su experiencia, sus conocimientos y habilidades para la consecución de un objetivo común mediante la planificación conjunta de un plan de cuidados integral, por ello se le dedica un apartado especial en esta guía.

Distribución de tareas en la UBA

El hecho de trabajar en un equipo a veces comporta una dilución de las responsabilidades entre todos sus miembros, aunque la responsabilidad directa recae sobre el médico de familia y el diplomado de enfermería; de ahí que sea necesario delimitar las tareas y las responsabilidades compartidas entre todos los miembros del equipo:

- **Actividades conjuntas de todos los miembros de la UBA:**
 - Valorar las necesidades sociosanitarias existentes.
 - Detectar el grado de conocimiento de la enfermedad (paciente y familia).
 - Conocer las expectativas de paciente y familia respecto a la enfermedad.
 - Conocer el entorno que rodea al paciente y sus posibilidades de colaboración en los cuidados.
 - Fomentar la autorresponsabilidad y el autocontrol del paciente y familia, para conseguir una eficaz colaboración en el plan de cuidados.
 - Apoyar moral y psicológicamente al núcleo familiar.
- **Actividades conjuntas del médico de familia y el diplomado de enfermería:**

- Valorar el estado general y seguir la evolución del estado del paciente.
 - Informar sobre la enfermedad para conseguir un mayor conocimiento y aceptación de la misma, por parte del paciente y su familia.
 - Informar sobre signos y síntomas de alarma, ante los que se debe avisar a los profesionales sanitarios.
 - Prevenir complicaciones y repercusiones psicosociales, tanto de la enfermedad como de su tratamiento.
 - Instruir sobre el cumplimiento del tratamiento y de los controles necesarios que se deben realizar.
- Actividades propias del médico de familia:
- Valorar los factores de riesgo y los desencadenantes de las agudizaciones y posibles complicaciones. Muy en especial, y no solamente en relación al paciente anciano, los factores de riesgo de deterioro funcional.
 - Diagnosticar, controlar y tratar tanto la enfermedad crónica como sus descompensaciones.
 - Realizar el tratamiento sintomático y paliativo de los enfermos terminales.
 - Valorar la derivación a centros hospitalarios y otras posibilidades de apoyo.

— **Actividades propias de enfermería:**

- Adiestrar sobre habilidades básicas de cuidados: alimentación, hidratación, higiene, cambios posturales, cuidados de sondas, administración de medicación...
- Controlar y seguir los parámetros biológicos.
- Administrar determinados tratamientos (curas, inyectables, etc.).
- Vigilar sondas, catéteres, drenajes y apósitos, junto a la recogida de muestras para análisis.
- Según Costello, los profesionales de enfermería tendrían cuatro funciones esenciales en el equipo multidisciplinar:
 - Facilitador de cuidados.
 - «Defensor» del paciente.
 - Consejero.
 - Proveedor de cuidados primarios.

— **Actividades del trabajador social:**

- Analizar la situación sociofamiliar y hacer un diagnóstico social.
- Informar y orientar sobre los recursos comunitarios de la zona.
- Proporcionar ayuda a la familia y promover su bienestar.

- Asignar a auxiliares domiciliarios para los pacientes y sus familias que precisan ayuda en el domicilio.
- Tramitar y gestionar la solicitud de ayudas y documentos oficiales, así como supervisar las actividades de los auxiliares domiciliarios.
- **Actividades propias del «cuidador»:**
 - Participar activamente en los cuidados del paciente, bajo la supervisión del médico de familia y diplomado de enfermería.
 - Detectar los síntomas de alarma del estado físico-psíquico del paciente y de deterioro funcional, mental y afectivo y comunicarlos a los profesionales sanitarios correspondientes.
- **Actividades de los colaboradores «informales»:**
 - Participar (según su disposición y posibilidades) de forma complementaria en las actividades desarrolladas por los auxiliares domiciliarios y como apoyo a las labores del cuidador.

Tipos de modelos de AD basados en la organización del equipo de atención sanitaria

Los distintos modelos organizativos que nos podemos encontrar se resumen en:

- **Modelo integrado:** la AD se basa en la Unidad de Atención Familiar (médico de familia, enfermero

y trabajador social). La ventaja fundamental está en el establecimiento de relaciones previas con el paciente y la familia, y el conocimiento de su historia clínica. Puede ser difícil dar una respuesta urgente, sobre todo en EAPs con modelos organizativos poco flexibles y sobrecarga asistencial.

- **Modelo sectorizado:** el territorio a atender se sectoriza y cada profesional se encarga de los pacientes que vivan en determinado sector. Facilita el conocimiento del medio y se mejoran las actividades comunitarias. Está muy implantado en enfermería; entre los médicos su implantación es muy compleja, por tener un cupo de personas asignados y existir libre elección de médico, sin tener siempre relación con el lugar donde éstas vivan.
- **Modelo «dispensarizado»:** determinados profesionales del EAP se encargan de toda la AD; la ventaja está en el mejor conocimiento de las técnicas y habilidades específicas. Pero esta «subespecialización» entra en discordancia con la integridad, la atención familiar y la continuidad asistencial. Este tipo de «dispensarización» suele ser muy útil para la AD urgente.

ASPECTOS COMUNICACIONALES EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Cuando nos comunicamos en el domicilio de un paciente no podemos olvidar las interferencias que

pueden surgir en nuestra relación con ellos, que pueden ser de los siguientes tipos:

- *Cognitivas*: ante posibles trastornos del lenguaje del paciente, alteraciones de la memoria, demencia, etc.
- Secundarias a *fuertes convicciones* o creencias muy estructuradas y de difícil modificación, no sólo del tipo religioso, sino también culturales, familiares, sociales, etc.
- *Emocionales*: como trastornos de ansiedad o depresión, trastornos de la conducta, etc.

La comunicación con el paciente, en su domicilio, conlleva además una serie de peculiaridades:

- *Dificultad en la comunicación*. Es recomendable hacer entrevistas cortas y frecuentes, estar en una habitación bien iluminada, hablar alto y despacio, dar tiempo para responder, apoyarse en la información de cuidadores, etc. Realizaremos preguntas específicas pero sencillas para descubrir patologías ocultas y tratables y descartar síntomas banales. Debemos atender todos los síntomas, preguntar varias veces, concederles igual importancia y clasificar las patologías por orden de gravedad clínica.
- *El componente sociodemográfico*. Es un factor crítico en el examen al paciente domiciliario para valorar el impacto de una enfermedad en la salud total y las necesidades de servicios. Los

principales elementos a valorar son: el nivel cultural, la profesión, el estado civil, las características e instalaciones de la vivienda, la relación familiar-amigos, la expectativa que tienen de su futuro (de importancia vital), el estado económico, la capacidad de realizar actividades avanzadas o básicas de la vida diaria, la actividad social y el ocio o los pasatiempos. No olvidemos que la información sociodemográfica en el domicilio del paciente puede ser además directa, es decir, aparte de la información facilitada por el enfermo y/o sus familiares, la conseguida mediante la valoración directa del domicilio del paciente y sus circunstancias. Esta valoración pueden llevarla a cabo conjuntamente enfermería/trabajador social.

Para reducir al mínimo posible todas estas dificultades es preciso tener presentes una serie de principios:

- Valorar los posibles déficits sensoriales del paciente, sobre todo si se trata de personas mayores.
- Dedicarles tiempo para que asimilen la información.
- Asegurar que comprenden bien dicha información, utilizando la bidireccionalidad y un lenguaje sencillo, acorde a su nivel sociocultural y familiar.
- Ser capaces de crear un ambiente cordial, respetando en todo momento su hábitat familiar.

- Mantener la cercanía y facilitar el contacto físico.
- Tener actitudes negociadoras flexibles.
- Además de dar las instrucciones habladas, dejarlas por escrito e informar de las mismas igualmente al cuidador principal.
- Hablar en tono conciliador, con claridad, usando frases cortas y con vocabulario sencillo, repitiendo las preguntas e incitando al paciente y/o cuidador primario a que nos repitan los puntos más importantes.
- Mantener una baja reactividad y explicar en todo momento lo que se está haciendo, cuáles son los objetivos y el plan de cuidados, con un cronograma aproximado, consensuado con ellos.

VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DOMICILIARIO

A todo paciente atendido en domicilio, independientemente de su edad y patología principal, se le deberá realizar una **valoración integral**.

La valoración integral se puede definir como «un proceso diagnóstico, con frecuencia interdisciplinario y multidimensional, dirigido a determinar las capacidades y problemas médicos, psicosociales y funcionales del paciente frágil, con el objetivo de desarrollar un plan general de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Difiere de la evaluación médica habitual en que se cen-

tra en el paciente frágil con sus problemas complejos, hace énfasis en el estadio funcional y la calidad de vida y usa con frecuencia el equipo multidisciplinario». Esta valoración ha demostrado su efectividad tanto en el marco institucional como en el medio comunitario.

Para que se pueda hablar con propiedad de valoración integral, deben estar contempladas las siguientes actividades:

- Valoración clínica, funcional, mental, afectiva y social, con el resultado de la identificación de problemas, que podrán encuadrarse en alguna de estas esferas.
- Priorización de los problemas, ya que con frecuencia resulta difícil, tanto para el equipo de AD como para el paciente y cuidador, la actuación simultánea sobre todos ellos, cuando se detectan varios. Además, es también frecuente que la mejoría en uno de ellos facilite la resolución o mejoría de otros (por ejemplo, la información y apoyo al cuidador puede disminuir tanto las reagudizaciones de un paciente con insuficiencia cardíaca, como la sobrecarga del cuidador). Es importante que el paciente (cuando está mentalmente capacitado) y el cuidador principal participen en el establecimiento de prioridades.
- Establecimiento de objetivos a alcanzar, comprendidos y aceptados por la unidad paciente-cuidador.

- **Indicación del tratamiento y plan de cuidados.** Se deberá llevar a cabo por la UBA de forma progresiva, en las primeras visitas a domicilio. En realidad, se trata de un **proceso** de información y sugerencias, que debe contar con la aceptación del paciente mentalmente competente y con la capacidad de los cuidadores. Suelen precisar la formación y entrenamiento de los pacientes y cuidadores.
- **Establecimiento de fechas de evaluación** de los objetivos propuestos, que deben especificarse en la historia clínica del paciente. En estas evaluaciones pueden ocurrir cambios en el diagnóstico de los problemas, y precisarse también cambios en las prioridades, objetivos y planes de cuidados. Deben incluir la valoración de la **adhesión y seguimiento** del tratamiento.

Valoración clínica

Deberá llevarse a cabo, si es posible, conjuntamente por los componentes de la UBA, y comprenderá los siguientes aspectos:

La entrevista clínica

En el paciente domiciliario pueden existir factores que hacen más difícil y desafiante el interrogatorio, según se ha comentado en apartado de aspectos comunicacionales.

En la entrevista clínica deberán reseñarse además:

- *La valoración biomédica.* La realizará el personal sanitario conjuntamente: médico de familia y profesional de enfermería. Contempla los antecedentes personales, la revisión por síntomas, la historia farmacológica y la enfermedad actual. Realizaremos la revisión completa por síntomas, enfocando aquellos más prevalentes e importantes. Esto nos ayuda a solucionar las dificultades del interrogatorio, a medir las reservas fisiológicas y a detectar futuros problemas más complejos. En ocasiones esta sintomatología nos descubrirá los **síndromes geriátricos**, que no son exclusivos de las personas mayores (se pueden dar también en pacientes jóvenes, con diferentes patologías: cáncer en estadio terminal, enfermedades neuromusculares, osteoarticulares... Nos interesarán fundamentalmente: alteraciones auditivas y visuales, del estado de ánimo, deterioro cognitivo, malnutrición, estreñimiento, incontinencias, inmovilismo y caídas.
- *La historia farmacológica* debe ser completa y actualizada, con los tratamientos recibidos en los últimos años, y la respuesta obtenida, así como los efectos secundarios.
- *La valoración clínica y de hábitos tóxicos:* datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados

señalando su duración y el impacto sobre la capacidad funcional global del paciente, necesidades básicas, equilibrio térmico, eliminación, higiene personal, vestido, movilidad, deambulación, marcha y equilibrio, sueño y descanso, peligros y accidentes, seguridad.

- *Datos nutricionales y alimentarios*: cambios de peso, apetito.

La exploración física

Es importante tener presente los cambios producidos con la edad, o patologías de base a la hora de la evaluación física y la toma de decisiones. La detección periódica de constantes vitales, la exploración general de cabeza, cuello, tórax, abdomen y extremidades (con todas sus estructuras) y la exploración específica y sistemática del sistema nervioso, órganos de los sentidos, estado mental y sistema osteomuscular, tiene un gran valor en el paciente domiciliario. Además es conveniente la realización entre otros de los siguientes parámetros:

Pruebas complementarias

Serán valoradas de forma individual, por el médico de familia la necesidad de las mismas. Siempre deben ser seleccionadas para facilitar un tratamiento eficaz o al menos aliviar. Debemos evitar pruebas innecesarias o agresivas, teniendo en cuenta la relación riesgos-beneficios.

Los cuestionarios, tests y escalas

Las escalas de evaluación son un medio rápido de acercamiento a la evaluación global del paciente domiciliario, sobre todo en el anciano. Estos instrumentos deben de ser estructurados, válidos, fiables, sensibles y específicos. Las escalas hay que aplicarlas en el contexto adecuado, utilizando las de validez y fiabilidad demostradas y sin caer en la tentación de excedernos en el número a aplicar ni en la excesiva repetición de las mismas. Siempre debemos utilizar el instrumento más válido y fiable entre todos los que dispongamos, el que mejor se adapte a los recursos disponibles y al nivel asistencial en que lo estamos empleando. Además deben ser sencillos y breves, dado el nivel cultural de los pacientes a los que se dirige (habitualmente bajo) y el cansancio que provocan. Debemos aquilatar el tiempo que empleamos utilizando estos instrumentos, que es, por regla general, menor en los pacientes más jóvenes.

Valoración funcional

El estado funcional depende de la capacidad intrínseca del individuo, de los cuidados recibidos y del entorno ambiental. Es de vital importancia y requiere preguntas relacionadas con sus hábitos y costumbres (cómo anda, qué hace dentro o fuera del domicilio y cómo realiza sus hábitos personales). La capacidad para realizar actividades de la vida diaria es importante en la evaluación, tan importante que de ellas dependerá el permanecer en su domicilio o en una institución. La valoración funcional ha de determinarse para un fin,

en un ambiente y en un momento concreto, para detectar amenaza o deterioro real.

Entre los datos funcionales y escala de valores del paciente que deben reflejarse se encuentran:

Actividades de la vida diaria básicas (ABVD)

Existen varios tests para su valoración: Katz, Índice funcional de la Cruz Roja, Índice de Barthel. Entre ellos recomendamos este último (**Índice de Barthel**), ya que su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intra-observador y mayores de 0,88 interobservador, ha mostrado tener una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Recientemente se ha comprobado además que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador (Anexo 1). Pero, sobre todo, su mayor ventaja es la claridad con que expone cada una de las ABVD, a diferencia del índice de Katz.

Actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD)

Entre los tests para su valoración se encuentran: el *Philadelphia Geriatric Center Instrumental Activi-*

ties of Daily Living (PGC-IADL), OARS-IADL, PAQUIP, y la más conocidas en España, y derivada de la primera: **escala de Lawton y Brody**, que incluye un rango de actividades, más complejas que las que se necesitan para el autocuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación; no obstante, evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada, como puede ser la viudedad. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación (Anexo 2).

Actividades de la vida diaria avanzadas (AAVD)

Son actividades necesarias para una vida socialmente satisfactoria. Entre ellas se incluirían las siguientes:

- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Actividades religiosas.
- Actividades de socialización.
- Actividad física y deportes.
- Cuidado de otros.
- Trabajo y encargos.
- Transporte y viajes.

Este tipo de actividades, que exigen un amplio rango de funcionamiento, generalmente no pueden ser

realizadas por el paciente recluido en domicilio, por lo que su valoración no es habitual en este tipo de pacientes. Es interesante su valoración en el paciente anciano y/o que sufre enfermedades potencialmente incapacitantes, por cuanto su abandono puede suponer el inicio del declive funcional. Y tienen el grave inconveniente de estar muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de vida y niveles económicos. Por ello, se hace muy difícil construir cuestionarios que las recojan de una manera válida y fiable y, en la práctica, raras veces se miden. Existen algunos intentos de valoración, como la escala de Kuriansky.

Valoración mental

Las principales áreas de ésta son: el estado cognitivo (demencia, estado confusional, deterioro cognitivo asociado a la edad, etc.), el estado afectivo (depresión, ansiedad, hostilidad, etc.) y el estado perceptivo (audición, comunicación y visión).

Valoración cognitiva

La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, como pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas. La disfunción de esta capacidad tiene especial interés cuando interrumpe la capacidad del individuo para llevar a cabo su trabajo, sus actividades cotidianas, su ocio, su papel social, su responsabilidad, sus relaciones interpersonales, su autocuidado

básico, cuando es progresivo o episódico y cuando supone un riesgo de producir daño al propio individuo o a los que lo rodean.

Los instrumentos o escalas de valoración cognitiva facilitan una exploración rápida y sistemática de la situación mental y permiten obtener resultados reproducibles y homologables, pero **no debemos olvidar que el diagnóstico de demencia es siempre clínico**. Las escalas pueden ser de aplicación directa, como el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, una de las escalas más conocidas y de uso más extendido. Su sensibilidad es del 78% y la especificidad del 60% en la detección de demencia leve. Es un test que puntúa de 1 a 30 puntos. Esta escala fue adaptada y validada en castellano por Lobo (Anexo 3). Requiere 5-10 minutos para realizarla y puntúa y explora la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata, la memoria de fijación, la atención, el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuo-espacial. Su sensibilidad es del 91% y su especificidad del 69%. La especificidad de ambos tests viene limitada por su elevado número de falsos positivos en ancianos con bajo nivel cultural, con trastornos sensoriales y/o afásicos y en los de edad muy avanzada. Por este motivo, y por la brevedad a la hora de realizarlo, en AD, quizá sea preferible el uso del Test de Pfeiffer, o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), validado en 1975 y que alcanza una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo nega-

tivo del 82%. Consta de 10 ítems, es abreviado, de fácil ejecución y es un instrumento útil para detectar el deterioro cognitivo en los mayores, aunque su principal problema es que no detecta deterioros leves, ni cambios pequeños en la evolución. Es, pues, un cuestionario menos sensible, pero más específico que el MM-test (Anexo 4). En cualquier caso, el diagnóstico definitivo siempre habrá de realizarse mediante criterios clínicos, como los definidos en los manuales DSM IV o CIE-10 (capítulo 4).

Otros interrogatorios se realizan a familiares o cuidadores del enfermo, sobre el estado mental de éste, como son la escala de demencia de Blessed, Tomlinson y Roth, que sirve para cuantificar la capacidad de las personas que sufren demencia para llevar a cabo las tareas cotidianas de la vida diaria. También es útil la entrevista del informador (IQCODE) de Jorm y Korten, que alcanza una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92%, así como su versión breve o Test del informador (TIN) (Anexo 5).

Valoración afectiva

La evaluación de la función afectiva en la Visita Domiciliaria es importante por la frecuencia con la que se altera y por sus efectos en varias áreas funcionales. Es importante evaluar la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

Hay varias escalas de depresión, algunas para usos específicos de personas mayores. La de mayor difusión

es la Geriatric Depression Scale de Brink y Yesavage (Anexo 6). La **escala de depresión geriátrica de Yesavage** es un autoinforme que puede ser rellenado por el paciente mentalmente competente en 5 minutos y es útil en el screening inicial, ayudando en la detección y diagnóstico de los estados depresivos en el mayor.

También es de uso habitual la **Rating Scale for Depression de Hamilton** (Anexo 7). La ansiedad y hostilidad suelen ir asociadas a trastornos depresivos y, por lo tanto, suelen estar incluidas en las escalas de depresión geriátrica. Entre las escalas de ansiedad tenemos la **escala de ansiedad y depresión de Golberg (EADG)**, concebida como instrumento sencillo, breve y de fácil manejo. Puede servir de complemento a la historia clínica y tiene una sensibilidad del 83,1%, una especificidad del 81,8% y un valor predictivo positivo del 95,3%. Consta de dos subescalas: una para la ansiedad y otra para la depresión. El médico pregunta acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, ignorando los síntomas de intensidad leve o que en el momento actual han dejado de estar presentes. Hablamos de ansiedad cuando hay cuatro o más respuestas afirmativas en la subescala de ansiedad y de depresión cuando hay dos o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión.

Todos estos test nos sirven para detectar el problema; sin embargo, hemos de tener presente que el diagnóstico en todos los casos se llevará a cabo mediante los criterios del DSM-IV (capítulo 4) o CIE-10.

Valoración social

Al hablar de la función social no debemos olvidar la frecuencia y calidad de las relaciones sociales, las actividades sociales que el paciente realiza, los recursos con los que cuenta (vivienda, dinero, condiciones de la casa que habita) y el soporte social y la carga que supone el anciano en su núcleo familiar. Factores sociales como la soledad y pobreza son factores de riesgo de morbilidad. El análisis de la situación social es determinante sobre la evolución clínica y funcional, y sobre el desarrollo de un plan de cuidados a largo plazo.

En la valoración social evaluamos la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea. Es un concepto amplio y multidimensional, a veces de difícil medición. Hay una serie de escalas o instrumentos que miden diversos aspectos de la función social. Las escalas que estudian en su totalidad la función social son complejas y extensas, y hasta hace pocos años no estaban desarrolladas en nuestro medio. Las principales son:

La escala sociofamiliar de Gijón

Es uno de los instrumentos que se ha empezado a utilizar en nuestro país en la última década. Ha demostrado ser útil en la detección de riesgo social y también en la problemática social ya establecida en la comunidad. (Ver anexo 1 pág. 166)

La escala OARS

Es una escala multidimensional con un tiempo de cumplimentación de una hora. Proporciona información sobre la actividad funcional, midiendo las interacciones sociales y de recursos, en cinco áreas:

Actividades sociales

Se deben evaluar básicamente, profesión anterior, intereses y aficiones, salidas fuera del domicilio, actividades especiales recientes, planes futuros y posibilidad de que exista alguna actividad que haya abandonado por enfermedad o incapacidad funcional.

Relaciones sociales

La falta de éstas constituye un factor de riesgo asociado a morbilidad e incapacidad. Las relaciones sociales pueden potenciar el estado de salud al moderar los efectos negativos de la enfermedad. Los aspectos más importantes son el estado civil, la convivencia, la relación con familiares, vecinos y amigos, y la pertenencia a ciertos grupos, como centros de día, asociaciones, etc.

Soporte social

Es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas o entidades.

Recursos sociales

Las relaciones y actividades sociales se producen en el marco material de unos recursos. Los aspectos más importantes de los recursos sociales son: ingresos económicos, recursos de otros organismos públicos, características del domicilio (tamaño, luz, baño, calefacción), seguridad (peligro de caídas y accidentes), personas con las que convive, entorno, servicios públicos (transporte, tiendas, bancos, servicios médicos, servicios religiosos) y barreras arquitectónicas fuera y dentro del edificio (escaleras, ascensor, etc.).

Calidad de vida

La calidad de vida tiene un componente subjetivo que obliga a valorarla de manera independiente dentro de la valoración integral del paciente (cuádruple valoración: biomédica, funcional, mental y social). Puede ser entendida como salud general, ausencia de discapacidad, buen estado de ánimo, ausencia de ansiedad, buena comunicación, buen grado de autorrealización y de autovaloración, bienestar emocional, espiritual y social. Puede ser evaluada por la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Anexo 8), la cual ha sido recomendada por grupos de expertos de la British Geriatric Society y el American National Institute of Aging.

HISTORIA CLÍNICA DOMICILIARIA

En el Anexo final de la Guía se presenta, a modo de ejemplo, la Historia Clínica Domiciliaria diseñada y

utilizada por el ESAD del Área 5 del IMSALUD para la atención al paciente geriátrico domiciliario.

BIBLIOGRAFÍA

Castellón A. Valoración Geriátrica. Programa Anual 2002-2003 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria. Enero, 2003, nº 892.

Maestro E. Anciano frágil y valoración integral. Medicina General 2002; 45: 443-59.

Valero C, Regalado P, González, Montalvo J, Alarcón MI, Salgado Alba A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: 81-90.

Belenguer M, Aliaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. Rev Rol Enferm 2000; 23 (3): 231-4.

Suárez MA. Visita y Atención Domiciliaria: una aproximación. Rev Bol Med Fam 2003; 2 (3): 69-73.

ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel

Anotar, con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cuál es la situación personal de la persona mayor, respecto a estas 10 preguntas de actividades básicas de la vida diaria.

Baño	Independiente: 5	Dependiente: 0		
Vestido	Independiente: 10	Ayuda: 5	Dependiente: 0	
Aseo	Independiente: 5	Dependiente: 0		
Retrete	Independiente: 10	Ayuda: 5	Dependiente: 0	
Transferencia	Independiente: 15 Gran ayuda: 5	Ayuda: 5	Minima ayuda: 10 Dependiente: 0	
Deambulaci3n	Independiente: 15 Independiente silla ruedas: 5	Ayuda: 5	Minima ayuda: 10 Dependiente: 0	
Micci3n*	Continente: 10	Incontin. ocas.: 5	Incontinente: 0	
Deposici3n*	Continente: 10	Incontin. ocas.: 5	Incontinente: 0	
Alimentaci3n	Independiente: 10	Ayuda: 5	Dependiente: 0	
	Total:			

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas).

Resultado: < 20 dependiente total; 20-35 dependiente grave; 40-55 dependiente moderado;
> 60 = 60 dependiente leve; 100 independiente.

* Micci3n y deposici3n, valorar la semana previa.

Es útil para describir el estado funcional y sus cambios a trav3s del tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico y predice la mortalidad. Se le ha criticado principalmente su poca utilidad para medir pequeñas alteraciones.

Anexo 2. Escala de Lawton y Brody

Anotar, con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cuál es la situación concreta personal de la persona mayor, respecto a estas 8 preguntas de actividad instrumental de la vida diaria.

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
a) Capacidad de usar el teléfono.	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
No utiliza el teléfono en absoluto.	0
b) Ir de compras.	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
c) Preparación de la comida.	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
d) Cuidado de la casa.	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0

Anexo 2. Escala de Lawton y Brody (continuación)

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
e) Lavado de la ropa.	
Lava por sí mismo/a toda la ropa.	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc.).	1
Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro.	0
f) Uso de medios de transporte.	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.	0
No viaja en absoluto.	0
g) Responsabilidad respecto a su medicación.	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
h) Manejo de asuntos económicos.	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco...	1
Incapaz de manejar dinero.	0
TOTAL	

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.

* Sólo se tomará una puntuación en cada apartado.

A diferencia de las actividades básicas, en las instrumentales una persona puede no realizar una actividad de las indicadas porque puede ser más cómodo que otra persona la realice. Pero, aunque no la realice, se marca como no realizada.

Anexo 3. MEC-Test de Lobo

1. Orientación

- Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)
- Dígame el lugar Planta Ciudad Provincia Nación (5)

2. Fijación

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (3)

3. Concentración y cálculo

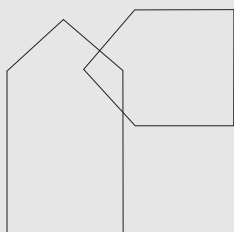
- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? (5)
- Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)
- Ahora hacia atrás (3)

4. Memoria

- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (3)

5. Lenguaje y construcción

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)
- Repita esta frase: «en un trigal había cinco perros» (1)
- Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde?, ¿qué son un perro y un gato? (2)
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)
- Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos (1)
- Escriba una frase (1)
- Copie este dibujo



(1)

Puntuación:

> = 30: Normal

29-24: Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural

< 24: Deterioro cognitivo

Punto de corte: 23/24

19-23: deterioro cognitivo leve

14-18 moderado

<14: grave

Anexo 4. Test de Pfeiffer

Short Portable mental status Questionnaire o SPMSQ de Pfeiffer (1975)						
Paciente	Edad	Sexo	H	M		
		Puntos y fecha				
– ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?		1				
– ¿Qué día de la semana es hoy?		1				
– ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?		1				
– ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		1				
– ¿Cuántos años tiene?		1				
– ¿En qué día, mes y año nació?		1				
– ¿Cómo se llama el rey de España?		1				
– ¿Quién mandaba antes del rey actual?		1				
– ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?		1				
– Si a 20 le restamos 3, ¿quedan? ¿Y si le restamos 3?		1				
Total de aciertos:						
Total de ERRORES:						
Puntuación normal:		0-2 errores.				
Deterioro cognitivo leve:		3-4 errores.				
Deterioro cognitivo moderado (patológico):		5-7 errores.				
Deterioro cognitivo importante:		8-10 errores.				
Sensibilidad: 68%. Especificidad: 96%.						
Falsas positivas: pacientes psiquiátricos o analfabetos.						
Falsos negativos: pacientes con Parkinson.						

Nota: El SPMSQ de Pfeiffer (10 items) es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Ésta es una versión traducida y validada al castellano en una muestra muy seleccionada. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. Podría estar indicado cuando dispone de poco tiempo y se trate de población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.

Anexo 5. Test del Informador (TIN)

Nombre del paciente:

Edad: Tiempo de evolución: Años de escolarización:
Informador: Relación con el paciente: Edad:

Trate de recordar cómo era su familiar hace 10 años y compárelo con su situación actual.

Señale los cambios que ha observado en él para cada una de las siguientes cosas:

Puntuación:	Ha mejorado mucho	1
	Ha mejorado poco	2
	Apenas ha cambiado	3
	Ha empeorado un poco	4
	Ha empeorado mucho	5

1. Reconocer las caras de las personas más allegadas
- * 2. Recordar nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos)
3. Recordar las cosas de esas personas (dónde o de qué viven, su cumpleaños, etc.)
- * 4. Recordar cosas sucedidas en los últimos meses (noticias, sucesos familiares)
- * 5. Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes
- * 6. Mantener una conversación sin olvidar lo que dijo pocos minutos antes, o sin detenerse en medio de una frase o sin olvidar lo que quería decir
7. Recordar su propia dirección o su número de teléfono
- * 8. Recordar la fecha en que vive
- * 9. Conocer el sitio de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
- * 10. Saber dónde se encuentra una cosa que se dejó descolocada
11. Adaptarse a la situación cuando la rutina diaria se ve alterada (visitas, celebraciones, etc.)
12. Manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar)
- * 13. Aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, secadora, coche)
- * 14. Recordar las cosas sucedidas recientemente

Anexo 5. Test del Informador (TIN) (continuación)

* 15. Aprender cosas nuevas en general	_____
16. Recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven	_____
* 17. Comprender el significado de palabras poco corrientes (prensa, TV, etc.)	_____
* 18. Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado	_____
* 19. Seguir una historia en un libro, el cine, la radio o la TV	_____
20. Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios	_____
21. Recordar personas y hechos históricos (guerras, líderes, cambios políticos)	_____
22. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (elegir vestido o comida) o de más trascendencia (vacaciones, inversiones, compras, etc.)	_____
* 23. Manejar asuntos financieros (pensión, bancos, impuestos, rentas, etc.)	_____
24. Manejar el dinero para la compra (precios, cantidades, cambio)	_____
* 25. Resolver problemas aritméticos cotidianos (tiempo, cantidades, distancias)	_____
* 26. ¿Cree que su inteligencia ha cambiado algo los últimos 5 años?	_____

Punto de corte: 84/85

* Ítems de versión abreviada (punto de corte = 56/57)

Anexo 6. Escala de Depresión de Yesavage							
Paciente							
Edad	Sexo	☐ H	☐ M	Basal	Revisión	Revisión	
				Fecha	Fecha	Fecha	
				sí	no	sí	no
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?				0	1	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?				1	0	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?				1	0	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?				1	0	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?				0	1	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?				1	0	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?				0	1	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?				1	0	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?				1	0	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?				1	0	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?				0	1	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?				1	0	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?				0	1	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?				1	0	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?				1	0	1	0
Puntuación Total							

Valoración: de 0 a 5 Normal de 6 a 9 Depresión Leve ≥ 10 Depresión severa

Anexo 7. Escala de Ansiedad de Hamilton

Identificación		Fecha				
		0	1	2	3	4
1. Humor ansioso	Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. Tensión	Sensación de lesión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.					
3. Miedos	A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud.					
4. Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. Funciones intelectuales	(gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. Humor depresivo	Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales	(musculares). Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura.					
8. Síntomas somáticos generales	(somáticos). Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.					
10. Síntomas respiratorios	Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire.					

Anexo 7. Escala de Ansiedad de Hamilton (continuación)

	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación.					
12. Síntomas genitourinarios Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación.					
14. Comportamiento durante la entrevista (general). Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonias palpebrales.					
TOTAL:	A.P.		A.S.		

Anexo 8. Escala de Calidad de Vida de Filadelfia

A continuación le voy a leer unas frases. Me gustaría que me dijera si son aplicables a usted. Si está de acuerdo con ellas, responda **SÍ**, y en el caso de que no sean aplicables a usted, responda **NO**.

1. ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para Vd.?	No
2. ¿Tiene Vd. tanta energía como el año pasado?	Sí
3. ¿Se siente usted solo?	No
4. ¿Ve bastante a sus amigos y parientes?	Sí
5. ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	No
6. ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	No
7. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	No
8. ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR... PEOR... IGUAL... que lo que Vd. pensó que sería?	Sí (Mejor)
9. ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	No
10. ¿Ahora es Vd. tan feliz como cuando era más joven?	Sí
11. ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	No
12. ¿Tiene miedo de muchas cosas?	No
13. ¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?	No
14. ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	No
15. ¿Está satisfecho con su vida ahora?	Sí
16. ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?	No
17. ¿Se viene abajo, se altera o disgusta fácilmente?	No

Las respuestas indican una actitud positiva y deben puntuarse cada una con un punto.

Perfil de los pacientes susceptibles de Atención Domiciliaria

Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Geriátrica. Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid

Pretendemos en este capítulo describir los principales problemas de salud que afectan a los pacientes recluidos en domicilio y ofrecer unas pautas generales para su abordaje en dicho ámbito. Para ello se ha clasificado en tres grupos a estos pacientes: geriátricos (PG); aquellos que sufren determinadas insuficiencias orgánicas; y oncológicos terminales (POT). Sin embargo, es importante resaltar que esta clasificación es artificiosa, de manera que habitualmente será difícil encontrar pacientes «puros» de un determinado grupo. Por ejemplo, la edad media de los POT atendidos en domicilio en la actualidad supera ya los 70 años y es creciente; por ello, y por la propia evolución de su proceso oncológico, padecerán con frecuencia otras enfermedades crónicas degenerativas, insuficiencias orgánicas y síndromes geriátricos, cuyo impacto sobre la calidad y expectativa de vida puede ser similar o incluso mayor que la del propio cáncer. Del mismo modo, un PG puede padecer un proceso tumoral en estadio no terminal, pero que le produzca síntomas que sea preciso tratar, aunque no condicione el

pronóstico vital, y lo mismo cabe decir de pacientes con insuficiencias orgánicas. De ahí la necesidad de que los profesionales que integran el equipo asistencial en domicilio posean conocimientos básicos de Geriatria, incluyendo la Valoración Integral (VGI) (capítulo 3), que deberán realizar en todo paciente domiciliario, independientemente de su edad y patología principal.

PACIENTE GERIÁTRICO

Se considera PG a aquel que cumple al menos tres de los siguientes requisitos:

- Edad superior a 75 años.
- Presenta pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal tiene características incapacitantes.
- Existe patología mental o afectiva acompañante o predominante.
- Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Entre el 6 y el 9% de los mayores de 65 años y hasta el 20% de los mayores de 85, precisa AD, por lo que representan el mayor porcentaje de estos pacientes. Sin embargo, se debe hacer énfasis en que la edad no es un criterio obligado.

El capítulo anterior hace referencia a la VGI del paciente en domicilio, con las diferentes áreas que se

deben abordar y algunas escalas que ayudan a objetivar problemas o déficit en cada una de ellas. En este apartado se exponen los problemas específicos que afectan a los PG y en el siguiente las principales insuficiencias orgánicas responsables de incapacidad para la vida independiente, todas ellas de mayor prevalencia la vejez.

Cambios en órganos y aparatos

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de modificaciones anatómicas y de funcionamiento de los diversos órganos y aparatos, que se pueden resumir en una capacidad más lenta o menor para adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales o sociales.

Sin embargo, no se trata de un proceso armónico, generalizado ni sincrónico. Esta variabilidad se produce tanto entre los diferentes órganos de una persona como entre sujetos de una misma edad, de manera que es posible encontrar, en la práctica habitual, tanto personas muy ancianas cuyos órganos mantienen una elevada reserva funcional, como el caso contrario. Además, aunque en ocasiones resulta difícil la diferenciación, no se deben confundir los cambios propios del envejecimiento con las situaciones de enfermedad, en las que la disfunción se produce en ausencia de cualquier tipo de estrés.

En la tabla 1 se exponen los cambios producidos por el envejecimiento con mayor significación en la asistencia al paciente anciano.

Tabla 1. Principales cambios producidos por el envejecimiento con significación clínica	
Cambios producidos por el envejecimiento	Consecuencias
Corazón – Hipertrofia de pared posterior ventrículo izquierdo. – Fibrosis y depósitos miocárdicos de amiloide. – Atrofia muscular. – Calcificaciones valvulares y anillo mitral y aórtico. – Degeneración mucoide y colágena de valvas. – Pérdida de células que actúan como marcapasos. – Infiltración grasa en nodos y haz de Hiss. – Disminución de la fase de llenado diastólico. – Aumento de postcarga por mayor rigidez aórtica. – Menor capacidad cronotópica. – Frecuentes bradicardias nocturnas. – Menor respuesta de receptores adrenérgicos. – Menor consumo máximo de oxígeno.	– Mayor prevalencia de enfermedad coronaria, con frecuencia subclínica. – Mayor frecuencia de fibrilación auricular. – Mayor rigidez del aparato subvalvular. – Mayor frecuencia de enfermedad del seno. – Mayor frecuencia de trastornos de conducción. – Menor capacidad de elevar la frecuencia cardíaca ante ejercicio o estrés. – Menor capacidad aeróbica. – Menor respuesta a fármacos, sobre todo a betabloqueantes. – Mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca.
Arterias – Aumento homogéneo del grosor de la íntima. – Fragmentación de la elastina y depósito de calcio en la capa media. – Menor relajación vascular dependiente de endotelio.	– Disminución de la luz arterial. – Mayor rigidez arterial. – Aumento de las resistencias periféricas. – Tendencia a cifras altas de tensión, sobre todo durante el ejercicio. – Mayor frecuencia de enfermedad coronaria.

Tabla 1. Principales cambios producidos por el envejecimiento con significación clínica (continuación)

Cambios producidos por el envejecimiento	Consecuencias
Riñón - Menor tamaño, volumen y número de glomérulos. - Engrosamiento de membranas basales y anastomosis capilares y arteriolas. - Menor tamaño y luz de arterias y arteriolas. - Esclerosis glomerular focal y segmentaria. - Menor volumen del túbulo proximal. - Fibrosis intersticial. - Mayor permeabilidad de membrana basal glomerular a las proteínas. - Menor flujo plasmático renal cortical. - Menor capacidad máxima de reabsorción tubular de glucosa. - Menor capacidad de eliminación de NH₄. - Menor reabsorción de fosfato. - Menor capacidad de retención de sodio. - Menor capacidad de concentración urinaria. - Menor capacidad de hidroxilación de 25-hidroxicolecalciferol.	- Mayor riesgo de esclerosis glomerular (sobre todo si factores de riesgo: dieta rica en proteínas, hipertensión, arterioesclerosis, diabetes, insuficiencia cardíaca). - Disminución de aclaramiento de creatinina (8 ml/min/década), sin cambios en creatinina sérica por menor masa muscular. La urea es mejor indicador de función renal en el anciano. - Se debe medir el aclaramiento de creatinina antes de administrar fármacos de eliminación renal. - Escasa significación clínica de proteinuria. - Glucosuria no fiable para el diagnóstico de diabetes. - Propensión a deshidratación al disminuir la ingesta de sal o administrar diuréticos. - Osteoporosis y fracturas.
Sistema nervioso central - Atrofia neuronal y gliosis restringida: locus caeruleus, sustancia negra, núcleo de Meynert, hipocampo. - Disminución de GABA. - Menor densidad vascular. - Menor competencia del sistema nervioso autónomo.	- Mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica a los fármacos. - Menor capacidad de termorregulación y riesgo de hipo/hipertermias. - Hipotensión ortostática.

Tabla 1. Principales cambios producidos por el envejecimiento con significación clínica (continuación)

Cambios producidos por el envejecimiento	Consecuencias
Aparato digestivo – Menor número de piezas dentales. – Menor capacidad de secreción salivar. – Atrofia de papilas linguales. – Alteración de la motilidad esofágica. – Mayor susceptibilidad de la mucosa gástrica a lesiones por ácido y menor capacidad de reparación. – Menor secreción gástrica de factor intrínseco. – Menor motilidad del colon. – Más colágeno en la pared del colon. – Mayor precipitación de bilis supersaturada. – Alteraciones de la función biliar.	– Mayor frecuencia de disfagia y regurgitación. Riesgo de infecciones aspirativas. – Menor apetito y riesgo de desnutrición. – Mayor frecuencia de lesiones por AINEs. – Mayor frecuencia de déficit de vitamina B₁₂. – Mayor frecuencia de diverticulosis. – Mayor frecuencia de estreñimiento. – Mayor frecuencia de colestiasis.
Piel – Atrofia epidérmica. – Hiperqueratosis. – Atrofia y degeneración del colágeno de la dermis. – Dilatación y mayor fragilidad de vasos.	– Elastosis senil. – Degeneración actínica. – Púrpura senil. – Menor capacidad de regulación térmica. – Mayor riesgo de úlceras por presión.
Metabolismo hidrocarbonado – Leve intolerancia a los hidratos de carbono. – Aumento de la secreción postprandial de insulina.	– Mayor frecuencia de diabetes.
Sistema inmune – Menor respuesta inmune en la mucosa gastrointestinal. – Menor respuesta de inmunidad celular.	– Mayor frecuencia de infecciones por vía digestiva. – Mayor frecuencia de tuberculosis (con falsos negativos en prueba de tuberculina). – Necesidad de doble vacunación antigripal.

Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos (SG) son un conjunto de entidades, generalmente de origen multicausal, que se expresan como cuadros patológicos no encuadrable en las enfermedades habituales. Suelen presentar un curso crónico, precisan un abordaje multifactorial y conllevan un alto riesgo de pérdida de autonomía e independencia, con importantes repercusiones también en familiares y cuidadores.

Su prevalencia aumenta con la edad y la incapacidad, por lo que la presencia de uno o varios en el anciano recluido en domicilio será casi la norma. Además, se interrelacionan unos con otros: por ejemplo, la existencia de incontinencia urinaria puede facilitar las caídas, pero éstas también pueden precipitar la aparición de incontinencia. Ante la presencia de un SG se debe realizar una VGI, que incluya actividades de prevención primaria de otros SG, prevención secundaria de los detectados (que no vuelvan a ocurrir) y prevención terciaria (solucionar o minimizar las consecuencias, en ocasiones muy severas).

No es posible en esta Guía exponer en detalle todos los SG descritos, por lo que nos limitaremos a presentar las características principales de los más significativos en el PG atendido en domicilio. El profesional que realice habitualmente AD debe profundizar en su conocimiento consultando textos de Geriátrica.

1. Caídas

Representan una de las principales causas de lesiones, incapacidad y muerte en el paciente domiciliario. Hasta el 50% de las personas mayores de 80 años sufren al menos una caída al año, aunque posteriormente esta prevalencia disminuye debido a una progresiva restricción de actividades. Sin embargo, su tasa de mortalidad llega a 525/100.000 en mayores de 85 años y son la principal causa de fracturas en el anciano (ocasionadas en el 5-6% de las caídas).

Se han descrito múltiples factores de riesgo, en general clasificados como intrínsecos o relacionados con el propio paciente y extrínsecos, derivados de la actividad o del entorno. Entre los primeros se pueden citar algunos cambios relacionados con el envejecimiento (disminución de agudeza visual, de sensibilidad propioceptiva y vestibular, cambios en la marcha...); enfermedades agudas y crónicas (sobre todo las que afectan al sistema nervioso, locomotor y cardiovascular); otros SG y el consumo de fármacos (en particular psicofármacos y antihipertensivos). Entre los factores extrínsecos interesa aquí resaltar los obstáculos ambientales domiciliarios: suelos irregulares, deslizantes o con desniveles, alfombras no fijadas, iluminación insuficiente, sobre todo en escaleras o dormitorio, y muebles mal situados en cocina y cuarto de baño. Las actividades que se asocian con más frecuencia a caídas son sentarse y levantarse de sillas y de la cama. Obviamente, al aumentar el número de factores de riesgo también lo hará la prevalencia y número de caídas.

Los principales factores de riesgo en el PG recluido en domicilio son los siguientes: demencia, consumo de psicofármacos, diuréticos y laxantes, consumo de más de tres fármacos, artrosis, alteraciones del equilibrio y de la marcha y apoyo social insuficiente.

Las caídas pueden ser también una manifestación inicial de enfermedad: infecciones respiratorias o urinarias, insuficiencia cardíaca o respiratoria, anemia.

En la evaluación del paciente domiciliario que ha sufrido una o más caídas, se debe hacer énfasis en los siguientes puntos:

- Circunstancias de la caída: número y lugar de las caídas, actividad que estaba realizando, mecánica de la caída, síntomas acompañantes...
- Consecuencias de las caídas, en particular si pudo levantarse solo, tiempo de permanencia en el suelo, lesiones producidas, miedo a nuevas caídas y posible deterioro funcional respecto al nivel previo.
- Exploración del sistema cardiovascular, neurológico y locomotor (sobre todo fuerza en miembros inferiores).
- Historia farmacológica detallada.
- Estado nutricional.
- Estado cognitivo (demencias, síndrome confusional) y afectivo (depresión, ansiedad).
- Otros SG.

- Exploración de órganos de los sentidos, incluyendo la propiocepción.
- Exploración del equilibrio y de la marcha: test de Romberg, test de Tinetti, equilibrio sobre un solo pie... Aunque con un cierto grado de subjetividad, el test «Get up and go» proporciona información bastante fiable sobre el riesgo de nuevas caídas: consiste en observar al paciente mientras se levanta de una silla, camina tres metros, gira y vuelve a sentarse.
- Evaluación social y del cuidador principal, vivienda y recursos sociales.
- Evaluación del entorno: iluminación, obstáculos, suelo...

Tras la evaluación, se debe actuar en uno o varios de los siguientes ámbitos:

- Médico: tratamiento de enfermedades agudas y crónicas y cambios en la medicación.
- Psicosocial: información a paciente y cuidadores; telealarma...
- Rehabilitador: fisioterapia y terapia ocupacional en domicilio o en centros específicos; ayudas técnicas; cambio de calzado...
- Ambiental: eliminar obstáculos y riesgos.

Además de las consecuencias médicas, tanto inmediatas (fracturas, heridas, traumatismo craneoencefá-

lico, mortalidad) como a largo plazo (contracturas, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, deterioro funcional e inmovilismo) se deben abordar las psicológicas y sociales: sobre todo el «síndrome post caída» en el que por miedo a nuevas caídas y pérdida de confianza, el propio paciente restringe su actividad física y social, de forma progresiva, a veces hasta llegar a precisar la institucionalización.

2. Incontinencia urinaria

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria (IU) como «la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que puede demostrarse objetivamente», o bien como «cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente». En los pacientes domiciliarios puede alcanzar una prevalencia del 50%, creciente en las edades más avanzadas.

Entre los factores que contribuyen a esta elevada prevalencia se pueden citar los cambios propios del envejecimiento (menor capacidad vesical y mayor número de contracciones involuntarias, menor presión de cierre uretral, crecimiento prostático, debilidad de suelo pélvico...), la pluripatología (sobre todo a nivel neurológico, urológico y osteoarticular) y el deterioro funcional y cognitivo. Mención especial merecen los fármacos: diuréticos, fármacos que producen sedación (como hipnóticos, antidepresivos y neurolépticos), o retención urinaria (opioides, calcioantagonistas y anticolinérgicos).

Aunque con frecuencia se subestiman las repercusiones de la IU, éstas son importantes tanto sobre el propio paciente como sobre sus familiares y/o cuidadores. A nivel médico facilita la aparición de infecciones urinarias, caídas y úlceras por presión; a nivel psicológico, pérdida de autoestima, ansiedad y depresión. También provoca aislamiento social y mayor consumo de recursos sociosanitarios. Es un factor asociado a la necesidad de ingreso en residencia.

Resulta práctico clasificar la IU en los siguientes tipos:

- IU transitoria o aguda: cuando su evolución es menor a cuatro semanas. Generalmente existen causas detectables mediante la historia clínica, exploración física y analítica accesibles desde el domicilio del paciente, por lo que la actuación precoz es inexcusable y puede evitar la cronificación del problema y el establecimiento de las repercusiones antes citadas. Las principales causas de IU transitorias son: fármacos, infecciones, cuadros confusionales, vaginitis atrófica, poliuria, endocrinopatías, causas psicológicas, restricción de la movilidad e impacción fecal. Con frecuencia coexisten varias en un mismo paciente. Tras el tratamiento específico de las causas detectadas se debe valorar la curación o mejoría experimentada.
- IU establecida o crónica: habitualmente con alteraciones estructurales ya presentes. Es fre-

cuenta que el diagnóstico preciso del mecanismo de la incontinencia exija la contribución del urólogo, aunque la valoración domiciliaria permite una aproximación diagnóstica en un alto número de pacientes. También es frecuente la existencia de IU mixtas. Se pueden citar cuatro mecanismos principales:

- Hiperactividad vesical: por contracciones involuntarias del detrusor, no inhibidas. Suele presentarse como incontinencia de urgencia, con necesidad imperiosa de orinar previamente al escape. Las causas más frecuentes son: patología neurológica, vesical y obstrucción del tracto urinario inferior, prostática o por estenosis. Como tratamiento farmacológico son eficaces la tolterodina (antimuscarínico selectivo), la oxibutinina (anticolinérgico y relajante muscular), la imipramina (antidepresivo con acción agonista alfaadrenérgica y anticolinérgica) y el cloruro de trospio (anticolinérgico).
- Estrés: generalmente por daño a nivel del suelo pélvico, con más frecuencia en mujeres que han sufrido partos múltiples o distócicos y en varones tras cirugía prostática. Los escapes de orina se precipitan por esfuerzos que aumentan la presión abdominal (tos, risa, estornudos, maniobra de valsalva). El tratamiento de elección es la cirugía, existiendo diversas técnicas de fijación de la musculatura pélvica. Cuando no exista indicación o

posibilidad quirúrgica, se puede recurrir a fármacos como la fenilpropanolamina (agonista alfaadrenérgico) o la imipramina, a los que se puede asociar cremas de estrógenos; o los conos vaginales para reforzar de forma progresiva la musculatura pélvica.

- **Rebosamiento:** debido a sobredistensión abdominal, bien por obstrucción al tracto de salida (prostatismos, estenosis, obstrucción extrínseca) o bien por alteración contráctil del detrusor (lesiones neurológicas a nivel medular, periférico o autónomo). Existe dificultad para iniciar la micción, sensación de micción incompleta y episodios de retención. Existe residuo vesical postmiccional elevado. Cuando no es posible la corrección quirúrgica de la obstrucción al tracto de salida y en las alteraciones de la contractilidad, se debe recurrir al cateterismo vesical, intermitente siempre que sea posible gracias a la situación funcional del paciente o al suficiente apoyo familiar o social.
- **Funcional:** en casos de demencia, grave incapacidad física, barreras arquitectónicas o falta de cuidadores. Estos pacientes se pueden beneficiar del establecimiento de un programa de micciones cada dos horas, aunque generalmente serán subsidiarios de medidas paliativas: absorbentes, colectores, sistemas oclusivos uretrales en varones o tapones uretrales en mujeres.

Todo paciente domiciliario de que sufra IU debe recibir una VGI básica, que incluya las repercusiones de la incontinencia y que es capaz de curar o mejorar el problema hasta en un 80% de los casos. En función de las características del paciente y su expectativa de vida, se podrá recurrir a la valoración especializada en servicios de urología.

La valoración básica se debe centrar en los aparatos genitourinario, neurológico y locomotor, la medición del residuo vesical postmiccional (mayor a 100 ml sugiere incontinencia por rebosamiento) y la realización del «diario miccional», en que se recogen las incidencias ocurridas en 24 horas (micciones voluntarias, volumen, escapes involuntarios y sus motivos, ingesta hídrica y el número de absorbentes utilizados).

Además del tratamiento específico de cada tipo de incontinencia, se deben aconsejar las siguientes medidas generales:

- Medidas higiénico-dietéticas, como ropa con cierres sencillos, reducción del consumo de sustancias excitantes y menor ingesta hídrica durante las tardes.
- Cambio de tratamientos farmacológicos.
- Modificación de barreras en domicilio.
- Ejercicios de suelo pélvico o de Kegel, para aumentar su resistencia (sobre todo en incontinencia de esfuerzo).

- Reentrenamiento vesical, mediante micciones voluntarias basadas en la hoja de registro miccional, que se van distanciando en el tiempo hasta ser cada dos o tres horas (sobre todo en incontinencias de urgencia y agudas).
- Entrenamiento del hábito miccional: instaurando esquemas variables de vaciamiento vesical en pacientes incapacitados, que también se van distanciando en el tiempo.

3. *Estreñimiento*

Aunque existen controversias, se puede definir el estreñimiento por la presencia de al menos dos de los siguientes puntos, presentes 12 semanas o más en el último año:

- Tres o menos deposiciones por semana.
- Deposiciones con esfuerzo al menos una de cada cuatro veces.
- Heces duras o cuprinas al menos una de cada cuatro veces.
- Sensación de evacuación incompleta al menos una de cada cuatro veces.

En el caso del paciente domiciliario conviene tener en cuenta la queja subjetiva y el retraso en el vaciamiento rectal (sensación de bloqueo anal junto a deposiciones prolongadas —más de diez minutos— o necesidad de extracción digital) (criterios de Roma, 1999).

La queja subjetiva de estreñimiento aumenta con la edad, llegando a más del 50% en mayores de 80 años recluidos en domicilio. Sin embargo, en el 10% la frecuencia semanal de deposiciones es inferior a tres, correspondiendo la mayor parte de las quejas a dificultades en la evacuación. La edad avanzada también se asocia a un elevado consumo de laxantes.

Entre las principales causas que facilitan el estreñimiento en el anciano domiciliario se debe destacar en primer lugar el uso de fármacos, en especial aquellos con propiedades anticolinérgicas (tricíclicos, antipsicóticos, antihistamínicos, antieméticos), opioides, suplementos de hierro y calcio, diuréticos, antagonistas del calcio y AINEs, así como la polifarmacia (cinco o más fármacos). Otras causas son el inmovilismo por cualquier enfermedad, en particular las que afectan al sistema nervioso, la deshidratación y baja ingesta de fibra, enfermedades metabólicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipopotasemia) y obstrucciones mecánicas, en especial el cáncer de color, cuya frecuencia aumenta con la edad. La queja subjetiva de estreñimiento se asocia además con ansiedad, depresión y percepción de mala salud general.

Todos estos factores de riesgo deben ser valorados y en su caso, tratados, en la evaluación de todo paciente domiciliario, presente o no queja de estreñimiento. Sobre todo en pacientes con demencia o dificultades para la comunicación. Esto es así debido a las frecuentes y potencialmente graves complicaciones del estreñimiento en el anciano, que incluyen la incontinencia

fecal, impactación fecal, perforación estercorácea, retención urinaria, vólvulo de sigma, prolapso rectal y deterioro de la calidad de vida.

Respecto al abordaje del estreñimiento en el anciano domiciliario, no existe evidencia actual del valor preventivo de los suplementos de fibra alimentaria, aunque parece lógico aconsejarlos. También se deben tratar todas las causas potencialmente reversibles y proporcionar consejos sobre modificación de hábitos, reservando el uso de laxantes para aquellos casos en que se objetive un estreñimiento verdadero que no responde a las medidas mencionadas o cuando el riesgo de complicaciones es alto.

Los síntomas de evacuación difícil son particularmente susceptibles a abordajes no farmacológicos, como reblandecimiento de heces y aumento de masa mediante un mayor aporte de fibra e influidos, ejercicios de musculatura pélvica y mayor elevación de las piernas durante la deposición. También se debe aumentar la actividad física y eliminar barreras domiciliarias para el uso del retrete.

En cuanto al uso de laxantes, se aconseja, en el anciano frágil con movilidad reducida, empezar con la prescripción de laxantes de volumen, como el psyllium o la metilcelulosa. Si no son efectivos, no son tolerados o mientras se ajusta su dosis, se pueden prescribir senósidos antes de acostarse. En caso de persistir los síntomas, se debe añadir sorbitol o lactulosa (laxantes osmóticos) en dosis crecientes, al menos una

hora antes de las comidas, durante un período de tiempo limitado. En pacientes de alto riesgo (encamados, con enfermedades neurológicas o antecedentes de impactación fecal), esta pauta se mantendrá a largo plazo. En presencia de impactación fecal se administrarán enemas de aceite mineral o de agua del grifo a diario, hasta su resolución. Posteriormente es aconsejable administrar polietilenglicol por vía oral o senósidos y laxantes osmóticos. No son aconsejables los enemas de fosfatos, por el riesgo de hiperfosfatemias, ni tampoco los laxantes orales a base de parafinas, por el riesgo de aspiración y neumonías químicas en pacientes muy debilitados.

Para los pacientes que sufren retraso de vaciamiento rectal se aconseja el uso de supositorios de glicerina.

Es obligada la revisión periódica del tratamiento con laxantes, de manera que se puedan disminuir o suspender cuando no sean ya necesarios.

4. Polifarmacia

Ya se ha expuesto a lo largo de este capítulo el protagonismo de los fármacos como causantes o coadyuvantes en el desarrollo de los SG. Su elevada prescripción en el anciano, fundamentalmente debido a la pluripatología, y la mayor frecuencia de efectos secundarios, algunos potencialmente muy graves, hacen que ante cualquier problema de salud que afecte a las personas mayores haya que pensar en primer lugar en los

medicamentos como posibles responsables, bien únicos o bien contribuyendo con el resto de causas.

El 82% de los mayores de 75 años consumen al menos un medicamento, siendo este porcentaje próximo al 100% en el anciano domiciliario, que además consume una media de 3-5 fármacos. Se considera que hasta el 28% de los ingresos hospitalarios de personas mayores se deben a problemas relacionados con la medicación, un 70% de los cuales son reacciones adversas. Los fármacos implicados con mayor frecuencia son los agentes cardiovasculares (diuréticos, IECAs y digoxina) y los psicotropos (ansiolíticos, anti-depresivos y antipsicóticos).

Se han descrito diversos cambios relacionados con el envejecimiento que afectan, de distinta manera, a la farmacocinética, en los procesos de absorción, distribución, metabolismo (sobre todo a nivel hepático) y excreción renal. Los cambios farmacodinámicos son menos conocidos, pudiendo aumentar la sensibilidad a los efectos de algunos fármacos por la menor capacidad del anciano para mantener la homeostasis (ortostatismo, termorregulación...) ante diversas agresiones. Sin embargo, estos cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos son escasamente modificables en la práctica asistencial y además, al depender sobre todo de los cambios asociados al envejecimiento, presentan una enorme variabilidad tanto inter como intraindividual.

Se reconocen otros factores que influyen también de forma significativa en la mayor frecuencia

de efectos secundarios y variabilidad en la respuesta medicamentosa observada en los ancianos. Estos factores son:

- Alta tasa de incumplimiento terapéutico, tanto intencionado (por la mayor frecuencia de efectos adversos), como no intencionado, por olvidos y confusiones en las pautas (alteraciones de memoria, incapacidad funcional, problemas visuales y auditivos, problemas económicos y de apoyo social, barreras culturales y psicológicas).
- Presencia de otros procesos patológicos.
- Interacciones con otros fármacos.
- Elevado uso de fármacos OTC, con frecuencia para reducir los efectos secundarios de otros medicamentos (laxantes, antiácidos...).
- Creciente consumo de plantas medicinales.

Por tanto, el médico que atiende al paciente anciano, además de conocer las posibles alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, debe prestar especial atención a otros factores que se encuentran en mayor medida bajo su control y que le van a permitir optimizar la eficacia y eficiencia del tratamiento.

En el año 2001, Knight y Avorn identificaron los siguientes 12 indicadores de calidad en la prescripción farmacológica al anciano:

- Indicación claramente expuesta en la historia clínica de cada fármaco prescrito.

- Educación de paciente o cuidador del uso óptimo y posibles efectos secundarios de cada nuevo fármaco.
- La historia clínica de cada paciente debe contener un listado actualizado de medicamentos.
- Se debe documentar la respuesta a cada nuevo fármaco.
- Revisión al menos anual del tratamiento completo.
- Si se ha prescrito warfarina, se debe evaluar el INR a los cuatro días y posteriormente al menos cada seis semanas.
- Si se ha prescrito una tiazida o un diurético del asa, se deben medir los electrolitos antes de una semana y posteriormente, al menos de forma anual.
- No se debe utilizar clorpropamida como anti-diabético oral, por su larga vida media y riesgo de SIADH.
- No se deben prescribir fármacos con efecto anticolinérgico importante si existen otras alternativas, por riesgo de cuadros confusionales, estreñimiento, retención urinaria e hipotensión.
- Se deben evitar los barbitúricos, por aumento del riesgo de caídas, depresión de sistema nervioso, adicción e interacciones medicamentosas.
- Se debe evitar el uso de meperidina, por el mayor riesgo de cuadros confusionales y convulsiones.

- Si se prescriben IECAs, se deben medir los niveles de K y creatinina en una semana, por el mayor riesgo de insuficiencia renal e hiperkaliemia.

Además de estos indicadores, se debe tener precaución con el uso en el anciano de otros fármacos de uso común, sobre todo las benzodiacepinas de vida media larga, como el diazepam; los AINEs en pautas prolongadas o en pacientes hipertensos y los antidepresivos tricíclicos en presencia de glaucoma, hipertrofia prostática, insuficiencia cardíaca o hipotensión postural.

Se ha descrito en el anciano la «cascada de prescripción», al malinterpretarse el efecto secundario de un fármaco como un nuevo problema de salud, llevando a la prescripción de nuevos medicamentos; por ejemplo, en el parkinsonismo por neurolépticos o la hipertensión por uso continuado de antiinflamatorios no esteroideos.

Sin embargo, también hay que resaltar la frecuencia con que se administra al anciano enfermo dosis insuficientes de fármacos, resultando esta tendencia con frecuencia igualmente nociva que la sobredosificación. Este hecho está bien documentado en la bibliografía en el caso de hipertensión, betabloqueantes tras infarto de miocardio, osteoporosis, opioides en el dolor canceroso, anticoagulación en fibrilación auricular...

5. Depresión

Se acepta que hasta un 25% de los mayores que viven en la comunidad sufren algún tipo de sintoma-

tología depresiva, cumpliendo criterios DSM-IV de depresión mayor hasta el 3%. Estas cifras pueden llegar al 50% y 11%, respectivamente, en pacientes recluidos en domicilio.

En el capítulo 3 se presentan algunas escalas para el despistaje de depresión en el anciano; sin embargo, se debe insistir en que el diagnóstico es clínico, basándose en el cumplimiento de criterios diagnósticos. Los más extendidos en la bibliografía internacional son los del DSM-IV. En la tabla 2 se presentan los criterios de depresión mayor.

Estos mismos síntomas se pueden presentar en casos de duelo o de trastorno adaptativo; en caso de duración excesiva, ideación suicida o gran deterioro de la calidad de vida, se deben de tratar, ya que también responden a los fármacos a antidepresivos.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de depresión mayor (DSM-IV)

Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o de la capacidad para el placer de al menos dos semanas de duración, acompañados de al menos cuatro de los siguientes síntomas:
— Pérdida o aumento de peso y/o apetito.
— Insomnio o hipersomnia.
— Agitación o enlentecimiento psicomotor.
— Fatiga o pérdida de energía.
— Sentimiento de inutilidad o culpa expresivos o inapropiados.
— Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
— Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
No se deben incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a efectos fisiológicos de un fármaco (ambas situaciones, muy frecuentes en el paciente domiciliario).

En la práctica diaria es muy frecuente encontrar un componente de ansiedad que acompaña a los cuadros depresivos en el anciano, siendo a veces lo predominante. En estos casos se debe utilizar un antidepresivo de perfil sedante (paroxetina, venlafaxina...), o añadir una benzodiacepina.

También son frecuentes en el anciano la distimia y el trastorno depresivo no especificado, que también responden a tratamiento antidepresivo.

En el año 2001 se publicaron las conclusiones consensuadas de un grupo de expertos americano sobre alteraciones depresivas en el anciano. Las principales son las siguientes:

- Se debe considerar la presencia de alteración psiquiátrica ante un cambio en el comportamiento, pensamiento o actitud habitual. La información dada por familiares y cuidadores es útil para definir los síntomas y alteraciones.
- Factores biológicos, psicológicos y sociales pueden contribuir a la depresión en el anciano, que tiene consecuencias en estos mismos ámbitos. La depresión en el anciano ocurre en el contexto de enfermedades médicas y neurológicas, incapacidad y estrés psicosocial y se evalúa mejor valorando estas áreas. La falta de tratamiento antidepresivo conlleva una morbilidad, mortalidad e incapacidad significativas, afectando también a familiares y cuidadores. Los objetivos del tratamiento incluyen el alivio sintomá-

tico y de ideación suicida, la prevención de recaídas, la mejoría de la capacidad funcional y mental y el desarrollo de habilidades para afrontar la incapacidad y el estrés psicosocial.

- Los profesionales de AP deben tratar a la mayoría de ancianos deprimidos. En la evaluación se deben identificar las alteraciones médicas, neurológicas o relacionadas con la medicación que puedan contribuir. La comorbilidad no debe obstaculizar el tratamiento del trastorno depresivo. La corrección de otras alteraciones médicas es necesaria, pero con frecuencia insuficiente. Los pacientes con depresión y síntomas psicóticos, depresión bipolar o ideación suicida deben ser precozmente remitidos a atención especializada.
- El anciano deprimido tiene un alto riesgo de suicidio, sobre todo a partir de los 80 años. Son factores de riesgo importantes: gravedad de la depresión, presencia de síntomas psicóticos, alcoholismo, abuso de sedantes, duelo o pérdida reciente y desarrollo reciente de alguna incapacidad. El riesgo suicida debe ser siempre valorado.
- Se debe tratar a todo paciente anciano con depresión. En ausencia de síntomas psicóticos, la combinación de antidepresivos y psicoterapia es eficaz en los casos severos, mientras que en los casos leves puede bastar una sola de las opciones. En casos severos resistentes o con alto

riesgo de suicidio, la terapia electroconvulsiva es una alternativa eficaz. Se deben iniciar tratamientos secuenciales y no solapados, evitando la polifarmacia. La falta de respuesta a un medicamento no implica que otro no sea eficaz. En el caso de depresión con síntomas psicóticos, se debe iniciar tratamiento con dos fármacos, un antidepresivo y un antipsicótico. Se debe valorar la adherencia al tratamiento.

- Existen muchos fármacos eficaces en la depresión geriátrica. En ausencia de síntomas psicóticos, son de elección de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En depresiones severas que no respondan a estos fármacos, los tricíclicos (nortriptilina o desipramina) son una alternativa razonable. Siempre se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentos lentamente progresivos, valorando posibles efectos secundarios e interacciones. Antes de cambiar a otro fármaco se debe mantener un tratamiento al menos tres o cuatro semanas y no más de seis o siete.
- La terapia interpersonal, cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo y terapia de resolución de problemas son eficaces en el anciano.
- Las dosis de continuación de tratamiento y de mantenimiento deben ser las que se mostraron eficaces durante el tratamiento agudo, durante al menos un año. Este período debe ser mayor en pacientes con episodios previos. En casos de

depresión con síntomas psicóticos en que se haya obtenido la remisión tras un tratamiento con antidepresivo y antipsicótico, este último fármaco se debe mantener al menos seis meses. En pacientes que no responden a antidepresivos pero sí a terapia electroconvulsiva, se debe utilizar como tratamiento de mantenimiento un antidepresivo distinto a aquel con el que no se obtuvo respuesta. Otra opción es la terapia electroconvulsiva de mantenimiento.

- Se debe informar a los pacientes y familiares de los riesgos y beneficios del tratamiento. Esta información ayuda a ambos a tomar decisiones racionales, evitar tratamientos insuficientes y mejorar la adherencia.

6. *Úlceras por presión*

La prevalencia de úlceras por presión (UP) en el paciente recluido en domicilio puede llegar a ser del 30% o más, en función de la patología, y grado y duración de la incapacidad. Representa todo un reto asistencial para el equipo de AP (y no sólo para el profesional enfermería), y para la familia/cuidadores, tanto su prevención como su tratamiento.

El principal factor de riesgo es la presión mantenida sobre superficies óseas. Otros factores de riesgo explícito son la fricción (sobre todo por maniobras de movilización inadecuadas), cizallamiento (por deslizamiento del paciente tanto en cama como en silla) y

la humedad (sobre todo por incontinencia urinaria). Entre los factores de riesgo intrínsecos se pueden incluir todas las enfermedades que puedan provocar inmovilidad en cama o sillón, siendo las más frecuentes el ictus, las demencias avanzadas, insuficiencias orgánicas, enfermedades articulares (sobre todo la fractura de cadera) y los pacientes con cáncer en estadio avanzado. La desnutrición, los edemas y los psicofármacos pueden actuar como factores precipitantes.

El instrumento más utilizado en la detección de pacientes con riesgo de UP es la escala de Norton (tabla 3); puntuaciones de 12 o inferiores indican un riesgo elevado de UP.

En cuanto a las medidas preventivas, la principal es reducir la presión sobre prominencias óseas, mediante cambios posturales cada 2-4 horas en pacientes encamados y cada hora cuando están sentados. Son también de ayuda diversos dispositivos, siendo los colchones de aire con presión alternante los de mayor uso y precio asequible.

Tabla 3. Escala de Norton

Puntuación	Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Completa	Nunca
3	Regular	Apático	Necesita ayuda	Con ayuda	A veces
2	Malo	Confuso	Limitado a silla	Muy limitado	Siempre de orina
1	Muy malo	Comatoso	Encamado	Nula	Doble

Se debe también aconsejar la exploración rutinaria de la piel y su higiene diaria, evitando humedades, sobre todo en pacientes que sufren incontinencia urinaria; evitar la fricción al movilizar al paciente; mantener al paciente en buen estado de hidratación y nutrición (con especial atención al aporte proteico). La formación e información de familiares y cuidadores es esencial.

Todas estas medidas se deben extremar en el tratamiento de UP ya aparecidas. Otras medidas variarán en función de las características de las úlceras, siendo la más importante su profundidad, de acuerdo a la cual se establecen los siguientes grados:

- I: eritema en la piel que no desaparece con la presión.
- II: pérdida de la piel, aparición de vesículas y flictenas.
- III: extensión hasta aponeurosis y grasa subyacente.
- IV: exposición de músculo, tendón, hueso y/o cápsula articular.

El objetivo del tratamiento debe ser curativo, excepto en aquellos casos de UP muy avanzadas o múltiples que afectan a pacientes en situación de terminalidad; en estos casos las curas pasan a ser paliativas, primando el tratamiento del dolor y la infección, para evitar malos olores. Las UP grados I y II deben curar en días o semanas. El resto requieren mayor tiempo de

tratamiento y su evolución debe monitorizarse, habitualmente mediante la medida rutinaria de sus diámetros y profundidad. La lentitud o retroceso en el proceso de cicatrización exige una nueva valoración que determine los factores causantes de la mala evolución (infección local, osteomielitis, desnutrición, anemia, hipoproteïnemia...).

Se han descrito muy diversas pautas y tratamientos locales, aunque no existe en la actualidad evidencia sobre la primacía de unos productos sobre otros. En general, se puede recomendar iniciar la cura con limpieza de arrastre con suero salino y posteriormente:

- UP grados I y II: pasta de óxido de zinc o sal de povidona yodada al 10%. Vendaje de algodón con recambio cada 24 horas.
- UP grados III y IV: ante la existencia de necrosis tisular se debe realizar desbridamiento quirúrgico o enzimático. Una vez exista tejido de granulación y en ausencia de signos de infección, se deben seguir realizando curas, cada 12-24 horas. No podemos resaltar la mayor eficacia de unos productos sobre otros, de los actualmente existentes en el mercado.
- Se debe sospechar infección local o a distancia (sobre todo osteomielitis) ante la presencia de signos locales o cuando la evolución de la UP es tórpida. Se debe administrar antibiótico por vía general, una vez obtenidas muestras para cultivo y antibiograma.

Se debe tener muy en cuenta la posibilidad de dolor durante las curas, particularmente en aquellos pacientes con demencia o dificultades para la expresión. La analgesia oral antes de la cura no suele ser suficientemente eficaz, siendo preferible la administración de anestesia tópica.

7. Demencia. Alteraciones del comportamiento

La prevalencia de deterioro cognitivo de cualquier etiología (con mayor frecuencia demencia tipo Alzheimer, demencia vascular y demencia con cuerpos de Lewy) aumenta con la edad, llegando a ser del 15% entre los mayores de 85 años. Por tanto, será una de las patologías que con mayor frecuencia habrá que atender en el paciente recluido en domicilio.

En el capítulo 3 se presentan las principales herramientas de despistaje de las demencias, pero se debe insistir en que el diagnóstico es clínico y se basa en el cumplimiento de criterios diagnósticos, por ejemplo, DSM-IV (tabla 4).

En la práctica diaria serán, sin embargo, los síntomas no cognitivos los que tengan mayor capacidad para alterar la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares y los que con mayor frecuencia requerirán la actuación del equipo asistencial. Estos síntomas no cognitivos se pueden clasificar en: trastornos de conducta; problemas afectivos; alteraciones psicóticas; síndromes confusionales; diversos síndromes geriátricos (caídas, IU, UP, inmovilismo); alteraciones en

Tabla 4. Criterios diagnósticos de demencia (DSM-IV)

- A. Deterioro cognitivo múltiple caracterizado por:
 - 1. Deterioro de la memoria: incapacidad para aprender nueva información o recordar la previamente aprendida.
 - 2. Uno o más de los siguientes trastornos cognitivos:
 - a) Afasia: alteración del lenguaje.
 - b) Apraxia: alteración en la capacidad para ejecutar actividades motoras.
 - c) Agnosia: alteración en la capacidad de reconocer o identificar objetos.
 - d) Alteración de funciones superiores: contenido del pensamiento, abstracción, cálculo, capacidad de juicio, etc.
- B. Los síntomas anteriores provocan un deterioro significativo en la relación social y/o laboral y representan un cambio importante respecto al nivel de funcionamiento previo.
- C. El deterioro no se explica exclusivamente por un cuadro confusional.

la esfera sexual y problemas en la demencia terminal, incluyendo aspectos éticos de la asistencia al final de la vida. Es frecuente la coexistencia de dos o más síntomas no cognitivos en un mismo paciente y también lo es que compartan los mismos desencadenantes, que se pueden clasificar como factores clínicos y ambientales; entre los primeros destacan los siguientes:

- Fármacos: sobre todo la polifarmacia. Los principales fármacos involucrados son: betabloqueantes, anticolinérgicos, benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, metoclopramida, opioides, sulfonilureas, insulina, anti-convulsivantes, antiparkinsonianos, corticoides. También la privación de fármacos.
- Dolor: con frecuencia no investigado ni tratado, dada la dificultad de comunicación en los pacientes con demencia.

- Ictus.
- Estreñimiento e impactación fecal.
- Hipotiroidismo.
- Fracturas y traumatismos.
- Infecciones.
- Deshidratación/desnutrición.
- Hipoxia.
- Diabetes.

Será siempre fundamental, por tanto, buscar la causa como primer paso en el abordaje de cualquiera de estos problemas.

Respecto a los fármacos, la actuación habitual suele ser la retirada de aquellos que puedan provocar o contribuir al desarrollo de los síntomas no cognitivos. En el caso de problemas afectivos, alteraciones psicóticas y en los síntomas de la demencia terminal, sin embargo, no se debe retrasar el tratamiento específico. En el resto de problemas son de elección la formación e información de cuidadores, las medidas conductuales y la actuación sobre el entorno.

Los principales trastornos de conducta son:

- Agitación y agresividad: generalmente se desencadenan en ambientes extraños, con cuidadores desconocidos o al sentirse el paciente presionado o amenazado. La actuación sobre la causa y la prevención evitando desencadenan-

tes es fundamental. En caso de ser necesario el tratamiento medicamentoso, el haloperidol a dosis bajas sigue siendo el neuroléptico de referencia.

- Vagabundeo: se debe procurar un ambiente seguro, evitando obstáculos e impidiendo la libre salida del paciente a la calle (cerrojos, letreros de «prohibido»...). Es útil aumentar la actividad diurna, con paseos programados: así como que el paciente porte su identificación y domicilio en un lugar accesible.
- Alteraciones del sueño: sobre todo el insomnio y la inversión del ritmo vigilia-sueño. Las causas más frecuentes son la ansiedad y depresión, los fármacos, el dolor no tratado, la disnea, la confusión nocturna, el deseo miccional y el síndrome de piernas inquietas. Estos problemas deben ser investigados, antes de iniciar un tratamiento hipnótico. Cuando éste sea necesario, serán de elección las benzodiacepinas de vida media corta, como el lorazepam, el clometiazol, los antidepresivos de perfil sedante o los neurolépticos.
- Problemas de alimentación, que contribuyen a la frecuente desnutrición de estos pacientes. Es importante mantener horarios fijos y, sobre todo, los sabores preferidos por los pacientes. Por ello, el uso de los suplementos nutricionales disponibles en el mercado se debe reservar a los casos

en que sean realmente necesarios. Es también útil estimular la independencia en la alimentación, por ejemplo, mediante alimentos que se puedan tomar con la mano, cubiertos y vajillas adaptados... y evitar dar alimentos a deshoras, en todo caso serían pobres en calorías.

Respecto a los problemas afectivos, se debe señalar la frecuencia de asociación Demencia-Depresión-Ansiedad, con gran impacto en la calidad de vida y elevado riesgo de suicidio. Son frecuentes los síntomas somáticos y psicológicos. En el tratamiento, serán eficaces los nuevos antidepresivos, preferiblemente los de perfil sedante, como la paroxetina, así como una actitud de comprensión y apoyo y la facilitación de la expresión emocional.

En cuanto a la posibilidad de aparición de un síndrome confusional agudo o subagudo, debe ser siempre tenida en cuenta, dada su elevada incidencia en pacientes con demencia. Herramientas como el *Confusion Assessment Method* (tabla 5) facilitan el diagnóstico precoz. En el tratamiento, la actuación sobre factores de riesgo y el control del comportamiento (orientación, restricción social...) son muy eficaces, así como el haloperidol, a dosis bajas.

Tabla 5. Confusion Assessment Method

1. Cambio agudo en el estado mental.
2. Síntomas fluctuantes.
3. Deterioro de la atención.
4. Pensamiento desorganizado.
5. Alteración del nivel de conciencia.

Finalmente, se debe hacer énfasis en la asistencia paliativa a los pacientes con demencia en fase terminal, basada en el control sintomático. En particular, se ha descrito un insuficiente diagnóstico y tratamiento del dolor en estos pacientes, incapaces de expresar su presencia, que se debe sospechar ante cuadros de agitación, aislamiento social, cambios en el comportamiento, gestos/posturas/muecas o simple taquipnea. El tratamiento es similar al de otros pacientes, incluido el uso de mórficos, aunque se deben vigilar más cuidadosamente los efectos secundarios.

PACIENTE CON INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS SEVERAS

El porcentaje de pacientes recluidos en domicilio cuyo principal problema de salud es una insuficiencia orgánica se aproxima al 30%, siendo las más frecuentes la insuficiencia cardíaca (IC), respiratoria (EPOC), hepática (IH) y renal (IR). Comparten una serie de características, como son el aumento de prevalencia en las edades más avanzadas (IC: 79,2 años de media; EPOC: 76,1 años; IH: 73,2 años; IR: 75,6 años; datos propios), la frecuente pluripatología añadida (sobre todo SG) y el elevado coste que suponen tanto para el paciente y su familia como para la sociedad (necesidad de cuidados, múltiples reingresos hospitalarios...).

No se pretende en esta Guía realizar una revisión de estos procesos, sino solamente presentar unas medidas generales para su asistencia en domicilio. Dentro de estas medidas, resulta fundamental la colaboración

de la familia con el equipo asistencial, y la existencia de un cuidador principal que se responsabilice de la medida de los diferentes parámetros y actuación posterior. El objetivo final es mantener al paciente clínicamente estable el mayor tiempo posible, detectando precozmente las descompensaciones para adoptar medidas de corrección que eviten agravamientos sintomáticos y hospitalizaciones.

El esquema común en el abordaje domiciliario de las insuficiencias orgánicas más frecuentes es el siguiente:

- Medidas generales:
 - Dieta específica de cada insuficiencia. Evitar desnutrición.
 - Reducir o suprimir sobrepeso, alcohol y tabaco.
 - IC: control de factores de riesgo cardiovascular.
 - Ejercicio regular, aeróbico, adaptado a las posibilidades de cada paciente.
 - Reducir el estrés físico y psíquico.
 - Optimizar la adherencia al tratamiento farmacológico.
 - Prevenir y tratar factores precipitantes de descompensaciones.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.
 - Control analítico periódico específico de cada insuficiencia y grado de severidad.

- Educación sanitaria a los pacientes y cuidadores:
 - Información básica sobre la insuficiencia (causas y pronóstico) y origen de los síntomas.
 - Reconocimiento de los síntomas y signos de descompensación y actuación ante ellos.
 - Utilidad de los distintos fármacos y posibles efectos secundarios.
 - Importancia del cumplimiento terapéutico, incluso en fases de estabilidad.
- Monitorización domiciliaria de signos y síntomas (con periodicidad en función de la severidad y evolución de la insuficiencia):
 - Parámetros comunes:
 - Peso.
 - Balance hídrico: ingesta de líquidos-diuresis en 24 horas.
 - Ingesta de sal.
 - Tensión arterial y frecuencia cardíaca.
 - Temperatura.
 - Disnea.
 - Edemas.
 - Presión venosa.
 - Nicturia.
 - Ansiedad/depresión.
 - Insomnio.
 - Dolor.
 - Complimentación terapéutica.

- Parámetros propios de la IC:
 - Coloración.
 - Perfusión.
 - Ortopnea/disnea paroxística nocturna.
 - Dolor torácico.
- Parámetros propios de la EPOC:
 - Tos y expectoración.
 - Candidiasis oral.
- Parámetros propios de la IR:
 - Estreñimiento.
 - Prurito.
 - Ortopnea/disnea paroxística nocturna.
- Parámetros propios de la IH:
 - Perímetro abdominal.
 - Asterixis.
 - Firma del paciente (detección precoz de encefalopatía).
 - Deposición (color, consistencia).
 - Prurito.
 - Confusión, atención.
- Contenido de las visitas de seguimiento:
 - Asegurar cumplimiento terapéutico y de la dieta.
 - Reforzar adiestramiento de cuidadores en control de signos y síntomas y comprobar su capacidad.
 - Revisión de evolutivo de signos y síntomas y ajuste de dosis de fármacos.

Se recomienda proporcionar a los pacientes hojas de evolución prediseñadas, que recojan los principales signos y síntomas que se deben monitorizar en función de su patología, así como el tratamiento indicado. En el siguiente apartado se presenta, a modo de ejemplo, la Hoja de Seguimiento que utilizamos en el ESAD del Área 5 del IMSALUD para la asistencia al POT.

Se debe hacer énfasis aquí en el importante papel del profesional de enfermería en la formación y en el seguimiento de los pacientes con insuficiencias orgánicas.

PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Se calcula una población diana de POT de 0,002 x población de referencia, es decir, aproximadamente el 2% del total de pacientes inmovilizados en domicilio que atiende un Equipo de AP. Sin embargo, son pacientes de una elevada complejidad y que con frecuencia precisan una atención más intensiva durante un espacio menor de tiempo.

Aunque no es específico del POT, se le puede definir como el que sufre una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que le provoca problemas como síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con gran impacto emocional en él mismo y en familiares y equipos asistenciales, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en el que

el objetivo asistencial fundamental es la promoción del confort y la calidad de vida suya y de su familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

Los cuidados paliativos consisten en la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si fuera necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo.

Aunque se debe recabar y respetar la voluntad del paciente y la capacidad de su familia, se considera en general que el domicilio es el ámbito idóneo para la asistencia al POT.

A diferencia de la atención al resto de pacientes domiciliarios, en la actualidad se está produciendo un importante desarrollo de recursos, públicos y privados tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada, para la atención a los pacientes terminales, en todo el territorio nacional. Ello va a asegurar, en un futuro próximo, un mayor apoyo a los profesionales de Atención Primaria en la asistencia a estos pacientes. No obstante, seguirá siendo el nivel básico e inicial de atención.

Es también significativo el rápido desarrollo en todas las Comunidades Autónomas de legislación sobre Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.

Excede las posibilidades de esta Guía la exposición de los diferentes síntomas que pueden afectar al POT a lo largo de su evolución y sus posibilidades paliativas, existiendo en la actualidad una gran profusión de libros y guías fácilmente asequibles y que deben consultarse.

Sin embargo, sí queremos resaltar que la dinámica asistencial a estos pacientes es la misma que se ha expuesto en el apartado anterior y que se desarrolla también en el resto de capítulos: valoración integral, trabajo en equipo multidisciplinar, continuidad asistencial, coordinación entre niveles, apoyo a familiares y cuidadores, respeto a los principios básicos de la bio-ética.

A continuación se presenta la Hoja de Seguimiento empleada por el ESAD del Área 5 del IMSALUD para la atención a estos pacientes. Es aconsejable que el equipo asistencial y el paciente conserven una copia de ella, para asegurar de esta manera un óptimo control

Tabla 6. Escala de Karnofsky

Asintomático.	100
Actividad normal. Síntomas menores.	90
Actividad normal con esfuerzo.	80
Se vale por sí mismo. Incapaz de llevar una actividad normal.	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades.	60
Considerable asistencia. Cuidados médicos.	50
Imposibilitado. Cuidado especial y asistencial.	40
Severamente imposibilitado.	30
Muy enfermo. Tratamiento de soporte activo.	20
Moribundo.	10
Muerte.	0

sintomático y facilitar la coordinación entre los diferentes profesionales que puedan atender al paciente a lo largo de su enfermedad. En la tabla 6 se presenta la Escala de Karnofsky, que se correlaciona con la expectativa de vida del POT.

BIBLIOGRAFÍA

Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5.ª ed. New York. McGraw-Hill; 2003.

Macías Núñez JF, Ed. Geriatria desde el principio. Barcelona. Ed. Glosa; 2005.

Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid; 1999.

Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, Eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2.ª ed. Oxford University Press; 1999.

ESAD, Área 5. Hoja de seguimiento						
Nombre	Dx					
Fecha						
<i>Tratamiento</i>						
<i>Signos</i>						
Nivel conciencia						
Control esfínteres						
Estado Piel/Mucosas						
Deambula/encamado						
Karnofsky/Barthel						
<i>Síntomas</i>						
Dolor						
Anorexia						
Astenia						
Caquexia						
Vómitos						
Estreñimiento						
Disnea						
Tos						
Depresión						
Insomnio						
Ansiedad						
Agitación						

La familia y el cuidador principal

Dra. Dulce Ramírez Puerta

*Médico de Atención Primaria. Hospital General
de Guadalajara*

LA FAMILIA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

La familia es el pilar básico en nuestro país, para la provisión de cuidados del paciente crónico (terminales oncológicos, pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados, inmovilizados o con limitación funcional). Sin su participación activa difícilmente se va a alcanzar todos los objetivos del plan de cuidados, ya sean curativos o paliativos. Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de enfermedad e incapacidad.

Aunque los miembros de la familia deban repartirse lo más equitativamente posible las responsabilidades del cuidado del paciente, en la realidad se identificará a la persona que llevará el peso mayor de la atención. Esta situación, sin embargo, puede sufrir modificaciones a lo largo de la evolución de la enfermedad y los cuidados.

Valoración de la dinámica familiar

No todas las familias, ni sus miembros, responden de manera similar. Es imprescindible valorar siempre: personalidad y circunstancias personales del enfermo; naturaleza y calidad de las relaciones familiares, reacciones y estilos de convivencia del enfermo y su familia en pérdidas anteriores, estructura de la familia y su momento evolutivo, red social de apoyo externo, personalidad y estilo de vida, nivel cultural y educacional de los miembros, problemas concretos (herencias, calidad de la vivienda, etc.).

Impacto de la enfermedad en la familia

La enfermedad y el cuidado del enfermo crónico en domicilio pueden conllevar una serie de alteraciones familiares, como son:

- *Alteraciones estructurales.* Patrones rígidos de funcionamiento, cambio de roles y aislamiento social.
- *Alteraciones del ciclo evolutivo familiar.* La enfermedad obliga a un momento de transición que lleva a adaptarse a las necesidades que impone.
- *Alteraciones a la respuesta emocional.* Comportamientos ambientales de sobreprotección o de conspiración del silencio.
- *Adaptación de la familia.* Existen diversos patrones familiares:

- Patrón tipo I, donde se habla sin tabúes de la muerte y la enfermedad.
- Patrón tipo II. El paciente conoce el pronóstico, pero vive de forma positiva su enfermedad.
- Patrón tipo III: la comunicación entre el paciente y la familia es prácticamente inexistente.

Las características familiares que favorecen la adaptación del paciente son la flexibilidad de la organización, cohesión en las relaciones intra y extrafamiliares y, por último, que exista comunicación entre los miembros de la familia.

Necesidades en la familia del paciente domiciliario

Podemos distinguir las siguientes necesidades en la mayoría de las familias que acogen a un paciente que precisa de cuidados domiciliarios:

- Necesidad de una información clara y realista, de asegurarse que se está haciendo todo lo posible, de contar con disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados, de participar en el cuidado de su enfermo. La información debe dirigirse hacia los siguientes aspectos:
 - Enfermedad: diagnóstico, evolución, en qué consiste, posibilidades de tratamiento.
 - Necesidades concretas del cuidado: cuidados que precisa en enfermo, prevención de com-

plicaciones y cómo actuar si se presentan, cómo mantener su dignidad como persona y cómo actuar ante situaciones concretas.

- Cómo obtener ayuda, sobre recursos socio-sanitarios, redes de apoyo, etc.
- Necesidad de compañía y de apoyo emocional, de airear sentimientos de conservar la esperanza. Es muy importante que los entrenamientos a familiares sean flexiblemente estructurados e individualmente orientados. Se hará de forma progresiva y práctica, acerca de aspectos básicos, como alimentación, higiene, cambios posturales, curaciones administración de medicamentos, control de ciertos síntomas, pautas de actuación ante determinadas crisis o de soporte emocional (ayudas desde otro ámbito: amigos, asociaciones, etc.
- Se deberá potenciar el rol terapéutico familiar, tanto en la toma de decisiones como en la adecuación de objetivos.

Claudicación familiar

Se trata de la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Puede estar causada por aparición de síntomas nuevos, sentimientos de pérdida o miedos, dudas sobre el tratamiento o evolución de la enfermedad... Entre los factores que pueden intervenir en su aparición está el tipo

de familia, el lugar de residencia, la trayectoria de la enfermedad, las expectativas anteriores, vigencia de problemas no resueltos, etc. En los casos en que se produzca este cuadro de claudicación, se hace imprescindible la derivación del paciente a una institución donde pueda recibir los cuidados que precisa. Además, es preciso tener en cuenta que la sobrecarga familiar, y particularmente la claudicación, son los principales factores de riesgo de los diferentes tipos de maltrato hacia los pacientes que sufren dependencia. De ahí la importancia de prevenir este cuadro, fundamentalmente por medio del apoyo profesional, formación e información de cuidadores y uso de los recursos sociales disponibles.

La familia debe ser tratada junto con el paciente como una unidad, y en ellos realizaremos una escucha de sus demandas, informando puntual y continuamente sobre la evolución, se hará un entrenamiento de las tareas a realizar, dando apoyo psicoemocional individual y grupal.

EL CUIDADOR PRINCIPAL

El cuidador principal (CP) puede definirse como la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsabilidades reales y disposición para su atención al enfermo. Según Wilson (1989), se define el cuidador principal como aquel individuo que cumple las siguientes funciones para con el paciente:

- Asume las principales tareas de cuidado.

- Es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

Perfil del cuidador principal

En nuestro país es el de una mujer, esposa o hija del enfermo, que supera la edad de 40 años, con exigua información acerca de esta patología y que soporta además otras cargas familiares y/o profesionales. El CP soporta cada día retos imprevistos, presentando alteraciones en su salud física y emocional. Es importante que se identifique con su rol, que tenga momentos de reposo y que la enfermedad no suponga una carga inabarcable.

Sobrecarga del cuidador principal

Se puede definir la sobrecarga del cuidador principal como un «estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidado del enfermo. Según Robinson, la sobrecarga experimentada por el cuidador principal puede dividirse en dos vertientes:

- La primera sería la sobrecarga objetiva del cuidador, que se debería inexorablemente al desempeño de las tareas de cuidado, como, por ejemplo, asear al enfermo, alimentarlo, etc.

- La segunda sería la sobrecarga subjetiva del cuidador, y ésta se referiría al plano de los sentimientos y emociones, que le provocan dicha labor de cuidado.

Entre las causas posibles motivadoras de este estado de sobrecarga se encontrarían las siguientes:

- Evaluación de los propios cuidadores acerca de las conductas que realizan, así como la percepción de la evolución de la enfermedad de su familiar enfermo.
- Percepción de los cuidadores al experimentar el conflicto de roles, posiblemente debido a su progresiva mayor implicación en la tarea de cuidado.
- Evaluación que hace el mismo cuidador de la posible influencia de las tareas de cuidado que realiza sobre su vida y cuidado personal.

Existen una serie de condicionantes que pueden influir además en una mayor sobrecarga del cuidador principal: edad (a mayor edad, mayor sobrecarga), sexo (no existen diferencias estadísticas entre hombres y mujeres, con respecto al grado de sobrecarga), número de hijos (mayor sobrecarga a mayor número de hijos del cuidador principal), nivel sociocultural (parece ser que a mayor nivel cultural, mayor frecuencia de trabajo fuera de casa y mayor posibilidad de sobrecarga), nivel económico (a menor nivel económico, mayor sobrecarga), vínculo con el enfermo (mayor sobrecarga en los cuidadores cónyuges que en el resto de vínculos

familiares con el enfermo), tiempo de cuidados (a mayor tiempo de dedicación de cuidados, menor sobrecarga experimentan los cuidadores).

Por todo lo expuesto, se deduce que la repercusión en la salud bio-psico-social del colectivo de familiares cuidadores es tan notable que constituye un grupo de riesgo que hay que atender y cuidar, no sólo para que tengan un nivel de calidad de vida aceptables, sino también para que puedan continuar con su labor de proveedores de atención y cuidado de sus familiares.

La adecuada atención y asistencia tanto del enfermo como de los familiares cuidadores requiere un concepto de actuación global y coordinada en distintos niveles: AP, atención especializada y servicios sociales. Es en este necesario modelo sociosanitario interdisciplinar donde la familia debe ser considerada como parte integrante de la asistencia continua, en su papel de proveedora de atención y cuidado, como también destino de atención y asistencia, desarrollando programas de apoyo al cuidador, mediante ayudas domiciliarias, ofertando dispositivos sociosanitarios intermedios, como servicios de respiro temporal o centros de día, incrementando el número de plazas residenciales, potenciando la realización de programas de información, formación y apoyo psicológico, promoviendo ayudas económicas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Palomo L, Gervás J, García A, Pérez de Arriba J, Velasco J, Tejerina M. Estado de salud, capacidad de ayuda familiar y utiliza-

ción de servicios sanitarios por pacientes crónicos confinados a domicilio. SEMERGEN 1998; 24 (6): 441-53.

López O, Lorenzo A, Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999; 24 (7): 404-10.

Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria 2000; 26 (4): 53-67.

Vázquez J. Entorno familiar y paciente crónico. En: Atención domiciliaria a pacientes crónicos. XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Madrid, 1999.

Francisco C, Mazarrasa L. La familia y la clase social. En: Sánchez A (dir.). Enfermería Comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000: 303-17.

Gómez Bustos F. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34 (3): 141-9.

Biurru Unzué A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (6): 325-30.

Modelos de organización de la Atención Domiciliaria

Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola

Espedialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Especialista en Geriátría. Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid

Existen muy diversos modelos asistenciales de atención al paciente recluido en domicilio. Tanto a nivel nacional como internacional se han ensayado diversas formas de actuación, con diferentes profesionales involucrados, diferente dependencia funcional (AP, AE, ayuntamientos, organizaciones privadas con y sin ánimo de lucro...), dirigidos a diferente tipología de pacientes (POT, PG, insuficiencias orgánicas... o bien a todo paciente domiciliario). Muchas de estas iniciativas ni siquiera se han evaluado, y otras han mostrado diversos beneficios, en general parciales, tanto a nivel de eficacia y eficiencia como en términos de calidad de vida de paciente y cuidadores.

Sin embargo, sí existe un modelo asistencial de referencia. En la actualidad, no se discute que la responsabilidad principal de la AD recae, y debe seguir recayendo, en el EAP (médico, profesional de enfermería, trabajador social) según el modelo de AP definido en la Conferencia de Alma Ata. Los principales motivos de esto son conceptuales y filosóficos (el domicilio como ámbito asistencial, la continuidad asisten-

cial, los principios de la AP...), de eficacia (proximidad, disponibilidad, atención integral, conocimiento del ámbito familiar y la biografía del paciente...) y de eficiencia (es la asistencia menos costosa).

En general, el resto de «modelos asistenciales» son, en realidad, diferentes fórmulas de apoyo al EAP que pretenden dar respuesta a la progresiva sobrecarga asistencial domiciliaria, derivada del aumento de pacientes que precisan esta atención y de su mayor complejidad clínica, funcional, mental y, sobre todo, social. Por tanto, estos recursos tienen en común las siguientes características:

- Ofrecen apoyo asistencial al EAP.
- También ofrecen apoyo en la coordinación entre niveles asistenciales (AP-AE) y con los recursos sociales, de los que en ocasiones, disponen directamente.
- Están compuestos por equipos multidisciplinares.
- Su actuación suele ser «puntual»: tras una intervención más o menos prolongada, cesa su responsabilidad hacia el paciente, que vuelve a ser íntegramente del EAP. No son una excepción a esta regla las Unidades de Cuidados Paliativos, aunque su intervención suele finalizar con la defunción del paciente.
- No atienden a la totalidad de pacientes domiciliarios, sino que orientan su actividad hacia diferentes perfiles de pacientes, en función de

la especialidad o «subespecialidad» de los integrantes del equipo: POT, PG, ICC, etc.

Dada la variedad y diferente nivel de implantación de estos recursos, no se pretende aquí realizar una exposición exhaustiva de ellos ni tampoco una comparación de su eficacia o eficiencia, lo que no es posible dada la escasez de datos existentes. Nos limitaremos a exponer los recursos más arraigados en nuestro país, aun a sabiendas de que su implantación no es, ni mucho menos, generalizada en todo el territorio nacional. Existen notables diferencias en cuanto a la equidad en el acceso de la población a estos servicios, que debe ser corregida por las diferentes administraciones.

Los equipos de apoyo dependientes de AP (ESAD y PADES fundamentalmente) y la atención geriátrica en domicilio (AGD) tienen la virtud de **no fragmentar la AD, ni crear «redes paralelas»**; otras unidades y recursos, en función de su dependencia funcional y metodología de trabajo, sí pueden crear estos inconvenientes, que pueden perjudicar al usuario y son inaceptables para la AP.

EQUIPOS DE APOYO DEPENDIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Programas de AD con equipo de soporte

ESAD

En 1998, se desarrollaron los ESAD en tres Áreas Sanitarias de Madrid, a partir de equipos de cuida-

dos paliativos. Los buenos resultados de la evaluación (uso más racional de recursos, disminución de ingresos hospitalarios, colaboración asistencial, en la coordinación y docencia a los miembros del EAP, mejoría en la calidad de vida de pacientes y cuidadores), aconsejaron la extensión del programa a otras Áreas del antiguo territorio del INSALUD, como «unidades de apoyo» a los programas previos de AP para la AD: programa de AD, programa de atención al paciente terminal y programa de atención al paciente con sida.

– **Objetivos del programa:**

- **Objetivos generales:** mejorar la calidad de la AD y promover el domicilio como lugar de atención.
- **Objetivos específicos:**
 - Adecuada organización de la AD desde AP.
 - Ofrecer una atención integral de calidad a pacientes y cuidadores: control de síntomas, promover el autocuidado, apoyar al cuidador.
 - Mejorar la coordinación entre los diversos recursos sociales y sanitarios, estableciendo los acuerdos y canales de coordinación necesarios: AE (servicios clínicos y centrales), servicios sociales, comisión sociosanitaria, hospitales de larga estancia y de apoyo.

- Mejorar las capacidades de los profesionales de AP implicados en el programa.
 - Promover el desarrollo de investigación en temas de AD.
 - Apoyar a las familias: formación e información a los cuidadores, coordinación con recursos sociales.
- **Recursos humanos:** dependen funcional y administrativamente de AP.
 - Dos médicos con experiencia en geriatría, cuidados paliativos y atención a inmovilizados complejos.
 - Dos profesionales de enfermería con experiencia en técnicas diagnósticas y terapéuticas, valoración de necesidades y planificación en Atención Domiciliaria.
 - Un auxiliar de enfermería.
 - Un auxiliar administrativo.
 - Un trabajador social «a tiempo parcial».
- **Funciones del ESAD:**
 - Asistencial:
 - Apoyar y complementar al EAP en las siguientes circunstancias: valoración inicial conjunta en domicilio, seguimiento del paciente cuando su curso clínico lo requiera y apoyo en técnicas, para mantener tratamientos en domicilio.

- Atención directa a pacientes no incluidos en programas de AD.
- Coordinación:
 - Hospital de referencia:
 - * Ingresos (incluye la valoración del riesgo social junto con el trabajador social).
 - * Servicio de farmacia, para administración de fármacos en domicilio.
 - * Servicios «diana»: geriatría, oncología, radioterapia, medicina interna, urgencias, nutrición, ... mediante:
 - Sesiones clínicas.
 - Transferencia de pacientes.
 - Consultas directas.
 - Hospitales de apoyo y larga estancia, para ingresos y altas.
 - Servicio de farmacia de AP.
 - Unidades de urgencias de AP.
 - Otros recursos sociosanitarios del Área.
- Docencia, en coordinación con la unidad docente del Área.
- Investigación, mediante la participación en la comisión de investigación del Área.

Los ESAD apoyan a los profesionales del EAP en la AD a todo tipo de pacientes, independientemente de su edad y patología.

PADES

Se pueden considerar los primeros equipos de apoyo en la AD a los EAP, ya que fueron creados en 1990 por el Instituto Catalán de la Salud, dentro del programa «Vida a los Años». Sus funciones de soporte a la AP, atención directa y coordinación con AE son muy similares a las previamente descritas de los ESAD. Aunque al igual que éstos, su financiación es pública, su gestión es en un 70% privada y en un 30% pública.

Su composición es también similar a la de los ESAD. En Cataluña, tienen acceso a estos equipos más del 90% de la población.

Ambos equipos de soporte tienen una serie de limitaciones, entre las que destacan:

- Horario limitado, generalmente hasta las cinco de la tarde; tampoco ofrecen servicio los fines de semana ni acceso telefónico 24 horas.
- La atención urgente, en la mayoría de los casos, se realiza con recursos propios de los EAP y de AE.
- Debido a factores como la sobrecarga asistencial y la dispersión, existe dificultad para realizar visitas domiciliarias conjuntas con los profesionales de EAP.

ATENCIÓN GERIÁTRICA EN DOMICILIO

La asistencia formal a las personas mayores en domicilio empezó a desarrollarse en los años cuaren-

ta del siglo pasado, sobre todo en los Estados Unidos y en Inglaterra. Ha sido sobre todo en este último país, donde se ha ido extendiendo más la atención geriátrica domiciliaria, tanto en cobertura como en especialización de los profesionales que acuden al domicilio. El Servicio Nacional de Salud inglés define la AD como «un servicio público que permite que se llame a un especialista al domicilio de un paciente, a requerimiento del médico general, por lo común en presencia de éste, para aconsejar sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que no puedan asistir al hospital por motivos médicos».

En nuestro país, la AGD especializada dio comienzo en 1978, en el Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. Posteriormente, otros servicios hospitalarios de Geriátrica han desarrollado sus propias unidades de AGD, compartiendo básicamente los mismos objetivos y funciones, aunque la escasez actual de estos servicios sigue limitando el acceso de la mayor parte de población a una atención especializada geriátrica en domicilio, con base hospitalaria.

El objetivo principal de la AGD es favorecer la permanencia en domicilio de las personas mayores que no precisen institucionalización, durante el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones asistenciales posibles. Existen cinco criterios básicos que indican la necesidad de actuación de AGD:

1. El paciente no precisa ser institucionalizado en residencia ni en hospital. Desafortunadamen-

te, es frecuente que la escasez de estos recursos obligue a atender en domicilio a pacientes en situación sanitaria y/o social precarias.

2. Debe existir un equilibrio adecuado entre la cobertura sanitaria y social que recibe el paciente. Al menos las siguientes seis tareas básicas deben estar garantizadas:
 - a) Apoyo emocional al paciente.
 - b) Vigilancia de las constantes básicas.
 - c) Asistencia física.
 - d) Tareas del hogar.
 - e) Administración del tratamiento.
 - f) Solicitud de ayuda.
3. Imposibilidad o gran dificultad para salir del domicilio y recibir atención ambulatoria.
4. Superar las posibilidades reales de la AP. La AGD debe apoyar a la AP, evitando convertirse en un recurso alternativo o paralelo.
5. Debe ser aceptada por parte del paciente y de los cuidadores.

Aunque todos los pacientes geriátricos recluidos en domicilio se pueden beneficiar de la VGI realizada por profesionales especializados en geriatría en el domicilio, en los siguientes grupos de pacientes la eficacia es superior:

1. Pacientes muy ancianos.
2. Pacientes con síntomas psiquiátricos.

3. Los que sufren síndromes geriátricos.
4. Diferentes tipos de deterioro cognitivo.
5. Pacientes con déficit de visión.
6. Bajo nivel educacional.
7. Pluripatología y polifarmacia.
8. Pacientes con déficit funcionales.

Las principales diferencias con los ESAD son las siguientes:

- La población diana de la AGD es el «paciente geriátrico» (ver más arriba).
- La AGD es un nivel asistencial perteneciente a un servicio hospitalario de geriatría. Por lo tanto, suele disponer del resto de niveles (unidad geriátrica de agudos, hospital de día, unidad de rehabilitación, consultas externas de geriatría) que precisen los pacientes geriátricos con mayor seguridad y fluidez. Sin embargo, al no ser un recurso propio de AP la coordinación con ésta puede ser menos intensa.
- Los médicos de AGD son siempre especialistas en geriatría, lo que en el momento actual no se garantiza en los ESAD, donde el perfil profesional de los facultativos queda a discreción de la Gerencia de AP.
- Habitualmente, la función de coordinación con el resto de servicios hospitalarios es una

preocupación menor en AGD respecto a los ESAD.

UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Como en el caso de la AGD, es también en los países anglosajones, y en especial Canadá y Gran Bretaña, donde más se han desarrollado este tipo de unidades, tanto desde un ámbito hospitalario (generalmente fuera de los hospitales generales) como comunitario, existiendo también unidades mixtas. En nuestro país, es solamente en los últimos años cuando está teniendo lugar un desarrollo significativo de UCPs, desafortunadamente de un modo anárquico, tanto en su ubicación (hospitales generales, hospitales de apoyo, AP...), dependencia funcional y administrativa (servicios hospitalarios de oncología, AP, ayuntamientos, ONGs, entidades privadas...), dotación de profesionales y formación específica de éstos (médicos generales con mayor o menor formación en cuidados paliativos, oncólogos, internistas, geriatras,...) como en la distribución en diferentes Áreas sanitarias y Comunidades Autónomas. Por lo tanto, tampoco podemos aquí hablar de equidad en la distribución de recursos, si bien se percibe un esfuerzo de las diferentes administraciones en la dotación de este tipo de unidades. Este esfuerzo es particularmente notorio en Cataluña, donde en la actualidad más del 90% de la población puede acceder a estos recursos, tanto por medio de los mencionados PADES como de UCPs de base hospitalaria.

El modelo más extendido consiste en unidades de AD compuestos por 1-2 médicos, dos profesionales de enfermería y un trabajador social, pudiendo disponer ocasionalmente de otros profesionales, sobre todo psicólogos. Suelen disponer de camas para la hospitalización (control de síntomas, descarga de cuidadores, atención a la agonía), generalmente ubicadas en hospitales de apoyo o incluso en residencias asistidas. Con frecuencia, su dependencia es de ONGs y órdenes religiosas (Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, orden de San Juan de Dios, orden de San Camilo...) y se integran en la sanidad pública mediante conciertos con la Administración.

Si bien existe una tendencia progresiva en la mejora de diversos aspectos asistenciales y de coordinación, se puede mencionar las siguientes limitaciones en la mayoría de estas unidades:

- Escasa formación específica de los profesionales.
- Tendencia a la organización como «redes paralelas» respecto a la AP.
- Escasa actividad de coordinación tanto con AP como con AE y recursos sociales de la comunidad.
- Con frecuencia, limitan su actividad a la atención a los POT, excluyendo a los pacientes en estadio terminal de enfermedades no oncológicas.

- La dependencia de ONGs no garantiza la continuidad en el tiempo de estas unidades.
- Escasa formación y dedicación al resto de patologías que puede presentar el POT; dado que la mayoría de estos pacientes presentan edades avanzadas y pluripatología, esta limitación resulta de especial importancia para asegurar una óptima calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 719-25.

Leff M. Community-based long-term care and home care. En: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, eds. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 5.ª ed. New York: McGraw-Hill; 2003.

Modelos de organización de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria. Barcelona: Ed. semFYC; 2000.

Proyecto del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte. En: Área 1, 2 y 4. Documento de Atención Domiciliaria-INSALUD. Madrid; 1998.

Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodelles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria* 2001; 20: 652-6.

Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Pall Med* 2001; 15: 271-8.

Stuck AE. Home visits to prevent nursing home admissions and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; 287: 1022-33.

Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Arch Intern Med 2000; 160: 1825-33.

Continuidad asistencial en Atención Domiciliaria

Dra. Dulce Ramírez Puerta

*Médico de Atención Primaria. Hospital General
de Guadalajara*

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES Y SISTEMAS DE SALUD

En nuestro país, desde hace algunos años, todas las organizaciones sanitarias y sociales consideran la AD como una alternativa atractiva y viable en la prestación de servicios personales, que hasta hace poco tiempo sólo se ofertaban en un entorno más institucionalizado. La AD dirigida a los pacientes con patología aguda, crónica o terminal se ha ido incluyendo como parte de la cartera de los centros de salud españoles. Nuestro modelo organizativo se inspiró en el de los países del norte de Europa, donde los equipos desarrollan un conjunto integrado de actividades, tanto en el centro como en el domicilio. Mantienen la continuidad de la atención, sin que la asistencia quede fragmentada por el grado de afectación o de incapacidad del paciente. El equipo es responsable del paciente a lo largo de toda su vida, no sólo en ciertos episodios concretos de manera aislada. Por ello, la AD ha sido incluida como una actividad más a desarrollar por los equipos de AP, y debe existir una buena coordinación

entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad de dichos cuidados.

El desarrollo de los equipos de soporte (ESAD) en AD es un hecho frecuente, especialmente en el cuidado de los pacientes geriátricos, neoplásicos y/o con SIDA, incluso en países donde la atención a domicilio por parte de la AP ha adquirido un papel relevante dentro del Sistema Sanitario. En principio, deberían llevar a cabo una función de «soporte» de una atención en la que el máximo responsable es el médico de familia y la enfermera comunitaria de referencia. No obstante, la excesiva derivación y exclusión de los pacientes por parte de algunos profesionales de AP ha llevado a situaciones en las que el equipo de soporte se convierte en el único responsable de la atención a domicilio, intercambiando inapropiadamente el rol que, en principio, cada equipo tenía asignado. La coordinación entre AP y el equipo de AD comprendido como Unidad Básica Asistencial (UBA) y el ESAD es también imprescindible para garantizar la continuidad de cuidados en AD.

Si bien está claro que los dispositivos de AP resolverán la mayor parte de la atención a domicilio, todos los agentes del sistema sanitario y social están llamados a buscar espacios de convergencia y complementariedad. La rígida jerarquización de los servicios de salud por niveles asistenciales debería dejar paso a un nuevo modelo que permeabilice las barreras físicas de nuestras organizaciones. Vemos, pues, cómo determinadas líneas de servicio, entre ellas la atención a domi-

cilio, requieren la adopción de una nueva filosofía asistencial. Es lo que en el mundo anglosajón se conoce por «Shared Care» o en los Países Bajos «Transmural Care». En nuestro país una traducción que se aproxime a este concepto sería probablemente **«atención compartida»**. Este nuevo modelo asistencial pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la AD, sobre la base de una responsabilidad compartida entre las instituciones existentes en el Sistema Sanitario y social.

A continuación se describen algunas propuestas que actuarían como agentes de cambio:

Utilización «correcta» de los Equipos de Soporte en AD

Debe potenciarse que los Equipos de AP se responsabilicen de la AD de sus pacientes ancianos, incapacitados y terminales y evitar que los equipos de soporte caigan en la «sustitución» de funciones de los primeros, creando una red asistencial paralela. No obstante, existen áreas en las que los equipos de soporte pueden aportar un «valor añadido» a los equipos como «unidades especializadas», especialmente en pacientes de mayor complejidad.

La incorporación de nuevos profesionales y servicios

La incorporación de recursos humanos de otras disciplinas en esta actividad asistencial en el domici-

lio ayudaría a la provisión de una atención más integral y completa.

Desarrollo y consolidación de mejores infraestructuras

La organización de servicios de AD debería integrar la valoración de riesgos en el hogar y la provisión de ayudas técnicas y adaptaciones. La puesta en funcionamiento de iniciativas conjuntas por parte de los servicios sanitarios y sociales de la comunidad posibilitaría el llevar a cabo una planificación y gestión compartida de estos almacenes.

Protocolización y formación conjunta

Esto determinaría la participación en la elaboración de protocolos de actuación conjunta y programas de formación común, especialmente en aquellos procesos en los que la continuidad asistencial deba estar garantizada. Éste es un elemento importante para desarrollar cultura de atención compartida.

La financiación

Debería explorarse en la literatura las experiencias existentes en la definición del «case-mix» de los pacientes atendidos en AD. Sería deseable avanzar en un camino similar al emprendido por el sector hospitalario y/o sociosanitario desde hace años (DRG's, PMC's). Sin una financiación apropiada de estos ser-

vicios en relación a un «case-mix» no se favorecerá que nuestras organizaciones en AP comprometan más recursos.

Las plataformas de coordinación sociosanitaria como equipo gestor de casos

La consolidación de algunas experiencias ya existentes en el país podría constituir una oportunidad para ampliar la función principal de gestión de listas de espera en el acceso a los recursos sociosanitarios a otras nuevas, como, por ejemplo, la intervención en programas de formación o la difusión y discusión con los equipos de AP sobre la utilización de los recursos sociosanitarios disponibles y la potenciación de otros nuevos no existentes.

Coordinación/integración de servicios sanitarios y servicios sociales

La AD debería superar esta provisión dicotómica de servicios, en pacientes que tienen necesidades sanitarias y sociales, difícilmente separables. El municipio constituye un «territorio natural común» sobre el que desplegar y articular «servicios de atención personal integrados».

Construcción de alianzas estratégicas entre las partes del sistema sanitario y social

De la misma manera que en otros sectores, las alianzas constituyen una estrategia de eficacia con-

trastada en el desarrollo de nuevos productos y servicios. Existen experiencias de atención compartida en otros países en las que se configuran nuevos servicios con la aportación de recursos de dos o más organizaciones del sector. Éste sería el caso de la creación de servicios de enfermeras clínicas de enlace, cuidados paliativos, heridas u ostomías que dan soporte a pacientes hospitalizados y a los equipos de AP como consultoras, o el desarrollo de almacenes de ayudas técnicas o adaptaciones gestionados conjuntamente entre los servicios comunitarios sanitarios y sociales.

Podríamos concluir que la AP está en buena disposición para abordar la AD desde una perspectiva integral. El modelo de atención de larga duración que se impone en los países desarrollados está centrado en los servicios de AP sanitarios y sociales, basado en las necesidades de la persona con pérdidas de autonomía y de sus cuidadores principales. El desarrollo no planificado de unidades específicas implica un modelo dirigido a la enfermedad que sólo está presente durante ésta. Todo ello contribuye a la creación de una red paralela y la fragmentación del sistema de provisión de cuidados en el domicilio. Es necesario «dimensionar» adecuadamente las plantillas de los centros de salud, formar a sus profesionales en áreas deficitarias y adoptar formas de organización interna y de coordinación externa eficaces para llevar a cabo una atención integral de calidad desde la AP.

CONTROL DOMICILIARIO POST-ALTA HOSPITALARIA

También el desarrollo de la hospitalización a domicilio en nuestro país no debería llevarse a cabo de forma ajena a la AP constituyendo una red paralela de servicios, organizada y llevada a cabo exclusivamente por profesionales hospitalarios. La AP debería tener un peso específico en el desarrollo de estos programas, compartiendo responsabilidades y actividades.

Algunas propuestas para la coordinación en este sentido son las siguientes:

«Planificación» del alta hospitalaria

La implantación de un «alta de calidad» en el contrato-programa entre los proveedores (hospital, centros sociosanitarios) y las agencias de contratación territoriales mejoraría probablemente la situación actual. Ésta incluiría un informe médico y de enfermería al alta y el contacto telefónico directo, especialmente en los pacientes de mayor complejidad. Podría también proponerse la definición de un perfil de «paciente de alto riesgo de readmisión» para que en su domicilio se beneficie de intervenciones específicas por parte de los servicios comunitarios que prevengan su retorno al hospital

La hospitalización a domicilio «compartida»

La hospitalización a domicilio (HD) podría definirse como un servicio en el que se dispensa atención

médica y cuidados en el domicilio del paciente, con una intensidad y frecuencia comparable a la que se le habría proporcionado en el marco de una hospitalización convencional. Los pacientes atendidos por estas unidades han de presentar una situación de estabilidad clínica y no han de presentar ningún criterio indicador de mala evolución en su proceso médico o quirúrgico. Generalmente se excluyen aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de padecer una complicación.

En nuestro país se ha asociado el concepto de HD a una actividad en la que el hospital es la única entidad proveedora capaz de llevarla a cabo. Revisando la bibliografía internacional se observa que no siempre es así. Atendiendo a la orientación del sistema sanitario existen diferentes modelos de programas de HD. El desarrollo de ésta en nuestro país no debería llevarse a cabo de forma ajena a la AP, constituyendo una red paralela de servicios, organizada y llevada a cabo exclusivamente por profesionales hospitalarios. La AP debería tener un peso específico en el desarrollo de estos programas, compartiendo responsabilidad clínica, organizativa y financiera con el hospital. Las diferencias principales entre la AD y la hospitalización a domicilio se especifican en el capítulo 8.

Concluyendo, en la medida en que se introduzcan nuevas tecnologías y se reestructuren los cuidados; es decir, que se modifiquen los hábitos de trabajo que se realizan en el hospital, los programas de hospitalización domiciliaria podrán dar mayor y mejor respuesta. La

atención factible de pacientes agudos en su domicilio permitirá, con toda seguridad, relativizar toda una serie de actuaciones que se repiten de forma rutinaria y que no aportan en muchas ocasiones información relevante o simplemente distorsionan el descanso del paciente.

EL PACIENTE ROTATORIO

Una enfermedad invalidante o la pérdida de la pareja suelen ser los desencadenantes más habituales de las migraciones periódicas de los mayores de un hogar a otro. Las nuevas condiciones socioeconómicas han favorecido que muchas familias tengan que repartirse su cuidado; constituyendo un problema adicional a la continuidad de cuidados en este tipo de pacientes conocidos como «pacientes migratorios» o «rotatorios» o «desplazados».

Los mayores desplazados no se contemplan dentro de los cupos asistenciales. Para el sistema es como si no hubieran cambiado de centro. Existe la necesidad de establecer un mecanismo de registro de estos pacientes que permita reconocer situaciones de sobrecarga y, por ejemplo, dotar con personal de refuerzo a los centros situados en barrios que reciban más pacientes «migratorios». El problema aún es mayor si además estos pacientes, por sus características, son susceptibles de AD. De nuevo la coordinación es esencial para garantizar la continuidad de cuidados de estos pacientes; coordinación a distintos niveles:

- A nivel asistencial en la UBA: entre personal médico, de enfermería y de asistencia social.
- A nivel intersectorial: entre distintas áreas sanitarias o incluso entre distintas Comunidades Autónomas:
- Entre niveles asistenciales.

Para estructurar y organizar la atención sanitaria de este colectivo es fundamental facilitar el movimiento de los documentos clínicos, ya que es ésta la vía para mejorar la información de los distintos sanitarios que asisten a estos mayores y asegurar una prestación de mayor calidad y una continuidad de servicios. El ideal es poder disponer de la historia clínica de estos pacientes, posibilidad que en el futuro podrá discutirse con la incorporación de nuevas tecnologías y sistemas de informatización (historia clínica informatizada); pero que mientras que esta solución sea factible en todos los ámbitos, debería garantizarse unas mínimas soluciones intermedias. En este sentido se han realizado diversos estudios pilotos con la utilización de documentos que incluyen diagnósticos y tratamientos del paciente y que viajan siempre con estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

Contel J. La Atención Domiciliaria como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25 (8): 22-8.

Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente razonable. *Atención Primaria* 1999; 24 (3); 162-8.

Halamandaris V.J. Home Care poised for greater demand. *Journal of AHIMA* 2000; 71(5): 38-9.

Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, et al. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalised Elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281 (7): 613-20.

Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, de Witte L, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly living in the community: systematic review. *BMJ* 2000; 320: 754-8.

Colomer J. Hospitalización a domicilio: un sistema alternativo. En: Contel J, et al. *Atención Domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: 1999; cap. 4, pp: 39-44.

Diferencias entre Atención Domiciliaria y hospitalización a domicilio

Dr. José Manuel Esteban Sobreviela

Médico de Familia. Centro de Salud Vicente i Clave. Valencia

En los últimos años se ha podido observar una tendencia creciente a sustituir la prestación de la atención a los pacientes desde la hospitalización convencional hacia la comunidad. De ello no sólo se infiere que el hospital se haya desplazado al domicilio (Hospitalización a Domicilio, HD) sino que muchos cuidados al paciente han vuelto a su medio natural, la AP, que reasume competencias o usos involuntariamente devaluados. Siguiendo esta misma línea han aparecido otras Unidades o Servicios tales como los Hospitales de Día, la Cirugía Mayor Ambulatoria, etc.

En nuestro país la HD es todavía poco conocida, tanto por la población general como por los propios profesionales sanitarios. Existe en la actualidad una gran diversidad en el perfil de pacientes atendidos. Si en su inicio, la mayoría de los programas de HD atendían esencialmente a pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas, en los últimos años se ha ido añadiendo la atención a pacientes agudos y el control postoperatorio de pacientes quirúrgicos.

La HD consiste en la externalización de la asistencia hospitalaria tradicional a enfermos que padecen procesos agudos o reagudización de enfermedades crónicas, que se realiza en el propio domicilio del paciente como medida para favorecer su recuperación (al desarrollarse en un ambiente familiar); pretende además evitar algunas de las posibles consecuencias perniciosas del ingreso en un hospital, como son las enfermedades nosocomiales, la desorientación témporo-espacial, etc. Es el «hospital de agudos en la casa del paciente». Otros factores que han impulsado el actual desarrollo de la HD son la necesidad de reducir costes en la asistencia hospitalaria (aunque la bibliografía existente es contradictoria en este sentido) y la competencia entre especialidades por asumir diferentes tipos de patologías.

Como ya se ha señalado en el primer capítulo, existe un cierto grado de confusión entre este concepto asistencial y la AD prestada desde AP, que comparten un hecho común, la atención en el domicilio de los pacientes, y múltiples diferencias organizativas. Las diferencias, desde un punto de vista fundamentalmente organizativo, entre uno y otro, son:

Atención Domiciliaria

1. Atención a pacientes crónicos, terminales de cualquier patología e inmovilizados. Es un proceso longitudinal.
2. La organización depende de las Gerencias de AP.

3. Los recursos con que se organiza son los propios de la AP.
4. Los profesionales de AP se convierten en referentes y responsables últimos de la asistencia, prestando los profesionales de Atención Especializada una función de apoyo, casi nunca mediante visitas domiciliarias.

Hospitalización a Domicilio

1. Atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas); es un proceso transversal.
2. La organización depende de las Gerencias de los Hospitales.
3. Cuenta con recursos de la Atención Especializada.
4. Son los profesionales del Hospital los que proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de AP elementos de apoyo.

CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Básicamente, la HD se debe caracterizar por una serie de factores que determinan la idoneidad de la misma:

- Un servicio en el que se dispensa atención médica y cuidados de enfermería en el domicilio del paciente.

- Con una intensidad, frecuencia y calidad asistencial comparables a las que se les proporcionaría mediante una hospitalización convencional (HC).
- Los pacientes:
 - Han de estar en una situación de estabilidad clínica.
 - No han de presentar ningún criterio indicador de mala evolución en su proceso.
 - Aceptan la HD voluntariamente, tras ser informados.
 - Se excluyen aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de padecer alguna complicación. En este caso la HC sigue siendo la mejor alternativa.
- La intervención asistencial es limitada en el tiempo, como corresponde a la HC.
- Incluye programas de soporte a tratamientos o de alta tecnología destinados a pacientes con escasa incapacidad funcional, pero que, de no disponer de estos servicios, deberían permanecer ingresados en el hospital (ventilación mecánica, antibioterapia endovenosa, nutrición parenteral...).
- Un apoyo familiar y social efectivo.
- El domicilio es accesible, en general a menos de una hora del hospital (modificable en función

de las características demográficas y geográficas de la zona).

- La vivienda está suficientemente adaptada a las necesidades y existe línea telefónica disponible.
- Se dispone de informe clínico de su estancia en el centro.
- El paciente no precisa otro nivel de atención (en virtud del modelo tradicional aplicado, a pesar de lo cual, y como se dirá más adelante, el futuro pasa por la cooperación entre niveles y servicios).

Tabla 1. Diferencias entre la Atención Domiciliaria y la hospitalización domiciliaria.

Aspectos	Atención Domiciliaria	Hospitalización a domicilio
Criterios de ingreso	No	Sí
Objetivo	Prevenir la hospitalización	Sustituir la hospitalización
Dependencia de los profesionales	Área Básica de Salud	Hospital
Dependencia de los pacientes	Área Básica de Salud	Hospital
Tipología de los pacientes	Agudos / crónicos	Agudos / crónicos agudizados
Técnicas	Poco intensivas y complejas	Intensivas y complejas
Tratamientos	Poco intensivos y complejos	Intensivos y complejos
Seguimiento	Tiempo ilimitado	Tiempo limitado
Prevención	Mayor dedicación	Menor dedicación
Educación	Mayor dedicación	Menor dedicación

Fuente: Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Germans Trias i Pujol, de Badalona (Barcelona) LCP.

Aunque en España se ha asociado tradicionalmente el concepto de HD a una actividad en la que el hospital es la única entidad proveedora capaz de llevarla a cabo, revisando la bibliografía internacional se observa que no siempre es así y que coexisten varios modelos: el hospitalario, el de AP y uno mixto, de Atención Compartida (*shared care* o *transmural care*).

Si los modelos ideales no existen, sí parece conveniente trabajar en una línea de colaboración o de trabajo sinérgico entre Atención Especializada y Primaria, cada una de ellas en la medida de sus recursos y servicios asignados, lo cual debe redundar en una mayor calidad de la asistencia al paciente. No obstante, a estos dos niveles asistenciales debemos añadir un tercero, la Atención Sociosanitaria, que evita una excesiva medicalización del domicilio y de los problemas de los pacientes (de tipo social, familiar, económico, barreras arquitectónicas...) más centrados en el deterioro de su capacidad funcional que en los propios de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Si la HD ha sido dibujada a grandes rasgos, queda el porqué de la misma, su justificación, basada en la transferencia a la comunidad de muchos cuidados antes restringidos al hospital, con lo que se pretende:

- Favorecer el autocuidado.
- Respetar la intimidad del paciente y su familia.

- Garantizar una mayor independencia.
- Propiciar un trato personalizado.
- Interferir menos en su vida diaria.
- Disminuir el riesgo de infecciones hospitalarias.
- Disminuir estancias innecesarias, liberar camas hospitalarias.
- Facilitar la reorganización asistencial.
- Adecuar la tecnología y los medios terapéuticos, racionalizando así los costes.
- Mejorar la interrelación entre AP y el hospital.

A modo de resumen

- En algunos procesos la HD es una alternativa eficiente como sistema sustitutivo de la HC.
- La HD supone oportunidades, aunque también limitaciones.
- El desarrollo de nuevos programas de HD puede mejorar la adecuación en los ingresos y las estancias hospitalarias. Queda por definir, en la mayoría de los casos, su eficacia y eficiencia.
- Deben definirse también las competencias de cada nivel asistencial del sistema de salud, evitando solapamientos y coordinando actuaciones.
- Todo programa de HD debe garantizar que los pacientes a los que atiende no se encuentran

en situación de «inferioridad asistencial» respecto a la atención que recibirían ingresados en un hospital. En este sentido, la morbi-mortalidad, el control de síntomas y la disponibilidad de recursos adecuados deben de ser, al menos, similares.

BIBLIOGRAFÍA

Mitre Cotta, Rosângela Minardi et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública 2001; 10 (1): 45-55.

Contel Segura JC, Gené Badía J, Peya Gascons M (Editores). Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Springer-Verlag Ibérica. 1999.

Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Germans Trias i Pujol, de Badalona (Barcelona) LCP.

Aspectos éticos. Futuro de la Atención Domiciliaria

Dr. José Manuel Esteban Sobreviola

Médico de Familia. Centro de Salud Vicente i Clave. Valencia

ASPECTOS ÉTICOS

La Bioética Médica se puede definir como aquella ciencia perteneciente a las Humanidades Médicas, cuyo objeto es analizar los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la salud; está basada en el respeto a la libertad de conciencia y a las creencias de cada persona, propugnando la defensa de los derechos y de la dignidad del ser humano. Intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados por las ciencias médico-sanitarias.

Sus principales características definitorias son:

- Racional.
- Pluralista.
- Civil, secular o laica.
- Aplicada a problemas reales.
- Intermediadora-reguladora, ni defensora ni denunciadora de la Medicina.
- Autónoma y universal.

La Bioética ha ignorado la AP hasta fechas no muy lejanas. Sin embargo, éste es un ámbito asistencial con cuestiones éticas específicas y prevalentes y necesidad de formación propia. Tratar sobre ética es en definitiva hablar de responsabilidad, de responder de los comportamientos libres. El perfil de responsabilidad del médico de AP se sustenta en tres ejes de la relación clínica, fácilmente aplicables a la AD:

- Eje de la extensión, con la siguiente escala en el proceso asistencial:
 - Individuo.
 - Familia.
 - Comunidad.
- Eje de la profundidad:
 - Patología sintomática.
 - Problemas de salud asintomáticos y factores de riesgo.
 - Acontecimientos de la vida.

El grado de compromiso en este eje es muy importante para definir el perfil ético del profesional de AP. La sensatez y la prudencia se ponen a prueba en casos donde se deben evitar tanto la intromisión como el abandono, muy particularmente en la AD. La medicalización de los problemas de la vida suponen una cuestión de gradación donde no es posible establecer pautas fijas. Se ponen en juego los principios de beneficencia y no-maleficencia.

— Eje de la continuidad

- Consulta diaria de demanda y AD ante el aviso del paciente.
- Consultas programadas a iniciativa del profesional, tanto en el centro como en domicilio. Si en lugar de ello se opta por la derivación a urgencias, se soslaya un compromiso personal con importantes consecuencias para el paciente. No se trata de un problema de competencia técnica, sino de una cuestión de ética personal.
- Interconsultas, atención continuada, visita al hospital de pacientes ingresados.

Este triple eje de responsabilidad puede servir como autoevaluación de la actividad asistencial, y para la detección de aspectos de la práctica propia que necesiten un mayor grado de compromiso y de lagunas de formación.

Conviene recordar que la AD se desarrolla en el domicilio del paciente, un espacio a la medida de quien lo habita, que refleja su personalidad y las circunstancias que lo han rodeado durante toda su vida. Revela la idiosincrasia del individuo, su biografía, quién y cómo es. Por ello, el profesional que realiza la AD debe tener siempre en cuenta que, aun si existen carencias, el hogar constituye para muchos pacientes uno de los elementos primordiales que condicionan su calidad de vida durante la enfermedad. Es además donde el ser humano desarrolla plenamente su intimidad; en

palabras de un destacado experto en Bioética, cuando un paciente abre la puerta de su domicilio, «no está renunciando a su intimidad, sino ejerciendo un derecho sobre ella».

Respeto y confianza son valores que cualquier profesional de la salud debe cultivar, pero que en AP tienen significativos aspectos diferenciales, tanto en su aprendizaje como en su práctica. El respeto debido a cualquier otro ser humano, en el marco de la atención sanitaria, tiene su fundamento y aplicación a partir de los cuatro principios clásicos de la Bioética:

Principio de no maleficencia (primum non nocere)

Traduce la obligación del profesional de no hacer el mal al paciente, materializándose en la obligación de proponer y hacer lo indicado y evitar lo contraindicado.

La *ética de la indicación* no sólo se refiere a pruebas diagnósticas, tratamientos y al posible daño físico que se pueda producir, sino también a lo emocional, tanto del paciente como de su familia.

Algunos problemas éticos que se plantean en la AD tienen que ver con este principio:

- Cultura de la derivación frente a la cultura de la responsabilidad, que implica formación y comunicación; por ejemplo, derivaciones al hospital por impericia, falta de implicación o com-

placencia por presión familiar, aun en contra del criterio del enfermo o sin su opinión al respecto.

- Reconversión no justificada del aviso a demanda en visita al centro perdiéndose la oportunidad de conectar con el entorno del enfermo y sometiendo con frecuencia a éste a un esfuerzo excesivo para su estado clínico o grado de incapacidad.
- «Inoculación de culpa» a los cuidadores, cuando se reprocha a éstos consecuencias de cuidados negligentes o insuficientes, sin que tengan la preparación o apoyo suficientes.

Principio de beneficencia

El profesional debe buscar hacer el bien al paciente, evitando los riesgos al máximo.

Los problemas éticos más frecuentes que desde este principio se pueden plantear son:

- Actitud general ante la AD. Para muchos profesionales es algo fastidioso, a pesar de conocer que para los enfermos su casa es sinónimo de calidad de vida. Se debe situar el bien del enfermo por encima de otras consideraciones.
- Aproximación exclusivamente sanitaria, no incidiendo en el resto de las necesidades del enfermo y sus familiares (autocuidado, formación, apoyo emocional y social...).

- Asistencia puntual de problemas agudos, sin proporcionar al paciente recluido en domicilio una verdadera atención continuada.
- Aproximación exclusiva al paciente, ignorando las necesidades de su familia, que proporciona la mayoría de los cuidados y puede llegar al agotamiento y desesperanza.
- Falta de educación sanitaria y prevención, sobre todo de la incapacidad.

Principio de justicia (equidad)

Evitar la discriminación o el trato desigual por cualquier causa. Incluye el acceso equitativo a los recursos del sistema, tanto sanitarios como sociales.

En las últimas décadas asistimos a un notable incremento de población dependiente, así como a una mayor dificultad de las familias para su atención y a una desviación del gasto sanitario hacia los hospitales. Las personas recluidas en domicilio están en riesgo evidente de marginación en el acceso a la atención sanitaria.

Desde este punto de vista es posible asignar responsabilidades:

- La Administración es responsable de:
 - La distribución equitativa de recursos entre áreas y zonas básicas de salud, incluyendo criterios que valoren la dependencia.

- La composición multidisciplinar de los equipos, incluyendo profesionales de trabajo social, rehabilitación, salud mental...
- La redistribución de recursos entre AP y Especializada.
- Los profesionales son responsables de:
 - Evitar la discriminación de los pacientes dependientes en el acceso a los recursos sanitarios, tanto especializados (consultas con especialistas, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias....) como propios de AP (incluyendo la AD programada), sobre todo en los pacientes de más edad y/o con patología mental.
 - Controlar el gasto, buscando la eficiencia en el uso de recursos. Se debe incluir la valoración de la calidad de vida del paciente.
 - Establecer criterios de selección de pacientes para AD (gravedad, apoyo familiar, accesibilidad...).
 - La selección de servicios prestados en domicilio, desde curativos-paliativos hasta educativos y de rehabilitación.

Principio de autonomía

Establece que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces

de tomar decisiones respecto a todo lo que afecte a su proyecto vital. Para su mejor ejercicio precisa de la información más completa, que en el ámbito de la salud debe ser proporcionada sobre todo por el médico. El ejercicio de este derecho por los pacientes recluidos en domicilio está particularmente amenazado, tanto por la propia dependencia para las actividades de la vida diaria como por la frecuente interferencia con los intereses de los cuidadores, que también soportan cargas y limitaciones.

Algunos problemas éticos que se plantean desde este principio son:

- Respeto a la intimidad, basado en la confianza entre paciente y profesional.
- Mantenimiento de la confidencialidad de los datos de salud, biográficos y familiares, respetando los derechos de todos los intervinientes.
- Veracidad en el proceso de información, adaptado a las circunstancias del enfermo, a sus deseos y a los efectos emocionales previsibles.
- Utilización del consentimiento informado, no restringido ni delegado en ausencia de incapacidad mental.
- Respeto al rechazo de tratamientos y pruebas diagnósticas, sin deterioro de la relación asistencial.
- Falta de recogida sistemática de voluntades anticipadas, con el consiguiente riesgo de ensa-

ñamiento o nihilismo terapéutico contrarios a los deseos del paciente, sobre todo ante situaciones que requieren actuaciones no demorables (derivación a urgencias, inserción de sondas o catéteres...) o cuando el paciente ya no es capaz de tomar decisiones.

- Existencia de deseos e intereses contrapuestos entre paciente y familia (menores maduros, provechos económicos...); en estas situaciones, el profesional siempre debe tener en cuenta el principio de fidelidad, que le obliga a poner el interés de su paciente por encima de otras consideraciones.

En nuestro país, el actual desarrollo del **testamento vital**, legalizado como **documento de instrucciones previas o voluntades vitales anticipadas** en la Ley 41/2002, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, pretende asegurar el derecho a la toma autónoma de decisiones. Esta misma Ley emplaza al Ministerio de Sanidad y Consumo a la creación de un Registro nacional de instrucciones previas, actualmente en desarrollo.

En la AD el conocimiento de valores y actitudes del paciente por parte del equipo asistencial suele ser alto, gracias a la frecuentemente larga relación entre ambos. Ello debe facilitar el respeto a la autonomía del paciente y la formación de la familia, por ejemplo, en casos de «conspiración de silencio» ante diagnósticos ominosos.

A pesar de todo, con frecuencia aparecen problemas éticos, en especial en la atención a pacientes terminales y a sus familias. La formación en Bioética y herramientas prácticas como la *checklist* facilitan la detección de estos problemas y aumentan la calidad de los cuidados. Estas *checklist* son herramientas formativas que sensibilizan sobre problemas importantes para la calidad de vida de los pacientes y de sus familias y el respeto a sus derechos.

En casos de conflicto o dudas sobre actuaciones es posible solicitar asesoramiento a los Comités de Ética Asistencial, actualmente en desarrollo en AP o a las Comisiones de Deontología y Ética de los Colegios de Médicos.

FUTURO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Sin duda, el volumen de pacientes que precisen AD seguirá siendo creciente en el futuro, sobre todo a expensas de pacientes geriátricos, terminales o que sufren diversas insuficiencias orgánicas. Aunque se han desarrollado y descrito muy diversos modelos de AD, en general se trata de iniciativas limitadas, tanto en el perfil del paciente atendido como en la necesaria continuidad de la asistencia a lo largo de la biografía de la persona.

Es mayoritariamente aceptado que la AD debe seguir siendo asumida por AP, con un apoyo creciente por parte de la atención especializada y de los recursos sociales. La AP es el nivel de atención mejor dis-

puesto para su abordaje desde una perspectiva integral, mientras que el desarrollo de unidades específicas implica un modelo dirigido a la enfermedad que sólo está presente mientras ésta dura.

Existen numerosos y recientes estudios en los que se proponen alternativas organizativas que avancen en la consolidación de un AD, basada en AP, de mayor calidad. Para ello, parece clara la necesidad de:

- Adecuar las plantillas (número y perfil de los profesionales) de los centros de salud.
- Formar a los profesionales en áreas importantes para la AD (geriatria, rehabilitación, apoyo a cuidadores, salud mental...).
- Dotar de más recursos a los equipos de AP.
- Adoptar formas de organización interna y de coordinación externa eficaces para facilitar la atención integral (protocolos entre niveles asistenciales, altas hospitalarias planificadas...).
- Integrar en el equipo tanto a los profesionales de la salud como a los de la atención social.

BIBLIOGRAFÍA

Contel Segura JC, Gené Badía J, Peya Gascons M, Eds. Atención domiciliaria: organización y práctica. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona; 1999.

Barbero Gutiérrez J, et al. Efectividad de un curso de formación en bioética y la implantación de una checklist en la detección

de problemas éticos en Atención Domiciliaria. Atención Primaria, 2004; 34 (1): 20-25.

López Sánchez A. El arduo camino de la libertad. Reflexiones sobre Bioética Médica. Ed. Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz. Cádiz; 2004.

Altisent R. Bioética en Atención Primaria. Máster de Bioética de Canarias. Universidades de La Laguna y de Las Palmas de Gran Canaria; 2003-4.

Contel Segura JC. Atención Domiciliaria en Atención Primaria de Salud. I Congreso de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. Benalmádena, 8-9 de mayo; 2003.

Anexo 1

Historia Clínica Domiciliaria

Área 5 IMSALUD

ESAD

Valoración domiciliaria

Nombre:

Edad:

Fecha:

Cuidador principal:

Unidad de convivencia:

Motivo de inclusión en programa:

AP:

F. cardíaca:

F. respiratoria:

F. renal:

F. hepática:

Hábitos tóxicos:

Vacunas :

Fármacos: (número)

Alergias:

R. adversas:

EA:

Exploración: (hallazgos principales)

EG:

C y C:

ACP:

Abdomen:

MMII:

SN:

Problemas geriátricos

Deglución y dentadura:

Piel y mucosas:

Estreñimiento:

Inmovilidad:

Marcha y caídas:

Insomnio:

Ingresos hospitalarios:

Sexualidad:

Vista:

Oído:

Dolor:

Otros síntomas físicos:

Sondajes:

Prótesis y ortesis:

Testamento vital:

Nutrición / hidratación:

Peso:

Talla:

IMC:

IC/C:

Pérdida reciente de peso:

Valoración nutricional subjetiva:

MNA:

Datos analíticos: (albúmina, linfocitos, colesterol...)

Índice de Barthel								
	Fecha	Previo						
Baño	Indep: 5 Dep: 0							
Vestido	Indep: 10 Ayuda: 5 Dep: 0							
Aseo	Indep: 5 Dep: 0							
Retrete	Indep: 10 Ayuda: 5 Dep: 0							
Escaleras	Indep: 10 Ayuda: 5 Dep: 0							
Transferencia	Indep: 15 Gran ayuda: 5	Min ayuda: 10 Dep: 0						
Deambulaci3n	Indep: 15 Indep silla ruedas: 5	Min ayuda: 10 Dep: 0						
Micci3n	Cont: 10 Incont. ocas: 5 Incont: 0							
Deposici3n	Cont: 10 Incont. ocas: 5 Incont: 0							
Alimentaci3n	Indep: 10 Ayuda: 5 Dep: 0							
	TOTAL:							

Valoraci3n mental						
FECHA						
PFEIFFER (*)						
DSM-IV (**)						

(*) N.º de errores. (**) Cumple criterios de Demencia (SÍ/NO)

Valoraci3n afectiva						
FECHA						
YESAVAGE (*)						
DSM-IV (**)						

(*) Puntuaci3n total. (**) Cumple criterios de Depresi3n Mayor (SÍ/NO)

Valoración Social (Escala de Contrueces) (marcar cada ítem)	
a) Situación familiar: 1. Vive con familia, sin dependencia F/M. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	5. Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruina, no equipamientos mínimos).
b) Situación económica: 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. 1,5 veces el SMI – SMI exclusive. 3. SMI – pensión mínima contributiva. 4. LISMI – FAS – pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores a 4.	d) Relaciones sociales: 1. Relaciones sociales fuera del domicilio. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.
c) Vivienda: 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras en vivienda o portal. 3. Humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño completo, agua caliente, calefacción). 4. Ausencia de ascensor, teléfono.	e) Apoyo de la red social: 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia. 5. Tiene cuidados permanentes.
	¿Cambia el paciente de domicilio? Sí / NO Dónde:
	Consulta al trabajador social: Sí / NO
	Puntuación total:

Plan de cuidados en domicilio			
Área 5 IMSALUD ESAD		Hoja N.º Fecha:	
Problemas	Objetivos	Plan	
¿Qué le molesta)? Orden de prioridad del paciente			
Cuidados recomendados:			
Boca:	Alimentación e hidratación:		
Movilización:	Higiene:		

Patrocinado por

