

Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD)

A. Requena López^a, R. Moreno Mateo^{a,c}, P. Torrubia Atienza^{a,c}, R. Rodeles del Pozo^{b,c}, P. Mainar García^{b,c} y M.A. Moliner Izquierdo^d

Objetivo. Describir el trabajo realizado durante el primer año de funcionamiento de un equipo de soporte de atención domiciliaria en un área de salud.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Áreas 2 y 5 de la provincia de Zaragoza (ámbito urbano).

Pacientes. Todos los pacientes (n = 151) incluidos en el programa de atención domiciliaria con equipo de soporte de INSALUD durante el año 2000.

Mediciones y resultados principales. La edad media de los pacientes atendidos fue de 77 años, un 63% eran mujeres. Las principales enfermedades que presentaban los pacientes fueron neurológicas (37,3%) y neoplásicas (35%). La captación de los casos fue en un 88% desde el equipo de atención primaria (EAP). El EAP continuó el seguimiento del paciente en un 47,7% de los casos, principalmente pacientes inmovilizados. El ESAD lo hizo en un 14%, en este caso pacientes en situación terminal ($p < 0,001$). El seguimiento fue conjunto en un 38,3%. Se notificó el fallecimiento del 43,7% del total de pacientes atendidos, de los que el 53% fallecieron en su domicilio.

Conclusiones. La atención domiciliaria es un modelo de asistencia en progresión. En este contexto, los ESAD son un recurso que puede resultar útil en el desarrollo de la labor de los EAP en el tratamiento del paciente complejo.

Palabras clave: Asistencia domiciliaria. Paciente crónico. Incapacidad. Anciano.

ANALYSIS OF CONSULTATIONS OF A HOME CARE SUPPORT TEAM (HCST)

Objectives. To describe the clinical activity of the home care support team (HCST) over the first year of implementation in a health area.

Design. A descriptive, cross-sectional study.

Setting. Health Area 2 and 5 of Zaragoza (urban environment).

Participants. All the patients (n = 151) included in the home care programme over the year 2000.

Measurements and main results. The mean age of attended patients was 77 years; sixty-three percent were woman. The most frequent medical disorders of the patients were neurologic (37.3%) and oncologic disorders (35%). The majority (88%) were referred from the primary care team (PCT). Subjects admitted from primary care of health (family physician or nurse) were 88%. The follow-up of these patients was carried out by the PCT (47.7%), mainly disabled patients, and 14% by HCST (significantly more frequent terminal ill patients). In 38.3% of the patients, follow-up was performed by both teams. Forty two percent of the patients attended died over the year 2000, 53% of them at home.

Conclusions. Home care is an assistance model in progress. HCST are a resource that can become useful in the development of the PCT work with all the hard to treat complex patients

Key words: Home care. Chronic patient. Disability. Elderly.

^aMédico de familia.

^bEnfermera.

^cESAD áreas 2 y 5, Zaragoza.

^dResidente de 3.^{er} año de Medicina de Familia, Centro de Salud Almozara.

Correspondencia: A. Requena López.
ESAD. Áreas 2 y 5. C/ Condes de Aragón, 30. 50009 Zaragoza.
Correo electrónico:
arequena@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 18-VII-2001.

Introducción

El progresivo envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de enfermedades crónicas e invalidantes, conlleva que el número de personas susceptibles de recibir atención domiciliaria sea cada vez mayor¹. Paralelamente, la incorporación de la mujer al mundo laboral (cuidadora tradicional) y el aumento de familias con escaso número de miembros supone una importante carga de trabajo para aquellas que deben enfrentarse a estos procesos.

Desde la sanidad pública se han realizado esfuerzos en los últimos años para potenciar la atención sanitaria en estos grupos de riesgo. No se trata sólo de una política de ahorro económico, sino de la redistribución de recursos, con el objetivo de aumentar la calidad asistencial de forma que el paciente que permanezca en su domicilio nunca se encuentre en inferioridad de condiciones con respecto a aquél que utiliza los servicios hospitalarios^{2,3}.

La atención primaria (AP) ha alcanzado tal grado de desarrollo en la actualidad que creemos se está en condiciones de exigir un nivel de «excelencia» en sus actuaciones profesionales. La excesiva presión asistencial y la burocratización creciente no permiten a veces alcanzar esa excelencia deseable.

Con el fin de colaborar en esa atención personal e individualizada que cada paciente desea de su médico/enfermera-o, se han creado en territorio Insalud los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Estos equipos tienen como fin apoyar y complementar a los equipos de atención primaria (EAP) en situaciones específicas, además de participar en actividades formativas y de coordinación entre la atención primaria y la atención especializada cuando sea preciso⁴⁻⁷.

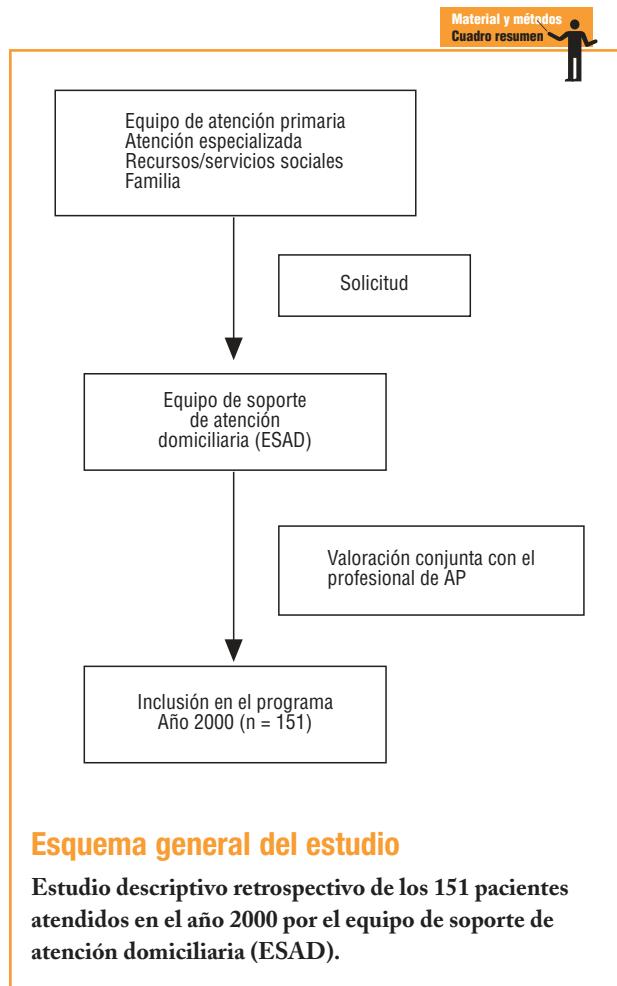
El objetivo del estudio ha sido analizar el trabajo realizado en el primer año de funcionamiento del ESAD en nuestro medio, como nuevo elemento en la asistencia al paciente y en colaboración con los médicos de familia y profesionales de enfermería de los equipos de atención primaria.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por el ESAD en la provincia de Zaragoza. Dicho equipo atiende las áreas de salud 2 y 5 que comparten una unidad funcional y que cubren a una población fundamentalmente urbana con un total de 455.810 habitantes mayores de 14 años (datos de la última rectificación padronal, 1996)⁸.

La población sometida a estudio fue la totalidad de los pacientes atendidos por el equipo de soporte incluidos en el programa.

El ESAD, compuesto por 2 médicos de familia, 2 enfermeras y un auxiliar administrativo, inició su trabajo en octubre de 1999. Durante los primeros meses su labor fue la presentación del equipo a los distintos centros de salud, servicios hospitalarios y sociales de la provincia, así como a otros equipos de la ciudad que tra-



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo retrospectivo de los 151 pacientes atendidos en el año 2000 por el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

bajan en atención domiciliaria. El período de asistencia, que es al que nos referimos en el trabajo, fue desde enero hasta diciembre de 2000.

El circuito de derivación diseñado consistió en:

- La captación del paciente podía realizarse a través de los equipos de atención primaria, de atención especializada, de los recursos/servicios sociales o de la propia familia del enfermo.
- Posteriormente, se contactaba telefónicamente con los profesionales de AP responsables del paciente para efectuar una valoración inicial conjunta, tras la que se decidía si el enfermo era susceptible de ser incluido en programa.
- Los criterios de inclusión en el programa fueron:
 1. Consentimiento del médico/enfermera de familia.
 2. Domicilio en el área de salud.
 3. Permanecer inmovilizado en domicilio durante un tiempo previsto igual o superior a dos meses.
 4. Consentimiento del paciente y de su familia.
 5. Presencia de un cuidador.

Los motivos por los que un paciente podía abandonar el programa eran: mejoría clínica, fallecimiento, negativa del paciente o de su familia a seguir siendo atendidos por ESAD, indicación de su médico/enfermera, suficiencia del EAP para el seguimiento del

paciente o demanda de una valoración puntual ante un problema concreto, traslado a otro área de salud o ingreso en hospital. En el caso de una nueva inclusión del mismo paciente en el programa era considerado a efectos de registro como caso nuevo. Al final de la jornada se enviaba por fax al centro coordinador de los servicios de urgencias (061) y al centro de salud correspondiente un listado con los pacientes que se encontraban en situación crítica para que, en caso de surgir una demanda de atención urgente desde el domicilio, fuesen conocedores de la situación. También se remitía al servicio de oncología (Unidad de Cuidados Paliativos) del hospital de referencia, en el caso de enfermos oncológicos en situación terminal (ST).

Las variables analizadas en el estudio fueron: edad, sexo, enfermedad principal, tipo de paciente, *éxitus* y lugar del fallecimiento, captación del paciente, motivo de consulta, servicios realizados por el ESAD, número de visitas, motivos tanto de salida del programa como de atención urgente y de hospitalización, y tiempo de estancia en programa.

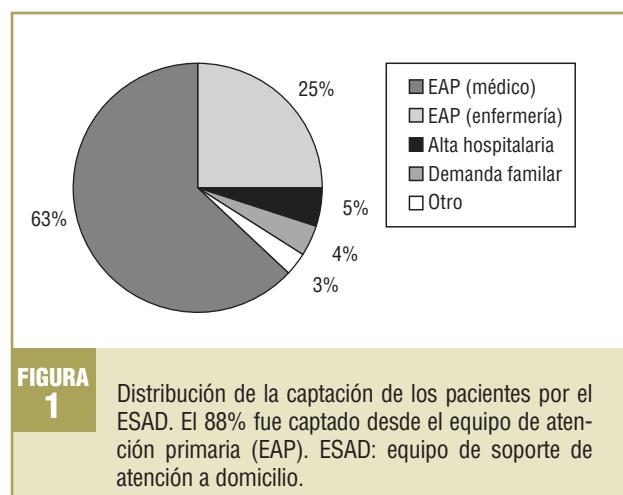
El procesamiento estadístico fue de tipo descriptivo y analítico, y se utilizaron pruebas no paramétricas. Se empleó el programa SPSS/PC v 7.5.

Resultados

Desde la puesta en marcha del equipo, se atendió a un total de 151 pacientes, con una media de edad de 80 años, rango: 16-100. De ellos, el 37% (n = 56) eran varones (mediana: 76; rango 25-75), y el 63% (n = 95) mujeres (mediana: 80 años; rango: 16-100).

Los procesos patológicos principales fueron: enfermedades neurológicas 37,3% (n = 55), de las que el 43% correspondieron a ACV, el 27% a demencias y el 30% a otros procesos neurológicos; neoplasias 35% (n = 53), enfermedades osteoarticulares 5,3% (n = 8), enfermedades cardiovasculares 4% (n = 6), y otras causas 18,4% (n = 29). La distribución por sexos de estas enfermedades se muestra en la tabla 1. El 66,3% (n = 100) de los pacientes se incluyeron en el programa como inmovilizados, y el 33,7% (n = 51) como pacientes en ST. El grupo de los inmovilizados se relacionó principalmente con problemas neurológicos (52% [52/100]), y en el grupo de enfermos en ST las enfermedades oncológicas fueron las más frecuentes (82,3% [42/51]).

En cuanto a la captación de los pacientes, en un 88% (n = 133) la demanda venía desde los EAP (un 63,6% desde la



consulta del médico de familia y un 24,5% desde enfermería). El resto de la distribución se muestra en la figura 1. Dentro de los captados desde alta hospitalaria, un 25% fueron altas del servicio de neurología.

Como motivos de solicitud de demanda al ESAD destacan la valoración del paciente 80,1% (n = 121); colaboración en técnicas de enfermería 13,9% (n = 21): colocación de catéteres, realización de curas y extracción de sangre para analíticas; y otros motivos 6% (n = 9).

En cuanto al seguimiento del paciente, en un 47,7% (n = 72) fue el EAP quien lo asumió, tras la valoración realizada por el ESAD; en un 14% (n = 21) el control lo realizó íntegramente el equipo de soporte, y en un 38,3% (n = 58) de los casos el tratamiento fue conjunto. Se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 68,5$; 2 GL; $p < 0,001$) en el tipo de paciente que asumió cada uno; los atendidos por el EAP (97,2%) eran básicamente pacientes inmovilizados, y aquellos cuyo seguimiento fue realizado por el ESAD eran pacientes en situación terminal (90,5%) (figura 2). Se solicitó la colaboración de trabajadores sociales en el 20% de los pacientes incluidos en el programa.

Durante su estancia en programa, 15 de ellos (9,9%) solicitaron atención sanitaria urgente a través del 061. Los motivos más frecuentes fueron: dolor (33,3%), empeoramiento clínico (20%) y certificación del *éxitus* (20%). El

TABLA 1 Distribución de las enfermedades atendidas según el sexo. Las enfermedades neurológicas son el grupo más frecuente, que engloba ACV, demencias y otros procesos neurológicos

Procesos Patológicos	Varones	Mujeres	Total		
Enf. neurológicas	21	37,5%	34	35,8%	55
Enf. oncológicas	26	46,4%	27	28,4%	53
Enf. cardiovasculares	1	1,8%	5	5,3%	6
Enf. osteoarticulares	1	1,8%	7	7,4%	8
Otras	7	12,5%	22	23,1%	29
	56	100%	95	100%	151

ACV: accidente cerebrovascular.

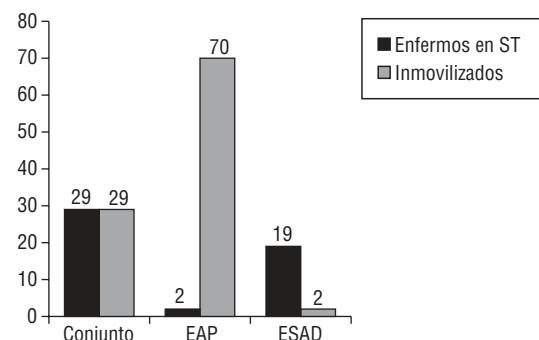


FIGURA
2

Distribución del tipo de paciente según el seguimiento de los mismos. (EAP: equipo de atención primaria; ESAD: equipo de soporte de atención a domicilio; ST: situación terminal).

ingreso hospitalario fue necesario en 24 pacientes (15,8%). De ellos, un 61% lo hizo por causas familiares (decisión familiar, claudicación) y un 39% por causas médicas (dolor no controlado, hemorragias, fiebre, etc.).

En el período del estudio, el 84,7% de los pacientes ($n = 128$) salió del programa. Las causas más frecuentes fueron: solicitud de valoración puntual 50,8% ($n = 65$); fallecimiento 28,9% ($n = 37$); ingreso hospitalario 13,2% ($n = 17$), y otros 7,1% ($n = 9$). Diez pacientes que salieron del programa volvieron a ser incluidos (6,6%).

Si nos referimos particularmente a los *éxitus*, se tuvo notificación del fallecimiento del 43,7% ($n = 66$) del total de pacientes atendidos. De ellos, destacamos que el 53% ($n = 35$) se produjo en el domicilio, el 27,3% ($n = 18$) en el hospital, y el 19,7% ($n = 13$) en otros lugares (residencias, fuera de área,...). Se realizaron un total de 367 visitas (mediana: 1; rango: 1-35). El tiempo de estancia media en programa fue de 18 días (DE: 39,3) con una mediana de 5 días y un rango entre 1 y 244 días.

Discusión

La atención domiciliaria es un modelo de asistencia que está adquiriendo una importancia creciente dentro de la Atención Primaria de Salud y es un servicio cada vez más demandado por las características de la población.

Según nuestro conocimiento, éste es uno de los primeros trabajos publicados en España sobre el funcionamiento clínico habitual de un ESAD, lo que permitirá realizar un análisis de la demanda y una adecuación de los recursos a las necesidades.

Las características básicas de los pacientes atendidos por nuestro equipo son muy similares a los presentados en

Lo conocido sobre el tema

- La atención domiciliaria es un modelo de asistencia de importancia creciente, debido a las características de la población.
- Los ESAD tienen como fin apoyar y complementar a los EAP en situaciones específicas, además de participar en actividades formativas y de coordinación.

Qué aporta este estudio

- Conocer el funcionamiento de un ESAD, así como su relación con los equipos de atención primaria.
- Un análisis de las demandas de los pacientes confinados en el domicilio ayudaría a establecer una adecuación de los recursos sociosanitarios.

otros trabajos, con un predominio de mujeres que se incrementa en los grupos etarios más altos, y que es debido a la ya conocida mayor esperanza de vida en la mujer⁹⁻¹¹. Al analizar el tipo de paciente atendido según la edad observamos un claro predominio de pacientes inmovilizados en la población más anciana en relación con aquellos en ST. Esto se debe a que estos últimos fallecen antes, generalmente por procesos oncológicos, o bien, porque los que llegan a esta edad suelen presentar otros problemas de salud que son el motivo de su demanda de asistencia al ESAD¹².

La distribución en la frecuencia de los problemas principales que padecían los pacientes incluidos en el programa presentaba diferencias con otros estudios realizados, en los que eran más frecuentes los cuadros osteoarticulares, neurológicos y cardiovasculares⁹⁻¹¹. En nuestra serie, por el contrario, hay un mayor predominio de enfermedades neurológicas y oncológicas. Esto puede explicarse porque los pacientes atendidos por los EAP son generalmente pacientes inmovilizados, que fundamentalmente padecen procesos osteoarticulares y neurológicos en cifras similares a los estudios comparados; en cambio, los pacientes asumidos por el ESAD fueron en su mayoría pacientes neoplásicos. El paciente oncológico en ST es un paciente complejo en cuanto al control de los síntomas y a la situación sociofamiliar que le rodea. A pesar de la mejor formación en estos temas por parte de los profesionales de AP en los últimos años, sigue siendo un motivo frecuente de solicitud de colaboración a unidades específicas^{13,14}. En relación con la intervención del trabajador social, los casos en los que fue necesaria su colaboración hacen referen-

cia a aquellos pacientes en los que no había sido solicitada por su médico o personal de enfermería, o bien no tenían realizada una historia social previamente por otras causas. La demanda de atención urgente por parte de este tipo de pacientes es un hecho que, aunque poco frecuente, no deja de ser llamativo. Se aprecia que es el dolor el motivo más frecuente de atención, hecho que coincide con otros trabajos en los que este síntoma se sitúa entre las causas más frecuentes de demanda de atención urgente^{15,16}. Por otra parte, es importante señalar que, en nuestro estudio, las causas familiares son el motivo más frecuente de hospitalización de un paciente de estas características.

El número de pacientes que fallecieron durante el año de puesta en marcha del equipo fue superior al recogido en el trabajo de Segura et al⁹. La razón de esta diferencia tendría que ver con el tipo de enfermedad que atendemos, principalmente enfermos oncológicos y la situación avanzada del proceso. Esta cifra de *éxitus* incluía no sólo a los atendidos dentro del programa sino también a aquellos que, tras la valoración del ESAD, fueron controlados por su médico de familia.

Existe una amplia variabilidad en cuanto al número de visitas. Esta circunstancia coincide con la solicitud, desde el EAP, de una evaluación del paciente para una situación clínica concreta.

Con respecto a las limitaciones del trabajo destacaríamos que resulta un período de seguimiento relativamente corto y que la muestra se puede considerar pequeña, lo que matizaría los resultados y las conclusiones obtenidas.

Como conclusión, hay que destacar que la atención domiciliaria es un modelo de asistencia en progresión. En este contexto, los ESAD son un recurso que puede resultar útil en el desarrollo de la labor de los EAP en el tratamiento del paciente complejo. Creemos que serían necesarios nuevos estudios que identifiquen las necesidades, tanto formativas como asistenciales, de los profesionales sanitarios y cuidadores informales para organizar la atención de manera óptima.

Agradecimientos

Agradecemos a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza, en particular a Francisco J. Pablo Cerezuela y a Rafael Marrón Tundidor la colaboración prestada en el diseño y procesamiento estadístico del trabajo. Asimismo, al Dr. Javier García Campayo por la revisión del artículo y la aportación de ideas.

Bibliografía

1. Gené Badia J, Contel Segura JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Editorial. Aten Primaria 1999; 23 (4): 183-186.
2. Programa de Atención Domiciliaria con equipo de soporte (ESAD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Contel Segura JC, Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En Contel Segura JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. (1.^a ed.). Barcelona: Ediciones Springer-Verlag Ibérica, 1999: 25-37.
4. Martín Zurro A, Huguet Recasens M, García Cardona F. Organización de las actividades en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. (4.^a ed.). Barcelona: Ediciones Harcourt, S.A., 1999: 46-48.
5. Wagner Edward H. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000; 320: 569-572.
6. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L et al. Documento de consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Aten Primaria 2001; 27: 123-126.
7. Contel Segura JC. Atención domiciliaria: hacia un modelo de atención compartida. Cuadernos de Gestión 2000; 6: 48-59.
8. Memorias Insalud. Zaragoza: Dirección Territorial Insalud, 1999.
9. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. Aten Primaria 1997; 19: 351-356.
10. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, García García JA, Quindimil Vázquez JA, López Rivas JL, Huidobro Fernández L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13: 188-190.
11. García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barruetabéña M, Olaskoaga Arrate A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1997; 20: 230-236.
12. Lara Solares A, Núñez Olarte JM. El paciente geriátrico con enfermedades crónicas en fase terminal. En Die Trill M, López Imedio E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación con el enfermo y familia. (1.^a ed.). Madrid: Ades Ediciones, 2000: 353-366.
13. Busquet Durán X, Porta Serra M, Jariod M, Busquet Mas C, Sánchez Blanco AM, Duocastella Bastardes P. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. Aten Primaria 1994; 13: 291-297.
14. Salinas Martín A, Asensio Frailea A, Armastab J, Benítez del Rosario MA. Cuidados paliativos en Atención Primaria: opinión de los profesionales. Aten Primaria 1999; 23: 187-191.
15. López Martínez de Pinillos E, Pérez de Lucas N, López Martínez de Pinillos R, Martín Serrano P, Sanz Juez F, Alonso Salazar MT. Atención a las urgencias en pacientes oncológicos terminales. Emergencias 1999; 11: 398-402.
16. Sanz Ortiz J, Llamazares González A. Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos. Med Clin (Barc) 1993; 101: 446-449.