

Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Estudio de la demanda y estrategias para su optimización

A. Martínez Oviedo^a, G. Abril Marqués^b, P. Arnal Clemente^b, A. Vicente Vicente^b, R. Hernández Lahuerta^b y A. García Dinnbier^a

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Urbano. Teruel. España.

^bDiplomado en Enfermería. Centro de Salud Teruel Urbano. Teruel. España.

OBJETIVO. Conocer el perfil del solicitante de atención domiciliaria en nuestra área de salud, como primer paso para intentar aplicar soluciones que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria en nuestro centro y, posiblemente, en otros centros de similares características.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio transversal analítico. Se incluyeron todas las llamadas recibidas para atención médica domiciliaria en nuestro centro de salud durante los 3 primeros meses del año 2007. Los avisos domiciliarios son divididos en urgentes y demorables. Se incluyeron distintas variables de filiación, datación, diagnóstico y tratamiento. La fuente de información fue la historia clínica informatizada y el libro de registro de urgencias de nuestro centro. Los datos se trataron estadísticamente.

RESULTADOS. Durante el período de estudio se realizaron 1.665 avisos a domicilio, de los cuales el 48% se atendieron como urgentes. La edad media fue de 68 años, con un rango de edad de 1 a 101 años. La mayoría de los avisos fue demandada por mujeres (64%). En el 80% de los casos no era la primera vez que el paciente solicitaba la atención domiciliaria. Los diagnósticos varían en función de si el paciente es visto de urgencias o en forma de domicilio a demanda. Se consideró que el aviso no estaba justificado en el 40% de las ocasiones.

CONCLUSIONES. Creemos que existe una sobreutilización de la atención domiciliaria, tanto urgente como de demanda, malgastando recursos en actos médicos innecesarios, existiendo múltiples factores involucrados. La educación sanitaria, la recepción telefónica del aviso por el médico, la modulación de la dependencia por su médico y un buen programa de atención al paciente inmovilizado y crónico-dependiente son medidas propuestas para optimizar la atención domiciliaria.

Palabras claves: avisos domiciliarios, urgencias Atención Primaria, aviso injustificado, centro de salud.

OBJECTIVE. To know the profile of the person requesting domiciliary care in our health care area as a first step to try to apply solutions that improve the quality of the health care in our center and possibly, in other centers of similar characteristics.

MATERIAL AND METHODS. A cross-sectional, analytical study was conducted. All the calls received for medical domiciliary care in our Health Care Center during the first 3 months of the year 2007 were included. The domiciliary care requests were divided into urgent and with possibility of delay. Different personal data, dates, diagnosis and treatment variables were included. The information was obtained from the computerized clinical records and registry book of emergencies of our center. The data were processed statistically.

RESULTS. During the study period, 1665 patients were attended at home, 48% of whom were seen as emergencies. Mean age was 68 years, with an age range going 1 to 101 years. Most of the domiciliary care was demanded by women (64%). In 80% of the cases, it was not the first time that the patient had requested domiciliary care. The diagnoses varied based on whether the patient was seen as an emergency visit or home care on demand. The demand was considered unjustified in 40% of the cases.

CONCLUSIONS. We believe that there is overuse of urgent and on demand domiciliary care, wasting resources for unnecessary medical acts, and that there are many factors involved. Health care education, telephonic reception of the notice by the doctor, modulation of the dependence by the doctor and a good program of care of the immobilized and chronic-dependent patient are measures proposed to improve domiciliary care.

Key words: domiciliary attention, primary care emergencies, unjustified domiciliary notice, Primary Care center.

Correspondencia: A. Martínez Oviedo.
C/ Jaca nº 4, pta 1.
44002 Teruel. España.
Correo electrónico: amoviedo25@yahoo.es

Recibido el 11-06-07; aceptado para su publicación el 13-03-08.

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria se ha ido integrando en la actividad cotidiana de los equipos de Atención Primaria de los centros de salud españoles. Como programa de salud debería definir sus características, objetivos, indicadores para la evaluación, criterios de inclusión-exclusión y procedimientos^{1,2}. Sin embargo, la atención domiciliaria varía según los equipos y en la mayoría de los casos no se ha determinado el perfil de atención que debe ofertarse a los pacientes.

Una de las características fundamentales de la atención a domicilio es la multidisciplinariedad. No obstante, en el ámbito de la Atención Primaria en nuestro país se ha limitado básicamente a médico, enfermera y, en ocasiones, asistente social. Si sólo tenemos en cuenta la atención domiciliaria a demanda, hay que decir que ésta es una actividad eminentemente médica que por su carácter imprevisible suele generar una distorsión en el funcionamiento del centro de salud y conflictos entre el personal, todo ello debido, por una parte, a la utilización inadecuada y la falta de información de los pacientes y, por otra, al alto consumo de tiempo que supone esta actividad para unos profesionales ya desbordados por la elevada demanda en consulta.

La demanda de atención a domicilio ha aumentado notablemente en los últimos años debido, fundamentalmente, al envejecimiento de la población, además de otras causas como la reducción del período de tiempo de ingreso hospitalario, o la tendencia a suministrar más cuidados preventivos y favorecer el autocuidado^{3,4}. Por otra parte, existe una sensación generalizada entre los profesionales de que hay un exceso de demanda domiciliaria⁵⁻⁷.

Los pacientes que precisan ser atendidos en su domicilio pueden presentar patología aguda, crónica o terminal, por lo que se diferencian distintos tipos de atención domiciliaria, pudiendo ser programada o a demanda (avisos domiciliarios)^{8,9}. Esta última, a su vez, se divide en urgente y no urgente. Entre los artículos que hemos hallado en la literatura, la mayoría se centran en la atención a demanda y no tienen en cuenta los avisos urgentes.

El objetivo de nuestro estudio es obtener un perfil del solicitante de atención domiciliaria en nuestra área de salud como primer paso para intentar aplicar soluciones que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria en nuestro centro y, posiblemente, en otros centros de similares características.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal analítico. Se incluyeron todas las llamadas recibidas para atención médica domiciliaria en el Centro de Salud Teruel Urbano. El tiempo de estudio corresponde con los 3 primeros meses del año 2007. La dimensión estudiada se corresponde con la accesibilidad y la calidad científico-técnica. El análisis es de tipo retrospectivo, realizado por el profesional mediante evaluación interna.

Nuestra zona básica de salud atiende a una población de 34.848 habitantes, con un porcentaje de mayores de 65 años del 18%. La plantilla la componen 17 médicos de fa-

milia y 4 pediatras. Nuestra zona es muy extensa, ya que existen varios barrios pedáneos, aunque la mayoría de la población es urbana. La dimensión estudiada se corresponde con la accesibilidad y la calidad científico-técnica. El análisis es de tipo retrospectivo, realizado por el profesional mediante evaluación interna.

Los avisos domiciliarios son divididos en urgentes y demorables. Estos últimos son atendidos por los médicos de familia del paciente en horario de 8 a 14 horas. Los avisos atendidos de urgencias son los que no pueden esperar a la consulta de su médico de familia y comprenden las 24 horas del día, siendo realizados por personal específico. Los avisos atendidos en fin de semana también se consideran urgentes.

Los criterios a la hora de definir un aviso como injustificado se basan en: la falta de transporte para acudir al centro (excepto enfermos inmovilizados-dependientes) como motivo alegado y las enfermedades banales con estado general conservado en menores de 75 años según criterio del facultativo o del diplomado universitario en enfermería (DUE) que realizan el aviso.

Las variables incluidas en el estudio se recogen en la tabla 1.

La fuente de información fue la historia clínica informatizada y el libro de registro de urgencias de nuestro centro. Se completaron estos registros con la colaboración del personal médico y de enfermería que realizó el aviso en la mayoría de las ocasiones.

Se realizó un análisis univariante (media e intervalo de confianza [IC] del 95%) para las variables numéricas. Las variables categóricas se resumieron mediante tablas de fre-

Tabla 1. Variables recogidas durante el estudio

1	Datos de filiación del paciente (iniciales y nº de historia clínica)
2	Edad y sexo
3	Hora, día y mes del aviso
4	Avisos a demanda y avisos urgentes
5	Diagnóstico del paciente agrupado según la clasificación internacional de Atención Primaria ¹⁰
6	Valoración de si el aviso estaba justificado o no por el personal que lo atendió y/o por lo reflejado en la historia clínica
7	Cupo médico al que pertenece el paciente
8	Primera vez visto en domicilio: se preguntaba y miraba en historia clínica informatizada si era la primera vez que se le veía en el domicilio
9	Motivo alegado por el cual no puede acudir al centro para la atención
10	Procedimientos de enfermería: que incluían constantes, glucemias capilares, curas y suturas, sondaje nasogástrico o vesical, taponamientos nasales y reanimación cardiopulmonar principalmente
11	Medicación administrada en el domicilio según los grupos terapéuticos
12	Vía de administración de la medicación utilizada en el momento de la atención
13	Destino del paciente: distinguimos los pacientes remitidos al hospital de referencia y los que permanecen en el domicilio o son derivados al centro de salud
14	Medio de transporte del paciente en caso de ser derivado al hospital: unidad medicalizada, ambulancias urgentes o convencionales y el coche propio del paciente

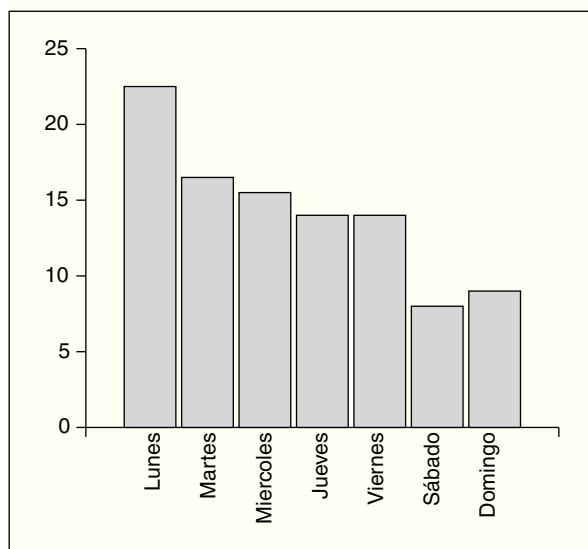


Figura 1. Distribución de la atención domiciliar según el día de la semana.

cuencias. La hipótesis de asociación se contrastó mediante los test de ji cuadrado y el exacto de Fisher. Los test se definieron estadísticamente significativos cuando el correspondiente valor de p fue inferior a 0,05. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete informático SPSS.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se realizaron 1.665 avisos a domicilio, de los cuales el 48% fueron atendidos como urgentes, realizando el resto su médico de familia. Los pacientes implicados fueron 1.005, de los cuales el 71,2% avisó una sola vez en el período de estudio, el 13,8% dos veces y el 15% requirió atención médica 3 o más veces. En este sentido, en el 80% de los casos no era la primera vez que el paciente solicitaba la atención domiciliaria.

La edad media de los pacientes atendidos fue de 68 años, con un rango de edad de 1 a 101 años y una desviación estándar de 22,42. Al tener un rango tan amplio y una distribución asimétrica, consideramos que refleja mejor la tendencia central la mediana, que en nuestro estudio es de 77 años. La mayoría de los avisos fue demandada por mujeres (64%), correspondiendo el resto a varones (36%).

La distribución horaria y el día de la semana se reflejan en las figuras 1 y 2. Así mismo, la distribución por cupos se refleja en la tabla 2.

Los diagnósticos varían en función de si el paciente es visto de urgencias o en la demanda de la consulta. Así, las patologías más prevalentes vistas por su médico de Atención Primaria son: patología del aparato respiratorio (45%) y traumatismos 13%, siendo un 15% patología diversa no clasificable como edemas, cefaleas, flebitis, etc. Las enfermedades tales como patología abdominal, problemas reno-ureterales, cardiovasculares, bronquitis, psiquiátricos y vértigos son vistas en mayor proporción por el médico de Urgencias, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (tabla 3). En un 15% no había anotaciones en la historia clínica.

Destacamos que el hombre demanda más atención urgente que la mujer, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), *odds ratio* (OR) 1,2; IC 95% (1,09-1,33).

Los motivos aducidos para no acudir al centro en los pacientes vistos por su médico de cabecera son principalmente la inmovilización y la edad avanzada. Sin embargo, en los avisos urgentes los motivos expresados son el dolor, el malestar general, el mareo y la disnea, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Se consideró que el aviso no estaba justificado en el 40% de las ocasiones, habiendo un predominio de este tipo de avisos no justificados en pacientes menores de 50 años ($p < 0,001$).

En cuanto a la medicación utilizada en el domicilio del paciente, las más prevalentes se muestran en la figura 3. La

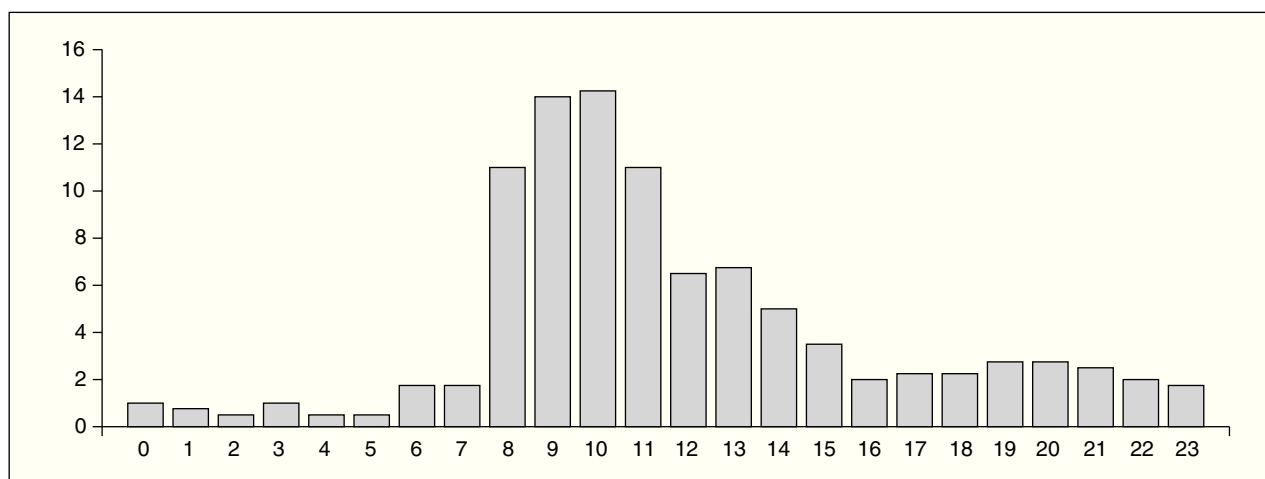


Figura 2. Distribución de la atención domiciliar según el tramo horario.

Tabla 2. Distribución de la atención domiciliaria según el cupo médico

Cupo	Población asignada	Total de avisos	%	Avisos de demanda	Avisos de urgentes
1	1.900	111	6,7	65	46
2	1.751	84	5	29	55
3	1.852	61	3,7	26	35
4	1.927	95	5,7	48	47
5	1.722	122	7,3	47	75
6	2.102	86	5,2	54	32
7	1.599	59	3,5	25	34
8	2.038	80	4,8	38	42
9	2.124	158	9,5	107	51
10	1.787	74	4,4	38	36
11	1.571	97	5,8	46	51
12	2.078	182	10,9	128	54
13	1.762	86	5,2	56	30
14	1.775	83	5	48	35
15	1.345	64	3,8	33	31
16	1.577	60	3,6	40	20
17	1.440	42	2,5	17	25
Pediatría	-	30	1,8	9	21
Desplazados	-	91	5,6	6	85
Totales	34.848	1.665	100	860	805

vía de abordaje mayoritaria para la medicación administrada en el domicilio es la intramuscular, siendo utilizada más frecuentemente en los avisos urgentes (se recurre a ella en el 30% de estos avisos), en los cuales la vía intravenosa y la sublingual son también más utilizadas que en los realizados a demanda, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Los pacientes vistos de urgencias en el domicilio son más frecuentemente derivados al hospital (20%) que los que son vistos por su médico de Atención Primaria 7%, ($p < 0,001$) OR 2,86 (2,13-3,88). De los 191 pacientes enviados al hospital, el 17% requirió una unidad medicalizada (UME), el 71% fue trasladado en ambulancia urgente y el 7% restante en coche.

DISCUSIÓN

El estudio se ha realizado en los meses de invierno, en los cuales tanto la demanda asistencial como los diagnósticos pueden ser algo diferentes a otras épocas del año. Otra posible limitación del estudio puede ser la variable "aviso injustificado", ya que al no existir criterios objetivos específicos se asumía éste como injustificado por consenso del personal médico y enfermería que atendieron el aviso, pudiendo ser ésta una definición subjetiva discutible. La falta de datos en la historia, aunque es menor que en otros trabajos¹, consideramos que puede ser una limitación del estudio; sobre todo influye en variables como el medio de transporte hasta el hospital.

En cuanto a la recogida de datos, se mandó una nota informativa al personal médico y de enfermería del centro de salud para concienciar a los médicos de la importancia del estudio, explicándoles las variables recogidas y pidiéndoles su colaboración.

Tabla 3. Clasificación de la patología atendida en los domicilios urgentes y de demanda ($p < 0,001$)

Diagnóstico	Urgencias	Demanda	Total
Respiratorio vías altas	72	128	200
Respiratorio vías bajas	117	173	290
Cardiovascular	28	5	33
Gastrointestinal	153	71	224
Reno-ureteral	43	25	68
Cerebrovascular	21	5	26
Vértigo, síncope	50	26	76
Traumatismos,	61	82	143
dolor musculoesquelético			
Psiquiátrico	28	8	36
Gripe	45	33	78
Fiebre sin foco	26	8	34
Descompensación diabética	11	1	12
Otros	78	99	177
Éxitus	8	0	8
Total	741	664	1.405

En cuanto al número de avisos domiciliarios recogidos durante el período de nuestro estudio es bastante superior al cuantificado en otros trabajos^{8,11}. Existen grandes diferencias en el número de avisos de cada cupo, no existiendo una clara relación entre el número de avisos y el tamaño del cupo o de pacientes inmovilizados, existiendo otros factores probablemente relacionados con una variabilidad en la práctica médica.

Las mujeres son más demandantes de atención domiciliaria, al igual que en otros trabajos^{5,8}; sin embargo, es llamativo que los hombres avisen más en horario de urgencias, quizás por patologías más agudas, o simplemente por motivos laborales o familiares. El lunes es el día con más avisos, justificados en parte por el fin de semana. Los tramos horarios con más avisos son de 8 a 11 y de 19 a 21 horas, en este último tramo horario muchos pacientes refieren "tener miedo" al avance de la noche y que se produzca un empeoramiento del problema. La mayoría de los avisos, al igual que en otros trabajos, son realizados por mayores de 75 años, habiendo un porcentaje importante de personas atendidas en el domicilio menores de 50 años¹²⁻¹⁴. La mayoría de estos últimos son injustificados y creemos que puede deberse a una mayor medicalización de muchos problemas de la sociedad, menor tolerancia a la enfermedad y la comodidad que supone que no tener que salir de casa para recibir atención médica. Muchas veces es el médico el que se ve obligado a acudir al domicilio ante avisos *a priori* banales, en vez de intentar convencer al paciente y a la familia para que acudan al centro, por miedo a demandas judiciales, según la opinión de muchos compañeros.

Los problemas más comúnmente atendidos son los respiratorios, al igual que sucede en otros estudios^{5,8}, existiendo claras diferencias en la patología observada en los avisos de demanda frente a los avisos realizados de urgencias o de atención continuada, en estos últimos prevalecen otras patologías como abdominales-digestivas, vértigos o síncope y reno-ureterales.

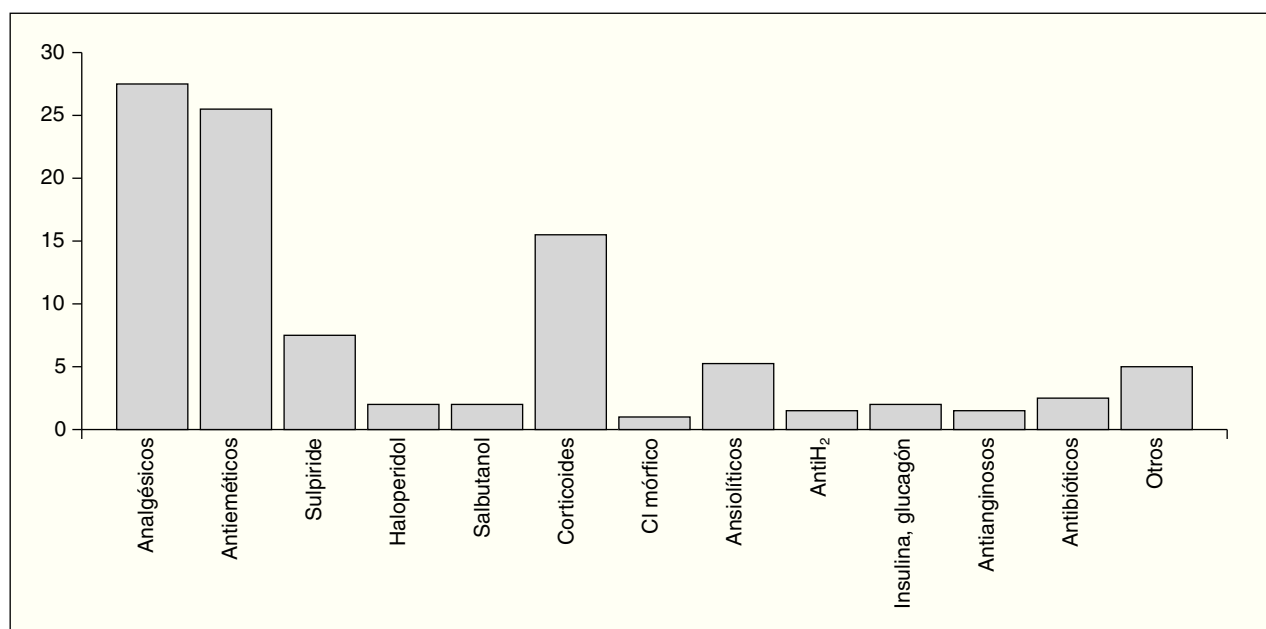


Figura 3. Medicación administrada en el domicilio del paciente por el personal de enfermería.

En cuanto a la medicación utilizada, los analgésicos y los antieméticos son los más usados, generalmente por vía intramuscular, en un porcentaje elevado de casos que contrasta con la mínima utilización de esta vía en las visitas realizadas por sus médicos e incluso en el propio centro, pensamos que puede estar en relación con la presencia o no del personal de enfermería en el aviso domiciliario.

En relación con los datos obtenidos, creemos que existe una sobreutilización de la atención domiciliaria tanto urgente como de demanda, malgastando recursos en actos médicos innecesarios, existiendo múltiples factores involucrados. En este sentido, pensamos que podrían subsanarse, en parte, mediante la aplicación de una serie de medidas que exponemos a continuación:

- Educación sanitaria en el domicilio: informar al paciente de los recursos y tiempo que consumen los avisos domiciliarios no justificados, animando a éste a acudir al centro ante patologías banales.

- Como se ha visto en otros estudios realizados en países como Dinamarca¹⁵, la recepción telefónica del aviso por parte del personal médico podría disminuir el número de avisos a la mitad.

- Muchos pacientes son dependientes, en gran medida, de su médico de Atención Primaria y avisan muchas veces de forma injustificada en períodos cortos de tiempo. Creemos que si los avisos domiciliarios de demanda son atendidos por un personal específico, se disminuiría el número de avisos.

- Realizar un correcto programa de atención al paciente inmovilizado por el equipo de Atención Primaria (médico, enfermería y trabajador social), ya que disminuiría el número de avisos de demanda o urgentes de este tipo de pacientes¹⁶.

Creemos que estas medidas reducirían un porcentaje muy elevado de avisos domiciliarios, debiendo ser prioritaria su aplicación, ya que proporcionaría una atención domiciliaria de mayor calidad, con una utilización eficiente de los recursos y una menor distorsión en el funcionamiento diario de la consulta de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Huguet Recasens M, García Cardona F Organización de las actividades en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica Clínica. 4ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 40-56.
2. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes T, Torío Duráñez J, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: IMC; 2004. p. 252-8.
3. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria. 2003;31:587-91.
4. Benítez del Rosario MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. Aten Primaria. 2003;31:478-9.
5. Henares García P, Verdes Montenegro JC, Alguacil Pau AI. Avisos a demanda en un centro de salud de Madrid: estudio de los avisos injustificados y aproximación a las motivaciones del paciente. Semergen. 2003;29:511-7.
6. Pastor-Sánchez R. Grandezas y miserias de la atención a domicilio. Semergen. 2003;29:397-8.
7. March Cerdá JC. El domicilio como centro de atención en Atención Primaria. Aten Primaria. 2004;33:110-1.
8. Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Muñoz Cobos F, Jiménez Basallote S, Miranda Vázquez M, Ginel Mendoza L. Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Semergen. 2003;29:399-403.
9. Gervás J. Los domicilios, urgentes y de crónicos. Dimens Hum. 2002;6:57.
10. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. 2ª ed. Barcelona: Masson SA; 1999.

11. Mancera J, Paniagua F, Giménez S, Ginel L, Linares L, Miranda M. Evolución de los avisos domiciliarios en un centro de salud urbano en los últimos cinco años. *Semergen*. 2001;27:48.
12. Mancera Romero J, Guerrero Moreno M, Cárdenas del Río JF, Ferrás Escalona MJ, Ginel Mendoza L, Paniagua Gómez F. Atención domiciliaria en un servicio de urgencia extrahospitalario mixto (urbano y rural). *Centro de Salud*. 2001;9:640-5.
13. Barbero JJ, Llenares E, Mata R, Marsal E, Palacios R, Pascual C, et al. Análisis de la atención médica domiciliaria en siete centros de salud de la provincia de Alicante. *Aten Primaria*. 1994;14:195-8.
14. Expósito F, Guerra JM, Díez MJ, Belzunegui T. Estudio de la demanda de atención domiciliaria en 1995 del Servicio de Urgencias extrahospitalario de Pamplona. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 1997; 20: consultado el 10-4-2007. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/salud2a.html>
15. Olensen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ*. 1994;309:1624-6.
16. Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24:439.