

*Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos¹*Carlos A. Reyes-Ortiz, M.D.²**RESUMEN**

Las visitas domiciliarias se indican en ancianos de alto riesgo o reclusos en la casa. Para describir las necesidades médico-sociales, se evaluaron 75 pensionados. Esto incluyó datos sociales y clínicos, funciones física y psíquica (escala Hospital Cruz Roja, Madrid-España), función familiar (APGAR familiar) y ambiente. La edad promedio fue 80.3 años, hubo 3.9 diagnósticos y 4.4 fármacos/paciente; 89% tenían un estado socioeconómico bajo. En casi 85% de las mujeres y 94% de los hombres se vio una incapacidad física moderada-severa. Más o menos en 44% de las mujeres y en 48% de los hombres se observó alguna incapacidad psíquica moderada-severa. Había una disfunción familiar moderada en 39% y severa en 28% de ellos. Una cifra alta de los hogares, 96%, tenían por lo menos un problema ambiental; los más frecuentes fueron accesibilidad, 60%; espacio inadecuado, 52%; peligros arquitectónicos, 47%; e inseguridad, 39%. En estos pensionados se encontró una prevalencia alta de necesidades médico-sociales.

Palabras claves: Visitas domiciliarias. Ancianos. Geriatria. Cuidado en casa.

El cuidado domiciliario es el área de crecimiento más rápido en el sistema de salud estadounidense. La Asociación Nacional para el Cuidado Domiciliario¹ en diciembre de 1996 había identificado un total de 20,215 organizaciones de cuidado domiciliario en los Estados Unidos. El cuidado domiciliario existe en Suecia para 20% de los ancianos, se ha calculado que lo necesitarán en Italia 15% y en España 10% de los ancianos^{2,3}.

La Asociación Médica Americana define el cuidado domiciliario como la provisión de servicios o equipos al paciente en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar, función y salud.⁴ Para cumplir sus objetivos, el cuidado domiciliario se debe ofrecer en equipo interdisciplinario, y debe recibir apoyo logístico (transporte, equipos mínimos, etc.) y económico suficientes. Los servicios geriátricos domiciliarios desempeñan funciones generales como integrar la presencia del

hospital en la comunidad; ser un recurso educativo y de investigación, además de facilitar la admisión hospitalaria de un paciente que lo necesite y dar de alta a los ancianos hospitalizados en quienes esté indicado este servicio^{5,6}.

Aunque la ayuda médico-social a domicilio se debería integrar, según sucede en algunos países^{1,2,4,5}, en otros, como en España, se financia por fuentes distintas (Ministerio de Sanidad y Consumo, y Ministerio de Trabajo), por esto para su análisis, se puede dividir en sus dos componentes principales: la ayuda médica y la ayuda social. La ayuda médica domiciliaria la dan principalmente los médicos, las enfermeras, los terapeutas físicos u ocupacionales y los trabajadores sociales. Sus objetivos principales son cumplir criterios clínicos y realizar procedimientos médicos, de enfermería (sondeos, curaciones), de rehabilitación y consejería familiar⁷. La ayuda médica domiciliaria hace parte usual de los niveles asisten-

ciales geriátricos hospitalarios, como un servicio básico y complementario a los otros niveles como son la unidad geriátrica de agudos, el dispensario, el hospital día y las unidades de media y de larga estancias^{8,9}. La ayuda social domiciliaria la dan esencialmente los servicios sociales comunitarios. El objetivo principal es cubrir necesidades humanas básicas en los ancianos. En ella se ofrecen servicios como el baño del enfermo, las comidas «calientes» o «sobre ruedas», el lavado de ropas, la podología, la compañía y el aseo del hogar¹⁰.

MÉTODOS

Se hizo un estudio retrospectivo de pensionados reclusos en la casa que recibieron visitas domiciliarias durante los años 1991 y 1992. Hubo una población total de 205 pacientes distribuidos en el perímetro urbano de la ciudad de Cali.

Las visitas domiciliarias a que se refiere este estudio, hacen parte de la ayuda médica domiciliaria en asistencia geriátrica. De los enfermos pensionados atendidos por la

1. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Geriatria, mayo de 1997, Atlanta, EE.UU.

2. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle. Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) que solicitaban visitas geriátricas domiciliarias (VGD) en la ciudad de Cali, se escogieron los pacientes durante un período de dos años, de enero de 1991 a diciembre de 1992. El objetivo del estudio fue describir las necesidades de salud y necesidades sociales de los pensionados recluidos en casa.

Para obtener los datos, se revisaron las tarjetas clínicas de control domiciliario de los pensionados a quienes se visitó por lo menos dos veces, y donde se había escrito la información sociodemográfica, los diagnósticos clínicos, la lista de fármacos, el estado funcional, la valoración de la familia así como las características ambientales del domicilio del enfermo.

Para el nivel socioeconómico (NS) se tuvo en cuenta la pensión mensual del paciente y se consideró como: NS bajo, menos de 1 salario mínimo; NS medio, entre 1-3 salarios mínimos; y NS alto, más de 3 salarios mínimos. El salario mínimo mensual en 1991 era \$51,720 y en 1992 era \$65,190.

Para valorar los estados funcionales y mentales se usó la Escala de Incapacidad Física y Psíquica del Hospital de la Cruz Roja de Madrid, España (escala HCR)¹¹. Esta es una escala ordinal donde se valoran las funciones física y psíquica del anciano; tiene un puntaje de 0 para lo normal o independencia total en función física y/o psíquica, y un máximo de 5 para la incapacidad física y/o psíquica mayor, es decir, dependencia completa. Se agrupó la escala en grados, así: 0-1 normal, o incapacidad leve; grados 2-3, incapacidad moderada; y grados 4-5, incapacidad severa.

Para evaluar la función familiar se usó el APGAR familiar¹², escala ordinal de 0-10 puntos, donde 7-10 puntos corresponden a una función normal; 4-6 puntos a una disfunción

moderada; y 0-3 puntos a una disfunción severa. La escala la autoadministra el mismo enfermo. Si éste no entendía o las respuestas no eran adecuadas, se le aplicaba a su cuidador.

En la valoración ambiental se tuvieron en cuenta los problemas externos a la vivienda como la accesibilidad (p. e., facilidades para llegar a pie o en carro), la seguridad del barrio (según lo expresaban el paciente o los familiares) y el ruido ambiental; también los problemas internos de la vivienda como el espacio inadecuado (hacinamiento), los peligros arquitectónicos (barreras físicas, falta de iluminación, etc.), y la higiene de la vivienda (desaseo, malos olores). Se revisaron 92 pacientes consecutivos.

RESULTADOS

Como se excluyeron 17 por datos incompletos, quedaron en el estudio 75. Los participantes tenían en promedio 80.3 años de edad (rangos 61-96). Las mujeres eran 52% (39) y los hombres 48% (36). Casi todos (89%), pertenecían a un NS bajo, sólo 3% eran de NS alto; 56% eran analfabetas o tenían educación primaria (0-5 años); 35% bachillerato parcial o completo (6-12 años), y sólo 9% educación superior (>12 años).

Se encontró un promedio de 3.9 diagnósticos clínicos por paciente (rangos 2-7) y 4.4 fármacos por paciente (rangos 2-12). Los cinco grupos diagnósticos más frecuentes fueron los problemas cardiovasculares (incluidos los ACV), de órganos de los sentidos (66% problemas visuales, el resto auditivos), los osteoarticulares, los neurológicos (la demencia era 58%), y los gastrointestinales (Cuadro 1). Los primeros cinco fármacos más formulados fueron los hipotensores, los psicofármacos, los antiinflamatorios no

esteroides (AINES), los antiácidos/laxantes, y los antianaginosos/digitálicos (Cuadro 2).

Cuadro 1
Distribución de Grupos Diagnósticos

Diagnóstico	N	%
Cardiovascular (ACV*)	103	35.2
Órganos de los sentidos	47	16.0
Osteoarticular	40	13.7
Neurológico/demencia	31	10.6
Gastrointestinal	22	7.5
Respiratorio	17	5.8
Endocrino	15	5.1
Renal/urinario	10	3.4
Cáncer	3	1.0
Otros	5	1.7
Total	293	100.0

* Accidentes cerebrovasculares incluidos en cardiovascular.

Cuadro 2
Distribución de Grupos de Fármacos

Fármacos	N	%
Hipotensores	56	16.9
Psicofármacos	47	14.2
AINES*	39	11.8
Antiácidos/laxantes	33	10.0
Antianginosos/digital	30	9.1
Broncodilatadores	29	8.8
Antibióticos	27	8.2
Antidiabéticos	24	7.2
Antiparkinsonianos	20	6.0
Otros	26	7.8
Total	331	100.0

* Antiinflamatorios no esteroideos.

Casi todos [hombres (94%) y mujeres (85%)], tenían una incapacidad física importante, sumadas la moderada y la severa (grados 2-5) (Cuadro 3). Adicionalmente, aunque la mayoría eran normales o tenían un leve trastorno de la función psíquica, existía un grado importante de incapacidad psíquica moderada y severa, en 44% de las mujeres y 48% de los hombres.

En cuanto a la función familiar se encontró una disfunción moderada en 39%, y una severa en 28% de los participantes. Sólo 33% de los pensionados tenían una función familiar normal.

Cuadro 3
Grado de Incapacidades Física y Psíquica

Grado	Física				Psíquica			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-1	6	15.4	2	5.6	22	56.4	19	52.8
2-3	28	71.8	22	61.1	15	38.5	15	41.7
4-5	5	12.8	12	33.3	2	5.1	2	5.5
Total	39	100.0	36	100.0	39	100.0	36	100.0

Grados: 0-1 = normal o incapacidad leve; 2-3 = incapacidad moderada; 4-5 = incapacidad severa

En 96% de los hogares hubo por lo menos un problema ambiental. Existía una combinación de varios problemas, así: 1 problema, 16%; 2 ó 3 problemas, 65%; y 4 ó más problemas, 15%. Los problemas ambientales externos más frecuentes fueron la accesibilidad de la casa, 60%; la inseguridad del barrio, 39%; y el ruido ambiental, 20%. Los problemas ambientales internos eran: los espacios inadecuados, 52%; los peligros arquitectónicos, 47%; y el desaseo, 32%.

DISCUSIÓN

Las VGD están indicadas en ancianos recluidos en el hogar por problemas funcionales o sociales y en ancianos de alto riesgo. Tales personas tienen problemas mayores de movilidad, impedimentos mentales, salida reciente del hospital o historia de accidentes y caídas; requieren control de fármacos de alto riesgo, padecen una enfermedad severa, son de edad muy avanzada (mayores de 80 años), viven solos, o se les sospecha maltrato. Esto incluye pacientes que necesitan ayuda de otras personas para salir del domicilio o su condición médica impide salir del domicilio para un control ambulatorio o es un individuo con enfermedad terminal que desea morir en su casa^{4,7,13-15}. En las instituciones que prestan este servicio, también se incluyen los

pacientes para quienes es muy costoso pagar transporte especial que los lleve a consulta médica ambulatoria. Los pensionados de este estudio cumplían por lo menos con dos de las características de ancianos de alto riesgo arriba anotadas como requisito para recibir una VGD.

La VGD puede tener dificultades como las actitudes negativas de la familia y las solicitudes exageradas cuando pertenecen a alguna institución; la VGD puede ser ineficiente si necesita mucho tiempo de desplazamiento o si tiene poco apoyo de otros servicios (exámenes), problemas de transporte, o una remuneración inadecuada^{15,16}. Es necesario explicar el alcance, las condiciones de la visita y el compromiso por parte del paciente y su familia. En esta población de pensionados existía el inconveniente que un solo médico geriatra cubría toda el área urbana de la ciudad, esto dificultaba el desplazamiento, la continuidad y la cobertura de las visitas; el transporte era particular, no había transporte especializado ni equipos móviles para exámenes básicos. Además había una trabajadora social que también efectuaba visitas domiciliarias a fin de verificar la supervivencia para el cobro de la mesada por el pensionado.

El ES predominantemente bajo (89%) es preponderante en esta población, porque en ese tiempo todavía la pensión mínima podía estar por

debajo del salario mínimo legal. Muchos pensionados que apenas subsistían con su mesada estaban en una pobreza notoria, y tenían grandes dificultades para otras necesidades básicas. En los ancianos se sabe que el ES y el nivel educativo bajos se asocian con mayores morbilidad, mortalidad y dependencia^{17,18}.

La pluripatología es la norma en estos usuarios de la VGD. El promedio de diagnósticos (3.9) por paciente es comparable con otros estudios¹⁹⁻²² que están entre 2.7 y 3.9. Las entidades cardiovasculares (35.2%) eran comparables con un estudio de Rodríguez *et al.*²³ (36.8%, en la suma de cardiopatía, ACV y HTA), pero menor que en un estudio de Maymó *et al.*²⁴ (56.4%, al sumar HTA y cardiopatías). Es llamativo el alto número de problemas de los órganos de los sentidos, principalmente los problemas visuales, que pueden contribuir a la incapacidad en esta población de pensionados, pues las deficiencias visuales se asocian con una disminución del estado funcional en los ancianos²⁵.

La polifarmacia también es usual en los ancianos de alto riesgo recluidos en la casa. El promedio de fármacos por paciente (4.4) fue alto, pues otros estudios²⁰⁻²² indicaron de 2.8 a 3.6. Los psicofármacos (14.2%) eran mayores que en el informe de Rodríguez *et al.*²³ (11.6%), pero menores que en el trabajo de Abanto y Martínez²⁰ (21.4%) y que en el de González²² (34.1%).

En la presente investigación hubo un alto nivel de incapacidad física y psíquica; sin embargo, al comparar con otros estudios donde también se usó la escala HCR, había gran variabilidad. La incapacidad física severa (grados 4-5) representaba 13% para las mujeres y 33% para los hombres; la incapacidad psíquica severa era 5.1% en las mujeres y 5.5% en los hombres. Mientras,

Gaviria *et al.*²¹ informaron incapacidad física severa en 18.4% de las mujeres y en 20% de los hombres, la incapacidad psíquica severa fue mayor, en 10.5% de las mujeres y en 20% de los hombres. Al analizar la incapacidad sin distinciones de sexo, en los pensionados de CAJANAL se encontró que 89% de los pacientes tenían una incapacidad física moderada-severa (grados 2-5), y en 45% una incapacidad psíquica moderada-severa. Mientras, en los estudios de González²² y Ruipérez *et al.*²⁶ la incapacidad física moderada-severa fue 80% y 78%, la psíquica moderada-severa fue 42.4% y 32%, respectivamente. También Rodríguez *et al.*²³ informaron 62% de incapacidad combinada (física y psíquica, grados 3 ó más) en sus pacientes. Las incapacidades físicas-psíquicas combinadas afectan la calidad de vida, y producen riesgos adicionales en estos pacientes como son la dependencia, el desacondicionamiento físico, el aislamiento, la malnutrición, el estrés en el cuidador, etc. La alta incapacidad psíquica, es un indicio de que puede haber más diagnósticos de demencia en esta población si se hacen los estudios adecuados.

La disfunción familiar es bastante alta, pues afecta a 67% de los participantes (incluye disfunción moderada-severa). Se menciona poco en otros estudios el estrés familiar como un problema importante descubierto en una VGD; sólo Ramsdell *et al.*¹⁹ informaron que el estrés familiar era 20.4% de los problemas de sus pacientes. La alta prevalencia de disfunciones familiares en este grupo de pensionados, se relacionaba con el alto grado de estrés psicosocial que viven estas personas y sus cuidadores o familias, e indica una deficiencia importante en las funciones básicas de la familia (afecto, recursos, adaptación). El estrés psicosocial se asocia con

modificaciones neuroendocrinas e inmunológicas que hacen a las personas más susceptibles a enfermedades infecciosas, respiratorias y cardiovasculares²⁷. El estrés psicosocial se relaciona también con una alta mortalidad en los pacientes con enfermedad coronaria²⁸. El estrés psicosocial crónico en el cuidador es un factor de riesgo para convertirse con el tiempo en síndrome de maltrato al anciano. Esto plantea que el pensionado recluido en casa y su núcleo familiar o cuidador deben recibir más apoyo formal o informal para tratar de compensar el estrés psicosocial que viven a diario.

Los problemas ambientales externos e internos encontrados plantean dificultades y necesidades adicionales. Los problemas de accesibilidad e inseguridad limitan el desplazamiento o el transporte del anciano fuera de casa para realizar un mínimo de actividad física-recreativa, comprar sus provisiones, o cuando necesite una atención médica urgente. El espacio reducido y el hacinamiento en la mitad de los domicilios es un factor de riesgo para un ambiente deprimido, contagio de infecciones, accidentes (quemaduras) e incendios, p.e., al cocinar²⁹. Los peligros arquitectónicos en casi la mitad de los hogares son un factor de riesgo para caídas. Los problemas ambientales junto con la alta prevalencia de incapacidades en estos pensionados, justificarían las necesidades de ayuda social consistente en comidas calientes, modificaciones ambientales, aditamentos, aseo del hogar, y lavado de ropas.

En conclusión, las VGD son esenciales para evaluar las necesidades complejas de los pensionados de alto riesgo recluidos en sus casas. Esta población tiene una alta prevalencia de pluripatología, polifarmacia y discapacidades.

También tienen importantes riesgos socioeconómicos, disfunciones familiares y problemas ambientales.

SUMMARY

Home visits are indicated in high risk or home-bound elders. To describe medical-social needs, 75 retired people were evaluated. This included social and clinical data, physical and mental functions (Red Cross Physical and mental scale, Madrid-Spain), family function (family APGAR) and environment. They had mean age of 80.3 years, 3.9 diagnoses and 4.4 medications/patient; 89% had low socioeconomic status. Almost 85% of women and 94% of men had moderate-severe physical incapacity; 44% of women and 48% of men had moderate-severe mental incapacity. There were moderate family disfunction in 39% and severe family disfunction in 28% of them. A large amount of homes, 96%, had at least one environmental problem; more frequent were accessibility (60%), inadequate space (52%), hazards (47%), and insecurity (39%). These retired patients had a high prevalence of medical-social needs.

REFERENCIAS

1. National Association for Home Care. *Basic statistics about home care*. Washington, 1997. Pp. 1-12. <http://www.nahc.org>
2. Pineda R, Martínez JM, Rodríguez P. Informe sobre la atención a la tercera edad en diferentes países europeos (1). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25: 37-44.
3. Pineda R, Martínez JM, Rodríguez P. Informe sobre la atención a la tercera edad en diferentes países europeos (2). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25: 110-18.
4. Council of Scientific Affairs. Home care in the 1990s. *JAMA* 1990; 263: 1241-44.
5. American Geriatrics Society Public Policy Committee. Home care and home care reimbursement. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1065-66.
6. Steel K. Physician-directed long-term home health care for the elderly. A

- century-long experience. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 264-68.
7. Guillén F, Mohino J, del Valle I. Ayuda a domicilio. In Salgado A (ed.). *Gerontología*. Barcelona; JANO (monografía), Nº 465, 1980, pp. 104-08.
 8. Salgado A. Asistencia geriátrica: Geriatria de sector. In Salgado A, Guillén F, Díaz J (eds.). *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*. Barcelona; Salvat, 1986, pp. 41-52.
 9. Reyes Ortiz CA. Geriatria: objetivos y fundamentos. *Colombia Med* 1993; 24: 28-35.
 10. INSERSO. *Una década de la ayuda a domicilio (1970-1979)*. Madrid; Instituto Nacional de Servicios Sociales. Documentos Técnicos Nº 7, 1980.
 11. Guillén F. Unidades geriátricas de hospitalización. In Salgado A, Guillén F, Díaz J (eds.). *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*. Barcelona; Salvat Editores, 1986, pp. 59-67.
 12. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1979; 6: 1231-9.
 13. Keenan JM, Fanale JE. Home care: past and present, problems and potential. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1076-83.
 14. Scanameo AM, Fillit H. House calls: a practical guide to seeing the patient at home. *Geriatrics* 1995; 50: 33-9.
 15. Burton JR. The house call: an important service for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 291-93.
 16. Arzac JP, Peña C, Guzmán E. Atención geriátrica en el hogar. *Rev Mex Geriatr Gerontol* 1989; 1: 26-8.
 17. Reyes-Ortiz CA. Ethnogeriatrics and functional status. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1277.
 18. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States. *N Engl J Med* 1993; 329: 103-09.
 19. Ramsdell JW, Swart JA, Jackson JE, Renvall M. The yield of home visit in the assessment of geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 17-24.
 20. Abanto JJ, Martínez T. La ayuda a domicilio en Zaragoza: valoración cualitativa y cuantitativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 249-54.
 21. Gaviria FJ, González JC, Muñoz M. Programa de atención domiciliaria al anciano desde un centro de salud. Estudio de costes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994; 29: 132-38.
 22. González JI. Asistencia geriátrica domiciliaria. ¿Cómo es el paciente? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1988; 23: 295-300.
 23. Rodríguez S, Corujo EI, Pérez D, et al. Experiencia en asistencia geriátrica domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25: 269-73.
 24. Maymó N, Clotas N, Giró E, López R, Forés MD. Programa de atención domiciliaria a pacientes crónicos: Valoración de los dieciocho primeros meses de funcionamiento en el Centro de Atención Primaria «Just Oliveras.» *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1988; 23: 177-82.
 25. Salive MA, Guralnik J, Glynn RJ, et al. Association of visual impairment with mobility and physical function. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 287-92.
 26. Ruipérez I, Mareque M, Gómez M, et al. El domicilio del paciente geriátrico, punto de encuentro de la asistencia extra e intrahospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 237-42.
 27. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Med* 1994; 25: 26-8.
 28. Reyes-Ortiz CA. Psychosocial interventions in coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1997; 157: 130.
 29. Josephson KR, Fabacher DA, Rubenstein LZ. Home safety and fall prevention. *Clin Geriatr Med* 1991; 7: 707-31.