

Control de pacientes inmovilizados en el Área Sanitaria de A Coruña

Rodríguez Abellón, M.J.^a; Calviño Cerqueiro, M.^b; Veira Silva, M.R.L.^c

^aMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Bergondo. A Coruña. ^bMédico de Atención Primaria. Centro de Salud San José. A Coruña. ^cMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Muxía. A Coruña.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 205-210

RESUMEN

OBJETIVOS

Evaluación de la asistencia sanitaria en pacientes inmovilizados en el Área Sanitaria de A Coruña. Campos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. Emplazamiento: Centros de Salud del Área Sanitaria de A Coruña. Participantes: inmovilizados de los cupos médicos del Nuevo Modelo de Atención Primaria del Área Sanitaria de A Coruña. Tiempo de estudio: un año (del 1 de enero al 31 de diciembre del 2003) Fuentes de información: registro de inmovilizados e historias clínicas. Variables: sexo, exploración física, valoración funcional, plan de cuidados, visitas domiciliarias trimestrales y úlceras de decúbito.

RESULTADOS

Se evaluaron 840 historias de pacientes inmovilizados, de los cuales el 69% eran mujeres. Los porcentajes de cumplimiento de las variables fueron: 72% en la exploración física, 61% en la valoración funcional, 44% en el plan de cuidados y 42% en las visitas domiciliarias trimestrales. El 29% de dichos pacientes tenían úlceras de decúbito en la última visita domiciliaria del año.

DISCUSIÓN

El número de inmovilizados es mucho menor del esperado y al igual que en otros estudios predomina el sexo femenino. La asistencia sanitaria a los inmovilizados en nuestra área presenta deficiencias que habría que intentar mejorar. En función de los resultados obtenidos, pensamos que son necesarias medidas de sensibilización a los profesionales de Atención Primaria en la detección y control de los inmovilizados.

Cabría preguntarnos si sería necesario personal sanitario específico de atención domiciliaria.

La familia y sobre todo el cuidador principal tienen un papel primordial en la atención domiciliaria.

PALABRAS CLAVE

Inmovilizados. Área Sanitaria de A Coruña. Asistencia sanitaria.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por paciente "inmovilizado", la persona que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama, que sólo puede abandonarla con ayuda de otras personas, y las personas con dificultad importante para desplazarse, independientemente de la causa, y que el tiempo previsible de duración sea superior a dos meses¹. Esta es la definición recogida en el Documento "Procedimientos clínicos en Atención Primaria" del Sergas y según la cual se selecciona a la población gallega a la que se le aplicará el Programa del paciente inmovilizado de su Cartera de Servicios.

La prevalencia estimada de pacientes inmovilizados en nuestro medio es del 11% de los mayores de 65 años, tras la revisión de la literatura científica².

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean en la actualidad la necesidad de abordar los problemas relacionados con el cuidado y la atención de las personas inmovilizadas³.

Debido a dicho envejecimiento se prevé un incremento del número de personas demandantes de servicios sociales. La reducción del tamaño de los núcleos familiares, la disminución del grupo de población de 15-65 años y la progresiva integración de la mujer en el mercado laboral, van a reducir el apoyo que la familia puede ofrecer al cuidado de la salud, de aquí la importancia creciente de la atención domiciliaria entre las modalidades de asistencia⁴.

Un problema importante en atención primaria es el cuidado que reciben los pacientes que quedan inmovilizados en sus domicilios, requiriendo la ayuda de terceras personas para conseguir una calidad de vida aceptable, proviniedo una parte importantísima de los cuidados que precisan del medio familiar, por lo que un buen funcionamiento del mismo puede satisfacer adecuadamente sus necesidades. De la calidad de estos cuidados depende en gran medida su evolución en el proceso salud-enfermedad. Los profesionales de la atención primaria recomiendan una serie de normas y ponen en práctica una serie de medidas encaminadas a preservar o recuperar en el mayor grado posible su estado de salud⁵.

Dirección Correspondencia

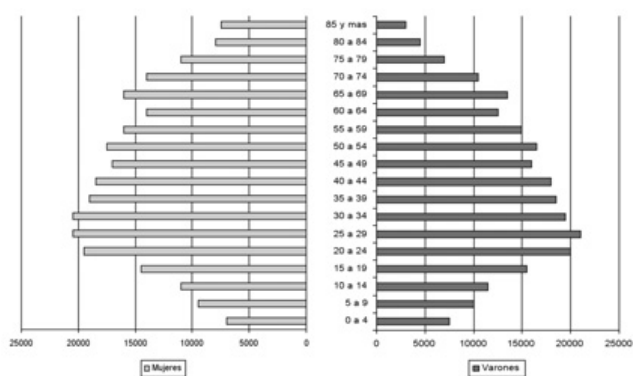
Marcelino Calviño Cerqueiro
Centro de Salud San José.

C/ Comandante Fontanes, nº 8. 15003 A Coruña, España.
e-mail: marcelino.calvino.cerqueiro@sergas.es

El Área Sanitaria de A Coruña tiene una extensión total de 2.830 Km² y una población de 521.760 habitantes distribuidos en 37 ayuntamientos. La población de dicha área supone el 19% de la población total de Galicia. En la población total del área la distribución por género es de un 52% de mujeres frente a un 48% de hombres. La pirámide poblacional se representa en la figura 1. El **índice de Rosset**, que refleja el porcentaje de personas de 65 años o más en una comunidad, va en aumento en las sociedades occidentales industrializadas y según la OMS cuando es superior al 15% refleja una sociedad envejecida. Para toda el Área Sanitaria de A Coruña se obtuvo un índice de Rosset del 19%. Los ayuntamientos con la población más envejecida son los de Cesuras con un índice de Rosset del 36%; Irixoa y Vilasantar con un 34%; y Aranga, Oza dos Ríos, Paderne, Sobrado y Vilarmador que superan un índice de Rosset del 30%. Los ayuntamientos de Arteixo, Cambre, Culleredo y Oleiros tienen valores de un 13%⁶.

FIGURA 1

Pirámide de población del Área Sanitaria de A Coruña.
(Instituto Galego de Estadística. Padrón 2001)



La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de Atención Primaria. La atención domiciliaria programada (programas de inmovilizados), incluye tareas de tipo curativo, preventivas, de educación sanitaria, de promoción del autocuidado y de rehabilitación, encaminadas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida. En dichos programas participan de manera coordinada: médicos, enfermeros y trabajadores sociales⁷.

La **atención domiciliaria** pretende dar respuesta a las necesidades de salud de las personas que no pueden desplazarse a los centros sanitarios; se podrían definir como un conjunto de actividades que se realizan en el domicilio del paciente,

con el fin de dar soporte, de valorar y dar seguimiento a los problemas de salud del individuo o la familia, potenciando su autonomía y mejorando su calidad de vida^{8,9}.

En cuanto a los objetivos, nos parece relevante realizar un estudio para analizar la asistencia sanitaria en pacientes inmovilizados en nuestra área, intentando objetivar así posibles campos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, de acuerdo con los objetivos.

Estudiamos a los pacientes inmovilizados de los Centros de Salud del Área Sanitaria de A Coruña, con excepción de los que tenían historia clínica informatizada (Centro de Salud (C.S.) Cambre, C.S. San José, C.S. Elviña-Mesoiro). Se excluyeron también del estudio los cupos médicos cuyos titulares no estaban integrados en el Nuevo Modelo de Atención Primaria y tres cupos con personal de enfermería de Modelo Tradicional (C.S.Corme, C.S.Carral, C.S.Corcubián).

Han sido analizados los inmovilizados pertenecientes a 155 médicos de familia.

Se revisaron la totalidad de historias clínicas de los pacientes con este problema de salud (840) de los cupos médicos integrantes en el estudio. Se desestimaron las historias de pacientes que constaban en el registro CIAP como inmovilizados sin serlo (registros erróneos), las historias de pacientes diagnosticados de inmovilizados sin cumplir los criterios de inclusión (diagnósticos erróneos) y las historias no presentes en la hamaca del archivo que a la vez ha sido imposible su localización en el Centro de Salud.

El tiempo de estudio ha sido de un año, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2003.

Las **variables** contempladas fueron las siguientes:

1. Sexo del paciente.
2. Exploración física: se basó en la valoración del estado de nutrición, control de esfínteres, estado de piel y mucosas, y el estado de conciencia.
3. Valoración funcional: exploración funcional para las actividades básicas de la vida diaria mediante un test validado o cuestionario.
4. Plan de cuidados.
5. Visitas domiciliarias trimestrales: al menos una visita trimestral, en el periodo estudiado, que respondió al seguimiento del plan de cuidados.
6. Úlceras de decúbito: presencia o no de las mismas en la última visita domiciliaria del año.

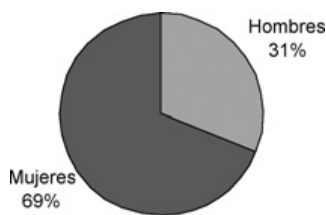
Para la búsqueda bibliográfica se utilizó el sistema Medline con la palabra clave "inmovilizado", limitándolo al idioma castellano. Se revisó así mismo la bibliografía de los artículos seleccionados.

RESULTADOS

Se revisaron 840 historias de inmovilizados, de las cuales 260 eran hombres y 580 eran mujeres (Figura 2).

FIGURA 2

Distribución de los inmovilizados por sexos



En las tablas 1 y 2 se especifican el número de pacientes inmovilizados conocidos en cada centro de salud del área y el porcentaje que representan sobre los inmovilizados esperados.

TABLA 1

Inmovilizados estudiados del ayuntamiento de A Coruña.

	CONOCIDOS	ESPERADOS*	PORCENTAJE DE INMOVILIZADOS CONOCIDOS
ABENTE Y LAGO	26	178	14,6%
ADORMIDERAS	83	150	55,3%
CASA DEL MAR	18	330	5,4%
CASTRILLON	39	268	14,5%
FEDERICO TAPIA	61	262	23,2%
LABAÑOU	39	200	19,5%
MATOGRADE	37	246	15%
VENTORRILLO	64	492	13%

*11% de los mayores de 65 años.

En la evaluación conjunta de los datos del área, se obtuvieron los siguientes porcentajes de cumplimiento:

- exploración física: 72%
- valoración funcional: 61%
- plan de cuidados: 44%
- visitas domiciliarias trimestrales: 42%.

Se objetivaron úlceras de decúbito en el 29% de los pacientes estudiados, en la última visita del año.

En las tablas 3 y 4 se especifican los datos obtenidos en cada centro de salud del área.

DISCUSION

El número de inmovilizados registrados en nuestra Área Sanitaria es mucho menor que la cifra esperada según la literatura científica. Si intentamos analizar las causas, podría ser debido a: infra-registro, infradiagnóstico, pacientes controlados por médicos de residencias de tercera edad (públicas o privadas) u otras.

Una medida a tomar, sería implicar más a los profesionales sanitarios para diagnosticar correctamente a los pacientes inmovilizados, diferenciándolos de las visitas domiciliarias de causa social. Así mismo habría que intentar registrar a todos los existentes, para iniciar la programación de actividades a realizar: de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación.

Los programas de atención domiciliaria sin objetivos específicos obtienen pocos beneficios. Es imprescindible definir exactamente los objetivos de la intervención que pretende desarrollarse en el domicilio¹⁰.

El porcentaje de pacientes inmovilizados es mayor en mujeres que en hombres, hecho concordante con la mayoría de los estudios. Según de Francisco en el estudio realizado en un Centro de Salud urbano del Área 2 de Atención Primaria de Madrid el 76,4% de inmovilizados eran mujeres y el 23,6% varones¹¹. La diferencia podría obedecer a la mayor longevidad y a la mayor morbilidad del sexo femenino.

Si comparamos los resultados obtenidos de las variables a estudio con los de otros trabajos reflejados en la literatura científica, se obtienen valores similares. Según Sagardui en el estudio de inmovilizados del Centro de Salud de Villanueva de la Cañada (área 6 de Madrid), los porcentajes de cumplimiento son¹²: estado de nutrición: 70,45%; estado de esfínteres: 88,6%; estado de piel-mucosas: 68,18%; estado de conciencia: 72,73%; valoración funcional mediante test: 56,82%; plan de cuidados: 50,09%; revisión del plan de cuidados: 40,91%.

En el ayuntamiento de A Coruña, en comparación con los otros ayuntamientos de la misma área sanitaria, se aprecian más úlceras de decúbito a pesar de que las visitas trimestrales por parte del personal sanitario vienen siendo muy parejas. Ello hace pensar, que si los cuidados por parte de los profesionales sanitarios son similares, quizás la diferencia radique en los cuidadores (mayor o menor implicación dependiendo del estilo de vida, del arraigo familiar...). Llama la atención la gran variabilidad en el

TABLA 2

Inmovilizados estudiados de otros ayuntamientos del área sanitaria de A Coruña.

	CONOCIDOS	ESPERADOS*	PORCENTAJE DE INMOVILIZADOS CONOCIDOS
ABEGONDO/ CESURAS	23	104	22'1%
ARANGA	12	59	20'3%
ARTEIXO	51	221	23%
BERGONDO / SADA	71	275	25,8%
BETANZOS	27	118	22,8%
CABANA / LAXE / PONTECESO	35	166	21%
CARBALLO	79	397	19,8%
CEE / FINISTERRE / DUMBRIA	84	308	27,2%
CERCEDA	18	116	15,5%
CORISTANCO	13	83	15,6%
CULLEREDO	56	184	30,4%
CURTIS / VILASANTAR	49	63	77,7%
LARACHA	16	87	18,3%
MALPICA	9	74	12,1%
MIÑO	12	82	14,6%
OLEIROS	83	305	27,2%
PADERNE	14	92	15,2%
VIMIANZO / CAMARIÑAS / ZAS	110	299	36,7%

*11% de los mayores de 65 años.

porcentaje de úlceras de decúbito de unos centros a otros oscilando desde un 88% de Matogrande, 50% en Cerceda, 17% en Paderne y 0 % en Oleiros y Aranga. Sería interesante hacer un estudio más exhaustivo de los factores que pueden influir en esas diferencias (cuestionarios al cuidador principal y a otros cuidadores de los inmovilizados...).

TABLA 3

Resultados de las variables, en porcentajes, en los centros de salud del ayuntamiento de A Coruña.

	EXPLORACION FISICA	VALORACION FUNCIONAL	PLAN DE CUIDADOS	VISITAS TRIMESTRALES	ULCERAS
ABENTE Y LAGO	100	95	80	70	40
ADORMIDERAS	77	73	52	52	22
CASA DEL MAR	69	38	23	23	83
CASTRILLON	84	81	31	28	38
FEDERICO TAPIA	54	98	48	30	22
LABAÑOU	76	58	30	30	25
MATOGRADE	43	30	30	27	88
VENTORRILLO	84	71	49	47	29

*11% de los mayores de 65 años.

Si se toman las úlceras de decúbito como indicador indirecto de calidad, se podría concluir que en nuestra área sanitaria el control de los inmovilizados presenta deficiencias, que habrá que ir descubriendo y subsanando.

Cabría preguntarnos si sería necesario personal sanitario específico de atención domiciliaria, para apoyar la labor de los Equipos de Atención Primaria.

La Escuela Andaluza de Salud Pública encuentra que en estos momentos la atención domiciliaria programada en muchos casos es "desplazada".

al aviso, debido a las actividades en el centro, lo cual plantea la necesidad de revisar el programa y sus prioridades. Si la atención domiciliaria es un indicador de la calidad de la atención, es necesario cambiar la forma de organizarla en los centros, contando con equipos de soporte que sean facilitadores del cuidado y de recursos a domicilio y que proporcionen una atención flexible y rápida

para solucionar los problemas que se planteen en el domicilio. Puede ayudar tener cerca el apoyo y la ayuda de un equipo de soporte, sobre todo en momentos difíciles con profesionales dedicados en exclusiva a la atención domiciliaria, que puedan asumir por completo al paciente difícil y que además puedan ser intermediarios entre la atención primaria y el hospital en la coordinación de

algunos procesos asistenciales^{13,14}.

A pesar de los cambios en la dinámica familiar producidos en nuestro país, durante la estancia de los pacientes en el domicilio, la familia y dentro de éstas el cuidador principal, sigue teniendo un papel clave. Sin el apoyo de la familia sería imposible una correcta atención domiciliaria¹⁵.

Una limitación importante a

TABLA 4

Resultados de las variables en porcentajes en los otros inmobilizados del área sanitaria

	EXPLORACION FISICA	VALORACION FUNCIONAL	PLAN DE CUIDADOS	VISITAS TRIMESTRALES	ULCERAS
ABEGONDO / CESURAS	100	10	0	0	5
ARANGA	100	50	58	58	0
ARTEIXO	71	91	58	51	33
BERGONDO / SADA	64	91	66	62	53
BETANZOS	50	13	8,7	8,7	17
CABANA / LAXE / PONTECESO	100	100	96	92	48
CARBALLO	69	31	23	17	27
CEE/ FINISTERRE/ DUMBRIA	72	0	12	12	15
CERCEDA	21	14	0	0	50
CORISTANCO	85	38	31	31	33
CULLEREDO	98	100	93	98	24
CURTIS / VILASANTAR	60	38	38	38	24
LARACHA	83	67	58	50	75
MALPICA	100	100	89	89	11
MIÑO	73	55	0	0	18
OLEIROS	93	81	77	74	0
PADERNE	100	100	100	100	17
VIMIANZO / CAMARIÑAS / ZAS	30	18	3'9	3'9	24

tener en cuenta es que existe cierto déficit de registros en la actividad domiciliar de Atención Primaria, por lo que muy posiblemente dicha actividad es mayor que la que se refleja en el estudio¹⁶.

AGRADECIMIENTOS

- A Dña. María Nieves Domínguez González, Directora Médica, Xerencia Atención Primaria A Coruña – Ferrol; por su inestimable colaboración.
- A D. Rosendo Bugarín González, Técnico da Subdirección Xeral de Atención Primaria do SERGAS; por sus consejos en la elaboración de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez I, Bacariza M, García J, Gómez T, López JL, Marín A, et al. Procedimientos Clínicos en Atención Primaria. Indices de Cobertura e Criterios Mínimos de Calidade. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Servicio Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas Asistenciais. 2001.
2. García A, Puime P, Domínguez N, García J, López J L, Pena S, et al. Protocolo de Actividad 2003. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servicio Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Atención Primaria. Santiago de Compostela 2003.
3. Delicado MV, Candal E, Alfaro A, López M, García C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria* 2004; 33: 193-199.
4. García S, Lekube K, Andikoetxea A, Solar M, Olaskoaga A. Características Socioeconómicas, Problemas y Necesidades de Salud de los Pacientes Crónicos Domiciliarios. *Aten Primaria* 1997; 20: 230-236.
5. Sánchez J.I., Valencia P., Molina M., Gómez R., Sánchez F.I., Albert A., et al. Utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmobilizado. *Aten Primaria* 2000; 25: 126-136.
6. Gómez I. Memoria Anual 2002. Xerencia de Atención Primaria A Coruña – Ferrol Servicio Galego de Saúde. Xunta de Galicia. 2003.
7. Mancera J, Paniagua F, Muñoz F, Gimenez S, Miranda M, Ginel L. Avisos médicos domiciliarios en un Centro de Salud urbano. *SEMERGEN* 2003; 29: 399-403.
8. Problemas de Salud en Atención Primaria 1ª ed. Paciente Inmobilizado: Atención Domiciliar y Atención Familiar. FMC FORM MED CONTIN ATEN PRIM 2003; 10: 99-107.
9. Martín A, Cano J F. Atención Primaria Vol 2. 5ª ed. Madrid. H Brace; 2003. 1663-1665.

10. Escarrabill J, Ramón R. Atención Domiciliaria: una necesidad. *Jano* 1998; 55: 72-74
11. De Francisco M.A. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmobilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Aten Primaria* 1997; 19: 110-116.
12. Sagardui J, Lacalle M, Cerezo V. Evaluación de la Asistencia a Pacientes Inmovilizados de un Centro de Salud Rural. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 214-218.
13. Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 439-439
14. Gene J, Contel JC. Propuestas para Desarrollar la Atención Domiciliaria. *Aten Primaria*. 1999; 23: 183-186.
15. Benitez M.A., Castañeda P, Gimeno V, Gómez M., Duque A., Pascual L., et al. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Documento de Consenso SECPAL-SemFYC. *Aten Primaria* 2001; 27: 123-126.
16. Mancera J, Paniagua F, Ruiz M, Fernández C, Pérez F, Blanca F. Utilización de los Servicios Sanitarios por los pacientes inmobilizados de un Centro de Salud. *Medicina General* 2004; 64: 282-290.