

La visita programada del profesional en enfermería a las personas mayores en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento?¹

Caridad Dios-Guerra²

Juan Manuel Carmona-Torres³

África Ruíz-Gándara⁴

Adoración Muñoz-Alonso⁵

María-Aurora Rodríguez-Borrego⁶

Objetivos: conocer la repercusión de la visita domiciliaria de los profesionales en enfermería a personas de 65 años o más, pluripatológicas, en morbilidad. Método: estudio retrospectivo caso-control por auditoria de historias clínicas. Muestreo aleatorio. Variables principales morbilidad, mortalidad; descriptivas: visitas de la enfermera, filiación, datos clínicos y socio sanitarios. Análisis por medidas de tendencia central, dispersión, posición, tabulación, frecuencias relativas, absolutas; no paramétricas, contrastes χ^2 ; Wilcoxon-Mann-Whitney. Resultados: se estudiaron a 1743 pacientes, de ellos 199 recibieron visita domiciliaria; la edad media de quien recibe visita es de 81,99 años; estos presentan mayor número de patologías de media 3,76; habitan en domicilio particular, si bien en conjunto presentan más institucionalización que los controles; el 50% no tiene identificado el Cuidador Principal; es mayor el número de visitas de las enfermeras a los pacientes que viven en residencias ($p < 0,001$). El 50% de casos no tiene plan de cuidados, con relación significativa ($p < 0,001$). No existen diferencias significativas en tiempo de vida entre los casos y los controles. Conclusión: la visita domiciliaria del profesional en enfermería no repercute en la morbilidad; visita a los pacientes cuando ya ha aparecido el problema de salud, no hay datos de prevención.

Descriptores: Visita Domiciliaria; Enfermedad; Enfermera; Morbilidad; Mortalidad.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de Atención Primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos", presentada en la Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

² MSc, Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

³ MSc, Enfermero, Hospital Infanta Luisa, Sevilla, Andalucía, España.

⁴ PhD, Enfermera, UGC Santa Rosa, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, Andalucía, España.

⁵ MSc, Profesor Auxiliar, Departamento de Estadística, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

⁶ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

Introducción

La población que se encuentra en la franja etaria comprendida entre (65 años y más) están aumentando de manera significativa y entre estos los muy mayores (80 años y más) son un colectivo que va aumentando. Como así queda reflejado en el *Índice Global del envejecimiento 2014, informe en profundidad*, recientemente publicado⁽¹⁾. En concreto en España, el 16% de la población supera los 65 años y los más mayores suponen casi el 25% del total de mayores; si se mantienen las actuales tasas de mortalidad este último grupo supondrá a mediados de siglo cerca del 30% del conjunto de los mayores de 65 años⁽²⁾. Entre los problemas derivados del creciente envejecimiento de la población destacan los relacionados con las dificultades de los sistemas sanitarios para hacer frente al aumento de las necesidades de la población anciana, dificultades que no influyen solamente en el incremento de los costes de la atención, sino que afectan también a la capacidad organizativa de los distintos niveles asistenciales. Los Equipos de Atención Primaria y/o Comunitaria, y en especial los profesionales en enfermería que forman parte de los mismos, constituyen una de las fortalezas del sistema para llevar a cabo intervenciones que satisfagan las demandas mencionadas, fundamentalmente de los ciudadanos dependientes, con una situación de salud que genera fragilidad y que viven en sus domicilios; así como las demandas de las familias que los cuidan, que precisan de expertos que les ayuden en la planificación y administración de los cuidados⁽³⁻⁴⁾. El perfil epidemiológico común de las personas mayores que requieren atención domiciliaria es: pluripatológicas (más de dos procesos crónicos), polimedicadas, frágiles o alto grado de invalidez, dependientes de cuidadores informales o formales, demandantes de asistencia sanitaria y en especial de cuidados, que cuando se trata de personas de edad más avanzada o con presencia de limitaciones funcionales y/o cognitivas, se prestan en el domicilio o instituciones por el personal de enfermería de Atención Primaria y/o Comunitaria⁽⁵⁻⁶⁾. Una revisión sistemática⁽⁷⁾ sobre la efectividad de diferentes modelos de atención en pacientes con insuficiencia cardiaca, concluyó que los reingresos hospitalarios de este tipo de población son significativamente inferiores en los tres meses siguientes, cuando existe un alta planificada y unas intervenciones específicas tanto en atención domiciliaria como en atención ambulatoria en clínicas guiadas por enfermeras, y hace énfasis en la figura de los profesionales en enfermería con nuevos roles, en

un enfoque domiciliario y multidisciplinar, el seguimiento telefónico estructurado, la ayuda, soporte a cuidadoras, familiares y la garantía de continuidad asistencial mediante la creación de vías clínicas específicas. En cuanto a la utilización del servicio de urgencias por la población de mayores⁽⁸⁻⁹⁾ los datos son variados en base a entornos diversos, culturas y /o causas, no obstante es considerable, al girar en torno a un 30%. Ante la complejidad y la variedad de vertientes de la situación someramente expuesta previamente, el equipo de investigación se preguntó sobre la labor de los profesionales en enfermería en la comunidad y su repercusión en la salud de la ciudadanía, planteando un estudio con el objetivo de conocer la repercusión de la visita Programada de los profesionales, que trabajan en los servicios de Atención Primaria/Comunitaria, a las personas de 65 años o más, pluripatológicas, en el propio domicilio del mayor o en los centros residenciales de mayores (en el caso de las personas institucionalizadas), en la morbimortalidad de la población atendida.

Método

Estudio retrospectivo, tipo caso-control. Los sujetos de estudio fueron pacientes de 65 o más años usuarios del Sistema Andaluz de Salud (SAS), pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (formado por 13 centros de salud urbanos, 6 periurbanos y 24 rurales), siendo un total de 76.452 pacientes. Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: tener 65 o más años y diagnóstico de 2 o más enfermedades crónicas a partir del 1 de enero de 2013, personas integradas en el área de influencia del distrito mencionado y subsidiarias de recibir asistencia en domicilio (la casa del paciente o centro residencial) por parte del profesional en enfermería de su centro de salud de referencia. Constituyeron el *grupo casos* los pacientes que recibieron visitas programadas con una medida de 6 visitas o más al año⁽⁵⁾ (con base en el estudio de revisión *Visita domiciliaria programada de enfermería a persona mayores de 65 años*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español en 2002) en su domicilio por parte del profesional en enfermería, siendo *grupo control* los pacientes que recibieron la atención domiciliaria del profesional a demanda del paciente (5 o menos visitas al año). Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia la variable resultado principal: porcentaje de pacientes fallecidos a los 18 meses de seguimiento (tasa de mortalidad); basándose en los resultados obtenidos en un ensayo clínico sobre

visita domiciliaria programada a población mayor frágil⁽¹⁰⁾. Se utilizó el programa EPIDAT 3.1 (Cálculo del tamaño muestral para la estimación del Riesgo Relativo) asumiendo los siguientes criterios: riesgo en expuestos (intervención a testar) 14% de mortalidad; riesgo en no expuestos (intervención habitual) 18% de mortalidad; Riesgo Relativo esperado: 0,778. Razón *Grupo Control* por *Grupo Caso* 1:1. Nivel de confianza: 95%, y para una precisión relativa del 80% el tamaño muestral resultante fue de 826 sujetos por grupo, se estimó una tasa de no respuesta del 10%. $N_{final} = N_{previa} [1/(1-R)] = 826 [1/(1-0,10)] = 918$ sujetos/grupo. Muestra total: 1.836. Los pacientes mayores de 64 años en las dos áreas que conforman el distrito Córdoba-Guadalquivir son 76.452. Área Córdoba (capital): 53.898 (70,50% de 76.452) 1294. Área Guadalquivir (provincia): 22.554 (29,50% de 76.452) 542 mayores. Posteriormente se plantearon dos secuencias de pacientes aleatorios que formaron parte de la muestra. Las fuentes de datos fueron las Bases de Datos de los Distritos Sanitarios Referenciados y la Historia Clínica Digitalizada (DIRAYA), es en esta última se encuentran las herramientas clinimétricas habituales para la actividad profesional enfermera: cuestionarios validados de valoración funcional (Barthel)⁽¹¹⁾ y (Lawton y Brody)⁽¹²⁾; cognitiva (Test de Pfeiffer)⁽¹³⁾; de riesgo de Ulceras Por Presión (Norton)⁽¹⁴⁾, de riesgo de caídas (Riesgo de caídas múltiples)⁽¹⁵⁾ y el cuestionario de valoración de Necesidades Básicas según Virginia Henderson, modelo de elección en el Distrito estudiado. Las variables principales fueron la morbilidad y mortalidad; y las variables descriptivas: el número de visitas domiciliarias del profesional en enfermería y los datos sociodemográficos, clínico asistenciales y socio sanitarios del paciente. El procedimiento de recogida de datos fue por auditoria de las historias clínicas de los pacientes seleccionados mediante el muestreo señalado; se realizó de mayo a septiembre de 2013; la información recogida de la historia se limitaba a un año antes del momento de la auditoria. Para el análisis de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 15, se realizaron análisis descriptivos: medidas de tendencia central, dispersión y posición en las variables cuantitativas de interés; tabulación y cálculo de frecuencias relativas y absolutas en las cualitativas. En el análisis de inferencia estadística se utilizaron: técnicas no paramétricas diferenciando entre casos y controles y test de comparación de proporciones mediante contrastes χ^2 . En lo que se refiere a las variables cuantitativas, se realizaron comparaciones de medias, utilizando contrastes de Wilcoxon-Mann-

Whitney en todas aquellas variables que se consideraron relevantes. Los análisis de las variables resultado (mortalidad, morbilidad) se cruzaron con las variables sociodemográficas y otras variables independientes o pronosticas de interés recogidas en el estudio; para lo que se aplicó la prueba χ^2 de Pearson o test exacto de Fisher, junto con tablas de contingencia a las que se les han calculado las frecuencias relativas conjuntas de cada cruce de modalidades. Todos los contrastes usados fueron bilaterales a un nivel de confianza del 95%. Por su parte, la presente investigación recibió informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Córdoba y en todo caso se ha respetado la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados

La exposición de los resultados en el presente apartado se realiza en dos bloques explicativos, el primero que parte del conjunto de la muestra (1743), comparando pacientes en atención domiciliaria del profesional en enfermería y sin ella (199-1544), y un segundo bloque compuesto por los pacientes que reciben visita domiciliaria del profesional 197 casos y *controles* 1546, viendo las diferencias. De los 1836 pacientes obtenidos en el muestreo, 93 se desestimaron por no presentar registros en la historia clínica en el periodo de estudio, quedando 1743 pacientes como muestra final (N); de ellos 1546 no recibieron visita de la enfermera en domicilio y 199 sí. Del total (N 1743), 1050 fueron mujeres (60,2%) y 693 hombres (39,8%). Por su parte la edad media de las personas que reciben visita de la enfermera es de 81,99 (ET 0,539) frente a 74,87 (ET 0,183) de los que no la reciben, siendo 82,82 años (ET 0,611) para las mujeres y 79,91 (ET 1,06) para los hombres. Con respecto a la edad, la de los casos es superior a los *controles* con una media de 82,89 frente a 74,76 (ET 0,541-0,179 respectivamente). Se observa que hay diferencia entre hombres y mujeres incluidos en la atención domiciliaria, siendo mayor la de las mujeres (82,82). En la Tabla 1 se describe la morbilidad en cuanto a enfermedades crónicas más prevalentes. La media de patologías es de 2,92 (DT 1,449) siendo las personas con 3 ó más patologías las que presentan mayor porcentaje (27,8%), seguidas de las que tienen 2 (24,8%) y 4 (18,5%). En media, las mujeres presentan más patología que los hombres 3,01 y 2,78 respectivamente (ET 0,0045). Los pacientes que reciben visita de la Enfermera son los que presentan mayor

número de patologías, con una media 3,76 (ET 0,107), frente al 2,81 de los que no reciben este servicio.

Con relación a la ingesta de fármacos, un 90,5% de los pacientes toma medicación (55,4% de mujeres y 35,2% hombres). En media, las mujeres consumen más fármacos que los hombres 6,88 (ET 0,119); y al comparar el consumo que se hace de fármacos entre pacientes que reciben visita domiciliaria y los que no, la media de consumo es mayor en los primeros 8,42 (ET 0,269). Los *casos* consumen más fármacos (en número) que los *controles* ($p < 0,001$) con una media de 8,79 frente a 6,31 (DT 3,65-3,54 respectivamente). De las 1.743 personas estudiadas, 199 reciben visitas de la enfermera lo que supone un 11,4% del total (8,1% mujeres y 3,3% hombres). Con relación a los recursos sociosanitarios, de forma general en el estudio que aquí se presenta, es bajo el número de registros al respecto, lo que no permite inferir su no utilización; excepto la ayuda a la dependencia que, en los pacientes que reciben visita domiciliaria lo solicitan el 45,7%; frente a los datos del total de la muestra (ver Tabla 2).

En cuanto al lugar de residencia habitual (domicilio particular o residencia de personas mayores) el 96,6% de los pacientes habitan en su casa o domicilio particular (por sexos, las mujeres un 57,8% y los hombres un 38,7%), en residencia un 3,2% (2,2% son mujeres); la edad media es 82 (DT 7,4) para el domicilio habitual frente al 82,121 para los que residen en residencia (DT 8,91); la presencia en el domicilio del Cuidador Principal (C. PPa) no está identificada en un 52,8% de pacientes que reciben la visita domiciliaria, ver Tabla 3, siendo la media de edad mayor en los pacientes que tienen identificado el cuidador principal ($p < 0,001$).

Con respecto a la relación del número de visitas de enfermería y cuidador Principal, los datos indican que existen diferencias significativas ($p < 0,001$), siendo más frecuentes las visitas al paciente cuando

el cuidador principal está identificado, que cuando no está identificado. La media de visitas de la enfermera es de 2,44 (DT 12,479) a los pacientes que viven en su casa y de 4,75 (DT 5,148) a los que residen en las residencias de personas mayores en zonas rurales; siendo de 2,95 (DT 19,67) y 6,08 (DT 11,28) en zona urbana. Tanto en la zona rural como en la zona urbana existe un mayor número de visitas de las enfermeras a los pacientes en residencias que a los que viven en su domicilio ($p < 0,001$). Con relación a los documentos específicos de valoración (herramientas clinimétricas), el 70% no tiene Barthel, el 85,4% no tiene el test de Pfeiffer, el 95,6% no tiene Salwton, el 93,1% no tiene Norton, el 94,6% no tiene el test de caídas y el 73,8% no tiene registrada la valoración con el modelo de cuidados de Virginia Henderson; por su parte el 81,7 % no tiene registrado el plan de Cuidados de Enfermería. Del total de pacientes (N 1743) el 11% tiene Valoración de necesidades y Plan de Cuidados. Cuando se analizan estas variables en pacientes exclusivos que reciben visita domiciliaria por parte de la enfermera (N199), la media de cuestionarios realizados es de 2.12 (DT 1,39), el de Barthel con un 75,4% es el más frecuente, seguido del de Pfeiffer con un 44,2% y el de Norton con un 33.2%. El 40.7% de pacientes tienen registrado en su historia clínica la valoración y plan de cuidados, el 20.6% no tienen ni valoración ni Plan de Cuidados; el 33.7% tienen valoración pero no Plan de Cuidados; y el 5.0% no tienen ni valoración pero si Plan de Cuidados. En lo que a los *casos* y *controles* se refiere, el 45,7% de los *casos* tiene plan de cuidados, y el 8,6% de los *controles*; existiendo relación significativa entre tener plan o no y estar incluidos en la atención domiciliaria ($p < 0,001$). Por su parte existen diferencias en cuanto al número de patologías, el uso de recursos y la realización de cuestionarios, siendo el grupo de los *casos* el que presenta valores más altos en estas variables frente al grupo *control* (Tabla 4).

Tabla 1 - Patologías Crónicas en el total de la muestra (n=1743). Córdoba, CAA, España, 2014

Patología	N pacientes	Porcentaje	Hombres %	Mujeres %	Diferencia por sexo
Cardiovascular	1392	79.9	31.0	48.9	No
Respiratoria	333	19.1	10.0	9.1	Si (H)
Osteomuscular	894	48.7	12.6	36.1	Si(M)
Digestiva	379	21.7	7.9	13.9	No
Metabólica	607	34.8	13.1	21.7	No
Urinaria	391	22.4	10.8	11.6	Si(H)
Neurológica	163	9.4	3.8	5.5	No
Mental	260	14.9	3.4	11.5	Si(M)
Tumoral	194	11.1	6.6	4.5	Si(H)
Otras patologías	523	30.0	11.4	18.6	No

Tabla 2 - Solicitud de ayuda a la dependencia según sexo y entorno en toda la muestra (n=1743). Córdoba, CAA, España, 2014

	Localidad			Sexo		Total
				Hombre	Mujer	
Rural	Solicitud prestación	No	Recuento	212	247	459
			% del total	41,5%	48,3%	89,8%
		Sí	Recuento	12	40	52
	% del total		2,3%	7,8%	10,2%	
	Total	Recuento	224	287	511	
		% del total	43,8%	56,2%	100,0%	
Urbano	Solicitud prestación	No	Recuento	418	618	1036
			% del total	33,9%	50,2%	84,1%
		Sí	Recuento	51	145	196
	% del total		4,1%	11,8%	15,9%	
	Total	Recuento	469	763	1232	
		% del total	38,1%	61,9%	100,0%	

Tabla 3 - Cuidador Principal Identificado-Visita Domiciliaria-Sexo (n=1743). Córdoba, CAA, España, 2014

Visita	Domiciliaria			Sexo		Total
				Hombre	Mujer	
No	*CPpal identificado	No identificado/No tiene	Recuento	610	806	1416
			% del total	39,5%	52,2%	91,7%
		Identificado	Recuento	26	102	128
	% del total		1,7%	6,6%	8,3%	
	Total	Recuento	636	908	1544	
		% del total	41,2%	58,8%	100,0%	
Sí	*Cppl identificado	No identificado/No tiene	Recuento	31	74	105
			% del total	15,6%	37,2%	52,8%
		Identificado	Recuento	26	68	94
	% del total		13,1%	34,2%	47,2%	
	Total	Recuento	57	142	199	
		% del total	28,6%	71,4%	100,0%	

*Cuidador principal

Tabla 4 - Patología, recursos sociosanitarios y visitas de la Enfermera en *casos y controles* (n=1743). Córdoba, CAA, España, 2014

	Grupo		Estadístico	Error típ.
Patologías	Controles	Media	2,80	,036
		Desv. típ.	1,408	
	Casos	Media	3,87	,101
		Desv. típ.	1,418	
Recursos	Controles	Media	,06	,008
		Desv. típ.	,317	
	Casos	Media	,48	,053
		Desv. típ.	,746	
Cuestionarios	Controles	Media	,50	,024
		Desv. típ.	,960	
	Casos	Media	2,32	,098
		Desv. típ.	1,380	
Visitas enfermería	Controles	Media	2,06	,078
		Desv. típ.	3,053	
	Casos	Media	1,93	,237
		Desv. típ.	3,325	

Por otro lado, el número de pacientes que tienen inicio de visita y fecha de mortalidad recogida fue de 32, de ellos 17 tuvieron visita domiciliaria; la media de días de vida fue 724 en los que tuvieron visita y 586,4 en los que no la tuvieron (DT 451 – 652, 57 respectivamente); no existiendo diferencias significativas en cuanto al tiempo de vida entre los casos y los controles. La Odds Ratio patologías (sí/no) / casos y controles fue 6,5254 [IC95% = (2,8642 – 14,8664)], indicando más probabilidad de enfermar los casos que los controles.

Discusión

En el inicio de este apartado, y previo a su lectura es necesario destacar que el estudio presenta ciertas limitaciones derivadas de las deficiencias encontradas en los registros (datos perdidos), sesgos de información dada la heterogeneidad de profesionales que realizan los registros mencionados, y las diferencias en los procedimientos de trabajo en los centros de salud estudiados. Aunque el Programa de Visita Domiciliaria (PVD) que se contempla en la cartera de servicios de Atención Primaria del Ministerio⁽¹⁶⁾ se dirige a personas incluidas en los protocolos de inmobilizadas, pacientes terminales, altas hospitalarias con continuidad de cuidados, personas con patología invalidante, mayores con patología crónica, y otros supuestos, tal como se ha indicado previamente, el estudio que se presenta incluyó personas de 65 y más años con o sin visita programada de enfermería; por lo que lo primero que hay que destacar y que llama la atención es la baja cobertura del PVD; las personas mayores que reciben visitas domiciliarias de enfermería suponen un porcentaje menor (11,4%) que la prevalencia estimada para este servicio (15% de los mayores de 65 años)⁽¹⁶⁾. En cuanto al género, las personas que reciben cuidados domiciliarios son mayoritariamente mujeres, al igual que en otros trabajos realizados de similares características⁽¹⁷⁾. Según la EDAP (Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia)⁽¹⁸⁾, en el año 2008 residían en España, en su domicilio particular (excluidas las personas institucionalizadas) 2.227.086 personas de 65 y más años de edad con al menos una discapacidad y un 66% eran mujeres. En relación a la vivienda, la gran mayoría viven en su domicilio y un porcentaje menor en residencia o instituciones, en coincidencia con los datos del Observatorio de las Personas Mayores del IMSERSO⁽¹⁹⁾. Referente a los cuidadores familiares, sólo la mitad de los pacientes lo tienen identificado, aunque en este trabajo no se ha clasificado el sexo ni

parentesco de estos miembros tan importantes cuando se habla de personas dependientes; en la bibliografía consultada la mayoría de casos se trata de mujeres con una relación parental de hija o cónyuge⁽²⁰⁾. En las características clínico-epidemiológicas se destaca la presencia de patologías crónicas, con una media cercana a cuatro; de un total de 9 diagnósticos médicos recogidos, los procesos cardiovasculares, osteomusculares y metabólicos son los más prevalentes; situación coincidente con otros estudios entre los que se encuentran los ensayos clínicos realizados en pacientes con hipertensión en Canadá⁽²¹⁾ que mostraron que del 89% al 100% tenían múltiples enfermedades crónicas, con una media que oscilaba entre 5 y 12. Con respecto al consumo farmacológico, los pacientes domiciliarios están altamente polimedcados, con una media de consumo superior a ocho, dato semejante al de otros estudios⁽²²⁾; con el riesgo que esto supone en seguridad del paciente, por olvidos en la toma de medicación, duplicidad terapéutica, errores de comprensión de la prescripción, interacciones o efectos adversos⁽²³⁾. Acerca del uso que hacen los pacientes domiciliarios del material y servicios de apoyo a la autonomía y dependencia, destaca la baja cobertura, aunque hay que tener en cuenta la limitación que presenta el estudio por tratarse de información recogida en la historia clínica y puede ser que exista un registro deficiente de estos datos, el andador parece el material técnico más utilizado y la ayuda a domicilio la que menos, aspecto este no coincidente con la literatura al respecto⁽²⁴⁾, no obstante, en ambos casos, son las mujeres las que en mayor porcentaje disponen de los mismos. En cuanto a la valoración de las actividades realizadas por la enfermera, la auditoria resultó inconclusa debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas. Cabe destacar que las actividades registradas mayoritariamente se refieren a procedimientos diagnósticos y terapéuticos (extracciones de sangre, curas, inyectables, toma de TA, glucemias capilares, etc). Un estudio publicado recientemente⁽²⁵⁾ hace referencia a la Enfermera Comunitaria como coordinadora de la salud y atención social a las personas frágiles y de edad avanzada; datos que contrastan con los encontrados en el presente estudio, donde es sorprendente la baja utilización de las herramientas clinimétricas, base fundamental para elaborar los planes de cuidados y decidir aquellas intervenciones más apropiadas en la resolución de cada caso. Los cuestionarios más utilizados son el Barthel y el Pfeiffer, que puede estar justificado en gran medida porque son cuestionarios presentes en la elaboración

del Informe de Condiciones de Salud para solicitar la ayuda a la dependencia, lo que supone que se realiza por un interés previo del usuario de solicitar una ayuda; y no por un fin clínico en sí mismo por parte de los profesionales. Cuando se analizan las características asistenciales, las personas que reciben más visitas de enfermería son las que se encuentran institucionalizadas y en el medio urbano, seguidas de las institucionalizadas en medio rural, aspecto que contrasta, cuando a priori en una institución los pacientes tiene más apoyo; con todo el bajo número de visitas viene a coincidir con otros estudios entre los que se encuentra el Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) de 2012⁽²⁶⁾, donde se insiste en aumentar el número y la calidad de las visitas domiciliarias, y que la efectividad de las mismas depende de la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas. Los datos resultados del presente estudio ponen en evidencia que la situación a efectos de la visita domiciliaria no ha mejorado respecto al pasado⁽⁵⁾ y que es una necesidad ampliar la cobertura de los Programas de Visita Domiciliaria, con un seguimiento más intenso y con unos protocolos de actuación donde se contemple una valoración integral de la persona mayor, dirigidos a monitorizar la situación de salud, el seguimiento de los cuidados, a llevar a cabo medidas de prevención relacionadas sobre todo con la seguridad del paciente y la calidad de vida en sus últimos años; intervención a la que se le puedan medir sus efectos⁽²⁷⁾. En el planteamiento del estudio se definieron 4 grupos: sin visita y con visita de la enfermera en la muestra total, y controles (6 o más visitas) y casos (5 o menos visitas). De los cuatro grupos, la intervención enfermera no parece marcar diferencias en resultados en salud; la Odds Ratio obtenida, de la probabilidad de enfermar, permite inferir que la visita domiciliaria no actúa como un factor protector y que se acude a los domicilios cuando las patologías ya están instauradas. Por otro lado parece que se puede estar practicando un sesgo o discriminación involuntaria por sexo en las visitas enfermeras, afectando a la mujer mayor; pues si como indican los datos, los más mayores son mujeres, residen en su domicilio, en el domicilio se reciben menos visitas y hay un número importante que no recibe visitas y que no tiene identificado el Cuidados Principal.

Conclusión

La visita domiciliaria de los profesionales de enfermería tienen una frecuentación baja y las

características de cumplimentación de los documentos específicos de valoración y planificación de cuidados de enfermería no permiten valorar que la actividad enfermera tenga repercusión en la morbimortalidad de las personas atendidas; los datos sugieren que se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud; y que la valoración es una tarea mecánica que no va seguida de la planificación lo que no permite medir resultados en salud. Pudiendo parecer que la demanda, normalmente terapéutico-medicamentosa justifica la intervención y por tanto hay una ausencia de prevención. Esto conlleva a plantear una línea de trabajo dirigida a atender regladamente a las personas mayores y realizar precozmente la valoración funcional para intervenir multifactorialmente en la prevención.

References

1. Zaidi A. Índice Global del envejecimiento 2014. Informe en profundidad. HelpAge International. [acceso 8 dez 2014]. Disponible em: www.globalagewatch.org
2. Calisapié Lopesino P, Balbantin López-Ceron A, Porras Muñoz M, Matero Echano Gorria A. Envejecimiento Activo. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. IMSERSO; 2011. [acceso 13 dez 2014]. Disponible em: http://www.imsero.es/imsero_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.ht
3. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Coordinadores. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid. Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención Primaria; 2009. [acceso 13 dez 2014]. Disponible em: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>
4. Malvárez S. El reto de Cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):520-30
5. Fuentelsaz Gallego C, De Frutos Sánchez D, Moreno Casbas T, Comet Cortes P, Martín Arribas MC. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III; 2002. [acceso 13 dez 2014] Disponible em: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf

6. Del-Pino-Casado R, Millán-Cobo MD, Palomino-Moral PA, Frias-Osuna A. Cultural correlates of burden in Primary caregivers of older relatives: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014; 46 (3): 176-86
7. Morales Asensio JM. Efectividad de los modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Cal Asist*. 2006;21:51-60.
8. Badiel M, Cepeda MC, Ordoñez C, Pino LF, Loaiza JH, Aboutanos M. Trauma en mayores de 65 años. Experiencia en 2 hospitales Universitarios en Cali. *Panam J Trauma, Crit Care Emergency*. 2013;2(1):21-5.
9. Alcock M, Chilvers C. Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesth Intensive Care*. 2012;40:90-4.
10. Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects of a home visiting programme for older people with poor health status: a randomised clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):397-404.
11. Mahoney F L, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965;14:61-5.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
13. Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129-34.
14. Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989; 2:10.
15. Tromp AM, Pluijm SM, Smit JH, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(8):837- 44.
16. Ichaso MS. Coordinación. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [acceso 13 dez 2014]. Disponible em: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf
17. Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit*. 2011;25(S):5-11.
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades. Tabulaciones web (1999 y 2008). [acceso 24 jul 2014]. Disponible em: <http://www.ine.es/inebmenu/mnu salud.htm>
19. Díaz Martín R. Coordinadora. Las personas mayores en España. Informe 2008/Tomo I. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO; 2009. [acceso 13 dez 2014] Disponible em: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf>
20. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas del cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85: 257-66.
21. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities?. *Ann Fam Med*. 2006;4(2):104-8.
22. Molina López T, Caraballo Camacho MO, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44(4):216-22.
23. Budnitz DS, Lovergrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. *N Engl J Med*. 2011;136:2002-12.
24. Del Pozo Rubio R, Escribano Sotos F, Moya Martínez P. El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. *Gac Sanit*. 2011;25(s):93-9.
25. Steve F. Community nursing offers an increasing range of career paths. *Nurs Times*. 2014;110(46):S2-S3.
26. Corrales Nevado D, Alonso Barrado A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de Cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):63-8.
27. McHugh GA, Horne M, Chalmers KI, Luker KA. Specialist Community Nurses: A Critical Analysis of Their Role in the Management of Long-Term Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2009 Oct;6(10):2550-67.

Recibido: 29.07.2014

Aceptado: 23.02.2015