

Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria

Joan Gené Badia^{a-d}, Antonio Hidalgo García^b, Joan Carles Contel Segura^b, Alicia Borràs Santos^d, Jacinto Ortiz Molina^c, Jaume Martín Royo^a, Noemí García Planas^a, Antonio Heras Tebar^b, Ramon Noguera Rodríguez^f, Manuel Borrell Muñoz^g, Cristina Farràs Salles^b, Montserrat Porta Borges^h, Anna Oliver Olius^h, Sonia Rivas Zuazo^h, Antonio Aranzana Martínez^b, Francisco Cegri Lombardo^b, Esther Limón Ramírez^b, Núria Adell Aguiló^b, Maria Dolors Camprubí Casellas^b y Equipo Investigadores HC > 65*

Objetivo. Buscar oportunidades de mejora mediante la evaluación de la atención domiciliaria que ofrecen los equipos de atención primaria en nuestro entorno a las personas > 65 años de edad con enfermedades crónicas. Identificar cuáles son las variables del paciente y del servicio que recibe que se asocian con el deterioro funcional y cognitivo, ingreso en una residencia geriátrica, visita a urgencias, ingreso hospitalario o muerte.

Diseño. Estudio analítico de seguimiento de una cohorte durante 3 años.

Emplazamiento. Equipos de atención primaria de Cataluña.

Participantes. En total, 1.300 pacientes > 65 años con enfermedades crónicas incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.

Mediciones principales. Se recoge anualmente su estado de salud (Charlson, Barthel, Pfeiffer, Braden y Gijón), datos sobre el cuidador (Zarit), atenciones recibidas (social y sanitaria), salud subjetiva (SF-12), visitas a urgencias, ingresos temporales y el resultado final: muerte, ingreso en residencias geriátricas u hospital.

Los análisis principales se basarán en regresiones logísticas y una análisis de supervivencia.

Discusión. El estudio permitirá identificar las características del paciente que tengan valor pronóstico, así como conocer las prácticas de atención social y sanitaria que se asocian con una mejor supervivencia y un menor consumo de recursos sociosanitarios.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Efectividad. Atención primaria. Hospitalización.

MONITORING A HOME CARE COHORT

Objectives. To evaluate home care by primary care teams for people over 65 years old with chronic conditions, in order to identify improvement opportunities. To identify patient and care variables associated with cognitive and functional impairment, nursing home admission, attendance at casualty units, hospital admission and death.

Design. Analytic study of the follow-up of a cohort for 3 years.

Setting. Primary health care teams in Catalonia, Spain.

Patients. One thousand three hundred patients over 65 with chronic pathologies and cared for by home care programmes in Catalonia.

Main measurements. The following will be recorded annually: health status (Charlson, Barthel, Pfeiffer, Braden, and Gijón), data on the carer (Zarit), care received (social and health), self-perception of health (SF-12), Casualty attendance, short-term admissions and the final results, i.e. death or definitive admission to a nursing home or hospital. The statistical analyses will be based on logistic regression and a survival analysis.

Conclusions. The study should reveal patient characteristics with prognostic value, as well as identify the social and health factors related to better survival and lower consumption of health and social resources.

Key words. Home care. Effectiveness. Primary care. Hospital admission.

^aCAPSE Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Barcelona. España.

^bInstitut Català de la Salut. Barcelona. España.

^cUniversitat de Barcelona. Barcelona. España.

^dFundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. España.

^eCAP Les Corts Gesclínic. Barcelona. España.

^fConsorci de Salut Integral. Barcelona. España.

^gCAP Sarrià. Barcelona. España.

^hCAP Larrard PAM. Barcelona. España.

*En el anexo 1 se expone una relación del equipo de investigadores HC>65.

Correspondencia:
J. Gené.
CAPSE. Rosselló, 161. 08036
Barcelona. España.

Correo electrónico:
jgene@clinic.ub.es

Manuscrito recibido el 17 de noviembre el 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 28 de noviembre de 2005.

Proyecto financiado con una beca de investigación de la Agència d'Avaluació de la Tecnologia i la Recerca Mèdiques del año 2004 y con el premio a la Investigación de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria (2004).

Introducción

El aumento de la esperanza de vida, la disminución del tiempo de hospitalización, el limitado número de plazas en las residencias geriátricas, el cambio de rol del cuidador en la familia tradicional, junto con la voluntad de la gente mayor de seguir viviendo en la comunidad, han favorecido el desarrollo de servicios de atención domiciliaria¹. Cada vez se destinan más recursos a esta actividad, tanto públicos (sociales y sanitarios) como por parte de las familias.

Los equipos de atención primaria atienden a cerca del 6% de las personas > 65 años mediante programas de atención domiciliaria¹. Sin embargo, la eficiencia de la atención a domicilio no está plenamente demostrada. Aunque algunos estudios señalen que es una actividad con una buena relación coste-efectividad², una revisión sistemática Cochrane señala que no hay datos concluyentes³. Tampoco disponemos de evidencia suficiente para afirmar que una intervención mediante visitas domiciliarias preventivas sea, en términos generales, efectiva^{4,5}. Únicamente se beneficia de dicha intervención el grupo de personas mayores más jóvenes (entre 72 y 78 años) que reciben 9 visitas al año y una valoración geriátrica multidimensional.

La mayoría de trabajos publicados sobre los equipos de atención domiciliaria en nuestro país se limita a describir el perfil de los pacientes incluidos. No analizan cómo evolucionan los pacientes con el tiempo, especialmente los > 65 años con enfermedades crónicas⁶.

Precisamos estudios analíticos para mejorar la calidad asistencial de esta actividad.

Hipótesis y objetivos del estudio

Hipótesis

Determinadas características de los pacientes y del servicio de atención domiciliaria que reciben se asocian con el resultado de la atención, medido por un incremento del grado de dependencia, el deterioro funcional y cognitivo, los ingresos en residencias geriátricas, las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y la muerte.

Objetivo general

Se pretende realizar una evaluación de la atención domiciliaria que ofrecen los equipos de atención primaria en nuestro entorno a las personas > 65 años de edad con enfermedades crónicas, para identificar las oportunidades de mejora.

Objetivos específicos

– Describir los perfiles de los pacientes atendidos en programas de atención domiciliaria.

– Describir los servicios sociales y sanitarios que reciben los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria.

– Analizar qué variables del paciente y de los servicios que recibe se asocian con el deterioro cognitivo y funcional, la visita a urgencias, el ingreso hospitalario o en una residencia geriátrica, o la muerte.

Método

Diseño

Estudio analítico de seguimiento de una cohorte en pacientes > 65 años con enfermedades crónicas atendidos por equipos de atención primaria de Cataluña dentro del Programa de Atención Domiciliaria. Toda la información que no se encuentre en los registros secundarios se recogerá expresamente en una entrevista con el paciente. Antes de finalizar el año 2005, todos los investigadores habrán realizado una valoración de cada paciente y recogido toda esta información de los pacientes en fichas específicas siguiendo el protocolo del estudio. Se recogen en la tabla 1 las variables señaladas. Estas fichas serán enviadas al centro de control del estudio, donde serán informatizadas en una base de datos específica para hacer el seguimiento y el análisis estadístico.

Esta recogida de información en estas fichas se llevará a cabo una vez al año, durante los 2 años siguientes.

Se prevé un control activo de la calidad de la información recibida durante la fase de seguimiento de los enfermos con tal de minimizar los errores y las pérdidas de información.

Se controlará que no haya ninguna variable ausente o fuera de rango. Se realizará un control de calidad de los datos sobre una muestra aleatoria del 10% de los pacientes del estudio.

Emplazamiento

Equipos de atención primaria de Cataluña (anexo 1 disponible en internet).

Criterios de inclusión de los pacientes

Pacientes a partir de 65 años, no institucionalizados, con alguna enfermedad crónica, que estén incluidos en el programa de atención domiciliaria del equipo de atención primaria de referencia desde hace menos de 12 meses, o bien que se inicien en este servicio durante el período de inclusión en el estudio.

Criterios de exclusión

– Rechazo del paciente a participar en el estudio.

– Paciente crónico domiciliario que sólo estará temporalmente a cargo del equipo de atención primaria participando en el estudio.

– Pacientes oncológicos con una esperanza de vida prevista inferior a 3 meses.

– Posquirúrgicos que reciben atención transitoria.

– Enfermos con una enfermedad aguda sin ninguna enfermedad crónica de base.

– Importante deterioro cognitivo del paciente y del cuidador que hagan imposible la recogida de información.

Método de selección de los sujetos

Los pacientes que aporte cada sanitario se escogerán entre todos los pacientes que tenga asignados en atención domiciliaria de menos de un año de seguimiento o bien una muestra aleatoria

TABLA 1 Variables del estudio

1. Fecha de nacimiento
2. Sexo
3. Comorbilidad. Test de Charlson
4. Fecha de inclusión en el programa ATDOM
4 bis. Fecha en que se recogen los datos de la ficha
5. Consumo de tabaco
6. Consumo de alcohol
7. Tipos de servicios sociales que recibe el paciente (teleasistencia, ayuda a domicilio...)
8. Horas por semana de servicio de ayuda a domicilio
9. Estado funcional: test de Barthel
10. Estado cognitivo: test de Pfeiffer
11. Ingresos temporales en una residencia geriátrica en días acumulados
12. Ingresos en el hospital por motivos agudos en días acumulados de ingreso
13. Número de visitas a urgencias hospitalarias en el período de evaluación del estudio
14. Existencia de úlceras por presión (número) y gravedad (estadio de la lesión más grave)
15. Valoración del riesgo de úlceras por presión (test de Braden)
16. Escala de valoración social del anciano: test de Gijón
17. Número de visitas acumuladas que ha realizado cada profesional diferenciando: médico, enfermera y trabajador social, desde el momento de inclusión en el ATDOM. También recogeremos si ha recibido visitas de otros equipos: PADES, 061, hospitalización a domicilio, servicios sanitarios privados, etc.
18. Cuidador informal: edad y sexo. Test de Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador y riesgo de claudicación
19. Si se ha producido, fecha de alta del programa ATDOM y su motivo
20. Evaluación del grado de salud subjetiva del enfermo con el SF-12

simple si tiene más que el número máximo de pacientes que se establezca para cada investigador. Cuando no sea así y falten pacientes, se seleccionarán pacientes consecutivamente a partir de los pacientes que entren nuevos en el servicio de atención domiciliaria durante el período de inclusión, que será de 6 meses.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se asume un error alfa = 0,05 y beta = 0,20. Aceptamos *a priori* una tasa de pérdidas del 15%; el tamaño de la muestra debería ser de 1.272 pacientes.

Análisis estadístico

Se analizarán con contrastes de hipótesis bivariados las posibles diferencias de las variables con información basal entre los pacientes incluidos en el estudio. Este tipo de análisis se hará también para evaluar las posibles diferencias entre los pacientes perdidos durante el seguimiento y los que finalicen correctamente el estudio.

Los gradientes de deterioro funcional y cognitivo total se calcularán hallando la diferencia entre el valor basal y el último evaluado de los respectivos indicadores para los individuos que finalicen el estudio. Mediante la utilización de esta variable, se creará una variable dicotómica de deterioro utilizando su distribución en percentiles y se analizará con un modelo de regresión logística que variables independientes se asocian.

Se prevé realizar un análisis de supervivencia en el que la variable de resultado final es el ingreso definitivo o bien la muerte, utilizando un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox con algunas covariables dependientes del tiempo referido, la gravedad de las enfermedades crónicas, el estado funcional y cognitivo, y la presencia y el grado y el riesgo de úlceras por presión.

La frecuentación al servicio de urgencias del hospital se calculará haciendo el sumatorio de las visitas y dividiendo por el tiempo en años de seguimiento de cada paciente. Este indicador se utilizará como variable dependiente en un modelo de regresión múltiple para analizar qué variables se asocian. De la misma manera, se estudiará qué variables independientes se asocian con los días de estancia anual en hospitales de agudos.

Para analizar qué variables guardan relación con el tipo de servicio que reciben los pacientes y con su intensidad, se utilizarán pruebas estadísticas bivariadas mediante un análisis estratificado de hasta 4 variables con cálculos de los riesgos relativos.

Aspectos de ética de la investigación

Para garantizar la confidencialidad de la información, cada sanitario que participe en el estudio dispondrá de un listado de pacientes que han entrado en el estudio (nombre, apellidos y número de historia clínica), a los cuales asignará un código único para el estudio que servirá a los analistas para identificar anónimamente a cada enfermo.

Los listados originales quedarán en posesión de los profesionales sanitarios del equipo que atiende a los pacientes.

Discusión

Este estudio contribuirá a mejorar los programas de atención domiciliaria de los equipos de atención primaria y permitirá identificar las características del paciente que

tienen valor pronóstico, así como conocer las prácticas de atención social y sanitaria que se asocian con una mayor supervivencia y un menor consumo de recursos hospitalarios.

Cabe esperar que haya una alta variabilidad en la práctica clínica debido al elevado tamaño de la muestra, al gran número de investigadores y a la falta de un programa de gestión clínica unificado para los diferentes centros y proveedores. Esta variabilidad es interesante para la investigación, ya que permitirá identificar las prácticas asociadas con los mejores resultados.

Una indiscutible fuente de sesgo es la variabilidad del observador producida por la participación de un número elevado de investigadores distribuidos en diferentes centros. Esta variabilidad en la recogida de datos se intenta corregir mediante la realización de sesiones de formación al inicio del estudio en los diferentes centros, la revisión de todas las fichas para comprobar que los valores están dentro de los límites correctos y, finalmente, la realización de un control de calidad de un 10% de la muestra.

Para conseguir los objetivos del estudio a partir de una muestra gestionable con los recursos disponibles nos hemos visto obligados a limitar las variables estudiadas, así como sus categorizaciones. Contamos, por ejemplo, el número de visitas de enfermería, pero no llegamos a valorar la calidad de la atención prestada en estas visitas. En estudios posteriores se podrán incorporar valoraciones más cualitativas sobre los aspectos que resulten significativos.

El estudio no permite describir la atención domiciliaria que se realiza en Cataluña, ya que cuenta con investigadores voluntarios que facilitan la información clínica de sus pacientes de atención domiciliaria y no con una muestra representativa. Es probable que observemos una calidad clínica superior a la real debido a que contamos con profesionales especialmente sensibilizados con el tema.

Bibliografía

1. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag; 1999.
2. Halamandaris VJ. Home Care poised for greater demand. *J AHIMA*. 2000;71:38-9.
3. Mottram P, Pitkala K, Lee C. Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Updated Software.
4. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001;323:719-25.
5. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home Visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287:1022-8.
6. Instituto de Salud Carlos III. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.