

Autores:

¹Juan José Zamora Sánchez²Rosa Martínez Luque³Nuria Puig Girbao⁴Magda Lladó Blanch⁵Francisco Quílez Castillo

- ¹ Enfermero. Hospitalización a domicilio
Hospital Germans Trias i Pujol
² Enfermera hospitalaria de enlace,
Hospital Germans Trias i Pujol
³ Enfermera comunitaria de enlace,
SAP Badalona-Sant Adrià i Sta. Coloma de Gramenet
⁴ Enfermera comunitaria de enlace,
SAP Badalona-Sant Adrià i Sta. Coloma de Gramenet
⁵ Supervisor de Enfermería, hospitalización a domicilio,
Hospital Germans Trias i Pujol

Dirección de contacto:

Juan José Zamora Sánchez
Avda. Comunitat Europea 10, 3^a-2^o Derecha
08917 Badalona (Barcelona).
E-mail: jzamora34094@coib.net

Aceptada su publicación el 2/02/2009.



Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio

Resumen / Abstract

El PREALT es un programa de continuidad de cuidados para asegurar la continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la Atención Primaria que funciona en el Hospital Germans Trias i Pujol desde el año 2006. La Unidad de Hospitalización a domicilio (UHd) constituye una de las principales unidades proveedoras de pacientes al programa.

Objetivos: analizar las características clínicas principales de los pacientes derivados al programa PREALT desde la UHd y los problemas de Enfermería presentes al alta y evaluar la adecuación del programa y la detección de oportunidades de mejora.

Metodología: estudio descriptivo a partir de las solicitudes de inclusión en el programa durante el año 2007 procedentes de la UHd. Se analizan las variables de actividad, edad, sexo, patología de ingreso, antecedentes patológicos, Charlson, Barthel, valoración de las necesidades básicas y problemas de Enfermería al alta.

Resultados: durante el año 2007 se han efectuado un total de 121 solicitudes de inclusión en el PREALT procedentes de la UHd, 56,2% hombres y 43,8% mujeres, con una edad media de 70 años (Sd 14,31).

Los principales motivos de ingreso de los pacientes evaluados son: postoperatorio de cirugía (23,1%), exacerbación de EPOC (19%), otros procesos respiratorios (15,7%), neoplasias o estudios (9,9%), postoperatorios de prótesis de rodilla (8,3%), pie diabético o lesiones cutáneas (8,2%) y otros (15,8%). Los pacientes presentan un comorbilidad media-alta y un perfil de dependencia leve-moderada para las actividades de la vida diaria. El principal problema de Enfermería al alta es el déficit de autocuidado, presente en más de la mitad de los casos. Otros problemas prevalentes han sido el manejo ineficaz de la sintomatología, riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico, deterioro de la integridad cutánea, próximos al 50% de los casos y el riesgo de caída y dolor, presentes en más de un tercio de los pacientes.

Conclusiones: los resultados de actividad obtenidos permiten asegurar que el programa de continuidad de cuidados es de gran utilidad para los pacientes ingresados en la UHd que necesitan continuidad asistencial. Del análisis de los resultados se identifican las siguientes oportunidades de mejora: incluir a los cuidadores en los planes de cuidados, sugiriendo que se valore la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida percibida por el paciente y el cuidador principal y realizar una valoración de riesgos sistematizada que permita detectar, entre otros, el riesgo de desnutrición del paciente y el riesgo de morbilidad psíquica del cuidador.

Palabras clave

Hospitalización a domicilio; evaluación de necesidades; diagnósticos de Enfermería; alta del paciente; continuidad de la atención al paciente.

Home continuity of care programme after discharge from a domiciliary hospitalisation unit

PREALT is a continuity of care programme aimed at ensuring continuity of care between Hospital Care and Primary Care that has been operating at the Hospital Germans Trias i Pujol since 2006. The Home Hospitalisation Unit (HHU) constitutes one of the main provider units of patients to the programme.

Objectives: to analyse the main clinical characteristics of patients referred to the PREALT programme from the HHU and the nursing problems that exist at discharge and to assess the adequacy of the programme and to detect the opportunity for improvement.

Methodology: descriptive study based on the applications for inclusion into the programme during 2007 referred by the HHU. Variables analysed included: activity, age, gender, pathology upon admission, medical past history, Charlson, Barthel, assessment of basic needs and nursing problems at discharge.

Results: during 2007 a total of 121 applications for admission into the PREALT programmed were referred by the HHU, 56,2% men and 43,8% women, mean age 70 years (SD 14,31).

The main admission criteria of assessed patients are: postoperative period (23,1%), exacerbation of COPD (19%), other respiratory processes (15,7%), neoplasias or examinations (9,9%), postoperative period following knee arthroplasty (8,3%), diabetic foot or skin lesions (8,2%) and others (15,8%). Patients present a moderate to high morbidity rate and a mild to moderate dependence profile to undertake activities of daily life (ADL). The most important nursing problem at discharge is the deficit in self-care, which exists in more than half of the cases. Other prevalent problems were the ineffective management of symptoms, risk of ineffective management of the therapeutic regimen, deterioration of skin integrity, which occurs in nearly 50% of cases; and the risk of fall and pain, present in over one third of patients.

Conclusions: the results on activity obtained allow us to confirm that the continuity of care programme is of great utility for patients admitted to the HHU who need continuity of care. In analysing the data, the following opportunities for improvement are identified: the inclusion of carers in the care plans, suggesting that the burden on the carer and the quality of life perceived by the patient be assessed as well as to carry out a systematic assessment of the risks which would allow, among other things, to assess the risk of malnourishment of the patients and the risk of psychological morbidity of the carer.

Key words

Domiciliary hospitalisation; assessment of needs; Nursing diagnosis; patient discharge; continuity of patient care.

Introducción

La planificación al alta es una intervención orientada a la mejora de los resultados y la eficiencia del sistema sanitario. En nuestro contexto sanitario (Cataluña), el Departamento de Salud ha identificado como una línea de intervención prioritaria el avance en la gestión y atención compartida entre niveles asistenciales, de manera similar a otros servicios de salud del resto del Estado como, por ejemplo, el de Andalucía (1, 2).

En Cataluña el Programa de Continuidad de Cuidados al Alta (PREALT) constituye el marco de referencia para mejorar la coordinación entre hospitales y la Atención Primaria (AP), siendo un instrumento de consenso que incorpora los criterios comunes mínimos de actuación, orientando los procesos y circuitos que se han de seguir para la gestión de las altas de los pacientes que requieren seguimiento de los problemas de salud por parte del equipo de Atención Primaria.

El programa PREALT va más allá de la tradicional transmisión de la información que contiene el informe de alta (útil para el seguimiento y control del paciente) y tiene como finalidad garantizar la continuidad asistencial en aquellos grupos de población que requieren una especial atención por las características de su proceso o por la situación de fragilidad en la que se encuentran. Esta atención compartida comporta una mejora de la calidad asistencial, la optimización y racionalización del uso de recursos y mejora de resultados, como la calidad de vida y de la satisfacción de los pacientes y sus familias.

En el Hospital Germans Trias i Pujol (HGTiP) el programa PREALT data del año 2006. El HGTiP es un hospital público del Institut Català de la Salut (ICS), de 631 camas, referente como hospital general básico para las poblaciones de Badalona y Sant Adrià del Besòs (>200.000 hab) y hospital de referencia para una población de más de 700.000 habitantes, de un área comprendida por el Barcelonès Nord y el Maresme.

La implantación del programa PREALT en el hospital ha sido progresiva. En ju-

nio de 2006 se puso en marcha en ocho Áreas Básicas de Salud (ABS) gestionadas por el ICS en Badalona, Sant Adrià de Besòs, el Masnou y Alella i Teià. En diciembre de 2006 se incorporó Santa Coloma de Gramenet y en abril de 2007 el programa se amplió a las cinco ABS gestionadas por el consorcio público local Badalona Servicios Asistenciales, en Badalona, Mongat y Tiana. Todo ello supuso la cobertura de una población de más de 400.000 habitantes y en el año 2008 se ha desplegado en más áreas del Maresme hasta alcanzar Mataró.

El programa PREALT en el HGTiP está compuesto por un supervisor de Enfermería, una enfermera hospitalaria de enlace y dos enfermeras comunitarias de enlace. Desde el ingreso hospitalario se realiza la detección de pacientes susceptibles de pertenecer al grupo diana. Las enfermeras de enlace o gestoras de casos son la pieza clave del programa y valoran cada caso a petición de las enfermeras responsables de los pacientes en las unidades de hospitalización y, si es pertinente, le incluyen en el programa.

Los criterios de inclusión en el programa son los siguientes (3):

- Pacientes de edad avanzada, frágiles, con dificultades para desarrollar las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y/o presencia de síndromes geriátricos, como: deterioro cognitivo, desnutrición, incapacidad funcional, caídas de repetición y problemas sensoriales.
- Pacientes con enfermedad en fase terminal que requieren seguimiento en el domicilio por parte de Atención Primaria.
- Pacientes con necesidad de cuidado por presentar úlceras, heridas, ostomías, sondas, drenajes, etc., incluyendo cuidados complejos (pacientes multiulcerados, postquirúrgicos, postraumáticos, portadores de sonda nasogástrica u otros sondajes o drenajes, déficits de movilización, etc.).
- Personas en tratamiento con fármacos o terapias que necesiten continuidad, adiestramiento o supervisión en la administración (insulina, acenocumarol, corticoides, etc.).

Una vez incluido el caso en el programa, la enfermera de enlace realiza el seguimiento durante su hospitalización y contacta con los equipos de AP antes del alta para notificarles la necesidad de continuidad de curas y consensuar el plan de intervención previsto.

Una de las principales unidades en número de solicitudes de inclusión en el programa PREALT es la unidad de hospitalización a domicilio (UHaD), proporcionando asistencia continua y permanente a la población del Barcelonès Nord y Baix Maresme. Funciona como una unidad más de hospitalización, en la que los pacientes reciben la visita diaria de médicos y enfermeras. Es una alternativa a la hospitalización convencional, en la cual el paciente requiere cuidados de nivel hospitalario. La unidad es capaz de atender cualquier paciente hospitalario que padezca un proceso agudo, siempre y cuando esté bien diagnosticado y se encuentre en una situación clínica estable de su proceso médico o quirúrgico (4). Consta de un coordinador médico, dos médicos internistas, una neumóloga, una rehabilitadora, un supervisor de Enfermería y cuatro enfermeras. Principalmente se atiende a pacientes con exacerbación de EPOC, se administran terapias intravenosas (antibióticos en procesos infecciosos, hierro, Surgirán®, etc.), se efectúa el seguimiento durante los postoperatorios por prótesis de rodilla y de cadera, de cirugía con complicaciones en la herida quirúrgica (infección, dehiscencia, evolución tórpida, etc.), de pies diabéticos, pacientes con heridas en tratamiento con cierre asistido por vacío (VAC) y estudios de procesos neoplásicos.

En estos momentos ya se ha consolidado la fase de implantación del programa PREALT en el área del Barcelonès Nord i Baix Maresme, motivo que determinó el planteamiento del presente estudio para la obtención de información que permita el análisis de la adecuación de la actividad realizada en el programa PREALT a partir de los pacientes derivados de la UHaD. La elección de esta unidad comporta las ventajas de que, tanto la UHaD como el PREALT, abarcan la misma zona geográfica de referencia

en el año 2007, en la UHaD se atienden diversos procesos, tanto médicos como quirúrgicos y se trata de una de las principales unidades de hospitalización del centro en número de pacientes incluidos en el programa en el año 2007.

Los objetivos del estudio han sido:

- Analizar las características principales de los pacientes derivados al programa PREALT desde la UHaD y los problemas enfermeros detectados al alta del paciente.
- Evaluar la adecuación del programa PREALT para los pacientes atendidos en la UHaD.
- La detección de oportunidades de mejora a partir del análisis de los resultados obtenidos (actividad, valoraciones enfermeras, etc.).

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo a partir de todas las solicitudes de inclusión en el programa PREALT procedentes de la UHaD durante el año 2007. La relación de solicitudes se obtuvo del aplicativo informático utilizado para registrar las peticiones, que permite rescatar nombre del paciente, número de historia clínica, número de episodio, unidad de hospitalización y fecha de la solicitud. Asimismo, se rescataron los informes de alta médicos y enfermeros de los casos a estudio a través del aplicativo informático de manejo de documentación clínica del hospital.

Las variables del estudio son las siguientes:

Variables de actividad:

- *Motivos de exclusión.* En los pacientes excluidos del programa, categorizado en: fuera de zona geográfica, inestabilidad clínica, éxitus, no tiene criterios clínicos, el paciente no acepta, falta de coordinación y otros.
- *Fecha de solicitud:* número de días en realizar la solicitud previa al alta.
- *Atención post-alta:* número de días a partir del cual se recibe la primera atención asistencial después del alta hospitalaria.

Variables clínicas:

- *Sexo y edad* (se contempló como variable cuantitativa y también como

variable cualitativa, con las siguientes franjas de edad: 21-40, 41-60, 61-70, 71-80, > 80); diagnóstico médico de ingreso; antecedentes patológicos (hipertensión arterial, diabetes, EPOC, ictus, cardiopatía isquémica, patología cardíaca, patología hepática, neoplasias).

- *Versión abreviada del Índice de comorbilidad de Charlson* (Tabla 1) que categoriza en tres niveles: ausencia de comorbilidad, comorbilidad baja y comorbilidad alta (5).
- *Índice de dependencia de Barthel:* dependencia total (< 20 puntos), dependencia severa (20-35), dependencia moderada (40-55), dependencia leve (60-95), autónomo (100).
- *Necesidades básicas* siguiendo el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Se obtuvo la información de los informes de

Tabla 1. Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2

Ausencia de comorbilidad: 0-1
Comorbilidad baja: 2
Comorbilidad alta: 3

alta de Enfermería, los cuales constan de un registro predefinido con las necesidades básicas y sus categorías de respuesta (Tabla 2).

- *Problemas de Enfermería al alta.* Al igual que en el caso de la valoración de las necesidades básicas, se rescató la documentación de los informes de alta de Enfermería, que disponen de un registro predefinido con las siguientes posibilidades de respuesta: déficit de autocuidado; deterioro de la integridad cutánea; deterioro de la mucosa nasal; riesgo ineficaz del régimen terapéutico; manejo ineficaz del régimen terapéutico; riesgo de lesión; mantenimiento ineficaz de la salud: manejo de la sintomatología; desesperanza; desatención unilateral; deterioro de la comunicación (auditiva, verbal, cognitiva o visual) y otros (especificar).

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0. Se realizó estadística descriptiva univariante para todas las variables descritas anteriormente, que se tabularon como variables categóricas, y para las que se calculó frecuencias y porcentajes. En el caso de la edad, también se la trató como variable cuantitativa para el cálculo de la media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo. Asimismo, se llevó a cabo una estadística

Tabla 2. Necesidades básicas y sus categorías de respuesta

- Oxigenación: independiente, disneico, oxígeno domiciliario.
- Nutrición: independiente, disfagia, ayuda parcial, ayuda total, sonda de alimentación.
- Eliminación (diferenciando urinaria y fecal): independiente, incontinencia ocasional, incontinencia frecuente, incontinencia total, urostomía, colostomía, sonda (vesical o rectal).
- Movilización: independiente, ayuda parcial, ayuda total.
- Reposo y sueño: sin dificultad, alterado.
- Vestirse: independiente, ayuda parcial, ayuda total.
- Mantener la temperatura: normal, caluroso, friolero.
- Higiene y cuidado de la piel:
 - Estado de la piel: hidratada, deshidratada, riesgo de úlcera por presión (UPP), presencia de UPP o úlcera vascular, otros (herida quirúrgica, etc.).
 - Higiene: independiente, ayuda parcial, ayuda total.
- Evitar peligros ambientales: sin dificultad, dependiente (especificando el riesgo detectado).
- Comunicación:
 - Orientación: orientado, desorientación ocasional, totalmente desorientado.
 - Vista: correcto, regular, ceguera.
 - Oído: correcto, regular, sordera.
- Creencias y valores: campo abierto.
- Realización: mantiene el rol familiar, pérdida del rol familiar.
- Ocio: campo abierto.
- Aprendizaje: sin dificultad para la comprensión, dificultad para la comprensión.

descriptiva bivalente mediante tablas de contingencia, con comparación de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y comparación de medias para variables cuantitativa con cualitativa. Se efectuaron los cálculos para las siguientes relaciones: edad de los pacientes y su distribución por sexos; índices de Charlson y Barthel respecto a edad y sexo; diagnósticos médicos de ingreso y su distribución por edad, sexo, Charlson y Barthel; problemas de Enfermería al alta y distribución por edad, sexo, Charlson, Barthel y patología de ingreso.

Se aseguró el anonimato de los pacientes a estudio y el acceso a la historia clínica de los mismos, siguiendo las indicaciones sobre usos de la historia clínica de la Ley 41/2002 en lo referente a las obligaciones en materia de información y documentación clínica (6).

Resultados

Durante el año 2007 se realizaron un total de 121 solicitudes de inclusión en el programa de continuidad de cuidados PREALT procedentes de la UHaD, lo que representa el 12% del total, siendo la tercera unidad en número de solicitudes.

El 56,2% de los pacientes son hombres y el 43,8% mujeres. La edad media de los pacientes es de 70,02 años (Sd 14,31), mediana de 73, con un mínimo de 26 y un máximo de 93, y no hay diferencias significativas por sexo.

Del total de solicitudes se excluyeron 32 casos. El principal motivo fue no cumplir los criterios clínicos de ingreso (8 casos), que juntamente con los casos excluidos por inestabilidad clínica o exitus suponen más del 50% de los pacientes excluidos. Seis casos están motivados a que el ABS estaba fuera de zona, debido a que la implantación del programa ha sido progresiva y hasta abril de 2007 la cobertura del programa no ha coincidido con la totalidad del área cubierta por la unidad de hospitalización a domicilio. Entre los pacientes incluidos y excluidos no hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo y Charlson.

Las solicitudes se efectúan con una media de 4,57 días previos al alta (Sd 4,65) y la primera atención asistencial por parte de los profesionales de AP se realiza con una media de dos días después del alta (Sd 1,36). A lo largo del año de estudio hubo seis casos de pacientes que repitieron inclusión en el programa PREALT a partir de nuevos ingresos hospitalarios (4 hombres y 2 mujeres).

Los principales motivos de ingreso de los pacientes evaluados son: postoperatorio de cirugía (23,1%), exacerbación de EPOC (19%), otros procesos respiratorios (15,7%), neoplasias o estudios (9,9%), postoperatorio de prótesis de rodilla o cadera (8,3%), pie diabético o lesiones cutáneas (8,2%) y otros (15,8%). Por edades muestran rangos similares a la muestra global, excepto en el postoperatorio de cirugía y pie diabético o lesiones cutáneas, en los que está por debajo de la media, con valores de mediana de 63 y 59, respectivamente. Hay mayoría de hombres en los ingresos por pie diabético (80%), neoplasias o estudios (75%) y EPOC (65,2%), mientras que hay mayoría de mujeres en los ingresos por prótesis de rodilla (70%). En el resto de patologías de ingreso no hay diferencias significativas por sexo.

Las patologías de base prevalentes están reflejadas en la Tabla 3. A destacar que más de la mitad de los casos tienen HTA, un 40% EPOC y más de un tercio presentan diabetes. El cálculo de la comorbilidad por el índice de Charlson indica una comorbilidad media-alta. En los pacientes con ausencia de comorbilidad, las mujeres doblan a los hombres (47,2 y 20,6%, respectivamente). Por patologías de ingreso, los pacientes ingresados por

EPOC o procesos respiratorios son los que muestran una mayor comorbilidad.

La valoración de las necesidades básicas al alta indica un perfil mayoritario de paciente con dependencia leve-moderada para las actividades de la vida diaria (Tabla 4). Más del 60% de los pacientes necesita algún tipo de ayuda para la higiene, casi la mitad de ellos para vestirse, un tercio de ellos para la movilización y, en menor medida, un 13% de los pacientes necesita ayuda para cubrir la necesidad de alimentación. La incontinencia urinaria está presente en el 9% de los pacientes y hay un número discreto de pacientes con dispositivos especiales para la eliminación (urostomía, colostomía o sonda vesical) que representan porcentajes entre el 3-9%. Para el Barthel, no hay diferencias significativas por sexo y con respecto a la edad, el 80% de la dependencia severa se encuentra en mayores de 80 años y el 20% restante en la franja de 71 a 80 años.

La necesidad de oxigenación se encuentra alterada en un 30% de los pa-

Tabla 3. Comorbilidad y antecedentes patológicos

COMORBILIDAD (Índice de Charlson)	%
Ausencia de comorbilidad	32,3
Comorbilidad baja-media	28,1
Comorbilidad alta	39,6
PATOLOGÍAS DE BASE MÁS PREVALENTES	
Hipertensión arterial	54,5
EPOC	40,5
Diabetes	36,4
Patología cardíaca	29,8
Neoplasia	27,3
Cardiopatía isquémica	18,3
Ictus	10,7
Patología hepática	10,7

Tabla 4. Actividades de la vida diaria

	NUTRICIÓN	MOVILIZACIÓN	VESTIDO	HIGIENE
	%	%	%	%
Ayuda parcial	10	30,9	40,9	50
Ayuda total	3,6	4,5	5,5	11,8
BARTHEL	Dep. severa	Dep. moderada	Dep. leve	Autónomo
%	4,2	16,1	52,5	27,1
ELIMINACIÓN		DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN		
Incontinencia urinaria (%)	Incontinencia fecal (%)	Urostomía	Colostomía	Sonda vesical
		n	%	n
		%		%
9	4,5	3	2,7	5
				4,5
				9
				8,2

cientes y un 20% de los enfermos disponen de terapia con oxígeno domiciliario, que coincide básicamente con los ingresados por exacerbación de EPOC. El 45% de los pacientes presenta pérdida de la integridad cutánea, correspondiendo el 66,7% a heridas quirúrgicas y el 33,3% a úlceras vasculares o úlceras por presión. Los aspectos más identificados de la necesidad de seguridad son el riesgo de caída y el dolor, presentes en más de un tercio de la población (Gráfico 1). Asimismo, más de un tercio tiene riesgo de caída o dolor y una proporción similar dos o más riesgos. Respecto a la necesidad de comunicación, la gran mayoría (93,6%) presenta orientación en tiempo, espacio y persona. A destacar que se indica algún tipo de alteración visual en el 40% de los casos y auditiva en un 21%. En la necesidad de aprendizaje aparece dificultad para la comprensión en un 19% de los casos.

blación (Gráfico 1). Asimismo, más de un tercio tiene riesgo de caída o dolor y una proporción similar dos o más riesgos. Respecto a la necesidad de comunicación, la gran mayoría (93,6%) presenta orientación en tiempo, espacio y persona. A destacar que se indica algún tipo de alteración visual en el 40% de los casos y auditiva en un 21%. En la necesidad de aprendizaje aparece dificultad para la comprensión en un 19% de los casos.

En cuanto a los problemas enfermeros, se han identificado una media de 3,95 problemas por paciente (Sd 2,002), con un mínimo de 1 y un máximo de 9. En la Tabla 5 se muestran los problemas de Enfermería más prevalentes y su distribución por sexo. El riesgo de caída y la desesperanza son los problemas que se decantan más hacia el sexo femenino y el deterioro de la mucosa nasal y los riesgos de manejo ineficaz del tratamiento y la dieta al masculino, aunque sin presentar diferencias estadísticamente significativas. El principal problema detectado es el déficit de autocuidado, presente en más de la mitad de los casos. En la Tabla 6 se detalla su distribución en función de la edad, sexo, Charlson y Barthel: no hay diferencias por sexo y con respecto a la edad, aumenta claramente en las personas mayores de 70 años. A mayor dependencia y comorbilidad aumenta la presencia de déficit de autocuidado, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Asimismo, este problema es más frecuente en los pacientes ingresados por EPOC u otros procesos respiratorios, como se puede apreciar en el Gráfico 2, en el cual el gráfico de barras de la izquierda representa el porcentaje de déficit de autocuidado distribuido por diagnósticos de ingreso y el gráfico de barras derecho representa el peso del déficit de autocuidado dentro de cada uno de esos diagnósticos médicos de ingreso. El deterioro de la comunicación y el riesgo de caída son los que obtienen una más clara tendencia a aumentar con la edad, presentando medianas de 80, 50 y 77 años, respectivamente, frente a la mediana global de 73.

Otros problemas que aparecen claramente en más de la mitad de los pacientes mayores de 80 años (Tabla 7) son el déficit de autocuidado, el manejo ineficaz de la sintomatología, el riesgo de caída, el riesgo de manejo ineficaz del tratamiento y la desesperanza. Dada la relación directa entre dependencia y edad, todos ellos, además del dolor, tienen también relación con el nivel de dependencia, mostrando porcentajes de un rango de entre 75-100% en los pacientes con dependencia severa (excepto el manejo ineficaz del régimen terapéutico). El deterioro de la mucosa nasal es el problema enfermero con ma-

Gráfico 1. Necesidad de evitar peligros (seguridad)

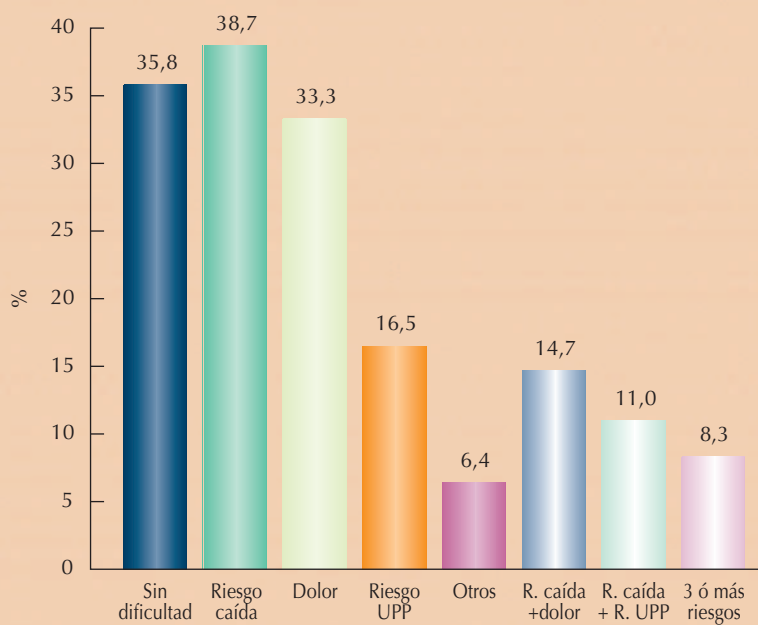


Gráfico 2. Déficit de autocuidado según patología de ingreso

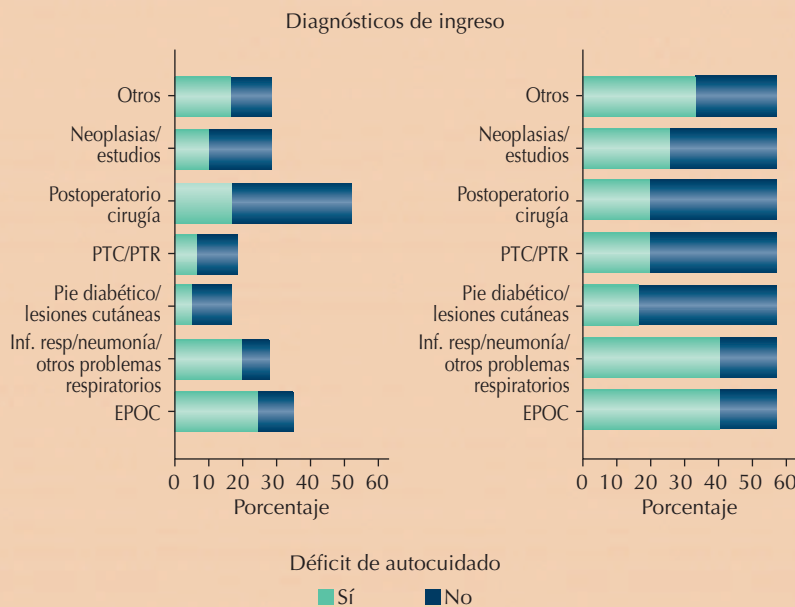


Tabla 5. Problemas de Enfermería

	% Global	% Mujeres	% Hombres
Déficit de autocuidado	55	55,3	54,7
Manejo ineficaz de la salud (sintomatología)	47,7	51,1	45,3
Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico	46,8	42,6	50
Deterioro de la integridad cutánea	45	42,6	46,9
Riesgo de manejo ineficaz del régimen dietético	39,6	34	43,8
Riesgo de caída	38,7	44,7	34,4
Desesperanza	37,8	42,6	34,4
Dolor	33,3	34	32,8
Riesgo de úlceras por presión	16,5	17	15
Deterioro de la mucosa nasal	13,5	4,3	20,3
Deterioro de la comunicación	9	10,6	7,8
Otros problemas/otros riesgos	21,6	21,3	21,9

Tabla 6. Presencia de déficit de autocuidado. Distribución por edad, sexo e índices de comorbilidad (Charlson) y dependencia (Barthel)

Presencia de déficit de autocuidado según edad			Presencia de déficit de autocuidado según sexo			
Franja de edad	Frecuencia	%	Mujer		Hombre	
			n	%	n	%
21-40	3/7	42,9				
41-60	3/19	15,8				
61-70	6/16	37,5	26/47	55,3	35/64	54,7
71-80	32/46	69,6				
> 80	17/23	73,9				

Presencia de déficit de autocuidado según índice de Charlson		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de comorbilidad	17/37	45,9
Comorbilidad baja	15/29	51,7
Comorbilidad alta	29/45	64,4

Presencia de déficit de autocuidado según índice de Barthel		
	Frecuencia	Porcentaje
Autónomo	6/31	19,4
Dependencia leve	35/58	60,3
Dependencia moderada	16/18	88,9
Dependencia severa	4/4	100

Tabla 7. Problemas enfermeros más prevalentes en edad avanzada (%)

	% Global	> 80 a	65-80 a	< 65 a
Déficit de autocuidado	55	73,9	66,7	27
Manejo ineficaz de la sintomatología	47,7	69,6	45,1	37,8
Riesgo de caída	38,7	60,9	47,1	13,5
Riesgo ineficaz del régimen terapéutico	46,8	52,2	56,9	29,7
Desesperanza	37,8	52,2	37,3	29,7

yor relación directa con la comorbilidad (Gráfico 3). En menor medida, el déficit de autocuidado (Tabla 6) y el manejo ineficaz de la sintomatología.

Discusión y conclusiones

Se derivan al programa PREALT un número importante de pacientes tributa-

rios de continuidad de cuidados, por lo que el programa se muestra como un instrumento eficaz para asegurar la continuidad asistencial en los pacientes atendidos en la UhaD. Independientemente del proceso médico o quirúrgico del que se trate, cabe resaltar la importancia de la valoración de la enfermera de enlace en cuanto a la indicación de continuidad

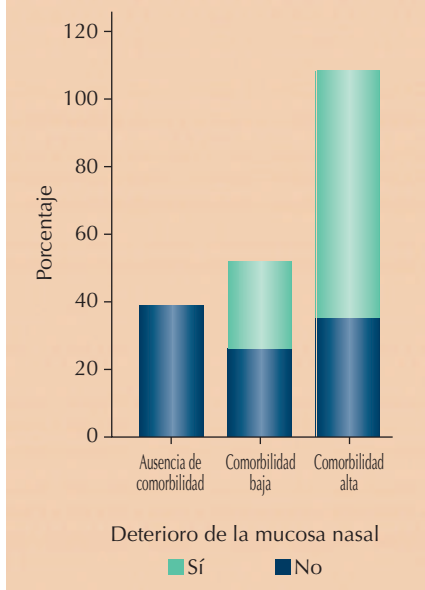
de cuidados por parte del equipo de AP en su domicilio en las primeras 24-48 horas o bien puede tratarse de una atención en la semana posterior al alta, en el domicilio o en el CAP.

Se han contrastado los resultados obtenidos en el estudio descriptivo con los señalados en otros similares publicados. La edad media de los pacientes es semejante a la mostrada en los integrados en el programa de continuidad de cuidados de la zona metropolitana de Barcelona (Hospitales de Barcelona ciudad –año 2004– (7) y Hospital de Sant Boi –año 2002– (8) y a la del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (2006) (2).

Los cuatro principales antecedentes patológicos (HTA, EPOC, diabetes y cardiopatía) son los mismos que los que se indican en el estudio del Hospital de Sant Boi, único estudio referenciado a pacientes integrados en un programa de continuidad de cuidados del que se obtienen estos datos (8), aunque en nuestro caso la prevalencia prácticamente es el doble para cada patología, como también ocurre en otras unidades de hospitalización a domicilio nacionales (9, 10), en los que también se aprecia comorbilidad asociada al proceso principal que motivó el ingreso, como en nuestro caso.

Con respecto a la dependencia relacionada con las actividades para el cuidado personal, los datos indican valores que concuerdan en algunos parámetros con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (2001), donde se indica que el 36,2% de los españoles mayores de 65 años necesita ayuda de otras personas para realizar algunas de las actividades de la vida diaria (11), si bien, como es lógico, en nuestro caso parámetros como vestirse y la higiene presentan mayor prevalencia de necesidad de ayuda debido al proceso agudo que motivó la hospitalización.

Las necesidades básicas alteradas que necesitan continuidad de cuidados en nuestro caso están influenciadas por el motivo de ingreso (Gráfico 2), si bien en líneas generales son las mismas que las que se identifican para los enfermos con necesidad de continuidad de cuidados

Gráfico 3. Deterioro de la mucosa nasal según Charlson

al alta de los hospitales de Osakidetza (12). Llama la atención que se han registrado pocos casos de riesgo de desnutrición que, por el perfil de los pacientes, pudiera estar infraestimado. Debido al importante número detectado de alteraciones sensoriales en cuanto a la capacidad auditiva y/o visual, se consideraría adecuado valorar si hay constancia en la historia clínica que el paciente ha sido valorado previamente, para cursar interconsulta en caso necesario y/o seguimiento posterior por parte del equipo de AP.

Por el porcentaje de personas en los que se indica dificultad para el aprendizaje, sería de utilidad en la valoración de la necesidad educativa, identificar qué aspectos son los que necesita aprender el paciente y/o la familia, la voluntad o deseo de aprender y las barreras que puedan dificultar este proceso (físicas, psíquicas, sociales), para la adecuación de la mejor estrategia educativa.

En cuanto a los problemas enfermeros al alta, que el principal inconveniente detectado sea el déficit de autocuidado está relacionado no sólo con las características de los pacientes, sino también con el modelo de asistencia ofrecido, en el cual uno de los objetivos de las intervenciones es mantener o incrementar el autocuidado, facilitando in-

formación al enfermo y/o cuidador principal sobre las necesidades de éste y adiestrándolos en habilidades y técnicas para el cuidado.

En referencia al cuidador, hay autores que denominan esta situación modelo de cuidador como recurso, que diferencian del modelo de cuidador como cliente (13), en el cual el bienestar de éste ha de ser tenido en cuenta en las intervenciones, y el objetivo de éstas ha de ser mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto negativo sobre su bienestar mediante servicios de apoyo y formación en habilidades para disminuir su sobrecarga. Esto puede tener relación con el hecho de que en nuestros resultados no se reflejen problemas enfermeros relacionados con el cuidador y que sí apreciamos en otros estudios (2, 8), donde los principales diagnósticos enfermeros registrados son disposición para mejorar el afrontamiento, cansancio o riesgo de cansancio en el rol cuidador, afrontamientos familiar, comprometido e inefectivo y duelo anticipado o duelo disfuncional. Por tanto, se debería incluir de una manera más sistematizada a los cuidadores en los planes de cuidados, adoptando el modelo de cuidador como cliente.

Este modelo, en nuestro caso tendría especial relevancia para la atención de los pacientes del programa de seguimiento de enfermos crónicos de EPOC, pues en los casos de enfermedad crónica se produce una clara interacción entre familia y enfermedad crónica que puede tener una influencia positiva o negativa en el curso de la patología y, a su vez, la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia (14). Como efectos negativos cabe destacar la sobrecarga del cuidador, la morbilidad psíquica y la morbilidad física (15-20).

Actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que el cuidador/a tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida, distinguiéndose *sobrecarga objetiva*, que tiene que ver con variables del paciente y la demanda de cuidados y *sobrecarga subjetiva*, relacionada con la forma en que se percibe la experiencia del cuidar (15). Un ins-

trumento que sería de utilidad para valorar la sobrecarga sería el Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson, del que hay estudios en el que se muestra su idoneidad para conocer el nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio (16, 17) y en programas de atención domiciliaria (18), siendo a su vez es más fácil de cumplimentar que, por ejemplo, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. En el estudio realizado en una unidad de hospitalización a domicilio de Valencia (16) se identificó morbilidad psíquica en los cuidadores, mayoritariamente mujeres de 55 años de edad media, con síntomas de ansiedad en un 32% de los casos y depresión en el 22%, situación que también se detecta en otros estudios a nivel de programa de atención domiciliaria por AP (18-20). Asimismo, diferentes estudios también indican presencia de problemas físicos de salud en los cuidadores principales (cefaleas, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, algias musculares, etc.), hecho que también precisaría de atención (15, 18, 20).

En una revisión sistemática publicada recientemente se analizan los programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España (21), siendo los profesionales enfermeros los que proponen más estudios de intervención o soporte a los cuidadores informales. Principalmente se realizan intervenciones psicoeducativas, para mitigar la morbilidad psíquica de los cuidadores (estrés, ansiedad, depresión, sobrecarga) e intervenciones educativas para aumentar el nivel de conocimientos y habilidades de los cuidadores. Otras experiencias que podrían ser de utilidad son la promoción de grupos de ayuda mutua en enfermedades crónicas y la inclusión en los planes de cuidados a los cuidadores de los pacientes en la fase final de una patología terminal para acompañarle en el proceso de duelo y prevenir el duelo patológico (22) o la sistematización del análisis de la calidad de vida percibida, de utilidad tanto en los cuidadores principales (23) como en los pacientes, para los que hay experiencias de uso en grupos similares a los atendidos en nuestra unidad, como pueden ser personas mayores, enfermos crónicos, pacientes

EPOC, etc., (24-27), que son grupos idóneos para la aplicación de estas mediciones y permiten evaluar el grado de eficacia de los programas de intervención sanitaria (28, 29).

Así, frente al tradicional enfoque orientado a la enfermedad, en este caso la atención familiar debe estar basada en una visión holística, en sintonía con el proceso de atención enfermera, centrándose no sólo en los problemas que generan dependencia y en la capacidad de autocuidado de los pacientes si no también en los problemas psicosociales a los que se encuentra sometida la familia, analizando la carga de trabajo que sufre el cuidador principal y las repercusiones sobre su salud e identificando a las familias de riesgo. Al respecto de la identificación de las familias de riesgo, esta situación ya fue detectada como oportunidad de mejora en

nuestra UHaD, por lo que recientemente se ha implantado un registro de cumplimiento para la solicitud de los pacientes en el programa PREALT que incorpora la identificación de situaciones de riesgo social: el paciente vivirá solo, familia con capacidad limitada para el apoyo (por edad, enfermedad...), relación familiar conflictiva, familia con dificultad para atenderlo (por motivos laborales, cargas, agotamiento), higiene inadecuada o insuficiente, vivienda inadecuada para las necesidades y falta de recursos económicos.

Otro aspecto que surge como reflexión del equipo investigador y que podría ser una línea de trabajo futura en coordinación con AP sería el establecimiento de circuitos específicos de atención para aquellos pacientes incluidos en el programa PREALT con patología crónica, que en el caso de reagudización de su

enfermedad, podrían ser atendidos nuevamente por el equipo de la UHaD, disminuyendo así el número de reingresos hospitalarios.

Finalmente, decir que este estudio ha permitido conocer las características de los pacientes atendidos en la UHaD y derivados al programa de PREALT y que se ha mostrado como un instrumento eficaz para asegurar la continuidad asistencial. Del análisis de los resultados se identifican las siguientes oportunidades de mejora: incluir a los cuidadores en los planes de cuidados, sugiriendo que se valore la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida percibida por el enfermo y cuidador principal y recomendar una valoración de riesgos sistematizada que permita detectar entre otros, el riesgo de desnutrición del paciente y el riesgo de morbilidad psíquica del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Andaluz de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la Gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital; 2006.
2. Fernández V, Moreno A, Perejón I, Guerra MD. Enfermeras Hospitalarias de Enlace (Gestoras de Casos). *Enfermería Global* 2007; 10: 1-11.
3. Hospital Germans Trias i Pujol. Serveis d'atenció primària de Badalona, Sant Adrià de Besòs i Santa Coloma de Gramenet. Badalona Serveis Assistencials. Protocol de continuïtat de cures; 2007.
4. Escarabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Prim* 2002; 30(5): 304-309.
5. Miralles R, Esperanza A. Instrumentos y escalas de valoración. En: Tratado de Geriátria para residentes. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG); 2006.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, del 15 de noviembre de 2002).
7. Línies estratègiques. Projectes estratègics. El PREALT: Instrument per a la gestió de la continuïtat assistencial entre la XHUP- atenció primària de salut. En: Cat Salut. Memòria d'activitat; 2004.
8. Jódar G, Cadena A, Parellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria* 2005; 36(10): 558-62.
9. Minardi R, Sette J, Morales MM, Llopis A, Ramón E, Días JA. Envejecimiento y Hospitalización Domiciliaria. *Index Enferm* 2004; 13(47).
10. Fernández MF, Escalada C, Sanpedro I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(1): 37-9.
11. Casado D. La atención a la dependencia en España. *Gac Sanit* 2006; 20(supl1): 135-42.
12. González RM, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(4): 232-6.
13. García MM, Mateo I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004; 18(supl1): 132-9.
14. De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 587-91.
15. García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(supl2): 83-92.
16. Moral MS, Ortega JJ, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32(2): 77-87.
17. Argimon JM, Limón E, Abós T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Aten primaria* 2003; 32(2): 84-87.
18. López O, Lorenzo A, Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24(7): 404-410.
19. Gálvez J, Ras E, Hospital I, Vila A. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria* 2003; 31(5): 338.
20. Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26(4): 53-67.
21. Torres MP, Ballesteros E, Sánchez PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos* 2008; 19(1): 9-15.
22. Escuredo B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm* 2006; 15(52-53).
23. Badia X, Lara Suriñach, Roset Gamisans. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34(4): 170-7.
24. Aspiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(5): 285-94.
25. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(1): 167-173.
26. Gamboa F, Gómez E, de Villar E, Vega J, Mayoral L, López R. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en un población de pacientes crónicos. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(4): 213-7.
27. López MV. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Neumología y Cirugía de Tórax* 2006; 65(S1): S11-S16.
28. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc enferm* 2003; 9(2): 9-21.
29. Piñol A, Sanz C. Importancia de la evaluación de la calidad de vida en atención primaria. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(Supl 3): 49-55.