

Monografía

Las visitas domiciliarias a los adultos mayores

Domiciliary medical visits to older adults

Prof. Enrique de Mestral^()*

^(*) Profesor titular de la FCM. Jefe Dpto Medicina Familiar. Especialista en Geriatria.

RESUMEN

La esperanza de vida se alarga en todos los países y va acompañada de un aumento de invalidez y dependencia. Las visitas médicas domiciliarias no solo son una necesidad creciente sino que constituyen una parte importante de la gestión de recursos pues la mayoría de los problemas pueden ser resueltos en el domicilio evitando así hospitalizaciones costosas y muchas veces innecesarias.

SUMMARY

Life expectancy is extended in all countries and goes accompanied of an increase of disability and dependency. The domiciliary medical visits not only are growing necessity but constitute an important part of management of resources, because most of the problems can be solved at home thus avoiding expensive and often unnecessary hospitalizations.

INTRODUCCIÓN

Las visitas médicas domiciliarias, frecuente en otros siglos, donde el médico acudía al llamado de sus pacientes, fue lentamente desapareciendo debido al crecimiento de los centros urbanos, el costo del desplazamiento, el tiempo cada vez más escaso de los profesionales, la incomodidad del examen clínico en el domicilio y la remuneración insuficiente para el servicio brindado (1).

Para el internista, el médico de familia o el geriatra puede parecer más compatible que para el especialista quien necesita de mayores medios auxiliares para su desenvolvimiento.

Sin embargo, muchos adultos mayores necesitan de este servicio debido a la gran dificultad para el desplazamiento de un porcentaje importante y aun por el tiempo de sus propios familiares (2).

En algunos países como México, ya se establecen acuerdos oficiales para la atención domiciliaria de los adultos mayores (3).

Nos ha parecido de relevancia el estudio de la necesidad y la utilidad de las visitas domiciliarias.

GENERALIDADES

En los Estados Unidos, hacia 1930, el 40 % de las consultas se hacían a domicilio. Ese porcentaje bajó a 1 % en 1980 (4). Al final del siglo XX parece

haber una recuperación de esta antigua práctica profesional.

La súper especialización necesita de medios auxiliares costosos y ubicados en los consultorios lujosos o en centros hospitalarios de tercer nivel. La proporción de la población que necesita de esos medios es de 0,1 % aproximadamente. Un 1 % puede resolver cualquier problema de salud en un centro de menor complejidad. Pero un tercio de la población necesita alguna atención médica (5).

La Asociación americana de cuidados domiciliarios (6) tiene medios de información tanto a pacientes como a profesionales que quieren dedicarse a esta actividad. Tiene además modelos de contratos entre el médico y la enfermera que atenderán los pacientes a domicilio.

Los elementos que debe contener la valija de visita son: esfigmomanómetro, estetoscopio, guantes, otoscopio, glucómetro, aparato de peak flow, termómetro, cinta métrica, martillo y diapasón, tijeras, gasa estéril, cinta adhesiva, recetario. Evitar tener que llevar elementos del consultorio. Para disponer de la historia clínica y la anotaciones evolutivas, no hay nada mejor que una computadora de mano (palm o hewlet packard).

A lo largo de su vida profesional, el médico de familia tendrá que afrontar la atención al paciente terminal en su domicilio al menos entre cien y doscientas ocasiones. Con el progresivo envejecimiento de la población, es posible que esta cifra aumente en los próximos años. Por este motivo, existe al menos en España (7) un Programa de Atención Domiciliaria en los centros de salud que incluye una parte dedicada al paciente inmovilizado y otra al paciente terminal. Esta última se centra en las personas que padecen una enfermedad que previsiblemente le ocasionará la muerte en los próximos seis meses.

Un 10 por ciento de los pacientes mayores de 65 años no pueden desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (8). Dada la limitación funcional de estos enfermos, es en el domicilio donde el médico o cuidador debe prestar la atención sanitaria, por lo que es de suma importancia que el equipo de atención médica se implique en el cuidado de los pacientes y de las familias a través de una adecuada información, el control de síntomas y el apoyo emocional.

Ocurre muchas veces que alguien se siente suficientemente enfermo para no sentirse capaz de desplazarse hasta un consultorio. Otra situación muy común para las geriatras es el hecho de que muchos pacientes que venían a su consulta por 5 a 10 años, llegados a una edad muy avanzada, ya no pueden continuar viniendo. Y es el momento en que una visita domiciliaria es solicitada por los familiares.

Este pedido es a veces precedido por una tímida pregunta al profesional si él hace visitas domiciliarias. Me puedo imaginar la respuesta de un súper especialista. Pero el médico de familia, el geriatra, habiendo vivido muchos acontecimientos a lo largo de los años con esa familia, siente que la ética de mínimos (es decir, el cumplimiento de la mínima obligación ineludible por la ética profesional) pasa a segundo plano frente a la perspectiva de la ética de máximos (dar más de lo estrictamente debido) que se le presenta con este desafío.

Como la mayoría de las visitas domiciliarias son solicitadas para adultos mayores discapacitados (al niño se lo alza y se lo lleva al médico en cualquier circunstancia), es importante tocar algunos aspectos de la atención a pacientes terminales ofreciendo los cuidados paliativos.

El papel del médico de familia al final de la vida es esencial. Asisten en todas las facetas al enfermo en su casa y prestan apoyo no sólo al paciente sino también a su familia. Éste es uno de los temas presentes.

El médico de atención primaria es el que tiene un mayor conocimiento integral del paciente y esta circunstancia le permite un adecuado abordaje desde el punto de vista paliativo.

El envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado generan un elevado número de personas con diferentes problemas físicos, emocionales y sociofamiliares a los que no se les está dando una adecuada atención en la actualidad (9). Los equipos de atención primaria deben tener un protagonismo mayor a la hora de atenderlos a ellos y sus familias.

Es por lo tanto necesario lograr una adecuada capacitación de los profesionales para afrontar con éxito los numerosos problemas que presentan estos pacientes. El retraso en la concienciación y formación de los médicos de familia en la atención a enfermos terminales parece provenir de la inadecuada visión sobre los fines de la medicina. El objetivo de la medicina no sólo es curar, sino también cuidar de nuestros pacientes y asegurarles una muerte digna cuando ésta sea inevitable.

A pesar de que hasta ahora los cuidados paliativos se han centrado en la atención a pacientes oncológicos, estos tratamientos no son exclusivos de este tipo de enfermos (10). El envejecimiento de la población ha ocasionado un incremento progresivo del número de pacientes con enfermedades con pronóstico de vida limitado, como la insuficiencia cardíaca, la demencia o la EPOC, cuyos síntomas físicos y emocionales no se diferencian mucho de los de pacientes con cáncer, lo que puede estar generando una inequidad.

Una vez que se logre definir a un paciente como terminal, las estrategias ya son distintas -no van encaminadas a curar al enfermo, sino a proporcionarle una muerte digna-, el médico no puede abandonarlo cuando ya no se le pueda sanar. El facultativo habrá de conseguir mejorar la calidad de vida, tratar el dolor, la disnea, etc.

Los hospitales terciarios se dedican tradicionalmente a curar a los pacientes. Sin embargo, a ellos también llegan enfermos terminales y estos centros no están preparados para atenderlos, por lo que hay que mejorar el trato que se les da.

En este ámbito los comités de ética asistencial tienen un papel importante y deben diseñar estrategias para que se facilite la implementación de voluntades anticipadas a los pacientes que ingresan en los centros sanitarios (11). Se trata de un documento en el que pueden plasmarse los tratamientos o criterios que han de seguir los médicos en el caso de que el paciente sufra una enfermedad irreversible y ya no tenga autonomía para expresar su voluntad. Es importante que el paciente deje constancia de sus deseos.

El papel que debe desempeñar la atención primaria en los testamentos vitales es el de hacer llegar a la población mayor la existencia y la posibilidad de otorgar estos documentos para asegurar qué atención quieren recibir en el futuro.

Las desigualdades en el acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos se están acrecentando hasta alcanzar niveles dramáticos

Existe un rechazo de las personas mayores al sufrimiento físico y a la agonía prolongada, la preferencia por la calidad de vida y por la autonomía, el rechazo a ser cuidados lejos del hogar y de los seres queridos y el deseo de vivir en un clima de confianza, humanidad, amor y respeto.

El médico de atención primaria tiene que abrir espacios de diálogo con los mayores, por lo que es preciso iniciar estrategias educativas dirigidas tanto a usuarios como a los profesionales para superar el miedo a tratar temas como el final de la vida.

Es importante que el paciente conozca en todo momento el pronóstico de su enfermedad, cosa muy difícil en nuestro medio justamente por impedimento de los familiares. El médico a su vez debe emplear el diálogo para establecer las voluntades anticipadas de sus pacientes.

Lo que desde la ética de mínimos puede considerarse como ideales morales, desde la ética de máximos se vive como una obligación libremente asumida por la conciencia personal.

El ejercicio de la ética de máximos solo puede practicarse si el sujeto ha desarrollado las virtudes (12). Tal vez sean las visitas domiciliarias un acto no

exigible que el profesional acepta como servicio más que como fuente de ingresos.

OBJETIVOS

Evaluar las características socio económicas, clínicas, tipo y nivel de atención solicitado por los adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Observacional, retrospectivo de casos consecutivos.

Población

Se tomarán las primeras 100 llamadas para visitas a domicilio que se hagan al autor de la monografía, desde diciembre 2004 hasta fines de mayo 2005. No se computaran las visitas repetidas a los mismos pacientes en el tiempo de estudio.

Criterios de inclusión

Edad por encima de 60 años, ambos sexos, dentro del radio metropolitano.

Criterios de exclusión

Las llamadas de extrema urgencia que no puedan ser agendadas.

Variables

Edad

Sexo

Estado civil

Urgencia del llamado: visita necesaria en el mismo día, al día siguiente, agendada.

Diagnósticos

Justificación de la llamada, entendiéndose por justificada aquella donde se constata que el paciente no podía desplazarse al consultorio.

Agradecimiento

Nivel socio económico

Pobre

Medio

Medio alto

Alto

Seguro médico

Cuidadores

Apoyo afectivo de la familia

Soledad

Abandono

Maltrato

Decisiones:

Internación

Cuidados paliativos domiciliarios

Enfermera

Fisioterapia
Cama articulada
Oxígeno a domicilio
Aspiración de secreciones

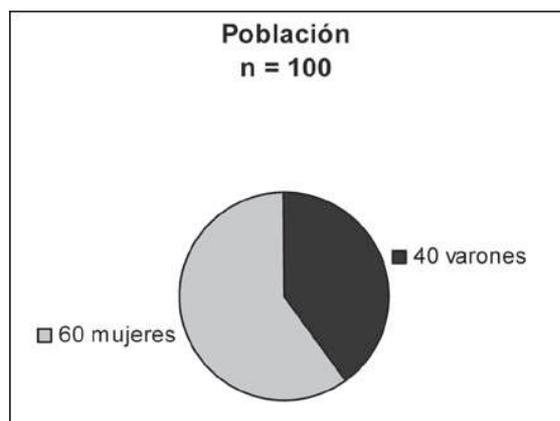
RESULTADOS

- Los 100 pacientes diferentes fueron reclutados en 6 meses.
- La edad promedio fue de 83 años, variando entre 60 y 103 años.
- Hubo 40 varones y 60 mujeres. (Gráfica N° 1)
- Estado civil: 57 eran viudos, 36 casados y 7 solteros. (Gráfica N° 2)
- Urgencia del llamado: 75 pidieron para el mismo día, y 25 para otro día. (Gráfica N° 3)

En cuanto a los **Diagnósticos**: 33 demencias, 25 hipertensos, 18 accidentes cerebrovasculares actuales o secueles, 16 infecciones respiratorias, 15 depresivos, 15 postrados en cama, 10 con insuficiencia

cardiaca, 10 deshidratados, 8 confusiones mentales, 6 diabéticos, 5 infecciones urinarias, 5 caídas, 5 Parkinson, 4 cánceres terminales, 4 con dolores, 3 cánceres de próstatas, 3 obesos, 3 anémicos, 2 accidentes isquémicos transitorios, 2 fracturas, 2 diverticulitis, 2 gastritis, 2 vértigos, 2 insuficiencias renales. Situaciones aisladas como hipotiroidismo, artritis, hematemesis, propaso uterino, coleditiasis, control de salud, ascitis, colostomía, constipación, diarrea, ulcera duodenal, vómitos, náuseas, osteomielitis, artrosis, desnutrición, tumor pulmonar, oclusión intestinal, cáncer de páncreas. (Gráfica 4)

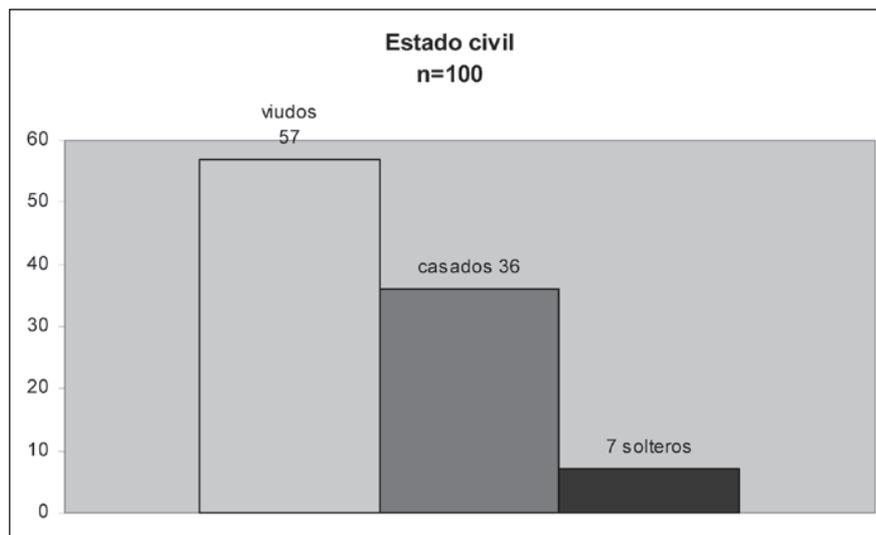
- Edad promedio de las demencias, 85 años.
- 15 pacientes refirieron soledad, 1 abandono y 1 maltrato.
- 5 pedidos de visita domiciliaria no justificados por la necesidad.
- Hubo agradecimiento del paciente o familiares en todos los casos.
- Nivel socio - económico bajo 10, medio 46,



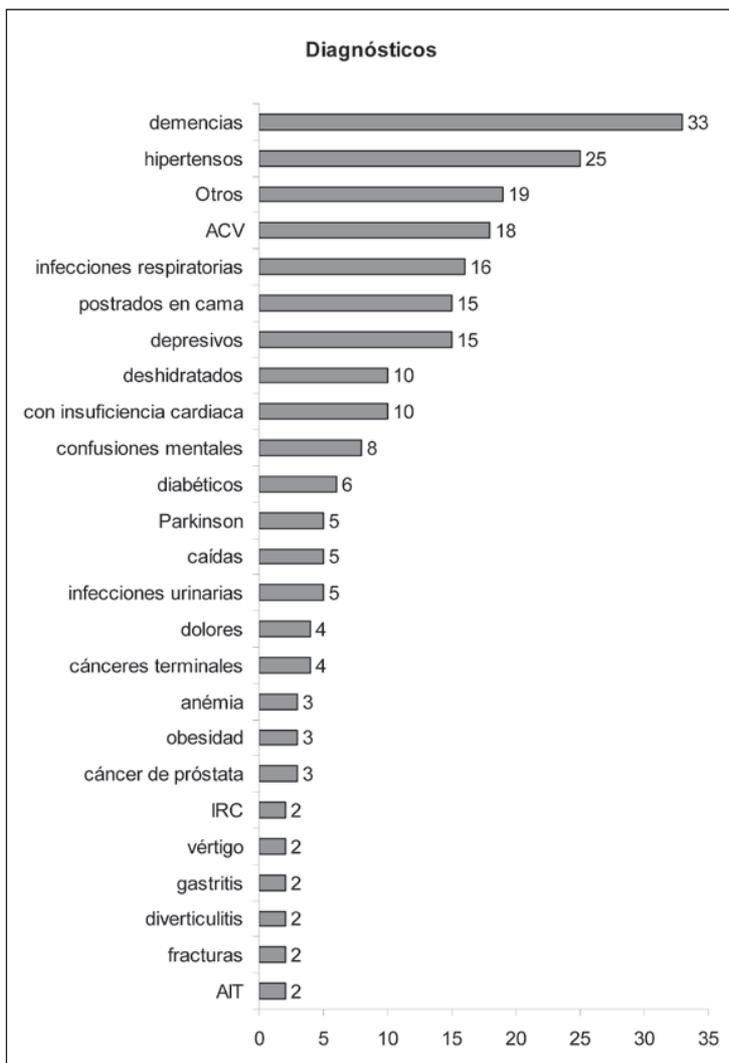
Gráfica 1



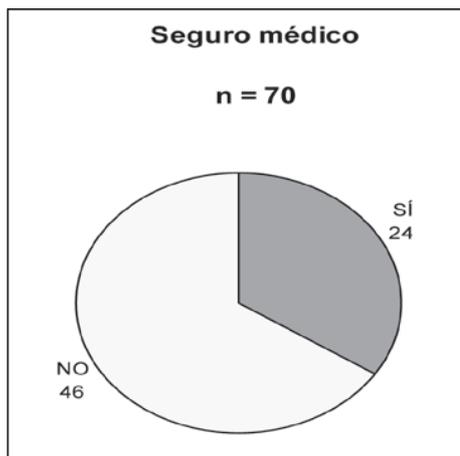
Gráfica 3



Gráfica 2



Gráfica 4

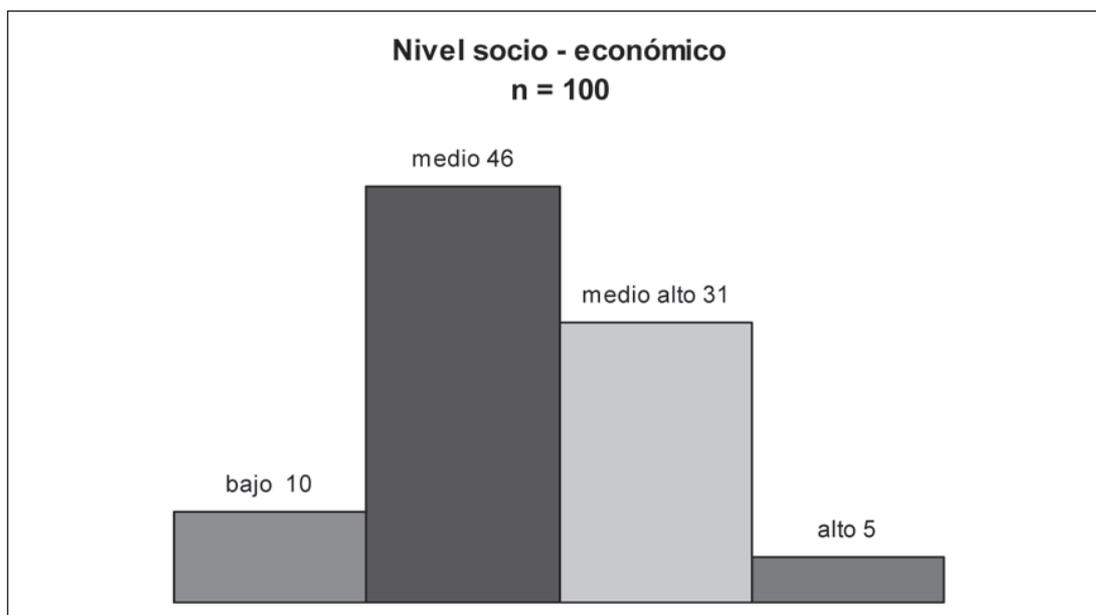


Gráfica 5

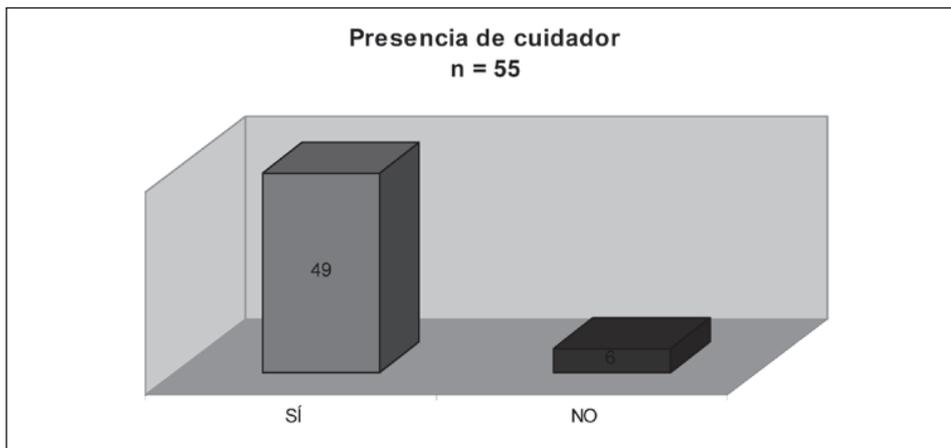
- medio alto 31 y alto 5. (Gráfica 5)
- Sobre 70 encuestados, 24 tenían seguro médico, 46 no lo tenían. (Gráfica 6)
 - Sobre 55 encuestados, 49 tenían un cuidador y 6 no. (Gráfica 7)
 - Decisiones tomadas: internación 16, instalación de cuidados paliativos 20, apoyo de enfermería 11, pedido de fisioterapia 5, cama articulada 4 veces y colchón de agua 3 veces. (Gráfica 8)

COMENTARIOS

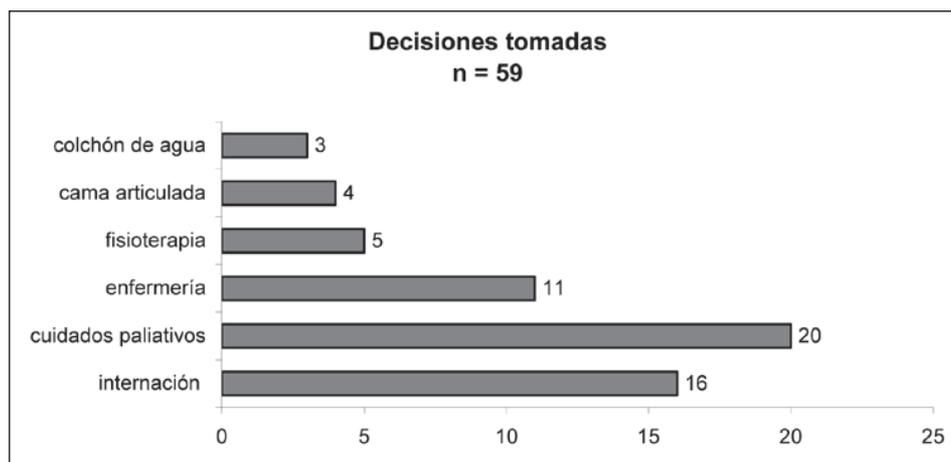
Se recibieron 16 pedidos nuevos de visitas por mes siendo habitual en la especialidad de geriatría un promedio de 2



Gráfica 6



Gráfica 7



Gráfica 8

ó 3 visitas por día.

La edad promedio es bastante elevada, población que fue acumulando patologías y discapacidades.

No es de extrañar la predominancia de mujeres y el estado civil de viudo/a.

La gran mayoría pide una visita “cuando las papas queman” ya sea por escasez de medios para controles preventivos regulares o por negligencia.

Los diagnósticos son variados y existe una polipatología bien conocida en los adultos mayores. Llama la atención el bajo porcentaje de diabéticos que suele ser de 15 % (13) e hipertensos (14) que debería sobrepasar el 60% para la faja etaria. Esto debido tal vez al registro insuficiente.

La edad promedio de las demencias fue de 85 años, no alejándose significativamente del promedio de edad del estudio. La demencia es claramente una enfermedad y no una consecuencia de la edad aunque la prevalencia aumenta del 13 % entre 80 y 84 años hasta el 32 % entre 90 y 94 años (15, 18).

En cuanto al apoyo afectivo de la familia: 15 refirieron soledad, 1 abandono y 1 maltrato. Es de todos conocida la dificultad creciente para atenderlos en el seno de la familia debido a la incorporación de la mujer en el mercado de trabajo, la disminución del tamaño de las viviendas, el aumento del tiempo destinado al trabajo, incremento de las separaciones, divorcios y convivencias (16).

La mayoría de los pacientes se apoyan económica y afectivamente en sus familias (17).

Cinco llamadas no eran justificadas, los pacientes estaban en condiciones de acudir al consultorio. El grado de dependencia en los demás justificaba la visita domiciliaria.

En todas las oportunidades hubo agradecimiento por la visita.

La apreciación del nivel socio económico fue subjetiva (observación personal de la vivienda, comodidades, personal de servicio, etc.). Nivel bajo 10, medio 46, medio alto 31 y alto 5. Existe sin lugar

a dudas una inequidad en el acceso a los servicios médicos, aún en el área metropolitana, los de escasos recursos siendo la mayoría de la población pueden raramente pedir una visita del profesional.

Sobre 70 preguntas, tienen seguro médico solo 24 y carecen 46. Es una realidad la mentalidad empresarial y utilitaria de los seguros médicos en nuestro medio.

Sobre 55 preguntas, 49 tienen un cuidador asignado (familiar, empleada doméstica o profesional auxiliar) y 6 no lo tienen.

En cuanto a las decisiones luego de la visita: 16 requirieron internación, 20 cuidados paliativos (manejo del dolor, la disnea y las diarreas con la instauración del uso adecuado de morfina, prevención de escaras, cuidados de la boca, etc), 11 el apoyo de enfermería, 5 de fisioterapia, 4 camas articuladas, 3 colchones de agua.

CONCLUSIONES

Las visitas domiciliarias constituyen una necesidad para los adultos muy mayores con discapacidades para el desplazamiento. Lastimosamente no todos pueden acceder a este servicio debido fundamentalmente a su costo, pero su utilidad no deja lugar a dudas pues de otro modo habría que desplazar en ambulancia a muchos de ellos hasta los centros asistenciales aun para controles regulares de afecciones frecuentes.

Ponemos hincapié en la gran importancia del co-

nocimiento de los cuidados paliativos, siendo el domicilio el lugar ideal para implementarlos.

Notamos aquí la importancia de formar a los médicos de familia en los cuidados paliativos, no pudiendo este renunciar al seguimiento final de sus pacientes terminales.

En cuanto a otros criterios éticos, debemos tener en cuenta que la autonomía (decisión personal de los propios pacientes) en la toma de decisiones suele contar poco. En nuestro estudio un tercio de los pacientes eran dementes y ya no tenían capacidad de discernimiento, pero que aún para el resto de los pacientes, son los familiares bajo consejo profesional los que toman y ejecutan las decisiones muchas veces sin el consentimiento de los interesados (internaciones, sondas y hasta cirugías).

Los médicos jóvenes no reciben entrenamiento para este servicio. Es muy importante que los jóvenes profesionales tengan una buena formación en ética médica sobre la relación médico paciente, el respeto de la autonomía de las personas con capacidad de discernimiento, la obtención del consentimiento informado y un entrenamiento en visitas domiciliarias que en su gran mayoría están destinadas a pacientes mayores, donde el médico se encuentra solo, sin las comodidades de un consultorio o el medio hospitalario, observado por los familiares en los mínimos detalles pero teniendo la oportunidad de ejercitar una ética de máximos y dando un servicio necesario y apreciado por los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leff, B, Burton J. R. The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56:M603-M608. The Gerontological Society of America, 2001.
2. Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al. Meta-análisis: Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:719-25
3. Acuerdo para la atención domiciliar de los adultos mayores del Distrito Federal de México. *Gaceta oficial* 2005. URL <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Acuerdos/DFACU272.pdf>
4. Jauhar S. House calls. *NEJM* 2004 Nov 18, 351:21.
5. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *NEJM* 2001, 344:2021-2025.
6. The voice of home care medicine. Practice management of frequently asked questions. Asociación americana de cuidados domiciliarios. <http://www.aahcp.org/faq.shtml>
7. España Exterior. El gobierno autonómico incrementa la atención domiciliar para la tercera edad; mayo 2004. URL http://www.espaexterior.com/index2.php?&numero=358&accion=noticia&seccion=Castilla_La_Mancha¬icia=3537
8. PAHO. Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):55-56
9. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Una sociedad para todas las edades. Madrid 8-12 abril 2002. URL <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
10. Boletín científico. Asociación argentina de medicina y cuidados paliativos. Oct. 2005. URL <http://www.aamycp.org.ar/>
11. Hurst S. Familles, proches: quelle est leur place dans

- les décisions concernant les patients? Unité de Recherche et d'Enseignement en bioéthique, Université de Genève; 2005.
12. Ferrer J.J.; Alvarez J.C. Para fundamentar la bioética. Madrid: Univ. Pontificia Comillas;2003
 13. Center for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly report. Prevalence of Diabetes and Impaired Fasting glucose in Adults. US 1999-2000. *JAMA*. 2003;290:1702-1703.
 14. Ayala M. Manual de Normas Guías para el control de la Hipertensión Arterial 2004.
 15. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MMB et al. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study (EURODEM). *Int. J. Epidemiology*, 1991; 20(3), 736-48.
 16. Forttes B Alicia. La importancia de la familia para el adulto mayor. Diplomado en Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2004. URL http://64.233.161.104/search?q=cache:auV-LxX78z_sJ:www.puc.cl/adultomayor/html/presentaciones/6.ppt+familia+adultos+mayores&hl=es&gl=py&ct=clnk&cd=1
 17. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS y cols. Consensus Statement: Diagnosis and Treatment of depression in Late Life. Consensus Statement Update. *JAMA* 1997;278:1186-1190.
 18. Rubin R, Alfano A. Alimentación enteral en demencia avanzada. *Rev. Argentina de Gerontología y Geriatria*. 2006; 24:42-44.