

Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana

Clinical profile of patients admitted to a home care program of Essalud in the southern area of Metropolitan Lima

Efrén S. Michue-Bohórquez¹, Christian A. Arana-Maestre², Pedro J. Ortiz-Saavedra³, Helver A. Chávez-Jimeno,⁴ Luis F. Varela-Pinedo⁵

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria (Padomi) de Essalud en la zona sur de Lima. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal realizado durante el periodo marzo-mayo 2009 en pacientes mayores de 60 años que ingresaron al Padomi. Se recogió información sociodemográfica, motivo de referencia, enfermedades, estado funcional, fármacos, síndromes-problemas geriátricos y cuidador principal. **RESULTADOS:** Ingresaron al Padomi 185 pacientes, mujeres (63,2%) y mayores de 80 años (62,2%). Se encontró que los casados eran en su mayoría de sexo masculino y los viudos de sexo femenino ($p < 0,01$). El 80,5% fue referido por alta comorbilidad y el 88,1% de los establecimientos de Essalud. Las enfermedades más frecuentes fueron las cardiovasculares, demencia y musculoesqueléticas que correlacionaron con los fármacos más usados. El 86,1% tuvo algún nivel de dependencia funcional y el 80,5%, deterioro cognitivo, a predominio de las mujeres y los mayores de 80 años ($p < 0,05$). Hubo mayor depresión en mujeres (32,6%) que en varones (8,3%) ($p < 0,01$). Los síndromes y problemas geriátricos más frecuentes fueron polifarmacia, caídas, deterioro visual y deterioro auditivo. El 94,6% de los pacientes tomaba algún tipo de fármaco y el 60% de pacientes tenía riesgo social moderado o alto. El 89,7% tenía un cuidador a cargo, que fue mujer en 92,2%, como hijas (44,2%) o esposas (24%). **CONCLUSIÓN:** Los pacientes que ingresaron al Padomi presentaron alta morbilidad, nivel funcional disminuido, problema social importante, deterioro cognitivo y síndromes-problemas geriátricos diversos. **PALABRAS CLAVES:** Atención domiciliaria, geriatría, adultos mayores.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients admitted to a home care program (Padomi) of Essalud in the south of Lima. **MATERIAL AND METHODS:** A descriptive and cross sectional study was conducted from March to May 2009 in patients older than 60 who entered this program. It was collected information on demographic data, reason for reference, diseases, functional status, drugs, geriatric syndromes and problems and also primary caregiver data. **RESULTS:** A total of 185 patients were admitted to Padomi program, mainly women 63,2% and elder than 80 year-old (62,2%). Married males were

more frequent (72,1%) and a predominance of widowed females (46,2%) ($p < 0,01$). An 80,5% was referred by high comorbidity and 88,1% was from the Essalud services. The most frequent diseases were cardiovascular, dementia and musculoskeletal, and they corresponded to the most used drugs. An 86,1% had some level of functional dependence and 80,5% had cognitive impairment predominantly in women and elder than 80 year-old ($p < 0,05$). Depression was more frequent in women than men (32,6% versus 8,3%) ($p < 0,01$). The most frequent problems and geriatric syndromes were polypharmacy, falls and visual and hearing impaired. The 94,6% of the patients were taking any kind of drug and 60% of patients had a moderate to high social risk. An 89,7% had a responsible caregiver, who was mainly a female, most daughters (44,2%) or wives (24%). **CONCLUSION:** Patients admitted to a home care program had a high morbidity, decreased functional level, major social problem, cognitive impairment and various problems-geriatric syndromes.

KEY WORDS. Home care, geriatrics, elderly.

1. Médico egresado del Residentado en Geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).
2. Médico geriatra. Departamento de Medicina, Hospital María Auxiliadora.
3. Médico internista. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Instituto de Geriatría y Gerontología (IGG), UPCH.
4. Médico geriatra. Jefe del Servicio de Geriatría, HNCH. IGG, UPCH.
5. Médico geriatra. Servicio de Geriatría, HNCH. Director del IGG, UPCH.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable, en el cual el individuo esta inexorablemente asociado a su ambiente.⁽¹⁾ El aumento de la esperanza de vida experimentada en los últimos años debido a las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias y al desarrollo económico y social ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población, llevando como consecuencia a nuevas situaciones a nivel asistencial tanto sanitario como social.⁽²⁾ Dicha situación sumada al cambio epidemiológico, en el cual de manera creciente prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y en un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios.⁽³⁾

Esta realidad conlleva la necesidad de dar respuestas eficientes desde los sistemas de salud a los principales problemas de salud de la población, especialmente a los grupos más vulnerables como son los adultos mayores y, más aun, al anciano frágil con alta comorbilidad. El objetivo principal de la geriatría es el de optimizar el estado de salud de la persona adulta mayor previniendo y superando la pérdida de su autonomía con el fin de brindarle calidad de vida, siendo el domicilio un lugar estratégico para ofrecer prevención, cuidados y atención sociosanitaria para muchos adultos mayores.^(2,4)

Se define como atención domiciliaria a aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en el domicilio a pacientes adultos mayores discapacitados y a sus familias con el propósito de promover o mantener la salud, o minimizar el efecto de la enfermedad y la discapacidad. La valoración geriátrica en la atención domiciliaria contribuye a dar respuesta a necesidades no cubiertas y a poner de manifiesto discapacidades no reconocidas.⁽⁴⁾ Los pacientes más beneficiados de las visitas domiciliarias son los pacientes frágiles y de alto riesgo; especialmente los recientemente hospitalizados o los que eran considerados candidatos a cuidados de larga duración. El beneficio se observa en la disminución de la mortalidad, del riesgo de institucionalización y en la funcionalidad.^(4,6) La importancia de la atención domiciliaria como parte del sistema estructurado de niveles asistenciales para la atención en geriatría radica en el hecho de ofrecer continuidad de los cuidados a los pacientes geriátricos con discapacidad aguda o crónica que lo requieran.^(2,4)

El Programa de Atención Domiciliaria (Padomi) de Essalud es el sistema integral de atención sanitaria en el hogar dirigida a los pacientes asegurados que por alguna discapacidad no puedan acudir al centro asistencial para el manejo y control de sus problemas de salud. Como parte de Essalud, el programa brinda servicios domiciliarios que incluyen visitas médicas, enfermería, terapia física, servicio social, psicología, atención de urgencias, hospitalización en casa, laboratorio y farmacia.⁽⁷⁾ La población que recibe atención por el programa esta compuesta mayoritariamente por adultos mayores con alguna discapacidad, con enfermedades en estadio avanzado o terminales y poshospitalizados. La población mayor de 65 años de Lima que tuvo acceso a Essalud en el 2007 fue de 232 115 personas,⁽⁸⁾ de los cuales recibieron atención en el programa para el mismo año alrededor de 22 208 pacientes,⁽⁹⁾ representando el 9,57% de la población adulta mayor de Lima Metropolitana, siendo el programa de atención domiciliaria más grande a nivel nacional.

La presente investigación tuvo por objeto conocer el perfil del paciente que ingresa al Padomi enfocado en los aspectos epidemiológicos, clínicos (enfermedades más frecuentes, estado funcional, índice de comorbilidad, presencia de síndromes y problemas geriátricos) y sociales, dado que es una población de la cual no se tiene información actualizada en dichos aspectos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el periodo del 1 de marzo al 31 de mayo del 2009. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 60 años que fueron referidos al Padomi como nuevos, que residían en los distritos de Santiago de Surco, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Chorrillos y Barranco; que se comunicaban en idioma español o contaban con un cuidador que podía responder las preguntas de la entrevista preparada y que voluntariamente aceptaban responder previo consentimiento informado. Se excluyó a los pacientes que no cumplían los criterios de inclusión o que se negaban participar en el estudio.

La recolección de datos se realizó durante la visita domiciliaria programada regular en el Padomi, donde se realizaba la evaluación clínica y se llenaba el cuestionario preparado previamente con los ítems necesarios para el estudio. Los datos consignados fueron registrados de manera anónima.



La ficha de evaluación recogió datos sobre edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, grado de instrucción, motivo y tipo de referencia del paciente al programa; así como presencia de cuidador y sus características. Las enfermedades del paciente se registraron según autorreporte y los informes de referencia correspondiente, por lo que no se utilizó la clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Para la evaluación de comorbilidades se utilizó el índice de Charlson;⁽¹⁰⁾ para funcionalidad se usó la escala de Barthel;⁽¹⁰⁾ en la evaluación cognitiva se utilizó la escala de Pfeiffer;⁽¹⁰⁾ en el caso de analfabetas se utilizó la escala de Issacs;⁽¹¹⁾ para la evaluación afectiva se utilizó el test de Yesavage abreviado;⁽¹⁰⁾ y en la evaluación social se aplicó la escala sociofamiliar de Gijón abreviada.⁽¹⁰⁾ Se registró la presencia de síndromes geriátricos por autorreporte y por evaluación clínica. Los fármacos utilizados se clasificaron según el *Veterans Affairs Medication Classification System*.⁽¹²⁾

Los datos obtenidos fueron analizados en el programa SPSS 18. Se presentan los datos mediante estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas medias y desviación estándar. Se realizó el análisis de asociaciones de variables mediante ji cuadrado. Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se realizaron visitas domiciliarias a 185 pacientes adultos mayores. El 36,8% fue de sexo masculino y el 63,2% de sexo femenino. El promedio de edad para ambos grupos fue de $80,67 \pm 6,63$ años, con un rango de edad de 60 a 98 años. El promedio de edad para el sexo masculino fue de $79,89 \pm 6,23$ y del sexo femenino fue de $81,11 \pm 6,84$ años. Según grupo etario, el 37,8% pertenecen al grupo de 60 a 79 años y el 62,2% al grupo de 80 a más años.

Tabla I. Características de los ancianos que ingresaron al programa de atención domiciliaria (Padomi-Essalud), según sexo y grupo etario.

| Variable | Total | Masculino (%) | Femenino (%) | p | 60-79 (%) | 80 a más (%) | p |
|-------------------------|-------|---------------|--------------|--------|-----------|--------------|----|
| • Distrito de domicilio | | | | | | | |
| – Barranco | 11,4 | 7,4 | 13,7 | ns | 11,4 | 11,3 | ns |
| – Chorrillos | 19,5 | 20,6 | 18,8 | ns | 17,1 | 20,9 | ns |
| – Surco | 40,5 | 41,2 | 40,2 | ns | 32,9 | 45,2 | ns |
| – SJM | 14,6 | 13,2 | 15,4 | ns | 12,9 | 15,7 | ns |
| – VMT | 14,1 | 17,6 | 12 | ns | 25,7 | 7 | ns |
| • Estado civil | | | | | | | |
| – Soltero | 9,7 | 7,4 | 11,1 | < 0,05 | 10 | 9,6 | ns |
| – Casado | 50,3 | 72,1 | 37,6 | < 0,01 | 51,4 | 49,6 | ns |
| – Conviviente | 1,6 | 1,5 | 1,7 | ns | 1,4 | 1,7 | ns |
| – Viudo | 35,1 | 16,2 | 46,2 | < 0,01 | 32,9 | 36,5 | ns |
| – Divorciado | 3,2 | 2,9 | 3,4 | ns | 4,3 | 2,6 | ns |
| • Grado de instrucción | | | | | | | |
| – Analfabeta | 5,4 | 4,4 | 6 | ns | 7,1 | 4,3 | ns |
| – Primaria | 39,5 | 38,2 | 40,2 | ns | 35,7 | 41,7 | ns |
| – Secundaria | 36,8 | 30,9 | 40,2 | ns | 35,7 | 37,4 | ns |
| – Superior | 18,4 | 26,5 | 13,7 | ns | 21,4 | 16,5 | ns |
| • Motivo de referencia | | | | | | | |
| – Alta comorbilidad | 80,5 | 75 | 83,8 | ns | 72,9 | 85,2 | ns |
| – Enfermedad terminal | 8,6 | 13,2 | 6 | ns | 11,4 | 7 | ns |
| – Poshospitalizado | 10,8 | 11,8 | 10,3 | ns | 15,7 | 7,8 | ns |
| • Tipo de referencia | | | | | | | |
| – Essalud | 88,1 | 92,6 | 85,5 | ns | 92,9 | 85,2 | ns |
| – Particular | 11,9 | 7,4 | 14,5 | ns | 7,1 | 14,8 | ns |

ns: no significativo SJM: San Juan de Miraflores VMT: Villa María del Triunfo

Tabla 2. Índice de comorbilidad y funcionalidad de los ancianos que ingresaron al programa de atención domiciliaria (Padomi, Essalud).

| | Total (%) | Por género | | | Por grupo etario | | |
|--------------------------|-----------|-------------|-------------|--------|------------------|--------------|----|
| | | Varones (%) | Mujeres (%) | p | 60-79 (%) | 80 o más (%) | p |
| • Índice de comorbilidad | | | | | | | |
| – 0 puntos | 22,7 | 16,2 | 26,5 | < 0,01 | 22,9 | 22,6 | NS |
| – 1 punto | 29,2 | 23,5 | 32,5 | NS | 18,6 | 35,7 | NS |
| – 2 puntos | 11,9 | 8,8 | 13,7 | NS | 14,3 | 10,4 | NS |
| – 3 o más puntos | 36,2 | 51,5 | 27,4 | < 0,01 | 44,3 | 31,3 | NS |
| • Funcionalidad | | | | | | | |
| – Independiente | 13 | 7,4 | 16,2 | < 0,01 | 8,6 | 15,7 | NS |
| – Dependiente parcial | 64,3 | 73,5 | 59 | < 0,01 | 68,6 | 61,7 | NS |
| – Dependiente total | 22,7 | 19,1 | 24,8 | NS | 22,9 | 22,6 | NS |

NS: no significativo

Los resultados por distrito de residencia, estado civil, grado de instrucción, motivo y tipo de referencia se describen en la Tabla 1.

Las enfermedades más frecuentes encontradas fueron: Hipertensión arterial (65,4%), osteoartritis (35,1%), enfermedad cerebrovascular (ECV) (27%), demencia (24%) y osteoporosis (16,2%). Los resultados según el índice de comorbilidad de Charlson y funcionalidad se muestran en la Tabla 2.

La evaluación cognitiva y afectiva se pudo realizar en 155 pacientes (83,8%) y fueron excluidos 30 pacientes (16,2%) por enfermedades neurológicas severas que no le permitían contestar las preguntas del cuestionario. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

Los síndromes y problemas geriátricos más frecuentes fueron: polifarmacia (64,9%), caídas (63,2%), deterioro visual (53%), deterioro auditivo (46,5%) e incontinencia urinaria (45,4%). Según sexo, se encontró mayor incontinencia urinaria en mujeres en relación a varones ($p < 0,01$). En cuanto a grupo etario hubo mayor inmovilismo en el grupo de 60 a 79 años ($p < 0,05$) y más deterioro auditivo en el grupo de mayores de 80 años ($p < 0,01$). La relación de los síndromes-problemas geriátricos y la funcionalidad se muestra en la Tabla 4.

El 94,6% de los pacientes evaluados tomaba algún tipo de fármaco y el 5,4%, ninguno. Los grupos farmacológicos más usados por los pacientes fueron: cardiovascular (71,8%), sistema nervioso central (42,7%), músculoesquelético (35,1%), gastrointestinal (27%) y vitaminas (24,8%).

Tabla 3. Valoración cognitiva y afectiva de los ancianos que ingresaron al programa de atención domiciliaria (Padomi, Essalud).

| | Total (%) | Por género | | | Por grupo etario | | |
|---------------------------|-----------|-------------|-------------|--------|------------------|--------------|--------|
| | | Varones (%) | Mujeres (%) | p | 60-79 (%) | 80 o más (%) | p |
| • Deterioro cognitivo | | | | | | | |
| – Normal | 36,8 | 43,3 | 32,6 | < 0,01 | 46,6 | 30,9 | < 0,01 |
| – Deterioro leve-moderado | 53,2 | 55 | 50,5 | NS | 50 | 53,6 | NS |
| – Deterioro severo | 11 | 1,7 | 16,8 | < 0,01 | 3,4 | 15,5 | < 0,01 |
| • Depresión | | | | | | | |
| – Normal | 41,9 | 51,7 | 35,8 | < 0,01 | 34,5 | 46,4 | NS |
| – Riesgo de depresión | 34,8 | 40 | 31,6 | NS | 36,2 | 34 | NS |
| – Depresión establecida | 23,2 | 8,3 | 32,6 | < 0,01 | 29,3 | 19,6 | NS |

NS: no significativo

**Tabla 4.** Relación entre los síndromes - problemas geriátricos según la funcionalidad de los ancianos que ingresaron al programa de atención domiciliaria (Padomi, EsSalud).

| Síndrome geriátrico | n | Independiente | Dependiente | p |
|--------------------------------|-----|---------------|-------------|---------|
| • Delirium | 47 | 0% | 100% | < 0,001 |
| • Polifarmacia | 120 | 10,8% | 89,2% | NS |
| • Caídas | 117 | 10,3% | 89,7% | NS |
| • Inmovilismo | 57 | 0% | 100% | < 0,001 |
| • Úlceras por presión | 33 | 0% | 100% | < 0,001 |
| • Incontinencia urinaria | 84 | 3,6% | 96,4% | < 0,001 |
| • Deprivación visual | 98 | 9,2% | 90,8% | NS |
| • Deprivación auditiva | 86 | 9,3% | 90,7% | NS |
| • Deterioro cognitivo | 128 | 24,6% | 75,4% | < 0,001 |
| • Riesgo/depresión establecida | 90 | 16,9% | 83,1% | NS |
| • Riesgo/ problema social | 111 | 23% | 77% | < 0,001 |

NS: no significativo

Según la valoración social se encontró riesgo social bajo en el 40% de los pacientes, riesgo social intermedio en el 43,8% y riesgo social alto en 16,2%. No se encontró diferencia significativa en cuanto a sexo o grupo etario. Hubo mayor proporción de pacientes con riesgo social intermedio-alto en los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Chorrillos (68,5%) con respecto a los distritos de Surco y Barranco (52,1%) ($p < 0,01$).

El 89,7% de pacientes tuvo un cuidador. En los pacientes que carecían de cuidador, el 68,4% de pacientes fue de sexo femenino; 42,1% tenían de 80 a más años; 42,1% era casado y el 26,3% era viudo; el 36,8% era dependiente leve para las actividades de la vida diaria; el 42,1% tuvo riesgo social alto; el 68,4% tuvo riesgo/depresión establecida; y el 31,6% tuvo deterioro cognitivo leve-moderado.

De los cuidadores hallados, el 92,2% fue de sexo femenino. La media de la edad fue de $48 \pm 17,5$ años (rango: 20 a 84 años). El 26,5% tuvo 60 o más años. El 77,7% de los cuidadores eran familiares de los pacientes, de los cuales la mayor proporción eran hijos (44,2%), esposos (24%), sobrinos (17,8%), hermanos (5,4%) y otro familiar (8,5%). El régimen de cuidado principal fue el voluntario (76,5%) y el 84,9% de los cuidadores residían con sus pacientes. No se encontró diferencia significativa en la presencia de cuidador por sexo, grupo etario o lugar de residencia del paciente; pero, se encontró relación significativa entre la presencia del cuidador con respecto a mayor deterioro funcional y cognitivo ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

El grupo de pacientes objetivo de la atención domiciliaria son aquellos que por motivos físicos o mentales no pueden acudir a los centros de salud, dentro de este grupo se incluyen a los ancianos que viven solos, los que presentan discapacidad avanzada, los que presentan problema social grave, los que salen de hospitalización reciente presentando discapacidad por ello y los enfermos con enfermedades terminales.⁽¹³⁾

Los pacientes de nuestro estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino, mayores de 80 años, que fueron referidos al programa por enfermedades crónicas diversas principalmente cardiovasculares (hipertensión-enfermedad cerebrovascular), osteoarticulares (artrosis-osteoporosis) y enfermedades neurológicas (demencias), de manera muy similar a otras series presentadas anteriormente.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ Estos resultados nos muestran que la población del programa está compuesta principalmente por pacientes añosos con diversas patologías crónicas que correlacionan con el aumento de la esperanza de vida que se observa en la sociedad actual.^(18,19)

El índice de Charlson predice la mortalidad a un año para un paciente con diversas condiciones mórbidas y se le asigna un puntaje según el riesgo de fallecer por dicha condición, a mayor puntaje mayor riesgo de morir. Las enfermedades de mayor puntaje son las neoplasias, el sida, la diabetes con complicaciones, las enfermedades renales o hepáticas avanzadas y la

enfermedad cerebrovascular con hemiplejía. Aunque no se hizo exclusivamente para pacientes geriátricos es usado ampliamente en geriatría.⁽¹⁰⁾ En nuestra serie encontramos mayor riesgo de muerte y comorbilidad en los varones que podría estar condicionado principalmente por la mayor presencia de ECV, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias que las mujeres. Así mismo, esto correlaciona también con la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres con respecto a los varones.⁽¹⁴⁾

Se entiende por funcionalidad como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria.⁽²⁰⁾ Así, encontramos una mayor proporción de pacientes con algún grado de dependencia funcional y dependencia total que en otros reportes^(14,15,17) debido posiblemente a que los pacientes de Essalud son de alta comorbilidad y más complejos que los pacientes no asegurados de la población general. No se encontró asociación para el estado funcional en cuanto a grupo etario, lo que muestra que nuestra población domiciliaria es relativamente uniforme a diferencia de otras series^(20,21) en la cual la edad fue determinante de mayor deterioro funcional. Esta situación se podría entender pues, según las normas de Padomi,⁽⁷⁾ para admitir a un paciente este debe tener alguna discapacidad física o tener al menos 80 años; así que, en ocasiones solo bastaría contar con la edad mínima de 80 años para el ingreso al programa aunque el paciente no presentara deterioro funcional importante.

La evaluación cognitiva realizada determinó que hubo mayor presencia de deterioro cognitivo en las mujeres y en los mayores de 80 años, como lo refiere un estudio a nivel comunitario de Lima.⁽²²⁾ En nuestra evaluación encontramos deterioro cognitivo en el 69,2% de pacientes, y según los informes de referencia al programa se determinó demencia en el 24% de pacientes, lo que demostró un nivel de subdiagnóstico de este problema en el 65% de nuestra serie.

En relación a síndromes/problemas geriátricos y funcionalidad, se halló mayor dependencia física en relación a delirium, inmovilismo, úlceras por presión, incontinencia, deterioro cognitivo y riesgo/problema social, confirmando que la presencia de estos síndromes y problemas geriátricos condiciona mayor deterioro funcional.⁽²¹⁾ La presencia de más inmovilismo en los pacientes de 60 a 79 años podría explicarse por el efecto físico de algunas enfermedades discapacitantes que se observan más en este grupo etario como las neoplasias, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus y EPOC

que en sus pares mayores de 80 años; así también, como la tendencia de tener más referidos por enfermedades terminales y poshospitalizados.

Según la evaluación social, la mayor proporción de pacientes correspondió a riesgo social alto/intermedio (60%) pero hay que resaltar que el 40% de los pacientes presentó riesgo bajo, a diferencia de otras series de pacientes en atención domiciliaria que reportaron mayor proporción de problema/ riesgo social que el encontrado por nosotros.^(14,16) Esto podría deberse a que el nivel socioeconómico del paciente asegurado protegería para tener problemas sociales importantes, aunque estos resultados deberían corroborarse en estudios específicos.

Los cuidadores de nuestros pacientes al igual que los referidos en otras series de atención domiciliaria,^(14,15,17) fueron en su mayoría mujeres, de edad media, esposas o hijas del paciente, que atendían a sus familiares de forma voluntaria y de manera muy cercana que los hace vivir con ellos. Las características observadas en los pacientes que no contaban con un cuidador convierte a este grupo en altamente vulnerable por ser mujeres con riesgo de depresión, alto riesgo social y tendencia a la soledad por viudez.

En conclusión, los pacientes que ingresaron al programa de atención domiciliaria fueron en su mayoría mujeres, mayores de 80 años y que presentaron alta morbilidad motivo principal de su referencia al programa. Además, presentaron nivel funcional disminuido, problema social importante, deterioro cognitivo y síndromes-problemas geriátricos diversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela L. Principios de Geriatría y Gerontología. Lima, Centro Editorial UPCH; 2003. p.1
2. De la Revilla L, Espinoza 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.
3. D'Hyver C, Gutiérrez LM. Geriatría. México D.F. Editorial Manual Moderno; 2006. p.3.
4. Pérez-Castejón J M. La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(1):16-22.
5. Elkan R, Kendrick D, Dewey M. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2001;323:1-9.
6. Stuck A, Egger M. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *JAMA*. 2002;287(8):1022-1028.
7. Normas para las prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en Essalud. Directiva N.º 16. Gerencia General-Essalud; 2000.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico de la Provincia de Lima. Lima, INEI; 2008.
9. Unidad de Estadística. Gerencia de Oferta Flexible Subgerencia de Atención Domiciliaria; 2008.
10. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para Residentes. Madrid: International Marketing & Communication S.A.; 2006. p.770-789.



11. Isaacs B, Akhtar AJ. The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age and Ageing*. 1972;1:222-6.
12. United States Pharmacopeia Dispensing Information (USP DI). Veterans Affairs Medication Classification System. En: USP drug information. 20th ed. Appendix IV. Rockville: Micromedex Thompson Healthcare; 2000. p. 3220-37.
13. Benate Gálvez, Y. Geriatría morbilidad y problemas asociados a la población geriátrica en el servicio de visita domiciliaria. Tesis para optar el título de Especialista en Geriatría. Lima, Perú: UNMSM. 1997. p. 5-8.
14. Blanquer JJ, Jiménez AI, Del Pozo K, García R, Blanes D. Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes en programa de atención a domicilio. *Revista Valenciana Medicina de Familia*. 2000;7:46-56.
15. García S, Lekube K. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Atención Primaria*. 1997;20(5):230-236.
16. Reyes-Ortiz C. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. *Colombia Médica*. 1998;29:138-42.
17. Segura J, Bastida N. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área Básica de Salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77:581-594.
18. Guillen F. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2.ª Edición. Barcelona; Masson; 2008. P: 64-66.
19. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Suiza, Ediciones de la OMS; 2009. P: 35.
20. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered*. 2005;16(3): 165-171.
21. Sandoval L, Varela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Rev Med Hered*. 1998;9 (4):138-142.
22. Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*. 2002;18:1-2.

Correspondencia a: Dr. Pedro Ortiz Saavedra
pedro.ortiz@upch.pe

Fecha de recepción: 09-09-10.
Fecha de aceptación: 15-10-10.