

ORIGINALES

Impacto de las condiciones de la vivienda en el confinamiento de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados en una unidad de gestión clínica de Atención Primaria

[Ver en pdf](#)

Javier Andrés Vera. Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Jessica Largo Fernández. Enfermera residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Francisco Moreno Castro. Enfermero Gestor de Casos. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Nuria Cifuentes Mimoso. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz

Para contactar:

Javier Andrés Vera: javi_vera311@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: analizar el impacto de las barreras arquitectónicas de las viviendas en los pacientes que perciben confinamiento.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal de los pacientes incluidos en el programa de atención a inmovilizados con barreras arquitectónicas en la vivienda en 2015. Se realiza encuesta de diseño propio analizando la percepción del confinamiento, impacto físico y emocional tanto del paciente como del cuidador, estado de salud previo, régimen de vida, renta familiar, características de la vivienda, uso de dispositivos de apoyo a la movilidad, así como escalas validadas para valoración de nivel de autonomía (índice de Katz) y riesgo o problema social (Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón).

Resultados: se contabilizan 366 pacientes inmovilizados, de los cuales 144 (39,3%) no tienen barreras arquitectónicas; 47 (12,8%) están institucionalizados; 9 (2,4%) se encuentran fuera de zona, y 166 (45,3%) deben responder la encuesta.

El 85,27% (110) de los pacientes encuestados se sienten confinados debido a las barreras arquitectónicas de la vivienda (escaleras y falta de ascensor, principalmente).

Conclusión: en la población de nuestra área existe un número importante de pacientes inmovilizados que, además de los problemas de salud que les retienen en el domicilio, tienen problemas estructurales de vivienda, de accesibilidad y barreras arquitectónicas. La mayor parte de estos pacientes, debido a dichas barreras, no pueden salir habitualmente a la calle y viven esta situación como un confinamiento involuntario en su domicilio, lo que afecta negativamente a su salud física y emocional, tanto en el paciente como en su cuidador.

Palabras clave: atención domiciliaria, inmovilizado, confinado, barreras arquitectónicas.

IMPACT OF HOUSING CONDITIONS ON THE CONFINEMENT OF PATIENTS ENROLLED IN THE ASSISTANCE PROGRAM FOR IMMOBILIZED PATIENTS OF THE CLINICAL MANAGEMENT UNIT, DEPARTMENT OF PRIMARY HEALTHCARE

Abstract

Objective: To analyse architectural barriers on homebound patients.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study on patients enrolled in the assistance program for immobilized patients with architectural barriers in 2015. A self-designed survey has been conducted to analyse the perception of confinement and its physical and emotional impact on both patients and caregivers. We have also analysed other factors such as the previous health status of the patients, their lifestyle, their household incomes, the features of their houses and their use of mobility support devices. We have also used validated scales to assess their level of autonomy (Katz index) and their social risks or problems (Socio-familial Gijón scale).

Results: There are 366 immobilized patients in all. 144 of them (38.3 %) have no architectural barriers; 47 of them (12.8 %) are institutionalised; 9 of them (2.4 %) are out of the working area; 166 of them (45.3 %) are still to be surveyed.

85.27 % of the patients surveyed are confined at home because of the architectural barriers inside their houses – these are mainly stairs and lack of lifts.

Conclusion: There is a significant amount of homebound patients in our working area. These patients face health problems that keep them homebound as well as problems regarding housing, architectural barriers and accessibility. Due to these barriers, most of the patients are unable to

go outside on a regular basis and are involuntarily homebound. Such confinement has a negative impact on the physical and emotional health of both the patient and the caregiver.

Key words: home care, homebound patients, architectural barriers.

INTRODUCCIÓN

La vivienda, como otros muchos factores (renta familiar, nivel educacional, situación laboral, apoyo familiar, etc.), ha sido reconocida como uno de los determinantes de las desigualdades en salud, de manera que las personas con menor nivel socioeconómico presentan una mayor probabilidad de vivir en peores condiciones de vivienda y, por lo tanto, de tener peor salud¹.

El área de gestión clínica a estudio está ubicada en el casco histórico de Cádiz, donde atendemos a una población de 14.564 habitantes que se incluye en tres barrios con características similares, uno de ellos (Barrio de La Viña)², está incluido en el Plan de Intervención en Zonas con Necesidades de Transformación Social³.

Estos barrios se caracterizan por tener un parque de viviendas muy antiguo (algunas de ellas son de los siglos XVIII, XIX⁴, y las que son del siglo XX pertenecen a las décadas de 1940 y 1960, por lo que no se permite una correcta integración de la accesibilidad por dos motivos principalmente: falta de espacio de zonas comunes y escasa rehabilitación. Otra de las características de nuestros barrios son las «casas de vecinos», que son una vivienda peculiar de Cádiz surgidas para hacer frente a la creciente necesidad de alojamiento de las clases populares a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, por lo que gran parte de ellas son caserones barrocos y palacetes. Son viviendas con pocas habitaciones y servicios colectivos para todo el edificio, donde hay corredores comunes abiertos a amplios patios interiores.

Presentan una pirámide poblacional envejecida, siendo los mayores de 65 años un 19,97% de la población. En los países desarrollados, el progresivo envejecimiento de la población y la disminución de la mortalidad incrementan el número de pacientes inmovilizados en el domicilio^{5,6}. En los barrios en los que hemos realizado el estudio hay que añadir al envejecimiento de la población una emigración de las personas más jóvenes hacia zonas más modernas de la ciudad o hacia otros municipios del área metropolitana al tener un mejor acceso a la vivienda y mayores oportunidades en el ámbito laboral, por lo que el apoyo familiar es ocasional y deficitario. Estos cambios sociales y laborales en los miembros más jóvenes de la familia amenaza la figura del cuidador⁷.

OBJETIVO

Objetivo principal: analizar el impacto de las barreras arquitectónicas de las viviendas en los pacientes que perciben confinamiento.

Objetivos secundarios:

- Identificar los problemas de salud que presentan los pacientes que perciben confinamiento.
- Describir las barreras arquitectónicas que predominan en las fincas y viviendas de pacientes que perciben confinamiento.
- Analizar la situación socioeconómica de los pacientes que perciben confinamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los pacientes en programa de inmovilizados del Centro de Salud de El Olivillo (Cádiz) con riesgo de confinamiento.

Criterios de inclusión: pacientes incluidos en el programa de inmovilizados en el año 2015 que presentaban barreras arquitectónicas en su domicilio.

Criterios de exclusión: fallecidos durante el año 2015, fuera de zona, institucionalizados, pacientes que no presentaban barreras arquitectónicas (viven en piso bajo y/o tienen ascensor) y los que no quisieron participar en el estudio.

Se realiza un muestreo no probabilístico consecutivo en el que se incluyen a todos los pacientes que pertenecen al programa.

Se diseñó una encuesta propia en la que las variables estudiadas son: edad, sexo, estado de salud previo, régimen de vida, renta familiar, características de la vivienda, uso de dispositivos de apoyo a la movilidad, nivel de autonomía, riesgo social, percepción de confinamiento e impacto en la salud física y emocional de pacientes y cuidadoras en diferentes aspectos: limitación de la actividad física, aparición de trastornos emocionales, disminución de relaciones sociales, aumento del deterioro físico a nivel de autonomía y riesgo social⁸. En el estudio se utilizó el índice de Katz⁹ para valorar el nivel de autonomía y la escala de valoración sociofamiliar Gijón¹⁰ para valorar el riesgo o problema social.

El índice de Katz permite la valoración del nivel de dependencia del paciente para las actividades de la vida diaria recogiendo seis ítems dicotómicos (baño, vestido, uso del váter, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación). Tras realizar el índice de Katz, podemos clasificar al paciente en grados A-B (ausencia de incapacidad o incapacidad leve), grados C-D (incapacidad moderada) y grados E-G (incapacidad grave).

La escala de valoración sociofamiliar de Gijón permite detectar situaciones de riesgo o problemática social mediante cinco ítems (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social), con cinco posibles categorías en cada uno de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal hasta el riesgo social o problemática social.

Para este estudio, los datos fueron recogidos telefónicamente y en el domicilio por el equipo de investigación, mediante entrevista estructurada.

El consentimiento del paciente y/o cuidador se obtuvo previamente a la entrevista y tras información sobre el tipo de estudio, objetivos y finalidad.

El estudio se divide en dos fases:

- **FASE 1:** estudio bibliográfico, diseño metodológico del estudio, diseño de encuesta y elección de escalas de apoyo, elaboración de censo y distribución de pacientes entre el equipo investigador.
- **FASE 2:** valoración y entrevista a pacientes y cuidadoras. Recogida de datos y análisis de los mismos.

RESULTADOS

La población total de inmovilizados en la zona son 366 personas, de las cuales, al no tener ningún criterio de exclusión, son elegidas para el estudio 166, a las que denominamos «pacientes con posible percepción de confinamiento» y que representan el 45,35% de los pacientes incluidos en programa de atención a inmovilizados. Los que poseen criterios de exclusión son 200 (54,64%).

Del total de pacientes elegidos para estudio (166), se excluyeron los que no quieren participar, por lo que se entrevistan a un total de 129 pacientes con riesgo de confinamiento, de los cuales 110 (85,27%) perciben confinamiento debido a las barreras arquitectónicas que tienen en su domicilio y 19 (14,73%) no sienten estar reclusos en su hogar.

Del total de pacientes encuestados, obtenemos una media de edad de 83 años, con una desviación estándar de 7,6, siendo el 67,4% mujeres y el 32,6% hombres.

El 54,30% tiene un régimen de vida autónomo en el domicilio y en el 13,5% de los casos no utilizan dispositivos ortopédicos en la vivienda.

Tras realizar el índice de Katz, se observa que el 50,98% de pacientes tiene una incapacidad leve o moderada, con un deterioro de miembros inferiores en un 91,18%.

En la escala sociofamiliar de Gijón, el 96% de los encuestados presenta riesgo social, con una puntuación media de 13,20, y el 100% tiene una puntuación de 4 en el ítem de vivienda por ausencia de ascensor.

Hay un 56,7% de las familias que viven únicamente de prestaciones sociales, y no tienen ningún ingreso declarado en el domicilio.

En relación con las características de la vivienda, destaca que el 70% mide menos de 60 m² y el 84% incumple los estándares de accesibilidad. Actualmente, son considerados estándares de accesibilidad la instalación de ascensor en los edificios de uso privado, así como una anchura libre mínima en un hueco de paso de más de 0,70 m y el no uso de escalones o peldaños aislados en zonas comunes de paso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La importancia de la atención domiciliar a cargo de los equipos de Atención Primaria cobra una especial importancia en la población estudiada debido al envejecimiento de los pacientes incluidos dentro del programa de inmovilizados. Nos encontramos con que la mayoría de los pacientes incluidos en dicho programa sobrepasan la barrera de los 80 años, y que en el grupo predominan las mujeres pluripatológicas¹¹ con bajo nivel cultural, datos que coinciden con estudios previos realizados a nivel nacional^{12,13}.

En cuanto a los déficits sensitivos motores, tenemos a más del 90% de la población con deterioro en la movilidad de miembros inferiores, lo que implica un mayor riesgo del confinamiento en la vivienda. Una cuarta parte de la muestra presenta deterioro cognitivo y un tercio alteración de la audición, datos que son difíciles de comparar con otros estudios, puesto que se obtuvo la información de forma subjetiva de la autopercepción de salud¹⁴.

Respecto al régimen de vida que tienen los pacientes estudiados, la mayoría se muestran autónomos en sus casas o bien hacen vida de la cama al sillón con la ayuda de cuidadores, por lo que su confinamiento no es por su estado de salud, sino por las características estructurales de la vivienda, lo que imposibilita el acceso a los servicios sanitarios de Atención Primaria y aumenta la sensación en los pacientes y cuidadores de atrapamiento en el propio domicilio¹⁵.

En la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), nos encontramos con que un 61% de los pacientes presenta una incapacidad leve o moderada, es decir, que se muestran independientes para todas las funciones o para todas menos para tres, siendo la función mayoritariamente afectada la continencia de esfínteres, seguida del baño y la movilidad¹⁵.

En cuanto a la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, nos encontramos con que más del 90% de la población estudiada está en riesgo social, siendo las variables de situación económica y situación de la vivienda las que más puntuación presentan. Se trata de una población donde la mayoría presenta unos ingresos por debajo del salario mínimo y vive en fincas donde predomina la ausencia de ascensor.

Como conclusión, el centro de salud debería conocer las necesidades de esta población confinada aumentando las visitas domiciliarias tanto por médicos como enfermeros. Se deberían fomentar y adecuar el tiempo a las actividades domiciliarias de los profesionales sanitarios para ofrecer una cercanía de nuestro servicio sanitario a estos pacientes y sus cuidadores.

También sería necesaria una actuación intersectorial para desarrollar estrategias eficaces (rehabilitación de viviendas, acuerdos con los propietarios,

inversión en viviendas, viviendas de alquiler social, activación de voluntariado de la zona, mejorar la información sobre obras para realizar ajustes razonables en materia de accesibilidad en viviendas de propiedad¹⁶, etc.) para evitar o disminuir el confinamiento de estos pacientes y, por lo tanto, el impacto del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS; marzo de 2005. p. 43-7.
2. PROCASA (Promoción y Gestión de viviendas de Cádiz, SA). Ayuntamiento de Cádiz. Estudio del estado actual de la vivienda en el casco histórico de Cádiz y los locales comerciales. Tomo 4. Mayo de 2015. p. 4-10.
3. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Cartera de servicios de Atención Primaria. Área de atención a la comunidad. 1.4 Atención al riesgo social en Salud. Áreas de atención preferente. Abril de 2014.
4. PROCASA (Promoción y Gestión de viviendas de Cádiz S.A). Ayuntamiento de Cádiz. Estudio del estado actual de la vivienda en el casco histórico de Cádiz y los locales comerciales. Tomo 3. Mayo de 2015. p. 14.
5. Palomo L, Gérvas J. Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en el domicilio. Aten Primaria. 2000;25(3):176.
6. Gálvez-Romero C, González-Valentín A, De Ramón E. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. GEROKOMOS. 2007; 18(3):117-8.
7. López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria. 1999; 24(7):404-10.
8. Escolar Pujolar A. Marcos teóricos-explicativos de los determinantes de la salud de la población. En: Córdoba Doña JA, Martínez Nieto JM, Almenara Barrios J (eds.). La salud en Cádiz y sus determinantes. UCA: Cádiz; 2015.p. 36-47.
9. Trigás-Ferrín M, Ferreira-Gonzalez L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin. 2011;72(1):11-3.
10. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23(7):434-40.
11. Montes Santiago J, Casariego Vales E, De Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin. 2012;73(supl.1):S7-S8.
12. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Estremera E, Torres Buisan, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. Aten Primaria. 2004;34 (6):293-9.
13. López-Pisa RM, Colás-Taugís MI, Hernández-Faba E, Ruiz-Jiménez D, Padín-Minaya C, Morell-Macaya R. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. Enferm Clin. 2006;16(1):27-34.
14. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Rev Esp Salud Pública. 1999;73:677-86.
15. Segura JM, Barreiro MC, Bastida N. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. Aten Primaria. 2000;25:297-301.
16. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 151, de 08/08/2016, por el que se regula el Plan de Vivienda y Rehabilitación de Andalucía 2016-2020.

[Volver](#)

Impacto de las condiciones de la vivienda en el confinamiento de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados en una unidad de gestión clínica de Atención Primaria

Javier Andrés Vera, Jessica Largo Fernández, Francisco Moreno Castro y Nuria Cifuentes Mimoso

Comunidad noviembre 2016;18(3):6

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar