



ORIGINAL

Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla



Macarena Huesa Andrade^{a,*}, José Luis Calvo- Gallego^b, Miguel Ángel Pedregal González^c y Pilar Bohórquez Colombo^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud de Camas, Sevilla, España

^b Escuela Superior de Ingeniería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva, Distrito Sanitario Huelva-Costa, Huelva, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Ronda Histórica, Sevilla, España

Recibido el 28 de febrero de 2019; aceptado el 22 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 17 de febrero de 2020

PALABRAS CLAVE

Institucionalización;
Anciano;
Enfermedad crónica;
Atención
domiciliaria;
Dependencia

Resumen

Objetivo: Conocer las características y las diferencias clínicas entre pacientes institucionalizados y los de programas de atención domiciliaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento: Sevilla, 2016.

Participantes: Un total de 1.857 pacientes ancianos (1.441 institucionalizados y 416 en domicilio).

Mediciones: Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, estado civil, apoyo familiar, patologías, criterios de pluripatología y fármacos. Se valoraron el estado funcional y el cognitivo mediante las escalas de Barthel, Lawton-Brody y Pfeiffer.

Resultados: Un 71,40% fueron mujeres. Estadísticamente el hecho de estar institucionalizados o vivir en el domicilio se relaciona con las siguientes patologías y categorías: esquizofrenia ($p < 0,001$), HTA ($p = 0,012$), DM ($p = 0,001$), FA ($p < 0,001$) y neoplasias ($p = 0,012$), A1 ($p = 0,012$), A2 ($p < 0,001$), B1 ($p < 0,001$), B2 ($p = 0,002$), C ($p < 0,001$), E1 ($p < 0,001$), E3 ($p = 0,01$), F2 ($p < 0,01$), G2 ($p = 0,024$) y H ($p = 0,005$). El promedio del índice de Barthel de la muestra fue de $49,1 \pm 34,45$ (IC 95%: 47,49-50,7), el de Lawton-Brody en domicilio fue de $2,33 \pm 2,49$ y en institucionalizados, de $1,59 \pm 2,12$. La media de la escala de Pfeiffer fue de $4,93 \pm 3,53$.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macahuesa@gmail.com (M. Huesa Andrade).

Conclusiones: Se asocia con la institucionalización el deterioro cognitivo, consecuencia de posibles patologías neurológicas (categoría E3) y psiquiátricas. Por el contrario, no se asocia con la comorbilidad del paciente, puesto que es muy elevada en pacientes en situación de atención domiciliaria con mejores estados de independencia funcional y cognitivo.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Institutionalization;
Aged;
Chronic disease;
Home nursing;
Dependency

Differences between institutionalized patients and those included in a home care program in Seville

Abstract

Objectives: To describe the characteristics and clinical differences between institutionalised patients and those included in a home care program.

Design: A descriptive, observational, cross-sectional, and multicentre study.

Site Seville, 2016.

Study subjects: A total 1857 elderly patients of similar characteristics (1441 institutionalised and 416 at home) in Seville in 2016.

Measurements: The variables studied included gender, age, civil status, family support, pathologies, multiple pathology criteria, and medication prescriptions. Functional and cognitive status was evaluated using the Barthel index, and the Lawton-Brody and Pfeiffer scales.

Results: The majority of patients (71.40%) were women. The fact of being institutionalised or being included in a home care program were statistically related to the following pathologies and categories: schizophrenia ($p < .001$), arterial hypertension ($p = .012$), diabetes mellitus ($p = .001$), atrial fibrillation ($p < .001$), and neoplasia ($p = .012$), A1 ($p = .012$), A2 ($p < .001$), B1 ($p < .001$), B2 ($p = .002$), C ($p < .001$), E1 ($p < .001$), E3 ($p = .01$), F2 ($p < .01$), G2 ($p = .024$), and H ($p = .005$). The mean Barthel index of the sample was 49.1 ± 34.45 (95% confidence interval: 47.49-50.7). The mean Lawton-Brody scale in the case of patients included the home care program was 2.33 ± 2.49 and in those institutionalised 1.59 ± 2.12 . The mean Pfeiffer scale was 4.93 ± 3.53 .

Conclusions: Cognitive impairment was related to institutionalisation, being a result of possible neurological (E3 category) and psychiatric diseases. On the other hand, patient comorbidity was not related to it, because it is very high in patients included in a home care program, in whom functional and cognitive independency status is better.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El envejecimiento de la población es una realidad. La esperanza de vida en España se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, encontrándose entre las más altas de Europa. Este envejecimiento poblacional conlleva una mayor dependencia y una mayor discapacidad. El aumento de la esperanza de vida, la pluripatología, la discapacidad, la dependencia, la fragilidad, las limitaciones físicas y psíquicas propias del envejecimiento imposibilitan o dificultan en muchas ocasiones salir del domicilio al paciente, y ocasionan la necesidad de que los pacientes precisen asistencia a largo plazo¹. Así surgen los programas de atención domiciliaria y las residencias de ancianos. La atención domiciliaria permite a sus usuarios continuar viviendo en su hogar y entorno familiar; se basa en la atención centrada en la persona, que participa en el diseño de los servicios que recibe². La atención primaria (AP) juega un papel fundamental en la atención domiciliaria.

La institucionalización aporta características básicas como alojamiento, asistencia para las actividades de la vida diaria, atención social y sanitaria. A pesar del aumento del número de residencias de ancianos en todo el país, aún son escasas para la demanda existente. La atención sanitaria a los pacientes dependientes debe estar garantizada desde la AP, sin diferenciar el lugar donde residan las personas.

El uso eficiente de los recursos con el fin de poder destinar los medios a cada individuo en función de las necesidades reales es fundamental. El ámbito de residencia puede ser determinante a la hora de diferenciar programas sanitarios de asistencia y de determinar un abordaje sociosanitario eficiente hacia este sector tan vulnerable.

El objetivo de este estudio es conocer las características y las diferencias de los pacientes institucionalizados y en los programas de atención domiciliaria en función de sus variables clínicas, sexo, medicación, patologías, apoyo familiar, estado cognitivo y funcional.

Material y métodos

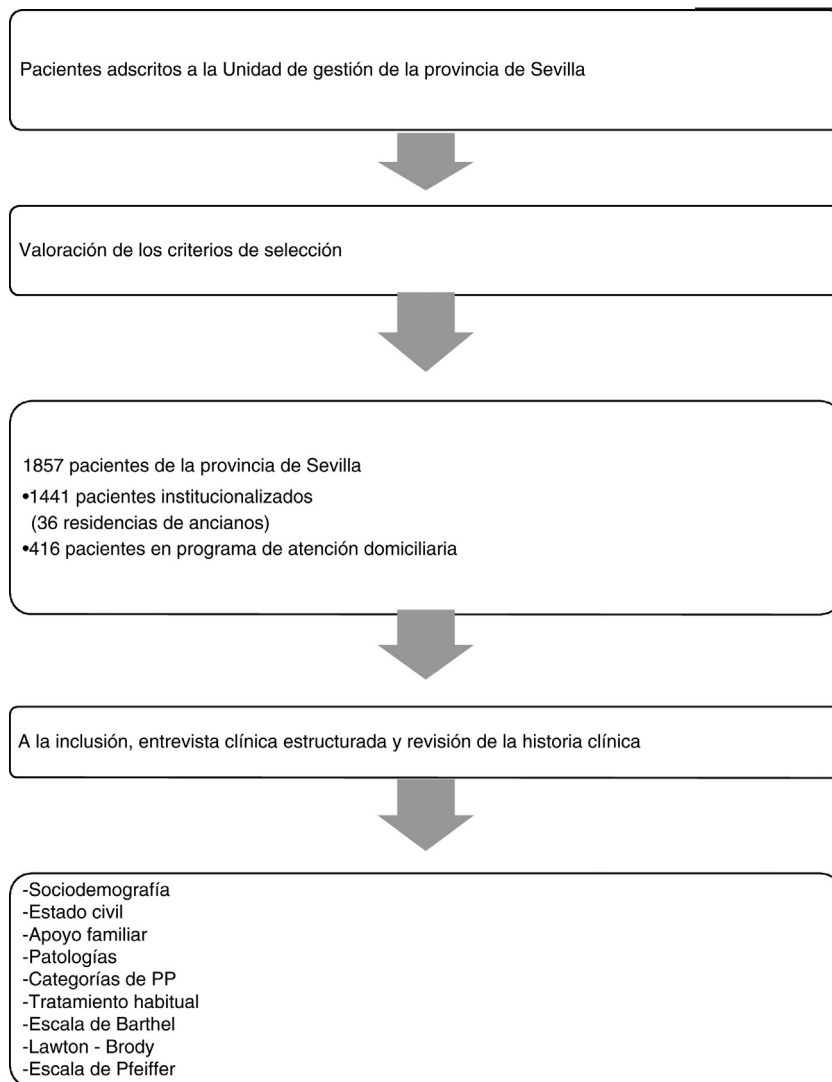
Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico. Se llevó a cabo en el año 2016, en la provincia de Sevilla. La muestra estaba constituida por 1.857 pacientes ancianos de características similares, de los cuales 1.441 se encontraban institucionalizados y 416 en el programa de atención domiciliaria. Las residencias de ancianos del estudio (un total de 36), de carácter público y privado, estaban adscritas a Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la red docente de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Los adscritos en el programa de Atención Domiciliaria AP pertenecían a la misma zona de dichas residencias. El tamaño de la muestra se ha estimado a través de la calculadora estadística OpenEpi, versión 3.01, con una potencia al 80% y un nivel de significación de ambos lados del 95%. El tamaño muestral obtenido fue 450 (Kelsey et al.³); la razón de expuestos/no expuestos fue de 1, y se establece por consenso una prevalencia del 10%. El cálculo del tamaño muestral se basa en la validación del estudio PROFUND en pacientes pluripatológicos en AP⁴.

Como criterio de inclusión se consideró: pacientes adultos que hayan dado su consentimiento por escrito para participar en el estudio tras haber sido informados. En el caso de que estuvieran incapacitados, el consentimiento lo dio el tutor legal del paciente. El estudio fue aceptado por el comité de ética PEIBA (Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía).

Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil y existencia de apoyo familiar: visitas recibidas, número de llamadas por teléfono, acompañamiento en los ingresos y vacaciones familiares. También se analizaron las patologías más frecuentes encontradas, los criterios de pluripatología elaborados en 2007⁴, así como los fármacos de su tratamiento habitual y si cumplían criterios de polifarmacia (prescripción crónica de 5 o más grupos farmacológicos)⁵. Se valoró el estado funcional y el cognitivo del paciente mediante la escala de Barthel, que mide el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria; la escala de Lawton-Brody, que valora las actividades instrumentales, y la escala de Pfeiffer, que valora el grado de deterioro cognitivo del paciente.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. De las variables cualitativas se han obtenido tablas de frecuencias, y de las cuantitativas, estadísticos de centralización, el cálculo de la media y de la desviación típica. Se ha realizado un análisis bivalente para realizar la comparación entre grupos. Las variables cualitativas se analizaron con el test de la chi cuadrado (χ^2). Las variables cuantitativas, mediante un test de comprobación de normalidad previo (Shapiro-Wilk). En las de distribución normal se aplicó el test de la t de Student (igualdad de varianzas). Para las que no seguían una distribución normal se aplicó el test de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación que se utilizó fue $p \leq 0,05$.

Para valorar si existía correlación entre variables que no seguían una distribución normal se utilizó el coeficiente de Spearman.



Esquema general del estudio. Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico para conocer las características y las diferencias clínicas entre pacientes institucionalizados y los de programas de atención domiciliaria.

Resultados

Se incluyeron 1.857 pacientes; el 71,40% (1.326) eran mujeres y el 28,60% (531) eran varones. La edad media fue de 84,34 años, desviación típica (DT) 8,61. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio se muestran en la [tabla 1](#).

De los pacientes que estaban en su domicilio, el 39,5% estaban casados, el 50,1% eran viudos, el 8,4% eran solteros y el 2% eran divorciados. De los pacientes institucionalizados el 56,5% eran viudos, el 25,7% eran solteros, el 12,8% eran casados y el 5% eran divorciados. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre pacientes institucionalizados y los de domicilio en relación con el estado civil.

El 90,9% de los pacientes contaban con apoyo familiar. El 40,1% eran visitados a diario, y el 29,4%, semanalmente. El 64,8% recibían llamadas por teléfono. El 18,3% viajaban con

sus familiares. Estadísticamente el hecho de estar institucionalizados o vivir en el domicilio se relaciona con el hecho de tener o no hijos ($p < 0,001$), siendo mayor la proporción de pacientes con hijos que permanecen en el domicilio familiar. Utilizando como variable el número de hijos se obtiene el mismo resultado, donde los pacientes que se encuentran en domicilio tienen un mayor número de hijos. En los pacientes institucionalizados existe correlación entre el número de hijos y la frecuencia de visitas, siendo esta una correlación positiva: a mayor número de hijos, mayor frecuencia de visitas (Spearman = 0,148, $p < 0,001$).

La patología más diagnosticada fue la hipertensión arterial (HTA) (72,2%), seguida de artrosis (52%), dislipemia (39,1%) y depresión (31,7%). Esta última fue más frecuente incluso que la diabetes mellitus (DM) y que la osteoporosis. La menos frecuente fue la esquizofrenia, con una presencia del 4% ([tabla 2](#)).

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio

VARIABLES ANALIZADAS	Media ± DE (IC 95%)/% Total	Media ± DE (IC 95%)/% Institucionalizados	Media ± DE (IC 95%)/% Domicilio	p
Edad (años)	84,39 ± 8,61 (83,99-84,79)	84,47 ± 8,52 (84,02-84,92)	84,09 ± 8,89 (83,2-84,97)	
Género (mujer/hombre)	71,4%/28,6%	71,3%/28,7%	71,7%/28,3%	
Estado civil				0,000
Casados	18,6%	12,7%	38,8%	
Viudos	54,6%	56,1%	49,6%	
Solteros	21,5%	25,4%	8,2%	
Divorciados	4,4%	5,0%	2,2%	

Tabla 2 Patologías más frecuentes de los pacientes del estudio

VARIABLES ANALIZADAS	Media ± DE (IC 95%)/%	Media ± DE (IC 95%)/%	Media ± DE (IC 95%)/%	p
	Total	Institucionalizados	Domicilio	
HTA	72,4%	70,9%	77,5%	0,012
DM	31,2%	29,3%	37,6%	0,001
Dislipemia	38,9%	38,1%	42%	0,131
FA	15,9%	13,9%	23%	0,000
Neoplasias	7,5%	6,7%	10,3%	0,012
Esquizofrenia	3,9%	3,9%	0,7%	0,000
Prótesis cadera	10,3%	10,4%	9,6%	0,640
Asma	6,6%	6,0%	8,4%	0,155
Ansiedad	21,3%	21,0%	22,1%	0,902
HBP	10,2%	10,0%	10,8%	0,379
Artrosis	52,5%	49,1%	64,3%	0,000
Osteoporosis	25,4%	25,8%	23,7%	0,390
Depresión	31,7%	31,7%	31,4%	0,781
Parkinson	7,3%	7,0%	8,4%	0,401

Estadísticamente el hecho de estar institucionalizados o vivir en domicilio se relaciona con las siguientes patologías: esquizofrenia ($p < 0,001$), HTA ($p = 0,012$), DM ($p = 0,001$), FA ($p < 0,001$) y neoplasias ($p = 0,012$). Es más frecuente en las residencias de ancianos la esquizofrenia, siendo más habitual la presencia de HTA, DM, fibrilación auricular (FA) y neoplasias en los domicilios.

Se han analizado los criterios de grupos y existen diferencias significativas entre ambos. Para la categoría E3 (enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente) ($p = 0,01$) se detecta una mayor frecuencia en pacientes institucionalizados. Por el contrario, las categorías A1 ($p = 0,012$), A2 ($p < 0,001$), B1 ($p < 0,001$), B2 ($p = 0,002$), C ($p < 0,001$), E1 ($p < 0,001$), F2 ($p < 0,01$), G2 ($p = 0,024$) y H ($p = 0,005$) cuentan con una mayor presencia en pacientes en atención domiciliaria. Los resultados se muestran en la [tabla 3](#).

Los fármacos más consumidos fueron los analgésicos (AINE/paracetamol), con un 58,6%, seguidos de los diuréticos (50,6%) y las benzodiazepinas (49,2%), por encima de grupos farmacológicos como los antihipertensivos o antiagregantes plaquetarios. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo más prevalentes en el grupo de domicilio los ARAII ($p = 0,01$), diuréticos ($p < 0,001$), insulinas ($p = 0,031$), AINE/paracetamol

($p < 0,001$), esteroides ($p = 0,023$), inhaladores ($p < 0,001$), anticoagulantes ($p < 0,001$), neurolépticos ($p < 0,001$) y antidiabéticos orales ($p = 0,003$). En el grupo de institucionalizados fue más frecuente el consumo de antidepresivos ($p = 0,032$) y rivastigmina ($p = 0,002$). No se encontraron diferencias significativas ($p = 0,471$) en el consumo de benzodiazepinas entre ambos grupos. Al comparar el sexo femenino con el masculino (institucionalizados y en domicilio) se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de benzodiazepinas ($p < 0,001$), el diagnóstico de ansiedad ($p < 0,001$) y el de depresión ($p < 0,001$), que fueron más frecuentes en las mujeres. El 52,74% de los pacientes cumplen criterios de polifarmacia ([tabla 4](#)).

El promedio del índice de Barthel fue de $49,1 \pm 34,45$ (IC 95%: 47,49-50,7). No se detectaron diferencias entre ambos grupos ($p = 0,134$). Los datos se muestran en la [tabla 5](#).

La media de la escala de Lawton-Brody de los pacientes en domicilio fue de 2,33 (DT=2,49) y la de institucionalizados, de 1,59 (DT=2,12). Los pacientes de atención domiciliaria presentaron mayor independencia para el teléfono ($p < 0,001$), las comidas ($p < 0,001$), la medicación ($p < 0,001$) y la economía ($p < 0,001$). Por el contrario, se objetivó que contaban con mayor independencia para

Tabla 3 Criterios de pluripatología

Variables analizadas	Media \pm DE (IC 95%)/% Total	Media \pm DE (IC 95%)/% Institucionalizados	Media \pm DE (IC 95%)/% Domicilio	p
Categoría A1	15,3%	14,5%	19,4%	0,012
Categoría A2	12,7%	11,1%	18,0%	0,000
Categoría B1	2,7%	1,7%	6,0%	0,000
Categoría B2	10,3%	9,2%	14,4%	0,002
Categoría C	9,9%	7,9%	16,5%	0,000
Categoría D1	2,0%	1,8%	2,9%	0,148
Categoría D2	1,6%	1,7%	1,2%	0,480
Categoría E1	18,1%	16,5%	23,7%	0,000
Categoría E2	24,7%	24,5%	25,4%	0,519
Categoría E3	37,1%	39,0%	30,5%	0,001
Categoría F1	4,7%	4,5%	5,5%	0,459
Categoría F2	8,5%	6,7%	14,1%	0,000
Categoría G1	7,1%	6,5%	8,9%	0,072
Categoría G2	3%	2,5%	4,6%	0,024
Categoría H	33,2%	31,4%	39,3%	0,005

Tabla 4 Fármacos habituales

Fármacos	Media \pm DE (IC 95%)/% Total	Media \pm DE (IC 95%)/% Institucionalizados	Media \pm DE (IC 95%)/% Domicilio	p
Esteroides	3,1%	2,6%	4,8%	0,023
Inhaladores	12,9%	10,8%	19,9%	0,000
Memantina	6,2%	6,7%	4,6%	0,116
Levodopa	5,8%	5,9%	5,3%	0,189
Heparinas	3,3%	3,7%	1,9%	0,081
AINE/paracetamol	58,5%	55,8%	68,1%	0,000
Antiagregantes plaquetarios	44,4%	45,6%	40,5%	0,078
Anticoagulación oral	13,2%	10,7%	21,8%	0,000
Hipolipemiantes	26,3%	24,9%	30,9%	0,010
Benzodiacepinas	49,2%	49,6%	48,1%	0,471
Neurolepticos	27,4%	30,6%	16,3%	0,000
Antidepresivos	35,9%	37,1%	31,7%	0,032
Antidiabéticos orales	22,3%	20,8%	27,6%	0,003
Insulinas	10,7%	9,9%	13,7%	0,031
Antiprostáticos	8,2%	8,2%	8,4%	0,848
IECA	30,6%	29,8%	33,3%	0,194
Betabloqueantes	23,5%	22,6%	26,9%	0,052
ARA II	20,9%	19,7%	25,4%	0,010
Diuréticos	50,5%	47,7%	60,2%	0,000
HT	9,7%	9,2%	11,8%	0,092
Rivastigmina	5,4%	6,3%	2,4%	0,002
Número de fármacos	4,7 \pm 2,1 (4,6-4,79)	4,59 \pm 2,07(4,48-4,7)	5,07 \pm 2,14(4,5-5,28)	

Tabla 5 Valoración del grado de dependencia y valoración cognitiva

Variables analizadas	Media \pm DE (IC 95%)/%	Media \pm DE (IC 95%)/%	Media \pm DE (IC 95%)/%
	Total	Institucionalizados	Domicilio
Barthel	49,1 \pm 34,45 (47,49-50,7)	48,27 \pm 34,78 (46,44-50,1)	52,04 \pm 33,16 (48,74-55,3)
Lawton-Brody	1,75 \pm 2,22 (1,65-1,86)	1,59 \pm 2,12 (1,48-1,7)	2,33 \pm 2,49 (2,08-2,58)
Test de Pfeiffer	4,93 \pm 3,53 (4,77-5,1)	5,23 \pm 3,51 (5,05-5,42)	3,86 \pm 3,37 (3,52-3,19)

vestirse los pacientes que se encontraban institucionalizados ($p < 0,001$).

La media de la escala de Pfeiffer fue de 4,93 (DT = 3,53). En los pacientes en domicilio la media fue de 3,86 (DT = 3,37) y en los institucionalizados la media fue de 5,23 (DT = 3,51). Presentaron mayor número de errores los pacientes que se encontraron institucionalizados. Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$).

Discusión

La mayoría de los pacientes fueron mujeres, lo que se corresponde con la población anciana en general. Respecto al estado civil, coincide con otros estudios publicados en los que viudos, solteros y divorciados predominan en las residencias más que en los domicilios^{6,7}. Se ha descrito que las cuidadoras informales suelen ser mujeres de edad avanzada, en general las esposas de los pacientes^{8,9}.

La presencia de apoyo familiar está presente en la gran mayoría de los pacientes de este estudio. Destacan dos aspectos: tener hijos se relaciona con una menor institucionalización, y a mayor número de hijos aumentan las visitas que estos realizan a sus padres institucionalizados. Kaufmann y Frías¹⁰ exponen que, en ocasiones, el derecho de una persona mayor a permanecer en su domicilio depende de la voluntad o de la capacidad de sus hijos. En algunos estudios europeos se demuestra que los contactos intergeneracionales son frecuentes de manera diaria en países como Italia, Grecia y España y menos frecuentes en otros como Bulgaria, Dinamarca y Suecia¹¹.

Respecto a las patologías, como en otros estudios, la más diagnosticada fue la HTA¹². Los factores de riesgo cardiovasculares HTA y dislipemia son las patologías más frecuentes. Aquí radica la importancia de atenderlas desde la AP para realizar una correcta prevención. Destaca la elevada prevalencia de depresión, sin diferencias entre ambos grupos. Respecto a la esquizofrenia, es más prevalente en los pacientes de residencias.

La pluripatología fue estudiada siguiendo los criterios de 2007, puesto que el estudio se desarrolló a lo largo de 2016. Esto puede suponer una limitación del estudio al establecerse nuevos criterios en 2018¹³. Es importante destacar la diferencia entre ambos grupos respecto a la categoría E3, que es más frecuente en las residencias de ancianos. También existen diferencias estadísticas significativas en otras categorías, tales como A1, A2, B1, B2, C, E1, F2, G2 y H, a favor de los pacientes en atención domiciliaria. Se observa que los pacientes en los programas de atención domiciliaria son pacientes pluripatológicos y con mayor presencia de patologías, puesto que precisan una importante atención médica. En cambio, en los pacientes institucionalizados predominan las patologías de carácter neurológico, tipo cognitivo. Se podría concluir que la institucionalización se relaciona con enfermedades neurológicas y psiquiátricas, ya que también es significativa la presencia de esquizofrenia.

Respecto al consumo farmacéutico, se constata un importante número de fármacos prescritos en este tipo de pacientes. La polifarmacia y la complejidad terapéutica se relacionan con una peor adherencia y con mayor número de efectos secundarios e interacciones. Todo ello subraya

la necesidad de una revisión periódica de la prescripción en este tipo de pacientes¹⁴. Cabe destacar la elevada presencia del uso de benzodiazepinas en esta población, y todo lo que ello conlleva: aumento del número de caídas, demencias, dependencia, entre otros. No se han encontrado diferencias entre los diagnósticos de depresión, ansiedad y el consumo de benzodiazepinas entre pacientes institucionalizados y en domicilio, pero sí respecto al sexo, siendo más frecuentes en mujeres. Esta relación con la mujer y la polifarmacia se ha descrito también en otros estudios¹⁵. Se han descrito estas diferencias también en estudios de depresión en adolescentes¹⁶.

La media del índice de Barthel es de 49,01, un grado de dependencia moderada. Esta es inferior a la encontrada en otros estudios¹⁷. En el estudio PROFUND en AP la media del índice de Barthel es del 71,82, más elevada que en el presente estudio. Los resultados obtenidos en ambos grupos en la escala de Lawton-Brody son bajos, lo que sugiere un importante grado de dependencia a la hora de realizar actividades instrumentales en ambos grupos. No obstante, aquellos con mayor grado de dependencia se relacionaron con la institucionalización. Esta dependencia se objetiva en otros artículos, como un estudio en pacientes de medicina interna y unidades de geriatría, en el cual cuentan con una media de 3 y 0,8 puntos en la escala de Lawton-Brody, respectivamente¹⁸.

Los pacientes institucionalizados presentan un mayor grado de deterioro cognitivo, según la escala de Pfeiffer, y ello coincide con lo publicado previamente, que describe como factores principales de institucionalización la pérdida de capacidad funcional y el deterioro cognitivo, y la asocian a otros factores, como la edad o el soporte familiar¹⁹.

Lo conocido sobre el tema

- Existe una alta prevalencia de pacientes pluripatológicos dentro de la población anciana, tanto institucionalizada como en el domicilio.
- La mayoría de los pacientes ancianos son mujeres con múltiples comorbilidades.
- Elevada presencia de polifarmacia y uso de benzodiazepinas en esta población.

Qué aporta este estudio

- Tener hijos se asocia a una menor institucionalización. A mayor número de hijos aumentan las visitas que estos realizan a sus padres institucionalizados.
- El deterioro cognitivo, consecuencia de posibles patologías neurológicas (categoría E3) y psiquiátricas, se asocia a estar institucionalizado.
- La comorbilidad del paciente es muy elevada en pacientes en situación de atención domiciliaria, cuyo estado de independencia funcional y cognitivo son mejores que los pacientes que se encuentran institucionalizados.

Financiación

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria a través de la Beca Samfyc Isabel Fernández.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores de este artículo agradecen a los residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla el trabajo de campo realizado y a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria por la financiación de este proyecto a través de la Beca Samfyc Isabel Fernández.

Bibliografía

- De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003;31:587-91.
- Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo xx. *Aten Primaria*. 2018;50:264-6.
- Kelsey JL, Thomson WD, Evans AS. *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1986.
- Bohórquez Colombo P, Nieto Marín MD, Pascual de la Pisa B, García Lozano MJ, Ortiz Camúñez MA, Bernabéu Wittel M. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 3:41-8.
- Castro Rodríguez J, Orozco Hernández J, Marin Medina D. Consumption and drugs prescription potentially dangerous in elderly people. *Rev Med Riseralda*. 2016;22:52-7.
- Pinzón Pulido S. Atención residencial vs atención domiciliaria de larga duración a personas mayores en situación de dependencia [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016.
- Pinzón Pulido S, Garrido Peña F, Reyes Alcázar V, Salvador Lima Rodríguez J, Raposo Triana M, Martínez Domene M, et al. Factores predictores de la institucionalización de las personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enferm Clin*. 2016;26:23-30.
- García Alcaraz F, Delicado Useros V, Alfaro Espín A, López-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2015;47:195-204.
- Morales Asencio J, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos F, Morilla Herrera J, Celdrán Mañas M. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multicentre study. *BMC Health Serv Res*. 2008;23:193.
- Kaufmann AE, Frías R. Residencias: lo público y lo privado. *REIS*. 1996;73:81-104.
- Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, núm 15; 2017. p. 48 pp [Fecha de publicación: 31 Ene 2017; última versión: 27 Mar 2017].
- Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Nieto Pol E, Torre Carballada JA. Análisis de la mortalidad en ancianos en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007;24:67-71.
- Proceso Asistencial Integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2018.
- Gómez Aguirre N, Caudevilla Martínez A, Bellostas Muñoz L, Crespo Avellana M, Vellilla Marco J, Díez Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Rev Clin Esp*. 2017;217:289-95.
- García-Baztán A, Roqueta C, Martínez Fernández MI, Colprim D, Puertas P, Miralles R. Prescripción de benzodiazepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:24-8.
- Fonseca Pedrero E, Paino M, Lemos Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:217-25.
- Ruiz Cantero A. Control del riesgo cardiovascular en el anciano. *Rev Clin Esp*. 2011;211 Supl 1:2-7.
- Díez Manglano J, del Corral Beamonte E, Ramos Ibáñez R, Lambán Aranda MP, Toyas Miazza C, Rodadero Roldán MM, et al. Utilidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad a los 4 años en pacientes pluripatológicos. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:238-44.
- Cabré M, Serra Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:367-70.