



ARTÍCULO ORIGINAL

PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA VIDA DE LA COMUNA DE MELIPILLA.

DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS BELONGING TO THE VIDA PROGRAM IN MELIPILLA.

Arrosamena P^{1,2}, Cid A^{1,2}, Espinoza C^{1,2}, Frías F^{1,2}, Fritzsche N^{1,2}.

¹ Licenciada en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El Programa VIDA garantiza la atención domiciliaria a pacientes que no están en condiciones de asistir al consultorio. Es ejecutado por los internos de medicina de la Universidad de Chile en conjunto con el equipo de salud de los Centros de Salud (CESFAM San Manuel, CESFAM Pomaire, Posta Rural Bollenar y Posta Pahuilmo). **Objetivos:** *General:* Caracterizar demográficamente a la población beneficiaria del Programa VIDA, desde el 25 de enero al 19 de febrero de 2016. *Específicos:* 1) Describir a la población según sexo, edad, grado de dependencia. 2) Describir las patologías más prevalentes que la afectan. 3) Describir motivos de ingreso al programa. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo, muestreo no probabilístico. Datos obtenidos de ficha clínica, usando medidas de tendencia central y desviación estándar. **Resultados:** Población total atendida de 113 pacientes. Distribución según: Sexo: 51% mujeres-49% hombres. Edad: 47,8% >80 años, 40% 60 - 79 años, y 13,2% < 60 años. Índice Barthel: 56% leves, 11% moderados y 31% severos. Ingreso: Accidente Cerebrovascular (ACV) secuelado 30%, demencia 14% y artrosis 12%. Diagnósticos: Hipertensión Arterial (HTA) 74,3%, artrosis 45,1% y Diabetes mellitus 2 (DM2) 33,6%. Cuidadores: 90% mujeres. Visitas: mensual (57%), bimensual (27%), trimestral (14%) y cuatrimestral (4%). **Discusión:** La caracterización de los pacientes permite obtener una panorámica del impacto del programa. Ayudará a orientar esfuerzos hacia patologías prevalentes. Se debe dirigir la mirada hacia los cuidadores, siendo necesario contar con índice Zarit actualizado. Sería interesante evaluar si el impacto es tal, que justifique su implementación en otras zonas del país.

PALABRAS CLAVES: dependencia; estudio descriptivo; Melipilla; postrados.

ABSTRACT

Introduction: The VIDA Programme ensures home care to patients who are unable to attend the clinic. It is implemented by medicine interns at the Universidad de Chile in conjunction with the health team Health Centers (CESFAM San Manuel, CESFAM Pomaire Posta and Posta Rural Bollenar Pahuilmo). **Objectives:** *General:*





demographically characterize the target population of the VIDA program, from 25 January to 19 February 2016. *Specific:* 1) To describe the population by sex, age, degree of dependence. 2) To describe the most prevalent diseases that affect it. 3) To describe reasons for admission to the program. **Materials and Methods:** Descriptive, non-probability sampling. Data obtained from clinical records, using measures of central tendency and standard deviation. **Results:** n = 113. Gender: 51% woman-49% men. Age: 47.8% > 80 years 40% 60-79 years and 13.2% <60 years. Barthel index: 56% mild, 11% moderate and 31% severe. stroke 30%, dementia 14% and osteoarthritis 12%. Diagnoses: hypertension 74.3%, 45.1% osteoarthritis and diabetes 33.6%. Caregivers: 90% women. Views: monthly (57%), bi-monthly (27%), quarterly (14%) and quarterly (4%). **Discussion:** The characterization of patients can get an overview of the impact of the program. It will help guide efforts towards prevalent diseases. It should look towards caregivers, being necessary to have Zarit index data. It would be interesting to assess whether the impact is such, that justify its implementation in other areas of the country.

KEYWORDS: dependence; descriptive; Melipilla; postrated.

INTRODUCCIÓN

Se define una comuna como rural cuando los recursos económicos provienen de las actividades agropecuarias, agroindustriales, extractivas, de silvicultura y de conservación ambiental¹. Según el Censo 2012, del total de la población de Chile, sólo el 13% vive en áreas rurales, lo que significa un total de 2.258.353 habitantes. La comuna de Melipilla cuenta con una población de 110.871 habitantes, de los cuales un 35% corresponde a población rural^{2,3}.

En la formación del médico, el internado rural es una experiencia integradora de la enseñanza de la Salud Pública en terreno y su conexión con las disciplinas clínicas, contribuyendo a la consolidación de la autonomía en la práctica profesional. Desde 1930 los internos de medicina de la Universidad de Chile realizan su internado rural en la comuna de Melipilla. El estudiante se incorpora al medio rural, apreciando las condiciones de vida y las características de la atención de salud de la población

en Chile. Se pone especial énfasis en las acciones de promoción, fomento, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital individual y familiar acentuando el enfoque biopsicosocial⁴.

El Programa VIDA (Visita Domiciliaria del Adulto Mayor Encamado), nace en enero de 1997, en él se garantiza la atención domiciliaria a pacientes que desde un punto de vista médico requieren control mensual y, por motivos físicos, sociales o psicológicos, no están en condiciones de asistir al consultorio correspondiente a su domicilio. El programa es ejecutado por los internos de medicina de la Universidad de Chile en conjunto con el equipo de salud de los centros de salud rurales de la Corporación Municipal de Educación y Salud de Melipilla. Los centros de salud en los cuales está implementado actualmente el programa VIDA son: CESFAM San Manuel, CESFAM Pomaire, Posta Rural Pahuilmo y Posta Rural Bollenar⁵. Prestando





atención médica a un total aproximado de 100 pacientes.

Para poder acceder a la atención del programa VIDA, los pacientes deben estar inscritos en un centro de salud cercano y ser beneficiarios de FONASA, idealmente deben tener una persona que asuma como cuidador. Deben padecer de alguna patología crónica médica que requiera control periódico o de abandono familiar y/o social. Deben tener dependencia severa en sus Actividades de la Vida Diaria cuantificado según Índice de Barthel o en su defecto, dificultades de acceso a los centros de salud.

Este estudio pretende realizar una caracterización de los beneficiarios del programa, tras 20 años de su implementación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con muestreo no probabilístico de los pacientes pertenecientes al Programa Vida de CESFAM San Manuel, CESFAM Pomaire, Posta Rural Bollenar y Posta Rural Pahuilmo durante el periodo de 25 de enero al 19 de febrero de 2016. Se definieron como criterios de inclusión, el estar inscrito en el CESFAM o posta rural correspondiente y estar ingresado al Programa VIDA en el periodo definido. No se definieron criterios de exclusión. Los datos fueron obtenidos de la ficha clínica de cada uno de los pacientes beneficiarios del programa (n=113); evaluando edad, sexo, grado de dependencia (índice de Barthel abreviado), motivo de ingreso al programa, patologías médicas principal y

secundarias, caracterización de los cuidadores y sobrecarga (test de Zarit) y régimen de visitas^{6,7}. Se usaron para el análisis de datos medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

RESULTADOS

Actualmente el Programa VIDA entrega atención a un total de 113 pacientes, con una distribución por sexo de 51% mujeres y 49% hombres (Tabla 1).

Respecto a la distribución etaria, el 47,8% de los pacientes tiene 80 o más años, el 40% entre 60 y 79 años y 13,2% son menores de 60 años (Tabla 1).

La aplicación del índice de autonomía para las actividades de la vida diaria (índice de Barthel abreviado) arroja como resultado que existe un 56% de pacientes dependientes leves, en tanto que 11% presentan dependencia moderada y 31% dependencia severa (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización según sexo, edad, grado de dependencia, sexo del cuidador y periodicidad de visitas de pacientes pertenecientes al programa VIDA.

	Nº	%
Pacientes		
Sexo		
Mujer	58	51
Hombre	55	49
Edad		
<60	15	13,2
60-80	44	40
>80	54	47,8
Dependencia		
Leve	36	56
Moderada	13	11
Severa	64	31
Sexo del cuidador		
Mujer	102	90,3
Hombre	10	8,8
Sin cuidador	1	0,9
Periodicidad de Visitas		
Mensual	64	56,7
Bimensual	31	27,4
Trimestral	16	14,1
Cuatrimensual	2	1,8

Tabla 2: Motivo de ingreso al programa VIDA.

Patología	Nº
Pacientes	
ACV	30
Demencia	16
Artrosis	14
Parálisis Cerebral	8
Parkinson	6
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6
Caso social	5
Insuficiencia cardiaca	3
Otros	25





El motivo de ingreso al programa mayoritario fue el ACV secueledado con un 30% de ingresos, seguido de Demencia con 14% y en tercer lugar artrosis de cualquier tipo, con un 12% (Tabla 2).

En cuanto a los principales diagnósticos de la esfera biomédica, en primer lugar se encuentra HTA (74,3%), seguido de artrosis (45,1%) y DM2 (33,6%) (Tabla 3).

Tabla 3: Diagnósticos más prevalentes pacientes pertenecientes al programa VIDA.

Patología	Nº pacientes	%
HTA	84	74,3
DM2	38	33,6
ACV	31	27,4
Artrosis	51	45,1
Enfermedad Renal Crónica	28	24,8
Demencia	30	26,5
Úlcera por Presión	8	7,1
Depresión	31	27,4
Desnutrición	11	9,7
Parálisis Cerebral	10	8,8

En relación a los cuidadores, el 90,3% son mujeres (Tabla 1). Respecto a una descripción más acabada de éstos, sólo contamos con datos de CESFAM Pomaire (n=20) en los que destaca que el 45% de los cuidadores son hijos/as de los pacientes, seguido de 25% que corresponden a cuñada/o. El promedio de edad de los cuidadores es de 55 años (DS 11,5 años - 4 cuidadores adultos mayores). Respecto al grado de sobrecarga del cuidador (evaluado con escala Zarit) se evidencia que el 40% presenta sobrecarga intensa, 15% leve y un 45% se autodefine como sin sobrecarga.

Las visitas son realizadas en 4 regímenes: mensual (57% de los pacientes del programa), bimensual (27%), trimestral (14%) y cuatrimestral (4%), según complejidad y estado de compensación de sus patologías (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Al observar la distribución por sexo, (51% mujeres y 49% hombres) resulta bastante equitativa

e igual a la de la población chilena en el censo del año 2002 (50,7% de mujeres y un 49,3% de hombres)⁸.

En cuanto a la distribución etaria, existe un claro predominio de adultos mayores, siendo el 87,8% de los pacientes mayores de 60 años, en tanto en que en la población chilena sólo alcanzan el 11,4%⁸ este fenómeno puede entenderse en el marco de que el paso de los años agrega dificultades en las actividades básicas de la vida diaria. Respecto a los menores de 60 años, alcanzan el 13,2% de la muestra, siendo en general pacientes que ingresan con diagnóstico de parálisis cerebral espástica.

En Chile, de acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores⁹, el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia. Por ello, se vuelve especialmente relevante identificar a la población en riesgo de perder su funcionalidad, y a aquella con cierto grado de dependencia actual.

De acuerdo a cifras entregadas por el DEIS el año 2012, y utilizando el índice de Barthel, del total de adultos mayores chilenos con algún grado de dependencia en control, el 50,8% califica como dependiente leve, 22,9% dependiente moderado, 12,8% dependiente grave y 13,5% dependiente total, observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo mayor en estas últimas¹⁰. Estos datos nacionales no difieren mayormente de los resultados arrojados por el presente estudio. Entre los beneficiarios del programa VIDA habría un 56% de pacientes con dependencia leve, un 11% presentaría dependencia moderada y 31% dependencia severa,





incluyendo en esta última categoría aquellas dependencias grave y total.

En cuanto a los principales diagnósticos correspondientes a la esfera biomédica se puede observar que la prevalencia de las enfermedades crónicas en este grupo de pacientes es muy superior a la mostrada a nivel nacional. La hipertensión arterial (patología más prevalente en el grupo de los pacientes del Programa VIDA) se encuentra en un 74,3% a diferencia de la prevalencia nacional que es un 29,6%¹¹. Cabe destacar que la prevalencia de esta enfermedad, y de la mayoría de las enfermedades crónicas, tiene relación directa con la edad, por lo que no es de extrañarse que esté sobre representada en nuestro grupo de estudio.

Lo mismo sucede con la Diabetes Mellitus 2, que afecta al 33,6% de los pacientes VIDA y a nivel nacional la prevalencia es cercana al 9,4%.

La demencia está por sobre el nivel nacional, afectando al 16% de nuestros pacientes en comparación con un 10% a nivel nacional. Esto podría explicarse por el grado de dependencia que generan los cuadros demenciales, estando sobre representada en nuestra población estudiada. No obstante, creemos que es necesario realizar un estudio que haga especial hincapié en la prevalencia de demencia en los pacientes pertenecientes al programa, ya que pensamos que podría ser una patología mal diagnosticada, llevando a sub o a sobrediagnóstico. Es difícil hoy asegurar que el diagnóstico de demencia no se sobrepone con cuadros depresivos, o establecer la etiología de los cuadros demenciales, por falta de acceso a

evaluaciones de especialistas, y por la falta de continuidad intraobservador dado la alta rotativa de internos.

La causa más prevalente de ingreso al programa es el Accidente Cerebrovascular Secuelado (30%), lo que nos habla de varias cosas que sería interesante evaluar en estudios posteriores: el riesgo cardiovascular asociado a estos eventos y el acceso al tratamiento y rehabilitación de manera oportuna. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes del programa cuenta con apoyo de kinesiología y en casos más puntuales de fonoaudiología y terapeuta ocupacional. Esto habla del buen funcionamiento del programa VIDA a ese nivel y de los intentos por fomentar la rehabilitación y reinserción de nuestros pacientes.

Respecto al régimen de visitas, el 57% son realizadas de manera mensual. Llama la atención el seguimiento estricto de los pacientes, que en su mayoría es clínico dado que algunos centros no tienen la posibilidad de realizar exámenes de laboratorio de rutina para objetivar el grado de compensación de las patologías. El régimen de visita mensual por un lado sobrecarga el sistema, pero por otro lado garantiza un cuidado y seguimiento continuo del paciente y su cuidador. Sería relevante realizar estudios que permitan objetivar el grado de compensación de los pacientes pertenecientes al programa, para establecer un régimen de visitas que se adecúe a la realidad de cada paciente en miras de entregar una mejor atención en salud. Además, nos permitiría evaluar el impacto que ha tenido el





programa, en miras de replicarlo en otros sectores del país.

El 35,1% de los discapacitados son adultos mayores, y dado que esta población está en aumento también año a año van aumentando el número de pacientes que necesitan de un cuidador. El rol de cuidador no es inocuo, trae consecuencias físicas, psicológicas y sociales que repercuten en su estado de salud, y en cómo se desenvuelve en su papel de cuidador. Para evaluar el grado de sobrecarga del cuidador existe la Escala de Sobrecarga Zarit, que ha sido validada en español, y que permite evaluar la repercusión en cada uno de los ámbitos ya mencionados⁶. Si bien contamos solo con datos de la localidad de Pomaire, en estos destaca que el 40% de los cuidadores refiere sobrecarga, y un 15% leve. Sería interesante ampliar estos datos, además de indagar en las patologías de los cuidadores y su nivel de control, ya que se describe que ellos suelen dedicar menos tiempo a su salud que a la de quién tienen a su cuidado, teniendo un menor control de sus patologías o bien directamente no diagnosticándose, lo que podría llevarlos a situaciones de discapacidad¹⁰. Tal como se describe en la realidad nacional, la mayor parte de los cuidadores corresponde a familiares. En Pomaire el 45% eran hijos de los pacientes, con un promedio de edad de 55 años, siendo 4 de los cuidadores pertenecientes a la tercera edad, lo que los sitúa dentro de un grupo especialmente vulnerable en cuanto a patologías que los pueden llevar a la discapacidad.

En cuanto a las fortalezas de este estudio podemos destacar la importancia de poder contar con

una descripción basal de los pacientes del programa VIDA para poder obtener una panorámica del impacto que tiene y ha tenido en la población la intervención de dicho programa en el ámbito biomédico. Exista una base de datos confiable en cada uno de los centros en donde se lleva a cabo el programa desde donde se rescata información. La descripción de las patologías biomédicas que afectan a esta población nos ayudará a incrementar y orientar esfuerzos hacia aquellas patologías más prevalentes.

El número total del universo del estudio es significativo y en ella se ve reflejada las enfermedades que aquejan en general a la población rural chilena¹¹.

Dentro de las debilidades podemos destacar las diferencias en la recolección de algunos datos secundarios en los distintos centros de salud en donde se aplica el Programa VIDA, de esta forma existe una heterogeneidad en algunos datos que dificulta la evaluación de la situación demográfica en general.

Es importante poder dirigir la mirada hacia los cuidadores de los pacientes pertenecientes al Programa, para ello es necesario poder contar con el índice Zarit actualizado en cada uno de los centros.

Dentro de los resultados, observamos que el diagnóstico de Demencia constituye una patología de importancia que afecta a gran parte de nuestra población. Sin embargo, en este diagnóstico se agrupan diferentes patologías que semiológicamente se engloban en dicho término. Es entonces importante poder contar con herramientas de diagnóstico que ayuden a dilucidar si el paciente cursa con una depresión, una enfermedad de





Alzheimer o un simplemente un delirio asociado a patologías crónicas en el Adulto Mayor, de esta forma se podrá dirigir el esfuerzo en tratar la enfermedad en específico.

Los datos recopilados en este artículo permiten obtener un perfil demográfico general de los pacientes pertenecientes al programa VIDA, implementado en algunas localidades de la comuna de Melipilla. El paso siguiente sería recopilar datos que permitan evaluar el impacto que ha tenido el programa a casi 20 años de su implementación.

Sería interesante evaluar si el impacto es tal, que justifique su implementación en otras zonas del país.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales a TM Teresa Millán Klüsse, Profesor Asociado, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente - Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Quinta Normal, Santiago, Chile.

REFERENCIAS

1. Elizalde A, Thayer L. Ruralidad y campesinado: ¿categorías en extinción o realidades en proceso de transformación? Revista Latinoamericana, Volumen 12, N° 34, 2013, p. 7-12.
2. Reporte Comunal Comuna de Melipilla Primer Semestre 2012. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/metropolitana/ME_LIPILLA.pdf.
3. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL DE MELIPILLA. 2013. Disponible en: <http://www.cormumel.cl/transparchivos/02/Plan%20de%20Salud%20Comunal%20%202013%20Melipilla.pdf>.
4. Millán K. T, Vargas C. N.A., Madrid C. N. Internado rural en la carrera de medicina de la Universidad de Chile; una experiencia de aprendizaje significativo. Educación Médica 2006; 9(3): 116-117.
5. Suárez F, Rodríguez L, Saavedra A, Millán T. Manual Programa VIDA, Julio 2007.

Correspondencia:

Pilar Arrosamena Cucurella.
pilar.arrosamena@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

Recibido el 30 de abril de 2016.
Aceptado el 2 de mayo de 2016.
Publicado el 29 de mayo de 2016.





6. Breinbauer K, Vásquez V, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665.
 7. Van Durme T, Macq J, Jeanmart C, Gobert M. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2012 Apr;49(4):490–504.
 8. Instituto nacional de estadísticas (INE). Censo Chile 2002. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>.
 9. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) 2009. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf.
 10. Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor (SENAMA). Ministerio de Salud, Guia MINSAL 2014 Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.
 11. Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
-

