

Coste asistencial del paciente con deterioro cognitivo: paciente institucionalizado versus paciente en domicilio

J. C. Millán Calenti¹, M. Gandoy Crego², E. Sineiro Galiñanes³, M. Iglesias Gallego⁴, M. A. Lado Canosa⁵, J. M. Mayán Santos⁶

Resumen

Introducción y objetivos: *La mayor parte de las personas mayores, permanecen en su domicilio cuando envejecen generando una carga asistencial a sus cuidadores difícil de cuantificar; por ello, el objetivo de este trabajo es tratar de conocer el coste generado por la asistencia directa a los pacientes con deterioro cognitivo institucionalizados, en relación con su estado funcional, a fin de poder establecer en base a ello el ahorro generado por los ancianos que permanecen en su domicilio.*

Material y métodos: *Se registra el tiempo de asistencia directa al paciente por todos el personal asistencial durante 24 horas, en dos días no consecutivos, así como las actividades realizadas por los cuidadores familiares en relación al enfermo.*

Resultados y Conclusiones: *Los resultados, como era de esperar, evidencian una relación directa entre la capacidad funcional del anciano y coste asistencial; además se establece el coste por paciente en la Institución, lo cual nos permite establecer el ahorro que los cuidadores familiares generan.*

En definitiva, se debe fomentar el cuidado del anciano en su propio domicilio, mediante el establecimiento de los adecuados programas de apoyo.

Geríatrika, 1999; 15 (6): 251-256

Palabras clave: Demencias. Coste asistencial. Cuidados profesionales. Cuidador familiar.

Summary

Introduction and Objectives: *Most elderly people remain in their homes as they become older generating an assistencial burden for their carers which is difficult to quantify; as such, the objective of this study is to attempt to ascertain the cost generated for direct assistance to patients with cognitive deterioration who are institutionalized, in relation with their functional state, with the aim of being able to establish a baseline from which to compare the savings generated by the elderly persons who remain in their homes.*

Material and methods: *The time taken employed in direct assistance to the patient by all personal assistants for 24 hours was registered, for two consecutive days, in as much as the activities carried out by the family carers regarding the patient.*

Results and Conclusions: *The results, as expected, demonstrated a direct relation between functional capacity of the elderly person and assistencial cost. Furthermore, the cost for the patient in the institution was established, allowing us to establish the savings generated by the family by caring for the patient at home.*

To conclude, the care of the elderly person in their own home should be encouraged, by means of establishing appropriate programmes of support.

Key words: Dementias. Assistencial cost. Professional carers. Family carer.

¹ CATEDRÁTICO GERONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA. INSTITUTO GERONTOLÓGICO GALLEGO.

² PSICÓLOGO CLÍNICO. INSTITUTO GERONTOLÓGICO GALLEGO.

³ MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO GALEGO DE SAUDE.

⁴ MÉDICO RESIDENCIA TERCERA EDAD FUNDACION SAN ROSENDO. OURENSE.

⁵ MÉDICO RESIDENCIA TERCERA EDAD CARANZA. FERROL.

⁶ CATEDRÁTICO ENFERMERÍA GERIÁTRICA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO. INSTITUTO GERONTOLÓGICO GALLEGO.

Introducción

Según diferentes estudios (1-3), el 90% de la población permanece en su domicilio cuando envejece, quedando el 80% de ellos al cuidado de sus familiares en el caso de que se le presente algún tipo de enfermedad invalidante; siendo institucionalizados únicamente el 10% de ellos debido tanto a causas de proteccionismo familiar como de carencia de plazas asistenciales (4-6).

Una de las patologías más invalidantes dentro de la tercera edad son las demencias (7-9), y dentro de ellas la enfermedad de Alzheimer, que en su evolución va a causar la dependencia total del enfermo para cualquier tipo de actividad de autocuidado.

Los cuidadores, normalmente han de realizar las tareas básicas de cuidado de la persona mayor, alrededor del 45% de los cuidadores deben realizar el aseo personal, y sobre un 25% de los mismos, deben realizar otras tareas cotidianas como acostar/levantar al paciente, arreglarlo o vestirlo.

Otro 15%, han de realizar tareas más exigentes como dar de comer, acompañar al servicio, cambiar los pañales, o simplemente ayudar a mover a la persona a la que prestan cuidados (10).

El gerocultor o en su caso el auxiliar de enfermería en geriatría, podríamos compararlo, de acuerdo con las funciones que realiza, con el cuidador familiar; ya que estas coinciden en muchos casos, como podemos observar de acuerdo con el Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad en España (11). En éste se establecen entre otras, como funciones del gerocultor la de asistir al usuario de la residencia en la realización de las actividades de la vida diaria que no pueda realizar por él mismo, y efectuar aquellos trabajos encaminados a su atención personal y de su entorno, entre los que podemos señalar: la higiene; la limpieza y el mantenimiento de los utensilios del residente como hacer las camas, recoger la ropa, llevarla a la lavandería y colaborar en el mantenimiento de las habitaciones; el dar de comer a aquellos usuarios que no lo puedan hacer por sí mismos, además de ocuparse de la recepción y distribución de comidas entre los usuarios; el realizarles cambios posturales o el acompañar al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general.

Como se puede observar, en los cometidos expuestos hay una gran similitud de actividades con las que realiza el cuidador familiar habitualmente en el domicilio.

El objetivo de este trabajo es conocer el coste del paciente institucionalizado, en relación con su deterioro cognitivo y por tanto su capacidad funcional, para de esta manera poder establecer una comparación con el posible ahorro generado a la administración por los cuidadores familiares domiciliarios, centrándonos para ello en la figura del Auxiliar de Enfermería en Geriatría o Gerocultor,

cuyas funciones engloban a las realizadas por el cuidador familiar.

Para la estimación del coste se utiliza la tabla salarial correspondiente a 1998 del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (12) que establece el salario base para un gerocultor o auxiliar de enfermería en geriatría en 88.903 pesetas mensuales, con 14 mensualidades y 40 horas de trabajo semanales.

Material y métodos

Se realiza estudio descriptivo prospectivo durante los meses de marzo a junio de 1998 para una muestra de 43 pacientes diagnosticados previamente de deterioro cognitivo. De ellos 27 estaban Institucionalizados (62,8%) en dos Residencias una la pública de Ferrol, de tipo mixto y 194 plazas y otra perteneciente a la Fundación San Rosendo de Orense, de tipo asistido y 200 plazas; mientras que 16 (37,2%) eran atendidos por sus familiares en su domicilio.

A todos los pacientes se les hizo en primer lugar una valoración funcional con la Escala de Valoración Funcional del Paciente con deterioro cognitivo del IGG (13), la cual abarca los siguientes aspectos: aseo/baño; vestido; utilización del retrete; levantarse/acostarse; continencia; alimentación; comunicación; desplazamiento/orientación; supervisión diurna; y supervisión nocturna. Puntuando 0 si el paciente es independiente para la actividad evaluada, 5 si el paciente necesita algún tipo de ayuda o supervisión y 10 puntos en caso de dependencia total de su cuidador; siendo el máximo de puntuación para el paciente totalmente dependiente de 100 puntos.

Para la evaluación del tiempo de atención, se hizo un autoregistro de cada uno de los pacientes durante 24 horas en dos días no consecutivos, y en donde los diferentes profesionales y cuidadores familiares, anotaron el tiempo (en minutos) de atención al anciano dispensado y referido a las actividades de la vida diaria.

Para evaluar el coste asistencial, se tiene en cuenta el salario base del auxiliar en horas (650 ptas/hora), sin tener en cuenta los complementos de antigüedad o desplazamientos, e ignorando los demás gastos añadidos.

Los ancianos estudiados tenían edades comprendidas entre los 51 y los 98 años, con una media de 79,88 años, siendo hombres el 32,6% y mujeres el 67,4% restante.

Se realiza la evaluación en dos grupos:

- A. Grupo de ancianos institucionalizados.
- B. Grupo de ancianos con residencia familiar.

Una vez obtenidos los resultados, se realizará análisis estadístico mediante la prueba de Pearson

TABLA I

Valoración funcional y tiempo de asistencia de los ancianos

Capacidad valorada	Institucionalizados		En domicilio	
	Dependencia media (0-10)	Tiempo asistencial en minutos	Dependencia media (0-10)	Tiempo asistencial
Asearse y/o bañarse	9,6	19,33	8,1	30,31
Vestirse	9,2	9	8,1	13,75
Utilización del retrete	9,2	16,7	3,75	23,43
Levantarse y acostarse	8,5	9,4	7,5	12,81
Continencia esfínteres	10	9,6	7,5	20
Alimentación	6,2	46,59	5,9	65,62
Comunicación	6,2	28,51	5,31	11,56
Desplazarse y orientarse	7	17	6,25	21,87
Supervisión diurna	4,2	17,9	6,87	7,81
Supervisión nocturna	5	11,2	3,12	6,87
Total	75,55	185,70	62,50	212,81

para una $p < 0,01$, que tratará de buscar la correlación entre la dependencia funcional con el tiempo de atención directa, para a continuación hacer comparación de costes de los ancianos institucionalizados en relación con los ancianos en su domicilio.

Resultados

Los resultados globales muestran una dependencia funcional media para la totalidad de los pacientes de 70,69 puntos, que si distribuimos por grupos es de 75,55 para los institucionalizados y del 62,50 para los que vivían en su domicilio.

En cuanto al tiempo medio dedicado a la atención del paciente es de 195,79 minutos/día (3 horas y 16 minutos), que si distribuimos por grupos es de 185,70 para los institucionalizados y de 212,81 para los que continúan en su domicilio; para un coste por asistencia medio, aplicando los datos aportados anteriormente, de 2117,37 pts/día para la totalidad del estudio.

Los datos obtenidos para cada uno de los grupos podemos observarlos en la tabla hecha al efecto (Tabla I).

A nivel global encontramos una correlación significativa entre la valoración de la dependencia y el tiempo de atención del 65,66%; mientras que para la asistencia domiciliaria también la correlación es positiva (88,31%), existiendo correlación no significativa para la asistencia institucional en relación al tiempo dedicado (40,30%).

Discusión

De los resultados obtenidos, podemos observar que la dependencia funcional de los pacientes es si-

milar, se encuentren en su domicilio o sean institucionalizados, apareciendo las diferencias cuando nos referimos al tiempo de dedicación del cuidador; así, por un lado observamos que para una valoración funcional más dependiente en los ancianos institucionalizados, el tiempo dedicado a su atención es sensiblemente inferior al dedicado por los cuidadores informales en su domicilio, sobre todo cuando nos referimos a asearse y a la utilización del retrete, diferencia que achacamos al establecimiento de rutinas por parte de los profesionales, lo que les permite realizar el cuidado correcto y adecuado en el menor tiempo.

Por otro lado y de acuerdo con estos datos, para una dependencia media del 70,9, el tiempo medio de dedicación del profesional es de 195,7 minutos, o lo que es lo mismo, 3 horas y cuarto al día, o lo que es lo mismo 94,5 horas al mes.

Si tenemos en cuenta el ratio de 1 gerocultor por cada 3 personas dependientes establecido en la normativa sobre los centros de atención a personas mayores de la Xunta de Galicia (14), tenemos que las 160 horas de atención de un gerocultor no le permitirían asistir más que a un anciano con dependencia, con lo que el ratio a establecer habría de ser de 3 gerocultores (480 horas/mes) por cada 5 ancianos (470 horas atención/mes) en centros de estas características y para una dependencia de 70,9 puntos, ratio que habría que incrementar en caso de dependencias mayores.

Como era de esperar, se ha encontrado una elevada correlación entre la valoración con la escala para el paciente deteriorado y el coste de atención por el gerocultor, evidenciando los resultados una relación directa entre la funcionalidad del anciano y el coste por persona en cada uno de los centros de referencia.

Conclusiones

Existe una relación evidente entre dependencia, carga asistencial y coste; su relación puede establecerse mediante los datos expuestos.

Los cuidadores familiar generan un ahorro importante, únicamente por la carga asistencial que soportan, sin tener en cuenta otras consideraciones referidas a manutención, farmacia, vestido y otros. Por ello, se debe fomentar el cuidado del anciano en el domicilio proporcionándole al cuidador el apoyo necesario.

El anciano en el domicilio, recibe un cuidado más personalizado, que incide en el mayor tiempo de asistencia.

Los ratios de gerocultores establecidos para los Centros de Atención a los Mayores con Dependencia, deberían de revisarse a fin de mejorar la calidad asistencial.

CORRESPONDENCIA:
José C. Millán Calenti
Instituto Gerontológico Gallego (EUE)
15704 Santiago de Compostela
E-mail: jmcalent@usc.es

Bibliografía

- Herrero, M.; Pascual, A.; Fernández C.: Ancianos con demencias; atención de enfermería. *Rev Rol Enf* 1994; 185:69-78.
- Aneshensel, C. S.; Pearling, L. I.; Schuleni, R. H.: Stress, role captivity and cesation of caregiving. *J Health Soc Prehav* 1993; 34(1):54-70.
- Levine, J.; Lawlor, B. A.: Family counseling and legal issues in Alzheimer's disease. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14:385-396.
- Bazo, M. T.: El cuidado familiar de las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 1998; 33:49-56.
- Algado, M. T.; Basterra, A.; Carrigós, J. I.: El enfermo de alzheimer y sus cuidados. Una perspectiva sociológica. *Revista de Gerontología* 1997; 7:241-245.
- IMSERSO. Cuidados en la vejez, el apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1995.
- Bermejo, F.; Del Ser, T.: Demencias, Conceptos actuales. Ed Díaz de Santos, Madrid, 1993.
- Boada, M. M.: Dinámica de los Recursos Sociosanitarios para la atención al paciente con Demencia. *Revista de Gerontología*, Abril 1995; 40-46. Informe de un grupo de Científicos de la OMS sobre la Demencia Senil. La demencia en la edad avanzada: investigación y acción. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, 1986. Serie de Informes Técnicos 730.
- Martínez Lage, J. M.; Martínez-Lage Alvarez P.: Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: López Pousa S, Vilalta Franch J, Linás Reglá J. Editores. Manual de demencias. Prous Science. Barcelona, 1996; 14-45.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales: Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
- Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad: BOE nº 1811, del 30 Julio de 1997.
- Tablas salariales del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad: BOE nº 291, del 5 Diciembre de 1997.
- Millán Calenti, J. C.; Gandoy Crego, M.; Antelo Martello, M.; Fernández Romero, E. M.; Mayán Santos, J. M.: A New instrument for the assessment of the assistance burden in patients with cognitive impairment. *Experimental Aging Research*. En prensa.
- Normativa sobre los centros de atención a personas mayores de la Xunta de Galicia: DOG nº 88 del 6 de mayo de 1996.