

Criterios para identificar pacientes vulnerables en Atención Primaria

Criteria for identifying primary care vulnerable patients

Héctor Riquelme-Heras, Celina Gómez-Gómez, Raúl Gutiérrez-Herrera, Félix Martínez-Lazcano, Irasema Sierra-Ayala

Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

RESUMEN

Objetivo: establecer los criterios para designar pacientes vulnerables en Atención Primaria y determinar el porcentaje de pacientes vulnerables en la consulta del Primer Nivel de acuerdo a criterios establecidos.

Métodos: estudio descriptivo, prospectivo, basado en las visitas al consultorio de médicos de familia y los registros médicos en la consulta externa del Hospital Universitario del Programa de Residencia de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

El universo estuvo constituido por los pacientes que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar en un período de cuatro meses en 2013. Se realizaron consultas de orden habitual y se revisó el expediente al momento de la consulta. Se clasificaron los pacientes de acuerdo a los criterios establecidos. Diagnóstico de consulta, Diagnósticos previos y número de consultas.

Resultados: se brindó asistencia médica a un total de 460 pacientes durante el periodo establecido. Estos pacientes generaron 746 visitas al consultorio. El criterio de "paciente vulnerable" se hizo en 228 visitas (30,5 %), las cuales correspondieron a 88 pacientes.

Conclusiones: los pacientes vulnerables según los criterios establecidos son pacientes que requieren una atención integral con prioridad. Los médicos de familia pueden proporcionar una atención integral a los problemas personales o familiares de sus pacientes y especialmente a este grupo vulnerable.

Palabras clave: poblaciones vulnerables; atención primaria de salud; medicina familiar y comunitaria.

ABSTRACT

Objective: To establish the criteria for identifying primary care vulnerable patients and determine the percentage of vulnerable patients in the first level consultation according to the established criteria.

Methods: Descriptive, prospective study based on the visits to the family doctor's offices and the medical records of the Family Medicine Residency Program in the outpatient consultation of the University Hospital, School of Medicine of Nuevo León Autonomous University (Mexico). The target group was made up of the patients who attended the Family Medicine outpatient consultation in a period of four months in 2013. Common consultations were held and the record at the time of the consultation was reviewed. The patients were classified according to the established criteria: consultation diagnosis, previous diagnosis and consultations number.

Results: Medical assistance was provided to a sheer number of 460 patients in the established period. These patients performed 746 visits to the office. The criteria of "vulnerable patient" was appointed for 228 visits (30.5 %), corresponding to 88 patients.

Conclusions: The vulnerable patients, according to the established criteria, are those requiring comprehensive care with priority. Family doctors may provide comprehensive care to the personal and familial problems of their patients and especially to this vulnerable group.

Keywords: Vulnerable populations; primary health care; family and community medicine.

INTRODUCCIÓN

Los médicos de familia son los profesionales que brindan atención integral de salud a sus pacientes en el ámbito biopsicosocial, en cada una de las visitas incluso desde la primera consulta.

La atención médica proporcionada por los médicos de familia se basa en el modelo biopsicosocial formulado por Engel; la colocación de la enfermedad en el centro de un marco más amplio que implica varios sistemas.¹

Los miembros de las familias con muchos problemas o enfermedades, a menudo utilizan los servicios de salud por diferentes razones, como la enfermedad crónica mal controlada, la consulta por síntomas vagos o no específicos, los conflictos de comportamiento o de relación emocional, problemas psicosomáticos o problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no planeado o no deseado, etc.). Otras familias sufren desajustes y cambios en la estructura familiar por nacimientos, muertes, adición de miembros de la familia o amigos, entre otros.

Los servicios de salud en ocasiones se sobre utilizan al inicio de un programa terapéutico, fundamentalmente si uno de ellos padece una enfermedad crónica, ha incumplido las indicaciones médicas, tiene que someterse a una cirugía, o por el tratamiento de un miembro de la familia que tiene enfermedad terminal, una enfermedad genética o una discapacidad.²

Los médicos de familia realizan las intervenciones destinadas a apoyar a la persona y a la familia a través de la atención integral médica,^{1,3} también cuentan con habilidades para proporcionar información y educación, aplicación de directrices de prevención en caso de crisis, y la capacidad de referir a los pacientes, cuando sea necesario.³

El término de "paciente vulnerable" se ha utilizado con mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos;⁴⁻⁶ sin embargo, en atención primaria es usual que se aplique a pacientes de la tercera edad. Este término puede ser aplicado para designar a pacientes sobre todo con enfermedades crónicas complicadas que se atienden en los centros de Atención Primaria.

La Universidad de Navarra define a pacientes de alto riesgo de la siguiente manera: "Los pacientes vulnerables como los ancianos, niños y personas discapacitadas se consideran pacientes de alto riesgo porque generalmente no pueden expresarse bien por sí mismos, en algunos casos no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención, o en ocasiones su movilidad está disminuida (Procedimiento para atención de pacientes vulnerables Universidad de Navarra).

Los pacientes vulnerables son pacientes que por su condición física o por lo complicado de sus enfermedades, que en ocasiones se tornan complejas por el entorno socioeconómico, se vuelven "pacientes frágiles" que merecen una atención especial por parte del médico familiar y del equipo de salud de atención primaria.

Existen estudios que conceden el adjetivo de vulnerable a diferentes grupos de pacientes, por ejemplo, pacientes con placas ateromatosas.⁷

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología para pacientes vulnerables por su condición socio-económica, de tal forma que les sean proporcionados los medicamentos que requieren para su atención.⁸

Con respecto a pacientes ancianos, un estudio de España refiere que "a pesar de las posibles limitaciones del estudio, los pacientes ancianos vulnerables no institucionalizados con vejiga hiperactiva, se asociaron a una menor utilización de recursos y costes sanitarios".⁹

Otro estudio se refiere a pacientes vulnerables con síntomas neuropsicológicos en ancianos.¹⁰

Otro tipo de paciente vulnerable es el paciente hiperfrecuentador,¹¹⁻¹³ o el paciente politratado.^{14,15}

Desde un punto de vista puramente teórico, con el fin de amalgamar una serie de pacientes vulnerables en atención primaria, en el presente estudio se establecieron criterios de selección aplicables en la consulta de atención primaria y los pacientes que reunieron estos criterios se denominaron "pacientes vulnerables".

Establecer estos criterios en atención primaria tiene como objetivo principal un abordaje terapéutico especial. El término de vulnerable no necesariamente implica riesgo inminente de muerte, pero le da una clara idea al médico de Atención Primaria que debe de poner un esfuerzo terapéutico mayor.^{16,17}

En este grupo de pacientes, además del tratamiento farmacológico estrechamente vigilado por el personal de salud, se deben de implementar otras medidas terapéuticas.

Teniendo en cuenta su diagnóstico, los médicos de familia deben proporcionar una intervención psicoeducativa como una estrategia de atención integral de salud.

De acuerdo a los niveles de atención primaria de intervención, según la definición de *Doherty*, la práctica del médico de familia se encuentra en los niveles uno al cuarto. Los niveles uno y dos se limitan a los aspectos biomédicos;¹⁸ y los médicos que laboran en el cuarto nivel de intervención no se limitan a la obtención de datos; sino que muestran activamente interés en los sentimientos y preocupaciones de sus pacientes y familiares. El médico que practica a este nivel generalmente tiene entrenamiento formal en la teoría general de sistemas y debe ser competente en varias de las técnicas de terapia breve con el fin de brindar a su paciente un tratamiento integral.

El objetivo de este estudio es establecer criterios de "paciente vulnerable" en la consulta de Atención Primaria y determinar el porcentaje de pacientes que en un momento determinado reúnen dichos criterios en la consulta del médico familiar.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, basado en las visitas al consultorio de dos médicos de familia y los registros médicos. La población del estudio fueron pacientes que asisten a la consulta externa de medicina familiar en un hospital universitario de México, del Programa de Residencia de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante un período de cuatro meses en 2013.

Un grupo de expertos, profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, determinó por consenso los siguientes criterios para denominar a un paciente ambulatorio en atención primaria como "paciente vulnerable":

1. Los pacientes con múltiples visitas de orden médico (hiperfrecuentadores).
2. Los pacientes con dos o más diagnósticos en la historia clínica, en el último año.
3. Los pacientes con diagnósticos inespecíficos (*MUS: Medical Unexplained Symptoms*).
4. Los pacientes con una enfermedad crónica mal controlada.
5. Los pacientes con síntomas psicológicos predominantes (depresión, angustia).
6. Los pacientes como cuidadores de un miembro con enfermedad crónica o discapacidad.

Al momento de la visita médica de consultorio, se revisó el expediente para comprobar si el paciente tenía uno o más de los criterios establecidos.

Los pacientes que no cumplían con los criterios fueron excluidos del estudio.

Cuando se identificó un "paciente vulnerable", se recogieron las características demográficas de la persona que inicialmente buscó atención, incluyendo género, edad, educación, religión, ocupación, estado civil, entre otros.

Se utilizó estadística descriptiva para determinar las frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

En la Clínica de Medicina Familiar (de dos consultorios) se brindó asistencia médica un total de 460 pacientes durante el periodo de estudio. Estos pacientes generaron 746 visitas al consultorio. El criterio de "paciente vulnerable" se hizo en 228 visitas (30,5 %), las cuales correspondieron a 88 pacientes.

Los diagnósticos de los pacientes que cumplieron uno o más criterios se presentan en la [tabla 1](#), donde se puede observar que predominaron la DM2 mal controlada (4,96 %); Hipertensión mal controlada (4,16 %); DM2 + hipertensión (3,75 %); Trastornos del estado de ánimo (2,95 %); Osteoartritis mal controlada (2,55 %); Artritis Reumatoide mal controlada (1,88 %); Hipertrofia prostática benigna (1,74 %) y Depresión (1,61 %). Algunos pacientes con un solo diagnóstico como AR, HPB, IRC, Cirrosis, etc., eran hiperfrecuentadores. Cuando un paciente consulta por dos o más enfermedades cumple criterios descritos con anterioridad.

Tabla 1. Visitas de Pacientes vulnerables

Diagnósticos/problemas	f	%
DM2 mal controlada	37	4,96
Hipertensión mal controlada	31	4,16
DM2 + hipertensión	28	3,75
Trastornos del estado de ánimo	22	2,95
Osteoartritis mal controlada	19	2,55
Artritis Reumatoide	14	1,88
Hipertrofia prostática benigna	13	1,74
Depresión	12	1,61
DM2 + Neuropatía	9	1,21
Lumbalgia crónica	8	1,07
Hipotiroidismo mal controlado	5	0,67
DM2 + disfunción eréctil	5	0,67
Hipotiroidismo + obesidad	4	0,54
DM2+ Insuf. renal crónica	4	0,54
Depresión + problemas maritales	4	0,54
Tifoidea + hipertrofia prostática benigna	3	0,40
Parálisis facial	3	0,40
Ansiedad+problemas filiales	2	0,27
Esclerosis múltiple	2	0,27
Cirrosis	2	0,27
Cáncer de colon	1	0,13
Subtotal	228	30,56
Pacientes no vulnerables	518	69,44
Total	746	100,00

Los 88 pacientes con un criterio de "paciente vulnerable" y sus características demográficas se muestran en la [tabla 2](#). De ellos el 76,2 % eran mujeres; 43 % estaban casados y el 54 % tenían educación media superior. Su trabajo más frecuente fue ama de casa, el 55 %, seguido por empleados en el 27 %. La religión predominante era católica en el 93 % y el 79 % de los pacientes eran de origen local.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variables	f	%
Género		
Femenino	67	76
Masculino	21	24
Estado civil		
Casado	38	43
Soltero	34	38
Educación		
Primaria	8	9
Secundaria	48	54
Ocupación		
Empleado	24	27
Hogar	49	55
Religión		
Católica	82	93
Origen		
Local	70	79
Foráneo	18	20

n= 88.

El rango de edad más frecuente encontrada en el total de pacientes fue adulto joven (media de 36 años tanto los vulnerables como los no vulnerables).

El rango de edad de los pacientes vulnerables era adultos de mediana edad (media de 56 años).

El número medio de visitas al consultorio por paciente fue de 2,5 con una desviación estándar de 1,7 y un rango de 1 a 8 sesiones como se muestra en la [tabla 3](#).

Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico convencional en función de su diagnóstico.

Tabla 3. Número de visitas

Visitas médicas	f	%
Una	63	19
Dos	122	31,0
Tres	16	4,8
Cuatro	20	28,6
Cinco	3	7,1
Seis	3	7,1
Ocho	1	2,4

n= 228 × Visitas: 2,6 DE: 1,7 Rango (1-8 visitas).

DISCUSIÓN

Si bien la vulnerabilidad puede tener grados (más vulnerable, menos vulnerable), el ánimo del presente estudio es sensibilizar al médico de atención primaria para que identifique a los pacientes que requieran mayor atención por parte del equipo de salud.

El tratamiento integral debe de ser proporcionado a todos los pacientes, sin embargo, a los pacientes vulnerables se debe de dar una mayor atención dirigida a objetivos específicos.

En algunos Programas Universitarios en México que cuentan con Unidades de Atención Primaria se está ponderando la atención integral de los pacientes.¹⁹

El concepto de "paciente vulnerable" incorpora diagnósticos o problemas comunes en una práctica de medicina de familia. Esto demuestra que algunos pacientes o familias buscan ayuda médica para los problemas que están sin resolver, parcialmente resueltos, o asociados con su estado emocional. La atención prestada a la población en relación con los problemas o crisis que una familia está atravesando es una razón para visitar a un médico; sin embargo, la razón se disfraza a través de síntomas vagos como dolor de cabeza, dolor abdominal inespecífico y malestar general acompañado por una enfermedad subyacente sin mejoría después del tratamiento medicamentoso.

Las enfermedades crónicas tienen un gran componente psicológico que puede explicar la causa de la falta de adherencia al tratamiento y, por tanto, no están bien controladas.

En la literatura existen varios estudios donde se identifican a pacientes vulnerables con enfermedades como DM, HTA,^{20,21} con el hecho de no tener cuidador,²² con AR,²³ con el estrés en adultos mayores,²⁴ con depresión,²⁵ e incluso un estudio de Cuba menciona que un "estado de fragilidad" en adultos mayores es el hecho de vivir solo.²⁶

El trabajo del médico de la familia no es solo para ver la enfermedad y establecer un diagnóstico y un tratamiento farmacológico, sino también para ir más allá, como se ha mencionado por *Doherty y Baird*,²⁷ en la que el médico interviene en el cuarto nivel. En este nivel, el médico diagnostica la enfermedad física e identifica

sentimientos de los pacientes y la dinámica familiar para implementar breves técnicas de intervención que mejoren la terapia del paciente o situación familiar.

No hay datos en la literatura para comparar los resultados de este estudio. Los estudios que existen toman en cuenta solo uno de los criterios mencionados pero ninguno lo hace en conjunto.¹¹⁻¹⁵

En conclusión, el 30 % de las consultas en este trabajo son generadas por "paciente vulnerable", de acuerdo con los criterios establecidos en este estudio.

Los pacientes vulnerables según los criterios establecidos son pacientes que requieren una atención integral con prioridad.^{28,29}

Los médicos de familia pueden proporcionar una atención integral a los problemas personales o familiares que se encuentran con frecuencia en la población general, ya que todas las familias sufren crisis inesperadas en la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82.
2. Rakel D. Textbook of family medicine [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2011 [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=t0MhOyOH5EsC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Principles+of+family+medicine+rakel&ots=zBv7uowtOq&sig=WhSPg3jIJoCiiGAh-7MbsSyxOIE>
3. Talbot Y, Frisch SR. A Seminar on Working with Families. *Can Fam Physician*. 1983;29:165.
4. Martin MC, Cabre L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. [Indicators of quality in the critical patient]. *Med Intensiv Espanola Med Intensiva Unidades Coronarias*. 2007;32(1):23-32.
5. Rodrigo CM, García PJ. The effect of the composition of the enteral nutrition on infection in the critical patient. *Nutr Hosp*. 1996;12(2):80-4.
6. Rossi M, Chiumello D. The high-risk patient: a challenge to be overcome. *Curr Opin Crit Care*. 2014;20(4):408-10.
7. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(4):404-16.
8. Correa L, Javier F. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Rev Médica Chile*. 2008;136(8):1078-82.
9. Sicras-Mainar A, Rejas-Gutiérrez J, Navarro-Artieda R, Aguado-Jodar A, Ruíz-Torrejón A. Uso de recursos sanitarios y costes asociados en pacientes ancianos vulnerables no institucionalizados con vejiga hiperactiva tratados con antimuscarínicos en la práctica médica habitual. *Actas Urol Esp*. 2014;38(8):530-7.

10. Marulanda F, Ocampo JM. Delirium en el paciente anciano. *Acta Med Col.* 2004; 29(3): 117-29.
11. Cotonat MC, Bertolet PM, Ocaña M del MP, Gatiús JR. Análisis del perfil de los pacientes hiperfrecuentadores de Lleida (comparativa entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria) y su relación con los factores sociales/psicosociales. *Trab Soc Salud.* 2014; (78):5-12.
12. Berenzon Gorn S, Galván Reyes J, Saavedra Solano N, Bernal Pérez P, Mellor-Crummey L, Tiburcio Sainz M. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Salud Ment.* 2014; 37(4): 313-9.
13. Alpern ER, Clark AE, Alessandrini EA, Gorelick MH, Kittick M, Stanley RM, et al. Recurrent and High-frequency Use of the Emergency Department by Pediatric Patients. *Acad Emerg Med.* 2014; 21(4): 365-73.
14. Cárdenas AO, Wu YCL. Antibioterapia empírica de las infecciones en el pie diabético. *Rev médica costa rica Centroam.* 2014; 71(609): 173-7.
15. Martínez-Arroyo JL, Gómez-García A, Saucedo-Martínez D. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gac Médica México.* 2014; 150: 1.
16. Roscales E, Maestre JM, Santillán R, Hurlé MA, Moral I. Utilización de la simulación clínica en un Máster Interuniversitario en Estudio y Tratamiento del Dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2014; 21(3): 131-7.
17. Bekelman DB, Plomondon ME, Carey EP, Sullivan MD, Nelson KM, Hattler B, et al. Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015 [citado 21 Abr 2015]. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/INTEMED/0/loi150013.pdf?v=635623877888770000>
18. Doherty WJ. Boundaries between parent and family education and family therapy: The levels of family involvement model. *Fam Relat.* 1995; 353-8.
19. Arechiga AF, Heras HR, Cantu IQ. Family medicine: A medical care alternative for Latin America. *Soc Sci Med.* 1985; 21(1): 87-92.
20. Deschenaux B, Díaz Baladón V, Ribeiro F, Rodríguez M, Sandes E. Vulnerabilidad de los adultos mayores hipertensos y diabéticos que residen en complejos del Banco de Previsión Social, relacionada a la adhesión al cumplimiento del tratamiento medicamentoso [tesis]. 2013 [citado 21 Abr 2015]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/2423>
21. Ricardo Gómez H, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Medicina Clínica.* 2013; 140(3): 134.
22. Guerrero N, Yépez-CH MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Univ Salud.* 2015; 17(1): 121-31.

23. Zamora Velasco J. Artritis reumatoide, ensayos clínicos y poblaciones vulnerables. *Artritis Reumatoidea*. 2012;3(7):25-6.
24. Torres M, Suárez O, et al. Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana Med Gen Integral* 2015;31(2): 1-13.
25. Rubiano Eduardo K, Rivilla Friasa D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención Primaria*.2015;47(10).
26. Castañeda Abascal IE, Ramírez Macías MF. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2013;29(3):281-96.
27. Doherty WJ, Baird MA. *Family therapy and family medicine: Toward the primary care of families*. New York: Guilford Press; 1983.
28. Park E. An application of brief therapy to family medicine. *Contemp Fam Ther*. 1997;19(1):81-8.
29. Bullock D, Thompson B. Guidelines for family interviewing and brief therapy by the family physician. *J Fam Pract*. 1979;9(5):837-41.

Recibido: 12 de octubre de 2015.

Aprobado: 6 de enero de 2016.

Dr. Héctor Riquelme-Heras. Boulevard Puerta del Sol 201 Depto. 401-A. Colonia Dinastía, Monterrey, N.L., México. CP 64639. Teléf.: 52+8180204828; 52+8183333619.
Correo electrónico: riquelme@doctor.com