

Estudio descriptivo de la Atención Domiciliaria Urgente por un punto de atención continuada durante un año.

Descriptive study of the urgent domiciliary attention for a continuous attention point for a year.

Mónica Corral Zas¹, V. M. del Campo Pérez², Rosa M.^a Rodríguez Iglesia³, Ruth Otero González⁴, Teresa Calheiros Cruz Vidigal⁵.

1 MÉDICO DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO

2 JEFE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO DE VIGO.

3 MÉDICO DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO.

4 RESIDENTE DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO

5 RESIDENTE DE FAMILIA. SAP MATAMÁ, VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rosa M.^a Rodríguez Iglesia. e-mail: rosa.rguerziglesi@cmpont.es

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 15-21

RESUMEN

Objetivo: Describir los pacientes atendidos por el PAC (punto de atención continuada) de Vigo en su domicilio, situación funcional, situación clínica basal y utilización de recursos sanitarios. Motivo de atención domiciliaria urgente, diagnósticos nuevos y tratamiento.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo. Los datos se recogieron de la historia clínica informatizada. Se incluyeron los pacientes atendidos en su domicilio durante el año 2015.

Resultados: Se realizaron 3.726 domicilios urgentes. Edad media de 77.7 años. Un 58.4% tenían 80 o más años. La mayoría, mujeres. Un 43.6% inmovilizados o dependientes. En un 46% no figuraba la situación funcional. Dos tercios tenía entre 1 y 4 problemas crónicos de salud, el más frecuente la HTA. El 55.9%, polimedicados. El motivo más frecuente de atención fue agitación/agresividad, seguido de alteración del nivel de conciencia. El diagnóstico nuevo más frecuente fue la infección respiratoria. Un tercio de los pacientes se derivaron al hospital, el doble en las emergencias.

Conclusiones: Los domicilios atendidos por el PAC de Vigo correspondieron mayoritariamente a personas mayores y mujeres. La situación funcional de los pacientes estaba deficientemente reflejada en las historias clínicas. A mayor edad mayor número de problemas y de fármacos pautados. Las enfermedades crónicas más frecuentes eran HTA y dislipemia. El motivo de atención más frecuente en jóvenes fue agresividad/agitación y la alteración del nivel de conciencia el primero en mayores.

Palabras claves: atención domiciliaria, domicilios urgentes, atención primaria.

ABSTRACT

Objective: to describe the patients attended by the PAC (continued care point) of Vigo in their home, functional situation, baseline clinical situation and use of health resources. Reason for urgent home care, new diagnoses and treatment. **DESIGN:** Descriptive, retrospective study. The data was collected from the computerized medical record. Patients attended at home during the year 2015 were included.

Results: There were 3,726 urgent homes. Average age of 77.7 years. 58.4% were 80 or more years old. The majority, women. 43.6% immobilized or dependent. 46% did not include the functional situation. Two thirds had between 1 and 4 chronic health problems, the most frequent being hypertension. 55.9%, polymedicated. The most frequent reason for attention was agitation / aggression, followed by altered level of consciousness. The most frequent new diagnosis was respiratory infection. A third of the patients were referred to the hospital, twice as many in emergencies.

Conclusions: The domiciles served by the PAC of Vigo corresponded mainly to elderly people and women. The functional situation of the patients was poorly reflected in the medical records. The greater the age, the greater number of problems and prescribed drugs. The most frequent chronic diseases were hypertension and dyslipidemia. The most frequent reason for attention in young people was aggressiveness/agitation and the alteration of the level of consciousness the first in older.

Keywords: home care, urgent homes, primary care.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad envejecida en la que el número de pacientes crónicos inmovilizados, crece día a día. Simultáneamente el tiempo de ingreso se reduce, potenciando el papel de la atención primaria (AP)¹, lo que provoca un aumento de la atención a domicilio. La OMS en su documento "Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI" ya nos ha alertado respecto a la atención a los enfermos crónicos².

La atención domiciliaria (AD) es responsabilidad de Atención Primaria (AP), suponiendo un 2% de los actos médicos totales³.

Varias publicaciones en nuestro país han estudiado la actividad urgente en AP, pero pocas se han centrado en la atención urgente en el domicilio del paciente, realizada por los servicios de atención continuada (PAC). El SIAP (sistema de información de Atención Primaria) 2012-2015, informa que en 2015 se atendieron un 6% más de urgencias que en el año anterior. De estas un 5,4% fueron atendidas a domicilio, siendo los mayores de 65 años sus principales destinatarios⁵.

El objetivo principal del estudio fue describir la población de pacientes que fue atendida por el PAC de Vigo en su domicilio, su situación funcional, su situación clínica basal (patología y tratamientos crónicos), y la utilización de recursos sanitarios los 6 meses anteriores a la atención, describir el motivo de atención domiciliaria urgente, diagnósticos nuevos más frecuentes, y el plan de tratamiento realizado. Esta información puede ayudar a mejorar la planificación de los recursos sanitarios y la atención a los pacientes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en la zona correspondiente al PAC de Vigo, que comprende zona urbana y zona periférica, semiurbana, con una población atendida de 306.000 habitantes. Periodo de estudio: desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. La recogida de datos se realizó, a partir de la información existente en la historia clínica informatizada (IANUS). El tamaño de la población corresponde a todos los avisos domiciliarios realizados en el intervalo seleccionado. El criterio de inclusión fue ser un paciente atendido en su domicilio por el PAC de Vigo, tras requerir atención urgente domiciliaria por el 061. Fueron excluidos los pacientes atendidos por enfermería en cita programada y los atendidos en vía pública.

Dado el amplio rango de edad entre los pacientes (de 14 a 104 años), para realizar las comparaciones de las distintas variables de estudio hemos dividido la muestra en quintiles (14-32, 32-50, 50-68, 68-86, 86-104 años de edad).

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo especialmente diseñada para ello, en el programa Calc de Libre Office, y se analizaron con el paquete estadístico PSPP.

Los resultados se expresan, para las variables cuantitativas mediante la media e intervalo de confianza al 95% o a través de la mediana y la amplitud intercuartil si la distribución no se ajustaba a normal. Las variables cualitativas se describen por sus frecuencias absolutas y porcentajes.

Los análisis bivariantes utilizados son el test de chi cuadrado para variables categóricas (% emergencias vs día semana), la t de Student o Wilcoxon para las numéricas en dos grupos (edad vs sexo), con análisis de la varianza para numéricas en más de dos grupos (número de fármacos vs grupos de edad), y la correlación de Pearson para dos variables numéricas (problemas de salud vs edad en años).

RESULTADOS

El PAC de VIGO prestó atención durante el año 2015 a 59.635 Pacientes. De estos, 4.856 (8.1%) fueron atendidos en el domicilio del paciente. Siendo 3.726 (6.2%) domicilios urgentes y los 1.130 restantes programados de enfermería. Las tasas de atención por 1.000 habitantes oscilaron entre la de 2,6 del grupo de 15 a 44 años a la de 123,9 del grupo de mayores de 80 años.

El mes con mayor número de visitas en domicilio fue enero con 500, seguido de diciembre, con 495 pacientes. Casi el 60 % (59.7%) de las consultas se realizaron de lunes a viernes, y el 40.3% restantes en los fines de semana y festivos, pero el porcentaje de emergencias en ambos casos fue similar: un 8.7% y un 8.8% del total. (diferencia no significativa) El mayor número de las asistencias se hicieron entre las 15h y las 22h (2.281), lo que supone casi un 47% del total.

Se ha considerado un tamaño muestral de 372 pacientes (con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%), que hemos seleccionado de forma aleatoria entre la población diana (3.726 domicilios urgentes).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La edad media era de 77,7 años, desde 14 hasta 104 años, siendo la mediana de 84 años. El 58,4 % tenían 80 o más años. Un 15% entre 90 y 94 años. Las mujeres tenían una mayor edad media (80,9 años vs. 72,4 años), siendo además la mayoría de atenciones (62,7%).

Situación funcional: Un 20,7 % estaban diagnosticados como "inmovilizados"; de éstos un 68,5% eran mayores de 68 años. Un 22,9 % como "dependientes". Como se puede ver en la figura 1, la situación funcional estaba recogida en mayor proporción en los pacientes de más edad, en los que era mayor la proporción de inmovilizados. La proporción de pacientes paliativos (10% del total), sin embargo, era más homogénea en los distintos grupos de edad. La edad media de los pacientes inmovilizados era de 89 años, superior a la media del total de pacientes ($p < 0,001$).

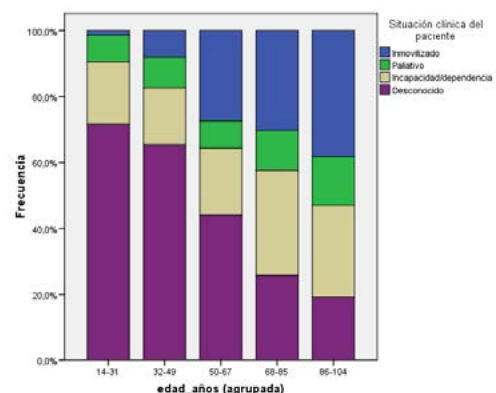


Figura 1. Situación clínica de los pacientes, según edad.

Un 65 % de los pacientes tenía una prevalencia entre 1 y 4 problemas de salud. Los más jóvenes (14 a 32 años) tenían una media de 2,3 problemas, mientras que entre 68 y 86 años era de 4,8 problemas (figura 2). Existe una correlación positiva, a mayor edad, mayor número de problemas de salud ($r=0,36$, $p<0,001$). No se observaron diferencias entre sexos.

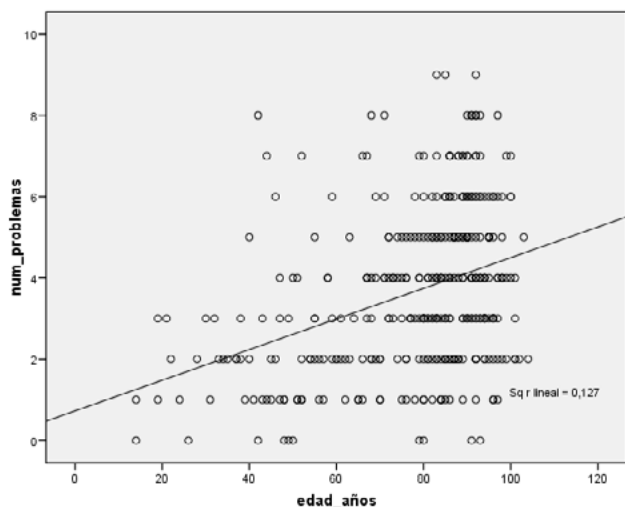


Figura 2. Número de problemas de salud, según edad

El problema más frecuente fue la HTA (54,5%), seguido de dislipemias (33,5%), patología oncológica (22,6%) y demencia (21,3%) (tabla 1).

Tabla 1- Problemas de salud más prevalentes, según frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	200	54,5%
Dislipemia	123	33,5%
Patología oncológica	83	22,6%
Deterioro cognitivo / demencia	78	21,3%
Diabetes mellitus	73	19,9%
Síndrome ansioso-depresivo	63	17,2%
Patología osteo-muscular / artrosis	60	16,3%
Fibrilación auricular	58	15,6%
Cardiopatía	58	15,6%
ACV / AIT	49	13,4%
Otras neurológicas	45	12,3%
Patología hematológica	34	9,3%
EPOC	32	8,7%
Patología tiroidea	31	8,4%
Otras psiquiátricas	31	8,4%
Insuf. renal crónica	29	7,9%
Patología urológica	28	7,9%
Insuficiencia cardíaca	28	7,9%

	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo / abuso drogas	25	6,8%
Otra patología respiratoria	23	6,3%
Obesidad	21	5,7%
Otra patología digestiva	21	5,7%
Otra patología endocrino-metabólica	21	5,7%
Otras cardiovasculares	20	5,4%
Patología vascular	18	5,4%
Patología ORL	16	4,4%
Hepatopatía	15	4,1%
Patología oftalmológica	14	3,8%
Patología reumatológica	14	3,8%
Asma	12	3,3%
Patología dermatológica	8	2,2%
Síndromes inmunológicos / VIH	7	1,9%
Otras patologías renales	1	,3%
Patología ginecológica	1	,3%
Total	367	100,0%

Se observó un aumento significativo en la frecuencia de los problemas de salud, en los grupos de mayor edad: HTA, dislipemias, diabetes mellitus, fibrilación auricular, ACV, cardiopatías e insuficiencia renal crónica.

El número de fármacos prescritos se relacionó con la edad. A mayor edad, mayor número de fármacos, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,002$). Un 5,4% de los pacientes no consumían ningún fármaco. Un 21% de los pacientes tenían entre 5 y 6 fármacos prescritos. Un 20,5% tenían pautados entre 7 y 8 fármacos.

Se consideró polimedicación al consumo de 6 o más fármacos al día, por ser el criterio que el SERGAS ha seguido en su programa de atención a pacientes crónicos polimedificados²². El 55,9% de nuestros pacientes estaba polimedicado. El grupo con mayor porcentaje era el comprendido entre 68 y 86 años, en el que el 75,8% cumplía este criterio.

El grupo de fármacos más prescrito fue el de IBP (48,2%), seguido de los ansiolíticos (46,3%), los antidepresivos (34,1%), diuréticos (33,2%), y analgésicos no opioides (32,4%),

Con respecto a la utilización de recursos sanitarios en los últimos 6 meses, un 48,2% no había tenido ninguna consulta domiciliaria. Un 34,6% había tenido una en el último mes y el 23,7% había tenido una consulta domiciliaria en la última semana. Casi un 20% tuvo 9 o más consultas en AP y un 54,3% tuvo 5 o más consultas. Un 58% acudió en dos o más ocasiones a urgencias. Un 40,6% fue 2 o más veces al PAC. De los pacientes que más fueron a AP, un 23% también frecuentó urgencias y un 31,4% fueron al PAC ($p < 0,001$ en ambos casos).

Respecto al número de consultas realizadas por los servicios

responsables del seguimiento del paciente, un 86,9% de las mismas las realizó AP con una media de 10 consultas y una mediana 7 por paciente; un 18,8% atención especializada, con una media de 4 (mediana 3) y un 6,3% HADO, con una media de 7,8 (mediana 5).

Como podemos observar en la tabla N° 2, las correlaciones entre número de problemas y utilización de servicios sanitarios (AP, urgencias y PAC) fueron significativas, a mayor número de problemas, mayor número de visitas. La correlación entre el número de fármacos y el número de consultas en AP y en PAC también fue positiva.

Tabla 2- Relación entre número de problemas de salud y utilización servicios sanitarios

	Número de problemas de salud	
	Coefficiente de correlación	P-valor
N° de visitas por AP (6 meses)	,252(**)	<0,001
N° visitas a URG H (6 meses)	,225(**)	<0,001
N° visitas por PAC (6 meses)	,090(*)	,043
N° total de fármacos	,500(**)	<0,001

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los motivos de atención domiciliaria por PAC se muestran en la tabla 3, siendo la agitación / agresividad el de mayor frecuencia. Por grupos de edad, esto fue así en los grupos de menor edad, siendo la disnea el motivo más frecuente de atención en la edad media de la vida y la alteración del nivel de conciencia el más frecuente en los grupos de mayor edad.

Tabla 3- Motivos de atención urgente domiciliaria

	Frecuencia	Porcentaje
Agitación / agresividad	55	15,0%
Alteración nivel conciencia	42	11,4%
Mal control del dolor	41	11,2%
Disnea	39	10,6%
Otros respiratorios no disnea	32	8,8%
Síntomas gastrointestinales	31	8,5%
Fiebre	21	5,7%
Problemas sondas	16	4,4%
Mareo	14	3,8%
Mal estado general	13	3,6%
Otras neurológicas focales	8	2,2%
Dolor torácico	7	1,9%
Hemorragia	6	1,6%
Cefalea	1	,3%

	Frecuencia	Porcentaje
Otros	48	13,1%
Sin datos	4	1,1%
Total	367	100,0%

El diagnóstico en la valoración domiciliaria (tabla 4) más frecuente fue infección respiratoria (15%), seguido de patología psiquiátrica (11.7%), demencia (11.7%), patología musculo-esquelética (8.4%) y patología oncológica (8.4%). Un grupo de 23.2% engloban patología variada.

Tabla 4- Nuevos diagnósticos en la atención urgente domiciliaria

	Frecuencia	Porcentaje
Infección respiratoria	55	15,0%
Patología psiquiátrica	43	11,7%
Enfs. músculo-esqueléticas	31	8,4%
Exitus	28	7,6%
Infección urinaria	28	7,6%
Patología oncológica	25	6,8%
Demencia	13	3,5%
Retención aguda orina	12	3,3%
Gastroenteritis aguda	6	1,6%
Descompensación cardíaca	4	1,1%
EPOC / asma reagudizado	4	1,1%
Celulitis	4	1,1%
Otros	85	23,2%
Sin datos	34	9,3%
Total	367	100,0%

El tratamiento más frecuentemente pautado en domicilio fueron los analgésicos no opiodes (15,5%), seguido de los antibióticos (15,3%). En un 36,5% de los casos no figuraba anotado en la historia el tratamiento pautado. En un 18,3% de los casos el tratamiento queda etiquetado dentro del grupo "otros" (miscelánea).

La vía de administración de fármacos, más frecuente fue oral (28,1%), seguida de vía intramuscular (26,2%), Endovenosa (5,4%), inhalada (5,5%), subcutánea (4,9%).

El PAC resolvió dos terceras partes de las atenciones domiciliarias, derivando al hospital un 34,3% de las mismas, siendo mucho mayor la derivación hospitalaria de las emergencias (62,5%, $p < 0,001$).

Respecto a la derivación hospitalaria, no se observan diferencias significativas entre los distintos días de la semana. Tampoco se relacionó de forma significativa con el sexo del paciente, el número de problemas del paciente, ni el número de fármacos que tomaba. La única variable que influyó en el ingreso fue la edad. Por cada año que aumenta la edad, aumenta un 23% más.

DISCUSIÓN

A pesar de contar con la historia informatizada, la recogida de datos supuso un gran esfuerzo, debido a la dispersión de los mismos y a la falta de información en la historia, que al igual que en otros trabajos, puede ser una limitación al estudio¹. Retiramos de los resultados de las variables sociales, porque la falta de datos en las historias, les restaban credibilidad.

El estudio se realizó a lo largo de todo el año para incluir las posibles diferencias asistenciales que puede haber en las distintas épocas del año.

La media de edad fue más alta que la objetivada en otros estudios^{2,3,6}. El hecho de que casi un 60 % sea mayor de 80 años y que la tasa de atención por 1000 habitantes se acerque a 124 en este grupo respecto al 2,6 en el grupo más joven, nos indica la repercusión que el envejecimiento de la población tiene sobre los domicilios urgentes del PAC. A pesar de ello, el porcentaje de domicilios urgentes no fue de los más altos, respecto a otros estudios^{6,7,16}. Coincidiendo con otros trabajos las mujeres fueron mayoría entre los pacientes atendidos^{2,3,6,7}.

La valoración funcional basal es esencial en el diagnóstico de las personas mayores^{9,10}. Pero la mayoría de las historias no tenían datos sobre la situación funcional, de forma sistematizada. Aparecían en el contexto de una justificación a la atención domiciliaria, como parte de una valoración de dependencia, o como un episodio. La utilización de escalas de valoración funcional homologadas no fue destacable. La situación funcional se recogía más en el grupo de mayor edad, siendo en este grupo donde se dio el mayor porcentaje de inmovilizados. Como era de esperar, los pacientes más jóvenes tenían menor proporción de inmovilizados a la vez que un mayor desconocimiento de su situación funcional.

Casi un 44% de los pacientes atendidos eran inmovilizados y/o dependientes¹¹. Es probable que en la vorágine de la consulta diaria la utilización de uno u otro término unido a la falta de tiempo haya obligado en muchas ocasiones a resumir, ocasionando una pérdida de información en la historia. Aunque otro estudio de nuestra Comunidad¹² encontró que un 61% de los pacientes inmovilizados tenían una valoración funcional.

Con respecto a los problemas de salud, el grupo de pacientes de 68 a 86 años tenían una media de 4,8 diagnósticos, coincidiendo con Bilbao et al¹³ que encontraron una media de cuatro por paciente. La HTA fue el más frecuente, seguido de la dislipemia, coincidiendo con la mayoría de las publicaciones⁵. El diagnóstico de insuficiencia renal crónica figuraba en el 7,9% de los pacientes, cuando se estima que la prevalencia en España es de un 11%, según el estudio EPIRCE¹⁴, pero, el análisis distribuido por edad mostró que los mayores de 50 años si tenían la prevalencia esperada.

Cabría esperar en un grupo de edad tan elevada, con alto porcentaje de enfermedades oncológicas, demencias, ACVA, y otras comorbilidades, un mayor número de pacientes paliativos. Podría ser debido a que estos pacientes son atendidos por HADO, o a un infradiagnóstico de paliativos¹⁵.

El porcentaje de polimedicados¹⁶ parece excesivamente elevado, aunque Molina¹⁷ también encontró una prevalencia en torno al 50% en las personas mayores de 65 años.

A pesar del elevado número de consultas realizadas por AP, urgencias o PAC, casi la mitad de los pacientes no tuvo ninguna consulta domiciliaria en los últimos 6 meses, aunque casi un cuarto fue visitado en la semana anterior, probablemente debido a la sobrecarga en las consultas. Nosotros también hemos encontrado una relación significativa entre el número de problemas de salud y el número de visitas a AP y a urgencias¹⁹.

Los motivos de atención mostraron una diferencia por grupos de edad notable, con un importante peso de la agresividad/agitación en pacientes de menor edad, en probable asociación con patología psiquiátrica crónica, que es preciso estudiar con más detalle. Coincidimos con otros estudios en que la sintomatología respiratoria^{18,20} fue el motivo más frecuente de atención en la edad media de la vida. La alteración del nivel de conciencia fue el más frecuente en los grupos de mayor edad.

El diagnóstico de la valoración domiciliaria más frecuente fue infección respiratoria (15%), coincidiendo con la mayoría de los estudios^{21,22,23}, aunque la patología psiquiátrica (11.7%), y la demencia (11.7%) también son muy frecuentes.

El tratamiento más frecuentemente pautado en domicilio fueron los analgésicos no opiodes, coincidiendo con otros trabajos^{1,18}, seguido de los antibióticos. También nosotros encontramos un porcentaje muy alto de tratamientos sin anotar⁸.

La vía oral fue la más frecuente, a diferencia de otros estudios² que observaron un porcentaje mayor de utilización de la vía IM.

En cuanto a la resolución de la atención domiciliaria, varía de unos estudios a otros, remitiéndose a urgencias de un 20 a un 31 %^{18,20,21}, inferior a nuestro estudio. La diferencia significativa se produjo en las emergencias, que remitimos en un 62,5%, lo que pudo estar en relación a la gravedad de la patología

Aplicabilidad: Al recoger la muestra entre domicilios urgentes solicitados al PAC, los resultados no se pueden generalizar a toda la población, por lo que habría que realizar estudios posteriores abarcando todos domicilios realizados por AP (consultas y PAC).

INDICE DE ABREVIATURAS:

AP: Atención Primaria

AD: Atención Domiciliaria

PAC: Punto de Atención Continuada

SIAP Sistema de Información de Atención Primaria

IANUS: Historia Clínica Electrónica

HADO: Hospitalización A domicilio

HTA: Hipertensión Arterial

IBP: Inhibidores de la Bomba de Protones

ACV: Accidente Cerebrovascular/ACVA: Accidente Cerebrovascular Agudo

Via IM: vía Intramuscular.

PUNTOS CLAVE**HECHOS CONOCIDOS**

La atención domiciliaria urgente es más frecuente a personas mayores y a mujeres.

A mayor edad, mayor número de problemas y de fármacos pautados. La proporción de pacientes polimedicados es muy alta, y aumenta con la edad.

El diagnóstico más frecuente en el domicilio fue la infección respiratoria.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

La situación funcional de los pacientes está deficientemente reflejada en la historia clínica, y la utilización de escalas es minoritaria.

Los motivos de atención varían en función de los grupos de edad, siendo la agresividad/agitación el primero en jóvenes y la alteración del nivel de conciencia el más frecuente en mayores.

De los pacientes atendidos en el domicilio, aproximadamente una tercera parte necesita derivación hospitalaria para su atención, mucho más en casos de emergencia.

extrahospitalario mixto (urbano y rural). Centro de Salud 2001;9:640-5.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Oviedo A, Abril Marqués G, Arnal Clemente P, Vicente Vicente A, Hernández Lahuerta R y García Dinnbier A. Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Estudio de la demanda y estrategias para su optimización. SEMERGEN.2008;34(8):379-84.
- OMS 2005. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo xxi: el reto de las enfermedades crónicas [citado 14 Dic 2007]. Disponible en: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf
- Henares Garcia P, Verdes Montenegro J C y Alguacil Pau A I. Avisos a demanda en un centro de salud de Madrid: estudio de los avisos injustificados y aproximación a las motivaciones del paciente. SEMERGEN 2003;29(10):511-7.
- Fernández -Miera M F. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr y Gerontol.2009;44(s1):39-50.
- SIAP. Sistema de información de Atención Primaria. Actividad sanitaria urgente. Realizada en el ámbito extrahospitalario. Sistema Nacional de Salud. 2012 – 2015.
- Fernández Antuña M A. Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). SEMERGEN. 2009;35(7):321-6.
- Mancera Romero J, Guerrero Moreno M, Cárdenas Del Río J F, Ferrás Escalona M J, Ginel Mendoza L, Paniagua Gómez F. Atención domiciliaria en un servicio de urgencia extrahospitalario mixto (urbano y rural). Centro de Salud 2001;9:640-5.
- Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Muñoz Cobos F, Giménez Basallote S, Miranda Vázquez M y Ginel Mendoza L. Avisos médicos domiciliarios en un Centro de Salud urbano. SEMERGEN 2003;29(8):399-403.
- Willians E.I. Evolving methods for comprehensive assessment by general practitioners: The UK Experience. En: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, editores. Geriatric Assessment Technology: the state of the Art. Milan, Italia Editorial Kurtis 1995. P 255-264.
- Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. Mayo Clin Proc 1995; 70:890-910.
- Ferrer Arnedo Carmen. Cartera de servicios de atención primaria en el ámbito domiciliario. Jano 8-14 septiembre 2006. Nº 1.618. www.doyma.es/jano
- Rodríguez Abellón, M.J.; Calviño Cerqueiro, M; Veira Silva, M.R.L. Control de pacientes inmovilizados en el área de A Coruña. Cad. Aten. Primaria 2004; 11:205-210.
- Bilbao I, Gastaminza A M, Garcia J A, Quindimil J A, López J I, Huidrobo L. Los pacientes domiciliarios crónico y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13:188-90.
- Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) 2008;28:273-82.
- Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. Med Pal (Madrid) Vol 17: Nº 35;156-160,2010.
- Silvia Reboredo-García, Carolina González-Criado Mateo y Carmen Casal-Llorente. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014;46(Supl 3):33-40.
- 17- Molina, T.; Carballo, M.; Palma, D.; López, H.; Domínguez, J.; et al; (2012). Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. Aten Primaria. 44 (4): 216-22.
- Pérez Martín A, López Lanza J R, Robles Garcia M, Guijarro Bezanilla M, López Videras R, Dierssen Sotos T, Ramos Barrón M C. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria tendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante un año. Emergencias 2004; 16:190-195.
- Díez-Cascón González Patricia y Sisó Almirall Antoni. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(s1):3-9.
- García González Mª, Ruiz Carbajo FJ, García González M. atención domiciliaria al paciente paliativo por equipos de urgencias extrahospitalarias. Med fam Andal. 2017;2.148-153.
- Fuentes Lema, María Dolores, López Pérez, Ángel. Análisis de las urgencias extrahospitalarias en la comarca de Verín. Cad Aten Primaria Año 2008, volumen 15 Pag 29-35.

23. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M, Pedrol Clotet E. Estudio descriptivo de un servicio de atención domiciliaria continuada realizada desde urgencias. *Emergencias* 2009;21: 429-432.
24. Expósito F, Gurrea JM, Díez MJ, Belzunegui T. Estudio de la demanda de atención domiciliaria en 1995 del Servicio de Urgencias Extrahospitalario de Pamplona. *ANALES Sis San Navarra*, Vol 20, N° 2, mayo-agosto