

Efectos de un programa de atención domiciliar en geriatría sobre el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias

Effects of a Home Care Program in Geriatrics on the Number of Hospitalizations and Emergency Room Visits

Recibido: 10 Octubre 2020 | Aceptado: 26 Febrero 2021

VALENTINA GÓMEZ-SALAZAR

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0629-3647>

MARÍA CAMILA GARCÉS-MEDINA^a

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2267-4837>

DIEGO ANDRÉS CHAVARRO-CARVAJAL

Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia

Universidad Javeriana y Unidad de Geriatría del Hospital Universitario San

Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8584-3191>

JUAN FELIPE MENESES-BERNAL

SIES Salud IPS, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5878-1781>

CARLOS ALBERTO CANO-GUTIÉRREZ

Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia

Universidad Javeriana y Unidad de Geriatría del Hospital Universitario San

Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5680-7880>

JOSÉ MANUEL SANTACRUZ ESCUDERO

Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia

Universidad Javeriana, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital

Universitario San Ignacio, Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital

San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5051-3056>

^a Autora de correspondencia: maria-garces@javeriana.edu.co

Cómo citar: Gómez-Salazar V, Garcés-Medina MC, Chavarro-Carvajal DA, Meneses-Bernal JF, Cano-Gutiérrez CA, Santacruz Escudero JM. Efectos de un programa de atención domiciliar en geriatría sobre el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias. Univ. Med. 2021;62(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.enhc>

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los efectos del programa de atención domiciliar del Centro de Memoria y Cognición Intellectus en un grupo de pacientes multimórbidos y dependientes con respecto al número de hospitalizaciones y consultas a urgencias antes del ingreso al programa y un año posterior al seguimiento. **Diseño:** Fue un estudio longitudinal de antes y después. **Participantes:** Pacientes del programa de atención domiciliar del Centro de Memoria y Cognición Intellectus atendidos por geriatría domiciliar con edad igual o mayor a 65 años, con enfermedades crónicas discapacitantes o trastorno neurocognoscitivo mayor; índice de Barthel menor de 60 y seguimiento mínimo de un año en el programa de atención domiciliar. **Intervenciones:** Seguimiento de un año en el programa de atención domiciliar y entrevista estructurada a los pacientes o familiares de los pacientes para evaluar los desenlaces. **Resultados:** El promedio de hospitalizaciones se redujo de 1,91 (DE: 1,82; IC95 %: 1,50-2,32) a 0,96 (DE: 1,43; IC95 %: 0,66-1,26) con significancia estadística ($p < 0,001$). El promedio de consultas a urgencias disminuyó de forma significativa ($p < 0,001$) de 2,20 (DE: 1,91; IC95 %: 1,77-2,63) a 1,20 (DE: 1,69; IC95 %: 0,82-1,58). **Conclusiones:** Se redujo el número de vistas a urgencias e ingresos hospitalarios con diferencias estadísticamente significativas.

Palabras clave

anciano; atención domiciliaria; visita domiciliaria; hospitalización; urgencias médicas.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effects of the home care program of the Center of Memory and Cognition Intellectus in a group of multimorbid and dependent patients regards to the number of hospitalizations and consults to emergency service, before the program and one year after the follow-up. **Design:** It's a longitudinal study of before and after. **Participants:** Patients of the home care program of the Center of Memory and Cognition Intellectus, who met inclusion criteria: attended at home by geriatrician aged 65 or over, chronic diseases or dementia, cancer or others, Barthel index less than 60, minimum follow up of one year in home care program. **Main measurements:** Number of hospitalizations and visits to the emergency service, before and after the year of follow up. **Results:** The average of hospitalizations decrease from 1.91 (SD: 1.82; CI95%: 1.50-2.32) to 0.96 (SD: 1.43; CI95%: 0.66 to 1.26) with statistical significance ($p = 0.002$). The average number of visits to emergency service decreased significantly ($p = 0.0003$) from 2.20 (SD: 1.91; CI95%: 1.77-2.63) to 1.20 (SD: 1.69; CI95%: 0.82-1.58). **Conclusions:** A reduction in the number of visits to the emergency service and hospital admissions was evidenced with statistically significant difference.

Keywords

aged; house calls; hospitalization; emergencies.

Introducción

En el mundo, el envejecimiento poblacional está marcando una transición en diferentes aspectos sociales, culturales, económicos y del mercado laboral (1). También una transformación en los perfiles de enfermedades, pues han aumentado las enfermedades crónicas no transmisibles (2, 3) y hay una mayor prevalencia de multimorbilidad (4, 5). Asociado con esto se ha incrementado la prevalencia de las demencias (6, 7) y de patologías con dependencia funcional, lo que ha llevado a generar modalidades de atención para satisfacer esta demanda, en particular la atención domiciliaria (1).

Wieland et al. (8) definieron las visitas domiciliarias como un modelo de atención en salud en la residencia del paciente con el objetivo de promover, frenar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad. Los programas de atención domiciliaria se definen como un servicio sanitario que pretende proveer atención médica

continua a pacientes con condiciones especiales, quienes no pueden acudir de manera ambulatoria y que no requieren una hospitalización para resolverlas (9). Este cuidado se puede presentar en diferentes escenarios: para los pacientes con dependencia funcional o discapacidad que son incapaces de acudir a la consulta ambulatoria, y que es un primer nivel de atención, o como hospitalización domiciliaria, para evitar la sobreocupación de camas en los hospitales (10, 11).

En Colombia se implementó la atención domiciliaria como una opción para los pacientes crónicos que se encontraban afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales, para responder a la necesidad indicada por fallos jurídicos, los cuales requerían la prestación de servicios médicos y de rehabilitación en los domicilios.

Actualmente, la atención domiciliaria la ofrecen diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud dedicadas exclusivamente a esta rama, la cual se ha tornado más atractiva, porque ha logrado disminuir la ocupación hospitalaria y optimizar los costos. Por lo general, esta atención la llevan a cabo médicos generales (12). A pesar del cambio poblacional, de las necesidades de los pacientes ancianos y del crecimiento de la geriatría y la psicogeriatría en el país como respuesta a estos (13, 14), son escasos los programas en esta modalidad dirigidos a las personas mayores, por lo que es importante conocer y valorar sus beneficios, sobre todo cuando en la literatura respecto a la atención domiciliaria en geriatría en Colombia no existe información que aporte datos concretos. Resulta, entonces, pertinente llevar a cabo un estudio que evalúe el efecto de los programas de atención domiciliaria en cuanto a diferentes variables, como el número de hospitalizaciones e ingresos a urgencias, dado su impacto en la vida de las personas mayores, sus familiares y en el Sistema de Salud. Adicionalmente, describir las características de la población usuaria, para establecer un panorama más claro de los beneficios de la atención domiciliaria en nuestro país.

Materiales y métodos

Diseño: es un estudio longitudinal de antes y después.

Población de estudio: se basa en las historias clínicas de la población del programa de atención domiciliaria del Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio, del 2011 al 2016, que cumplieran con criterios de inclusión y los resultados de una entrevista estructurada realizada a los pacientes o familiares de los pacientes que cumplieron un año de seguimiento.

Criterios de inclusión: pacientes atendidos por geriatría domiciliaria con edad igual o mayor a 65 años; morbilidad de base: enfermedades crónicas discapacitantes y trastorno neurocognoscitivo mayor, entre otras; funcionalidad básica: Barthel menor de 60; seguimiento mínimo de un año en el programa de atención domiciliaria.

Criterios de exclusión: datos incompletos, menos de 8 visitas domiciliarias en el año de seguimiento, no aceptación en el momento del seguimiento telefónico.

Intervención: se evaluó el efecto del programa de atención domiciliaria del Centro de Memoria y Cognición Intellectus en Bogotá D.C. (Colombia). Es un programa a cargo de especialistas en geriatría y psicogeriatría que realizó un seguimiento a un año brindando mínimo ocho citas de control domiciliaria. La población objetivo fueron personas de la tercera edad, con alta carga de morbilidad, discapacidad física o mental, multiconsultadores de servicios de salud tanto de especialidades como hospitalizaciones, complejidad en el manejo crónico y dificultades de traslado a consulta externa.

Metodología de recolección de datos: muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se revisaron los listados de los pacientes atendidos por el programa de atención domiciliaria del Centro de Memoria y Cognición Intellectus del Hospital Universitario San Ignacio, del 2011 al 2016. A partir de la lista

de pacientes, se determinó la elegibilidad para el estudio mediante la revisión de las historias clínicas y seleccionando mediante los criterios de inclusión y exclusión. Una vez establecidos los datos de los pacientes que cumplieron con estos criterios, se recolectó la información inicial en la base de datos, que incluyó datos sociodemográficos, número telefónico extraído de la historia clínica electrónica, características clínicas y de funcionalidad. A aquellos quienes habían cumplido un año de seguimiento, se les aplicó una entrevista telefónica estructurada que indagó acerca del número de ingresos a urgencias y de hospitalizaciones, la cual se encuentra en el anexo, al final del artículo. Dos médicos entrenados en los instrumentos utilizados, ya mencionados, recolectaron la información.

Como variables de desenlace se consideraron el número de hospitalizaciones y el número de consultas a urgencias. Por otro lado, dentro de las variables demográficas, se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil y el estrato socioeconómico, el cual se clasificó como bajo, medio y alto (siendo 1 y 2 bajo; 3 y 4 medio, y 5 y 6 alto).

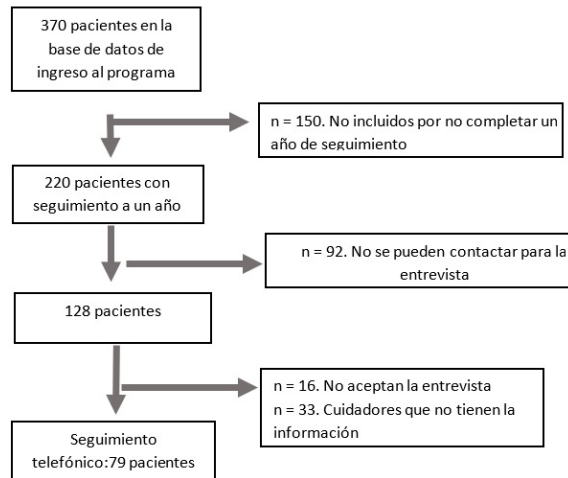
Plan de análisis: para el análisis descriptivo de la información, las variables continuas se reportan en promedios y desviaciones estándar. En el caso de variables con distribución normal, se presentan en medianas, y en rangos intercuartílicos en caso de no cumplir este supuesto. Las variables categóricas se reportan en frecuencias y porcentajes. Para establecer la diferencia entre dos variables dependientes se utilizó la prueba t-test pareada, que determina la eficacia diferencial pre-post intervención en las hospitalizaciones y consultas a urgencias. Para todos los análisis se estableció un margen de error del 0,05 y una confiabilidad del 95 %. El paquete estadístico utilizado fue Stata, versión para Windows.

Resultados

Dentro de los pacientes evaluados en la atención domiciliaria del Centro de Memoria y Cognición Intellectus, desde el 2011 al 2016, encontramos

en total 370 pacientes. De ellos ingresaron al estudio 79 que cumplieron con los criterios de inclusión (figura 1).

Figura 1.
Esquema del estudio



La edad promedio de los pacientes seleccionados para el estudio fue de 83,51 años (DE: 9,22 años), 55 pacientes (69,62 %) fueron mujeres. En cuanto a la pertenencia a diferentes estratos socioeconómicos, un 65,8 % correspondía a estratos socioeconómicos medio y bajo. Más del 60 % de los pacientes completó la educación primaria; el 17,72 % de los pacientes, la secundaria, y el 17,72 % de los pacientes, una tecnología. El estado civil más frecuente fue el de viudez, en un 44 %, y el 29,11 % de los pacientes refería contar con una pensión. El promedio de enfermedades y medicamentos fue de 5,93, con una DE de 2,95 (IC95 %: 5,27-6,59), y de 6,53, con una DE de 3,20 (IC IC95 %: 5,81-7,24), respectivamente (tabla 1).

Tabla 1
Características de la población estudiada

Característica	n	
Edad promedio	83,51	DE: 9,22
Sexo		
Hombre	24	30,38 %
Mujer	55	69,62 %
Estrato		
Bajo	6	7,59 %
Medio	46	58,23 %
Alto	27	34,18 %
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	1,27 %
Primaria	49	62,03 %
Técnica	14	17,72 %
Universitaria	1	1,27 %
Estado civil		
Casado	25	31,65 %
Viudo	35	44,30 %
Soltero	13	16,46 %
Unión libre	1	1,27 %
Pensión	23	29,11 %
Número promedio de enfermedades	5,93	DE: 2,95; IC95 %: 5,27-6,59
Número promedio de medicamentos	6,53	DE: 3,20; IC95 %: 5,81-7,24
Especialidad		
Geriatría	37	46,84 %
Psicogeriatría	12	15,19 %
Geriatría y psicogeriatría	30	37,97 %

DE: desviación estándar.

Dentro del estudio, con respecto a las patologías más frecuentes, encontramos hipertensión arterial (73,42 %), trastorno neurocognoscitivo mayor (63,2 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (32,91 %), hipotiroidismo (26,58 %), diabetes mellitus tipo 2 (24,05 %) e infección de vías urinarias (21,5 %). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, se encuentra con mayor prevalencia la enfermedad coronaria y la fibrilación auricular. Por otro lado, solo un paciente era usuario de gastrostomía.

Para complementar esta información acerca de las enfermedades encontradas, se encontró que las neoplasias más frecuentemente fueron de mama y piel (2,53 % cada una), y como complicaciones de diferentes síndromes geriátricos se encontró un 10,13 % de los pacientes que cursaron con lesiones por presión. Además, se evidenció que el 12 % de los pacientes padecía de alguna deficiencia nutricional (hierro, vitamina D o cianocobalamina).

Dentro de la clasificación de trastornos neurocognoscitivos, encontramos la enfermedad de Alzheimer como la más prevalente, en un 29,11 % de los pacientes del estudio. Otras etiologías fueron vasculares (5,06 %), cuerpos de

Lewy (2,53 %) y mixta (18,99 %). La mayoría de los pacientes se encontraba en un estadio avanzado de la enfermedad, en un porcentaje del 40,51 %; seguido de estadio moderado y leve, en un 20,25 % y un 2,53 %, respectivamente. Con respecto a síntomas neuropsiquiátricos, el más frecuente fue agresividad, en un 18,99 %; seguido por depresión, en un 16,46 %.

La patología neurológica más común, después del trastorno neurocognoscitivo mayor, fue la enfermedad cerebrovascular, con un porcentaje del 15,19 %

En el momento del ingreso al programa, el promedio de medicamentos fue de 6,53 por persona, especialmente antihipertensivos (46,84 %), inhibidores de bomba de protones (41,77 %), antipsicóticos (37,97 %), analgésicos (36,71 %) y antiagregantes (32,91 %). Otros medicamentos comúnmente prescritos fueron los inhibidores de recaptación de serotonina (26,58 %), inhibidores de acetilcolinesterasa (8,86 %), memantina (7,59 %) y benzodiacepinas (6,33 %) (tabla 2).

Tabla 2
Medicamentos prescritos a los pacientes

Grupo de medicamento	n	%
Antihipertensivos	37	46,84
Inhibidores de bomba de protones	33	41,77
Antipsicóticos	30	37,97
Analgésicos	29	36,71
Antiagregantes (ácido acetil salicílico-clopidogrel)	26	32,91
Levotiroxina	24	30,38
Estatinas	22	27,85
Inhibidor de recaptación de serotonina	21	26,58
Antiepilépticos	15	18,99
Antidiabéticos orales	14	17,72
Inhibidores de acetilcolinesterasa	7	8,86
Memantina	6	7,59
Benzodiacepinas	5	6,33
Antiparkinsonianos	5	6,33
Antitrombóticos	3	3,80
Anticoagulantes orales	1	1,27

En relación con los desenlaces de interés, el número promedio de hospitalizaciones se redujo de 1,91 (DE: 1,82; IC95 %: 1,50-2,32) a 0,96 (DE: 1,43; IC95 %: 0,66-1,26) con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0002$). El número promedio de consultas a los servicios urgencias disminuyó de forma significativa ($p = 0,0003$) de 2,20 (DE: 1,91; IC95 %: 1,77-2,63) a 1,20 (DE: 1,69; IC95 %: 0,82-1,58).

Además, se encontró, respecto a la funcionalidad, una disminución de 40,56 (DE: 33,05; IC95 %: 33,16-47,97) a 31,64 (DE: 31,24)

al año de seguimiento, con un valor de . de 0,025, que es estadísticamente significativo (tabla 3).

Tabla 3
Desenlaces de hospitalizaciones y consultas a urgencias antes de un año y después de este

Desenlaces	Antes del ingreso al programa	Después de un año	Valor de p
Número promedio de hospitalizaciones	1,91 (DE: 1,82; IC95 %: 1,50-2,32)	0,96 (DE: 1,34; IC95 %: 0,66-1,26)	0,0002
Número promedio de consultas a urgencias	2,2 (DE: 1,91; IC95 %: 1,77-2,63)	1,20 (DE: 1,69; IC95 %: 0,82-1,58)	0,0003

DE: desviación estándar;
IC: intervalo de confianza

Discusión

En nuestra población encontramos un perfil sociodemográfico particular, dado por una población de predominio femenino, mayores de 80 años, viudas, con escolaridad básica primaria y sin pensión.

Es llamativo el bajo número de pacientes institucionalizados en hogares de cuidado, a pesar de la alta frecuencia de personas con trastornos neurocognoscitivos mayores en estadios moderados y avanzados, dependencia en actividades básicas de la vida diaria en promedio moderada y con alta frecuencia de síntomas comportamentales, panorama que se convierte en unas de las principales causas de ingreso a estas unidades de larga estancia. Aunque no es conclusivo por las características de este estudio, una posible explicación sería la alta mortalidad de este grupo, que no permite seguimientos a largo plazo. En un estudio retrospectivo en Cuba, en el 2010, el 30,2 % de las personas fallecía durante el primer año de ingreso a la institución, y el 40,5 %, entre el primer y el tercer año (15).

En nuestro estudio se demostró que la población tiene alta frecuencia de demencias, al ser la segunda patología más encontrada, entre ellas la enfermedad de Alzheimer (primera causa), lo que concuerda con lo descrito en la literatura (16), aunque se presenta en una proporción menor. Los síntomas comportamentales más frecuentes son agresividad, depresión y ansiedad, lo que explica el alto uso de antipsicóticos y antidepresivos. El hecho de que más del 40 % se encuentre en estadio severo de la enfermedad implica un aumento del riesgo de desarrollar síndromes

geriátricos, como inmovilidad, desnutrición y lesiones por presión. Este escenario explica que el programa cuente con especialistas en psiquiatría y geriatría.

La población es multimórbida, con un promedio de 5,93 enfermedades por persona, con hipertensión arterial como la primera en frecuencia y los trastornos neurocognoscitivos mayores en segundo lugar. Las enfermedades respiratorias, metabólicas y cardiovasculares son también comunes, lo que conlleva un alto uso de medicamentos. La población del estudio tiene un promedio de 6,53 medicamentos, lo que se considera polifarmacia. Este último término tiene distintas definiciones por el número de medicamentos (más de 3 o 5) o por fármacos innecesarios (17).

Nuestros resultados se contrastan con los del estudio de Cano-Gutiérrez et al. (18), en el 2016, donde se evidencia un perfil de personas similar, con predominio de mujeres y baja escolaridad, con una frecuencia de condiciones crónicas que no incluye dentro de las principales las enfermedades neurodegenerativas o psiquiátricas y, por lo tanto, el perfil de medicamentos está dado para enfermedades cardiometabólicas y pulmonares. Sin embargo, en un análisis secundario de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), realizada en Bogotá en el 2012, se documentó que la depresión es una enfermedad prevalente, con un porcentaje del 26,3 %, y la población con este diagnóstico tenía características similares a la población del estudio actual: el ser mujer, el bajo nivel educativo, el no ser pensionado, el antecedente de hipertensión arterial, la enfermedad mental diagnosticada, entre otros (19). Así, en este estudio, un gran porcentaje de pacientes domiciliarios reporta uso de antipsicóticos e inhibidores de la receptación de la serotonina.

Hay una baja frecuencia de pacientes con neoplasia o en cuidado paliativo, esto es debido a un sesgo de selección de los pacientes, dado que no se incluyen en el programa y son derivados a otros prestadores.

El seguimiento de 12 meses asegura, al menos, 8 visitas para cada paciente, por ser un modelo de

atención especializada programada, lo que hace posibles intervenciones efectivas y con impacto en el paciente y su entorno familiar, como lo han descrito algunos investigadores (20).

El estado funcional basal de los pacientes, específicamente para actividades básicas de la vida diaria, refleja un grado de dependencia moderado en la media y un declive significativo al año del programa, lo cual está directamente relacionado con el perfil de morbilidad de esta población y con el curso natural de las enfermedades crónicas y degenerativas (21).

Destaca la reducción en el número de visitas a servicios de urgencias e ingresos hospitalarios, con una diferencia estadísticamente significativa. Esto se podría explicar por varias razones: la continuidad de la visita mensual permite un mayor tiempo de educación al familiar sobre la condición del paciente, hace que se autorregule la visita a centros hospitalarios, evita complicaciones de su condición y se ha construido la figura de “médicos de cabecera”, de tal forma que los pacientes y sus familiares no consultan sin una opinión previa. En un estudio español realizado en el 2011 con una población muy similar a la nuestra de 157 pacientes geriátricos crónicos, seguidos durante un año en atención domiciliaria y con posibilidad de acceso telefónico, mostró una disminución de forma significativa en el número de consultas a centros de salud a demanda o programadas (20).

En nuestro estudio llevamos a cabo análisis adicionales, usando una regresión lineal simple y otros modelos de regresión logística multivariada, donde el bivariado de esta no evidencia una asociación significativa entre edad, sexo, número promedio de enfermedades y medicamentos, estado funcional, con respecto a los desenlaces de número de hospitalizaciones o consultas a urgencias.

Conclusiones y recomendaciones

Este, al ser un estudio longitudinal de antes y después, es un diseño alternativo cuando no es posible aleatorizar una intervención ni disponer de un grupo control. La desventaja es que no

se puede controlar la homogeneidad del grupo ni controlar factores externos a la intervención. Sin embargo, la disminución en el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias hace pensar que se debió principalmente al tratamiento realizado, pues a pesar de la evolución propia de las enfermedades referidas y al incremento de la edad de los pacientes, al inicio de la intervención eran mayores las consultas a urgencias y las hospitalizaciones.

Los resultados de este estudio dan pie para ampliar la investigación sobre este tipo de programas, pues en Colombia son necesarias las investigaciones que den cuenta de los desenlaces procedentes de trasladar el servicio médico especializado hasta el domicilio de los pacientes.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflictos de intereses con la revista.

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital San Ignacio, en especial al Centro de Memoria y Cognición Intellectus, por permitirnos realizar este estudio en sus instalaciones y con sus pacientes.

Referencias

1. Navalpotro S, González ME, Martín S, Vicente MJ, Comet P, Vidal C. Oferta de servicios sociosanitarios en atención primaria para la atención a mayores de 65 años. *Gerokomos* [internet]. 2006;17:189-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400003
2. Chavarro-Carvajal D, Reyes-Ortiz C, Samper-Ternent R, Arciniegas AJ, Gutiérrez CC. Nutritional assessment and factors associated to malnutrition in older adults: a cross-sectional study in Bogotá, Colombia. *J Aging Health*. 2015;27(2):304-19.
3. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*. 2013;35(1):75-83. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>
5. Quiñones AR, Markwardt S, Botosaneanu A. Multimorbidity combinations and disability in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016 Jun;71(6):823-30. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw035>.
6. World Health Organization. 10 facts on ageing and health [internet]. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
7. Martínez-Velásquez DA, Chavarro-Carvajal DA, García-Cifuentes E, Venegas-Sanabria LC, Cano-Gutiérrez CA. Caracterización de pacientes con demencia avanzada hospitalizados por el servicio de geriatría en un hospital de alta complejidad. *Act Neurol Colomb*. 2019;35(1):15-21. <https://doi.org/10.22379/24224022228>
8. Wieland D, Ferrell BA, Ruhenstein LZ. geriatric home health care: conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991;7(4):645-64.
9. Sobreviela JME, Ramírez-Puerta D, Sánchez del Corral Usaola F. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria [internet]. Madrid: Editorial International Marketing & Communication; 2005. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
10. Sánchez Cárdenas MA. Gestión clínica de programas de cuidado

domiciliario. CES Salud Pública [internet]. 2016;7(2). Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/4091

11. Suarez Cuba MÁ. Atención integral a domicilio. Revista Médica La Paz. 2012;18(2):52-8.

12. Ley 1122 del 9 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [internet]. Congreso de la República. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

13. Reyes CA. Geriatria y medicina interna. Act Méd Colomb. 1996;21(4):168-76.

14. Gutiérrez WA. Situación actual del médico geriatra en Colombia. Univ Méd. 2015;56(2):163-77.

15. López MH. El anciano institucionalizado: una caracterización desde los fallecidos. Panorama Cuba y Salud. 2014;5(4):43-6.

16. Garre Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev Neurol. 2018;66(11):377-86. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>

17. Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Rev Méd Clín Las Condes. 2012;23(1):31-5.

18. Cano-Gutiérrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3):419-24.

19. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN, Díaz N, Cano C, Tamayo N. Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Rev Colomb

Psiquiatr. 2013;43(supl 1):65-70. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.008>

20. Orueta Sánchez R, Gómez-Calcerrada Jiménez RM, Sánchez Oropesa A, Gómez-Caro Marín S, Herrera Ontañón JR, Holgado Juan C, et al. Evaluación de los resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. Rev Clín Med Fam. 2012;5(1):3-8.

21. Custodio N, Montesinos R, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Rev Neuropsiquiatr. 2019;81(4):235. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>

Anexo. Formato de llamada telefónica: entrevista semiestructurada

El Centro Intellectus del Hospital San Ignacio está realizando un estudio para evaluar el programa de atención domiciliaria. Quisiéramos saber si usted nos puede ayudar respondiendo unas preguntas. Si no desea hacerlo, puede indicarlo sin problema. Muchas gracias.

Preguntas

¿A qué estrato socioeconómico pertenece su barrio?

1, 2, 3, 4, 5 o 6

Si (don o doña) ingresó en.... Del, al programa, recuerda usted un año antes al ingreso, ¿cuántas hospitalizaciones tuvo en total? ¿Cuántas veces ha consultado el Servicio de Urgencias?

Durante el año siguiente al ingreso al programa de atención domiciliaria, ¿cuántas hospitalizaciones tuvo (don o doña) en total? ¿Cuántas veces ha consultado el Servicio de Urgencias?

Durante el último año (don o doña), ¿cuántas caídas ha presentado?

Le voy a hacer algunas preguntas sobre actividades básicas de la vida diaria. Por favor,

responda teniendo en cuenta la que se ajusta a sus hábitos actuales (los hábitos actuales de don o doña

En la actualidad, ¿cómo considera la de salud don o doña? (¿La salud de don o doña?)

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala

¿Qué tan satisfecho está con la atención médica (de don o doña) en el programa de atención domiciliaria?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Parcialmente satisfecho
4. Poco satisfecho
5. Insatisfecho

¿Qué tan satisfecho está con los trámites administrativos (por don o doña) en el programa de atención domiciliaria?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Parcialmente satisfecho
4. Poco satisfecho
5. Insatisfecho

Preguntas abiertas:

¿Qué ha sido lo mejor del programa?
¿Qué podría mejorarse del programa?

¿Cómo califica usted la labor de cuidar a don o doña?

1. Muy pesada y agotadora
2. Pesada y agotadora
3. Más o menos pesada y agotadora
4. Poco pesada y agotadora
5. Nada pesada y agotadora

¿Qué es lo más difícil de cuidar a don o doña?
¿Qué es lo más positivo de cuidar a don o doña?
¿Quiénes más cuidan o atienden a don o doña?

Pregunta para los fallecidos:
¿Cuándo falleció? Fecha: mes y año
¿Cuál fue la causa de la muerte?
¿Dónde falleció? (En el hospital, en la casa, en un hogar geriátrico, otro sitio)

<p>Alimentación</p> <p>10. Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.</p> <p>5. Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar extender la mantequilla, etc.</p> <p>0. Dependiente: necesita ser alimentado.</p>	<p>Baño</p> <p>10. Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar el patio. Es capaz de levantarse y sentarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.</p> <p>5. Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.</p> <p>0. Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.</p>
<p>Lavado</p> <p>5. Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.</p> <p>0. Dependiente: necesita alguna ayuda.</p>	<p>Traslado sillón-cama</p> <p>15. Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza sillas de ruedas, lo hace independiente.</p> <p>10. Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (por ejemplo, la ofrecida por el cónyuge) de soporte.</p> <p>5. Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.</p> <p>0. Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por parte de dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p>

<p>Vestido</p> <p>10. Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el breguero o el corsé si lo precisa.</p> <p>5. Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.</p>	<p>Deambulación</p> <p>15. Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros sin ayuda o supervisión.</p> <p>10. Necesita ayuda: supervisión física o verbal incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie.</p> <p>5. Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros. Gira esquinas solo.</p> <p>0. Dependiente: requiere ayuda mayor.</p>
<p>Aseo</p> <p>5. Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.</p> <p>0. Dependiente: necesita ayuda alguna.</p>	<p>Escalones</p> <p>10. Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.</p> <p>5. Necesita ayuda: supervisión física o verbal.</p> <p>0. Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.</p>
<p>Deposición</p> <p>10. Contiene ningún accidente: si necesita enema o supositorio, se arregla por sí solo.</p> <p>5. Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o los supositorios.</p> <p>0. Incontinente</p>	<p>Micción</p> <p>10. Contiene ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.</p> <p>5. Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.</p> <p>0. Incontinente</p>
<p>Total Barthel actual:</p>	

¿El certificado de defunción lo realizó el programa de atención domiciliaria? ¿Sí o no?

En caso de responder no, ¿quién lo hizo?

Si (don o doña) ingresó en.... del..... al programa, recuerda usted un año antes al ingreso, ¿cuántas hospitalizaciones tuvo en total?

Durante el año siguiente al ingreso al programa de atención domiciliaria, ¿cuántas hospitalizaciones tuvo (don o doña....) en total?

¿Qué tan satisfecho está con la atención médica que recibió (de don p doña?) en el programa de atención domiciliaria?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Parcialmente satisfecho
4. Poco satisfecho
5. Insatisfecho

¿Qué tan satisfecho está con los trámites administrativos que fueron necesarios (por don o doña?) en el programa de atención domiciliaria?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Parcialmente satisfecho
4. Poco satisfecho
5. Insatisfecho

Preguntas abiertas:

¿Qué fue lo mejor del programa?

¿Qué podría mejorarse del programa?