

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE DOCTORADO
INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y TRASLACIONAL EN ENFERMEDADES DE
ALTA PREVALENCIA

TESIS DOCTORAL:

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE
MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE
ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

AUTOR:

BLANCA GARMENDIA PRIETO

DIRECTORES:

PROF. DR. JAVIER GÓMEZ PAVÓN
DR. FRANCISCO SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA

Madrid, 2023

A mis padres,
a mis hermanos
y a Javi
Por estar siempre a mi lado

*“Y si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes,
luz es lo que vemos en los ojos del anciano”*

Víctor Hugo

Agradecimientos

Todo proyecto se siembra de ilusiones, como aquel que abona el esqueje de una planta imaginando el árbol que brotará de ella. Pero no cuenta entonces con que lloverá cuando no convenga, habrá sequía cuando el agua sea indispensable, soplará el viento haciendo tambalearse el tallo...

Este proyecto también sufrió las inclemencias de la vida y se tambaleó con los vaivenes del día a día. Pero no faltó quien enderezó el tallo y hoy atisbo el árbol gracias a muchos que en el camino me sujetaron.

Agradezco a mis directores de Tesis su apoyo constante. Al Dr. Francisco Sánchez del Corral, que sustentó la raíz, el tallo y las hojas con constancia, cariño, cercanía, paciencia y otras mil virtudes que le convierten en el artífice de mi insistencia y tesón por llevar a buen puerto este trabajo. Nunca me negó su ayuda ni su tiempo y siempre supo estar presente sin asfixiar el esqueje para dejarlo crecer.

Al Dr. Javier Gómez Pavón, por su plena confianza en mí, sin la cual hubiese flaqueado, no solo en el desarrollo de este proyecto sino en mi formación y crecimiento como médico y como persona. Él ha sido mi guía en la trayectoria de mi estancia en el Hospital de la Cruz Roja, al que siento como mi casa y no cambiaría por nada.

Agradezco también la inestimable ayuda y dedicación del Dr. Juan José Baztán, el cual me ha honrado con sus consejos, su sabiduría y su buen hacer como médico y como persona, afianzando con su ejemplo, mi idea de la geriatra que quiero llegar a ser.

Mi agradecimiento también a las Dras. Eva Fernández de la Puente, Ruth Aguado y Giovanna Cristofori, por estar a mi lado durante todo este largo proceso, ayudándome a sobrellevar los obstáculos del camino, haciendo más liviana la carga y obligándome a respirar cuando me faltaba el aire.

A la Dra. Beatriz Ares, que desde que emprendí el largo recorrido de esta carrera de fondo, ha sido mi sostén, mi amiga, mi maestra y nunca me ha faltado su apoyo, su consejo y su aliento, a pesar de la distancia.

No puedo dejar de mencionar a todo el Servicio de Geriatría, ya que cualquiera de sus miembros, los que están, y muchos de los que ya no trabajan en él, han sido para mí fundamentales en la ejecución de este proyecto: a todos los Adjuntos, Residentes, Trabajadoras Sociales, Enfermeras, Auxiliares y Terapeutas Ocupacionales: gracias por el cariño y las palabras de ánimo cuando más lo necesitaba.

Gracias a todos los que formaron parte del Equipo de AGD durante este largo camino, sin los que no hubiera sido posible este trabajo. Especialmente a Pilar y a Paz, por confiar incondicionalmente en mí y no dejarme caer nunca.

Al Dr. Ángel Otero, por su valiosa ayuda y dedicación, su orientación y consejo desde los inicios de este proyecto. Y a Don Juan José de la Troca, por su experiencia (y paciencia) en el exhaustivo análisis estadístico.

Y aunque estos sean mis últimos agradecimientos, ocupan en mi vida un lugar prioritario. A mi marido, Javier, por estar a mi lado, por ser mi compañero de vida en los momentos buenos y malos, por escucharme cuando ya no me quedaban fuerzas, por su ayuda y su paciencia.

A mi familia, mis padres y hermanos, y a aquellos que sembraron su ejemplo amando la profesión, dedicando su vida a los demás y haciendo de la Universidad su casa para hacerla crecer y ver crecer a los que se formaban en ella: mis abuelos.

Agradezco a la Universidad Alfonso X el Sabio el haberme proporcionado los medios para llevar a cabo mi trabajo concediéndome una beca que me ha permitido profundizar en mi investigación para tratar de llevarla a la meta. Y a este Tribunal, que me da la oportunidad de presentar el proyecto.

Y como no puede ser de otra forma: a mis pacientes y a todos aquellos mayores para los que deseo lo mejor, y a los que va dedicado este trabajo con la esperanza de facilitarles la calidad de vida que merecen por todo lo que han aportado, sin pedir nada a cambio, a la sociedad y a nuestros corazones.

Resumen

ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento progresivo de la población está definiendo un cambio de paradigma en el ámbito sanitario, con una creciente vulnerabilidad de los pacientes y, por consiguiente, una mayor demanda de cuidados continuados y recursos, tanto en entornos comunitarios como hospitalarios. Ante esta nueva perspectiva, surge una necesidad apremiante de implementar estrategias e intervenciones que prioricen la Asistencia Domiciliaria y faciliten las transiciones entre Niveles Asistenciales. Sin embargo, estas necesidades y proyecciones futuras para el manejo de pacientes mayores (PM) no podrán sostenerse ni desarrollarse adecuadamente sin una mejora constante en la Calidad Asistencial de los dispositivos de Atención Domiciliaria.

OBJETIVO: Elaborar, poner en marcha y evaluar un Plan de Mejora Continua de la Calidad (PMCC) en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD) del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja de Madrid (HUCCR), adaptado a las demandas y necesidades cambiantes del PM domiciliario. Para ello, se establece una Comisión de Calidad, y se emplean diversas herramientas para analizar la situación actual de AGD, tanto en el contexto sanitario general como dentro del HUCCR, así como las características de los pacientes atendidos en la Unidad. Todo ello para identificar áreas de mejora y desarrollar e implementar medidas concretas para abordar las priorizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de investigación aplicada, con un diseño mixto, cualitativo y cuantitativo. El componente cuantitativo es un estudio de tipo observacional, ambispectivo (retrospectivo y prospectivo), que incluye una cohorte longitudinal en diferentes periodos en el tiempo. El componente cualitativo se desarrolla mediante el uso de diferentes herramientas, como la entrevista semiestructurada a expertos, la técnica del “*Brainstorming*” o Tormenta de Ideas, el Grupo Nominal, las encuestas de satisfacción, el análisis de agradecimientos, reclamaciones y sugerencias o la Escucha Activa. En su conjunto, ambas vertientes tratan de responder a los distintos objetivos planteados, detectando Oportunidades de Mejora (OM), priorizándolas y seleccionando indicadores para evaluar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de Atención Domiciliaria. Se estableció

una Comisión de Calidad (CC) multidisciplinar para llevar a cabo, inicialmente, un estudio exhaustivo de la situación de la Unidad dentro del contexto sanitario y del propio Hospital. Durante aproximadamente un año y medio, se utilizaron las herramientas mencionadas para identificar OM, priorizarlas y seleccionar indicadores relevantes. Se realizó una revisión y monitorización continua de los resultados obtenidos para guiar el desarrollo del PMCC.

RESULTADOS: La implementación del PMCC en nuestra Unidad ha sido factible, promoviendo el trabajo en Equipo. La CC desempeñó un papel fundamental en la detección, análisis, priorización y evaluación de OM utilizando diversas herramientas. Se evaluaron los análisis previos de la Unidad y se introdujeron cambios para mejorar la Calidad Asistencial en términos de eficacia y eficiencia. Se realizaron estudios descriptivos observacionales para comprender el perfil y la evolución de los pacientes atendidos en AGD, lo que permitió identificar tendencias y áreas de enfoque para la mejora continua. Se identificaron factores asociados con resultados adversos y se diseñaron estrategias para abordarlos. Además, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la satisfacción de los usuarios y se implementaron medidas para mejorar la comunicación y la participación de los pacientes y cuidadores en su atención. Se destacaron las áreas de fortaleza y se identificaron OM en la coordinación con AP y la formación del personal.

CONCLUSIÓN: La puesta en marcha de un PMCC en la Unidad de AGD del HUCCR ha demostrado ser efectiva para mejorar la Calidad Asistencial y promover la Atención Domiciliaria centrada en el paciente. El enfoque multidisciplinar y el uso de herramientas de Calidad han permitido identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias para abordarlas. Este estudio destaca la importancia de la mejora continua en la Atención Domiciliaria para satisfacer las necesidades cambiantes de una población cada vez más envejecida y dependiente.

Palabras clave: Atención Geriátrica Domiciliaria, Atención Primaria, Paciente Mayor, Envejecimiento, Fragilidad, Valoración Geriátrica Integral, Calidad, Calidad Asistencial, Calidad en el ámbito sanitario, Diseño metodológico, Investigación cualitativa, Plan de Mejora Continua de la Calidad.

Summary

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT PLAN FOR A GERIATRIC HOME CARE UNIT

INTRODUCTION: The progressive aging of the population is defining a paradigm shift in the health care setting, with increasing patient vulnerability and, consequently, a greater demand for continuous care and resources, both in community and hospital settings. Faced with this new perspective, there is a pressing need to implement strategies and interventions that prioritize home care and facilitate transitions between levels of care. However, these needs and future projections for the management of elderly patients (MP) cannot be sustained or developed adequately without a constant improvement in the Quality of Care of Home Care devices.

OBJECTIVE: To develop, implement and evaluate a Continuous Quality Improvement Plan (CQIP) in the Geriatric Home Care Unit (AGD) of the Hospital Universitario Central de la Cruz Roja de Madrid (HUCCR), adapted to the changing demands and needs of home PM. To this end, a Quality Commission was established, and various tools were used to analyse the current situation of AGD, both in the general healthcare context and within the HUCCR, as well as the characteristics of the patients cared for in the Unit. All this to identify areas for improvement and to develop and implement concrete measures to address the prioritized ones.

MATERIAL AND METHODS: Applied research study, with a mixed qualitative and quantitative design. The quantitative component is an observational, ambispective (retrospective and prospective) study, which includes a longitudinal cohort in different periods of time. The qualitative component is developed through the use of different tools, such as semi-structured interviews with experts, the "*Brainstorming*" technique, the Nominal Group, satisfaction surveys, analysis of acknowledgements, complaints and suggestions, and Active Listening. As a whole, both aspects try to respond to the different objectives set, detecting Improvement Opportunities (OM), prioritizing them and selecting indicators to evaluate the effectiveness, efficiency and quality of Home Care services. A multidisciplinary Quality Commission (CC) was established to carry out, initially, an exhaustive study of the situation of the Unit within the healthcare context and the hospital

itself. For approximately a year and a half, the aforementioned tools were used to identify MOs, prioritize them and select relevant indicators. The results obtained were continuously reviewed and monitored to guide the development of the PMCC.

RESULTS: The implementation of the PMCC in our Unit has been feasible, promoting teamwork. The CC played a key role in the detection, analysis, prioritization and evaluation of OM using various tools. Previous analyses of the Unit were evaluated and changes were introduced to improve the Quality of Care in terms of efficacy and efficiency. Observational descriptive studies were conducted to understand the profile and evolution of patients seen in AGD, which allowed the identification of trends and areas of focus for continuous improvement. Factors associated with adverse outcomes were identified and strategies were designed to address them. In addition, a comprehensive analysis of user satisfaction was conducted and measures were implemented to improve communication and involvement of patients and caregivers in their care. Areas of strength were highlighted and OM in coordination with PC and staff training were identified.

CONCLUSION: The implementation of a PMCC in the AGD Unit of the HUCCR has proven to be effective in improving the Quality of Care and promoting patient-centered home care. The multidisciplinary approach and the use of Quality tools have made it possible to identify areas for improvement and develop strategies to address them. This study highlights the importance of continuous improvement in home care to meet the changing needs of an increasingly aging and dependent population.

Key words: Geriatric Home Care, Primary Care, Elderly Patient, Aging, Frailty, Comprehensive Geriatric Assessment, Quality, Quality of Care, Quality in Health Care, Methodological Design, Qualitative Research, Continuous Quality Improvement Plan.

Abreviaturas

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AE	Atención Especializada
AGD	Atención Geriátrica Domiciliaria
AGR	Atención Geriátrica a Residencias
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AP	Atención Primaria
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CC	Comisión de Calidad
CC.AA	Comunidades Autónomas
CEX	Consulta Externa
CFS	Clinical Frailty Scale
CONUT	Índice de Control Nutricional
CRF	Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja
CRM	Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja
C.S.	Centro de Salud
EAP	Equipo de Atención Primaria
EEUU	Estados Unidos
EIR	Enfermero Interno Residente
ESAD	Equipo de Soporte Atención Domiciliaria
FI	Factor de Impacto
GDS	Escala Global de Deterioro de Reisberg
HBPC	Home Based Primary Care
HCCR	Hospital Central Cruz Roja
HD	Hospitalización a Domicilio
HDG	Hospital de Día de Geriátrica
HUCCR	Hospital Universitario Central Cruz Roja
IB	Índice de Barthel
IF	Incontinencia Fecal
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IU	Incontinencia Urinaria
MAP	Médico de Atención Primaria
MFYC	Medicina Familiar y Comunitaria
MINT	Medicina Interna

MIR	Médico Interno Residente
OM	Oportunidad de Mejora
OMS	Organización Mundial de la Salud
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo
PCC	Paciente Crónico Complejo
PDCA	Metodología de calidad: Plan, Do, Check, Act
PM	Personas mayores
PMCC	Plan de Mejora Continua de la Calidad
SG	Síndromes Geriátricos
SPCD	Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a la Demencia
UAX	Universidad Alfonso X el Sabio
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
UGA	Unidad de Agudos de Geriátrica
UGRF	Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional
UME	Unidad de Media Estancia
UPP	Úlcera Por Presión
VGI	Valoración Geriátrica Integral

ÍNDICE

Índice

	<i>Página</i>
AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	3
SUMMARY.....	5
ABREVIATURAS.....	7
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-SANITARIOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	17
1.2. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.....	21
1.2.1. Concepto de discapacidad y dependencia	21
1.2.2. La influencia de la edad y la comorbilidad	22
1.2.3. Los cuidadores y la convivencia	25
1.2.4. Papel y coordinación de los Servicios Sociales	27
1.2.5. Situación actual y líneas de futuro	29
1.3. EL PACIENTE GERIÁTRICO.....	30
1.3.1. Tipología del paciente anciano	30
1.3.2. Indicadores de salud en el paciente anciano	31
1.4. GERIATRÍA Y NIVELES ASISTENCIALES.....	34
1.4.1. Concepto e inicios de la Geriatria	34
1.4.2. El paciente beneficiario de una Atención Geriátrica y su lugar de atención.....	35
1.4.3. Niveles Asistenciales	37
1.5. GERIATRÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.....	40
1.6. ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA	42
1.6.1. Coordinación entre Atención Primaria y el Hospital.....	43
1.6.2. Algunos datos históricos y diferentes modelos de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	46
1.6.3. Criterios generales de inclusión en Atención Geriátrica Domiciliaria.....	49
1.6.4. Funcionamiento de la Atención Geriátrica Domiciliaria en el Hospital Universitario Central de la Cruz Roja	50
1.7. LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	52
1.7.1. ¿Qué es la Calidad Asistencial?	52
1.7.2. ¿Cómo evaluar la Calidad Asistencial?	53

1.7.3. Mejora Continua de la Calidad.....	56
1.8. LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA...	62
2. JUSTIFICACIÓN.....	67
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	70
3.1. HIPÓTESIS.....	70
3.2. OBJETIVOS.....	71
3.2.1. Objetivo General.....	71
3.2.2. Objetivos Específicos	71
4. MATERIAL Y MÉTODOS	73
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	73
4.2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO SANITARIO Y DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA...	75
4.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE SU PERFIL	75
4.3.1. Estudio retrospectivo de la actividad de la Unidad en los últimos 20 años.....	75
4.3.2. Comparación de dos cohortes de pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y la coordinación con Atención Primaria.....	76
4.3.3. Variables analizadas en los estudios retrospectivos (4.3.1 y 4.3.2).....	77
4.3.4. Estudio observacional prospectivo de seguimiento de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	80
4.3.5. Variables analizadas en el estudio observacional prospectivo de seguimiento.....	81
4.3.6. Criterios de inclusión y de exclusión.....	86
4.4. DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE SITUACIONES MEJORABLES. 88	88
4.4.1. Herramientas para la detección de oportunidades de mejora.....	88
4.4.1.1. Información de la población diana (pacientes y cuidadores).....	88
4.4.1.1.1. Análisis de agradecimientos y reclamaciones.....	88
4.4.1.1.2. Creación de una cuenta de correo electrónico para sugerencias.....	88
4.4.1.1.3. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	88

4.4.1.2. Información de profesionales de la propia Unidad.....	89
4.4.1.2.1. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	89
4.4.1.2.2. Técnica del "Brainstorming" o Tormenta de Ideas.....	89
4.4.1.2.3. Técnica del Grupo Nominal	90
4.4.1.3. Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.....	91
4.4.1.3.1. Entrevista semiestructurada en profundidad a expertos.....	91
4.4.1.4. Cuestionarios de satisfacción.....	92
4.4.1.4.1. Cuestionario de satisfacción a la población usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	92
4.4.1.4.2. Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud que se coordinan con la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	93
4.4.1.4.3. Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	93
4.4.2. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	94
4.5. LUGAR DE ESTUDIO	96
4.6. REQUISITOS ÉTICOS.....	99
4.7. FINANCIACIÓN.....	100
4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	101
5. RESULTADOS	105
5.1. COMISIÓN DE CALIDAD.....	105
5.2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO SANITARIO Y DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.....	105
5.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA Y LA EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE SU PERFIL.....	113
5.3.1. Estudio retrospectivo de la actividad de la Unidad en los últimos 20 años.....	113
5.3.2. Comparación de dos cohortes de pacientes atendidos por la Unidad	

de Atención Geriátrica Domiciliaria y la coordinación con Atención Primaria.....	124
5.3.3. Estudio observacional prospectivo de seguimiento de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	131
5.3.3.1. Análisis de los factores asociados a mortalidad.....	151
5.3.3.2. Análisis de los factores asociados a visitas al Servicio de Urgencias.....	164
5.3.3.3. Análisis de los factores asociados a Ingresos Hospitalarios.....	175
5.4. DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE SITUACIONES MEJORABLES.	186
5.4.1. Herramientas para la detección de oportunidades de mejora.....	186
5.4.1.1. Información de la población diana (pacientes y cuidadores).....	186
5.4.1.1.1. Análisis de agradecimientos y reclamaciones.....	186
5.4.1.1.2. Creación de una cuenta de correo electrónico para sugerencias.....	186
5.4.1.1.3. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	187
5.4.1.2. Información de profesionales de la propia Unidad.....	190
5.4.1.2.1. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	190
5.4.1.2.2. Técnica del “Brainstorming” o Tormenta de Ideas.....	190
5.4.1.2.3. Técnica del Grupo Nominal.....	194
5.4.1.3. Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.....	196
5.4.1.3.1. Entrevista semiestructurada en profundidad a expertos.....	
5.4.1.4. Cuestionarios de satisfacción.....	196
5.4.1.4.1. Cuestionario de satisfacción a la población usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	198
5.4.1.4.2. Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud que se coordinan con la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	203
5.4.1.4.3. Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	208
5.5. LISTADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: PRIORIZACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.....	212

6. DISCUSIÓN	219
6.1. LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ENTORNO SANITARIO Y EN GERIATRÍA.....	219
6.2. COMISIÓN DE CALIDAD.....	223
6.3. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO SANITARIO Y DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.....	223
6.4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA Y LA EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE SU PERFIL.....	230
6.4.1. Estudio retrospectivo de la actividad de la Unidad en los últimos 20 años.....	230
6.4.2. Comparación de dos cohortes de pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y la coordinación con Atención Primaria.....	238
6.4.3. Estudio observacional prospectivo de seguimiento de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	241
6.4.3.1. Características descriptivas de la muestra.....	241
6.4.3.2. Análisis de mortalidad, visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios a los 6 meses de la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	250
6.5. DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE SITUACIONES MEJORABLES.	268
6.5.1. Herramientas para la detección de oportunidades de mejora.....	268
6.5.1.1. Información de la población diana (pacientes y cuidadores).....	268
6.5.1.1.1. Análisis de agradecimientos y reclamaciones.....	268
6.5.1.1.2. Coordinación y cuenta de correo electrónico.....	269
6.5.1.1.3. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	270
6.5.1.2. Información de profesionales de la propia Unidad.....	271
6.5.1.2.1. Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables.....	271
6.5.1.2.2. Técnica de “Brainstorming” o Tormenta de ideas.....	271
6.5.1.2.3. Técnica del Grupo Nominal.....	274
6.5.1.3. Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.....	278

6.5.1.3.1. Entrevista semiestructurada en profundidad a expertos.....	278
6.5.1.4. Cuestionarios de satisfacción.....	279
6.5.1.4.1. Cuestionarios de satisfacción a la población usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	279
6.5.1.4.2. Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud que se coordinan con la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	283
6.5.1.4.3. Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.....	286
6.6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	291
7. CONCLUSIONES.....	294
8. ÍNDICE DE TABLAS.....	297
9. ÍNDICE DE FIGURAS.....	301
10. BIBLIOGRAFÍA.....	306
11. ANEXOS	336
I. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.....	336
II. ESCALAS DE VALORACIÓN.....	339
III. TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL.....	345
IV. CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN Y DE MEJORA.....	351
V. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	369
VI. APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO.....	374
VII. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	376
VIII. ACTUALIZACIÓN CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA.....	377
IX. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS.....	378
X. COMUNICACIONES Y PÓSTERES A CONGRESOS.....	392
XI. PONENCIA NACIONAL.....	400
XII. TRABAJO DE FIN DE GRADO UAX.....	401
XIII. PREMIOS.....	403

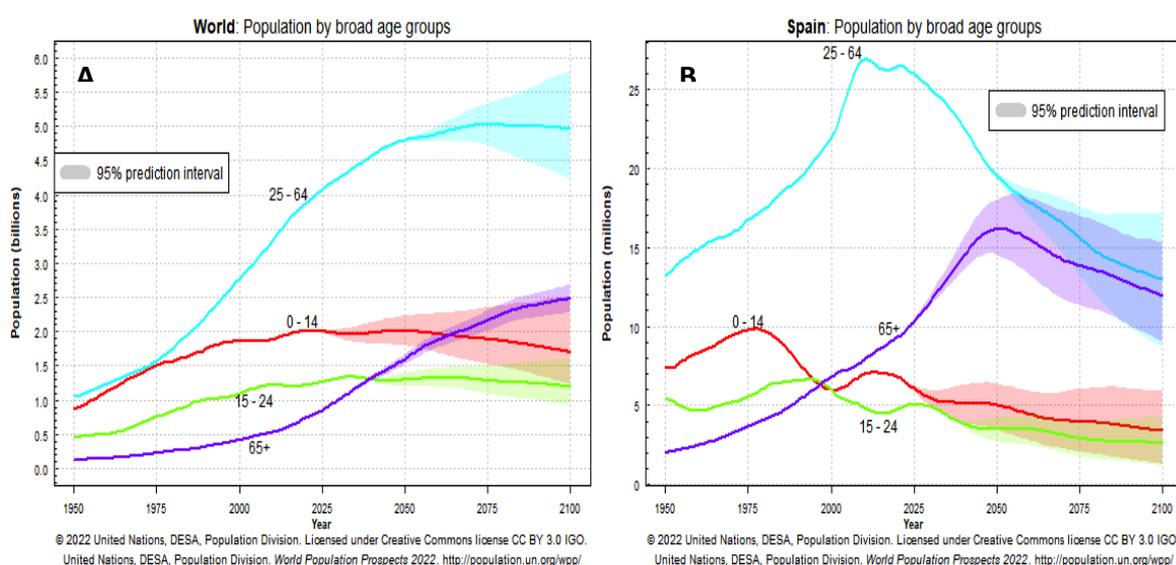
INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Aspectos demográficos y socio-sanitarios del envejecimiento.

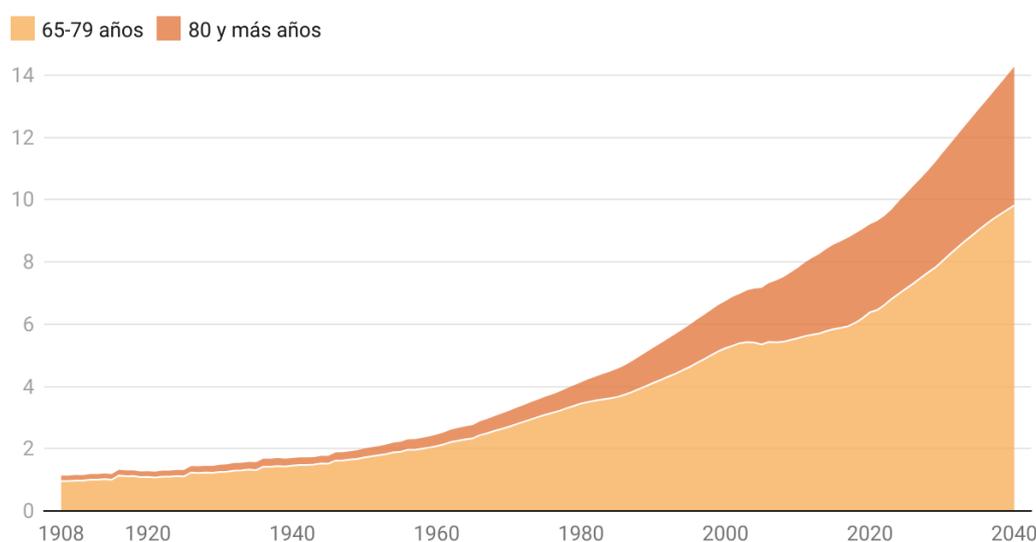
La población mundial está envejeciendo, siendo una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI con consecuencias en casi todos los sectores de la sociedad. A nivel global, los mayores de 65 años crecen en número y porcentaje, a un ritmo superior al del resto de segmentos poblacionales. Como resultado, en 2050, una de cada seis personas tendrá más de 65 años (16%) en relación al 10% registrado en 2022. De igual modo se prevé que en 2050 el número de mayores de 80 años se triplique, de 143 millones (en 2019) a 426 millones(1) (**Figura 1**).

Figura 1: Proyección de la población por grandes grupos de edad. A. Población mundial. B. Población Española



Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects 2022*. Consultado en mayo de 2023

En España, el envejecimiento también sigue un crecimiento exponencial. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)(2), España ganaría más de cuatro millones de habitantes en los 15 próximos años, y más de cinco millones hasta 2072 si se mantuvieran estas tendencias demográficas. Hace 20 años, había 6,9 millones de personas mayores de 65 años, el 17% de la población general. En el año 2023 representan un 19,9%, estimándose un 27,4% en 2040. Cabe destacar el mayor crecimiento proporcional de octogenarios, que pasarían del 6% actual al 11% de la población en 2050, en un importante proceso de sobreenvejecimiento de nuestra sociedad(2) (**Figura 2**).

Figura 2: Población de 65 y más años. España, 1908-2040

Fuente: Informes Envejecimiento enRed octubre 2023: “Un perfil de las personas mayores en España 2023”: Población de 65 años y más años. España, 1908-2040. Extraído de Human Mortality Database (HMD). Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas del Padrón Continuo (1998-2022) y Proyecciones de población (2023-2040). Consultado en mayo de 2023

Del mismo modo, los centenarios empiezan a hacerse notar. En 2017 vivían en España 12.183 centenarios, dieciséis veces más que en 1970. Su evolución se ha mantenido estable hasta principio de este siglo, pero en los últimos años aumenta notablemente, y lo hará aún más en las próximas décadas. Pasarían de las 19.639 personas en la actualidad (1619 más que el año anterior), a 226.932 en 2072, con una importante influencia a partir de 2030, con la llegada de las cohortes del *baby-boom* (los nacidos entre 1958-1977)(2).

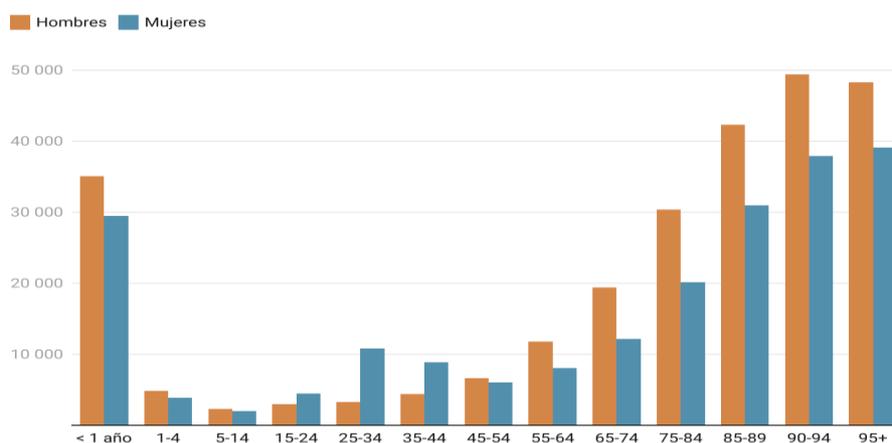
En la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), la tasa de envejecimiento (65 años y más) es algo inferior a la media española (18,4% vs 20,1%) con una población de edades muy avanzadas (80 y más años) (5,54%) y de centenarios (0,03%) similar a los parámetros nacionales (6,1% y 0,03% respectivamente)(3).

La esperanza de vida se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, pese a la disminución en 1,25 años respecto al año 2019 por la situación excepcional que ha significado la pandemia de la COVID-19(4). En 2050, el 44,1% de la población española será mayor de 60 años, con una mediana de 55,2 años, frente a la global mundial de 36,2 años, pudiendo llegar a ser el país más envejecido del mundo(1). En 2022, la esperanza de vida en España a los 65 años se situó en 19 años para los hombres y 23 para las mujeres(2). Sin embargo, como consecuencia de la transición epidemiológica, la esperanza de vida se debe acompañar de datos de morbilidad, discapacidad y calidad de vida como mejores indicadores

de salud en la población mayor. La esperanza de vida en buena salud (libre de limitaciones funcionales o discapacidad) es menor en las mujeres que viven un 43,8% del tiempo en buenas condiciones, frente a los hombres con un 55,7% (2).

Es de especial relevancia el aumento actual de la prevalencia de enfermedades crónicas, con importantes efectos en la calidad de vida de las personas mayores (PM) y en la de sus cuidadores, suponiendo un importante impacto sobre la utilización de los recursos sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y del 75% del gasto sanitario público. En la Encuesta Europea de Salud en España (EESE 2020)(5) el 94,4% de hombres y el 89,4% de mujeres de 85 años y más, presentaban alguna enfermedad o problema de salud crónico y un 19,5% de los mayores de 65, tenían dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria (ABVD); a partir de los 85 años, esta dificultad asciende hasta el 39,3% en hombres y 60% en mujeres. Más de la mitad de todas las estancias en hospitales son de población mayor: en 2021 fueron un 57,5% (con estancias más prolongadas) siendo las causas más frecuentes las enfermedades circulatorias (20,4%), digestivas (12,1%) y neoplásicas (11,2%)(2) siguiéndoles las respiratorias (segunda causa más común en 2020), las lesiones y envenenamientos, las infecciosas y parasitarias y las enfermedades genitourinarias. Igualmente, la edad y el sexo masculino, se asocian a peores estados de salud, cronicidad y a una mayor morbilidad hospitalaria (**Figura 3**). Si a esto añadimos complicaciones frecuentes durante la hospitalización de las PM (delirium o deterioro funcional, en casi el 30% de ellos), con las implicaciones en salud y costes que conllevan, se convierte en una situación de gran preocupación para las autoridades sanitarias.

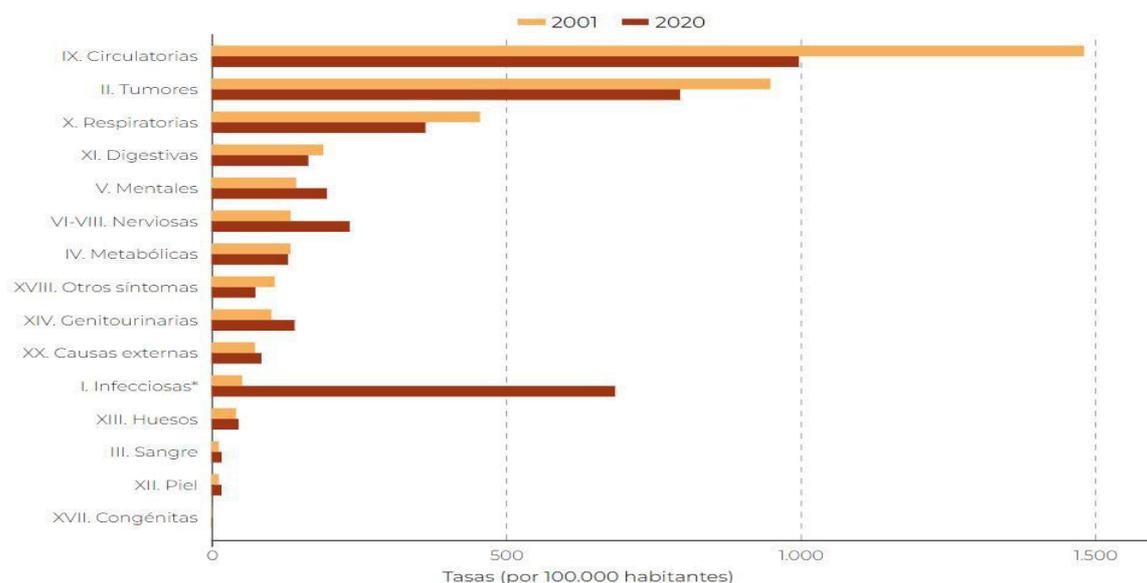
Figura 3: Tasas de morbilidad hospitalaria/100.000 habitantes por grupo de edad y sexo. España, 2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (2021). Envejecimiento enRed octubre 2023: “Un perfil de las personas mayores en España 2023”. Consultado en mayo de 2023

Según datos del INE el 86% de todos los fallecidos en España en 2021 tenían 65 y más años, porcentaje mayor que el año anterior y que contrasta significativamente con las cifras a principios del siglo XX (30%), dada la importancia de la mortalidad infantil(2,6). Las principales causas de muerte están relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, seguidas del cáncer, las enfermedades infecciosas (incluidos los casos de COVID-19 confirmados y sospechosos) y, las respiratorias. Destaca el aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros (**Figura 4**).

Figura 4: Tasa de mortalidad de la población española de 65 y más años por tipo de causas (2001-2020)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte y cifras de población a 1 de julio. Envejecimiento enRed Septiembre 2022: “Un perfil de las personas mayores en España 2022”. Consultado en marzo de 2023

En definitiva, el progresivo envejecimiento poblacional en España, exige la necesidad de evaluar sus implicaciones sobre el Sistema Sanitario, valorando la adaptación de su organización, y una nueva estrategia para el abordaje asistencial a las PM.

1.2.- Discapacidad y dependencia.

Como hemos visto, el envejecimiento de la población a escala mundial, es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando el interés desde múltiples ámbitos (político, económico, sociológico, sanitario y de investigación científica) por sus enormes consecuencias, que se acentuarán en los próximos años. El progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes, da lugar a la necesidad creciente de cambio en los modelos sanitarios, prevención y asistencia a la discapacidad y a la dependencia que el envejecimiento poblacional está produciendo.

1.2.1.- CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

La **discapacidad** ha sido abordada por diferentes grupos a lo largo del tiempo. Autores como Saad Nagi (1965), Verbrugge y Jette (1994) plantearon la misma como *“el resultado final de proceso que tiene lugar desde los trastornos de salud hasta las pérdidas funcionales”*. Definen una transición desde la aparición de una enfermedad, la resultante deficiencia en algún sistema u órgano del cuerpo, las limitaciones en el funcionamiento que de estas deficiencias se derivan y, por último, la expresión de las limitaciones funcionales como discapacidad para llevar a cabo las ABVD(7). Posteriormente, en la 54^o Asamblea Mundial de la Salud(8) se aprobó la *”Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud”*, en la que la discapacidad se orienta como un término *“paraguas”* para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo que presenta una alteración de la salud y su entorno(7,8).

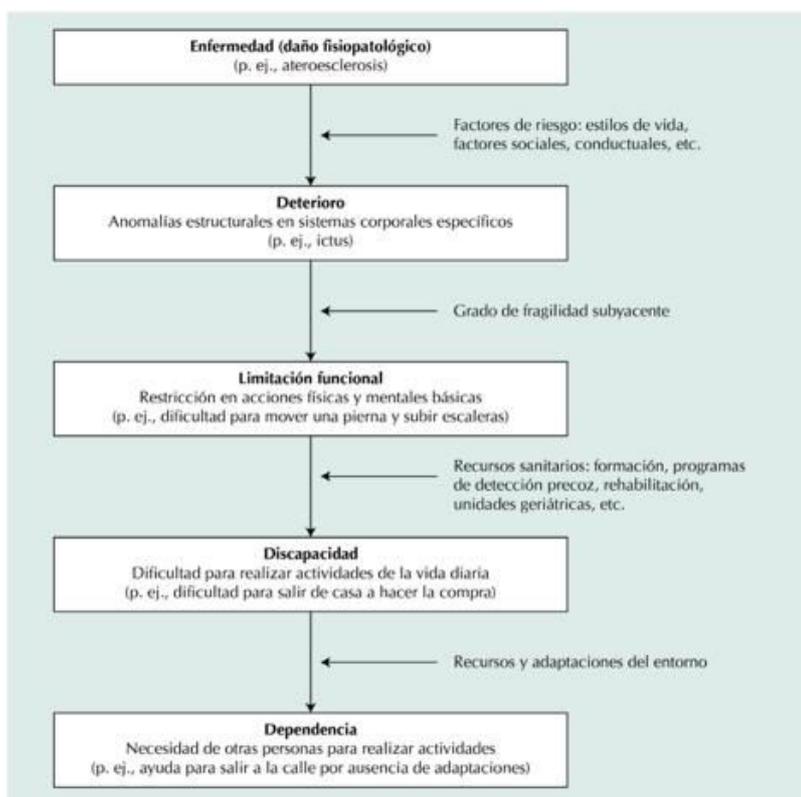
Respecto a la **dependencia**, en septiembre de 1998, el Comité de Ministros del Consejo de Europa la define como la concurrencia de tres factores: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, la incapacidad del individuo para realizar por sí mismo las ABVD (*discapacidad*) y, en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidado por parte de un tercero, cuando esta dificultad no ha podido ser compensada con la adaptación del entorno(9) (**Figura 5**).

En España, la Ley 39/2006 del 14 de diciembre (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) adapta la definición anterior y la entiende como *“un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o en el*

caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”(10).

Por tanto, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, pudiendo existir diversos grados de la primera, sin que exista necesariamente siempre una situación de dependencia(9).

Figura 5: Relación entre enfermedad, discapacidad y dependencia y los factores que pueden condicionar su progresión



Fuente: Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención Sanitaria a los mayores. Capítulo 70: Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano

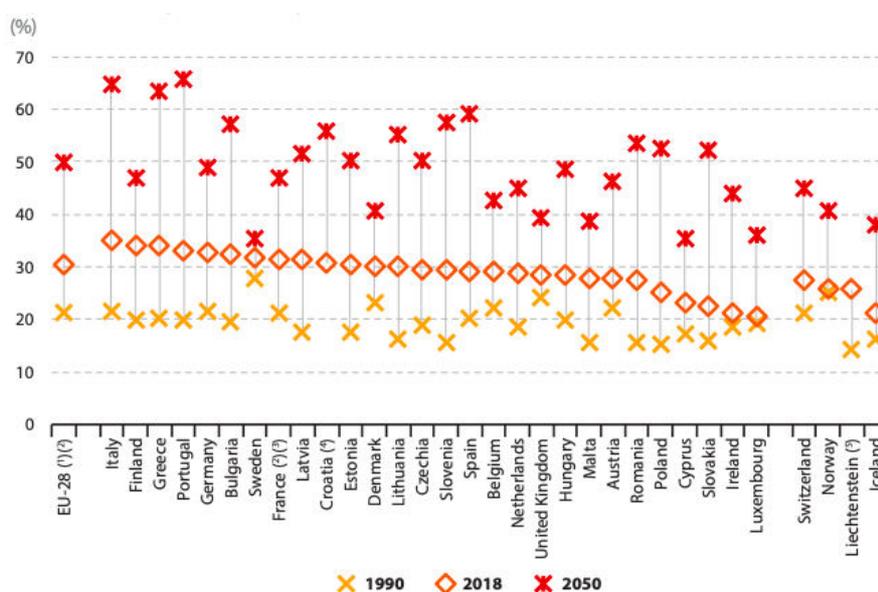
1.2.2.- LA INFLUENCIA DE LA EDAD Y LA COMORBILIDAD

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pero la principal causa de ello es la enfermedad, y no la edad en sí misma, como consecuencia de la combinación de cambios fisiopatológicos relacionados con la misma (fragilidad y síndromes geriátricos-SG), enfermedades crónicas y procesos agudos o intercurrentes. El progresivo control de los procesos crónicos graves ha llevado a un crecimiento de las afecciones degenerativas en la población mayor, que, a su vez, causan

mayor dependencia. Es evidente la fuerte asociación entre este binomio, además condicionado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales.

La tasa de dependencia de la tercera edad en 2001 en la UE-28 era del 23,5%, es decir, había algo más de cuatro personas en edad de trabajar por cada persona de 65 años o más. En 2018, esta tasa fue del 30,5%, y las proyecciones de población sugieren que en 2050 alcanzará cifras de hasta el 49,9%. Entre 2018 y 2050, se prevé que los ratios de dependencia de la tercera edad de España, junto con Eslovaquia, Irlanda y Polonia, aumenten a un ritmo superior a la media(11) **(Figura 6)**.

Figura 6: Tasa de dependencia de la tercera edad, 1990, 2018 y 2050

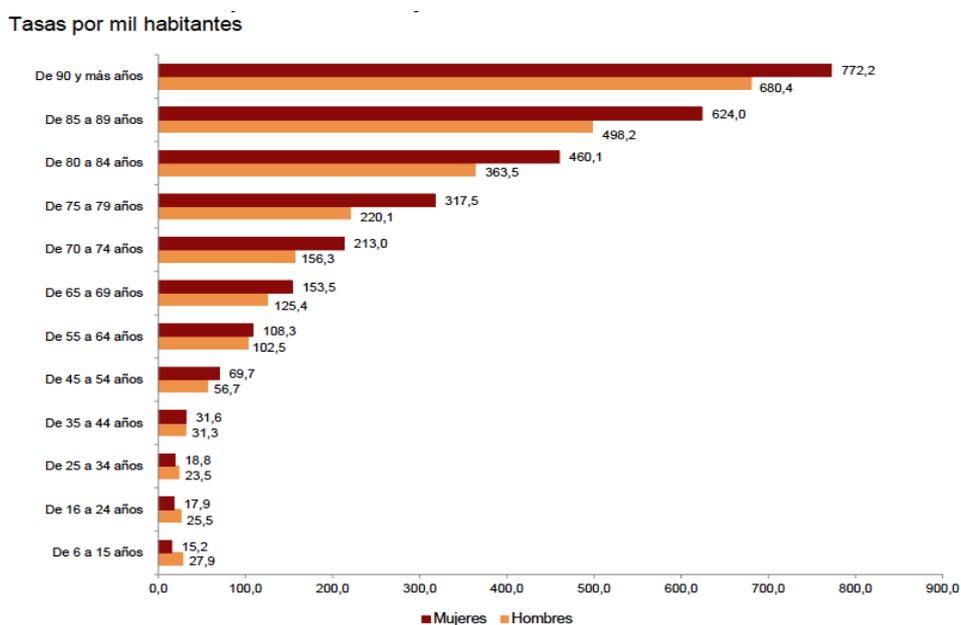


Fuente: Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 Edition. Extraído de: Eurostat (online data codes: demo_pjanind and proj_18ndbl). EUROPOP 2018. Consultado en marzo de 2023

El envejecimiento poblacional ejerce una papel importante en las tendencias de la discapacidad. A nivel nacional, en la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) publicada en el año 2020 (12), un total de 4,32 millones de personas de seis y más años (94,9 de cada mil habitantes), presentaban alguna discapacidad (1,77 millones de hombres y 2,55 millones de mujeres), lo que supone un aumento del 14% respecto a la anterior encuesta realizada en 2008. En este contexto, la CAM se encuentra entre las comunidades autónomas (CC.AA) con menores tasas de la misma (80,7/1000 habitantes) junto con las Islas Baleares (79/1000) y la Comunidad Foral de Navarra (79,6/1000), sobre el total nacional (97/1000). En este análisis, se objetivaron los problemas de movilidad como el tipo de discapacidad más frecuente (55,7%), ascendiendo

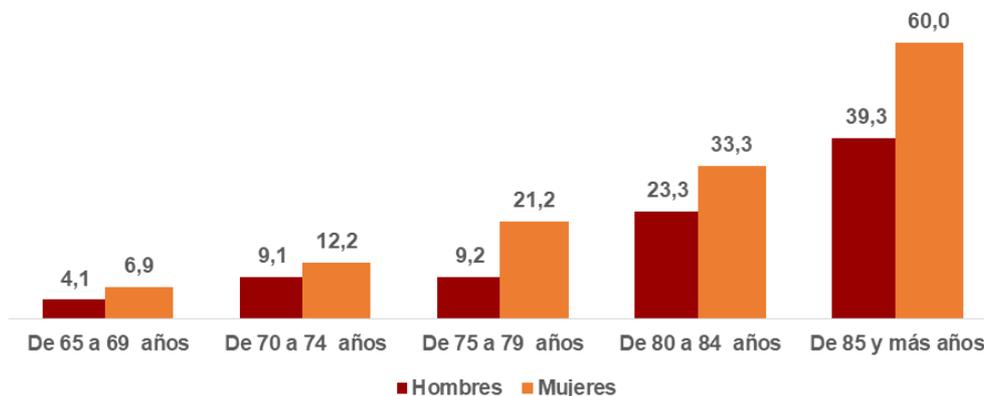
hasta el 65,1% entre las personas con discapacidad de 80 y más años (**Figura 7**). En relación a las ABVD, también aumentó la dificultad para llevarlas a cabo con la edad, como se muestra en la **Figura 8**, siendo el aseo (16,5%), el vestido (13,7%) y las transferencias (13,2%) las actividades en las que un mayor número de personas de 65 y más años tenían mayor dificultad. Además, 8 de cada 10 PM (82%) afirmaron que disponen de ayuda personal o técnica para llevarlas a cabo, y un 53% declaró que necesitaba recibir ayuda, o más ayuda, de la que actualmente disponía(5).

Figura 7: Personas con discapacidad de seis y más años. Tasas por mil habitantes



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa Abril 2022: “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Principales resultados. Año 2020. Consultado en febrero 2022

Figura 8: Dificultad en la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria por sexo y grupos de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa Abril 2021: “Encuesta Europea de Salud en España (EESA). Año 2020. Consultado en marzo de 2022

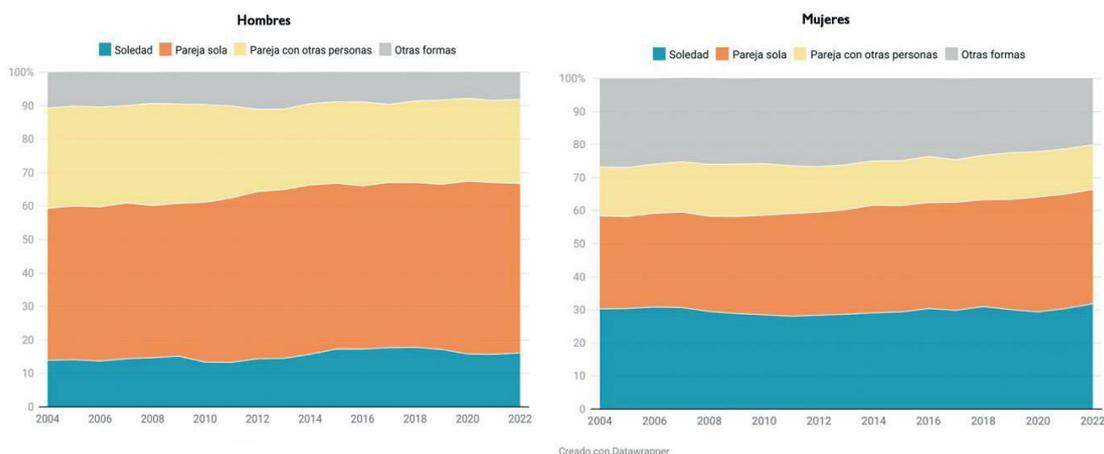
No obstante, la discapacidad no es un proceso unidireccional e irreversible, sino que es dinámico, puede ser reversible y recurrente. Dependerá, entre otras cosas, de estados de salud transitorios y, significativamente, de los factores del contexto real (personal, social o ambiental), en el que se desenvuelva la persona, en un momento determinado. Es posible prevenir la dependencia, promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

1.2.3.- LOS CUIDADORES Y LA CONVIVENCIA

El proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población y el consecuente crecimiento de necesidad de cuidados, está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente. Coinciden en este escenario con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora, además de con una crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados.

Según aumenta la edad se incrementa la probabilidad de vivir en soledad, sobre todo para las mujeres. En España, se viene observando en las últimas décadas un incremento de los hogares unipersonales y en pareja sin otros convivientes en personas de 65 y más años(2) **(Figura 9)** aunque las proporciones son menores que en otros países europeos.

Figura 9: Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo. España 2004-2020

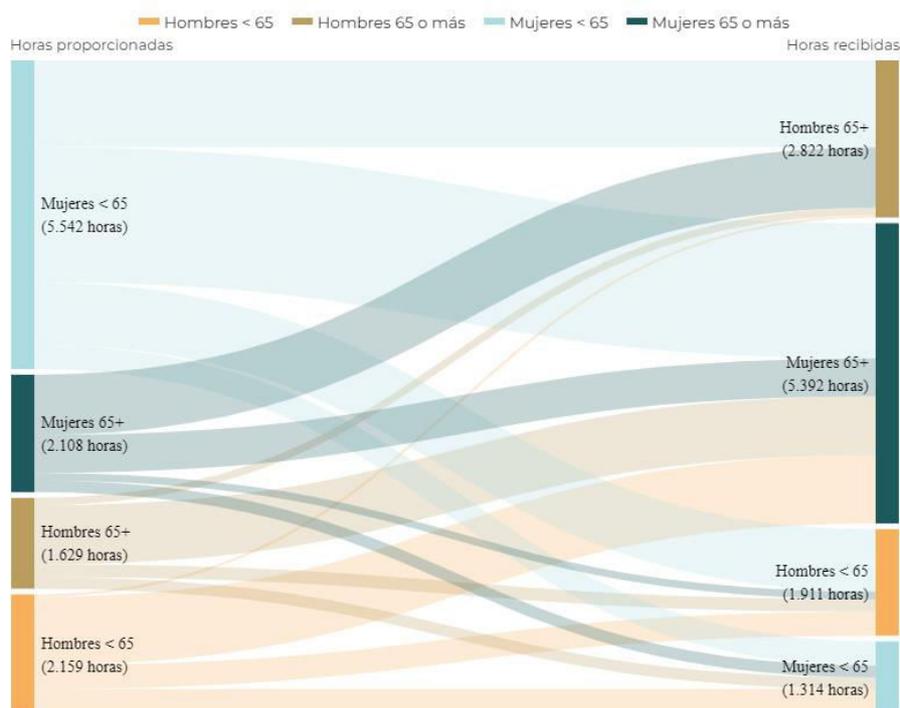


Fuente: Envejecimiento enRed octubre 2023: “Un perfil de las personas mayores en España 2023”. Consultado en junio de 2023

En España hay unas 638.000 personas que cuidan a personas dependientes mayores de 70 años dentro del hogar, y 920.000 que lo hacen fuera del hogar. Principalmente son las mujeres las que se ocupan de estas tareas (57% dentro del hogar; 60,6% fuera del hogar)

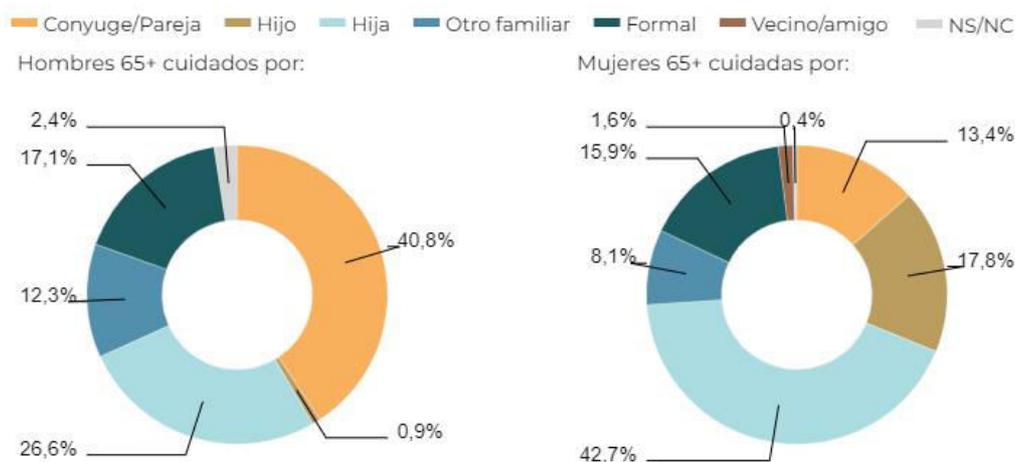
siendo también una mujer mayor la que recibe la mayor parte del cuidado provisto por cualquier cuidador: un 47,1%(4) **(Figura 10)**. Han pasado los años y pese a la puesta en marcha de políticas sociales de atención a la dependencia, el patrón se mantiene. No obstante, en comparación con el patrón de cuidados de 2008, ha aumentado algo el tiempo de cuidado prestado por los hombres (en especial de los hombres mayores) y desciende el de las mujeres, probablemente por el sobreenvjecimiento y la evolución de los tipos de hogar, no tanto por el cambio de mentalidad o de cultura del cuidado(2). En 2014, la persona que cuidaba de los hombres mayores que necesitaban ayuda, era fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores, se invertía el orden siendo las hijas las que se hacían cargo de los cuidados más frecuentemente, siendo el pilar del cuidado en España **(Figura 11)**. Estos cuidados tienen efectos en el empleo, dado que la mayoría de las personas que cuidan están en edad laboral y/o invierten una alta dedicación horaria. En la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2018(13), se preguntó a las personas empleadas o con experiencia laboral previa, acerca de los efectos en su trabajo de cuidar a familiares con discapacidad (de cualquier edad) objetivando que la mujer sufre en mayor medida consecuencias negativas, ya que, en ocasiones, tiene que interrumpir o reducir su tiempo de trabajo **(Figura 12)**.

Figura 10: Patrones de cuidado informal a nivel nacional. Quién cuida a quién. España 2014



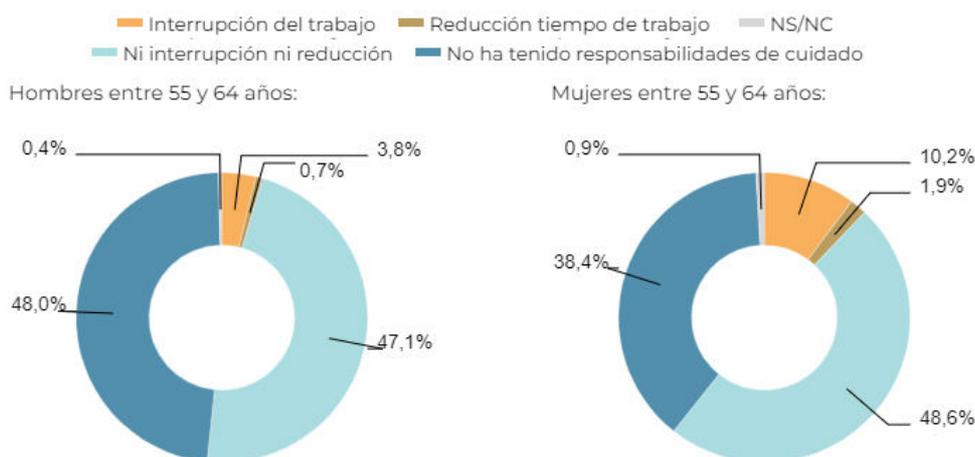
Fuente: Envejecimiento enRed Septiembre 2022: “Un perfil de las personas mayores en España 2022”. A la izquierda del gráfico, los cuatro tipos de cuidadores, a la derecha, los cuatro tipos de dependientes. Consultado en febrero 2023

Figura 11: Distribución porcentual de los cuidadores principales de las personas mayores que necesitan ayuda. España 2014



Fuente: Envejecimiento enRed Septiembre 2022: “Un perfil de las personas mayores en España 2022”. Consultado en febrero 2023

Figura 12: Efectos del cuidado en el empleo en personas entre 55 y 64 años por cuidar de familiares incapacitados. España. 2018



Fuente: Envejecimiento enRed Septiembre 2022: “Un perfil de las personas mayores en España 2022”. Consultado en febrero 2023

1.2.4.- PAPEL Y COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados, debiendo existir una coordinación entre el ámbito de los Servicios Sociales y el Sanitario. Un problema de salud que precise Atención Sanitaria puede ser el factor desencadenante o acelerador de los procesos de dependencia en las personas de edad avanzada. También, la persona dependiente puede sufrir un proceso agudo en su estado de salud que requiera Atención

Sanitaria puntual; en estos casos, una red adecuada de cobertura social, descargaría al Sistema Sanitario de un gran volumen de costes(9).

En este escenario de fragilidad, es necesario un cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país, lo que requiere analizar el modelo actual y tener en cuenta los recursos y estructuras existentes. Así se hace en el “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”, publicado por el Ministerio de Derechos Sociales en 2020, que reconoce una cifra aproximada de 390.000 personas en lista de espera, incluyendo solicitudes pendientes que previsiblemente obtendrán una resolución de algún grado de dependencia(14). Este documento, propone medidas importantes, como son el incremento en las horas de atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio y la recuperación del nivel mínimo de financiación, entre otras. Todas ellas orientadas a mejorar la conocida infrafinanciación por parte de la Administración General del Estado.

De acuerdo con la Ley, el coste de la atención debe repartirse entre el Estado y las CC.AA., corriendo a cargo del primero al menos el 50%. Sin embargo, el Estado continúa pagando solamente entre el 10% y el 25% del total y las CC.AA. un 80%, según datos de la Asociación Estatal de Gerentes y Directores de Servicios Sociales(14,15). El resultado final es la imposibilidad para las CC.AA. de atender a todos los pacientes ya valorados como dependientes y a las personas pendientes de valoración. Se trata de una situación de urgencia puesto que muchos de ellos fallecen sin haber llegado a ser atendidos (aproximadamente el 1% de las listas de espera cada mes).

Según los datos de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a fecha 31 de diciembre de 2022, la cifra nacional de personas beneficiarias con prestación es de 1.313.437 (una vez realizado el cruce con los fallecidos), observándose un aumento de esta población en términos netos en 12.286 personas respecto al mes anterior. En cuanto al perfil por edad, el 72,65% tienen 65 o más años (concretamente un 19,25% tienen entre 65 y 79 años, y un 53,40%, 80 o más). La distribución de los recursos está destinada a Servicios en más de dos terceras partes (70%) y a prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar en un 29,9%.

Respecto al grado de dependencia otorgado, a fecha 31 de diciembre de 2022 se registran un total de 975.270 personas beneficiarias de grado II y III de dependencia (grandes y severos dependientes) de las cuales un 91,71% (894.408 personas) son beneficiarias con prestación reconocida, quedando pendientes un 8,3% (80.862 personas), ya declaradas con derecho a servicio o prestación. Respecto al grado I, se objetiva un total de 515.590 personas

beneficiarias (81,3% de cobertura media nacional), quedando un 18,7% pendientes de recibir dicha prestación.

En la CAM, en el periodo mencionado, el número de beneficiarios fue de 163.762, siendo a fecha 31 de diciembre del año anterior (2021) de 152.686 personas. Las cifras en relación a los grados de dependencia, se traducen en un 96,1% de cobertura para los grados II-III (quedando un 3,9% pendientes de asignación) y un 91% para el grado I (8,9% pendiente)(16).

1.2.5.- SITUACIÓN ACTUAL Y LÍNEAS DE FUTURO

La necesidad de asistencia (y/o cuidados) derivada de las situaciones de dependencia, ha existido siempre; lo que está cambiando es su dimensión (debido sobre todo al crecimiento del número y proporción de PM), su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone una redelimitación de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación). Desde la Geriátrica, la medida más relevante que puede contribuir a la mejora de la atención a la dependencia es la implementación de intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de discapacidad y dependencia, desde la promoción de la salud, hasta la prevención cuaternaria(17).

La presión sobre el sistema de provisión de cuidados para las personas dependientes no descenderá, y surgirán con fuerza muchas otras demandas que competirán por los recursos, siempre escasos en relación con las necesidades, del sistema de protección social. La asimetría existente actualmente entre estos recursos y los Servicios Sanitarios son una de las dificultades más significativas para el abordaje de las personas dependientes. La Sanidad constituye un servicio de carácter universal y gratuito como derecho legal para todos los ciudadanos, y los Servicios Sociales públicos tienen un carácter y un desarrollo muy desigual.

Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es esencial para proporcionar una respuesta integral y eficaz a estos pacientes, así como la creación de infraestructuras, equipamientos y medios financieros, técnicos y personales necesarios para hacer frente a las demandas y necesidades.

1.3.- El paciente geriátrico.

En las últimas décadas hemos presenciado dos fenómenos de marcada trascendencia e importantes consecuencias socio-sanitarias en nuestro medio: el envejecimiento demográfico y la transición epidemiológica. Al mismo tiempo, nos enfrentamos a un cambio en los patrones de enfermedad, predominando las dependientes de la edad y de curso crónico, como las cardiovasculares, las neurodegenerativas o la patología oncológica, dejando atrás los procesos infecciosos de primeros del siglo XX. Como consecuencia de estos cambios, surge la transición clínica. Nos encontramos ante una tipología de paciente de edad, generalmente mayor de 75 años, con elevada comorbilidad, mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades, mayor deterioro funcional o alto riesgo de éste, y creciente prevalencia de deterioro cognitivo. También se caracterizan por un mayor consumo de fármacos y de variadas problemáticas sociales(18). Este perfil de individuo es más vulnerable y, en consecuencia, tiene una mayor necesidad de recursos sanitarios y sociales y de cuidados continuados.

1.3.1.- TIPOLOGÍA DEL PACIENTE ANCIANO

Según la literatura, entre el 15-40% de las personas de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad(19). Es evidente que no todas las PM son iguales, por lo que en la práctica clínica, se les puede diferenciar en distintos perfiles. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen ser confusos, y, con frecuencia, son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada; además, en muchos casos, su definición exacta varía según la fuente bibliográfica y el país de origen. A continuación se exponen las definiciones que han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno(19–21):

Persona mayor sana:

Es aquella persona de edad avanzada, con ausencia de enfermedad objetivable, cuyas características físicas están conservadas, y que no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud. En éstos el objetivo fundamental es la prevención, cuya responsabilidad será de Atención Primaria (AP). Es también importante tener presente la patología no aparente, “fenómeno iceberg”, que sólo encontraremos tras una búsqueda sistemática(22).

Persona mayor enferma:

Es aquella PM sana que presenta una enfermedad aguda o crónica, en diferente grado de severidad, habitualmente no invalidante, sin otras alteraciones en la esfera mental o social y

habitualmente sin otras patologías concomitantes. El objetivo prioritario en esta población es el asistencial, a cargo de AP o de la atención especializada (AE), según el nivel de cuidados que precisen.

Persona mayor frágil o de alto riesgo:

Es aquel paciente con una capacidad funcional aparentemente conservada para las ABVD, pudiendo presentar dificultades en las actividades instrumentales (AIVD) más complejas. Además, sus condiciones clínicas, mentales o sociales se encuentran en un equilibrio inestable, con grandes probabilidades de volverse dependiente, de ingresar en un centro hospitalario o de ser institucionalizado, si sus problemas no son manejados adecuadamente(23). Presenta una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas le permiten mantener su independencia, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. El principal objetivo es la prevención, tanto a nivel primario como secundario y terciario. La responsabilidad de ello recae en AP pero con un carácter prioritario en todo programa de atención al anciano y, a poder ser, en coordinación con un Equipo de Atención Geriátrica.

Paciente Geriátrico:

Sería aquél paciente que más se beneficiaría de una Atención Geriátrica Especializada. Presentan habitualmente una edad avanzada (mayor de 75 años), con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, por tanto una alta comorbilidad, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las ABVD, precisan ayuda de terceros y con frecuencia presentan alteraciones mentales y problemática social(24).

Las características de los dos últimos perfiles descritos, son de especial relevancia en la actualidad, debido a las consecuencias que se asocian a los mismos, y sobre todo el último, el más frecuente subsidiario de asistencia en AGD.

1.3.2.- INDICADORES DE SALUD EN EL PACIENTE ANCIANO

El **envejecimiento** y el consecuente **aumento de la esperanza de vida** son los principales factores pronósticos de resultados adversos en salud, como mortalidad, discapacidad, hospitalización e institucionalización. En España, el estudio FRADEA (Estudio de Fragilidad y Dependencia de Albacete) demostró que la edad se asocia con discapacidad y mortalidad, de manera que, por cada año más de edad, se incrementa el riesgo 1,1 veces(25). También se asocia a una menor capacidad de recuperar la función perdida durante un

ingreso hospitalario, siendo el riesgo el doble, o más, en los mayores de 90 años frente a los menores de 75.

La **situación funcional** también es un indicador del estado de salud y de calidad de vida, así como de pronóstico a corto y largo plazo. La presencia de discapacidad se asocia con un aumento de la mortalidad, del riesgo de hospitalización y/o reingresos hospitalarios, e implica una mayor necesidad de cuidados y costes secundarios(26).

En cuanto a la **multimorbilidad**, también genera un aumento del consumo de recursos sanitarios y de la mortalidad. Se ha relacionado con la progresión de las propias enfermedades crónicas y a un aumento del riesgo y gravedad de la discapacidad, además de su importante implicación en la disminución de la calidad de vida(25,27).

También la **polifarmacia**, en crecimiento exponencial, tiene implicaciones potencialmente negativas en esta población, como reacciones farmacológicas adversas, interacciones fármaco-enfermedad, dosificación inapropiada, menor adherencia o reducción de la eficacia(28). Su prevalencia ha aumentado en los españoles mayores de 80 años, de un 11,7% en 2005 a un 36,7% en 2015, destacando el aumento de la polifarmacia extrema, de un 0,6% a un 4,7%(29), con una asociación independiente a mayor mortalidad, fragilidad, discapacidad y caídas, entre otros eventos adversos de salud(28).

La **presentación atípica**, frecuente en las enfermedades de las PM y secundarias a los cambios fisiológicos del envejecimiento, también tiene consecuencias desfavorables. La presencia de SG se asocia a un aumento de la estancia y mortalidad hospitalaria (y a los 3 meses), a una mayor institucionalización tras un ingreso (y a los 3 meses) y a reingresos hospitalarios. En el Health and Retirement Study(30), destacan su relevancia en cuanto al pronóstico; presentar tres o más SG supuso un riesgo 7,5 veces mayor de discapacidad en ABVD, mientras que el presentar 3 o más enfermedades crónicas supuso un riesgo 4 veces mayor.

En diversos estudios se ha determinado la asociación entre todos los factores comentados: las enfermedades crónicas, la multimorbilidad, la discapacidad, la edad, la fragilidad, los SG y otras variables con eventos adversos en salud en PM. De ahí la relevancia de continuar haciendo estudios, para mejorar el abordaje de esta población y evitar complicaciones futuras. La Valoración Geriátrica Integral (VGI), el trabajo multidisciplinar y la atención en Niveles Asistenciales adaptados a la función, como herramientas de la Geriátrica, han demostrado ampliamente sus beneficios en la literatura científica(31).

Ante esta nueva perspectiva existe también una necesidad apremiante de implementar estrategias específicas para contribuir a un abordaje integral y colectivo del adulto mayor. Como establecen las estrategias de atención a la cronicidad(32), la detección de pacientes con mayor complejidad clínica, el abordaje interdisciplinar y la coordinación fluida entre recursos domiciliarios y hospitalarios para priorizar los cuidados en domicilio y favorecer las transiciones entre Niveles Asistenciales, son objetivos prioritarios en la atención a esta población.

1.4.- Geriátría y Niveles Asistenciales.

1.4.1.- CONCEPTO E INICIOS DE LA GERIATRÍA

La Geriátría surge como respuesta de la Medicina para atender las necesidades sanitarias y asistenciales de los diferentes perfiles de PM ya expuestos. Existen múltiples estudios que demuestran la validez y la efectividad de la intervención geriátrica, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención ambulatoria, comunitaria y continuada. Esta orientación hacia la eficacia y eficiencia, así como el objetivo de añadir vida a los años, son factores esenciales para cumplir el reto de maximizar los beneficios sanitarios y sociales para los mayores, paliando al mismo tiempo las limitaciones de financiación de los Servicios Sanitarios.

La palabra *Geriátría* comenzó a utilizarse en la primera década del siglo XX, en 1903, por Ignatz Leo Nasher, definiéndola como “*la rama de la Medicina relativa a la vejez y a sus enfermedades*”(33). Sin embargo, no fue hasta los años 30, cuando nació la Geriátría moderna en Reino Unido, dirigida por la doctora Marjorie Warren (considerada la pionera de la asistencia geriátrica actual), destinada en 1935 al West Middlesex Hospital de Londres, donde creó una Unidad especial de Geriátría(34). Fue reconocida como especialidad en 1946.

Con el progreso de la disciplina y la experiencia, se ha intentado definir la Geriátría de diferentes maneras. Así, se ha sugerido que se defina como “*la atención integral a los enfermos mayores de 75 años, en un servicio organizado por un geriatra cuya función abarca la Atención Hospitalaria y comunitaria*”(35). En contraposición con el concepto relacionado con la edad, el Ministerio de Sanidad Británico sugirió definirla de acuerdo con el tipo de atención que ofrece: “*tratar de recibir a los pacientes ancianos de la región circundante que requieren tratamiento con intervención, cuya enfermedad es influida por factores sociales y que no requieren los servicios especiales que solo se ofrecen en los otros Departamentos Hospitalarios. Además debe de procurar tratamiento de rehabilitación activa a todos los pacientes que se supone capaces de recuperar su salud y de regresar a sus domicilios o institución de obra social, dentro de un plazo relativamente corto*”(36,37).

Como conceptos más actuales destacan los admitidos por la Comisión Nacional de la Especialidad en España y el de la Sociedad Británica de Geriátría. El primero la define como “*la rama de la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos*”(38). Es quizá demasiado general, y no transmite la idea de lo que supone la práctica real de la Geriátría. La segunda la define como

“la rama de la Medicina dedicada al anciano que se ocupa no solo de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la sociedad”(39). Sin duda, esta última definición expresa de forma sencilla lo que engloba actualmente la especialidad.

Por Asistencia Geriátrica se entiende “el conjunto de niveles asistenciales (hospitalarios, extrahospitalarios y sociales) necesarios para dar una respuesta escalonada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad que presentan las PM [...] a través de la coordinación de todo tipo de recursos, garantizando unos cuidados preventivos (detección y tratamiento temprano del deterioro funcional), progresivos (desde la atención aguda a la de soporte haciendo una intervención activa sobre la pérdida de función), integrales y continuados (estableciendo una dirección bidireccional desde el hospital al domicilio)”(40). Esta definición, comparte contenido con la establecida por el Programa Formativo de la Especialidad (Boletín Oficial del Estado de 15 de septiembre de 2008) y con la de la Unión Europea de Especialidades Médicas – EUMS en 2008). Por tanto es distinto hablar de Geriátrica o de Asistencia Geriátrica, siendo la primera una rama de la Medicina, y la segunda un concepto mucho más amplio y complejo.

A medida que fue diseminándose su conocimiento la especialidad experimenta una difusión progresiva en la segunda mitad del siglo XX en los diferentes países europeos, Estados Unidos (EEUU), Canadá y Japón. En España, la CAM es pionera en el desarrollo asistencial y docente de la Geriátrica. En el año 1961 se forma el primer Servicio de Geriátrica en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (HCCR), dirigido por el doctor Alberto Salgado Alba, pero no es hasta 1978 (con la Ley de Especialidades) cuando se reconoce la nueva Especialidad. Ese mismo año se constituye la Comisión Nacional de la Especialidad y desde el inicio del sistema MIR se introduce esta vía de especialización. Respecto a la enseñanza universitaria, se introduce la Geriátrica en las facultades de Medicina desde el curso 1993-1994, como asignatura obligatoria u optativa, con una variabilidad de la presencia de la misma en las diferentes universidades españolas, hasta la fecha actual.

1.4.2.- EL PACIENTE BENEFICIARIO DE UNA ATENCIÓN GERIÁTRICA Y SU LUGAR DE ATENCIÓN

Existe consenso en considerar que los pacientes que más se benefician de una intervención geriátrica especializada son aquellos que cumplen alguno de los siguientes criterios (Warshaw et al. 2008)(41):

- Edad de 85 y más años
- Edad entre 75 y 84 años, que además presenten:
 - Complejidad médica derivada de la presencia de multimorbilidad, enfermedad avanzada o polifarmacia.
 - Deterioro de la autonomía con repercusión en ABVD y movilidad
 - Presencia de SG y deterioro inexplicado de su salud
 - Concurrencia de patología mental compleja (demencia, depresión) y problemática socio-familiar que condicione su estado de salud
 - Pacientes institucionalizados

La principal característica diferencial de la enfermedad en el PM es su tendencia a la incapacidad, especialmente en el anciano frágil. Por ello, la especialidad de Geriátrica ha planteado la necesidad de un cambio del paradigma asistencial para adecuar las necesidades de salud y peculiaridades de la enfermedad en la población de edad avanzada. Es conocido que su objetivo no es tanto el aumento de la expectativa de vida, como el aumento de la misma, activa o libre de discapacidad(42,43). Por ello dos de los factores principales que deben tenerse en cuenta en la evaluación del estado de salud, en la toma de decisiones y, en general, en los cuidados del PM, son la situación funcional (basal y el deterioro de ésta ante un proceso agudo, subagudo o crónico intercurrente) y la calidad de vida. La estrecha relación entre ambos conceptos, también va a permitir determinar los objetivos a alcanzar y los recursos asistenciales necesarios, teniendo en cuenta la heterogeneidad de esta población.

Junto con el modelo de enfermar de las PM, anteriormente expuesto, los Sistemas de Salud deben asegurar una estrategia asistencial integral e individualizada, capaz de responder a las necesidades de la persona en un determinado momento. Para ello, se deben utilizar modelos de actuación basados en la selección del perfil de pacientes que vaya a beneficiarse más de una intervención específica en los diferentes Niveles Asistenciales, teniendo en cuenta las necesidades de cuidados y dependiendo de su pronóstico a corto y largo plazo, ya que, la evaluación aislada no es suficiente si no va acompañada de la toma de medidas para el manejo de los problemas detectados y un seguimiento posterior. Esta atención integral tiene que ser multidisciplinar, dinámica, coordinada y continuada, para definir de manera óptima los objetivos individuales en cada paciente, así como para prevenir las disminuciones en la capacidad intrínseca, fomentar el envejecimiento saludable y apoyar a los cuidadores de esta población.

En consecuencia, se está produciendo una transición progresiva de los antiguos modelos sanitarios (centrados en la enfermedad aguda sin deterioro funcional secundario) a nuevos modelos basados en la atención continuada de enfermedades crónicas con deterioro funcional secundario. Estos modelos se caracterizan por la coordinación entre la AE, los Servicios Sociales, y la AP. Esta última es imprescindible en el abordaje del mayor, ya que, además de establecerse como nexo con el ámbito hospitalario, dentro de la organización sanitaria es el nivel responsable de la promoción de la salud, del autocuidado de los ancianos que viven en la comunidad, así como de la detección precoz de discapacidad e intervención de sus problemas de salud. Como indican las guías de “Atención Integrada para las Personas Mayores”(ICOPE)(44), para llevar a cabo este plan de cuidados, se debe involucrar, además de a los diferentes profesionales sanitarios, a la familia y/o cuidadores, a los que se debe proporcionar una adecuada formación para detectar las diferentes necesidades, pero también al propio paciente, teniendo en cuenta sus prioridades y preferencias siempre que sea posible, haciéndole participe de las intervenciones y de la toma de decisiones.

1.4.3.- NIVELES ASISTENCIALES

Así pues, atendiendo a esta valoración integral, al grado de deterioro funcional así como al tipo de afección (aguda, subaguda y/o crónica reagudizada) y objetivos, las diferentes situaciones de enfermedad del PM requerirán necesariamente de diferentes niveles de asistencia. Estos Niveles Asistenciales responden a necesidades concretas en pacientes con características determinadas en un momento particular y, por tanto, deben ser utilizados como cualquier otra indicación médica, evitando la incorrecta ubicación del paciente en Niveles Asistenciales no indicados que pueden ser una fuente de iatrogenia.

A pesar de la variedad en las denominaciones de estas Unidades en las últimas décadas, así como la diversidad de criterios en la definición de sus objetivos específicos y del perfil de paciente que va a beneficiarse de cada una de ellas, existe en la literatura abundante información sobre los niveles más asentados y una terminología cada vez más consolidada:

- **Unidades Geriátricas de Agudos o Unidades de Agudos de Geriatria (UGA):** nivel asistencial con mayor grado de validación científica junto con las Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional (UGRF). Están destinadas a la hospitalización de pacientes geriátricos, para manejo de procesos agudos o de reagudizaciones de procesos crónicos con el objetivo de mejorar la Calidad Asistencial, reducir el riesgo de deterioro funcional y pérdida de autonomía, minimizar la iatrogenia, racionalizar la utilización de los recursos asistenciales y

favorecer la formación y la actitud hacia esta población. Diversos estudios han demostrado el beneficio de estas Unidades en la reducción del deterioro funcional y la mortalidad(45–49), disminución de la estancia media hospitalaria, del número de reingresos (48,50,51), y de la institucionalización y, por tanto, en el aumento de la probabilidad de seguir viviendo en el domicilio tanto al alta como a largo plazo, sin aumentar la mortalidad o el gasto intrahospitalario(45,49). Estos datos se siguen constatando en artículos más actuales como el metaanálisis de Baztán et al. (2009)(52) o el reciente estudio de O'Shaughnessy en 2022(53).

- **Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional:** hasta el momento, es el nivel que dispone de mayor y mejor evidencia sobre su efectividad y eficiencia junto a las UGA. Está destinado a la recuperación funcional y a la reintegración en la comunidad de aquellos pacientes que, tras sufrir un proceso agudo incapacitante, tengan razonables posibilidades de alcanzar la mejoría suficiente para reincorporarse a su medio en un plazo de tiempo limitado, controlando y/o estabilizando síntomas o secuelas. Dentro de las mismas, destacan las Unidades de ictus y las de Ortogeriatría, que han demostrado también su eficacia y efectividad frente a los cuidados convencionales. En los últimos años, estas Unidades han demostrado reducir la mortalidad, mejorar la independencia funcional, la eficiencia hospitalaria (relación coste/beneficio) y disminuir la institucionalización definitiva (45,54–56).
- **Hospital de Día de Geriatría (HDG):** nivel geriátrico hospitalario de atención diurna ambulatoria multidisciplinar para pacientes con grados leves a moderados de incapacidad física o cognitiva, cuyo objetivo es ofrecer una VGI y tratamiento integral destinado a restablecer aquellas funciones y actividades alteradas como resultado de diferentes procesos patológicos, o sus secuelas. Otros objetivos son la estimulación cognitiva y la potenciación de la autonomía personal, favorecer la permanencia del PM en su domicilio en mejores condiciones funcionales, y reducir la institucionalización y la hospitalización inadecuadas. Desde la creación del primer HDG en Oxford en 1958(57), se han demostrado ventajas como la mejoría de la situación funcional y emocional a corto y largo plazo(58,59), el probable aumento de supervivencia, de la calidad de vida del paciente y la de sus cuidadores(60,61), la disminución de la estancia media hospitalaria(62) y la evitación de ingresos hospitalarios(62,63). También disminuye la institucionalización, el uso de otros servicios de cuidados sociales domiciliarios y mayor rendimiento y satisfacción con el trabajo del personal sanitario. Sin embargo, estudios más recientes no encuentran ventajas sobre otros Niveles Asistenciales Geriátricos existiendo, en algunos casos,

incluso mayor coste(64). Debido a la heterogeneidad de cuidados que puede proporcionar, es difícil su evaluación ya que su eficacia dependerá de la oferta asistencial y de la presencia o ausencia de otros Niveles Asistenciales en el centro.

- **Consultas Externas (CEX):** atiende a pacientes de edad avanzada, derivados desde AP, en su gran mayoría, principalmente para valoración especializada de deterioro cognitivo, problemas clínicos específicos, deterioro funcional y otros SG. Las principales ventajas observadas son: mejora en la precisión diagnóstica, detectando gran cantidad de patología oculta(65), disminución de los días totales de hospitalización(66) y de la institucionalización(66,67) y potenciación de la docencia en Geriátrica clínica(68,69). Las consultas monográficas tienen objetivos específicos, aunque, en varios metaanálisis y estudios aleatorizados, no han demostrado beneficios sobre la situación funcional, la disminución de la institucionalización o la mortalidad.
- **Atención Geriátrica a Residencias (AGR):** Este nivel asistencial favorece el acceso directo a la Atención Geriátrica Hospitalaria de PM institucionalizados y mejora la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios (integrar la asistencia especializada reduciendo el uso de urgencias, etc.).(70)
- **Coordinación y cuidados comunitarios:** dentro de este Nivel Asistencial existen diferentes subtipos, cada uno de ellos con objetivos y situaciones concretas por lo que existe una evidencia muy heterogénea y poco consistente. Los dispositivos de Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD), descritos más adelante, tienen la coordinación con AP y el hospital, como una de sus principales funciones.

La elección del Nivel Asistencial apropiado vendrá marcada por el fenotipo del paciente, las características del entorno y los objetivos terapéuticos o preventivos individualizados. En esta sociedad envejecida, no debe ser el paciente el que se acomode a un sistema asistencial no indicado para él, sino que es el Sistema Sanitario el que debe adaptarse a sus necesidades.

1.5.- Geriátría en el Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

La Asistencia Geriátrica en España ha seguido el modelo inglés, con la presencia de Servicios de Geriátría en un hospital general o en hospitales de apoyo, en íntima coordinación con el Hospital General de Área. Un buen ejemplo de esta última variante ha sido la historia y evolución en el tiempo del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja (HUCCR), siendo el primer Servicio que comenzó a funcionar en España(71). Nació de la mano del doctor Salgado Alba en 1953 con una Consulta de Geriátría, integrada en el Servicio de Medicina Interna (MINT) (a cargo del doctor Blanco Soler), en la que el único criterio de selección de pacientes era haber cumplido 65 años. Con la muerte del Profesor Blanco Soler, en 1962, su sucesor el doctor Luis Felipe Pallardo nombra al doctor Salgado Alba como Jefe de la Sección de Geriátría. En 1967 la consulta evoluciona, con el impulso del doctor Guillén Llera, a un Dispensario Geriátrico donde se evaluaba a los pacientes tanto desde un punto de vista médico como social(72,73). En estos años es imprescindible la colaboración en el Equipo de Trabajo Social, liderado por Doña M^a Ángeles García Antón. En el año 1971 el Servicio de Geriátría se independiza del de MINT y se crea una UGA para ingresos de PM con enfermedades agudas, dotado de forma progresiva de hasta 32 camas.

Posteriormente se fueron desarrollando el resto de Niveles Asistenciales: en 1972 se crean el HDG, el primero de nuestro país, y también empieza a funcionar asistencialmente la Unidad de AGD, embrión en España, aunque es en 1978 cuando aparecen los primeros datos de actividad. Esta Unidad empieza prestando servicio a una parte de la antigua Área V del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (Tetuán y Fuencarral). También en 1978 el Servicio de Geriátría del HCCR se convierte en el primer, y entonces único, centro acreditado para la formación de especialistas vía MIR, tras el reconocimiento de la Geriátría como especialidad médica. En 1982 se inaugura la Unidad de Media Estancia con 30 camas destinadas al ingreso de pacientes que precisan de una recuperación funcional, también pionera en nuestro país, sirviendo de modelo para el desarrollo de otras. En 1992, coincidiendo con el traslado de más del 80% del personal al Hospital Universitario de Getafe, el hospital sufrió con progresivo proceso de “refundación” que afectó al Servicio de Geriátría y al resto de servicios del Hospital, liderado nuevamente por el doctor Salgado Alba hasta su jubilación en 1995. El impulso conjunto, no solo rediseñó el Servicio y sus relaciones con AP y AE, sino que también potenció su actividad divulgadora (con la publicación de diversos artículos y varios libros) siendo capaces de mantener la docencia MIR gracias a los acuerdos alcanzados con el Hospital Universitario La Paz. En 1996 con el doctor Isidoro Ruipérez (Médico Residente de la primera promoción de Geriátría) como Jefe de Servicio, se reenfoca la estrategia del Hospital hacia lo que es hoy, un Hospital General de apoyo médico-

quirúrgico de nivel II definido en su Plan Estratégico 1999-2002. En el año 2015 el Profesor Javier Gómez Pavón, adjunto del Servicio desde el año 2000, asume la jefatura continuando el crecimiento y modernización del Servicio.

En la actualidad el HUCCR sigue contando con todos los Niveles Asistenciales anteriormente descritos, habiéndose añadido hasta la actualidad: en 2004 una nueva planta de UGA con un total de 51 camas; se crea la primera Unidad de Neurogeriatría de la CAM, en 2006 y en 2008 la Unidad de Ortogeriatría para la cirugía ortoprotésica programada de pacientes ancianos. También cuenta con un programa de Odontogeriatría y, además, se han implantado otras CEX monográficas como la de Cardiogeriatría en 2017 y la de Fragilidad y Caídas recientemente en 2021. En 2019 se abre la Unidad de Cuidados Paliativos de media estancia coordinada por el Servicio de Geriatría.

En 2012 el Servicio de Geriatría inicia, y es el gran impulsor, del Grado de Medicina. Finalmente, en el año 2021, consigue con el resto de Servicios la acreditación de Hospital Universitario para el Grado de Medicina, por la Universidad Alfonso X el Sabio (UAX), con participación completa en todos los cursos desde tercero hasta sexto de Medicina. En el año 2013 se pone en marcha la primera, y de momento, única, Unidad de Atención Geriátrica a Residencias que cuenta, tras un breve periodo de coordinación telefónica con residencias de gestión directa de la CAM, con dos Geriatras consultores que se desplazan a las residencias. En 2018 comienza su andadura la Unidad de Telemedicina, en un principio para mejorar la coordinación con las residencias y acercar la consulta especializada a los pacientes dependientes institucionalizados, pero con líneas de futuro de extenderla a AP y a la comunicación con el resto de hospitales.

1.6.- Atención Geriátrica Domiciliaria.

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas, de discapacidad, de problemas cognitivos y/o sociales, polifarmacia y fragilidad, ha configurado el ya mencionado “paciente geriátrico”. Es precisamente para éstos donde se encuadra el objetivo básico de la Geriátrica moderna, concebida como asistencia integral al anciano. Este objetivo pretende devolver y/o mantener al paciente de edad avanzada en su propio domicilio, siempre que sea posible, en las mejores condiciones funcionales y sociales que garanticen una digna calidad de vida (74). Por ello, resulta evidente la necesidad de articular dispositivos asistenciales comunitarios, como la AGD, que contemplen específicamente las necesidades de este perfil de pacientes. Los gestores y los clínicos coinciden con esta filosofía, si bien con diferencias, a veces importantes, en lo referente a qué casos y con qué tipo y forma de asistencia.

Por todo ello, la Atención Domiciliaria es uno de los sectores en progresivo desarrollo en la actualidad en los Sistemas Sanitarios ya que, cada vez con más frecuencia, se evidencia que es una de las formas más apropiadas de cuidado para muchos de los problemas de salud que padece el PM, contando, además, con una relación coste/eficacia muy favorable (75). Es un nivel de especialización multidisciplinar, cuya actividad será complementaria, y no sustitutiva, al cuidado domiciliario que habitualmente es prestado, desde hace años, por los Equipos asistenciales de AP.

En esta asistencia comunitaria al anciano, debemos diferenciar la **atención informal y formal (Figura 13)**. La primera, como principal fuente de provisión de cuidados, en número y en importancia (asistencia no profesionalizada, sin remuneración) que incluye el autocuidado y el cuidado prestado por familiares, amigos, voluntarios...) y, la segunda, que incluye la atención profesional, tanto domiciliaria como institucional, imprescindible para el cuidado de muchos pacientes incapacitados o dependientes, siendo considerada como sistema de apoyo al cuidado informal(76).

Esta atención formal, engloba la actividad de AP, de los Servicios Sociales comunitarios y del Hospital de área, donde la Geriátrica adquiere un especial protagonismo (77). Para que este sistema de

Figura 13: Compartimentos de la atención al Paciente Mayor en la comunidad



cuidados, en cualquiera de los dispositivos domiciliarios existentes, funcione correcta y eficazmente, estos pilares deben estar en estrecho contacto, perfectamente coordinados y con funciones claramente delimitadas(77-79).

1.6.1.- COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL HOSPITAL

La AP ha tenido en nuestro país en los últimos tiempos un importante crecimiento, fundamentalmente desde la creación de Centros de Salud y de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Tras la reforma en el sector de 1984, el término de *Atención Domiciliaria* engloba no solo el concepto de salud, de cuidados y de la asistencia a los enfermos crónicos, sino su utilidad como alternativa a la institucionalización y la importancia del planteamiento interdisciplinario para la resolución de problemas. Se basa en el propio derecho del individuo a su asistencia en un marco familiar integrado en la sociedad, tratando de maximizar la autonomía y la prevención de los problemas de salud de esta población(78). Y, en este contexto de desarrollo de la AP, la atención a los ancianos presentó una nueva perspectiva, siendo los EAP los principales responsables de su asistencia domiciliaria.

En el medio comunitario, la mayor parte de los problemas de salud de los más mayores, los atiende y resuelve AP(80). Pero, la complejidad y necesidades de éstos y su entorno, en el progresivo envejecimiento de la población, pueden ser difíciles de identificar o manejar para el profesional de AP sin una adecuada formación en Geriatría, sin el asesoramiento por especialistas en esta materia o simplemente por la diversidad de recursos que éstos pueden precisar para su cuidado(81). Con frecuencia AP necesita el apoyo de la AE para atenderlos en su entorno habitual(82) y, junto con otros problemas que dificultan la atención al PM por AP (**Tabla 1**), justifica la necesidad de una organización, coordinación y asesoramiento entre AP y los Equipos de Geriatría para intentar asegurar una asistencia integral, continuada y escalonada para todos los ancianos del Área de Salud.

Tabla 1: Problemas que dificultan la atención al Paciente Mayor por profesionales de Atención Primaria

Problemas que dificultan la atención al Paciente Mayor por profesionales de Atención Primaria
Sobrecarga asistencial generada por la atención a demanda y excesiva burocratización que dificultan la realización de actividades programadas (como visitas domiciliarias), la ejecución de programas de prevención y la continuidad de cuidados.
Insuficiente formación en Geriátría tanto en pre como en postgrado.
Insuficiente número de especialistas y Servicios de Geriátría que les apoyen y asesoren en el complejo abordaje de los problemas y cuidados geriátricos.
Barreras para conseguir el acceso del paciente geriátrico a determinados servicios especializados.
Insuficientes vías de comunicación y coordinación con los Servicios Sociales.
Insuficientes o nulas vías de comunicación y coordinación entre la medicina comunitaria y la AE (Hospital).
No hay sistemas que faciliten o promuevan la atención continuada.

Fuente: Adaptada de: "Pérez del Molino J. La experiencia coordinadora de cuidados domiciliarios en un área de salud" en: *Monografías de Geriátría y Gerontología. Asistencia Geriátrica Domiciliaria. 2000; II (1). AE: Atención Especializada*

Hace ya décadas, existe evidencia de los beneficios del apoyo ofrecido desde los Servicios de Geriátría hospitalarios(83,84) mediante la oferta de cuidados especializados prestados directa o indirectamente a AP y a los Servicios Sociales comunitarios. Esta colaboración alcanza su cima con la aparición de los Programas de AGD que abordan el seguimiento y cuidados a los Pacientes Geriátricos más complejos y con alto riesgo de inestabilidad clínica, problemas sociales, así como necesidades de cuidados continuos de Enfermería o enfermedades terminales(72).

Los Servicios de Geriátría deberían considerarse como una parte más de los cuidados comunitarios. En el Informe de la OMS de 1989 sobre Salud en el Anciano(40,85), refieren que "deberían existir Servicios de Geriátría, formados por Equipos multidisciplinares, orientados a la comunidad y disponibles para apoyar y complementar a los cuidados primarios". En esta línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo también considera prioritaria la coordinación entre los Niveles de Asistencia primaria y hospitalaria, resaltando la importancia de los Servicios de Geriátría como expertos asesores apoyando a los profesionales de AP en actividades asistenciales y docentes. Los geriatras deben participar, junto a los profesionales de AP, en la organización de la asistencia socio-sanitaria a los PM(77) coordinando de manera conjunta los cuidados ante la enorme complejidad y atipicidad en su forma de enfermar y su diversidad de necesidades(86). Para ello, es

fundamental asegurar la continuidad de cuidados en la comunidad especialmente tras una estancia hospitalaria, ya que este escenario representa uno de los momentos más críticos de la evolución del paciente, siendo preciso un apoyo rápido y apropiado que le permita ajustarse a su nueva situación, cubriendo las nuevas necesidades y cuidados cambiantes. En la literatura se ha estimado que un porcentaje elevado de reingresos tempranos, hasta el 60%, podrían ser evitados mediante la intervención efectiva en diferentes áreas, con una adecuada preparación del alta, adecuada información a los EAP y Servicios Sociales y una pronta respuesta de éstos una vez el paciente vuelve a su domicilio(87–89). De esta manera, la Geriátría asume la función de nexo entre los distintos tipos de cuidados y áreas de atención(19). Esta coordinación puede tener un papel esencial en la efectividad, en la prevención de hospitalización, mortalidad e institucionalización a largo plazo(46) y en la eficiencia, puesto que los pacientes con reingresos hospitalarios suponen también un porcentaje desproporcionado de los costes sanitarios, y una intervención en este sentido podría reducirlos significativamente(90).

Para alcanzar esta optimización del manejo del PM en la comunidad, es necesario que el personal sanitario comunitario (Médicos y Enfermeras) tengan acceso a un asesoramiento especializado, completando el mismo con actividades docentes desde la Geriátría para que los EAP puedan adquirir las habilidades, conocimientos y técnicas que faciliten el buen cuidado del anciano. Sin embargo, en muchas ocasiones los profesionales de AP carecen de un entrenamiento al respecto, tanto en su formación de pre como de postgrado(91–93) pudiendo derivar en respuestas desfavorables. En 1990, a partir de un estudio Delphi en el que intervinieron 17 expertos en Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), se propusieron en EEUU las competencias que en un futuro deberían incluirse dentro de la formación de los Médicos de Familia, encontrándose la Geriátría entre ellas (94).

Dentro del contenido del Programa Docente para los profesionales de AP, se incluyen diferentes aptitudes relacionadas con el cuidado del PM (**Tabla 2**) que deberían asegurarse para su asistencia adecuada ya que han demostrado mejorar ésta(95). Los hospitales que cuentan con la especialidad de Geriátría, y que disponen de diferentes Niveles Asistenciales, como el HUCCR, cumplirían las condiciones idóneas para la formación teórica y práctica de estos profesionales, también para Enfermería. Sería de enorme interés, la realización de estudios conjuntos que evalúen la efectividad o rentabilidad de esta coordinación entre AP y Geriátría, de protocolos, proyectos o actividades puestas en marcha.

Tabla 2: Capacidades que deberían tener los profesionales de Atención Primaria para el abordaje del Paciente Mayor

Capacidades que deberían tener los profesionales de Atención Primaria para el abordaje del Paciente Mayor
Identificación e interpretación de los cambios relativos al envejecimiento, disipando conceptos erróneos sobre la influencia de la edad en la capacidad. Conocer la heterogeneidad en la población anciana.
Conocer la presentación de las enfermedades en los ancianos y cómo responden éstos a las diferentes aproximaciones terapéuticas.
Sensibilización a la difícil distinción entre problemas remediabiles y problemas en los que la aproximación solo puede ser protésica.
Entrenamiento en el reconocimiento de los signos precoces de disfunción y los cambios sutiles con respecto a la situación basal en el caso de enfermedades crónicas.
Formación más activa en el tratamiento de los ancianos en su domicilio, con entrenamiento en la identificación y monitorización de pacientes de riesgo y profundización en la detección y abordaje de los problemas o enfermedades más frecuentes en el anciano.
Conocimiento de los principios y técnicas básicas de rehabilitación y la utilidad de las ayudas y adaptaciones ambientales que maximizan la capacidad funcional del anciano.
Conceptos básicos de la VGI.
Conocer los principios del tratamiento del dolor y ampliar conocimientos en medicina preventiva.
Aumentar el conocimiento sobre la bioética y sobre consideraciones del riesgo beneficio de los procesos diagnósticos y terapéuticos en el anciano.
Adquisición de experiencia en la colaboración con otros profesionales, como los Servicios Sociales. Conocer los diferentes recursos socio sanitarios de que se dispone para el cuidado del paciente en la comunidad y su adecuada utilización.

Fuente: Adaptada de: Monografías de Geriatria y Gerontología. Asistencia Geriátrica Domiciliaria. 2000; II (1). VGI: Valoración Geriátrica Integral

1.6.2.- ALGUNOS DATOS HISTÓRICOS Y DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

En este contexto, la AGD se desarrolló como un Nivel Asistencial especializado de apoyo a la AP, proporcionando una VGI y cuidados integrales en el domicilio de pacientes ancianos frágiles, con incapacidad funcional(96), con el propósito de promover, mantener y/o restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad y discapacidad(97). De esta manera, los Programas de Atención Domiciliaria pretenden proporcionar Atención Sanitaria a aquellos pacientes que no pueden desplazarse para una valoración ambulatoria y que no requieren hospitalización para resolverlas. Junto con el mencionado apoyo formativo y docente a los EAP, este conjunto mejora el grado de comunicación y coordinación entre ambos niveles, así como los cuidados al paciente anciano; evita el uso de hospitalizaciones,

resulta más cómodo para pacientes y familiares, y mejora el grado de satisfacción de los profesionales(98).

La primera experiencia en España de atención formal en el domicilio desde un hospital es precisamente geriátrica y comenzó en 1978 en el HCCR de Madrid(96). Actualmente, es uno de los Niveles Asistenciales dentro del Servicio de Geriátrica que extiende su actividad al sector sanitario de la antigua Área 5 de la CAM. Otros objetivos de este Nivel Asistencial son facilitar el alta hospitalaria a pacientes con elevada complejidad clínica, favoreciendo la continuidad de cuidados en el domicilio; tratar de evitar ingresos hospitalarios y derivaciones innecesarias a Urgencias(99,100) y facilitar, cuando son necesarios, los ingresos directos. Igualmente, se intenta prevenir la institucionalización precoz y asegurar el control sintomático en el domicilio en los casos de terminalidad, habiéndose demostrado en otras series (modelos de Cuidados Paliativos) la utilidad en la reducción de la carga de los cuidadores con una mejoría en la calidad de vida y en la satisfacción(101).

En España, este modelo de AGD se circunscribe a algunos Servicios, especialmente en la CAM y Castilla La Mancha(102,103). El modelo de atención clásico de AGD puede tener dos variantes principales, en base a que el componente asistencial o el solamente el consultivo, tengan mayor o menor preponderancia.

Otros modelos españoles, no específicamente de AGD, pero donde la atención al anciano ocupa una parte importante de su actividad son:

- **Programas de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES):** creados dentro del programa catalán de atención socio-sanitaria «*Vida als anys*», que también dan apoyo a AP(104), definiéndose como “herramientas básicas para la mejora de la Atención Domiciliaria de personas mayores enfermas, enfermos crónicos con dependencia y terminales, para hacer de soporte a AP y a las Unidades básicas de asistencia social”. Su ubicación física puede estar en un centro de salud (C.S.), en un Hospital, en un Centro Socio-sanitario o en un local de una entidad privada(105).
- **Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD):** desarrollados por el antiguo INSALUD en 1998(106), integrados por profesionales de AP con formación específica en Cuidados Paliativos, Geriátrica, MINT y MFYC; personal de Enfermería, auxiliares y Trabajadores Sociales de Atención Domiciliaria. Dependen de la AP con

una función de apoyo asistencial, formación y coordinación, centrándose actualmente en la atención a los pacientes en situación de terminalidad(107).

- **Hospitalización a Domicilio (HD)**, generalmente de base hospitalaria. Es una alternativa asistencial al ingreso, capaz de realizar, en el domicilio del paciente, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. La primera experiencia de HD la llevó a cabo el doctor Bluestone, del Hospital “Montefiori” de Nueva York, en 1947, recibiendo el nombre de “Home Care”(108) y, en 1951, en Europa con una primera Unidad en París. Esta modalidad asistencial se ha ido implementando con desigual éxito en la mayoría de países occidentales y territorios adaptando sus peculiaridades a las distintas estructuras demográficas, geográficas y sanitarias. En España comenzó a desarrollarse en 1981, de la mano del doctor Sarabia en el Hospital Provincial de Madrid (actual Gregorio Marañón)(109) siguiéndole otras Unidades pioneras como la del Hospital de Cruces de Baracaldo (1983), y la del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (1984). Desde entonces, se han puesto en funcionamiento más Unidades de HD repartidas por las diferentes CC.AA, siendo actualmente, Valencia, Cataluña y Galicia donde hay un mayor desarrollo de este recurso(110).

En EEUU los primeros datos de Atención Domiciliaria se remontan al año 1976 en la Universidad de Boston(111) con el desarrollo en diferentes ciudades de dispositivos de cuidados de Enfermería, especialmente para ancianos que vivían solos y con enfermedades agudas, sin posibilidad de acceder a otras formas de cuidados. En la década de 1940, y coincidiendo con el desarrollo de hospitales cada vez más tecnificados, la Atención Domiciliaria quedó casi reducida para enfermos crónicos e indigentes. La legislación de 1965 dice que “el Medicare debe dar Atención Domiciliaria a los mayores de 65 años, visitarles en un máximo de tres días después del alta hospitalaria, los servicios deben ser intermitentes, y no para el mantenimiento de enfermedades crónicas, y las prestaciones deben incluir médico, Enfermera especializada, fisioterapeuta y logoterapeuta”(112). Desde entonces el crecimiento ha sido exponencial.

En Reino Unido el punto de partida de la Atención Domiciliaria a los mayores es en los años 40, con la implantación de las Enfermeras de distrito y las ayudas sociales en los domicilios(113). También en esta década comenzaron las visitas domiciliarias por los especialistas, como valoración pre-ingreso primero y luego para llevar a cabo una VGI completa y definir necesidades. Durante los 10 años siguientes se potenció la identificación de ancianos de alto riesgo en la comunidad y se concretó la colaboración entre Geriatria y

AP, para que posteriormente el Departamento de Salud y Seguridad Social definiera la consulta domiciliaria como “un servicio público que permite que se llame a un especialista al domicilio de un paciente a requerimiento del médico general, por lo común en presencia de éste, para aconsejar sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que no puedan asistir al hospital por motivos médicos” (114). Actualmente la Atención Geriátrica de Enfermería es proporcionada por las Enfermeras de distrito dependientes del EAP, y el geriatra puede acudir a ver pacientes al domicilio a petición del Médico de AP(115). La Asamblea Mundial del Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, sugirió en una de sus conclusiones que “debe prestarse especial apoyo a los Servicios de Atención a Domicilio, dotándoles de elementos médicos, paramédicos, de Enfermería y técnicos suficientes para poder limitar el recurso de hospitalización(116).

1.6.3.- CRITERIOS GENERALES DE INCLUSIÓN EN ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

Aunque los modelos y experiencias pueden ser muy variados, según la literatura clásica, los pacientes candidatos a una intervención por AGD serían:(96)

1. Aquellos ancianos de alto riesgo con procesos crónicos o invalidantes que no pueden desplazarse a la consulta ambulatoria. Deben ser pacientes que no precisen de una institucionalización (hospitalaria o residencial).
2. Aquellos pacientes de edad muy avanzada, que viven solos o carecen de familia: aunque la experiencia en la Unidad, ha objetivado, que debe existir un equilibrio entre la cobertura sanitaria y social, ya que si esta última es insuficiente, de nada servirá la visita, incluso diaria, de los profesionales de AGD.
3. Aquellos ancianos que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital del sector y son remitidos a su domicilio porque su cuadro no reviste la suficiente importancia para ser ingresados.
4. Aquellos pacientes cuya problemática desborda las posibilidades de AP (sin que sea una alternativa o una asistencia paralela, sino un apoyo coordinado con ellos).
5. Aquellos ancianos a los que se les da el alta temprana en la UGA u otro servicio médico o quirúrgico del Hospital, a los que proporcionar una asistencia semejante a la hospitalaria y por el mismo Equipo hospitalario.

Actualmente el grupo de pacientes que reciben asistencia en AGD presenta estas características, por lo que se engloban dentro del perfil de paciente geriátrico. Muchos de estos pacientes presentan frecuentes reingresos por reagudizaciones, incluso limitaciones por la propia situación funcional, reclamando AE en forma de consultas, servicios de

Urgencias o ingresos hospitalarios. La Unidad posee unas ventajas, destacando las posibilidades de reinserción en el medio familiar en la comunidad, de manera precoz, lo que proporciona un gran beneficio psicológico y un ambiente mucho más favorable para completar su recuperación. Con el tratamiento de los procesos agudos o subagudos, en ocasiones es posible mejorar la situación funcional y/o cognitiva. También durante este proceso se potencia el apoyo y formación a los cuidadores para evitar su claudicación emocional, insistiendo en la intervención social cuando es necesario, para conseguir la visión global que caracteriza a la Atención Geriátrica, donde prevalece siempre la calidad de vida. Para ello, es imprescindible la aceptación, por parte del paciente y/o cuidadores, lo que suele ser casi general cuando va precedido por una adecuada explicación y de una actitud de respeto a su intimidad.

1.6.4.- FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

El Equipo de AGD del HUCCR es un Nivel Asistencial destinado a la evaluación y tratamiento de pacientes geriátricos con un grado de incapacidad funcional y/o mental moderado-severo que limita su desplazamiento fuera del domicilio. Esta actividad se complementa con la coordinación con AP a quienes se les brinda un apoyo en el cuidado de ancianos frágiles. Tiene como objetivo principal, el cuidado y mantenimiento de esta población en su entorno habitual, con la mayor calidad de vida posible y utilización adecuada de recursos, dando a su vez soporte especializado en colaboración con los EAP. La actividad que realiza la Unidad es predominantemente asistencial, desarrollando también una actividad de coordinación entre niveles intra y extra hospitalario y socio-sanitarios, así como actividades docentes e investigadoras.

La actividad coordinadora es considerada una de las tareas de máxima prioridad para proporcionar una buena asistencia, y además, que ésta sea eficiente. Para ello, además del contacto fluido telefónico, se realizan reuniones mensuales con AP, donde se exponen casos clínicos, se comentan dudas y sugerencias, se elaboran guías de actuación conjuntas de manejo terapéutico y se participa en la formación continuada bidireccional con sesiones de los temas más demandados por AP. De manera complementaria, desde prácticamente el inicio de la Unidad, de forma continua rotan por la misma residentes de Medicina y/o de Enfermería, nacionales e internacionales, tanto de Geriátrica como de MFYC.

Actualmente la Unidad está formada por dos Equipos, compuestos cada uno de ellos, por un médico especialista en Geriátrica, una Enfermera y un conductor; cuenta con el apoyo de una

Enfermera supervisora, una Trabajadora Social, compartidas con otros Niveles Asistenciales Geriátricos del hospital a tiempo parcial y tres administrativas. Como recursos materiales se dispone de dos vehículos para los desplazamientos, dos teléfonos móviles de contacto y un teléfono con contestador automático desde 2021.

La metodología de trabajo da comienzo con la derivación de los pacientes a la Unidad desde AP, fundamentalmente, o desde cualquier nivel del HUCCR/HULP siendo la vía de contacto habitual la telefónica o telemática (vía email o fax). Se lleva a cabo una VGI de los pacientes mediante un protocolo estandarizado, con la recogida de datos sobre la existencia de SG, polifarmacia, evaluación de la situación funcional, mental, nutricional y sociodemográfica, además de parámetros analíticos y asistenciales.

La valoración domiciliaria es llevada a cabo conjuntamente, la mayoría de las veces, por el Equipo Médico y de Enfermería, realizándose una historia clínica y exploración física. Se concreta un plan de cuidados que se establece mediante discusión multidisciplinaria entre los miembros del Equipo tras la primera visita, incluyendo al paciente y/o cuidadores, para su posterior reevaluación periódica. En el momento de la inclusión en el programa, se le explica al paciente y su familia nuestro funcionamiento, estableciendo el ritmo inicial de visitas, teniendo en cuenta que, su frecuencia, va a ser variable dependiendo del estado y evolución del paciente. Ponemos a su disposición nuestra línea telefónica, entregándose en domicilio dicha información, para la resolución de dudas (no urgencias) así como para que nos comuniquen los cambios en la evolución del enfermo. Igualmente se deja anotado en una hoja de fácil entendimiento, el plan terapéutico y ajustes consecutivos. La jornada de los Equipos cubre desde las 8 a las 15 horas, con traslados por dos automóviles contratados a una empresa externa.

Tanto el plan de cuidados inicial como sus modificaciones posteriores son comunicados y discutidos también con el EAP, de forma directa en las sesiones en el C.S. o por teléfono. Los cuidados establecidos pueden ser proporcionados, en función de su complejidad, por AP, por el Equipo de AGD o, más frecuentemente, compartido por ambos (como suele ser el caso de los cuidados de pacientes con úlceras cutáneas). Al alta del seguimiento por AGD, si es remitido a AP, se les comunica y se les aporta un informe, así como al paciente y/o familiares. En caso de ingreso directo en nuestro Centro o derivación a otro Nivel Asistencial, también se coordina con los profesionales responsables, inclusive de otras especialidades que también participan en el abordaje integral del paciente mediante interconsultas.

1.7.- La Calidad Asistencial en el Ámbito Sanitario.

1.7.1.- ¿QUÉ ES LA CALIDAD ASISTENCIAL?

La Calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la mejora de los Sistemas Sanitarios hoy en día. Su estudio supone múltiples abordajes, ya que implica significados distintos para los profesionales, los pacientes y los gestores. Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual a su práctica, con la pretensión de hacer lo correcto, de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como condiciones de la asistencia de calidad, la adecuada comunicación médico-paciente, una exigencia en competencias técnicas, y accesibilidad a los diferentes servicios. Mientras tanto, la Administración o gestores, son más proclives a la mejora del nivel global de salud de la comunidad(117).

Pese a su relevancia, la Calidad es un concepto poco desarrollado en el ámbito de la salud, más allá de los proyectos generales estipulados a nivel hospitalario. Además de una probable falta de conocimiento sobre la misma, su definición es general, abstracta, con un doble carácter (objetivo y subjetivo) y múltiples dimensiones, influenciadas notablemente por el proceso cultural, la intervención de diferentes profesionales y su aplicabilidad en diversos escenarios. Actualmente, representa una disciplina con conocimientos propios, por lo que su abordaje puede aprenderse para poder aplicarla.

La Real Academia Española define Calidad como la “*propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie*”. Entendida así, la Calidad en la asistencia sanitaria sería el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo(118), con la necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse.

Existen numerosas definiciones de Calidad Asistencial en la bibliografía que se han desarrollado a lo largo de los años por diferentes autores, muchas de ellas válidas hoy en día, en función del contexto en el que se enmarquen. En el campo sanitario, las más relevantes son: la del Instituto de Medicina de EEUU (1972), que define la asistencia médica de calidad como “*aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello*”. Para la OMS, en 1985, Calidad Asistencial es “*garantizar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una Atención Sanitaria óptima, teniendo en consideración todos los factores y los*

conocimientos del paciente y del servicio médico, y alcanzar el mejor resultado, con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, con el coste mínimo de recursos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”(119,120). En 1990, el Instituto de Medicina de EEUU propuso una segunda definición, refiriéndose “*al grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementan la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual*”. En el Sistema Nacional de Salud, en España, la más aceptada es la de la Doctora Palmer(121), quien define la Calidad como “*la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario*”.

Revisando la variedad de enunciados existentes, la mayoría de ellos complementarios, es evidente que no es posible elegir una definición universalmente válida, sino que hay que elegir aquella que más se adecue a las circunstancias del entorno donde vaya a ser aplicada. Aun así, aunque la mejor será aquella que se realiza en el propio Centro con la participación de los profesionales, la más aceptada globalmente es la de Avedis Donabedian, formulada en 1980. Define la Calidad Asistencial como “*aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias o pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*”(122). Es decir, obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes.

1.7.2. ¿CÓMO EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

Las motivaciones para conseguir una mayor Calidad Asistencial vienen determinadas por cuestiones éticas, de seguridad y de eficiencia. El valor social de la salud exige que, con los medios disponibles, se presten los mejores servicios posibles. Por ello, la vertiente ética es inherente a la propia profesión médica. De igual modo, es fundamental poder garantizar la máxima seguridad del paciente, ya que de lo contrario, pueden generarse problemas en su salud. Habrá que favorecer esta seguridad en las instalaciones, procedimientos y tratamientos, lo que implica una exigencia en cuanto al nivel de competencia de los profesionales. Por último, la Calidad Asistencial permite optimizar los recursos reduciendo los costes derivados de una mala calidad, fomentando así la eficiencia(123). Para asegurar estas premisas, existe un acuerdo generalizado de que la Calidad debe ser evaluada según estos criterios(124). Por tanto la Calidad no es un concepto simple, lo que hace necesario valorar sus distintos componentes: son las llamadas dimensiones de la Calidad Asistencial.

Existe divergencia también sobre el concepto de estas dimensiones. En el modelo propuesto por Donabedian se mencionan(125,126):

- El **componente técnico**: la aplicación del conocimiento y de la tecnología para el tratamiento del problema de salud de una persona, aportando el máximo beneficio sin necesidad de aumentar los riesgos.
- El **componente interpersonal**: basado en la relación personal regida por normas y valores sociales, modificadas, en parte, por los dictados éticos de los profesionales y por las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- El **componente de confort**: todos los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

La OMS añade a los dos primeros el componente económico, el cual supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles, a fin de conseguir los objetivos propuestos (estableciéndose previamente unas preferencias).

Sin embargo, las dimensiones más analizadas en la bibliografía, en el entorno sanitario y que asume la metodología de la Escuela Nacional de Salud Pública y la doctora Palmer, son la calidad científico-técnica, la accesibilidad, la satisfacción o aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, que se exponen a continuación(123).

- **Efectividad**: grado en que la Atención Sanitaria produce en la población el beneficio que, en teoría, debería producir, en condiciones de aplicación reales.
- **Eficiencia**: grado en que se alcanza el nivel más alto de Calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados medidos por la efectividad con los costes generados.
- **Eficacia**: capacidad de la Atención Sanitaria para conseguir un bienestar y mejoras en la salud en consecución con los objetivos propuestos, en condiciones ideales, sin tener en cuenta el coste empleado.
- **Calidad científico-técnica**: competencia del profesional para utilizar, de forma idónea, los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance contribuyendo a la mejora del estado de salud y satisfacción en la población atendida. Se debe considerar la habilidad técnica y la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la Calidad de la Atención Sanitaria.
- **Equidad**: distribución justa de los recursos sanitarios entre la población.
- **Optimización**: acción de buscar la mejor forma de hacer algo, de alcanzar mejores resultados, mayor eficiencia o mejor eficacia en el desempeño de un objetivo.
- **Seguridad**: provisión de Calidad Asistencial a todo paciente con la idea de

minimizar el riesgo actual o potencial de generar cualquier daño.

- **Satisfacción o aceptabilidad:** grado en que la atención prestada satisface las expectativas y valores del usuario y sus familias. Se incluye:
 - **Accesibilidad:** facilidad con la que la población puede recibir la Atención Sanitaria, teniendo en cuenta no solo barreras estructurales y económicas, sino también organizativas, sociales y culturales.
 - **Continuidad:** tratamiento del paciente como un todo, de forma ininterrumpida en un sistema de asistencia integrado.
 - **Relaciones interpersonales:** comunicación efectiva entre el servicio y el receptor, fundamentada en la confianza, el respeto, la confidencialidad y la respuesta a las preocupaciones y preferencias del paciente.
 - **El confort de la atención** propiedades de los centros donde se presta la asistencia, con adecuación y medidas de comodidad óptimas para los usuarios.

Conocer el nivel de Calidad de la atención que presta un centro hospitalario, o un Nivel Asistencial dentro del mismo, deberá incluir tres aspectos importantes: la adecuación de los cuidados ofertados (en estrecha relación con la eficacia), la excelencia con la que éstos se prestan (la búsqueda de la efectividad, y siendo ambiciosos, la eficiencia), y la satisfacción de la persona que recibe esa atención(118). Además, habrá que incluir el componente económico-organizativo, procurando una accesibilidad de los usuarios, capacidad de respuesta y optimización de su utilización. Por desgracia, es todavía un reto en la Atención Sanitaria el desarrollo de medidas que permitan conocer con fiabilidad el nivel que cada Centro alcanza para cada uno de estos determinantes.

La evaluación de la Calidad Asistencial, se engloba dentro de la denominada investigación cualitativa, un planteamiento científico fenomenológico que se centra en los aspectos no susceptibles de cuantificación. Es una metodología inductiva, y, como consecuencia, presenta un diseño flexible, a la vez que sistemático y riguroso. Tiene una perspectiva holística del fenómeno estudiado, sin reducir los sujetos a variables, ahondando en la interpretación de los datos. Busca comprender los fenómenos, más que establecer relaciones de causa-efecto, y considera al investigador como instrumento de medida.

Aunque la agrupación de las técnicas de recogida de datos en la investigación cualitativa se puede definir en tres grandes categorías (observación directa, entrevistas en profundidad y el empleo de documentos), en la práctica, se deben definir criterios o variables que puedan ser medidos. Los criterios más importantes y en los que se fundamenta todo trabajo científico

que aborde el tema de la Calidad en salud, son los introducidos por Avedis Donabedian a mediados del siglo XX: los criterios de estructura, de proceso y de resultado (125–127).

- **Criterios de estructura:** los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre los cuales destaca la formación de los profesionales.
- **Criterios de proceso:** qué es lo que se hace con los pacientes y cómo se hace (valoración de los métodos empleados), resaltando en Geriatria la importancia de una VGI interdisciplinar al ingreso y periódicamente en cada Nivel Asistencial.
- **Criterios de resultado:** las situaciones finales que se han producido tras una actuación médica (o el estudio del producto obtenido). Son los más difíciles de establecer, pero los más prácticos para evaluar un Servicio de Salud. En Geriatria, probablemente los más importantes sean la recuperación funcional, la reinserción en el domicilio del paciente y la calidad de vida(127).

En primer lugar habrá que decidir qué es lo que queremos medir (criterios), qué herramienta utilizaremos y qué valores consideraremos como aceptables. También, habrá que evaluar las fuentes de datos más fiables, y una vez recogidos y analizados estos datos, tratar de conocer hasta qué punto estamos dentro del nivel que habíamos fijado como aceptable y definir y poner en marcha acciones de mejora. Con el fin de llevar a cabo esta secuencia, el centro de cualquier acción de mejora, será la metodología denominada “**Círculo de la Mejora Continua**”.

1.7.3.- MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

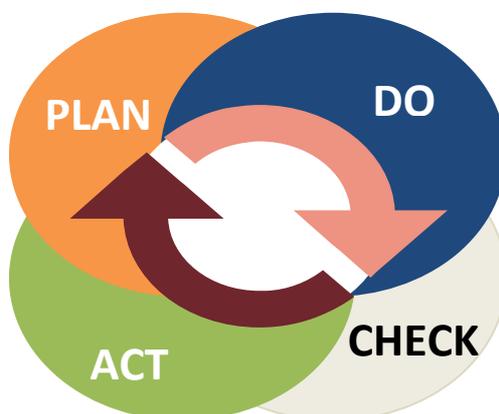
La Mejora Continua es un sistema que permite introducir cambios en las organizaciones, y abordar desde las actividades más sencillas a las más complejas, a partir del análisis y el aprendizaje, para mejorar los resultados. Se recomienda su uso en cualquier actividad para lograr los resultados esperados en forma sistemática, partiendo de información de confianza para la toma de decisiones(124,128). Podría considerarse como la evolución natural del método científico, consistente en la observación sistemática, la medición, la experimentación, la formulación de hipótesis y su posterior análisis y modificación. Según la Organización Internacional de Normalización, la ISO 9000:2005(129) la Mejora Continua se definiría como “la actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos” o, según el modelo EFQM de excelencia en 2013(130) (European Foundation for Quality Management), como “la mejora de procesos, dirigida al alcance de unos niveles excelentes de rendimiento mediante un cambio incremental”.

Tiene su origen en el ciclo de Deming, también conocido como “ciclo PDCA” (Plan, Do, Check, Act)(123,125,128) (**Figura 14**), concepto ideado por Walter A Shewhart. A principios del siglo XX esta metodología adquiere su máxima dimensión con la estrategia denominada Kaizen, que etimológicamente significa "cambio a mejor". Dicha filosofía sostiene que cualquier organización tiene siempre algo que mejorar, siendo necesaria la implicación de todas las personas de la entidad, puesto que las buenas ideas y las buenas propuestas de mejora parten de los trabajadores.

A pesar de que existen numerosos métodos de evaluación continua de la Calidad, hasta la fecha actual el que continua siendo más extendido y utilizado es el mencionado ciclo PDCA. Además, es fuente de inspiración para el resto de metodologías presentadas en la **Figura 15**.

- **Fase de Planificación (Plan):** organización lógica del trabajo, identificación del problema y planificación, desarrollo de objetivos a alcanzar y establecimiento de indicadores de control. Será necesario conocer y analizar la situación presente de la Organización para seleccionar los Proyectos de Mejora más convenientes.
- **Fase de Implantación (Do):** correcta realización de las tareas planificadas y aplicación controlada del Plan.
- **Fase de Evaluación o Verificación (Check):** comprobación de los logros obtenidos; verificación de los resultados de las acciones realizadas y comparación con los objetivos fijados en la primera fase.
- **Fase de Actuación: (Act):** posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencias adquiridas, analizar los datos obtenidos, proponer alternativas de mejora, estandarización, consolidación y preparación de la siguiente etapa del plan.

Figura 14: Ciclo PDCA de Deming



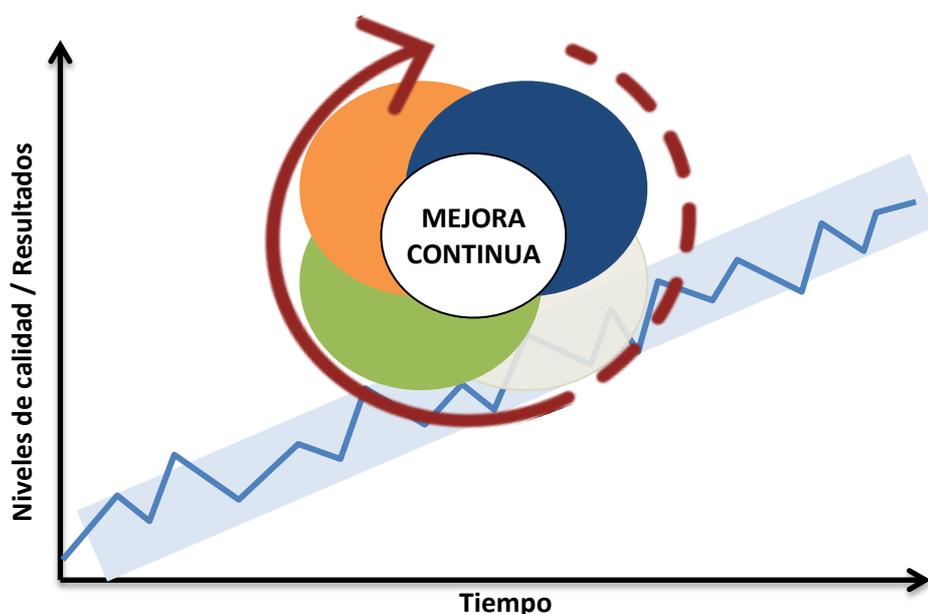
Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Eilliam E. Deming

Figura 15: Resumen de las principales metodologías de evaluación continua de la Calidad y sus principales características

	Ciclo PDCA	DMAIC	Lógica RADAR	Metodología A3
Orígenes	William E. Deming lo popularizó. Inspirado por un modelo ideado por Walter A. Shewhart.	Diseñada por Motorola. Método de mejora Six Sigma (6 Sigma)	Modelo EFQM de excelencia	Diseñada por Toyota como instrumento de Lean Management
Etapas/Dimensión	Plan: planificar Do: ejecutar Check: verificar Act: actuar	Definir Medir Analizar Improve (mejorar) Controlar	Resultados Approches (enfoques) Deploy (desplegar) Assess, Refine and improve (evaluar, revisar y perfeccionar).	Definición problema Situación Actual Objetivos Análisis causa raíz Plan de acciones Seguimiento Resultados
Principales características	Es el que inspira al resto de métodos. Creado para reducir la variabilidad de los procesos de producción. Inspirado en el método científico, espíritu de ensayo y error.	Aplicación del PDCA con orientación estadística por reducir la variabilidad. Requiere cierto volumen de datos para poder aplicar tratamiento estadístico con fiabilidad.	Aplicación del PDCA con orientación a resultados. Enfoque de todo ciclo de mejora. Instrumento que establece una pauta para la gestión excelente.	Aplicación del PDCA potenciando el aspecto visual (din-A3) para facilitar rápida comprensión. Fomento del trabajo en equipo, participación del personal.

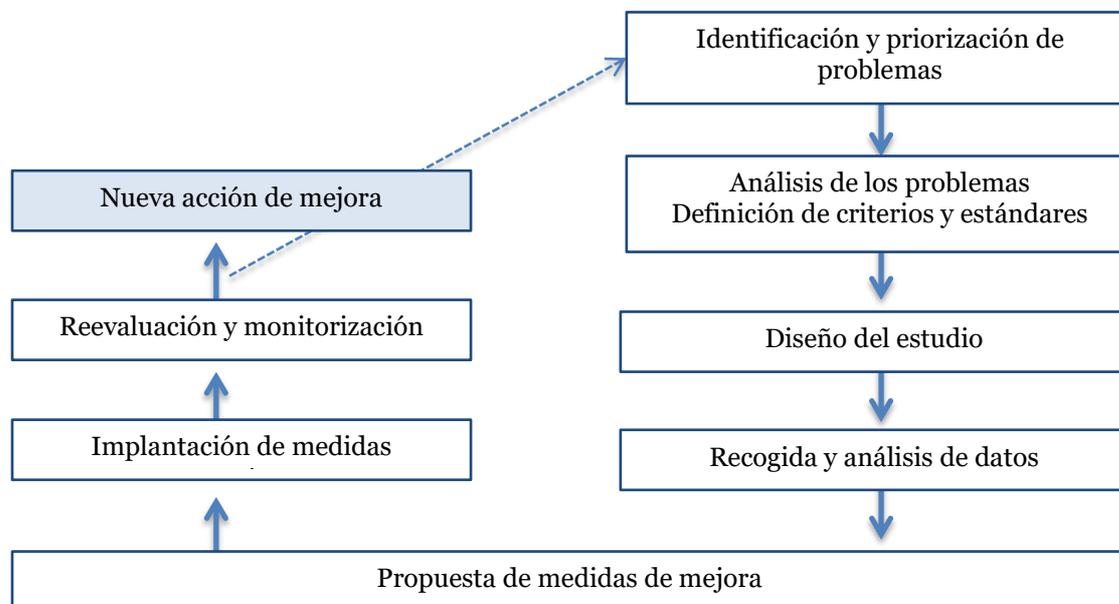
Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Mejora Continua e indicadores de gestión asistencial (Comtec). EFQM: European Foundation for Quality Management; PDCA: Ciclo de Deming: Plan, Do, Check, Act; DMAIC: Metodología: Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar; RADAR: Metodología de Calidad: Result, Approach, Deployment, Assessment y Refinement

Esta secuencia de 4 etapas, trasladada cíclicamente a la práctica, permite mejorar los procesos organizativos de forma continua, estableciendo metas que, una vez logradas, nos conducen a buscar nuevas mejoras de Calidad (**Figuras 16 y 17**).

Figura 16: Esquema de Mejora Continua

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Kaoru Ishikawa

Dentro de este proceso, existen muchas herramientas para identificar los problemas a mejorar (diagrama de flujos, lluvia de ideas, técnica de Grupo Nominal, gráfico de Pareto, diagrama de causa-efecto...). Los más utilizados son los indicadores (de diferentes tipos), las encuestas de opinión y los métodos de consenso. En la priorización de dichos problemas, deben de considerarse conjuntamente aspectos en cuanto al número de individuos a los que afecta el problema, la gravedad del mismo, la existencia, o no, de posibles soluciones, y el coste de las mismas. Posteriormente, se debe diseñar un estudio para conocer los puntos débiles o posibles causas del problema, conociendo de antemano los datos previos y actuales del Nivel Asistencial o Unidad que se quiere mejorar, con el objetivo de que puedan ser instauradas medidas correctoras oportunas y adaptadas a las necesidades reales. El análisis de los datos permite comprobar si se alcanzan los estándares previamente definidos y, si no es así, analizar los posibles factores causales.

Figura 17: Esquema del Ciclo de Mejora Continua

Fuente: Elaboración propia

Este esquema pone de manifiesto un espíritu de ensayo y error. Es por ello que este recurso no se limita a objetivar y alcanzar resultados concretos, sino que tiene en cuenta que en la evaluación de la implantación de la mejora puede intervenir el factor subjetivo y, por ello, en ocasiones, podemos desconocer cuantitativamente el grado en que se ha alcanzado dicha mejora pero sí podemos saber que ha sido efectiva aunque no se pueda determinar.

El objetivo de cualquier Programa de Mejora Continua de Calidad debe ser la intervención, con el fin de evitar y/o mejorar aquellos problemas que han sido detectados. Las causas de estos problemas frecuentemente son de tipo organizativo o de actitudes. Según el tipo de problemas, la intervención variará desde medidas que requieren la decisión de órganos ejecutivos, otras que necesiten un incremento o redistribución de recursos, y otras donde se requiera la formación y conocimientos de los profesionales sobre los resultados del trabajo. Toda necesidad de cambio debe estar siempre bien documentada o, de lo contrario, será difícil de lograr.

Se trata de una metodología de mejora aplicable y útil en todos los niveles de la organización asistencial, que deberíamos tener más presente en nuestra práctica clínica habitual. Es una forma de trabajo en Equipo (PDCA) en la que aplicamos la lógica de una forma estructurada y sistemática para resolver problemas, que debería repetirse una vez finalizado, reiniciando el ciclo y generando una espiral de Mejora Continua. Tiene la ventaja sobre otras estrategias, como las mejoras disruptivas, de que, en principio, no requiere de grandes inversiones ni

modificaciones de la sistemática de trabajo por lo que podrían implementarse en la mayoría de los Niveles Asistenciales Sanitarios.

Podemos concluir que, prestar una buena Calidad Asistencial, consiste en conseguir hacer bien lo que se debe hacer en cada caso, en cada proceso atendido, con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, la Calidad Asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Por ello, requerirá la participación de profesionales sanitarios, de gestores que la planifiquen y la de la población que la recibe. La Geriátrica, es una de las especialidades médicas que demuestran más predisposición a la medida de la Calidad Asistencial(127). El desarrollo heterogéneo de la misma en nuestro país, la formación, en ocasiones insuficiente de los profesionales y la presión del Sistema Sanitario por el envejecimiento poblacional en todos los Niveles Asistenciales, hace que sea un campo de interés para clínicos y gestores.

1.8.- La Calidad Asistencial en el Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Desde sus inicios, como ya se ha comentado, la Geriátría ha experimentado un cambio de paradigma asistencial, adaptándose en el tiempo a las características y necesidades de la población anciana. Con el objetivo de incrementar la eficiencia y la Calidad de las prestaciones ofertadas por las diferentes Unidades Asistenciales, ha sido, y es imprescindible, la utilización adecuada de los recursos y la implicación de los profesionales, junto con una forma de trabajo enfocada a la gestión de procesos y a la mejora continua de los mismos.

Para potenciar esta Calidad Asistencial en un Servicio clínico, en este caso el de Geriátría, además de enmarcar los objetivos en el Plan Estratégico de Calidad del Hospital, es preciso tener en cuenta el punto de vista de los profesionales, a la hora de establecer objetivos e indicadores que contribuyan a la mejora de la Calidad del Servicio. También, hay que tener siempre presente al paciente como centro, ya que la atención y la Calidad percibida por éstos y sus familias es un aspecto cada vez más relevante en la Calidad hospitalaria.

La Geriátría es una de las especialidades médicas que tiene un mayor nivel de evidencia relacionada con sus Niveles Asistenciales, y especialmente en el HUCCR, pionero de la gran mayoría de ellos. Como se ha insistido en el apartado anterior, son requisitos básicos los criterios de Calidad de estructura, destacando en Geriátría la formación de los profesionales y la adecuación de las Unidades a las cambiantes necesidades del paciente geriátrico; de proceso, con aplicación de la VGI, y de resultado, con ítems relevantes como la recuperación funcional, la reinserción en el domicilio del paciente y la calidad de vida.

Los diferentes objetivos de Calidad, y la actividad y evolución relacionada con la misma, se registran en las Memorias anuales del Servicio. Respecto a la evidencia científica que refuerza la Calidad Asistencial de las diferentes Unidades, se han ido recogiendo el número de publicaciones y trabajos llevados a cabo. En los documentos más recientes, de los años 2017, 2018, 2021 y 2022 se registraron 6 publicaciones científicas en revistas Medline en los dos primeros años respectivamente, con un factor de impacto (FI) global de 6,64 y 16,82; en los dos últimos, fueron 19 y 23 publicaciones, sin registro del FI en los mismos. Además se publicaron capítulos de libros, se registró la actividad congresual, las Tesis Doctorales realizadas y dirigidas, y los Proyectos de Investigación (**Tabla 3**). En los años 2019 y 2020, debido a la pandemia por SARS-COV-2, no fue posible realizar Memoria de Investigación en nuestro Centro y Servicio, por razones obvias, pero en 2021 la Memoria del Hospital registra

31 Proyectos de Investigación y 31 publicaciones, en las cuales, como se muestra en la **Tabla 3**, Geriátrica ha tenido un gran peso, reflejando un esfuerzo relevante de los profesionales pese a las circunstancias.

Tabla 3: Resumen de la actividad investigadora del Servicio de Geriátrica 2017-2022

	2017	2018	2021	2022
Publicaciones científicas				
Revista Medline (Pub-Med)	6	6	19	23
Factor de Impacto Global	6,657	16,823		
Capítulos de libros	5	3	0	0
Actividad congresual				
Ponencias	13	14	5	6
Comunicaciones	21	9		
Congresos Europeos	4	1	4	14
Congreso Nacional y Autonómicos	17	8	17	22
Tesis doctorales				
Realizadas	1		0	0
Dirigidas	3	1	3	3
Proyectos de investigación				
Financiados	5	7	2	2
No financiados	4	6	0	0

Fuente: Memorias del Servicio de Geriátrica

Muchas de las intervenciones geriátricas desarrolladas en la práctica en cada una de las Unidades, han sido posteriormente evaluadas en diferentes tipologías de estudios, lo cual ha estimulado la difusión y la asistencia de Calidad de las mismas.

En la UGA, entre otros, se han evaluado los factores predictivos de mortalidad y de deterioro funcional(131), los factores asociados a infección del tracto urinario bacteriana(132), las características y la práctica en la asistencia en el final de vida(133) o la propia eficiencia de las UGA en el metaanálisis de Baztán et al. (2009)(52), revisado en 2022 por el mismo autor(134). En las UGRF, también la literatura en el Hospital ha apoyado su eficacia y efectividad frente a los cuidados convencionales, ha evaluado la influencia en las mismas de un sistema centralizado de admisión de pacientes (desde el año 2016), o la capacidad predictiva de fragilidad al alta de estas Unidades, publicaciones recientes en los años 2020 y 2021 respectivamente(135,136). Aunque con menos volumen de publicaciones, en HDG y en CEX también se han realizado estudios sobre eficacia y eficiencia, de carácter funcional y de

calidad de vida en el primero, y sobre las pruebas complementarias en pacientes valorados por sospecha de demencia, y las características de una consulta de Neurogeriatría, en la segunda. Recientemente, también está en vías de publicación, tras ser premiado en el último Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología (2023, Pamplona), el proyecto, características y resultados de la consulta monográfica de Fragilidad y Caídas del hospital.

Respecto a la AGD, constan publicaciones que datan de los años 1990-2000. Se han realizado estudios descriptivos sobre la actividad asistencial de la Unidad(137), sobre la coordinación con AP (y satisfacción de los mismos)(138) y la evolución de estos pacientes tras 18 meses desde la finalización del seguimiento(139). Recientemente, se han completado estos datos con dos trabajos, publicados en el año 2022, incluidos en la metodología de este proyecto(18,140).

Periódicamente, las líneas de investigación han ido cambiando en función de las necesidades percibidas por el Servicio. Así, en los últimos años, han primado, las líneas de investigación fundamentalmente centradas en el COVID-19, con más de 20 publicaciones y comunicaciones a Congresos en los dos últimos años, y dos Tesis Doctorales, gracias al trabajo del grupo multidisciplinar OCTA-COVID-19. Otras líneas de investigación actualmente en marcha están relacionadas con las demencias, los pacientes centenarios, la nutrición, la fragilidad, el final de vida, la AGR y la Cardiogeriatría.

La actividad investigadora actual y de las últimas décadas, tiene reflejo en una gran variedad de prestigiosas revistas nacionales e internacionales tanto de Geriatría (*Journal of the American Geriatrics Society; European Geriatric Medicine; Age & Ageing; Gerontology; Archives Geriatric and Gerontology; Journal of Nutritional Health and Aging; Revista Española de Geriatría y Gerontología*) como de Medicina General (*Lancet, British Medical Journal, European Journal Internal Medicine; Medicina Clínica, Revista Clínica Española, Revista Española de Salud Pública*) y de otras especialidades (AP), lo cual contribuye a la visibilidad y divulgación de la actividad del HUCCR, pudiendo contribuir a mejorar la calidad del Centro, mantener sus expectativas asistenciales y, además, servir como incentivo para emprender nuevas iniciativas.

Desde la Institución, también se han programado diferentes objetivos de Calidad, en los que participa activamente el Servicio de Geriatría. Dentro de estos objetivos se encuentran: mejorar la Calidad percibida por parte del ciudadano, mejorar la seguridad en términos clínicos y para el paciente, mejorar la atención al dolor, abordar los incidentes de seguridad y desarrollar la gestión de Calidad y la cooperación. Todos los facultativos del Servicio forman parte de alguna de las Comisiones Clínicas del Centro, instrumentos multidisciplinarios que

establecen objetivos e indicadores técnicos de Calidad contribuyendo en las definiciones de práctica clínica correcta en diferentes escenarios, según criterios de la Medicina Basada en la Evidencia.

Para lograr que esta aspiración se asegure en cada uno de los actos médicos y sanitarios es necesario un desarrollo en conocimientos, técnicas y actitudes por parte de todo los integrantes de la institución. Para ello, hace falta un grupo específico dentro del propio Servicio y/o por Unidades, que mantenga todo lo trabajado hasta el momento y facilite la contribución en la formación y difusión de la metodología de Mejora de la Calidad, con el fin de asegurar una Atención Sanitaria de Calidad, multidisciplinar y de primer nivel.

En este sentido, hasta la actualidad no se ha desarrollado, ni a nivel del propio Servicio de Geriátría ni en ninguna de sus Unidades, un Plan de Mejora Continua de la Calidad (PMCC) bien definido, como el que se presenta en esta Tesis, que cumpla las siguientes características:

- Iniciativa e implicación de los propios profesionales, de manera multidisciplinar
- Creación de una Comisión de Calidad (CC) formal
- Capaz de detectar Oportunidades de Mejora (OM) que permitan a la Unidad adaptarse a los progresivos cambios y necesidades del paciente geriátrico
- Con el objetivo de mejorar la Calidad en sus principales dimensiones: Calidad Científico-Técnica, Eficacia, Eficiencia y Calidad Percibida por el usuario
- Ser complementario al Plan Estratégico del Hospital

Sabiendo que esta iniciativa supone la mejor manera de asegurar que el paciente está en el centro de la actividad del Equipo y que éste es así capaz de adaptarse a sus mencionados cambios y necesidades

JUSTIFICACIÓN

2.- JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países occidentales y su impacto en el estado de salud de los individuos y comunidades justifica que se consideren los principales retos de las actuales políticas de salud y de los Sistemas Sanitarios. El progresivo envejecimiento está definiendo un cambio de paradigma sanitario, con una población cada vez más vulnerable y, en consecuencia, con una mayor necesidad de cuidados continuados y consumo de recursos, tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario. Ante esta nueva perspectiva, existe una necesidad imperiosa de implementar estrategias e intervenciones que prioricen la Asistencia Domiciliaria y faciliten las transiciones entre Niveles Asistenciales, para mantener a las PM en su entorno el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles, previniendo y/o retrasando las hospitalizaciones y la institucionalización.

En la bibliografía internacional se han descrito muy diversos modelos de atención al paciente geriátrico domiciliario, que han demostrado eficacia en diversos parámetros asistenciales y en la coordinación entre Niveles Asistenciales. Entre ellos AGD, ha demostrado:

- Mejorar la calidad de vida del paciente anciano dependiente, al permitirle permanecer en su entorno durante más tiempo y en mejores condiciones de salud
- Mejorar su situación funcional y cognitiva
- Disminuir la mortalidad
- Disminuir los costes del Sistema Social y Sanitario (al disminuir la estancia media hospitalaria, los reingresos y la institucionalización).

Todos ellos, son motivos suficientes para que cualquier experiencia que pueda suponer una alternativa a la hospitalización innecesaria y/o prolongada, sea tenida en cuenta, siendo, hoy en día, de carácter prioritario.

Pero estas necesidades y proyecciones futuras del manejo del paciente anciano, no se sostendrán ni podrán desarrollarse adecuadamente sin una **Calidad Asistencial** en constante mejoría de los dispositivos de Atención Domiciliaria.

Los profesionales médicos responsables de la Unidad AGD, han percibido en los últimos años, una dificultad para incrementar, o incluso mantener, la Calidad Asistencial prestada. Esta sensación se sustenta, no solamente en los cambios demográficos y sanitarios comentados, sino también en la revisión de documentos previos de la Unidad (estudios y análisis propios previos, expuestos más adelante).

A pesar del constante interés por la Calidad Asistencial en el HUCCR (apartado 1.8), no se ha llegado a implantar un PMCC en el Servicio, ni en la propia Unidad, orientado al bienestar y la satisfacción de los pacientes. Como suele ser habitual en la Atención Sanitaria, las iniciativas para mejorar la Calidad prestada se han basado sobre todo en auditorías de aspectos concretos, procedentes de los gestores, no tanto de los propios profesionales.

En base a esto argumentos se ha considerado la oportunidad de colaborar en la extensión de la cultura de la Mejora Continua de la Calidad en la Unidad de AGD del HUCCR mediante la elaboración de un PMCC en esta Unidad que responda tanto a las expectativas del Servicio como al bienestar y satisfacción de los pacientes.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1.- Hipótesis.

La hipótesis de trabajo es la siguiente:

- ¿Podría ser pertinente, viable y útil poner en marcha un Plan de Mejora Continua de Calidad (PMCC) en una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria para mejorar diferentes dominios de la Calidad?.

3.2.- Objetivos.

3.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Elaboración, puesta en marcha y evaluación de un Plan de Mejora Continua de la Calidad Asistencial en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja de Madrid, adaptado a las demandas y necesidades del paciente mayor domiciliario.

3.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Creación de una Comisión de Calidad de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria
- Estudio de la situación actual de la Atención Geriátrica Domiciliaria en el contexto sanitario y en el Hospital Universitario Central de la Cruz Roja
- Conocer las características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja, su evolución en el tiempo y los factores asociados a mortalidad, visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios
- Detectar situaciones mejorables y priorizarlas
- Elaborar y poner en marcha medidas concretas para abordar las situaciones mejorables priorizadas

MATERIAL Y MÉTODOS

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1.- Diseño del estudio.

Estudio de investigación aplicada, con un diseño mixto, cualitativo y cuantitativo.

El componente cuantitativo es un estudio de tipo observacional, ambispectivo (retrospectivo y prospectivo), que incluye una cohorte longitudinal. En el componente cualitativo se realizan distintas herramientas, como la entrevista semiestructurada con la opinión de expertos, la técnica del “*Brainstorming*” o Tormenta de Ideas, el Grupo Nominal, las encuestas de satisfacción, el análisis de agradecimientos, reclamaciones y sugerencias o la Escucha Activa. En su conjunto, ambas vertientes tratan de responder a los distintos objetivos planteados.

Inicialmente se llevó a cabo una **revisión bibliográfica sistemática**. Se realizó una búsqueda exhaustiva sobre las publicaciones realizadas hasta el año 2020 acerca de la AGD, en inglés, francés y español, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis así como trabajos observacionales (tanto analíticos como descriptivos), utilizando diferentes bases de datos generales, fundamentalmente Medline con la interfaz de búsqueda Pubmed. La recopilación de información científico-técnica se llevó a cabo mediante opciones de búsqueda libre y avanzada, utilizando tesauros como los Medical Subject Headings (MeSH) así como operadores booleanos como descriptores y límites en los campos de búsqueda para la combinación o exclusión de 2 o más términos (AND, OR, NOT). Los términos utilizados fueron: “*Geriatric home care*”, “*Primary care*”, “*elderly*”, “*older adult*”, “*ageing*”, “*frailty*”, “*comprehensive geriatric assessment*”, “*complex chronic patient*”, “*integrated care*”, “*hospital-at-home*”, “*home based primary care*”, “*home hospitalization*”, “*functional decline*”, “*multimorbidity*”, “*early discharge*”, “*admission avoidance*”, “*prognostic factors*”, “*disabling acute processes*”. En cuanto a la calidad, se utilizaron: “*quality*”, “*quality of care*”, “*quality in health*”, “*methodological design*”, “*qualitative research*”, “*Donabedian model*”, “*methodology*” y “*continuous quality improvement plan*”. También se utilizaron otros recursos, como la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de Madrid o fuentes bibliográficas no disponibles online, mediante la consulta en biblioteca, y aportación de documentación física por parte de compañeros de profesión.

Se seleccionaron a partir de los resúmenes, aquellos trabajos en los que las intervenciones fuesen llevadas a cabo en el domicilio de pacientes mayores de 65 años, dando preferencia al perfil de dispositivo más parejo al de nuestra Unidad. Se descartaron aquellos enfocados a

pacientes con edades medias no geriátricas, aunque incluyeran un pequeño subgrupo del rango etario, o aquellos en los que no quedara claro que se incluían pacientes ancianos. No se desecharon aquellos dispositivos con características asistenciales diferentes dentro de la Atención Domiciliaria, pero sí se tuvieron en cuenta dichas disparidades a la hora de comparar los datos. El trabajo de investigación se subdivide en cuatro fases diferentes a lo largo del tiempo (**Figura 18**).

Comienza con la **Creación de una Comisión de Calidad (CC) (1)** en diciembre de 2020, con el objetivo de poner en marcha el Proyecto de un PMCC, para detectar y priorizar situaciones mejorables en la Unidad de AGD. A partir de enero de 2021, se propone desde la CC llevar a cabo un **estudio sobre la situación de AGD en el contexto sanitario y en el HUCCR (2)**, para realizar una aproximación a las posibilidades de adaptación para afrontar necesidades futuras, a medio plazo, del paciente anciano frágil domiciliario. Durante un año y medio aproximadamente, se procede, mediante diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas, a la **detección de oportunidades de mejora (OM)** con una posterior **priorización (3)** de las mismas, analizando y seleccionando indicadores (de eficacia, eficiencia, calidad científico-técnica y de satisfacción del usuario). Desde inicios del año 2023 se realiza una revisión y monitorización de los resultados obtenidos para poder **presentar**, finalmente, la **propuesta del PMCC (4)**, cuyo objetivo es continuar reiniciando el ciclo periódicamente para mantener la filosofía de Mejora Continua de la Calidad y, de esta manera, detectar nuevas OM y controlar las soluciones ya aplicadas.

Figura 18: Diseño metodológico para la elaboración e implementación de un Plan de Mejora de la Calidad Asistencial en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; PMCC: Plan de Mejora Continua de la Calidad

4.2.- Estudio de la situación actual de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en el contexto sanitario y del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Para responder al segundo objetivo específico, además de la revisión bibliográfica sistemática realizada, se lleva a cabo una revisión de los Análisis Propios previos de nuestra Unidad. Se consultaron los diferentes documentos registrados desde el año 2010, que hacían referencia a reuniones multidisciplinarias y/o con el Jefe de Servicio de Geriátrica donde se recogían fortalezas y debilidades detectadas en la Unidad, con propuestas de adaptación y/o mejora de la Calidad Asistencial del modelo clásico de AGD ante diferentes cambios, incluyendo situaciones de crisis sanitaria, con sobrecarga de AP y AE.

Los datos que responden al tercer objetivo específico (conocer el perfil, evolución del paciente atendido en AGD y factores de riesgo a eventos adversos) también nos aporta información útil acerca de las características y asistencia de la Unidad.

4.3.- Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja y evolución en el tiempo de su perfil.

Para responder al tercer objetivo, basándonos en los datos asistenciales de AGD registrados informáticamente desde 1997, y publicados parte de ellos en el trabajo de Baztán et al. (138), se realizaron distintos abordajes:

4.3.1.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Con el objetivo de describir la evolución del perfil de pacientes atendidos por la Unidad de AGD y su actividad asistencial en las últimas dos décadas, se llevó a cabo el siguiente estudio:

Diseño:

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos registrados desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2020 de la actividad histórica de la Unidad de AGD del Servicio de Geriátrica del HUCCR.

Población de estudio:

Se incluyeron todos los pacientes atendidos por la Unidad. Los criterios de inclusión y exclusión se detallan más adelante.

Recogida de datos:

Se realizó a partir de la base de datos hospitalaria del Servicio, obtenidos durante la evaluación domiciliaria por el Equipo Médico y de Enfermería, según el protocolo habitual utilizado en el Nivel Asistencial (**Anexo I**), registrados en la historia clínica (en formato papel hasta 2014 y digital a partir de 2015).

Variables:

Las variables incluidas se recogen en el apartado 4.3.3.

4.3.2.- COMPARACIÓN DE DOS COHORTES DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Con el objetivo de describir la evolución de la actividad asistencial y de la coordinación del Equipo de AGD en el apoyo a AP para la atención de pacientes geriátricos, se llevó a cabo el siguiente estudio:

Diseño:

Estudio retrospectivo comparativo de los datos registrados de la actividad histórica de la Unidad de AGD del Servicio de Geriatria del HUCCR, en los periodos comprendidos desde enero de 1997 a diciembre de 1999 y 20 años después, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Población de estudio:

Se incluyeron solamente los pacientes remitidos desde AP para la atención por la Unidad de AGD, en los periodos de tiempos referidos.

Recogida de datos:

La recogida de datos del primer periodo (1997-1999) se realizó a partir del artículo publicado por el mismo Servicio (138) y los de 2017-2019 a partir de la historia clínica electrónica.

Variables:

Las variables incluidas se recogen en el apartado 4.3.3.

4.3.3.- VARIABLES ANALIZADAS EN LOS ESTUDIOS RETROSPECTIVOS (4.3.1 y 4.3.2)

Las variables recogidas en la cohorte retrospectiva de pacientes atendidos entre 2001 y 2020 (estudio 4.3.1) y su definición se exponen a continuación:

Variables Sociodemográficas:

- **Edad** en el momento del inicio de la atención por AGD.
- **Sexo:** femenino, masculino.
- **Convivencia:** categorizada como vivir solo, con cónyuge, con familia u otros.
- **Cuidador principal:** categorizada como cónyuge, familia u otros.
- **Ayuda social domiciliaria:** categorizada como oficial, privada o no ayudas.

Variables Clínicas:

- **Número de fármacos:** al inicio y al finalizar la intervención de AGD.
- **Síndromes y problemas geriátricos:** se recogieron la presencia / ausencia de:
 - Incontinencia urinaria (IU)
 - Incontinencia fecal (IF)
 - Incontinencia urinaria y fecal
 - Insomnio
 - Dolor
 - Sobrecarga del cuidador
 - Disfagia
 - Uso de oxigenoterapia domiciliaria
 - Úlceras por presión (UPP)
 - Portador de sonda nasogástrica (SNG)
 - Portador de sonda vesical

Variables Funcionales:

Se recogió la situación funcional previa a la intervención de AGD, al inicio del seguimiento y tras finalizar el mismo, mediante:

- El **Índice de Barthel modificado (IB)**(141), (**Anexo II-1**) recogido mediante entrevista con el paciente o con un informador fiable. Se categorizó posteriormente en cinco grupos: pacientes independientes (IB=100 puntos); dependencia leve (60-99 puntos), dependencia moderada (40-59 puntos), dependencia severa (20-39 puntos) y dependencia total (0-19 puntos).

- Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja (**CRF**) (142) (**Anexo II-2**) que evalúa el estado funcional desde la normalidad (0 puntos) hasta el deterioro físico severo (5 puntos).

Variables Cognitivas:

También recogida la situación mental previa a la intervención de AGD, al inicio del seguimiento y tras finalizar el mismo. Para ello se utilizó la:

- Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja (**CRM**), (**Anexo II-3**) que evalúa el estado mental desde la normalidad (0 puntos) hasta el deterioro cognitivo severo (5 puntos). Una puntuación ≥ 2 puntos tiene un valor predictivo positivo de presencia de deterioro cognitivo de 0,88. Es una escala utilizada en España, de fácil empleo, sencilla de aplicación y bien relacionada con escalas como el Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (Coeficiente de correlación de 0,80), más utilizado en otros estudios, pero en el que hay que invertir más tiempo (143,144).

Variables Asistenciales:

- **Fecha** de inclusión en AGD y de finalización del seguimiento por la Unidad.
- **Tiempo de espera** (días) hasta la primera visita de AGD.
- **Duración** de la intervención de AGD (días).
- **Procedencia** de los pacientes, categorizada en:
 - Atención Primaria (AP)
 - Unidad de Agudos de Geriátría (UGA)
 - Unidad de Media Estancia (UME)
 - Hospital de Día de Geriátría (HDG)
 - Consulta Externa (CEX)
 - Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD)
 - Urgencias (URG)
 - Equipos de Soporte Atención Domiciliaria (ESAD)
 - Otros
- **Centro de salud (C.S.):** según distribución práctica, los diferentes C.S. a los que la Unidad da servicio, se agrupan en dos zonas: “lejos” y “cerca” respecto a su proximidad al Hospital.
 - Cerca: Reina Victoria - Doctor Santero; General Moscardó; VillaamiI; Bustarviejo; Ventilla; José Marvá; Infanta Mercedes.

- Lejos: Barrio del Pilar; Ciudad de los Periodistas; Virgen de Begoña; Fuencarral; Fuentelarreina; Monforte de Lemos; Peñagrande; Mirasierra.
- **Motivo de consulta**: categorizado en:
 - Deterioro funcional
 - Control clínico
 - Valoración Geriátrica Integral
 - Úlceras cutáneas
 - Trastornos del comportamiento
 - Deterioro cognitivo
 - Claudicación del cuidador
 - Caídas
 - Dolor
 - Otros.
- **Motivo principal de dependencia funcional**, categorizado en:
 - Demencia
 - Patología osteoarticular
 - Patología cerebrovascular
 - Cardiopatía
 - Síndrome parkinsoniano
 - Vasculopatía periférica
 - Neuropatía
 - Trastorno depresivo
 - Patología endocrina
 - Patología neoplásica
 - Patología digestiva
 - Otros.
- **Número de visitas** del Equipo Médico y de Enfermería
- **Destino** al finalizar intervención de AGD: categorizada en:
 - Equipo de Atención Primaria
 - Consulta Externa
 - Unidad de Agudos de Geriátrica
 - Unidad de Larga Estancia
 - Hospital de Día de Geriátrica
 - Unidad de Media Estancia
 - Urgencias

- Residencia
 - Alta no prevista
 - Cambio de domicilio
 - Éxitus
 - Otros
- **Número de Diagnósticos Nuevos** realizados durante el seguimiento por AGD: definidos como todos aquellos diagnósticos no presentes en la historia médica del paciente, al inicio del seguimiento, o bien, aquellos diagnosticados y sin un tratamiento óptimo individualizado.
 - **Pruebas diagnósticas realizadas:** número de analíticas (sangre/orina/heces), radiografías, ecografías, electrocardiogramas y/o tomografías computarizadas (TAC).

Las variables recogidas en la cohorte ambispectiva de pacientes atendidos por AGD en los periodos de 1997-1999 y 2017-2019 (estudio 4.3.2) fueron las mismas que las registradas en el primer estudio (estudio 4.3.1), con las siguientes modificaciones:

- Se registró el reingreso en AGD en los últimos 6 meses, en ambos periodos.
- Funcionalmente se recogió el IB pero con diferente categorización: <20, 20-35, 40-55, 60-75 y >80, siguiendo el registro utilizado en el artículo original de Baztán et al.(138)
- La situación funcional (IB y CRF) y cognitiva (CRM) únicamente se recogen al ingreso en AGD, no previamente ni tras finalizar la intervención.
- Como procedencia sólo se contemplaron los pacientes remitidos por AP.
- No se analizaron el número de visitas médicas ni de Enfermería ni tampoco el número de diagnósticos nuevos ni las pruebas diagnósticas realizadas.
- Se recogieron el número de reuniones en C.S. (y de pacientes comentados), así como la actividad telefónica de la Unidad en ambos periodos.

4.3.4.- ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

Dada la progresiva complejidad del paciente y la necesidad de obtener más información tras los estudios retrospectivos, se procede a la realización de un tercer trabajo, con el fin de evaluar factores asociados a mortalidad, ingreso hospitalario y visitas al Servicio de Urgencias tras 6 meses de la intervención de AGD, así como para detectar también OM y la evolución precoz de algunos indicadores.

Diseño:

Estudio observacional prospectivo de los pacientes atendidos por la Unidad de AGD desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2021 con seguimiento a 6 meses tras la finalización de la intervención.

Población de estudio:

Se incluyeron todos los pacientes valorados por la Unidad de AGD durante el periodo de tiempo mencionado. Posteriormente, se realizó un seguimiento a través de la plataforma Horus, en el primer, tercer y sexto mes tras la finalización de la intervención de AGD.

Recogida de datos:

Se realizó a partir de los datos obtenidos de la historia clínica electrónica en el programa HP-HCIS una vez realizada la evaluación domiciliaria. Los datos correspondientes a mortalidad (fecha, lugar y causa), ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias (número, fecha y causa) en el primer, tercer y sexto mes tras la intervención, se obtuvieron a través de la plataforma digital Horus.

Variables:

4.3.5.-VARIABLES ANALIZADAS EN EL ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO

Se recogió un mayor número de variables, algunas comunes con los estudios previos; existe alguna variación en cuanto a su definición, por lo que se exponen a continuación:

Variables Sociodemográficas:

- **Edad** en la primera visita, también categorizada en lustros: <70 años, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94 y ≥95 años.
- **Sexo:** femenino, masculino.
- **Convivencia:** categorizada como vivir solo, con cónyuge, con familia, con cuidador privado u otros.
- **Cuidador principal:** categorizada como cónyuge, familia o cuidador privado.
- **Ayuda social domiciliaria:** categorizada como pública, privada, pública y privada o sin ayudas.

Variables Clínicas:

- **Número de fármacos:** al inicio y al finalizar la intervención de AGD.
- **Polifarmacia:** al inicio y al finalizar la intervención de AGD, categorizada en No (< 5 fármacos), entre 5-9 fármacos y ≥ 10 fármacos.
- **Deprescripción:** si se ha realizado deprescripción, recogiendo el número de fármacos, sus principios activos y posología.
- **Síndromes y problemas geriátricos:** presencia / ausencia de los siguientes; además, la agrupación numérica de los mismos si ≥ 2 , ≥ 3 o ≥ 4 :
 - Incontinencia urinaria
 - Incontinencia fecal
 - Incontinencia urinaria y fecal
 - Insomnio
 - Dolor
 - Sobrecarga del cuidador
 - Disfagia
 - Uso de oxigenoterapia domiciliaria
 - Úlceras por presión
 - Portador de sonda nasogástrica
- **Comorbilidad:** según el Índice de Charlson(145), (**Anexo II-4**) categorizado como comorbilidad baja (0-1 o 2 puntos) y alta (≥ 3 puntos).
- **Fragilidad:** mediante la escala de Fragilidad Clínica (Clinical Frailty Scale - CFS)(146), (**Anexo II-5**) que evalúa el estado de fragilidad de forma ordinal desde 1 (robusto) a 9 (enfermo terminal), recogida de forma retrospectiva según los datos registrados en la historia clínica; posteriormente categorizada como: no frágiles (CFS 1-4), fragilidad leve-moderada (CFS 5-6), y fragilidad severa (CFS 7-9).
- **Índice de Control Nutricional (CONUT)(147), (**Anexo II-6**)** que valora el nivel de gravedad de riesgo de malnutrición según los resultados de albúmina, linfocitos totales y colesterol, categorizado en: sin riesgo de malnutrición (0-1); riesgo leve (2-4), riesgo moderado (5-8) y riesgo grave (>8).

Variables Funcionales:

Se recogió la situación previa a la intervención de AGD, al inicio del seguimiento y tras finalizar el mismo a través de:

- El **IB:** mediante entrevista con el paciente o con un informador fiable. Además del valor cuantitativo, se categorizó posteriormente en cinco grupos: pacientes independientes (IB=100 puntos); dependencia leve (60-99 puntos), dependencia moderada (40-59 puntos), dependencia severa (20-39 puntos) y dependencia total

(0-19 puntos). Además, dado el perfil de la población, se subcategorizó en un IB <20 puntos (dependencia total), 20-39 puntos (dependencia severa) y ≥ 40 puntos (independientes, dependencia leve y moderada).

- **Escala CRF:** además del valor cuantitativo se categorizó en 3 grupos: CRF 0-2, CRF 3 y CRF 4-5.
- **Motivo por el que no existe una ganancia funcional** tras la intervención de AGD, categorizado según: situación de terminalidad, demencia avanzada, rechazo de valoración por AGD, no perfil de AGD, paciente institucionalizado, paciente remitido a Urgencias / hospitalizado, estancia corta en AGD, estabilidad clínica u otros.

Variables Cognitivas:

Situación mental previa a la intervención de AGD, al inicio del seguimiento y tras finalizar el mismo, con las siguientes variables:

- **Escala CRM:** además del calor cuantitativo se categorizó en 3 grupos: CRM 0-1, CRM 2-3 y CRM 4-5.
- **Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS)**(148) que tiene en cuenta la evolución de la cognición y su relación con las funciones cotidianas, con una puntuación de 1 (ausencia de alteración cognitiva) a 7 (alteración cognitiva muy severa). Se categorizó en 3 grupos: GDS 1-3, GDS 4-5 y GDS 6-7.

Variables Asistenciales:

- **Fecha** de consulta, de inclusión en AGD y de finalización de la intervención.
- **Tiempo de espera** (días) hasta la primera visita de AGD.
- **Duración** de la intervención de AGD (días): cuantitativa y también y categorizada según los datos cuartílicos en: <4,25 días, entre 4,25-11,9 días, entre 12-24,9 y ≥ 25 días.
- **Reingreso en AGD:** nominal, definida como solicitud de nueva valoración en los siguientes 6 meses tras el alta por AGD.
- **Días ahorrados de UGA** (días): para obtener una aproximación a este dato se consultó de manera consecutiva a los profesionales de la Unidad, en aproximadamente 40 pacientes dados de alta de UGA, cuántos días opinaban ellos que se había adelantado el alta respecto a la fecha prevista gracias al apoyo de AGD.
- **Procedencia** de los pacientes categorizada en:
 - Atención Primaria
 - Unidad de Agudos de Geriátría
 - Unidad de Media Estancia

- Hospital de Día de Geriatría
 - Consulta Externa
 - Urgencias
 - Equipos de Soporte Atención Domiciliaria
 - Unidad de Cuidados Paliativos
 - Medicina Interna
 - Hospital Universitario La Paz (HULP: planta/Urgencias)
 - Petición propia u otros.
- **Centro de salud (C.S.):** al igual que en el estudio anterior :
- Cerca: Reina Victoria - Doctor Santero; General Moscardó; VillaamiI; Bustarviejo; Ventilla; José Marvá; Infanta Mercedes.
 - Lejos: Barrio del Pilar; Ciudad de los Periodistas; Virgen de Begoña; Fuencarral; Fuentelarreina; Doctor Castroviejo; Mirasierra.
- **Motivo de consulta:** categorizado en:
- Deterioro funcional
 - Control clínico
 - Valoración Geriátrica Integral (VGI)
 - Úlceras cutáneas
 - Trastornos del comportamiento
 - Deterioro cognitivo
 - Claudicación cuidador
 - Caídas
 - Dolor
 - Otros.
- **Motivo principal de dependencia funcional,** categorizado en:
- Demencia
 - Patología osteoarticular
 - Patología cerebrovascular
 - Cardiopatía
 - Síndrome parkinsoniano
 - Vasculopatía periférica
 - Neuropatía
 - Trastorno depresivo
 - Patología endocrina
 - Patología neoplásica

- Patología digestiva
- Otros.
- **Número de visitas** del Equipo Médico y de Enfermería: cuantitativo y categorizado según datos cuartílicos, ambas en: 0-1 visitas; 2 visitas, ≥ 3 visitas.
- **Destino** al finalizar intervención, categorizada en:
 - Equipo de Atención Primaria
 - Consulta Externa
 - Unidad de Agudos de Geriátría
 - Unidad de Larga Estancia
 - Hospital de Día de Geriátría
 - Unidad de Media Estancia
 - Urgencias
 - Residencia
 - Alta no prevista
 - Cambio de domicilio
 - Éxitus
 - Otros
- **Número de diagnósticos nuevos** realizados durante el seguimiento en AGD: definidos como todos aquellos diagnósticos no presentes en la historia médica del paciente, al inicio del seguimiento, o bien, los diagnosticados sin un tratamiento óptimo individualizado. Posteriormente se categorizaron en ≤ 2 diagnósticos y ≥ 3 .
- **Pruebas diagnósticas realizadas:** número de analíticas (sangre/orina), radiología hospitalaria, ecografía hospitalaria, ecografía portátil a pie de cama, electrocardiogramas y/o Holter-electrocardiograma (Holter-ECG).
- **Coordinación con especialistas** y/o otros Equipos domiciliarios
- **Número de ingresos hospitalarios y visitas al Servicio de Urgencias** antes de la inclusión en AGD (1, 3 y 6 meses previos).

Parámetros Analíticos:

- Valores de **albúmina sérica** en g/dL y categorizada por la significación clínica en normoalbuminemia ($\geq 3,5$ g/dL), hipoalbuminemia leve (3-3,49g/dL) e hipoalbuminemia severa (< 3 g/dL)(149).
- Valores de **proteínas totales** (g/dL)
- La **hemoglobina** sérica (Hb), medida en g/dL y categorizada en pacientes sin anemia (≥ 12 g/dL en mujeres y 13 g/dL en hombres), anemia moderada (10-12 g/dL en mujeres y 10-13 g/dL en hombres) y anemia severa (< 10 g/dL).(150)

- El **volumen corpuscular medio** (fL) y el hematocrito (%)
- Valores de **plaquetas séricas** (mcL)
- Valores de **Leucocitos, neutrófilos y linfocitos séricos** (U/m³)
- La **función renal** medida en ml/min por el “Modification of Diet in Renal Disease” (MDRD) ajustado por creatinina y edad del sujeto, categorizada en MDRD>60 ml/min (función renal normal); MDRD entre 30-60 ml/min (insuficiencia renal leve) y MDRD <30 ml/min (insuficiencia renal severa)(151). Además se registra la creatinina (mg/dL) y la urea (mg/dL).
- **Perfil lipídico** mediante las cifras de colesterol total en mg/dL y de triglicéridos (mg/dL). Se categorizó el colesterol total según cuartiles: ≤125; 125,1-152; 152,1-182 y >182.
- **Vitamina D** (nmol/L) y **vitamina B12** (nmol/L)
- **Iones séricos:** sodio (mmol/L), potasio (mmol/L) y calcio, todos en mmol/L.
- **Función tiroidea:** TSH (mU/L) (hormona estimulante de la tiroides)
- **Ferritina** (ng/mL)
- **Proteína C reactiva (PCR)** (mg/dl)

Variables de resultado:

- La principal variable resultado fue la **mortalidad**, registrada durante el seguimiento y en el primer, tercer y sexto mes tras la intervención de AGD. Se registró la fecha, la causa y el lugar, así como el uso de medidas paliativas específicas.
- **Evento ingreso hospitalario** en el primer, tercer y sexto mes tras la intervención en AGD. Se registró el número, la fecha y la causa de los mismos, excluyendo las visitas a Urgencias que no precisaron hospitalización.
- **Evento visitas a Urgencias** en el primer, tercer y sexto mes tras la intervención por AGD. Se registró el número, la fecha y la causa de las mismas.

4.3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Todos los pacientes descritos en los tres estudios, debían cumplir los criterios de inclusión para poder ser evaluados por la Unidad:

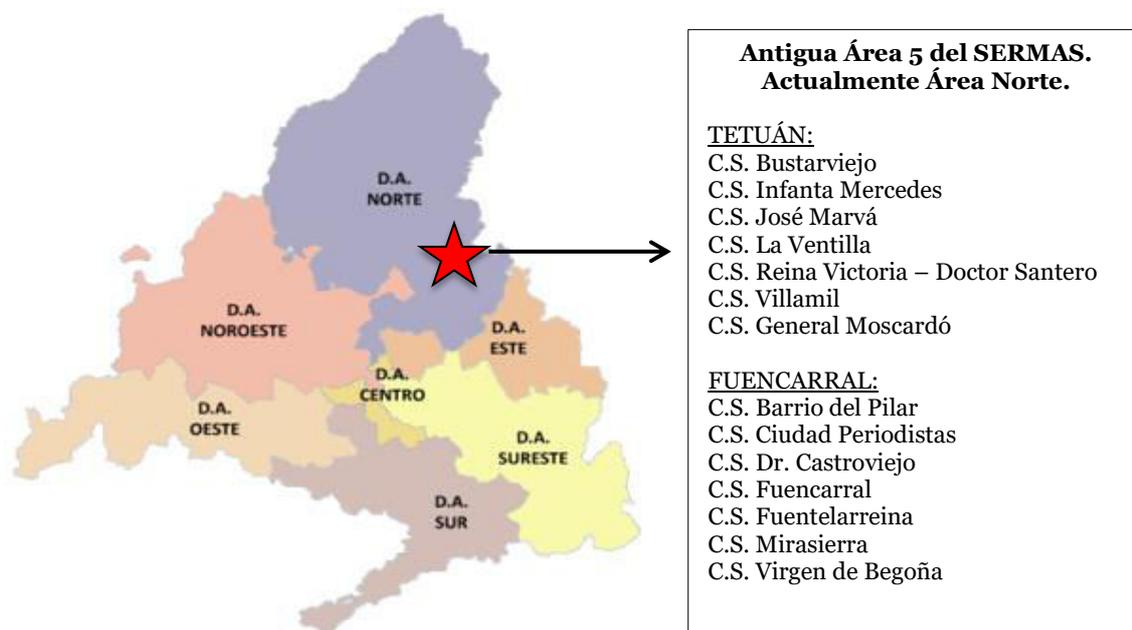
- Domicilio habitual en la antigua Área V del INSALUD (actual Área Asistencial Norte) de la CAM, perteneciendo a los C.S. estipulados en el programa de AGD (**Figura 19**), atendidos por dicha Unidad durante los períodos de estudio especificados.
- Pacientes generalmente mayores de 65 años, que dada su situación de dependencia funcional presentan dificultades para su desplazamiento a la consulta ambulatoria.
- Ancianos frágiles y de alto riesgo, con procesos crónicos, complejos y/o invalidantes.

- Pacientes recientemente hospitalizados en una UGA u otro servicio médico que precisen un control post-alta domiciliario para la continuidad de cuidados.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que rechacen participar en el estudio, no ofrezcan su consentimiento o no deseen la Atención Domiciliaria.
- Mortalidad o reingreso hospitalario previo a la primera visita domiciliaria.

Figura 19: *Ámbito de cobertura de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria*



C.S.: Centro de Salud

Imagen de la Memoria de 2021 del Servicio Madrileño de Salud. Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. El área señalada (★) corresponde al área de cobertura asistencial de AGD con los Centros de Salud incluidos en la misma

4.4.- Detección y priorización de situaciones mejorables.

Tras analizar la situación en AGD, para responder al cuarto objetivo específico (detección y priorización de OM), se llevaron a cabo diferentes métodos para facilitar su identificación (con técnicas individuales y/o grupales). Estos fueron cualitativos (subjetivos, basados en percepciones) y cuantitativos (objetivos y numéricos).

Se presentan a continuación:

4.4.1.- HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

4.4.1.1.- Información de la población diana (pacientes y cuidadores).

Técnicas individuales:

- *4.4.1.1.1.- Análisis de agradecimientos y de reclamaciones:* se solicitó al Servicio de Atención al Paciente del Hospital, las sugerencias, agradecimientos y reclamaciones dirigidas a nuestra Unidad desde el año 2016, tanto telemáticas como en papel, con el objetivo de evaluar la satisfacción del usuario, detectar fallos y establecer eventuales medidas correctoras.
- *4.4.1.1.2.- Creación de una cuenta de correo electrónico para sugerencias:* se creó y ofreció una cuenta de email para usuarios (pacientes y cuidadores) y para profesionales de AP, con el fin de facilitar la aportación de sugerencias y eventuales OM a la Unidad, evaluando simultáneamente la satisfacción de los diferentes usuarios mencionados. A los primeros se les facilita en el domicilio, desde el día 1 de junio de 2021, un documento físico que incluye la cuenta y los teléfonos de contacto directo, informándoles de su utilidad; y a los segundos se les comunicó de su existencia y uso, mediante vía telemática (email) y también telefónica.
- *4.4.1.1.3.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables:* la escucha activa se define como el proceso de comprensión de la experiencia de otra persona en un momento puntual. Permite adoptar una posición centrada en un individuo, facilitar la gestión de pensamientos y sentimientos con las que nos comunicamos o atendemos, desarrollar una adecuada capacidad de respuesta que garantice excelencia y calidad en la comunicación, facilitando no solo la comprensión sino también la aceptación y la toma de decisiones. Se ha procedido a la escucha activa con los pacientes y cuidadores, de manera continuada en nuestra labor asistencial, en conversaciones informales y durante la anamnesis rutinaria, compartiendo los datos relevantes en la CC. También se ha

realizado en las llamadas telefónicas recibidas, que el personal administrativo ha registrado durante un tiempo piloto (de enero a mayo de 2021) elaborando posteriormente un documento con dicha información, para captar incidentes que indiquen problemas en el trabajo diario, y, en consecuencia, OM.

4.4.1.2.- Información de profesionales de la propia Unidad.

Técnicas individuales:

- *4.4.1.2.1.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables:* también de manera continuada desde el inicio del estudio en 2020, en conversaciones informales entre profesionales y en todas aquellas reuniones de los componentes del Equipo, quedando registrada en cada técnica o conversación la información que se ha considerado relevante.

Técnicas grupales:

- *4.4.1.2.2.- Técnica del “Brainstorming” o Tormenta de Ideas*
 - **Definición:** técnica de creatividad, hablada, que permite la generación de ideas en relación con un problema determinado, en la que interactúan todas las personas participantes. Se fundamenta en que la calidad de las opiniones generadas está en relación a la cantidad de las mismas y su objetivo es conseguir el máximo de criterios, sin descartar los que desarrollan, modifican o mejoran los ya expuestos.
 - **Composición:** un coordinador, encargado de dirigir la sesión, formular claramente los problemas, estimular a los participantes y clasificar las ideas al final de la sesión; un secretario, que además de participar, registra el listado de ideas, y los participantes que se encargarán de producir las ideas y/o propuestas.
 - **Funcionamiento:** tras explicar la sistemática de la técnica al grupo, durante unos 10-15 minutos se lleva a cabo una orientación donde se define el/los problemas a tratar. Tras esta se pasa a la elaboración de ideas. Cada participante, individualmente, y en silencio, anota las suyas de forma resumida, para posteriormente ponerlas en común en un folio/pizarra. A continuación se procede a la clasificación, análisis y correcta formulación de las ideas agrupando aquellas que son análogas o parecidas entre sí, exponiendo de manera libre de causas y/o de soluciones. Finalmente se establecen unos criterios que sirven para evaluar las ideas, y, se analiza cada una de ellas con el fin de generar, visualizar, estructurar, organizar y representar la información, y de esta manera, facilitar los procesos

posteriores de aprendizaje, de resolución de problemas y de la planificación, así como la toma de decisiones.

- **En el proyecto de HUCCR**, el grupo estuvo formado por los componentes de la propia Unidad: 2 geriatras, 2 Enfermeros, una Trabajadora Social, una administrativa, los dos conductores del Equipo y, los MIR rotantes en ese momento.

- 4.4.1.2.3.- *Técnica del Grupo Nominal*

- **Definición:** técnica de gran valor en el ámbito sanitario, que se utiliza cuando los participantes tienen experiencia sobre el tema planteado. Su método estructurado y motivador permite elaborar un importante número de ideas, consiguiendo una gran validez en las decisiones realizadas a nivel grupal, y favoreciendo la resolución constructiva de conflictos y desacuerdos, permitiendo la priorización. Detecta situaciones mejorables, para las que no tenemos indicadores, busca causas y soluciones y promueve la participación de los implicados.
- **Composición:** el grupo (que no debe ser muy heterogéneo) estará compuesto un moderador y los participantes, en su conjunto con un total inferior o igual a diez personas, quienes realizarán la propuesta de las ideas.
- **Funcionamiento:** se desarrolla de forma grupal y estructurada, en una sala de reuniones. Días previos, se transmite a los participantes una pregunta sobre la que trabajarán, acerca de un área de mejora determinada. En una fase preliminar, el moderador expone el problema y la sistemática de la técnica, así como los tiempos previstos. Tras la lectura de la pregunta expuesta con anterioridad, cada participante elabora un listado individual de ideas / situaciones mejorables que responden a la misma, claras y breves. Posteriormente se van recogiendo por turnos las ideas en un folio/pizarra a la vista todos los miembros del grupo, sin todavía discusión acerca de las mismas. El producto de esta fase nominal es una lista de proposiciones. Se discute cada una de las mismas de manera grupal para posteriormente llevar a cabo una votación individual de cada uno de los miembros, en privado y por escrito. Finalmente, se comparten las votaciones y la decisión del grupo será el resultado matemáticamente agrupado de los votos individuales, seleccionando prioridades al ordenar por categoría o puntuaciones.
- **En el proyecto de HUCCR:** se realizó una única sesión, presencial, el 1 de marzo de 2021. Se formó un grupo multidisciplinar compuesto por 9 personas (3 geriatras, 3 Enfermeros, una Trabajadora Social, y dos profesionales administrativas, de diferentes Unidades), una moderadora y una secretaria. La pregunta formulada fue **¿Cómo mejorar las diferentes dimensiones de la**

Calidad de una Unidad de AGD?. En la fecha indicada se reúne el grupo en el Aula de Sesiones del Servicio de Geriátrica. Se presentan todos los asistentes y se lee la pregunta comentada dejándola escrita y visible durante toda la sesión. Se explica el objetivo y sistemática de la reunión y se procede a su inicio. Se otorgan 5-10 minutos para elaborar las propuestas de OM trabajadas individualmente, para posteriormente dar el turno a cada participante para enunciarlas. La secretaria las va anotando en una pantalla telemática visible a todos los asistentes. Durante aproximadamente 30 minutos se ponen en común las propuestas de OM hasta realizar una lista única. Seguidamente, y con la instrucción de la moderadora, se debate durante 1 hora las OM consensuando unificaciones de aquellas repetidas o relacionadas y eliminando las que no responden a la pregunta principal. Se elabora un nuevo listado de 10 OM que se entrega a cada participante, para una priorización individual, mediante un método de comparación por parejas. Tras 15 minutos suman las puntuaciones individuales elaborando uno nuevo global por orden de resultados. Durante la siguiente hora se realiza un segundo análisis del mismo y se opina sobre las puntuaciones obtenidas, llegando a un consenso acerca de su priorización. Finalmente se obtiene una lista definitiva de OM priorizadas y consensuadas por todo el grupo. La reunión finaliza tras 3 horas de duración (**Acta del Grupo Nominal en Anexo III**).

4.4.1.3.- Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.

4.4.1.3.1.- Entrevista semiestructurada en profundidad a expertos

- **Definición:** la entrevista cualitativa es una técnica sencilla, manejable y abierta, de bajo coste, en la que se intercambia información entre un entrevistador y otra persona/s (entrevistado/s). En este caso se trata de expertos profesionales bien informados acerca del problema a tratar, involucrándoles en la solución del problema. Como limitación, puede originar resultados erróneos si no hay una buena selección de participantes. A diferencia de la entrevista estructurada, la entrevista semiestructurada tiene un contenido, orden y formulación de preguntas no específicas, sino a criterio del investigador, pudiendo adicionar otras y realizar preguntas abiertas, ya que éste dispone de flexibilidad para manejarla la entrevista. La entrevista en profundidad, por su parte, se caracteriza por estar construida mediante preguntas, escucha y registro de las respuestas, para posteriormente hacer otras preguntas que amplíen un tema en particular.

- **En el proyecto de HUCCR:** se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas en profundidad, telefónicas, de 15-20 minutos de duración. Estos 5 profesionales eran expertos en Atención Domiciliaria en diferentes dispositivos: 2 de ellos geriatras (con labor asistencial en Castilla la Mancha y Cataluña), 1 Enfermera, 1 Trabajadora Social y 1 administrativa (las tres con labor asistencial en la CAM). El objetivo fue obtener ideas y propuestas de mejora para nuestro Equipo.

4.4.1.4.- Cuestionarios de satisfacción.

Como parte fundamental de la Calidad, hemos considerado relevante incluir la satisfacción de los diferentes usuarios, como resultado deseable del proceso asistencial y con el fin de representar el grado en que la atención prestada satisface sus expectativas. Aunque existen diferentes formas para su medición, elegimos la metodología de la encuesta, por ser la más habitual. Esta técnica debe contemplar en su contenido, aspectos como la accesibilidad de los usuarios a la Atención Sanitaria, las relaciones con el profesional, su participación en la toma de decisiones, incluyendo información suficiente y comprensible, las habilidades y aptitudes de los profesionales para la atención, la facilidad del usuario para expresar sus demandas, el grado de receptividad de la Unidad para poder satisfacerlas, y el grado de confianza en la competencia y cualificación de los profesionales.

Por ello, elaboramos tres cuestionarios de satisfacción, para pacientes y/o cuidadores, para profesionales de AP con los que se coordina la Unidad y para los médicos y Enfermeros internos residentes (MIR y EIR) que rotan por la Unidad.

4.4.1.4.1.- Cuestionario de satisfacción a la población diana usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

- Herramienta dirigida a nuestra población diana, buscando los mejores conocedores de la calidad de nuestros servicios, evitando la segmentación y la “no respuesta”.
- El documento se entregó, en mano, al finalizar la intervención de AGD. Consta de 19 preguntas, 2 de respuesta libre y 17 categorizada con iconos, en “nada, poco, bastante, mucho, no lo sé” (**Anexo IV-1**). La encuesta podría ser contestada por el propio paciente, en ausencia de deterioro cognitivo, o bien, por sus familiares / cuidadores.
- Se proporcionó un sobre, con sello de correos y dirección de envío, para devolver las respuestas, de manera anónima, por correo postal.

4.4.1.4.2.- Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud que se coordinan con la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

- Herramienta para conocer la opinión de los médicos de AP sobre la actividad asistencial y de coordinación del Equipo de AGD y la coordinación con el Servicio de Geriátrica de HUCCR.
- Se digitalizó la encuesta realizada en el año 2000 en el estudio de Baztán et al.(138) en formato papel, con el mismo objetivo. En el mes de marzo 2023 se convirtieron las mismas preguntas a formato Google Forms, reenviándose a todos los C.S. incluidos en la coordinación de AGD. Se registraron las respuestas obtenidas durante el mes de abril de 2023.
- El documento se facilitó vía telemática a través de los coordinadores de los C.S. mencionados, para ser rellenada de forma anónima y voluntaria. La encuesta consta de 16 preguntas, 2 de respuesta libre y 14 categorizadas **(Anexo IV-2)**.

4.4.1.4.3.- Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

- Herramienta para conocer la satisfacción de los especialistas en formación que hayan rotado en AGD desde 2019 (MIR/EIR), con el fin de extraer OM asistenciales y formativas.
- En el mes de abril de 2023, se adaptaron algunas de las preguntas de la encuesta oficial del Ministerio de Sanidad “Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud”, en formato digital a través de la plataforma Google Forms.
- El enlace de la encuesta se facilitó vía telemática para ser rellenada, según especialidades, de forma anónima y voluntaria por los MIR/EIR. Se registraron las respuestas obtenidas durante el mes de abril y mayo de 2023. La encuesta consta de 13 preguntas, 3 de respuesta libre y 10 categorizadas **(Anexo IV-3)**.

4.4.2.- METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

A partir del empleo de las herramientas del abordaje cualitativo descritas y de los resultados del estudio sobre las características y perfil de los pacientes, el objetivo es identificar OM en la Unidad de AGD para alcanzar la excelencia en Calidad Asistencial. El siguiente paso, será la priorización de estas OM puesto que es imposible, por razones de tiempo, coste y trabajo, abordarlas todas a la vez. Para ello, se ha utilizado la **estrategia de triangulación** como procedimiento de investigación. Esta estrategia integra diferentes métodos y técnicas, con el fin de permitir una mayor riqueza, validez y confiabilidad de los hallazgos. Se cree que así, las debilidades de cada técnica en particular no se sobreponen con las de las otras y, que en cambio, se suman sus fortalezas.

El PMCC de este trabajo, así como en el procedimiento de detección y priorización de OM, ha incluido diferentes métodos empleados en esta forma de investigación: en primer lugar, y como se ha mencionado en puntos anteriores, el proyecto se ha basado en una **triangulación metodológica y de datos**. Esto significa que se han combinado varios métodos de recogida y análisis de datos (cuantitativos y cualitativos) para detectar OM, con el fin de evitar sesgos asociados al uso de un solo método. Igualmente, se han tenido en consideración diferentes fuentes de datos para abordar un tema de investigación (información en diferentes espacios, tiempos y personas).

La investigación e interpretación de los resultados la han llevado a cabo varias personas (**triangulación de investigadores**), la mayoría de ellas pertenecientes a la CC, con colaboración de profesionales de diferentes dispositivos o disciplinas para dar mayor fortaleza y consistencia a los hallazgos y reducir así los sesgos del observador en la recolección y análisis de datos.

Para la **detección de OM**, aunque existen diversos métodos de identificación, ninguno es único e ideal. En nuestro caso, la selección de las herramientas elegidas se fundamentó en consenso de toda la CC, teniendo en cuenta diferentes características, como la efectividad para identificar una OM real, la eficiencia y la complejidad del método, la experiencia y aceptabilidad por parte de los integrantes de la CC, el tiempo de aplicación y la disponibilidad de datos y recursos requeridos para llevarlas a cabo.

Para su definición, según las características de cada técnica, se ha tenido en cuenta el tipo de problema y/o necesidades planteadas, la situación y temporalidad de los mismos, el efecto

que tendrían en la Unidad, en la organización asistencial y sobre los usuarios, los posibles instrumentos a emplear para su corrección y el impacto que esta OM tendría sobre la globalidad del proceso. Además, se ha tratado de especificar los objetivos concretos a alcanzar con cada una, procurando no incluir hipótesis causales, culpables ni sugerir soluciones predeterminadas.

La decisión de intervenir en unas OM y no en otras, no se puede tomar de manera arbitraria o responder al criterio personal de un solo profesional por lo que, en nuestro proyecto, la **priorización** de las OM identificadas se ha llevado a cabo también de manera consensuada por los miembros de la CC. Dado que tampoco existe un método estándar, se han tenido en cuenta criterios para priorizar, como la magnitud de la OM (posibles causas y soluciones), su importancia e impacto en la Unidad y sobre los usuarios, la factibilidad (y posibilidad de resistencia al cambio), la vulnerabilidad y el coste de las mismas, obteniendo un listado final, ordenado en base a los mismos. En este proceso se han aplicado técnicas como la ordenación simple o la comparación por pares (utilizada en el Grupo Nominal).

El paso siguiente a la priorización, fue identificar y analizar las causas que originan las situaciones que se pretenden mejorar, para posteriormente planificar e implantar medidas y acciones correctoras adecuadas y eficaces. En este contexto, no todas las OM identificadas (y priorizadas) presentan la misma complejidad de tal modo que algunas de ellas pueden requerir una solución inmediata a través de medidas de mejora concretas sencillas, otras una solución más compleja (con un análisis y acciones más extensas), una solución externa (que no dependa del Equipo de Mejora) o incluso no requerir una solución, y no ser abordables por el grupo. Una vez delimitados los problemas, clasificado y analizado las causas, se identifican y seleccionan posibles soluciones, también de forma grupal, teniendo en consideración el impacto o eficacia en la resolución del problema, el tiempo de implantación y la relación coste/beneficio de las mismas. Como no es viable poner todas las soluciones detectadas en marcha, su implantación también se debe llevar a cabo de forma sistemática y con la participación de todos los profesionales implicados, por lo que la CC también las priorizó, en base a su impacto potencial, su efectividad, eficacia, factibilidad y aceptación.

4.5.- Lugar de estudio.

El estudio se ha realizado en la Unidad de AGD del HUCCR, que pertenece al Servicio Madrileño de Salud. Se encuentra situado en la Avenida de la Reina Victoria números 22-26 (**Figura 20**).

Figura 20: Imagen de la ubicación del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja



Hospital Universitario Central Cruz Roja

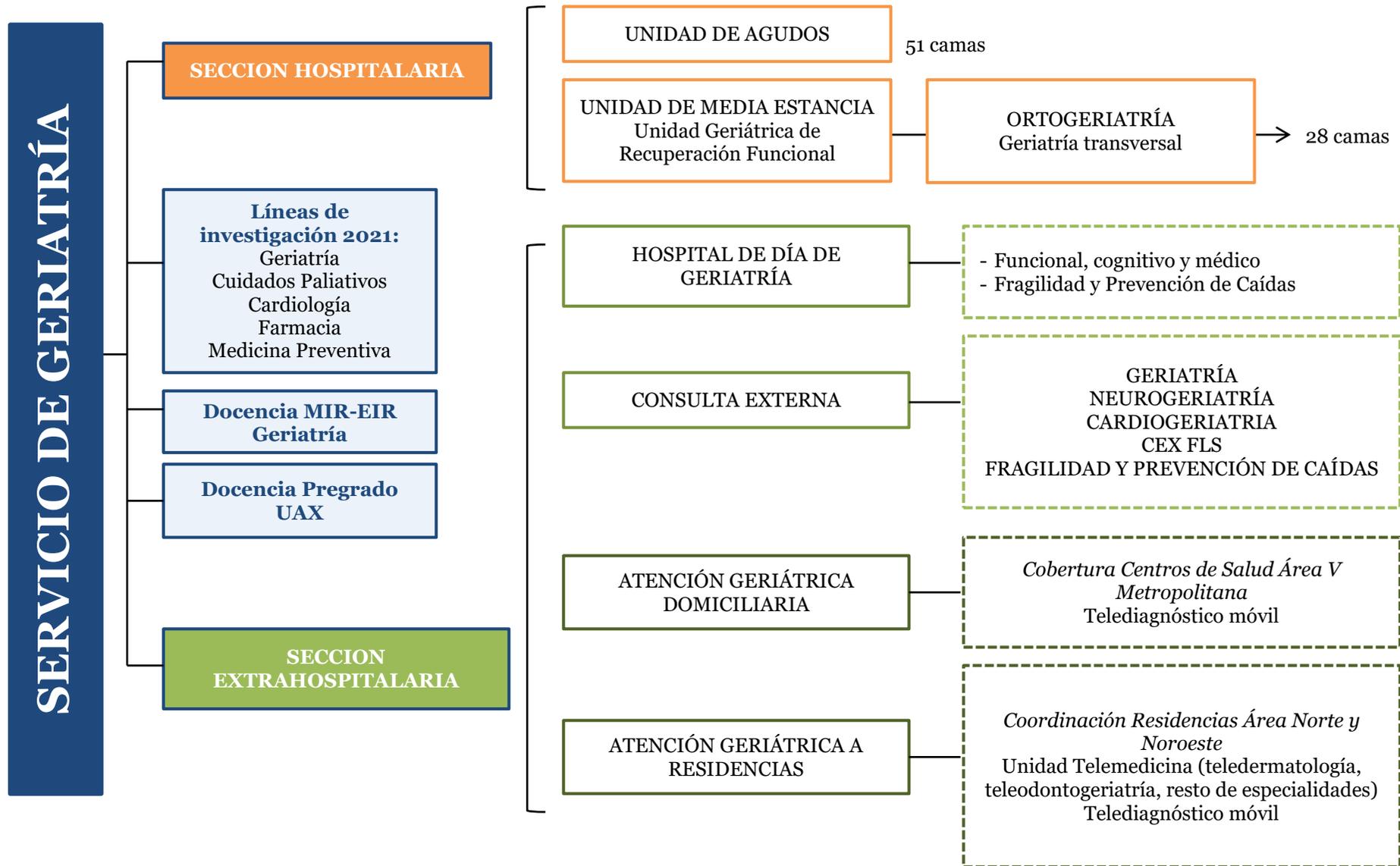
El HUCCR se configura como Centro de Apoyo a la asistencia médica y quirúrgica que presta al resto de hospitales de la Red y a AP.

El HUCCR cuenta en la actualidad con los siguientes Servicios (**Tabla 4**) y, el Servicio de Geriátrica, se distribuye con el organigrama que muestra la **Figura 21**.

Tabla 4: Cartera de Servicios del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja

SERVICIOS	DISPONIBLES	SERVICIOS	DISPONIBLES	SERVICIOS	DISPONIBLES
Admisión y Doc. Clínica	SI	Geriatría	SI	Otorrinolaringología	SI
Alergología	SI	Ginecología	SI	Pediatría	NO
Análisis clínicos	SI	Hematología y Hemoterapia	SI	Prevención de Riesgos Laborales	NO
Anatomía Patológica	SI	Inmunología	NO	Psicología clínica	SI
Anestesiología y Reanimación	SI	Medicina del Trabajo	NO	Psiquiatría	SI
Angiología y Cirugía Vascular	SI	Medicina Familiar y Comunitaria	NO	Radiodiagnóstico	SI
Aparato Digestivo	SI	Medicina Legal y Forense	NO	Radiofísica Hospitalaria	NO
Bioquímica Clínica	SI	Medicina Intensiva	NO	Rehabilitación	SI
Cardiología	SI	Medicina Interna	SI	Reumatología	NO
Cirugía Cardiovascular	NO	Medicina Nuclear	SI	Traumatología y C. Ortopédica	SI
Cirugía General y de Aparato Digestivo	SI	Medicina Preventiva y Salud Pública	SI	Urología	SI
Cirugía Maxilofacial	NO	Microbiología y Parasitología	SI		
Cirugía Pediátrica	NO	Nefrología	NO		
Cirugía Torácica	NO	Neumología	SI		
Cirugía Plástica y Reparadora	SI	Neurocirugía	NO		
Cuidados Paliativos	SI	Neurofisiología Clínica	SSI		
Dermatología Médicoquirúrgica	SI	Neurología	SI		
Endocrinología y Nutrición	SI	Obstetricia	NO		
Estomatología	SI	Oftalmología			
Farmacología Clínica	NO	Oncología Médica	NO		
Farmacia Hospitalaria	SI	Oncología Radioterápica	NO		

Figura 21: Organigrama del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja



4.6.- Requisitos Éticos.

Durante el estudio se respetarán los derechos de los pacientes siguiendo la legislación Estatal, Autonómica y los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964), revisada en octubre de 2000, para las investigaciones medicas en seres humanos. También se tuvo en cuenta la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal [LOPD]). Se informó a los participantes de los objetivos y el procedimiento del estudio antes de dar su consentimiento **(Anexo V)**.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid (IdiPaz), registrado con el número PI-4642 **(Anexo VI)**. El consentimiento de los pacientes/familiares fue obtenido de forma prospectiva (presencial o telefónica) o retrospectiva (telefónica) a todos los pacientes o, en el caso de que no fuera posible, se solicitó dicho consentimiento a sus familiares.

Se tuvo especialmente en cuenta la preservación de las defensas psicológicas de negación tanto en pacientes como en familiares, siendo el entrevistador un profesional con experiencia en la asistencia a pacientes en situación terminal.

La base de datos se anonimizó tras la recogida de datos y ha sido custodiada de forma adecuada, sin poder establecerse en ningún momento relación entre los datos expuestos en este trabajo de investigación y las personas a quienes pudieran corresponder los datos. Los participantes fueron identificados mediante un código numérico correlativo de hasta tres caracteres. Toda la información adquirida relativa a los participantes se trató de forma confidencial. El tratamiento de los datos se realizó de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales.

Se considera que el estudio no comporta conflictos éticos dado que se realiza en función de la información obtenida y no supone una vulneración a la intimidad de los pacientes y familiares, ya que la participación es voluntaria.

4.7.- Financiación.

Este Proyecto de investigación se llevó a cabo utilizando parte del fondo extraordinario de iniciativas de la XIII Convocatoria de Ayudas para Grupos de Investigación, fondo UAX-Santander, de la Universidad Alfonso X el Sabio (**Anexo VII**).

El proyecto fue autorizado de manera oficial el día 27 de octubre de 2021 y seleccionado por una Comisión Evaluadora, con código 1.012.020 y un valor de la beca correspondiente a 6000 euros.

4.8.- Análisis Estadístico.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas (n) y relativas como porcentuales (%). Para las variables cuantitativas, en primer lugar, comprobamos la “normalidad” mediante la *prueba de Kolmogorov-Smirnov*, en el caso de ajustarse a una distribución de Gauss, se calculan la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión, utilizando la mediana y los percentiles 25 y 75 respectivamente y en caso de no ajustarse a la Normal.

Se calculan intervalos de confianza al 95% de las frecuencias porcentuales, en aquellos valores donde se considera muy relevante los valores de estimación.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA

Las diferencias de los datos del periodo de 2017-2019, sus comparaciones con el periodo de 1997-1999, posteriormente los grupos de edad, mortalidad intrahospitalaria, los grupos de pacientes con evento vs no evento para cada uno de aquellos considerados (Ingresos Hospitalarios, visitas al Servicio de Urgencias y Mortalidad y los combinados *Ingresos/Urgencias* e *Ingresos/Urgencias/mortalidad* [que se presentarán en estudios posteriores]), y, en general, en cualquier otro análisis del proyecto, se estudian las variables cualitativas mediante la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* si la muestra es suficientemente grande. En el caso de considerar muestras pequeñas (20% o más celdas del cruce de las categorías con frecuencia esperada inferior a 5), se utiliza la *prueba exacta de Fisher* en el caso de variables de dos categorías, y la *corrección de máxima verosimilitud* en caso de más de 2 categorías. Los valores cuantitativos entre dos grupos o subpoblaciones se comparan mediante la *prueba T de Student de muestras independientes* en caso de Normalidad y con la *no paramétrica de la U de Mann-Whitney* en caso contrario, mientras que, si se comparan más de dos grupos, se utiliza *Anova de un factor* o la *prueba Kruskal-Wallis*.

FACTORES ASOCIADOS AL EVENTO EN EL SEGUIMIENTO. REGRESIÓN LOGÍSTICA

Para estudiar los factores asociados a tener un evento en el seguimiento, para cada uno de los estudiados, comentados anteriormente, se realizaron regresiones logísticas binarias, con el evento correspondiente como variables dependientes, y las variables sociodemográficas, clínicas, geriátricas y demás estudiadas como variables independientes. En los 5 casos considerados según el tipo de evento, se implementaron dos pasos:

1. *Regresiones logísticas binarias univariantes* con cada una de las variables independientes.
2. Con las variables con un valor de significación estadística inferior a 0,1 ($p < 0,1$), se realiza un *modelo multivariante por el método de pasos sucesivos hacia adelante (Stepwise forward)*, con probabilidad de entrada 0,05 y de salida 0,10.

En todas las regresiones logísticas se calculó el Odds Ratio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%. En el multivariante solo de las variables estadísticamente significativas, y se calcula el valor de “p” con el que se queda fuera del modelo.

En el último modelo multivariante, se mide la bondad de ajuste mediante la *prueba de Hosmer-Lemeshow*.

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO AL EVENTO EN EL SEGUIMIENTO. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

Para el cálculo de los factores asociados al tiempo al evento, se realizaron *análisis de supervivencia*, siendo el tiempo desde la fecha de alta de la Unidad de AGD hasta el momento del evento, teniendo en cuenta para las Urgencias y los Ingresos el momento de a al Servicio de Urgencias o el primer Ingreso Hospitalario (así como la primera vez que se produce según fecha en los eventos combinados). Los pacientes sin evento, se censuran a los 6 meses, puesto que todos tienen este tiempo de seguimiento.

En los tres casos presentados en este trabajo, según tipo de evento, se realizó un análisis de regresión de riesgo proporcional de Cox en dos pasos:

1. *Regresiones de Cox univariantes* con cada una de las variables independientes.
2. Con las variables con un valor de significación estadística inferior a 0,1 ($p < 0,1$), se realiza un *modelo multivariante por el método de pasos sucesivos hacia delante (Stepwise forward)*, con probabilidad de entrada 0,05 y de salida 0,1.

En todas las regresiones de Cox se calculó el Hazard Ratio (HR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el multivariante solo de las variables estadísticamente significativas, y se calcula el valor de “p” con el que se queda fuera del modelo.

La bondad de ajuste del último modelo multivariante, se realiza por *método de predictores Fijos, con test de Chi cuadrado de Pearson*.

Por último, con las variables cualitativas que finalmente quedan en el modelo multivariante, se realizan *curvas de Kaplan-Meier* y se calculan las medianas e IC 95% de cada grupo.

Para todos los análisis, se considera un nivel de seguridad del 95%, es decir, se establece un nivel de significación estadística con $p < 0,05$.

Para los análisis estadísticos, se utilizaron el programa EPIDAT v4.1 (Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España, Octubre 2014; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia), y el Software estadístico SPSS, en un primer momento con la versión 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) y posteriormente con la 103ersión 28.0 (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp).

RESULTADOS

5.-RESULTADOS

5.1.- Comisión de Calidad.

Dado el interés despertado en todos los miembros del Equipo de AGD y el número limitado de profesionales que lo integran (2 facultativos especialistas en Geriátrica, 2 profesionales de Enfermería; 1 Trabajadora Social y 1 profesional administrativo, estos últimos a tiempo parcial), todos ellos aceptaron con interés el ofrecimiento de formar parte de la CC.

Tras la presentación del proyecto (18/12/2020), se decidió una frecuencia quincenal de reuniones, siempre en función de eventualidades y sin menoscabo de la labor asistencial. Se eligió una Responsable de la CC (firmante de esta Tesis Doctoral) y una Secretaria, contando siempre con el apoyo y colaboración del resto de miembros del Equipo.

Hasta el 30 de junio de 2023 se han realizado 42 reuniones. Han tenido lugar a las 8:30 h de la mañana, procurando siempre que su duración máxima fuera de 45 minutos. En estas reuniones se han puesto en común la conveniencia de un PMCC en la Unidad, el estudio de la situación actual, elección de técnicas para la detección, análisis y priorización de situaciones mejorables y elección de soluciones y medidas de mejora.

Se ha considerado siempre el PMCC como un proceso continuo, en el que la detección de OM y eventuales propuestas de cambios en diferentes aspectos del proceso asistencial pueden surgir en cualquier momento.

5.2.- Estudio de la situación actual de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en el contexto sanitario y del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Para responder a este objetivo se evaluaron los Análisis Previos de la Unidad. En los años 2010 y 2017 el Equipo de AGD, junto con el jefe del Servicio de Geriátrica, analizaron la necesidad de adaptación a los cambios asistenciales y sociodemográficos que se estaban produciendo.

Se elaboraron sendos documentos que recogían las fortalezas y debilidades de la Unidad en opinión de sus componentes, para posteriormente introducir cambios que permitieran mejorar la Calidad Asistencial, fundamentalmente en términos de eficacia y eficiencia.

A continuación se exponen los resultados y propuestas más significativos:

DOCUMENTO DE REGISTRO DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES (ABRIL 2010)

En este primer documento se recogen las fortalezas y debilidades descritas en la **Tabla 5**. Destaca como fortalezas el amplio reconocimiento de la Unidad, no solo por el propio Servicio de Geriátrica, sino también por el resto de profesionales del Hospital, así como por los EAP, quienes después de más de 30 años de funcionamiento y coordinación con AGD, valoran especialmente su utilidad debido, entre otros motivos, a la creciente complejidad del perfil de paciente atendido. En este periodo la dedicación de los profesionales de Enfermería es también una fortaleza pero se detectan, como debilidades, frecuentes rotaciones en este colectivo y falta de experiencia en el apoyo específico a AP. Igualmente, se constata la falta de apoyo de personal de rehabilitación en el Equipo multidisciplinar y un papel a tiempo parcial de Trabajo Social. La creciente carga asistencial en este periodo, interfiere negativamente en los tiempos de espera y en la capacidad docente de la Unidad.

Tabla 5: Resultados de los registros de Análisis Propios previos de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

FORTALEZAS
INTERNAS
Apoyo y respaldo por parte del jefe de Servicio y de todos los adjuntos. Dedicación de los profesionales de Enfermería. Reconocimiento y apoyo por parte del resto de profesionales del Hospital, incluidos Servicios Centrales.
EXTERNAS
Reconocimiento de médicos y Enfermería de AP. Prestigio adquirido después de más de 30 años de funcionamiento, que ha llegado incluso a pacientes no atendidos previamente. Nivel asistencial cada vez más necesario (al igual que el resto de niveles del servicio), por múltiples motivos, destacando el aumento de pacientes geriátricos que cada vez son más complejos y pluripatológicos. El apoyo en esta necesidad creciente es muy valorada por los profesionales de AP.

AP: Atención Primaria

(Continuación Tabla 5)

DEBILIDADES
Falta de espacio físico en el despacho de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Dos adjuntos y 1-2 residentes. - Separación de Enfermeras. - Escaso sitio para historias clínicas, ordenadores, papelería...
Carga burocrática: administrativo a tiempo parcial (con excelente nivel de compromiso)
Situación actual de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes rotaciones. - Falta de experiencia en relación al apoyo que deben prestar a profesionales de AP.
Rigidez y limitaciones de soporte informático que dificultan la mejora de la calidad y de la investigación.
Falta de un profesional de rehabilitación.
Trabajadora Social a tiempo parcial.
Carga asistencial creciente que repercute en los tiempos de espera.
Capacidad docente limitada.

AP: Atención Primaria

En base a todo ello, la CC identifica múltiples OM (**Tabla 6**). En primer lugar, para mejorar la labor asistencial de la Unidad, se propone la puesta en marcha de sesiones multidisciplinarias periódicas, así como la utilización de alertas en diferentes parámetros, como el tiempo de espera hasta la primera visita o la estancia media de intervención. A nivel de recursos humanos, se incentiva la potenciación del papel de Enfermería y se plantea la necesidad de incrementar el tiempo de dedicación, tanto de Trabajo Social como del personal administrativo. Además, se considera que para completar el Equipo multidisciplinar sería necesario el apoyo de personal de rehabilitación, fisioterapia o terapia ocupacional. Para mejorar el abordaje del paciente domiciliario, se propone el diseño de los perfiles de pacientes más frecuentemente atendidos en AGD.

Finalmente, desde el punto de vista docente, se identifica la necesidad de diseñar y/o actualizar guías de actuación de los problemas más frecuentemente atendidos, así como la elaboración de material docente para los rotantes que pasen por la Unidad.

Tabla 6: Listado de Oportunidades de Mejora de los Análisis Propios previos de la Unidad en 2010

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseño o actualización de guías de actuación de los problemas más frecuentemente atendidos.
Elaboración de material docente para rotantes.
Diseño de perfiles de pacientes más frecuentemente atendidos en AGD. - Paciente con riesgo elevado de reingresos (reingresos previos, sobrecarga de cuidador, insuficiencias orgánicas avanzadas, pluripatología, polifarmacia, opinión del Equipo multidisciplinar). - Perfil de paciente “propio de personal de Enfermería”. - Paciente derivado de UGA (planificar visita en planta previamente al alta).
Puesta en marcha sesiones multidisciplinarias: quincenales/grupales, semanales/Equipo.
Potenciar el papel de Enfermería: consensuar datos de 1a valoración, a realizar en solitario.
Incremento del apoyo de Trabajo Social.
Necesidad de personal de rehabilitación, fisioterapia o terapia ocupacional.
Necesidad de un administrativo formado y a tiempo completo.
Utilización de alertas: - Diarias: tiempo de espera > 7 días /// Estancia > 60 días. - Mensuales: revisión base de datos de manera periódica.
Creación de una consulta de Enfermería para seguimiento telefónico de pacientes dados de alta de AGD con alto riesgo de reagudización.
Facilitar medicación y medios de diagnóstico a pacientes domiciliarios.

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatria

DOCUMENTO DE REGISTRO DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES (NOVIEMBRE 2017): EVOLUCIÓN RESPECTO A 2010

Respecto al análisis de 2010, la impresión de los profesionales es de un desarrollo muy incompleto de las propuestas de mejora establecidas. Se mantienen, con alguna modificación, las fortalezas, con algunas novedosas como la implicación de los conductores o la incorporación de nuevas tecnologías como el Telediagnóstico y la Odontogeriatría. Aun así, persisten debilidades con una implicación asistencial relevante (**Tabla 7**): continúan existiendo deficiencias en el apoyo de Enfermería, Trabajo Social y del personal administrativo, con la consiguiente sobrecarga de los facultativos. Este escenario tiene consecuencias objetivadas en la práctica, con especial repercusión en AP, detectando, entre otros, un importante aumento en el tiempo de espera hasta primera valoración o una disminución en el número de pacientes nuevos atendidos. En la **Tabla 8** se muestra el grado de cumplimiento de las propuestas, hasta la fecha y en la **Tabla 9** las debilidades que persisten en 2017.

Tabla 7: Resultados de los registros de Análisis Propios previos de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

FORTALEZAS
INTERNAS
Apoyo y respaldo por Jefe de Servicio y todos los adjuntos. Reconocimiento y apoyo por parte del resto de profesionales del Hospital, incluidos Servicios Centrales. Implicación de los conductores.
EXTERNAS
Nivel Asistencial cada vez más necesario siendo un pilar esencial en el Programa del PCC.
Incorporación de nuevas tecnologías y alianzas con recursos hospitalarios propios como el Telediagnóstico y la Unidad de Odontogeriatría.
Aumento exponencial de rotantes externos MIR y EIR.

PCC: Paciente Crónico Complejo: Pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad, precisan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales teniendo como objetivos el diagnóstico precoz y evitar la hospitalización. MIR: Médico Interno Residente; EIR: Enfermero Interno Residente

(Continuación Tabla 7)

DEBILIDADES
<p>Deterioro del papel y apoyo por parte de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes ausencias no cubiertas. - Excesiva rotación de profesionales. - Falta de formación específica.
<p>Deterioro del papel y apoyo por parte del personal administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes retrasos y errores en el registro de la actividad. - Escasa resolución en gestiones telefónicas. - Falta de coordinación entre los tres profesionales adscritos al Servicio.
<p>Deterioro del papel y apoyo por parte de Trabajo Social, con práctica ausencia del mismo.</p>
<p>En relación a las previas, importante sobrecarga de los adjuntos adscritos, con repercusión negativa en horarios. En la práctica asumen la responsabilidad de la actividad y determinadas funciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con Enfermería de AP (asumidas curas de UPP y ausencia de personal de Enfermería). - Organización de ruta asistencial, con modificaciones frecuentes que interfieren en la asistencia - Administración de cuidados específicos de Enfermería (extracción de analíticas, curas de UPP, explicación de dietas y balances, toma de constantes...). - Frecuente asistencia a sesiones en C.S. sin acompañamiento de Enfermería o que no conocen a los pacientes comentados. - Coordinación directa con profesionales de Trabajo Social de AP o ausencia de dicha coordinación. - Comprobación y corrección de errores administrativos tanto de los pacientes (teléfonos, Centros de Salud, profesionales de AP...) como en informes mensuales de la actividad de la Unidad.
<p>Repercusiones especialmente con AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la actividad asistencial, sobre todo del número de pacientes nuevos atendidos - Aumento de tiempo de espera para primera valoración. - Insuficiente apoyo a pacientes con alto riesgo de inestabilidad, que con frecuencia se ven obligados a acudir a la Urgencia hospitalaria. - Disminución de la actividad docente prestada a AP. - Pérdida de liderazgo, sobre todo por el menor apoyo de Enfermería y de Trabajo Social.
<p>Programa de Historia Clínica electrónica que enlentece la actividad médica, frecuentes fallos y que proporciona escasos datos de actividad e investigación, pero a la vez necesario para el trabajo en Equipo y la coordinación con los diversos niveles y especialidades. No manejado previamente por rotantes externos, lo que sobrecarga la labor facultativa.</p>
<p>Aumento exponencial de rotantes externos, MIR y EIR.</p>

UPP: Úlceras por Presión; C.S.: Centro de Salud; AP: Atención Primaria; MIR: Médico Interno Residente; EIR: Enfermero Interno Residente

Con estos datos la CC propone un nuevo listado de OM (**Tabla 10**). Como principal problema persistente, se pretende mejorar el apoyo de Enfermería, mediante solicitud a su Dirección; también, potenciar sus funciones dentro de sus escenarios asistenciales específicos. Como nueva propuesta, y en relación a lo previo, se considera la posibilidad de disponer de un tercer vehículo que facilitara la asistencia de Enfermería.

Tabla 8: Resultado del grado de cumplimiento de propuestas de mejora entre 2010- 2017

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE PROPEUSTAS DE MEJORA 2010 EN 2017	
NO LOGRADAS:	
Definir perfiles de pacientes más frecuentes atendidos en AGD: reingresadores, propio de Enfermería, derivado de UGA...	
Aumento de apoyo de Trabajo Social.	
Necesidad de profesionales de rehabilitación: Fisioterapia o Terapeuta Ocupacional.	
Necesidad de administrativo formado a tiempo completo.	
PARCIALMENTE LOGRADAS:	
Diseño / actualización de guías de actuación de problemas más frecuentes en AGD.	
Material docente para rotantes.	
Reuniones multidisciplinares grupales y por Equipos.	
Optimización del papel de Enfermería.	
Alertas tiempo de espera/estancias; diarias / mensuales.	
Consulta de Enfermería para seguimiento telefónico de altas con riesgo de reagudización .	
Facilitar medidas diagnósticas a pacientes domiciliarios.	
TOTALMENTE LOGRADAS:	
Ninguna	

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatria

Tabla 9: Resultados de las debilidades desde 2010 a 2017

DEBILIDADES 2010 QUE PERSISTEN EN 2017	
Disminución espacio físico y separados de Enfermería.	Mejor
Carga burocrática.	Peor
Enfermería: saturación, falta de experiencia, rotaciones frecuentes.	Igual o peor
Limitaciones soporte informática.	Igual, enlentece
No profesional de rehabilitación.	Igual
Trabajadora Social a tiempo parcial.	Peor
Carga asistencial creciente / aumento tiempo de espera.	Peor
Capacidad docente limitada.	Peor (M/Enf)

Tabla 10: Listado de Oportunidades de Mejora de los Análisis Propios previos de la Unidad en 2017

OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Disponer de apoyo de la Dirección de Enfermería para su implicación efectiva y resolutive, tomando conciencia de la importancia de AGD, similar a la del resto de Unidades asistenciales del Hospital, y actuando en consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A nivel asistencial, dada la creciente cantidad de pacientes domiciliarios, con extrema fragilidad y vulnerabilidad clínica y social. - Coordinación con AP. - Docencia actual y futura, tanto de MIR como, sobre todo, de EIR. - Potenciar AGD como nivel asistencial idóneo para el desarrollo y liderazgo de la Enfermería - Consideraciones históricas de AGD, tanto a nivel de Área asistencial como histórico de la Geriátrica española. - Asegurar la continuidad asistencial.
Facilitar el apoyo de una Trabajadora Social disponible y comprometida con el Equipo.
Rotación anual de la administrativa responsable de AGD.
Considerar la disponibilidad de un tercer vehículo, que facilitara la asistencia de Enfermería.
Asignación de una auxiliar de Enfermería.

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; AP: Atención Primaria; MIR: Médico Interno Residente; EIR: Enfermero Interno Residente

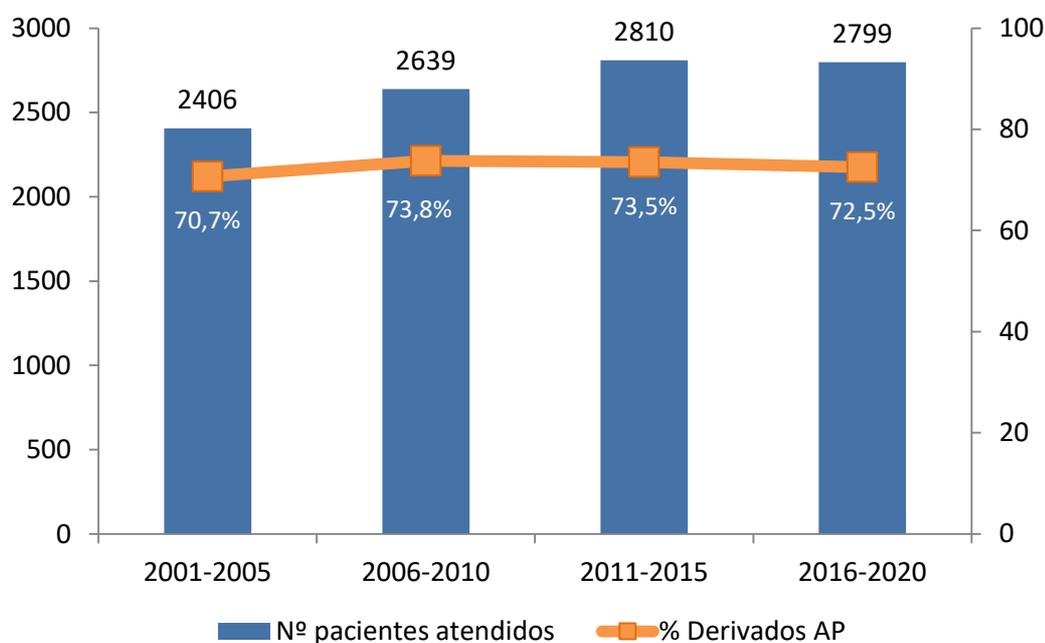
5.3.- Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja y evolución en el tiempo de su perfil.

5.3.1.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Muestra de Estudio.

El programa de AGD del HCCR de Madrid, atendió, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2020, un total de 10.654 pacientes (72% a petición de AP) con un importante aumento en la demanda en los últimos años (de 429 pacientes/año en 2001 a 607 en 2020). Los datos se presentan agrupados en quinquenios (2001-2005; 2006-2010; 2011-2015 y 2016-2020) (**Figura 22, Tabla 11**).

Figura 22: Pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y derivaciones desde Atención Primaria



AP: Atención Primaria

Variables Sociodemográficas.

La edad media fue de $86,2 \pm 6,9$ años, objetivándose un incremento progresivo (**Figura 23**), siendo la mayoría mujeres (67,5%) en todos los quinquenios. Con respecto a la convivencia,

se objetivan más pacientes que viven solos, con algún tipo de ayuda social domiciliaria en más de la mitad de la población (de predominio privada) (**Figura 24 y 25, Tabla 11**).

Figura 23: Edad media en los diferentes quinquenios

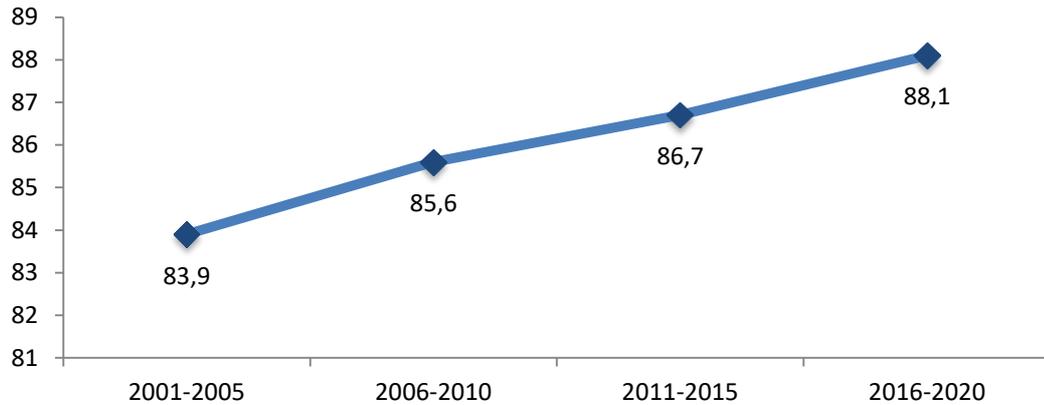


Figura 24: Convivencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios

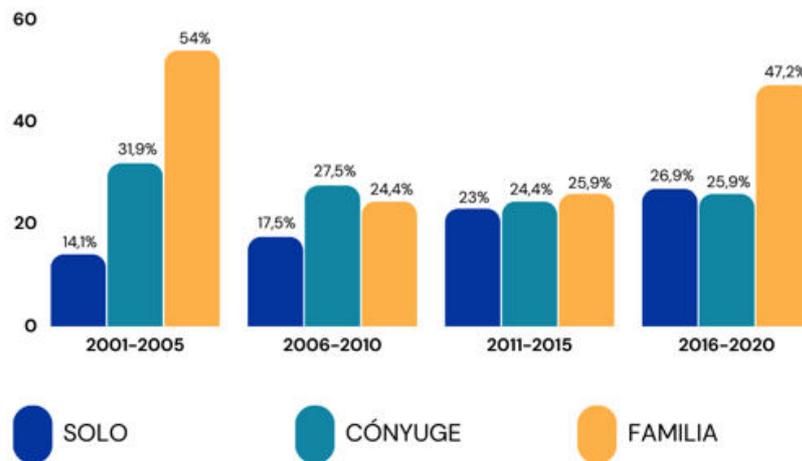


Figura 25: Ayuda social domiciliaria de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

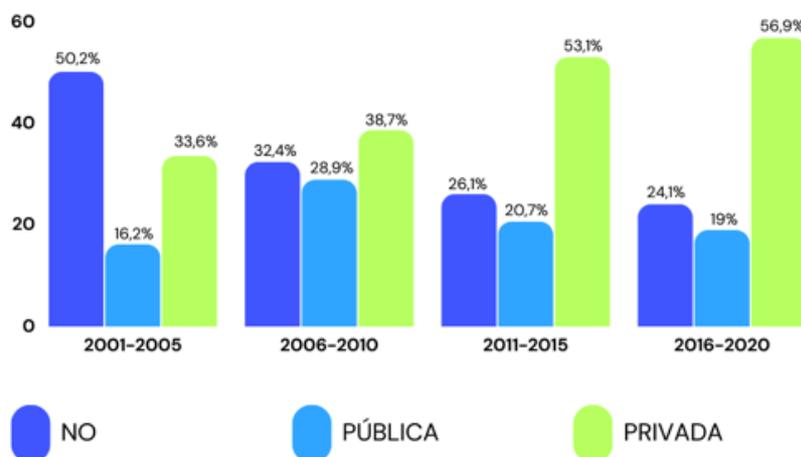


Tabla 11: Variables Sociodemográficas

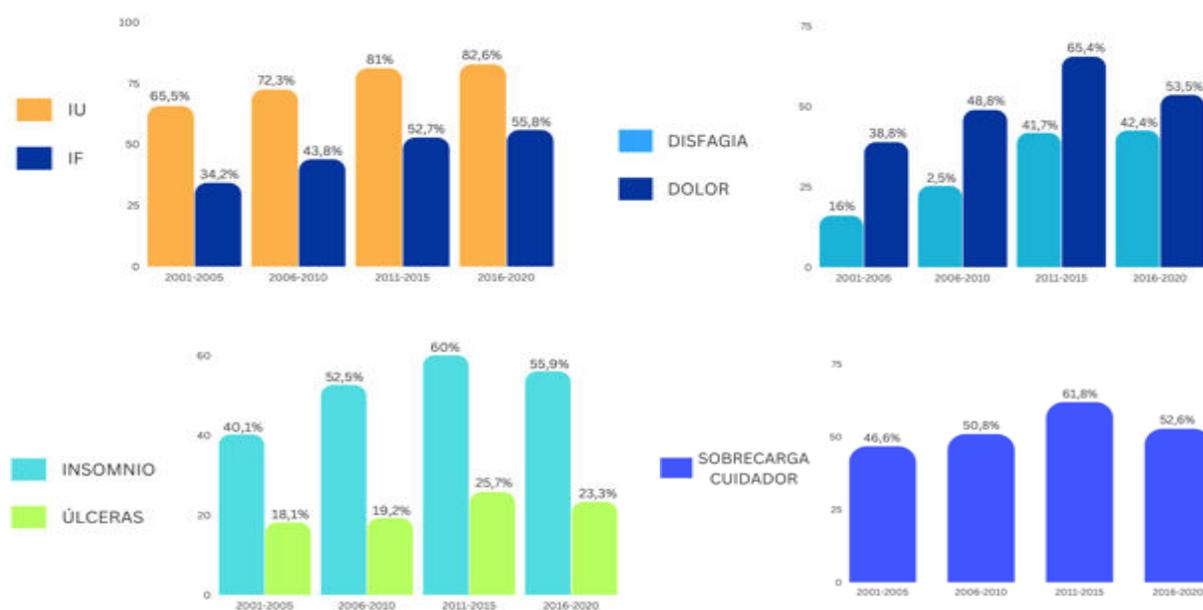
N= 10654	2001-2005 n= 2406	2006-2010 n= 2639	2011-2015 n= 2810	2016-2020 n=2799	Valor P
Edad (años)	83,9±7,3	85,6±6,9	86,7±6,3	88,1±6,1	<0,001
Sexo (% mujer)	1641 (68,2)	1780 (67,4)	1930 (68,7)	1836 (65,6)	0,07
Convivencia					<0,001
Solo	329 (14,1)	451 (17,5)	646 (23)	725 (26,9)	
Cónyuge Familia	742 (31,9) 1258 (54)	701 (27,1) 1434 (55,5)	686 (24,4) 1477 (52,6)	699 (25,9) 1273 (47,2)	
Ayudas domiciliarias					<0,001 n.s. <0,001
No	1155 (50,2)	792 (32,4)	674 (26,1)	537 (24,1)	
Pública	373 (16,2)	705 (28,9)	535 (20,7)	424 (19,9)	
Privada	773 (33,6)	944 (38,7)	1371 (53,1)	1268 (56,9)	

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

Variabes Clínicas.

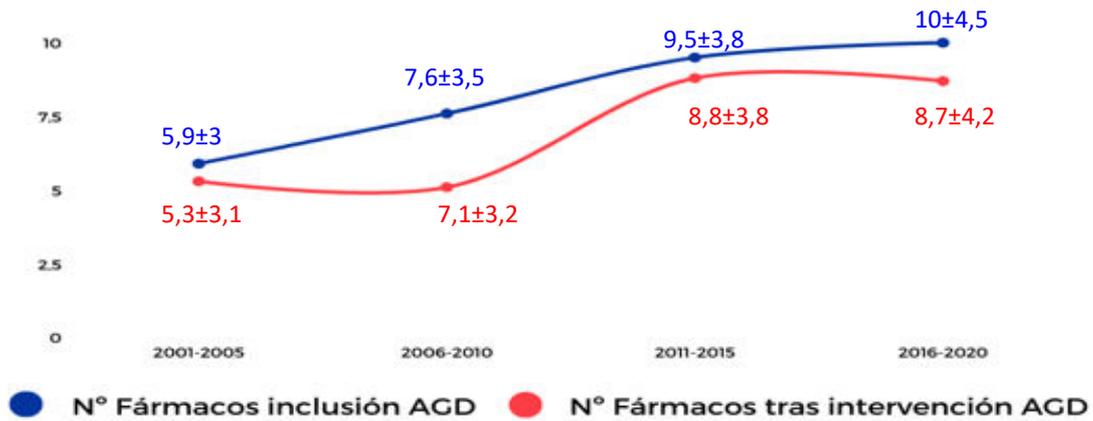
Es reseñable el aumento estadísticamente significativo de todos los SG evaluados, como se muestra en la **Tabla 12** y **Figura 26**, en particular de la disfagia y el dolor, así como el número de fármacos (**Figura 27**), con un aumento exponencial en el tiempo, tanto en el momento de la inclusión en AGD como tras finalizar su intervención (**Figura 28** y **29**) destacando el alto porcentaje de polifarmacia extrema (≥10 fármacos).

Figura 26: Prevalencia de Síndromes Geriátricos en los diferentes quinquenios



IU: Incontinencia Urinaria; IF: Incontinencia Fecal

Figura 27: Número de fármacos en el momento de la inclusión y tras finalizar la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Figura 28: Porcentaje de polifarmacia en el momento de la inclusión en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

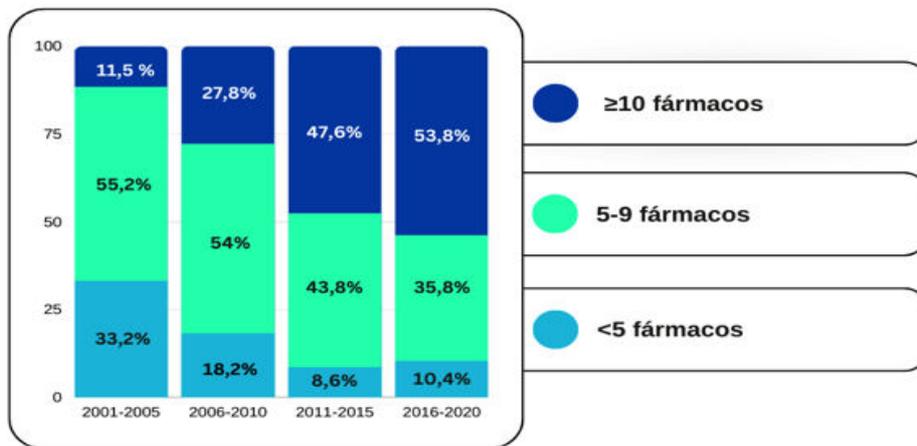


Figura 29: Porcentaje de polifarmacia tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

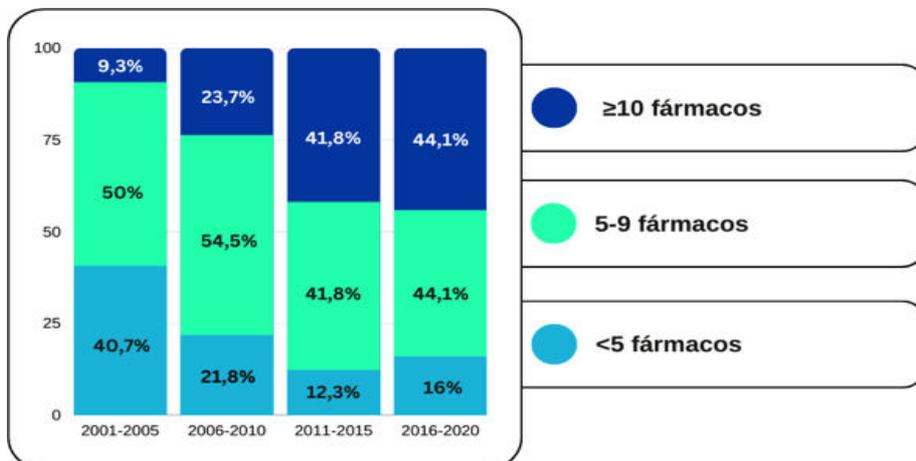


Tabla 12: Variables Clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios

	2001-2005 N= 2406	2006-2010 N= 2639	2011-2015 N= 2810	2016-2020 N=2799	Valor P
Incontinencia urinaria	1575 (65,5)	1907 (72,3)	2277 (81)	2312 (82,6)	<0,001
Incontinencia fecal	823 (34,2)	1156 (43,8)	1480 (52,7)	1562 (55,8)	<0,001
Insomnio	965 (40,1)	1385 (52,5)	1686 (60)	1565 (55,9)	<0,001
Sobrecarga del cuidador	1122 (46,6)	1341 (50,8)	1737 (61,8)	1473 (52,6)	<0,001
Dolor	934 (38,8)	1289 (48,8)	1837 (65,4)	1497 (53,5)	<0,001
Úlceras cutáneas	436 (18,1)	507 (19,2)	723 (25,7)	651 (23,3)	<0,001
Disfagia	385 (16)	664 (25,2)	1171 (41,7)	1187 (42,4)	<0,001
Fármacos al ingreso en AGD	5,9±3 (0-17)	7,6±3,5 (0-24)	9,5±3,8 (0-26)	10±4,5 (0-27)	<0,001
Fármacos al alta de AGD	5,3±3,1 (0-18)	7,1±3,2 (0-19)	8,8±3,8 (0-23)	8,7±4,2 (0-21)	<0,001
Polifarmacia al ingreso en AGD					<0,001
No	795 (33,2)	470 (18,2)	242 (8,6)	290 (10,4)	
5-9	1322 (55,2)	1395 (54)	1229 (43,8)	1000 (35,8)	
≥10	276 (11,5)	719 (27,8)	1338 (47,6)	1501 (53,8)	
Polifarmacia al alta de AGD					<0,001
No	968 (40,7)	546 (21,8)	346 (12,3)	443 (16)	
5-9	1190 (50)	1361 (54,5)	1286 (45,8)	1106 (39,9)	
≥10	222 (9,3)	592 (23,7)	1174 (41,8)	1221 (44,1)	

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal.

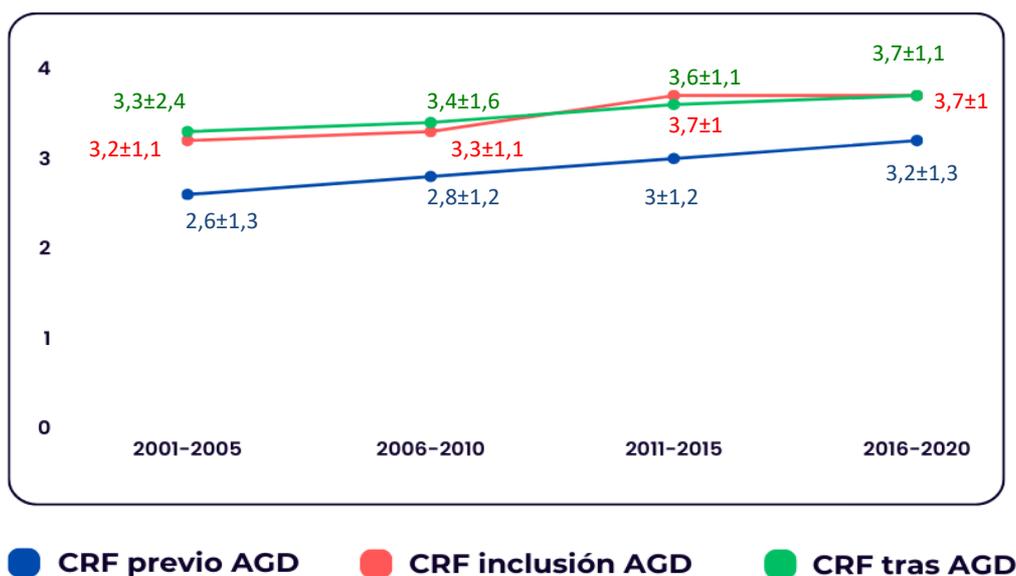
Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Variables Funcionales y Cognitivas.

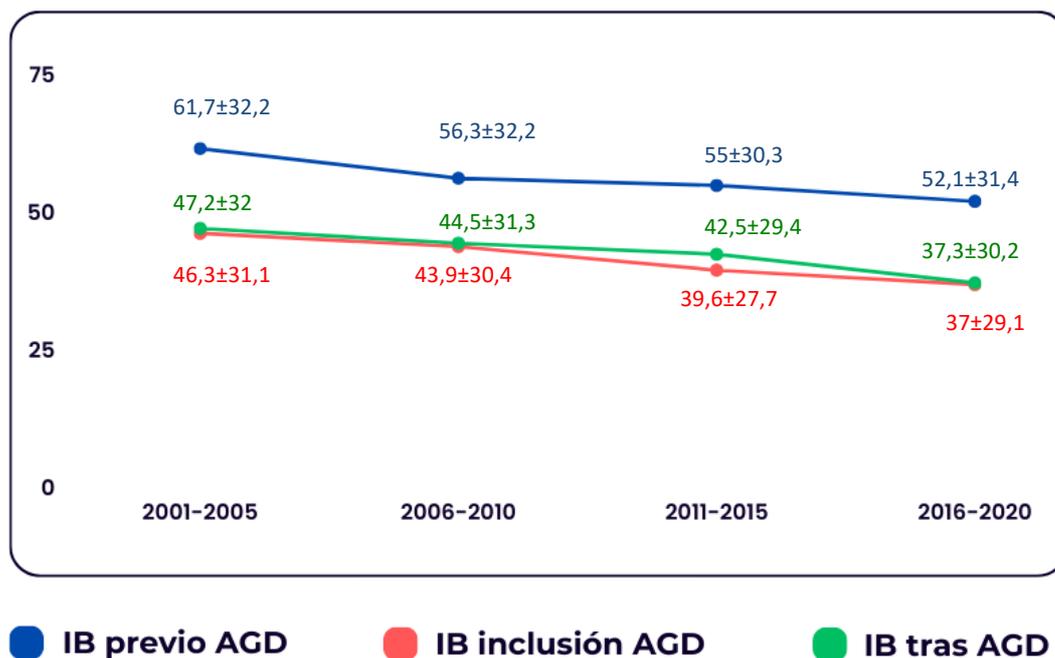
Funcionalmente, el paciente actual se define por un mayor grado de dependencia, constatado tanto por la escala CRF como por el IB respecto a los quinquenios anteriores (**Figuras 30 y 31**). Se objetiva igualmente un porcentaje creciente en la prevalencia de deterioro cognitivo en este periodo, destacando una CRM ≥2 al ingreso en 2016-2020 del 65,7% (1838) respecto al 45,7% (1099) en 2011-2005 (**Figura 32**). Todos los datos se encuentran en la **Tabla 13**.

Figura 30: Escala de CRF previo, en el momento de la inclusión y tras finalizar seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



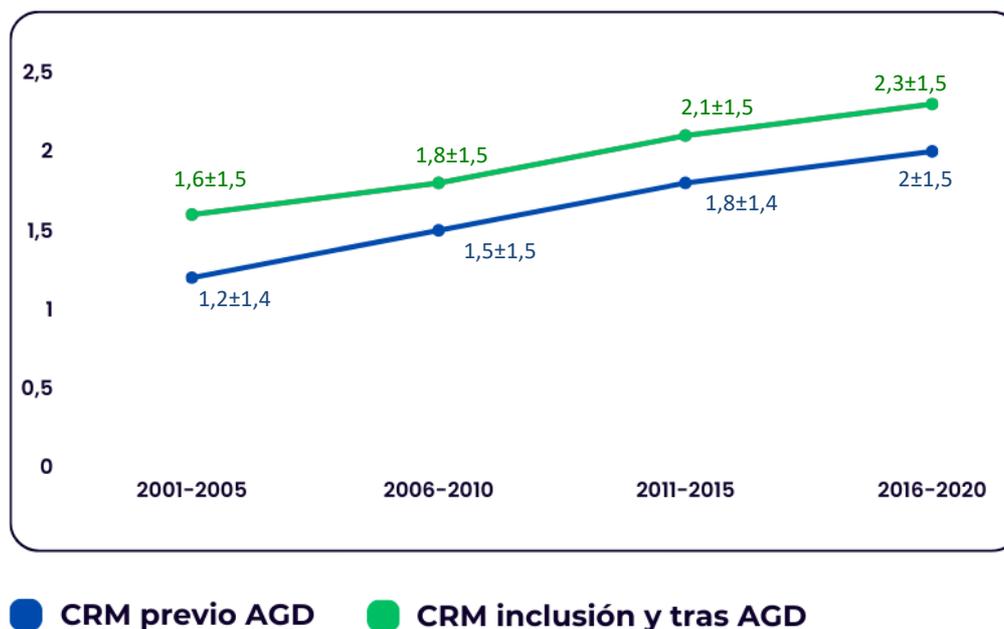
CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Figura 31: Índice de Barthel previo, en el momento de la inclusión y tras finalizar el seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



IB: índice de Barthel; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Figura 32: Situación cognitiva (CRM) previa, en el momento de la inclusión y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



CRM: Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Tabla 13: Variables Funcionales y Cognitivas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios

N=10654	2001-2005 n= 2406	2006-2010 n= 2639	2011-2015 n= 2810	2016-2020 n=2799	Valor P
Funcional					
CRF previo	2,6 ± 1,3	2,8 ± 1,2	3 ± 1,2	3,2 ± 1,3	<0,001
CRF inclusión AGD	3,2 ± 1,1	3,3 ± 1,1	3,7 ± 1	3,7 ± 1	<0,001
CRF tras intervención AGD	3,3 ± 2,4	3,4 ± 1,6	3,6 ± 1,1	3,7 ± 1,1	<0,001
IB previo	61,7 ± 32,2	56,3 ± 32,2	55 ± 30,3	52,1 ± 31,4	<0,001
IB inclusión AGD	46,3 ± 31,1	43,9 ± 30,4	39,6 ± 27,7	37 ± 29,1	<0,001
IB tras intervención AGD	47,2 ± 32	44,5 ± 31,3	42,5 ± 29,4	37,3 ± 30,2	<0,001
IB <40 inclusión (%)	952 (39,7)	1150 (43,9)	1412 (50,4)	1504 (55,2)	<0,001
Mental					
CRM previo	1,2 ± 1,4	1,5 ± 1,5	1,8 ± 1,4	2 ± 1,5	<0,001
CRM inclusión AGD	1,6 ± 1,5	1,8 ± 1,5	2,1 ± 1,5	2,3 ± 1,5	<0,001
CRM tras intervención AGD	1,6 ± 1,5	1,8 ± 1,6	2,1 ± 1,5	2,3 ± 1,5	<0,001
CRM ≥ 2	1099 (45,7)	1369 (51,99)	1762 (62,7)	1838 (65,7)	<0,001

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal.

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; CRM: Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja; IB: Índice de Barthel

Variables Asistenciales.

En cuanto a los datos asistenciales, se observan un descenso progresivo de la duración de la intervención y un aumento del tiempo de espera hasta la primera visita (**Figura 33 y 34; Tabla 14**).

Figura 33: Duración de la intervención de Atención Geriátrica Domiciliaria en los pacientes atendidos entre 2001-2020

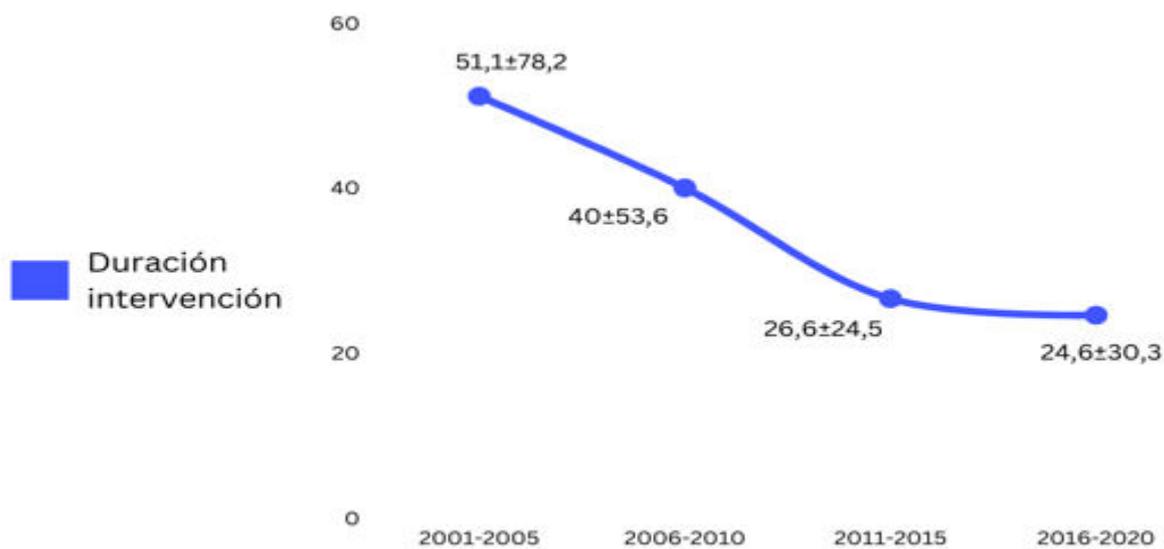
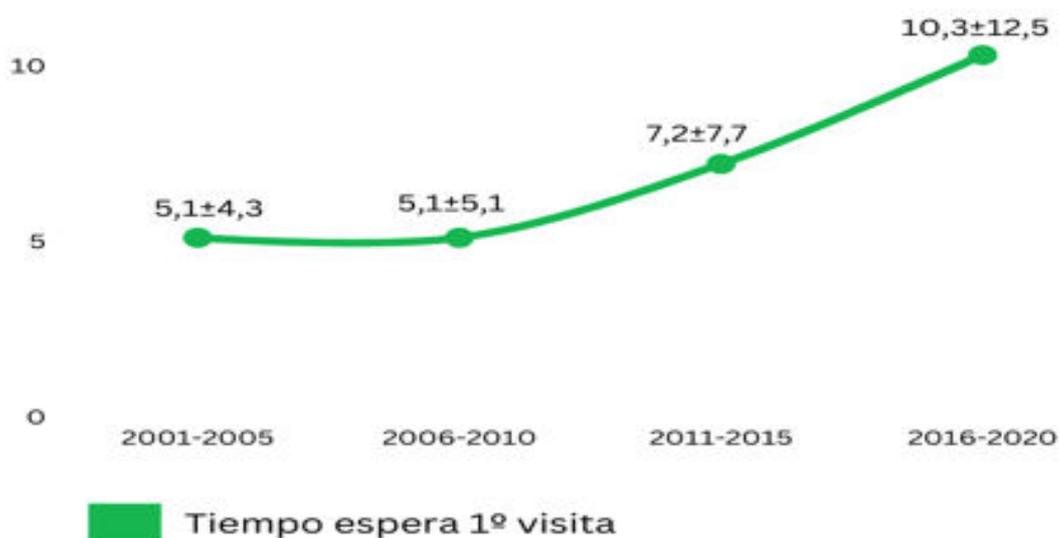
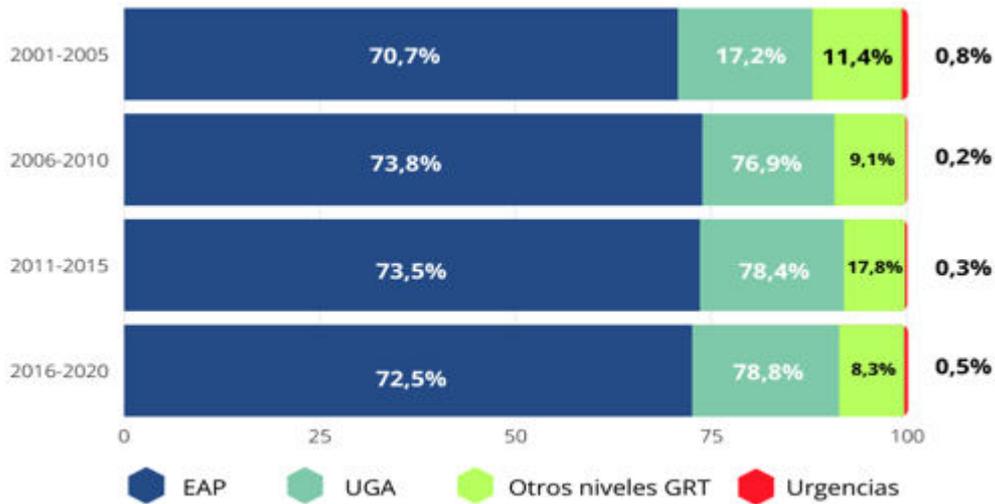


Figura 34: Tiempo de espera (días) hasta la primera visita del Equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria en los pacientes atendidos entre los años 2001-2020



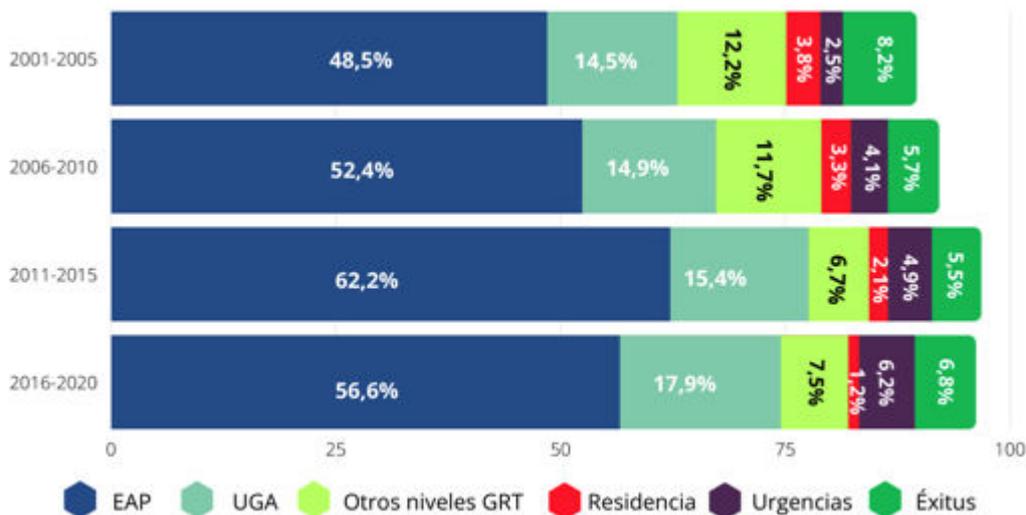
En los últimos 20 años, AP sigue siendo la principal procedencia y destino al alta de los pacientes atendidos en AGD, aumentando ligeramente el número de pacientes remitidos desde la UGA para control clínico post-alta hospitalaria, y los ingresos directos en nuestro Centro, evitando el paso por la Urgencia (**Figura 35 y 36, Tabla 14**).

Figura 35: Procedencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios



EAP: Equipo de Atención Primaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatría; GRT: Geriatría

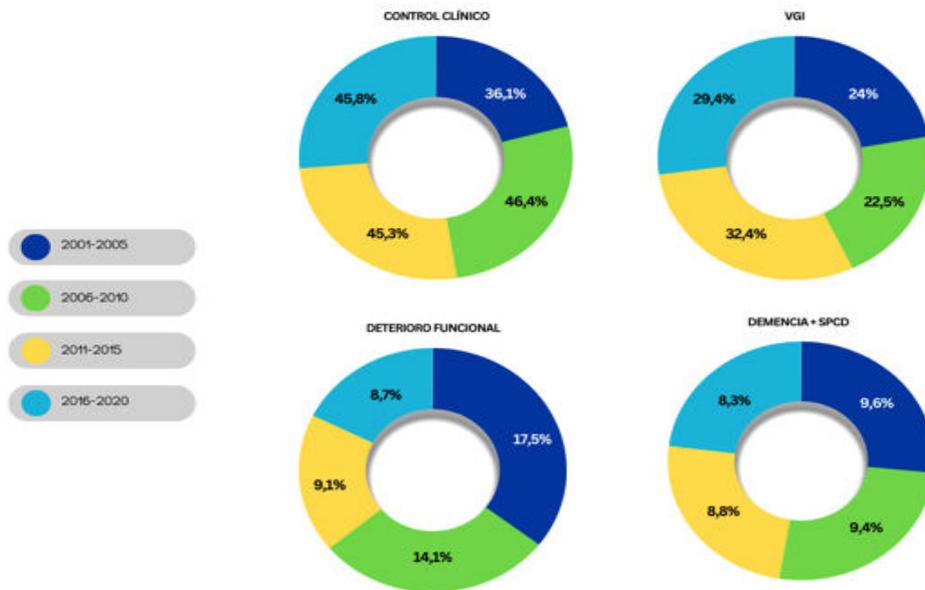
Figura 36: Destino tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, en los diferentes quinquenios



EAP: Equipo de Atención Primaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatría; GRT: Geriatría

Como motivo principal de consulta predominan la derivación para control clínico (43,6%) y la VGI (27,3%), que pasan a ser los más frecuentes, seguido del deterioro funcional (12,1%) y la demencia con trastornos psicoconductuales asociados a ésta (SPCD) (9%) con resultados similares en los diferentes quinquenios (**Figura 37, Tabla 14**).

Figura 37: Motivos de consulta de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria agrupados por quinquenios



SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; VGI: Valoración Geriátrica Integral

En relación a las causas principales de dependencia funcional, se observa un incremento continuado estadísticamente significativo de la demencia en los últimos años y un descenso de la enfermedad cerebrovascular (**Figura 38, Tabla 14**).

Figura 38: Causas principales de dependencia funcional

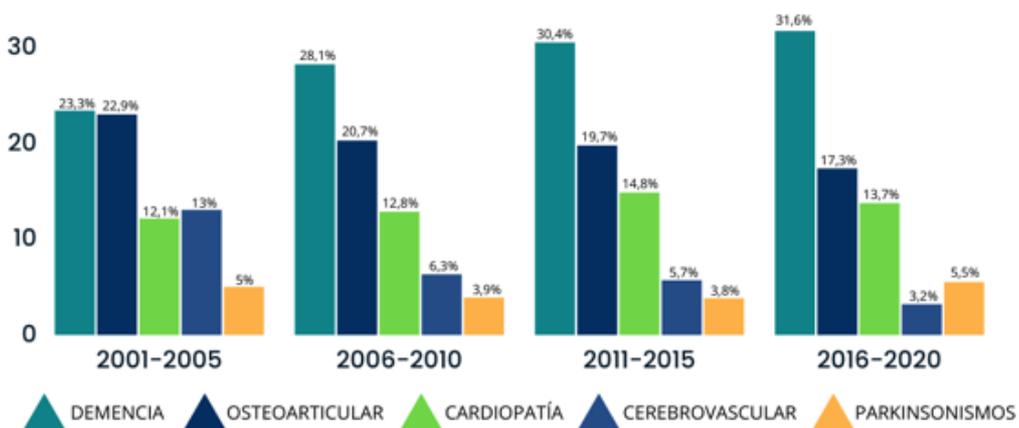


Tabla 14: Variables Asistenciales de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios

N=10654	2001-2005 n= 2406	2006-2010 n= 2639	2011-2015 n= 2810	2016-2020 n=2799	Valor P
Motivo consulta					
Control clínico	865 (36,1)	1222 (46,4)	1273 (45,3)	1280 (45,8)	<0,001
VGI	575 (24)	593 (22,5)	909 (32,4)	822 (29,4)	
Deterioro funcional	419 (17,5)	372 (14,1)	257 (9,1)	243 (8,7)	
Demencia y SPCD	229 (9,6)	248 (9,4)	246 (8,8)	232 (8,3)	
Úlceras	119 (5)	66 (2,5)	68 (2,4)	50 (1,8)	
Otros	189 (7,8)	130 (5)	53 (5)	170 (6,1)	
Causa principal de dependencia funcional					
Demencia	551 (23,3)	731 (28,1)	855 (30,4)	881 (31,6)	<0,001
Osteoarticular	540 (22,9)	525 (20,2)	554 (19,7)	481 (17,3)	
Cardiopatía	286 (12,1)	333 (12,8)	416 (14,8)	383 (13,7)	
Cerebrovascular	307 (13)	163 (6,3)	161 (5,7)	89 (3,2)	
Parkinsonismos	118 (5)	102 (3,9)	108 (3,8)	154 (5,5)	
Otros	558 (23,7)	751 (28,9)	714 (24,5)	800 (28,5)	
Procedencia					
EAP	1685 (70,7)	1941 (73,8)	2060 (73,5)	2029 (72,5)	<0,001
UGA	410 (17,2)	445 (16,9)	515 (18,4)	525 (18,8)	
Otros GRT	271 (11,4)	240 (9,1)	219 (7,8)	232 (8,3)	
Urgencias	18 (0,8)	5 (0,2)	8 (0,3)	13 (0,5)	
Destino al alta					
EAP	1158 (48,9)	1376 (52,4)	1747 (62,2)	1581 (56,6)	<0,001
UGA	343 (14,5)	391 (14,9)	432 (15,4)	499 (17,9)	
Otros GRT	286 (12,1)	307 (11,7)	188 (6,7)	210 (7,5)	
Residencia	90 (3,8)	86 (3,3)	59 (2,1)	33 (1,2)	
Urgencias	59 (2,5)	107 (4,1)	138 (4,9)	174 (6,2)	
Éxitus	194 (8,2)	150 (5,7)	155 (5,5)	191 (6,8)	
Otros	237 (10)	210 (8)	89 (3,2)	106 (3,8)	
Duración de la intervención (días)	51,1±78,2	40±53,6	26,6±24,5	24,6±30,3	<0,001
Tiempo de espera (días)	5,1±4,3	5,1±5,1	7,2±7,7	10,3±12,5	<0,001

Las variables cuantitativas están expresadas en media \pm DE si se ajustan a la distribución normal.

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

VGI: Valoración Geriátrica Integral; SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia;

EAP: Equipo Atención Primaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; GRT: Geriátrica

5.3.2.- COMPARACIÓN DE DOS COHORTES DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Muestra de Estudio.

Un total de 897 pacientes fueron evaluados por el Equipo de AGD en el periodo de 1997-1999, de los cuales 524 (58,4% del total) fueron solicitados directamente desde AP. En el periodo de 2017-2019, fueron atendidos 1.656 pacientes nuevos, 1.196 (72,2% del total) derivados desde AP.

Variables Sociodemográficas.

El perfil de los pacientes consultados se recoge en las **Tablas 15 y 16**, mostrando un paciente de mayor edad ($83,3 \pm 7,2$ vs $87,8 \pm 6,2$), con similar prevalencia de mujeres. Se observa un aumento de convivencia con “otros” (no cónyuge ni familia) (2,2% (12) vs 18,6% (215.9) así como un aumento de la sobrecarga del cuidador principal (33,2% (174) vs 49,7% (595)), y de la ayuda social privada, en posible relación (18,8% (99) vs 60,8% (559)).

Variables Clínicas.

Clínicamente, se detecta un incremento en la prevalencia de síndromes y problemas geriátricos, salvo en el caso de las UPP donde se observa una leve disminución: 27,1% (142) vs 22,4% (268)), y también de la polifarmacia ($4,9 \pm 2,8$ vs $9,9 \pm 4,6$).

Variables Funcionales y Mentales.

Desde el punto de vista funcional, objetivamos un paciente, más incapacitado físicamente (CRF 4-5: 44,8% (235) vs 58,1% (690)), IB: $43,1 \pm 31,6$ vs $38,6 \pm 29,8$) y también mentalmente (CRM 4-5: 15,1% (79) vs 27,5% (326)) (**Tabla 15**).

Tabla 15: Características al ingreso de los pacientes consultados por Atención Primaria

	Periodo 1997-1999 n= 524	Periodo 2017-2019 n= 1196	Valor P
Edad (años)	83,3±7,2	87,8±6,2	<0,001
Sexo (% mujer)	357 (68,1)	797 (66,6)	n.s.
Reingreso AGD	53 (10,1)	121 (10,1)	0,18
Número de fármacos	4,9±2,8	9,9±4,6	<0,001
CRF	3,3±1,3	3,7±1	<0,001
0-2	134 (25,6)	92 (7,7)	<0,001
3	155 (29,6)	406 (34,2)	0,075
4-5	235 (44,8)	690 (58,1)	<0,001
Índice de Barthel	43,1± 31,6	38,6±29,8	0,006
<20	151 (28,9)	387 (33,2)	0,145
20-35	85 (16,2)	187 (16,1)	0,759
40-55	104 (19,9)	214 (18,4)	0,337
60-75	92 (17,5)	200 (17,2)	0,671
>80	92 (17,5)	177 (15,2)	0,147
CRM	1,7±1,5	2,3±1,6	<0,001
0-1	267 (50,9)	437 (36,8)	<0,001
2-3	178 (34)	424 (35,7)	0,5
4-5	79 (15,1)	326 (27,5)	<0,001
Convivencia			
Solo	53 (10,1)	98 (8,5)	0,1
Cónyuge	151 (28,8)	98 (8,5)	0,3
Familia	309 (58,9)	525 (45,4)	<0,001
Otros	12 (2,2)	215 (18,6)	<0,001
Ayuda social			
Pública	75 (14,4)	154 (16,8)	0,4
Privada	99 (18,8)	559 (60,8)	<0,001
No	350 (66,8)	206 (22,4)	<0,001

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal.

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; CRM:

Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja

Tabla 16: Prevalencia de Problemas y Síndromes Geriátricos

	Periodo 1997-1999 n= 524	Periodo 2017-2019 n= 1196	Valor P
Incontinencia urinaria	34 (6,5)	1004 (83,9)	<0,001
Incontinencia fecal	205 (39,2)	664 (55,5)	<0,001
Insomnio	264 (50,5)	662 (55,4)	0,05
Sobrecarga cuidador	174 (33,2)	595 (49,7)	<0,001
Dolor	157 (29,9)	639 (53,4)	<0,001
Úlceras por presión	142 (27,1)	268 (22,4)	0,03
Disfagia	90 (17,1)	452 (37,8)	<0,001
Portador de Sonda vesical	41 (7,8)	67 (5,6)	<0,001
Oxigenoterapia	25 (4,7)	215 (18)	<0,001
Portador de SNG	16 (3,1)	23 (1,9)	0,1

Las variables cuantitativas están expresadas en media \pm DE si se ajustan a la distribución normal.

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar

SNG: Sonda Nasogástrica

Variables Asistenciales.

La demencia se mantiene, e incluso aumenta, como motivo principal de incapacidad (23,9% (125) vs 29,9% (356)) mientras desciende el peso específico de la patología cerebrovascular (12,4% (65) vs 3,5% (42)) (**Tabla 17**). Con relación al motivo principal para la derivación solicitada por AP (**Tabla 18**) aumenta significativamente la VGI (13,4% (70) vs 35,8% (428)) y del control clínico (16,2% (85) vs 33,8% (404)) que pasan a ser los más frecuentes en detrimento de otros problemas geriátricos más concretos (valoración de deterioro funcional, trastornos de conducta asociados a demencia y UPP) que se reducen de manera significativa.

Tabla 17: Patología principal de incapacidad

	Periodo 1997-1999 n= 524	Periodo 2017-2019 n= 1196	Valor P
Demencia	125 (23,9)	356 (29,9)	0,012
Osteoarticular	110 (21,03)	237 (19,9)	0,576
Patología cerebrovascular	65 (12,4)	42 (3,5)	<0,001
Cardiopatía	60 (11,5)	161 (13,5)	0,251
Parkinsonismos	28 (5,4)	72 (6)	0,581
Neoplasia	26 (5)	37 (3,1)	0,058
Neuropatía	20 (3,8)	46 (3,9)	0,977
Síndrome depresivo	18 (3,4)	12 (1)	<0,001
Patología endocrina	17 (3,25)	2 (0,2)	<0,001
Vasculopatía periférica	17 (3,25)	7 (0,6)	<0,001
Patología digestiva	15 (2,9)	6 (0,6)	<0,001
Otros	22 (4,21)	214 (18)	<0,001

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%).

La estancia media de los pacientes atendidos en el programa de AGD se redujo sensiblemente, casi a la mitad ($45,7 \pm 91,3$ vs $25,5 \pm 30,1$), aumentando el porcentaje de pacientes con ingreso directo en la UGA (9,9% (52) vs 15,4% (184)). Disminuyeron los ingresos en Niveles Asistenciales geriátricos hospitalarios, ambulatorios o de recuperación funcional, o en residencia, así como las altas no previstas (en general derivaciones a Urgencias no planificadas por el Equipo de AGD) (**Tabla 19**).

Tabla 18: Frecuencia y estancia media según motivo de consulta

	Frecuencia		Valor P	Estancia media		Valor P
	1997-1999 n= 524	2017-2019 n= 1196		1997-1999 n= 524	2017-2019 n= 1196	
Det. Funcional	149 (28,4)	131 (11)	<0,001	20,3±2,9	18,9±19,6	0,57
Control Clínico	85 (16,2)	404 (33,8)	<0,001	37,2±72,6	25,5±29,7	0,002
VGI	70 (13,4)	428 (35,8)	<0,001	26,5±37,6	27,5±31,8	0,82
UPP	69 (13,2)	22 (1,8)	<0,001	97,5±126,4	33,5±36,9	0,002
SPCD	57 (10,8)	81 (6,8)	0,70	47,1±57	30,1±33,7	0,003
Det.Cognitivo	19 (3,7)	39 (3,3)	0,11	36,3±53,5	21,7±30,1	0,19
Caídas	14 (2,7)	6 (0,5)	0,01	38,1±47,3	14±13,8	0,24
Dolor	14 (2,7)	14 (1,2)	0,44	28,9±46,9	27,3±15,7	0,90
Otros	30 (3,3)	70 (5,9)	0,008	53,4±116	19,9±31,9	0,03

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar. Det.Funcional: deterioro funcional; VGI: Valoración Geriátrica Integral; UPP: Úlceras por Presión; SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; Det. Cognitivo: deterioro cognitivo

Tabla 19: Datos al alta de pacientes procedentes de Atención Primaria

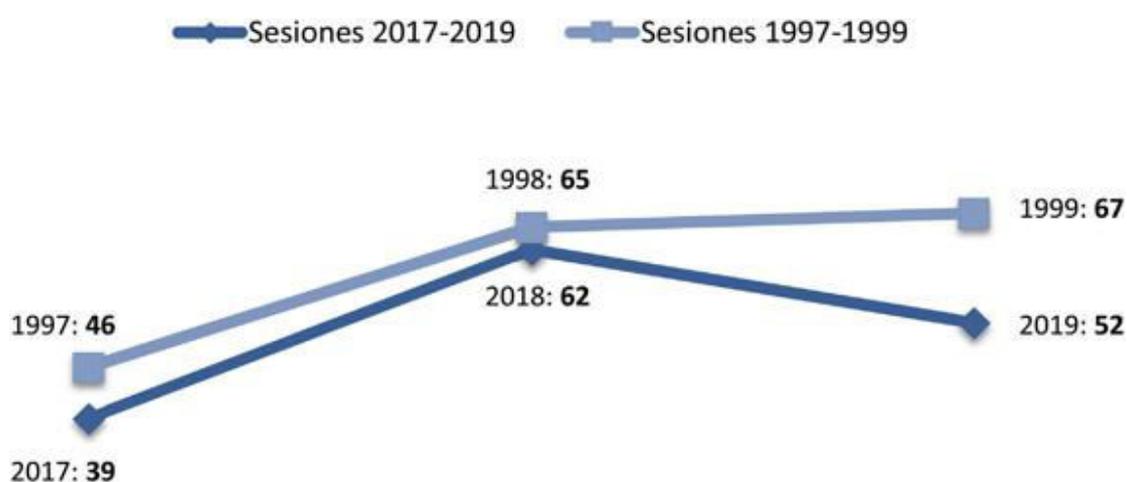
	Periodo 1997-1999 n= 524	Periodo 2017-2019 n= 1196	Valor P
Estancia media	45,7±91,3	25,5±30,1	<0,001
Tiempo de espera primera visita	3,6±3,4	13,9±14,8	<0,001
Fármacos al alta	3,9±2,1	8,6±5,9	<0,001
Seguimiento al alta			
Atención Primaria	246 (46,9)	682 (57)	<0,001
Hospitalización UGA	52 (9,9)	184 (15,4)	0,002
HDG	39 (7,47)	67 (5,6)	0,1
Hospitalización UGRF	32 (6,17)	22 (1,8)	<0,001
CEX Geriátrica	23 (4,3)	33 (2,8)	0,08
Residencia	23 (4,3)	15 (1,3)	<0,001
Éxitus domicilio	33 (6,3)	78 (6,5)	0,8
Alta no prevista	32 (6,3)	7 (0,6)	<0,001
Otros	35 (6,7)	108 (9,1)	0,1

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar. UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; HDG: Hospital de Día de Geriátrica; UGRF: Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional; CEX: Consulta Externa

La reducción de la estancia media se obtuvo principalmente en pacientes derivados para control clínico ($37,2 \pm 72,6$ vs $25,5 \pm 29,7$) aumentando sobre todo en los pacientes con úlceras ($97,5 \pm 126,4$ vs $33,5 \pm 36,9$), a pesar de la disminución en su frecuencia (**Tabla 18**).

En cuanto a la actividad telefónica, en el periodo de 1997-1999 se recibieron 1.211 llamadas (71,4% realizadas por AP); en 2017-2019 se registraron 17.217 (emitidas y recibidas), sobre todo con pacientes/cuidadores (50,2%), seguidas de las de contacto con Equipo de AP (18,2% con Médico de Atención Primaria-MAP y 1,7% con Enfermería) y 2,1% con Trabajo Social). Las reuniones en C.S. para comentar casos clínicos quedan reflejadas en la **Figura 39**.

Figura 39: Número de reuniones en Centros de Salud y pacientes comentados



En el primer trienio se comentaron una media de 6,8 pacientes/sesión en 1997, 6,1 en 1998 y 7,4 en 1999. En el último trienio fueron 9,9 en 2017, 7,3 en 2018 y 7,4 en 2019

Se puede concluir de los estudio retrospectivos sobre la evolución del perfil de paciente atendido en AGD en los últimos veinte años y la coordinación con AP:

- Aumento progresivo de derivación de pacientes para ser atendidos en AGD
- Derivaciones estables desde AP, manteniendo un porcentaje adecuado para la filosofía de la Unidad
- Aumento progresivo de la edad media de pacientes atendidos
- Prevalencia de sexos acorde con la evolución de la pirámide poblacional actual
- Mayor fragilidad social con un mayor número de pacientes sin familiares que dependen de las ayudas públicas y aumento de sobrecarga de cuidadores
- Aumento del número de SG
- Aumento del número de fármacos/paciente, seguramente indicativo de una mayor pluripatología
- Aumento del deterioro funcional y mental

- Disminución de la estancia media (duración de la intervención de AGD)
- Aumento del tiempo de espera hasta la primera visita
- Aumento de las derivaciones desde UGA (reciben más apoyo de la Unidad)
- Aumento de los ingresos directos al hospital evitando Urgencias hospitalarias
- Disminución de la institucionalización
- Aumento de las derivaciones a Urgencias al alta de la Unidad
- Aumento continuado de la demencia como causa principal de dependencia

Sobre estas conclusiones se extrae un listado de OM (**Tabla 20**) siendo una de ellas la elaboración de un Plan de Mejora Asistencial, en el que se tenga en cuenta esta información. Además, en base a la carga asistencial creciente, se plantea la necesidad de aumentar el número de Equipos de AGD y su cobertura horaria, así como aumentar el apoyo a UGA. Igualmente destaca la importancia de intentar reducir el número de fármacos (aumento significativo de la polifarmacia) y potenciar en este sentido la formación y tiempo dedicado a los mismos, desde AGD (profesionales médicos y de Enfermería) y desde AP. Clínicamente se propone mejorar en la valoración del dolor y la disfagia, así como mejorar la identificación del perfil de paciente remitido a Urgencias con mayor frecuencia, para mejorar el abordaje del mismo y potenciar de nuevo las reuniones multidisciplinarias en los C.S. tras la pandemia COVID-19.

Tabla 20: Listado de Oportunidades de Mejora del estudio retrospectivo sobre la evolución del perfil de paciente atendido por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

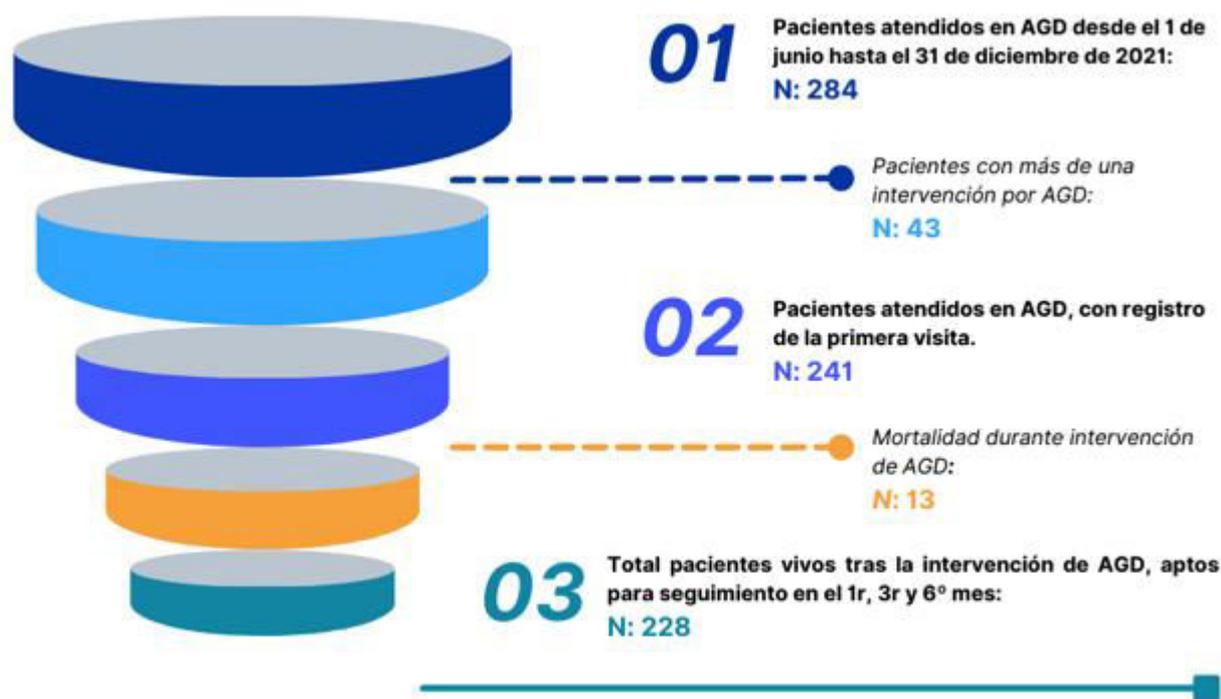
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Elaboración de un Plan de Mejora Asistencial.
Aumentar el número de Equipos de AGD.
Aportar un mayor y continuo apoyo a UGA.
Llevar a cabo más formación/guías de actuación en demencia y SPCD: en AGD, en AP y en Enfermería.
Disminuir el número de fármacos y fomentar la formación específica par este objetivo en AGD, AP y Enfermería.
Ofrecer mayor apoyo a familia y paciente para disminuir derivaciones a Urgencias. Valorar tercer Equipo y proponer disponibilidad los puentes y/o fines de semana.
Mejorar la formación en la valoración y tratamiento del dolor y la disfagia.
Mejorar el tiempo de espera hasta la primera visita.
Detectar de manera temprana la necesidad de ayuda social domiciliaria y abordar/dar recomendaciones sobre ello.
Identificación del perfil de pacientes remitidos a Urgencias al alta de AGD con más frecuencia.
Reactivación de las reuniones multidisciplinarias en los C.S.

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; UGA Unidad de Agudos de Geriátria; SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; AP: Atención Primaria. C.S.: Centro de Salud.

5.3.3.- ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

El número de pacientes atendidos por el Equipo de AGD entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2021 fue de 284. Se excluyeron 43 pacientes que habían recibido más de una intervención por parte de AGD en este periodo (15,1%), dejando siempre el registro correspondiente a la primera fecha de visita. No hubo ningún caso de exclusión por falta de recogida de datos. Finalmente, se estudiaron 241 pacientes. Durante la intervención fallecieron 13 pacientes (5,4%) por lo que la muestra total de seguimiento, fue de 228 **(Figura 40)**.

Figura 40: Flujograma de los pacientes incluidos en el estudio observacional prospectivo de seguimiento



AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Muestra de Estudio.

La edad media de la muestra inicial de pacientes atendidos (284) fue de $89,4 \pm 6,1$ años (67 a 104), de los cuales 208 (72,6%) fueron mujeres. Tras la exclusión de los 43 pacientes, las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas de la muestra restante (241) se muestran en la **(Tabla 21)**.

Tabla 21: Características de la muestra total de pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

	N: 241
Edad (años)	89,4±6,1
Sexo (% mujeres)	174 (72,6)
Convivencia	
Solo	24 (10)
Cónyuge	45 (18,7)
Familia	116 (48,1)
Cuidador privado	56 (23,2)
≥ 2 Síndromes Geriátricos	231 (95,9)
I de Charlson ≥3	96 (38,9)
Fragilidad (CFS)	
1-4	5 (2,1)
5-6	49 (20,3)
7-9	187 (77,6)
Nº Fármacos inclusión AGD	12,1±4,6
Nº Fármacos tras intervención AGD	10,8±4,6
IB previo AGD	56,2±29,6
IB inclusión AGD	39,9±27,3
IB tras intervención AGD	43,3±27,3
CRM previo AGD	1,7±1,6
CRM inclusión AGD	2,3±1,6
CRM tras intervención AGD (N:228)	2,2±1,6

Las variables cuantitativas están expresadas en media \pm DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar; CFS: Clinical Frailty Scale; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; IB: Índice de Barthel; CRM: Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja

De estos 241, se excluyeron a 13 pacientes que fallecieron durante la intervención de AGD por lo que, los datos que se exponen a continuación, pertenecen a la muestra total de seguimiento, correspondiente a un total de 228 pacientes.

Variables Sociodemográficas.

La edad media fue de 89,2±6,1 años (67-104 años), siendo el grupo más numeroso el de 90-94 años (81 pacientes, 35,5%). El 72,4% fueron mujeres. Respecto a la convivencia, casi la mitad de la población vivía con su familia (47,8%), siendo también éstos los principales cuidadores (53,5%) y 24 pacientes (10,5%) vivían solos (**Figura 41**). Un 27,6% de los pacientes (63) no disponían de ningún tipo de ayuda domiciliaria; en el 37,3% (85 participantes) esta ayuda era privada (**Figura 42**). Los resultados se pueden observar en la **Tabla 22**.

Figura 41: Convivencia y cuidador principal de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

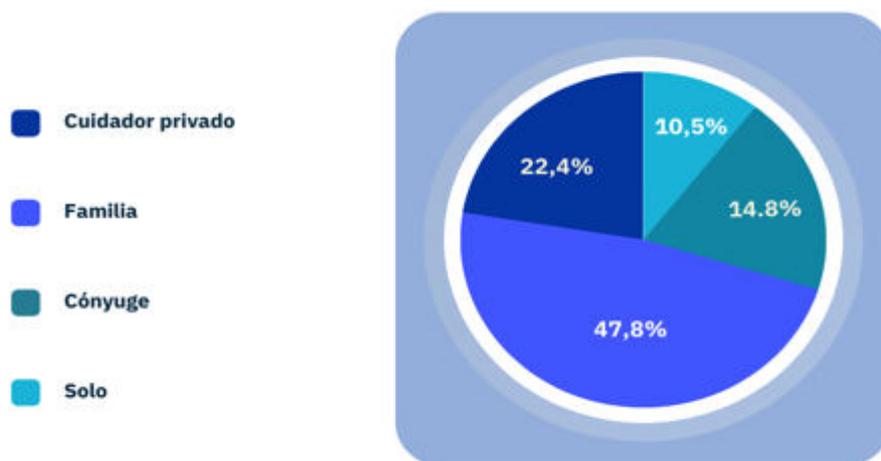


Figura 42: Ayuda Social Domiciliaria de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

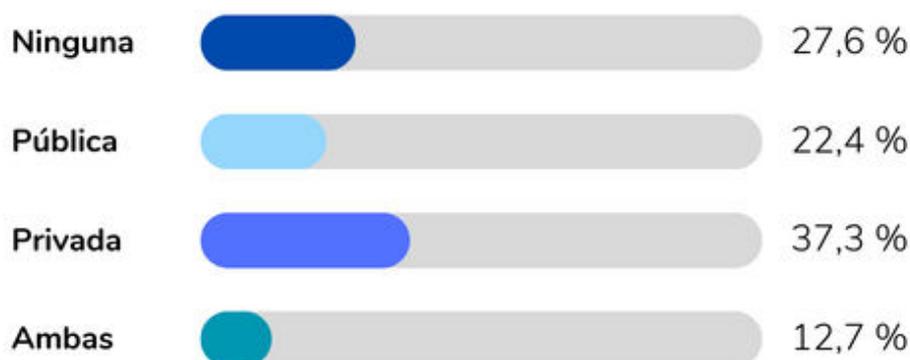


Tabla 22: Variables Sociodemográficas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

N: 228	
Edad (años)	89,2±6,1 (67/104)
Edad	
<70	2 (0,9)
70-74	4 (1,8)
75-79	7 (3,1)
80-84	34 (14,9)
85-89	59 (25,9)
90-94	81 (35,5)
≥95	41 (18)
Sexo (% mujeres)	165 (72,4)
Convivencia	
Solo	24 (10,5)
Cónyuge	44 (19,3)
Familia	109 (47,8)
Cuidador privado	51 (22,4)
Cuidador principal	
Cónyuge	34 (14,9)
Familia	122 (53,5)
Cuidador privado	72 (31,6)
Ayuda Social Domiciliaria	
Ninguna	63 (27,6)
Pública	51 (22,4)
Privada	85 (37,3)
Pública + Privada	29 (12,7)

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación Estándar;

Variables Clínicas.

Síndromes y Problemas Geriátricos.

Es remarcable la elevada prevalencia de SG en la población de estudio (**Tabla 23, Figura 43**). El 96,1% presentaban al menos 2 SG simultáneamente y el 90,8% al menos 3.

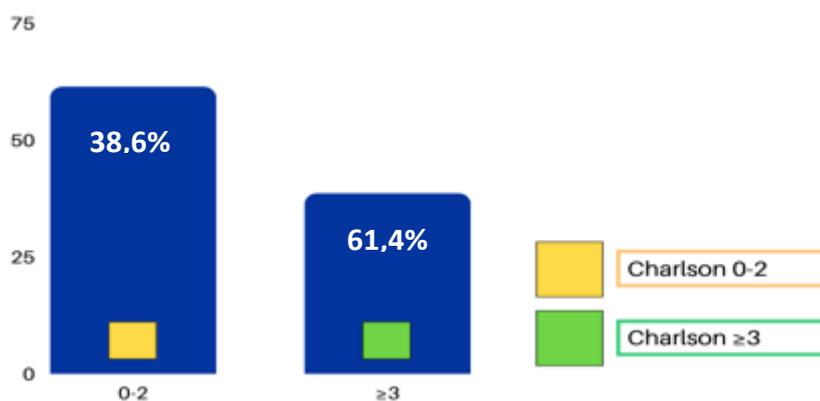
Figura 43: Prevalencia de Síndromes y Problemas geriátricos



Comorbilidad.

El 38,6% de la muestra estudiada (88 pacientes) presentaban una alta comorbilidad, evaluada mediante un Índice de Charlson mayor o igual a 3 puntos. La comorbilidad media fue de $3,3 \pm 2$ (Figura 44, Tabla 23).

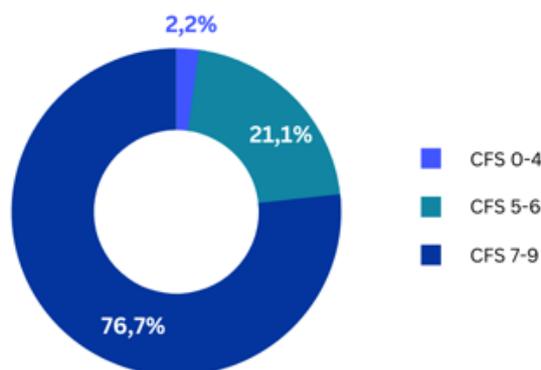
Figura 44: Comorbilidad de la muestra según el Índice de Charlson



Fragilidad.

Según la Clinical Frailty Scale (CFS), el 97,9% de la muestra (223 pacientes) presentaban algún grado de fragilidad, considerado como una CFS ≥ 5 ; de éstos, un 21,1% (48) presentaban una fragilidad leve-moderada (CFS 5-6) y un 76,8% (175 pacientes) fragilidad moderada-severa (CFS 7-9). Sólo el 2,2% (5 pacientes) eran robustos (**Figura 45, Tabla 23**).

Figura 45: Clasificación del grado de fragilidad de la muestra



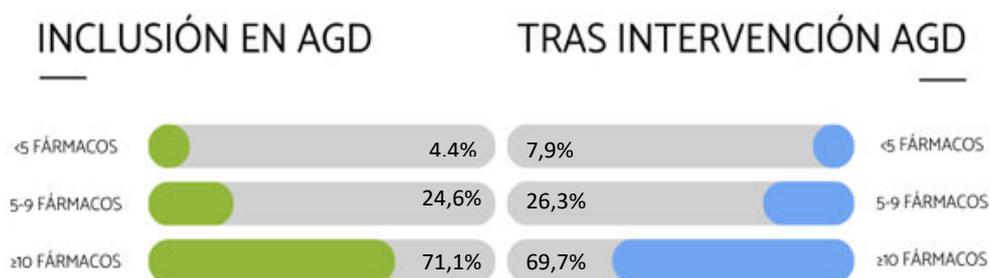
CFS: Clinical Frailty Scale

Polifarmacia.

El número de fármacos medio en la inclusión en AGD fue de $12 \pm 4,6$ y, tras la intervención de la Unidad, de $11,1 \pm 4,4$, realizándose en un 65,4% (149 pacientes) deprescripción farmacológica. En cuanto a la polifarmacia (≥ 5 fármacos) pasó del 95,7% (218 pacientes) a un 96% (210 pacientes) tras la intervención. A destacar el alto porcentaje de polifarmacia extrema, considerada como ≥ 10 fármacos: 71,1% (162 pacientes), siendo del 69,7% (150 pacientes) al finalizar el seguimiento.

Únicamente un 4,4% (10 pacientes) al inicio y un 7,9% (18 pacientes) al final de la valoración de AGD, consumían < 5 fármacos (**Figura 46, Tabla 23**).

Figura 46: Polifarmacia en la población atendida por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Tabla 23: Variables Clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

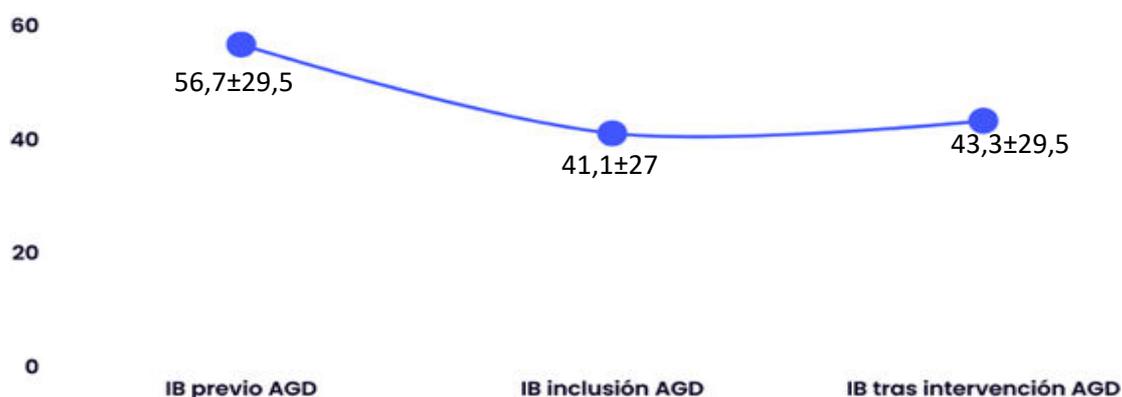
N: 228	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	
Incontinencia urinaria	200 (87,7)
Incontinencia fecal	131 (57,5)
Disfagia orofaríngea	106 (46,5)
Dolor	148 (64,9)
Déficit visual o auditivo	189 (82,9)
Úlceras cutáneas	52 (22,8)
UPP	42 (18,4)
Úlceras vasculares	12 (5,3)
Insomnio	168 (73,7)
Sobrecarga del cuidador	142 (62,3)
Trastorno depresivo	163 (71,5)
≥ 2 Síndromes Geriátricos	219 (96,1)
≥ 3 Síndromes Geriátricos	207 (90,8)
≥ 4 Síndromes Geriátricos	180 (78,9)
COMORBILIDAD	
Índice de Charlson	3,3±2
Charlson ≥3	88 (38,6)
FRAGILIDAD	
Fragilidad (CFS≥5)	223 (97,9)
CFS	6,8±0,8
1-4	5 (2,2)
5-6	48 (21,1)
7-9	175 (76,8)
FÁRMACOS	
Nº Fármacos inclusión AGD	12±4,6
Nº Fármacos tras intervención AGD	11,1±4,4
Polifarmacia inclusión AGD	
No	10 (4,4)
5-9	56 (24,6)
≥10	162 (71,1)
Polifarmacia tras intervención AGD	
No	18 (7,9)
5-9	60 (26,3)
≥10	150 (69,7)

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE si se ajustan a la distribución normal. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). UPP: Úlceras por Presión; CFS: Clinical Frailty Scale; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Variables Funcionales y Cognitivas.

En relación a la situación funcional, se observa una gran diferencia entre la dependencia para las ABVD previamente a la inclusión en AGD (IB medio $56,7 \pm 29,5$) y en el momento de la primera valoración ($41,1 \pm 27$). Tras la intervención del Equipo, se objetiva una leve mejoría (IB medio $43,3 \pm 29,5$). (**Figura 47, Tabla 24**).

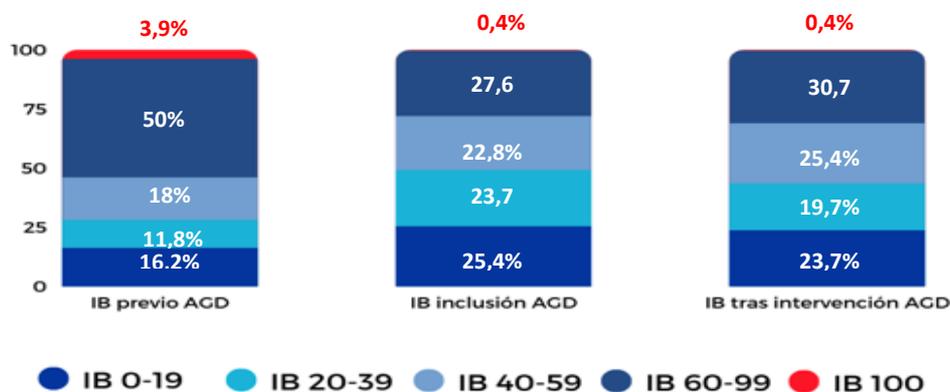
Figura 47: Evolución del Índice de Barthel antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



IB: Índice de Barthel; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Previamente a la inclusión en AGD, casi la mitad de la muestra, presentaban dependencia funcional leve (50%) y la otra mitad aproximadamente (46%), moderada-severa o total. Al inicio del seguimiento, disminuye la población con dependencia leve (27,6%), destacando el aumento de dependencia moderada, severa o total, en un 71,9% de los casos. Al finalizar la intervención AGD hay una mejoría funcional significativa, persistiendo una alta prevalencia de los más dependientes (68,8%) (**Figura 48, Tabla 24**).

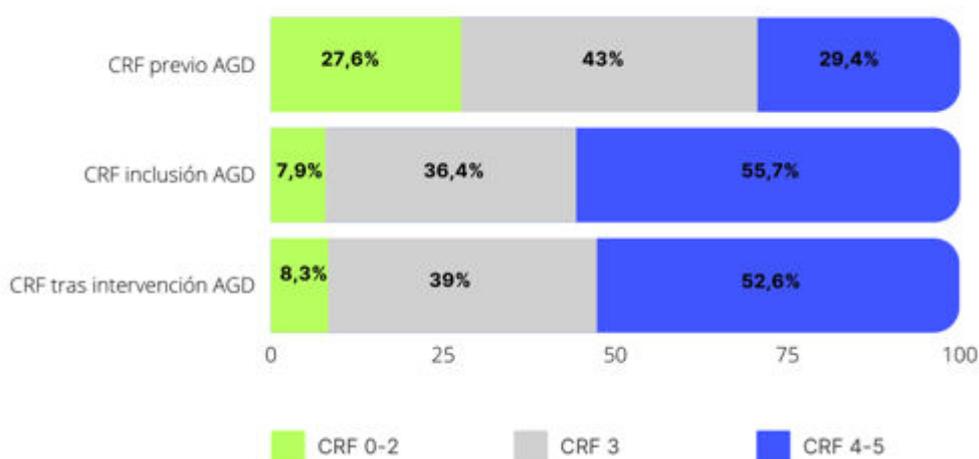
Figura 48: Índice de Barthel categorizado, antes, durante y tras la intervención de Atención Geriátrica Domiciliaria



IB: Índice de Barthel

Respecto a la CRF, los valores medios previo a la intervención de AGD, en el momento de la inclusión y tras finalizar el seguimiento, fueron de $3\pm 1,1$; $3,6\pm 0,9$ y $3,6\pm 0,9$ respectivamente. (Tabla 24). De manera categorizada, como ocurre con en el IB, se observa un aumento del deterioro funcional en el momento de la inclusión en AGD, con una leve mejoría tras la intervención (**Figura 49 y Tabla 24**).

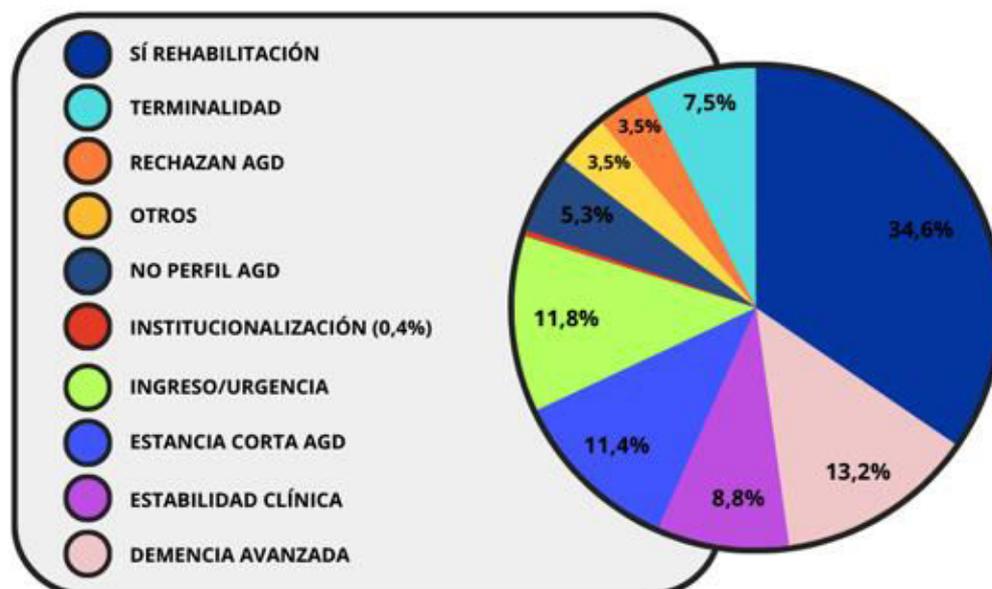
Figura 49: Escala CRF antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

De los pacientes que sobrevivieron, durante el seguimiento de AGD, un 34,6% (79) presentaron una mejoría funcional tras la intervención. Los restantes, no obtuvieron esta mejoría por diferentes motivos: un 13,2% (30 pacientes) presentaban una demencia en estadio avanzado, y un 7,5% (17 pacientes) una enfermedad en estadio avanzado-terminal, que limitaba las posibilidades rehabilitadoras. En un 11,4% (26 pacientes) la duración de la intervención en AGD fue corta (visita post-alta, realización de control analítico, realización de informe social – silla de ruedas, visita para infiltración etc....) por lo que tampoco hubo tiempo de evaluación ni intervención suficiente para ver cambios funcionales. Un 8,8% (20 pacientes) se encontraban en una situación de estabilidad funcional establecida de más de 6 meses de evolución, y un 0,4% (1 paciente) fue institucionalizado. El 11,8% (27 pacientes) fueron ingresados o derivados a Urgencias, y un 3,5% (8 pacientes) no pudieron llevarla a cabo por otros motivos (situación aguda, periodo vacacional, barreras arquitectónicas...). Un 5,3% (12 pacientes) no cumplían criterios de AGD por lo que fueron remitidos a niveles ambulatorios para su seguimiento. Del total de la muestra, 8 pacientes (3,5%) rechazaron las recomendaciones y/o seguimiento de AGD (**Figura 50**).

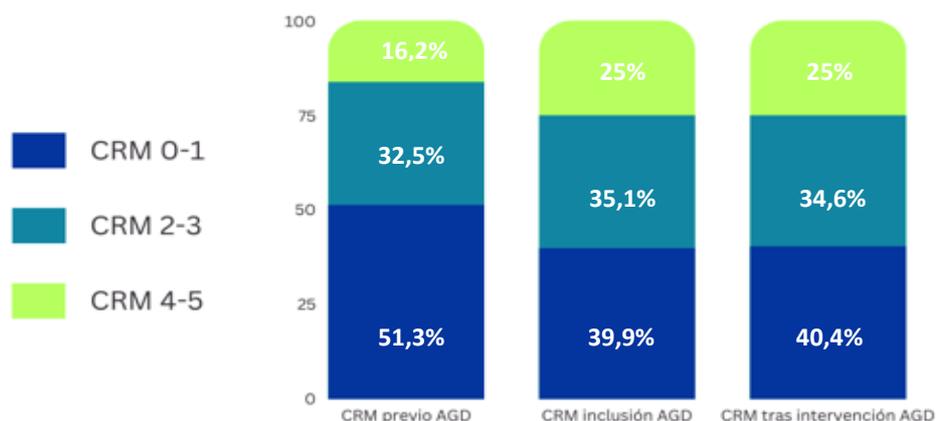
Figura 50: Motivos de ausencia de mejoría funcional tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Respecto a la situación cognitiva, los valores medios de la escala CRM previo a la intervención de AGD, en el momento de la inclusión y tras finalizar el seguimiento, fueron de 1.7 ± 1.6 ; 2.2 ± 1.6 y 2.2 ± 1.6 respectivamente. De manera categorizada (**Figura 51**) destaca el aumento de pacientes con diagnóstico de demencia según la CRM (≥ 2), siendo del 48,7% previo a AGD, similar en el momento de la inclusión y tras la intervención (60,1% y 59,6% respectivamente). Los datos completos se registran en la **Tabla 24**.

Figura 51: Escala CRM antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



CRM: Escala de Incapacidad Mental (Cruz Roja Mental); AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 24: Variables funcionales y cognitivas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

N: 228			
SITUACIÓN FUNCIONAL			
IB previo AGD	56,7±29,5		
IB inclusión AGD	41,1±27		
IB tras intervención AGD	43,3±27,3		
IB Categorizado	Previo AGD	Inclusión AGD	Tras AGD N: 228
100	9 (3,9)	1 (0,4)	1 (0,4)
60-99	114 (50)	63 (27,6)	70 (30,7)
40-59	41 (18)	52 (22,8)	58 (23,6)
39-20	27 (11,8)	54 (23,7)	45 (19,7)
19-0	37 (16,2)	58 (25,4)	54 (23,7)
≥40	164 (71,9)	116 (50,9)	129 (56,6)
39-21	25 (11)	50 (21,9)	43 (18,9)
0-20	39 (17,1)	62 (27,2)	56 (24,6)
CRF previo AGD	3,0±1,1		
CRF inclusión AGD	3,6±0,9		
CRF tras intervención AGD (N: 228)	3,6±0,9		
CRF categorizado	Previo AGD	Inclusión AGD	Tras AGD N: 228
0-2	63 (27,6)	18 (7,9)	19 (8,3)
3	98 (43)	83 (36,4)	89 (39)
4-5	67(29,4)	127 (55,7)	120 (52,6)
SITUACIÓN COGNITIVA			
CRM previo AGD	1,7±1,6		
CRM inclusión AGD	2,2±1,6		
CRM tras intervención AGD (N:228)	2,2±16		
CRM categorizado	Previo AGD	Inclusión AGD	Tras AGD N: 228
0-1	117 (51,3)	91 (39,9)	92 (40,4)
2-3	74 (32,5)	80 (35,1)	79 (34,6)
4-5	37 (16,2)	57 (25)	57 (25)
CRM ≥2 previo AGD	111 (48,7)		
CRM ≥2 inclusión AGD	137 (60,1)		
CRM ≥2 tras intervención AGD (N: 228)	136 (59,6)		
GDS	Previo AGD	Inclusión AGD	Tras AGD N: 228
1-3	117 (51,3)	91 (39,9)	92 (40,4)
4-5	74 (32,5)	80 (35,1)	79 (34,6)
6-7	37 (16,2)	57 (25)	57 (25)

Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). IB: Índice de Barthel; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz roja; CRM: Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja; GDS: Escala Global Deterioration Scale de Reisberg

Parámetros de Laboratorio.

Analíticamente, un 37,3% de la población (85 pacientes) presentaba anemia con valores de Hb <12 g/dL. El 89,8%, tenían algún grado de insuficiencia renal (MDRD <60 ml/min) y un 45,7% una albúmina <3,5 d/dL, con un riesgo de desnutrición leve en un 41,1%, moderada en un 24,3% y severa en un 3,3% según la escala de CONUT (Tabla 25).

Tabla 25: Parámetros de Laboratorio de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

	N válida	Total
Albúmina sérica (g/dL) ≥3,5 3-349 <3	219	3,6±0,5 119 (54,3) 70 (32) 30 (13,7)
CONUT Sin riesgo Malnutrición leve Malnutrición moderada Malnutrición severa	214	3 (1/5) 67 (31,3) 88 (41,1) 52 (24,3) 7 (3,3)
Proteínas (g/dL) <6 6-8,29 ≥8,3	227	6,6±0,6 38 (16,7) 188 (82,8) 1 (0,4)
Hemoglobina (g/dL) <10 10-12 ≥12	228	12,3±2,1 31 (13,6) 54 (23,7) 143 (62,7)
Leucocitos (U/m³)	228	7299,4±2549,4
Neutrófilos (U/m³)	228	4979,5±2453,1
Linfocitos (U/m³)	228	1580,4±802,5
Plaquetas (mcL) <150000	228	223.782,9±76519 29 (12,7)
Creatinina (mg/dL)	228	1,10±0,58
Urea (mg/dL)	222	65,3±37,7
MDRD (mL/min) >60 59-30 <30	227	52,2±15,4 23 (10,1) 181 (79,7) 23 (10,1)
Colesterol (mg/dL) ≤125 125,1-152 152,1-182 >182	228	169,1±44,3 34 (14,9) 51 (22,4) 68 (29,8) 75 (32,9)
Triglicéridos (mg/dL)	228	123,4±57,4
Vitamina D (nmol/L) <30	209	31,1±20,2 111 (53,9)
Vitamina B12 (pmol/L) <200	224	448,4±207,4 8 (3,6)
Sodio (mmol/L) 0-134 135-145 ≥146	228	138,5±4,1 27 (11,8) 295 (85,5) 6 (2,6)
Potasio (mmol/L) <3,5 3,5-4,99 ≥5	228	4,42±0,55 14 (6,1) 183 (80,3) 31 (13,6)
Calcio (mmol/L) <8,5 8,5-10,2 >10,2	219	9,18±0,61 26 (11,9) 187 (85,4) 6 (2,7)
TSH (mU/L) <0,37 0,37-4,7 ≥4,71	228	2,2±1,7 11 (4,8) 200 (87,7) 17 (7,5)
PCR (mg/L) 0-9 ≥10	218	21,2±36,2 106 (50,5) 104 (49,5)

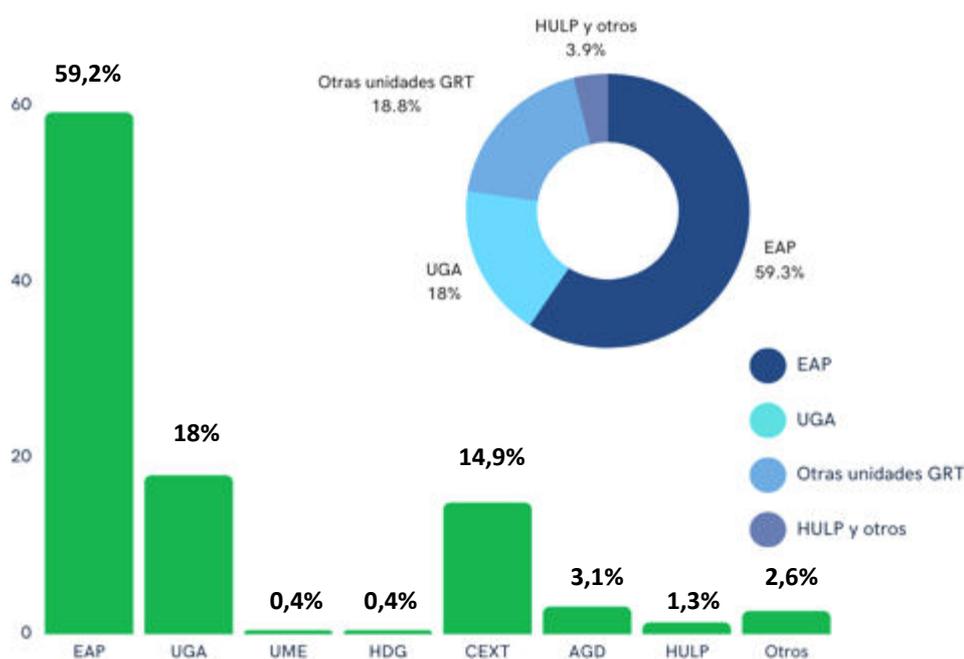
Las variables cuantitativas están expresadas en media ± DE. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). CONUT: Índice de Control Nutricional; VCM: Volumen Corpuscular Medio; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; PCR: Proteína C Reactiva

Se evaluaron los diferentes parámetros analíticos inicialmente como variables cuantitativas y posteriormente se categorizaron como variables cualitativas, basándonos en los parámetros de normalidad de nuestro laboratorio, en busca de una información de mayor relevancia clínica. De éstas últimas, solo el déficit de vitamina D y la trombopenia fueron significativas en el análisis univariante y multivariante posterior.

Variables Asistenciales.

La gran mayoría de los pacientes fueron derivados desde AP (59,2%). Un 33,7% procedían de alguno de los Niveles Asistenciales del Servicio de Geriátrica del HUCCR, destacando un 18% procedente de la UGA. Nueve pacientes fueron remitidos desde el HULP (planta o Urgencias hospitalarias). Los datos se pueden observar en la **Figura 52** y **Tabla 26**.

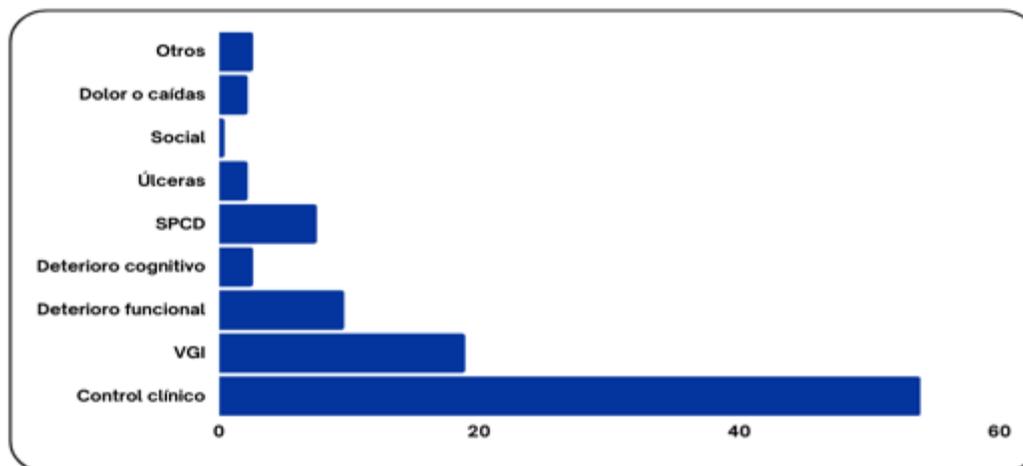
Figura 52: Procedencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



HULP: Hospital Universitario La Paz. GRT: Geriátrica. UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica. EAP: Equipo de Atención Primaria. UME: Unidad de Media Estancia. HDG: Hospital de Día de Geriátrica; CEX: Consulta Externa; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Los motivos de consulta a AGD (**Figura 53**), en su gran mayoría fueron control clínico domiciliario (53,9%) o VGI (18,9%). El deterioro funcional y cognitivo (con SPCD) como motivo principal de consulta, supusieron un 9,6% y un 10,1% respectivamente (**Tabla 26**).

Figura 53: Motivos de consulta de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; VGI: Valoración Geriátrica Integral

La demencia (28,5%) y los problemas osteoarticulares (20,2%), seguidos de las cardiopatías (11,4%) fueron los principales motivos de dependencia funcional (**Figura 54, Tabla 26**).

Figura 54: Motivos principales de dependencia funcional en los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

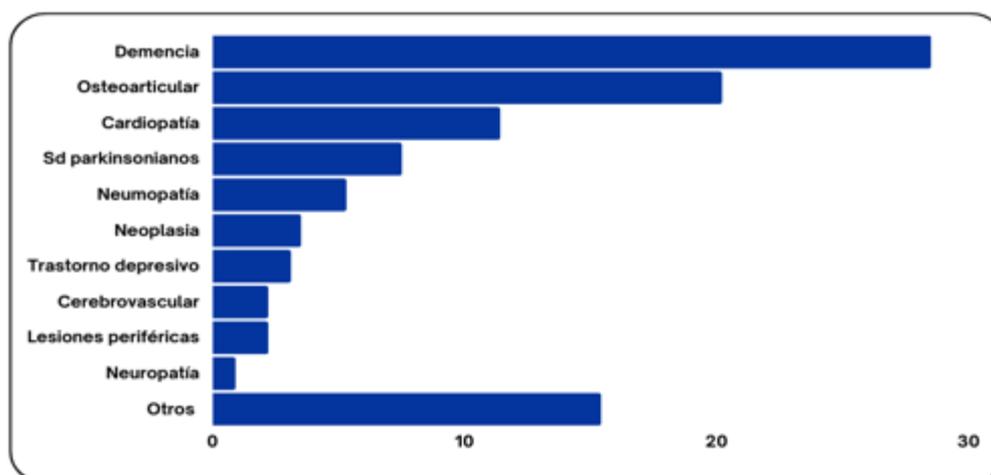


Tabla 26: Variables Asistenciales de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

N: 228	
PROCEDENCIA	
EAP	135 (59,2)
Unidades de Geriatria	117 (36,8)
UGA	41 (18,0)
UME	1 (0,4)
HDG	1 (0,4)
CEX	34 (14,9)
AGD	7 (3,1)
HULP y Otros	9 (3,9)
MOTIVO DE CONSULTA	
Control clínico	123 (53,9)
VGI	43 (18,9)
Deterioro funcional	22 (9,6)
Deterioro cognitivo	6 (2,6)
SPCD	17 (7,5)
Úlceras	5 (2,2)
Problema social	1 (0,4)
Dolor o caídas	5 (2,2)
Otros	6 (2,6)
MOTIVO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL	
Demencia	65 (28,5)
Osteoarticular	46 (20,2)
Cardiopatía	26 (11,4)
Neumopatía	12 (5,3)
Sd parkinsoniano	17 (7,5)
Cerebrovascular	5 (2,2)
Neoplasia	8 (3,5)
Neuropatía	2 (0,9)
Trastorno depresivo	7 (3,1)
Lesiones periféricas	5 (2,2)
Otros	35 (15,4)

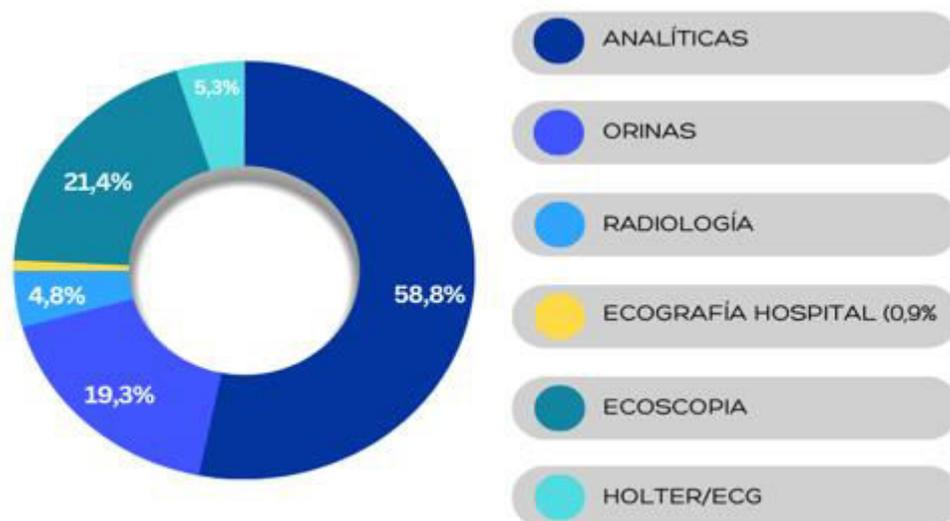
Las variables cuantitativas están expresadas en media \pm DE. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%).

EAP: Equipo de Atención Primaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatria; UME: Unidad de Media Estancia; HDG: Hospital de Día de Geriatria; CEX: Consulta Externa; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; Sd parkinsoniano: Síndrome parkinsoniano

La duración de la intervención por AGD fue de $16,8 \pm 17,8$ días (0-115). El tiempo de espera hasta la primera visita fue de $6,1 \pm 8$ (0/8) días (0-53) y un 9,5% (18 pacientes) habían sido valorados por AGD en los últimos 6 meses (tiempo medio de reingreso $9,7 \pm 30,7$). Hemos calculado un ahorro de $3,3 \pm 5,3$ días de estancia en UGA en los pacientes derivados desde esta Unidad. Se ha realizado deprescripción farmacológica en 149 pacientes (un 65,4% de la muestra).

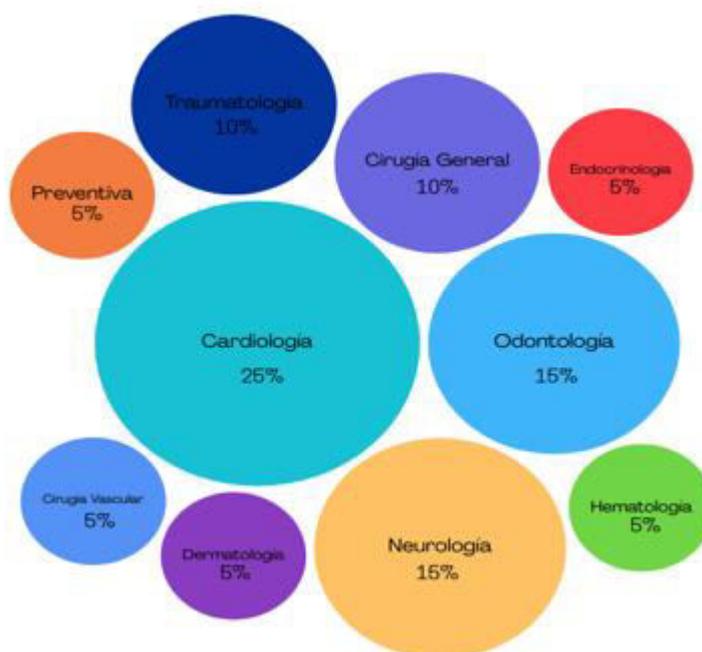
Se realizaron una media de $2,7 \pm 2,7$ visitas médicas y $2,6 \pm 2,7$ de Enfermería, con $1,3 \pm 1,6$ pruebas complementarias por paciente (a un 66,7% de ellos) (**Figura 55**). En 190 casos (83,3%) se detectó algún diagnóstico nuevo, o problema significativo no tratado o tratado de manera insuficiente o inadecuada, con una media de $2,3 \pm 1,9$ diagnósticos nuevos/paciente. Se llevaron a cabo en 20 pacientes (8,8%) alguna interconsulta a especialistas del HUCCR, ahorrando la derivación presencial al Centro, siendo Cardiología la especialidad más consultada (25%) (**Figura 56**). Todos los resultados relacionados con las variables asistenciales se registran en la **Tabla 27**.

Figura 55: Pruebas complementarias realizadas durante seguimiento por la Unidad Atención Geriátrica Domiciliaria



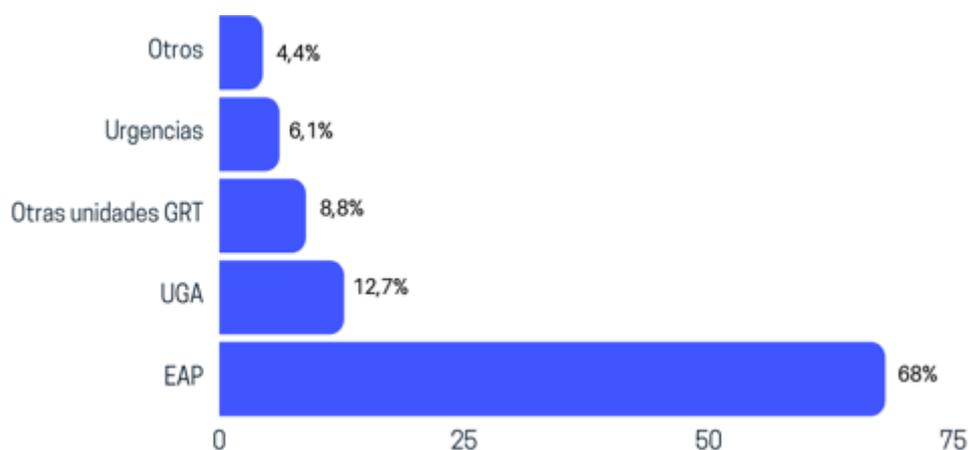
ECG: Electrocardiograma

Figura 56: Interconsultas a especialistas hospitalarios durante seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



Tras la intervención de AGD la mayoría de los pacientes son derivados a AP (68%); un 21,5% a alguno de los Niveles Asistenciales de Geriátrica (12,7% a la UGA) y 14 (6,1%) precisaron derivación a la Urgencia de su hospital de referencia (**Figura 57**).

Figura 57: Derivación tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria



GRT: Geriátrica; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; EAP: Equipo de Atención Primaria

Tabla 27: Variables Asistenciales II de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

N: 228	
Duración de la intervención (días)	16,8±17,8 Mediana 12 (4/25) Rango 0-115
Duración de la intervención (días) <4,25 4,25-11,9 12-24,9 ≥25	57 (25,0) 54 (23,7) 59 (25,9) 58 (25,4)
Tiempo de espera 1ª visita (días)	6,1±8
Reingreso AGD últimos 6 meses	18 (9,5)
Tiempo reingreso AGD últimos 6 meses (días)	9,7±30,7
Visitas médicas 0-1 2 3 o más	82 (36,0) 65 (28,5) 81 (35,5)
Visitas Enfermería 0-1 2 3 o más	83 (36,4) 75 (32,9) 70 (30,7)
Visitas médicas	2,7±2,7
Visitas Enfermería	2,6±2,7
Días ahorrados de UGA (estimación)	3,3±5,3 (rango 0-35)
Deprescripción farmacológica	149 (65,4)
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
Pruebas complementarias	152 (66,7)
Nº medio de Pruebas complementarias	1,3±1,6
Análítica	134 (58,8)
Orina	44 (19,3)
Radiología Hospitalaria	11 (4,8)
Ecografía Hospitalaria	2 (0,9)
Ecografía Portátil	49 (21,5)
Holter ECG	12 (5,3)
Diagnósticos nuevos	190 (83,3)
Media Diagnósticos nuevos ≤2 ≥3	2,3±1,9 (rango 0-10) 148 (64,9) 80 (35,1)
INTERCONSULTA A ESPECIALISTAS	
Interconsulta a especialistas	20 (8,8)
Cardiología	5 (25)
Odontología	3 (15)
Neurología	3 (15)
Cirugía	2 (10)
Dermatología	1 (5)
Endocrinología	1 (5)
Hematología	1 (5)
Traumatología	2 (10)
Preventiva	1 (5)
Cirugía Vascul	1 (5)

DERIVACIÓN TRAS INTERVENCIÓN AGD	
EAP	155 (68)
UGA	29 (12,7)
Otras unidades GRT	20 (8,8)
Urgencias	14 (6,1)
Otros	10 (4,4)

Las variables cuantitativas están expresadas en media \pm DE si se ajustan a la distribución normal, y mediana (p25/p75) en caso contrario. Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación Estándar; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatría; ECG: Electrocardiograma; EAP: Equipo de Atención Primaria; GRT: Geriatría;

VARIABLES DE RESULTADO.

Se analizaron las visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios en los 6 meses previos a la intervención de AGD (**Tabla 28**) para posteriormente evaluar las variables resultados de visitas a Urgencias, Ingresos Hospitalarios y mortalidad tras la intervención de la Unidad.

Tabla 28: Número de visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios previos a la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

N: 228	
VISITAS A URGENCIAS	
1 mes antes de la intervención por AGD	79 (34,6)
3 meses antes de la intervención por AGD	117 (51,3)
6 meses antes de la intervención de AGD	136 (59,6)
INGRESOS HOSPITALARIOS	
1 mes antes de la intervención de AGD	56 (24,6)
3 meses antes de la intervención de AGD	82 (36)
6 meses antes de la intervención de AGD	96 (42,1)

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). DE: Desviación estándar
AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

Tras la intervención de AGD, en cuanto a las visitas a Urgencias, en los 6 meses de seguimiento acudieron un 43,4 de la muestra (99 pacientes), siendo 45 (19,7%) los que lo hicieron en el primer mes, 24 (10,5%) en el tercero y 30 (13,2%) en el sexto.

Respecto a los Ingresos, fueron hospitalizados en este periodo un total de 92 pacientes (40,4%) (51 (22,4%) en el primer mes, 18 (7,9%) en el tercero y 23 (10,1%) en el sexto).

En relación a la mortalidad, en el periodo completo de seguimiento fallecieron 52 individuos (22,8% de la muestra), haciéndolo un 8,3% (19 pacientes) en el primer mes, 6,6% (15 pacientes) en el tercero y 7,9% (18 pacientes) en el sexto (**Tabla 29**).

Con estos datos, se objetiva un **descenso global del 16,2 %** (Delta sobre pre del 27,2%) **en las visitas a Urgencias** tras la intervención de la Unidad de AGD (14,9% en el primer mes, 6,2% en el tercero y -4,2% en el sexto) y **del 1,7% en los ingresos hospitalarios** (2,2% en el primer mes, 3,5% en el tercero y -4,0% en el sexto).

Tabla 29: Variable Resultado de Mortalidad

		N Válida	N: 228		
MORTALIDAD					
	N en cada momento	Éxitus	% sobre total (241)	% sobre seguimiento (228)	% sobre N del momento
Mortalidad pre-seguimiento	241	13	5,4	-	-
Éxitus 1 mes tras intervención AGD	228	19	7,9	8,3	8,3
Éxitus 3 meses tras intervención AGD	209	15	6,2	6,6	7,2
Éxitus 6 meses tras intervención AGD	194	18	7,5	7,9	9,3
Éxitus total	241	65	27,0	-	-
REINGRESO EN AGD					
Reingreso AGD 1 mes tras intervención AGD		228	21 (9,2)		
Reingreso AGD 3 meses tras intervención AGD		208	22 (10,6)		
Reingreso AGD 6 meses tras intervención AGD		191	19 (9,9)		

Las variables cualitativas se expresan en valor absoluto y porcentaje: n (%).

UGA: Unidad de Agudos de Geriátria; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

5.3.3.1.- Análisis de los factores asociados a Mortalidad.

Durante el seguimiento, tras 6 meses de finalizar la intervención de AGD, la mortalidad fue del 22,8% (52 pacientes). Las principales causas de muerte fueron la infección respiratoria (30,8%), la demencia avanzada (11,5%) y la insuficiencia cardiaca crónica-ICC (9,6%) (**Tabla 30**). Se analizó también el lugar de mortalidad, falleciendo el **65,3% (34 pacientes) en el hospital** (36,5% en HUCCR, habiendo sido derivados desde AGD un 28,8% (15 pacientes); y un 28,8% en otros hospitales) y un **26,9% en su domicilio** (con AGD un 7,7% (4) y sin AGD un 19,2% (10)). Solamente un 3,8% (2 pacientes) murieron en residencia, y en otros 2 no se ha encontrado el lugar de fallecimiento.

Tabla 30: Causas de Mortalidad

Causa de mortalidad	N: 52
Infección respiratoria	16 (30,8)
Infección del tracto urinario	2 (3,8)
Insuficiencia cardiaca	5 (9,6)
Demencia avanzada	6 (11,5)
Infección por COVID-19	3 (5,8)
Sepsis cutánea	3 (5,8)
Infección respiratoria + Insuficiencia cardiaca	5 (9,6)
Infección urinaria + Insuficiencia cardiaca	1 (1,9)
Otras	9 (17,3)
No consta	2 (3,8)

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%).

Se procedió al análisis de factores asociados a mortalidad, así como aquellos asociados al tiempo a la mortalidad

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD

En el análisis univariante se objetivó una relación estadísticamente significativa a mayor número de SG, mayor comorbilidad, cuanto más fragilidad (CFS 7-9), cuantos más fármacos al inicio del seguimiento, peor situación funcional al ingreso y al alta de AGD (medido con CRF y con el IB) y peor situación cognitiva (medido con CRM, tanto al ingreso como al alta). Con el número de fármacos al alta, la CFS, el IB, el CRM previo y el índice de CONUT, se objetivó una tendencia a la significancia estadística (probabilidad del 90%).

Respecto a los parámetros analíticos, a mayor desnutrición, medida por la albúmina y el índice de CONUT, peor FG, mayor hipoproteinemia e hipocolesterolemia, mayor riesgo de mortalidad. Se llevó a cabo un análisis con las variables analíticas categorizadas en cualitativas, objetivando únicamente en el análisis univariante una relación estadística y clínicamente significativas con la calcemia (23,1% de los fallecidos (12) tenían hipocalcemia, un 73,1% (38) normocalcemia y un 3,8% (2) hipercalcemia; $p < 0,013$), con los valores elevados de PCR (un 63,3% (31 pacientes) tenían un valor superior a 10; $p < 0,034$) y con la natremia (un 9,6% (5) tenían hiponatremia y un 7,7% (4) hipernatremia; $p < 0,032$).

También se asociaron a mortalidad la mayor duración de la intervención de AGD, el número de visitas Médicas y de Enfermería y el mayor número de diagnósticos nuevos realizados.

En el **análisis multivariante**, presentar una *peor situación funcional al alta, medida por el IB; peor estado nutricional, medido por el índice de CONUT, peor FG, haber recibido más visitas de Enfermería y haber realizado más número de diagnósticos nuevos*, fueron predictores independientes de mortalidad a los 6 meses (**Tabla 31**).

En este apartado al igual que en el resto de análisis de variables resultado, la fragilidad (CFS) se comporta como un factor de confusión con respecto a otras variables del análisis multivariante; así, cambia su reacción como factor de protección, debido probablemente a la fuerte relación con el resto de variables del modelo multivariante y la escasa proporción de pacientes no frágiles.

Tabla 31: Análisis de los factores asociados a Mortalidad

	N	Univariante		Multivariante	
		OR (IC95%)	Valor P	OR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	1,039 (0,984/1,096)	0,166	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,047 (0,522/2,100)	0,897	-	-
Convivencia			0,781		
Solo		-	0,998		
Cuidador	228	1.070 (0,405/2,823)	0,892	-	-
Cónyuge		1.445 (0,658/3,173)	0,359		
Familia		1	-		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	1,365 (0,590/3,160)	0,467	-	-
Charlson	228	1,158 (0,999/1,427)	0,052	-	0,461
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	1,354 (0,723/2,536)	0,343	-	-
CFS	228	1,563 (0,976/2,501)	0,063	0,349 (0,174/0,701)	0,003
CFS (<7 vs 7-9)	228	2,793 (1,120/6,967)	0,028	-	0,712
Nº Fármacos ING	228	1,069 (1,000/1,143)	0,049	-	0,461
Polifarmacia Ingreso			0,113		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	0,333 (0,070/1,598)	0,169	-	-
≥10 fármacos		0,817 (0,202/3,303)	0,779		
Nº Fármacos al alta	228	1,062 (0,990/1,140)	0,094	-	0,349
Polifarmacia al alta			0,615		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	0,786 (0,216/2,852)	0,714	-	-
≥10 fármacos		1,146 (0,355/3,698)	0,820		
CRF previo	228	1,225 (0,917/1,636)	0,170	-	-
CRF ingreso	228	1,689 (1,160/2,459)	0,006	-	0,137
CRF Alta	228	1,913 (1,297/2,821)	0,001	-	0,154
CRF Previo			0,001		
0-2	228	0,235 (0,073/0,753)	0,015	-	-
3		1,760 (0,964/3,583)	0,119		
4-5		1	-		
CRF Ingreso			0,052		
0-2	228	-	0,998	-	-
3		0,419 (0,208/0,845)	0,015		
4-5		1	-		
CRF Alta			0,015		
0-2	228	-	0,998	-	-
3		0,355 (0,176/0,716)	0,004		
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	0,991 (0,981/1,001)	0,083	-	0,237
Índice Barthel Ingreso	228	0,977 (0,965/0,990)	<0,001	1,108 (1,033/1,189)	0,004
Índice Barthel Alta	228	0,972 (0,959/0,985)	<0,001	0,861 (0,801/0,926)	<0,001
Índice Barthel previo			0,506		
≥40	228	1,090 (0,461/2,577)	0,845	-	-
39-21		1,824 (0,580/5,728)	0,304		
0-20		1	-		

RESULTADOS

Índice Barthel ingreso			0,007		
≥40	228	0,312 (0,150/0,649)	0,002	-	0,465
39-21		0,639 (0,282/1,448)	0,283		
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			<0,001		
≥40	228	0,218 (0,104/0,455)	<0,001	-	0,685
39-21		0,555 (0,237/1,303)	0,177		
0-20		1	-		
CRM previo	228	1,179 (0,970/1,434)	0,097	-	0,347
CRM ingreso	228	1,220 (0,999/1,491)	0,051	-	0,294
CRM alta	228	1,233 (1,010/1,505)	0,040	-	0,235
CRM previo			0,083		
0-1	228	0,641 (0,263/1,565)	0,329	-	0,631
2-3		1,403 (0,572/3,444)	0,460		
4-5		1	-		
CRM ingreso			0,099		
0-1	228	0,466 (0,207/1,049)	0,065	-	0,271
2-3		0,972 (0,455/2,074)	0,941		
4-5		1	-		
CRM alta			0,041		
0-1	228	0,422 (0,185/0,961)	0,040	-	0,531
2-3		1,052 (0,495/2,238)	0,894		
4-5		1	-		
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,417 (0,226/0,771)	0,005	-	0,745
Albúmina sérica (g/dl)			0,004		
<3	219	4,331 (1,827/10,270)	<0,001	-	0,414
3-3,49		1,713 (0,834/3,520)	0,143		
≥3,5		1	-		
CONUT	214	1,261 (1,108/1,436)	<0,001	1,259 (1,072/1,478)	0,005
CONUT			0,063		
Sin riesgo	214	1	-		
Malnutrición leve		2,148 (0,916/5,036)	0,079	-	0,503
Malnutrición moderada		3,130 (1,259/7,779)	0,014		
Malnutrición severa		4,833 (0,925/25,254)	0,062		
Proteínas	227	0,558 (0,338/0,922)	0,023	-	0,968
Hemoglobina	228	0,920 (0,795/1,065)	0,263	-	-
Hemoglobina (g/dl)			0,389		
<10	228	0,904 (0,340/2,403)	0,840	-	-
10-12		1,586 (0,780/3,224)	0,203		
≥12		1	-		
FG MDRD (ml/min)	227	0,975 (0,956/0,995)	0,015	0,971 (0,945/0,998)	0,035
FG MDRD (ml/min)			0,003		
<30	227	7,273 (1,683/31,427)	0,008	-	0,525
30-60		1,713 (0,483/6,076)	0,405		
>60		1	-		
Colesterol (mg/dl)	228	0,991 (0,983/0,999)	0,027	-	0,957
Procedencia			0,593		
EAP+ESAD	228	1	-	-	-
UGA		0,530 (0,205/1,371)	0,190		
Otras unidades de		1,062 (0,428/2,340)	0,880		

RESULTADOS

Geriatría HULP/Otros		0,883 (0,175/4,461)	0,880		
Motivo Consultas			0,623		
Control clínico	228	1	-		
VGI		0,382 (0,284/1,618)	0,382		
Otros		0,787 (0,378/1,641)	0,524		
Motivo Incapacidad			0,200		
Demencia	228	1	-		
Osteoarticular		0,507 (0,191/1,345)	0,172		
Cardiopatía		0,847 (0,291/2,462)	0,760		
Neumopatía		5,647 (1,506/21,173)	0,010		
Sd parkinsoniano		0,176 (0,022/1,433)	0,105		
Cerebrovascular		-	0,999	-	-
Neoplasia		2,824 (0,635/12,556)	0,173		
Neuropatía		-	0,999		
Trastorno depresivo		0,471 (0,053/4,197)	0,500		
Lesiones periféricas		4,235 (0,651/27,556)	0,131		
Otros		0,471 (0,157/1,409)	0,178		
Estancia (días)	228	1,019 (1,003/1,036)	0,020	-	0,111
Estancia (días)			0,385		
<4.25	228	1	-		
4.25-11.9		1,068 (0,406/2,813)	0,894	-	-
12-24.9		1,602 (0,652/3,939)	0,304		
≥25		1,949 (0,803/4,728)	0,140		
Visitas médicas	228	1,254 (1,112/1,414)	<0,001	-	0,834
Visitas médicas			0,075		
0-1	228	1	-		
2		1,457 (0,631/3,365)	0,378	-	0,660
3 o más		2,370 (1,111/5,053)	0,026		
Visitas Enfermería	228	1,244 (1,098/1,410)	<0,001	1,200 (1,033/1,394)	0,017
Visitas Enfermería			0,025		
0-1	228	1	-		
2		0,951 (0,419/2,155)	0,903	-	0,434
3 o más		2,365 (1,122/4,986)	0,024		
Nº de Dx nuevos	228	1,303 (1,107/1,534)	0,001	1,276 (1,037/1,569)	0,021
Urgencias previas 6 meses	228	1,108 (0,587/2,089)	0,752	-	-
Ingresos previos 6 meses	228	1,238 (0,664/2,307)	0,501	-	-

OR: Odds Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriatría; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO A MORTALIDAD

En cuanto a los factores asociados al tiempo a mortalidad, se objetiva que el tiempo hasta el éxitus desde la finalización de la intervención de AGD, en meses, fue de 5,13 (4,89/5,38). En la **Figura 62** se describe la probabilidad de mortalidad con el paso del tiempo.

En el análisis univariante de regresión de COX se objetivó una relación estadísticamente significativa a mayor número de SG, a mayor comorbilidad y fragilidad, cuantos más fármacos al ingreso en AGD, objetivando una tendencia significativa a mayor número de fármacos al alta. También, a peor situación física al ingreso y al alta de la Unidad (medida por CRF y por el IB) y a peor situación cognitiva al inicio y al finalizar la intervención.

Análiticamente, a mayor desnutrición, medida por albúmina y por el índice de CONUT, peor FG y mayor hipoproteïnemia e hipocolesterolemia, mayor riesgo de una mortalidad más temprana. También una estancia más prolongada, más visitas Médicas y de Enfermería y más diagnósticos nuevos realizados se asociaron a un mayor riesgo.

En el **análisis multivariante** una *peor situación funcional y cognitiva tras la intervención de la Unidad, peor FG, más visitas Médicas y mayor número de diagnósticos nuevos* fueron predictores independientes de tiempo a mortalidad a los 6 meses (**Tabla 32**).

Tabla 32: Análisis de los factores asociados al tiempo a Mortalidad

	N	Univariante		Multivariante	
		HR (IC95%)	Valor P	HR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	1,035 (0,987/1,086)	0,158	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,042 (0,564/1,923)	0,896	-	-
Convivencia			0,707		
Solo		-	0,963		
Cuidador	228	1,070 (0,445/2,571)	0,880	-	-
Cónyuge		1,447 (0,709/2,951)	0,310		
Familia		1	-		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	1,270 (0,598/2,697)	0,534	-	-
Charlson	228	1,134 (1,005/1,280)	0,042		0,705
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	1,307 (0,756/2,260)	0,337	-	-
CFS	228	1,482 (0,988/2,223)	0,057	0,467 (0,280/0,781)	0,004
CFS (<7 vs 7-9)	228	2,573 (1,099/6,026)	0,029	-	0,522
Nº Fármacos ING Polifarmacia al ingreso	228	1,057 (0,999/1,118)	0,053	-	0,982
No	228	1	-	-	-
5-9 fármacos		0,365 (0,094/1,411)	0,144		
≥10 fármacos		0,789 (0,245/2,548)	0,692		
Nº Fármacos al alta Polifarmacia al alta	228	1,052 (0,989/1,119)	0,109	-	-
	228		0,648	-	-

RESULTADOS

No		1	-		
5-9 fármacos		0,746 (0,238/2,344)	0,616		
≥10 fármacos		1,026 (0,366/2,879)	0,961		
CRF previo	228	1,187 (0,929/1,518)	0,171	-	-
CRF ingreso	228	1,550 (1,131/2,124)	0,006	-	0,560
CRF Alta	228	1,733 (1,255/2,393)	0,001	-	0,373
CRF Previo			0,002		
0-2	228	0,253 (0,084/0,764)	0,015	-	0,369
3		1,539 (0,836/2,834)	0,166		
4-5		1	-		
CRF Ingreso			0,050		
0-2	228	-	0,967	-	0,390
3		0,456 (0,244/0,865)	0,014		
4-5		1	-		
CRF Alta			0,016		
0-2	228	-	0,967	-	0,279
3		0,397 (0,212/0,744)	0,004		
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	0,992 (0,984/1,001)	0,084	-	0,253
Índice Barthel Ingreso	228	0,981 (0,971/0,992)	0,001	1,108 (1,057/1,162)	<0,001
Índice Barthel Alta	228	0,976 (0,966/0,987)	<0,001	0,860 (0,817/0,904)	<0,001
Índice Barthel previo			0,407		
≥40	228	1,082 (0,503/2,328)	0,840	-	-
39-21		1,775 (0,666/4,731)	0,251		
0-20		1	-		
Índice Barthel ingreso			0,009		
≥40	228	0,372 (0,198/0,701)	0,002	-	0,817
39-21		0,725 (0,365/1,440)	0,358		
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			<0,001		
≥40	228	0,271 (0,154/0,508)	<0,001	-	0,910
39-21		0,612 (0,304/1,229)	0,612		
0-20		1	-		
CRM previo	228	1,151 (0,974/1,361)	0,101	-	-
CRM ingreso	228	1,186 (0,998/1,410)	0,053	-	0,495
CRM alta	228	1,198 (1,009/1,424)	0,040	-	0,335
CRM previo			0,198		
0-1	228	0,668 (0,304/1,467)	0,315	-	-
2-3		1,289 (0,597/2,787)	0,518		
4-5		1	-		
CRM ingreso			0,111		
0-1	228	0,514 (0,251/1,052)	0,069	-	-
2-3		0,956 (0,516/1,870)	0,956		
4-5		1	-		
CRM alta			0,048	1	0,047
0-1	228	0,468 (0,225/0,973)	0,042	2,256	-
2-3		1,051 (0,555/1,990)	0,878	(0,875/8,815)	0,092
4-5		1	-	2,551 (1,212/5,368)	0,014
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,476 (0,288/0,787)	0,004	-	0,202
Albúmina sérica (g/dl)	219		0,002	-	0,106
<3			<0,001		

RESULTADOS

3-3,49 ≥3,5		3,426 (1,730/6,787) 1,633 (0,864/3,086) 1	0,131 -		
CONUT	214	1,197 (1,085/1,321)	<0,001	-	0,161
CONUT Sin riesgo Malnutrición leve Malnutrición moderada Malnutrición severa	214	1 1,960 (0,902/4,257) 2,724 (1,214/6,111) 3,568 (0,966/13,183)	0,073 - 0,089 0,015 0,056	-	0,167
Proteínas	227	0,603 (0,392/0,928)	0,021	-	0,297
Hemoglobina	228	0,927 (0,817/1,051)	0,235	-	-
Hemoglobina (g/dl) <10 10-12 ≥12	228	0,944 (0,393/2,269) 1,467 (0,800/2,691) 1	0,422 0,898 0,216 -	-	-
FG MDRD (ml/min)	227	0,976 (0,960/0,993)	0,007	0,969 (0,950/0,988)	0,002
FG MDRD (ml/min) <30 30-60 >60	227	5,577 (1,572/19,783) 1,622 (0,500/5,353) 1	<0,001 0,008 0,420 -	-	0,689
Colesterol (mg/dl)	228	0,993 (0,986/0,999)	0,039	-	0,259
Procedencia EAP+ESAD UGA Otras unidades HULP/Otros	228	1 0,579 (0,243/1,382) 1,106 (0,559/2,189) 0,905 (0,217/3,770)	0,612 - 0,218 0,772 0,891	-	-
Motivo Consultas Control clínico VGI Otros	228	1 0,735 (0,338/1,600) 0,807 (0,422/1,542)	0,662 - 0,438 0,516	-	-
Motivo Incapacidad Demencia Osteoarticular Cardiopatía Neumopatía Sd parkinsoniano Cerebrovascular Neoplasia Neuropatía Trastorno depresivo Lesiones periféricas Otros	228	1 0,531 (0,220/1,282) 0,886 (0,349/2,248) 3,644 (1,566/8,480) 0,197 (0,026/1,483) - 2,050 (0,689/6,097) - 0,510 (0,068/3,834) 2,713 (0,794/9,268) 0,513 (0,189/1,391)	0,174 - 0,159 0,799 0,003 0,115 0,972 0,197 0,982 0,513 0,111 0,190	-	-
Estancia (días)	228	1,015 (1,003/1,027)	0,011	0,972 (0,949/0,996)	0,022
Estancia (días) <4.25 4.25-11.9 12-24.9 ≥25	228	1 1,078 (0,449/2,590) 1,499 (0,673/3,336) 1,885 (0,863/4,118)	0,335 - 0,867 0,322 0,112	-	-
Visitas médicas	228	1,170 (1,100/1,245)	<0,001	1,309 (1,137/1,508)	<0,001
Visitas médicas 0-1 2	228	1 1,389 (0,653/2,954)	0,049 - 0,394	-	0,630

3 o más		2,249 (1,151/4,397)	0,018		
Visitas Enfermería	228	1,148 (1,081/1,218)	<0,001	-	0,540
Visitas Enfermería			0,014		
0-1	228	1	-	-	0,557
2		0,958 (0,456/2,013)	0,910		
3 o más		2,213 (1,160/4,219)	0,016		
Nº de Dx nuevos	228	1,252 (1,103/1,421)	0,001	1,268 (1,087/1,479)	0,002
Urgencias previas 6 meses	228	1,110 (0,635/1,941)	0,713	-	-
Ingresos previos 6 meses	228	1,222 (0,708/2,108)	0,471	-	-

HZ: Hazard Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátría; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico. El multivariante, al entrar en el modelo la variable albúmina, se realiza con 219 pacientes

Se realiza un análisis de Kaplan-Meier (K-M) general, y posteriormente con los grupos de las variables cualitativas de los cortes de CFS en 7, IB al ingreso y al alta en 3 grupos, también con CRM, FG y número de visitas Médicas, variables entran como cuantitativas y estadísticamente significativas en el multivariante de Cox. Se realiza análisis de Kaplan-Meier y sus gráficos de supervivencia (**Tabla 33, Figuras 58, 59, 60, 61 62 y 63**) con los siguientes resultados:

Tabla 33: Datos estadísticos Kaplan Meier para tiempo a Mortalidad en el seguimiento

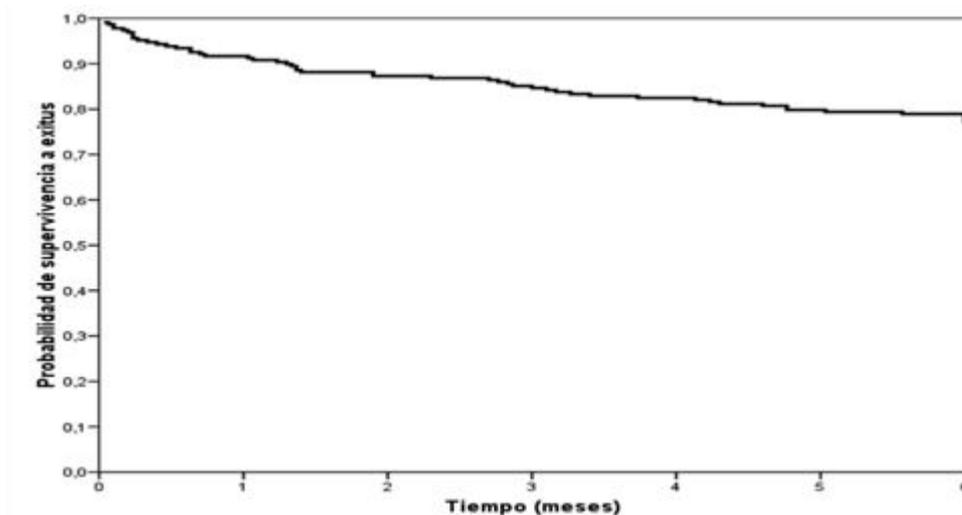
	N	Eventos N(%)	Mediana (IC95%)	Media (IC95%)	Valor P
Total	228	52 (22,8)	NA	5,13 (4,89/5,38)	
CFS					
<7	53	6 (11,3)	NA	5,67 (5,33/6,00)	0,024
7-9	175	46 (26,3)	NA	4,97 (4,68/5,27)	
IB al ingreso					
<40	116	17 (14,7)	NA	5,44 (5,15/5,72)	0,006
39-21	50	13 (26,0)	NA	4,89 (4,31/5,47)	
>20	62	22 (35,5)	NA	4,76 (4,24/5,29)	
IB al alta					
<40	129	17 (13,2)	NA	5,47 (5,20/5,74)	<0,001
39-21	43	12 (27,9)	NA	5,02 (4,47/5,56)	
>20	56	23 (41,1)	NA	4,45 (3,84/5,06)	
CRM al alta					
0-1	92	13 (14,1)	NA	5,44 (5,14/5,75)	0,040
2-3	79	23 (29,1)	NA	4,86 (4,41/5,32)	
4-5	57	16 (28,1)	NA	5,01 (4,47/5,56)	
Filtrado glomerular					
>60	23	12 (52,2)	5,03	3,59 (2,55/4,63)	<0,001

RESULTADOS

30-60	181	37 (20,4)	NA	5,28 (5,03/5,53)	
<30	23	3 (13,0)	NA	5,47 (4,90/6,04)	
Número de visitas médicas					
0-1	82	13 (15,9)	NA	5,49 (5,17/5,81)	0,042
2	65	14 (21,5)	NA	5,32 (4,94/5,70)	
3 o más	81	25 (30,9)	NA	4,63 (4,12/5,13)	
Estancia					
<4.25	57	10 (17,5)	NA	5,41 (5,00/5,82)	0,323
4.25-11.9	54	10 (18,5)	NA	5,27 (4,79/5,76)	
12-24.9	59	15 (25,4)	NA	5,16 (4,71/5,61)	
≥25	58	17 (29,3)	NA	4,71 (4,11/5,31)	
Número de Diagnósticos nuevos					
0-2	148	27 (18,2)	NA	5,35 (5,09/5,62)	0,020
Más de 2	80	25 (31,2)	NA	4,73 (4,25/5,21)	

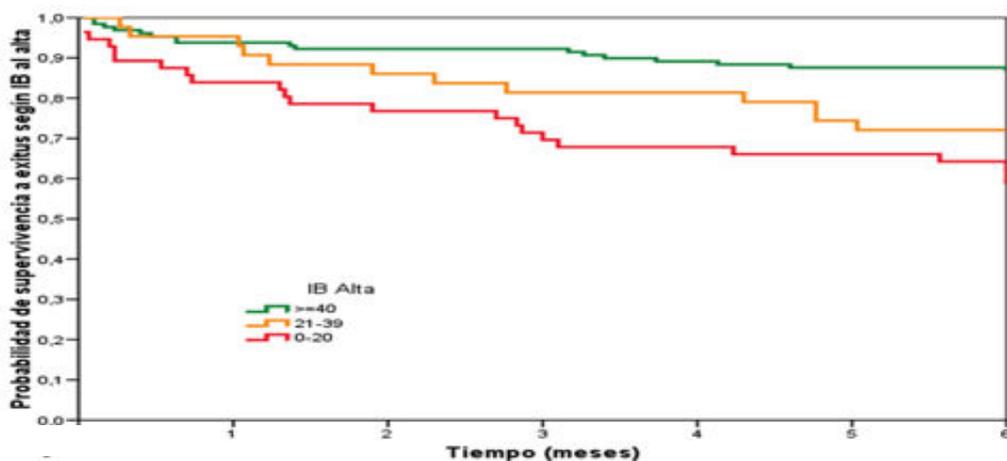
NA=No alcanzada; CFS: Clinical Frailty Scale; IB: Índice de Barthel; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja.

Figura 58: Supervivencia a Éxito total



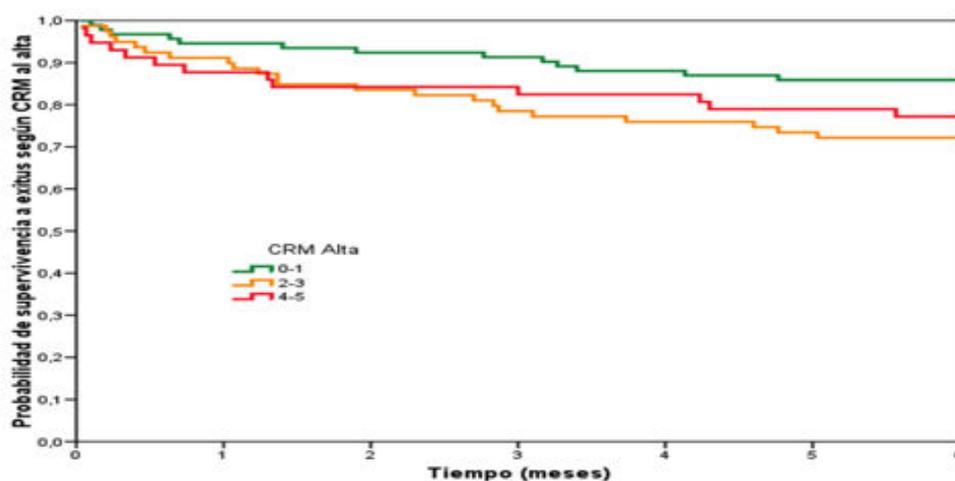
Pacientes en riesgo: 228	209	199	194	188	182	180
Probabilidad supervivencia: 1	0,92	0,87	0,85	0,83	0,80	0,77

Figura 59: Supervivencia a Éxito según el Índice de Barthel al alta



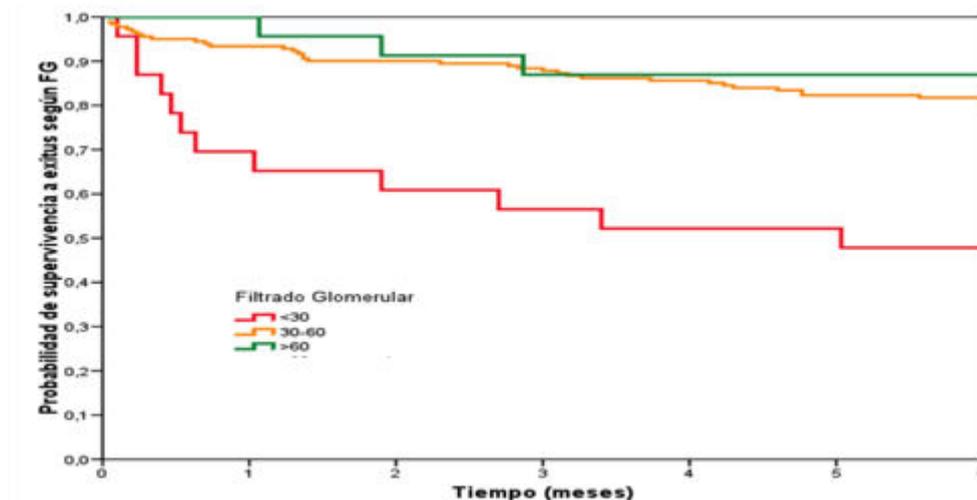
Paciente en riesgo							
≥40: 116	110	107	106	102	100	100	
21-39: 50	44	36	41	40	38	37	
0-20: 62	55	51	48	46	44	43	
Probabilidad supervivencia:							
≥40: 1	0,95	0,92	0,91	0,88	0,86	0,85	
21-39: 1	0,88	0,82	0,80	0,80	0,76	0,74	
0-20: 1	0,89	0,82	0,77	0,74	0,71	0,65	

Figura 60: Supervivencia al Éxito según la escala de CRM al alta



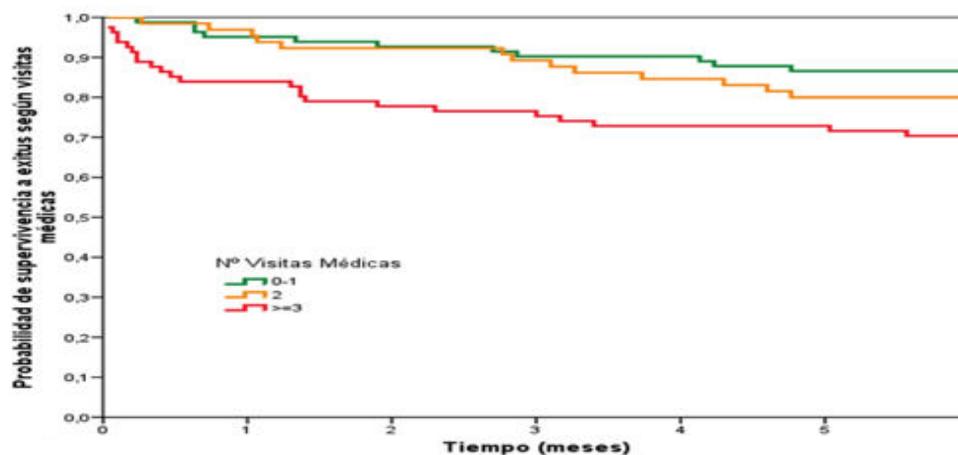
Paciente en riesgo							
0-1: 92	87	85	84	81	79	79	
2-3: 79	72	66	62	59	58	57	
4-5: 57	59	48	48	47	45	44	
Probabilidad supervivencia:							
0-1: 1	0,95	0,92	0,91	0,88	0,86	0,86	
2-3: 1	0,91	0,84	0,79	0,76	0,73	0,71	
4-5: 1	0,88	0,84	0,84	0,83	0,79	0,72	

Figura 61: Supervivencia a Éxitus según el Filtrado Glomerular



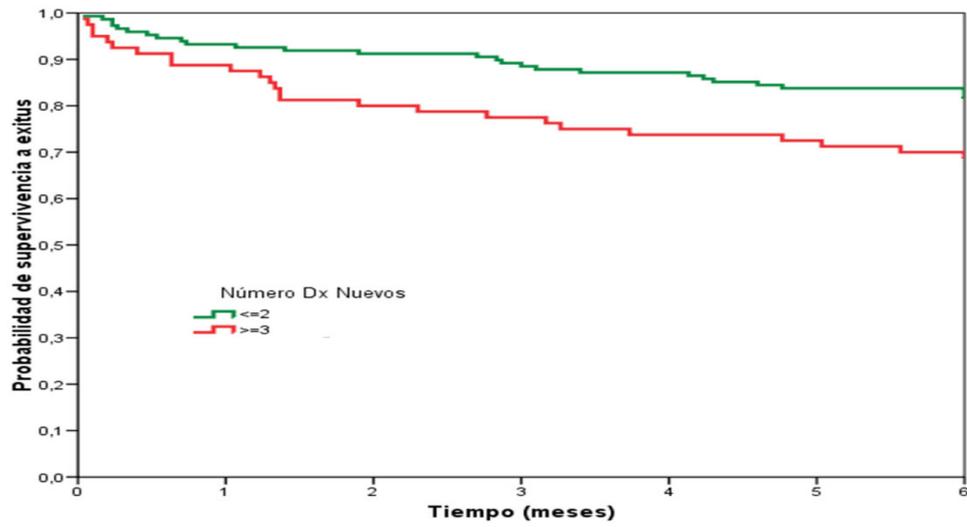
Paciente en riesgo						
<30: 23	16	14	13	12	12	11
30-60: 181	169	163	160	155	149	148
>60: 23	23	21	20	20	20	20
Probabilidad supervivencia:						
<30: 1	0,70	0,61	0,57	0,52	0,52	0,48
30-60: 1	0,93	0,90	0,88	0,86	0,82	0,80
>60: 1	1	0,91	0,87	0,87	0,87	0,87

Figura 62: Supervivencia a Éxitus por número de visitas médicas



Paciente en riesgo						
0-1: 82	78	76	74	74	71	71
2: 65	63	60	58	55	52	52
≥3: 81	68	63	62	59	59	57
Probabilidad supervivencia:						
0-1: 1	0,95	0,93	0,90	0,90	0,87	0,84
2: 1	0,97	0,82	0,89	0,85	0,80	0,79
≥3: 1	0,84	0,78	0,77	0,73	0,73	0,69

Figura 63: Supervivencia a Éxito según el número de diagnósticos nuevos



Paciente en riesgo						
<3: 148	138	135	132	129	124	124
≥3: 80	71	64	62	59	58	56
Probabilidad supervivencia:						
<3: 148	0,93	0,91	0,89	0,87	0,84	0,82
≥3: 80	0,89	0,80	0,78	0,74	0,73	0,69

5.3.3.2.- Análisis de los factores asociados a visitas al Servicio de Urgencias.

Durante el periodo de seguimiento tras la intervención de AGD, un total de 99 pacientes (43,4%) acudieron al menos una vez al Servicio de Urgencias. Los motivos de derivación a este servicio, en la primera visita, se muestran en la **Tabla 34**. En su gran mayoría fueron pacientes con disnea (26,3%), caídas o traumatismos craneoencefálicos (13,1%), problemas digestivos (11,1%) u otros problemas inespecíficos y variados (32,3%).

A continuación se exponen los resultados de los factores asociados a acudir al menos en una ocasión a Urgencias y, los relacionados con el tiempo a ir a Urgencias.

Tabla 34: Motivo de derivación en la primera visita al Servicio de Urgencias

Causa de primera visita a Urgencias	N: 99
Disnea	26 (26,3)
Problemas digestivos	11 (11,1)
Problemas neurológicos	2 (0,9)
Caídas / Traumatismo craneoencefálico	13 (13,1)
Dolor	6 (6,1)
Trastornos Psicoconductuales	6 (6,1)
Lesiones cutáneas	3 (3)
Otros	32 (32,3)
Mal estado general	11 (34,4)
Bajo nivel de conciencia	3 (9,4)
Disminución ingestas	3 (9,4)
Fiebre	7 (21,9)
Hematuria	2 (6,25)
Hiper glucemia	1 (3,1)
Ojo rojo	1 (3,1)
Hematoma	1 (3,1)
Crisis hipertensiva	1 (3,1)

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%).

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A VISITAS AL SERVICIO DE URGENCIAS (AL MENOS UNA EN SEIS MESES)

En el análisis univariante se objetivó una relación estadísticamente significativa entre el número de SG, el número de fármacos al alta, una mejor situación funcional (medida con CRF y el IB previo, al ingreso y al alta) una mejor situación cognitiva previa a la valoración de AGD, y la desnutrición, medida a través de la albúmina y el índice de CONUT y el riesgo de acudir al menos en una ocasión a Urgencias.

El hecho de haber tenido más visitas a Urgencias e Ingresos Hospitalarios previo al inicio de la intervención de AGD, también se asociaron a un mayor riesgo.

El análisis de los parámetros analíticos como variables cualitativas, no obtuvieron significancia clínica ni estadística en los análisis univariante y multivariante. Se objetivó una tendencia estadísticamente significativa con la comorbilidad y con la hipoproteinemia.

En el **análisis multivariante**, presentar *más SG, mejor situación funcional previa y mayor desnutrición, medida por el índice de CONUT* fueron predictores independientes de presentar al menos una visita a Urgencias tras la intervención de AGD (**Tabla 35**).

Tabla 35: Análisis de los factores asociados a visitas al Servicio de Urgencias durante el seguimiento (al menos 1 en 6 meses)

	N	Univariante		Multivariante	
		OR (IC95%)	Valor P	OR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	0,991 (0,949/1,035)	0,689	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,354 (0,748/2,452)	0,317	-	-
Convivencia			0,424		
Solo		1,684 (0,631/4,492)	0,298		
Cuidador	228	1,845 (0,813/4,188)	0,143	-	-
Cónyuge		1,184 (0,598/2,346)	0,628		
Familia		1	-		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	2,005 (0,987/4,086)	0,056	2,584 (1,186/5,528)	0,017
Charlson	228	1,070 (0,939/1,220)	0,310	-	-
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	1,667 (0,972/2,857)	0,063	-	0,105
CFS	228	0,644 (0,450/0,922)	0,016	-	0,052
CFS (<7 vs 7-9)	228	0,673 (0,363/1,248)	0,209	-	-
Nº Fármacos ING	228	1,039 (0,981/1,100)	0,192	-	-
Nº Fármacos al alta	228	1,077 (1,012/1,146)	0,019	-	0,107
Polifarmacia al ingreso			0,059		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	0,291 (0,073/1,164)	0,081	-	0,274
≥10 fármacos		0,589 (0,160/2,167)	0,426		
Polifarmacia al alta			0,043		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	1,300 (0,406/4,158)	0,658	-	0,238
≥10 fármacos		2,532 (0,860/7,454)	0,092		
CRF previo	228	0,668 (0,519/0,860)	0,002	0,647 (0,495/0,847)	0,001
CRF ingreso	228	0,720 (0,535/0,969)	0,030	-	0,388
CRF Alta	228	0,724 (0,535/0,978)	0,035	-	0,459
CRF Previo			0,001		
0-2	228	3,874 (1,854/8,096)	<0,001	-	0,550
3		2,218 (1,134/4,339)	0,020		
4-5		1	-		
CRF Ingreso	228		0,136	-	-
0-2		1,317 (0,486/3,567)	0,588		

RESULTADOS

3		1,769 (1,010/3,099)	0,046		
4-5		1	-		
CRF Alta			0,091		
0-2	228	1,555 (0,587/4,118)	0,375	-	0,382
3		1,848 (1,058/3,226)	0,031		
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	1,014 (1,005/1,024)	0,004	-	0,376
Índice Barthel Ingreso	228	1,011 (1,001/1,021)	0,027	-	0,239
Índice Barthel Alta	228	1,010 (1,000/1,020)	0,040	-	0,396
Índice Barthel previo			0,027		
≥40	228	2,762 (1,264/6,033)	0,011	-	0,685
39-21		1,631 (0,550/4,842)	0,378		
0-20		1	-		
Índice Barthel ingreso			0,008		
≥40	228	2,411 (1,264/4,598)	0,008	-	0,758
39-21		1,082 (0,490/2,386)	0,846		
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			0,037		
≥40	228	2,330 (1,197/4,535)	0,013	-	0,187
39-21		1,500 (0,650/3,459)	0,342		
0-20		1	-		
CRM previo	228	0,836 (0,705/0,992)	0,041	-	0,671
CRM ingreso	228	0,870 (0,735/1,031)	0,107	-	-
CRM alta	228	0,887 (0,750/1,049)	0,162	-	-
CRM previo			0,019		
0-1	228	3,328 (1,404/7,885)	0,006	-	0,185
2-3		3,253 (1,315/8,050)	0,011		
4-5		1	-		
CRM ingreso			0,330		
0-1	228	1,657 (0,838/3,278)	0,147	-	-
2-3		1,514 (0,752/3,048)	0,246		
4-5		1	-		
CRM alta			0,341		
0-1	228	1,554 (0,786/3,071)	0,205	-	-
2-3		1,630 (0,809/3,285)	0,172		
4-5		1	-		
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,583 (0,346/0,982)	0,043	-	0,771
Albúmina sérica (g/dl)			0,071		
≥3.5	219	2,229 (0,989/5,023)	0,053	-	0,858
3-3.49		1,705 (0,937/3,101)	0,081		
<3		1	-		
CONUT	214	1,118 (0,998/1,252)	0,054	1,128 (1,002/1,269)	0,046
CONUT			0,258		
Sin riesgo	214	1	-		
Malnutrición leve		1,126 (0,591/2,146)	0,719	-	-
Malnutrición moderada		1,270 (0,611/2,640)	0,522		
Malnutrición severa		8,889 (1,012/78,051)	0,049		
Proteínas	227	0,700 (0,462/1,061)	0,093	-	0,299
Hemoglobina	228	0,971 (0,856/1,102)	0,649	-	-
Hemoglobina (g/dl)			0,509		
<10	228	1	-	-	-
10-12		1,583 (0,645/3,888)	0,316		
≥12		1,145 (0,517/2,536)	0,739		
FG MDRD (ml/min)	227	1,002 (0,985/1,020)	0,791	-	-

RESULTADOS

FG MDRD (ml/min)			0,837		
>60		1	-		
30-60	227	1,178 (0,485/2,862)	0,718	-	-
<30		1,426 (0,442/4,598)	0,552		
Colesterol (mg/dl)	228	0,999 (0,993/1,004)	0,626	-	-
Procedencia:			0,377		
EAP+ESAD		1	-		
UGA	228	1,312 (0,652/2,644)	0,447	-	-
Otras unidades		0,603 (0,293/1,243)	0,171		
HULP/Otros		1,000 (0,257/3,888)	0,999		
Motivo Consultas			0,615		
Control clínico		1	-		
VGI	228	1,394 (0,694/2,800)	0,351		
Otros		1,202 (0,649/2,226)	0,558		
Motivo Incapacidad			0,495		
Demencia		1	-		
Osteoarticular		1,174 (0,538/2,562)	0,687		
Cardiopatía		2,130 (0,846/5,365)	0,108		
Neuropatía		3,652 (0,992/13,447)	0,051		
Sd parkinsoniano		0,996 (0,326/3,044)	0,994		
Cerebrovascular	228	0,457 (0,048/4,329)	0,494	-	-
Neoplasia		1,826 (0,417/7,992)	0,424		
Neuropatía		-	0,999		
Trastorno depresivo		2,435 (0,501/11,832)	0,270		
Lesiones periféricas		1,217 (0,190/7,820)	0,836		
Otros		2,168 (0,939/5,009)	0,070		
Estancia (días)	228	0,995 (0,981/1,011)	0,553	-	-
Estancia (días)			0,997		
<4.25		1	-		
4.25-11.9	228	1,024 (0,484/2,167)	0,951	-	-
12-24.9		0,941 (0,451/1,963)	0,872		
≥25		0,970 (0,464/2,027)	0,935		
Visitas médicas	228	0,920 (0,824/1,027)	0,138	-	-
Visitas Enfermería	228	0,942 (0,846/1,049)	0,275	-	-
Nº de Dx nuevos	228	1,017 (0,883/1,171)	0,815	-	-
Urgencias previas 6 meses	228	1,968 (1,138/3,402)	0,015	-	0,115
Ingresos previos 6 meses	228	1,710 (1,004/2,913)	0,048	-	0,387

OR: Odds Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico. El multivariante, al entrar en el modelo la variable CONUT, se realiza con 214 pacientes

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO A LA PRIMERA VISITA AL SERVICIO DE URGENCIAS

En cuanto a los factores asociados al tiempo a Urgencias, se objetivó que el tiempo hasta una visita a Urgencias desde la finalización de la intervención de AGD, en meses, fue de 4,21 (3,90/4,52). En la **Figura 64** se describe la probabilidad de visitas a Urgencias con el paso del tiempo.

En el análisis univariante de regresión de COX se objetivó una relación estadísticamente significativa entre el número de SG, la comorbilidad, el número de fármacos al alta, una mejor situación funcional (medida con CRF previo, al ingreso y al alta, y por el IB previo y con tendencia estadística, al ingreso y al alta). Igualmente se objetivó tendencia estadística ante mejor situación cognitiva previa a la valoración de AGD y el riesgo de acudir antes a Urgencias en los siguientes 6 meses tras finalizar el seguimiento domiciliario.

El paciente con mayor desnutrición, medido por la albúmina y el índice de CONUT, y el hecho de haber tenido más visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios previo al inicio de la intervención de AGD, se asociaron a acudir antes a la Urgencia de su hospital de referencia. Se objetivó una tendencia estadística con la hipoproteïnemia.

En el **análisis multivariante**, presentar *más SG, mejor situación funcional previa, mejor situación cognitiva y mayor desnutrición, medida por el índice de CONUT*, fueron predictores independientes de acudir de manera precoz a Urgencias tras la intervención de AGD (**Tabla 36**).

Tabla 36: Análisis de los factores asociados al tiempo a una visita al Servicio de Urgencias

	N	Univariante		Multivariante	
		HR (IC95%)	Valor P	HR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	0,994 (0,962/1,027)	0,715	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,204 (0,760/1,907)	0,429	-	-
Convivencia			0,576		
Solo		1,344 (0,652/2,769)	0,422		
Cuidador	228	1,472 (0,801/2,702)	0,213	-	-
Cónyuge		1,114 (0,652/1,905)	0,693		
Familia		1	1		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	1,798 (1,003/3,223)	0,049	2,159 (1,165/4,004)	0,015
Charlson	228	1,059 (0,966/1,161)	0,224	-	-
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	1,519 (1,022/2,257)	0,039	-	0,172
CFS	228	0,809 (0,652/1,004)	0,055		
CFS (<7 vs 7-9)	228	0,865 (0,556/1,347)	0,521	-	-
Nº Fármacos ING	228	1,031 (0,989/1,074)	0,153	-	-
Nº Fármacos al alta	228	1,059 (1,013/1,108)	0,011	-	0,187

RESULTADOS

Polifarmacia al ingreso					
No		1	-		
5-9 fármacos	228	0,421 (0,166/1,068)	0,069	-	0,377
≥10 fármacos		0,709 (0,309/1,328)	0,417		
Polifarmacia al alta			0,066		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	1,283 (0,482/3,420)	0,618	-	0,771
≥10 fármacos		2,069 (0,836/5,119)	0,116		
CRF previo	228	0,788 (0,670/0,926)	0,004	0,801	0,028
				(0,658/0,977)	
CRF ingreso	228	0,818 (0,672/0,996)	0,045	-	0,427
CRF Alta	228	0,823 (0,673/1,007)	0,058	-	0,432
CRF Previo			0,004		
0-2	228	2,615 (1,488/4,596)	0,001	-	641
3		1,880 (1,086/3,255)	0,024		
4-5		1	-		
CRF Ingreso			0,238		
0-2	228	1,295 (0,613/2,738)	0,498	-	-
3		1,422 (0,942/2,146)	0,094		
4-5		1	-		
CRF Alta			0,173		
0-2	228	1,409 (0,688/2,887)	0,349	-	-
3		1,471 (0,972/2,224)	0,068		
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	1,009 (1,002/1,017)	0,008	-	0,432
Índice Barthel Ingreso	228	1,007 (1,000/1,014)	0,061	-	0,518
Índice Barthel Alta	228	1,006 (0,999/1,013)	0,091	-	0,779
Índice Barthel previo			0,052		
≥40	228	2,158 (1,118/64,166)	0,022	-	0,724
39-21		1,492 (0,606/3,672)	0,384		
0-20		1	-		
Índice Barthel ingreso			0,027		
≥40	228	1,819 (1,098/3,012)	0,020	-	0,198
39-21		1,093 (0,572/2,086)	0,788		
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			0,076		
≥40	228	1,813 (1,063/3,093)	0,029	-	0,478
39-21		1,353 (0,691/2,650)	0,378		
0-20		1	-		
CRM previo	228	0,887 (0,781/1,008)	0,067	-	0,838
CRM ingreso	228	0,916 (0,809/1,038)	0,170	-	-
CRM alta	228	0,930 (0,821/1,053)	0,251	-	-
CRM previo			0,036	2,566	0,044
0-1	228	2,564 (1,222/5,383)	0,013	(1,068/6,167)	0,035
2-3		2,626 (1,217/5,666)	0,014	2,956	0,012
4-5		1	-	(1,263/6,920)	
				1	
CRM ingreso			0,437		
0-1	228	1,397 (0,821/2,374)	0,217	-	-
2-3		1,356 (0,784/2,343)	0,276		
4-5		1	-		
CRM alta			0,417		
0-1	228	1,417 (0,782/2,269)	0,292	-	-
2-3		1,434 (0,832/2,471)	0,195		

RESULTADOS

4-5		1	-		
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,625 (0,425/0,919)	0,017	-	0,859
Albúmina sérica (g/dl)			0,042		
≥3.5	219	1,926 (1,100/3,373)	0,022	-	0,902
3-3.49		1,499 (0,961/2,337)	0,074		
<3		1	-		
CONUT	214	1,103 (1,015/1,198)	0,021	-	
CONUT			0,015	1	0,012
Sin riesgo	214	1,090 (0,665/1,785)	-	1,241	-
Malnutrición leve		1,197 (0,691/2,075)	0,733	(0,750/2,051)	0,401
Malnutrición moderada		4,175 (1,716/10,156)	0,521	1,207	0,503
Malnutrición severa			0,002	(0,696/2,095)	<0,001
				9,901	
				(3,672/26,691)	
Proteínas	227	0,742 (0,543/1,013)	0,061	-	0,259
Hemoglobina	228	0,966 (0,882/1,058)	0,454	-	-
Hemoglobina (g/dl)			0,389		
<10	228	1	-	-	-
10-12		1,442 (0,730/2,848)	0,291		
≥12		1,075 (0,578/1,998)	0,820		
FG MDRD (ml/min)	227	0,998 (0,985/1,011)	0,721	-	-
FG MDRD (ml/min)			0,991		
>60	227	1	-	-	-
30-60		0,984 (0,498/1,980)	0,984		
<30		1,037 (0,430/2,503)	0,936		
Colesterol (mg/dl)	228	0,998 (0,994/1,003)	0,526	-	-
Procedencia:			0,296		
EAP+ESAD	228	1	-	-	-
UGA		1,336 (0,813/2,197)	0,253		
Otras unidades		0,690 (0,386/1,234)	0,211		
HULP/Otros		1,068 (0,388/2,941)	0,898		
Motivo Consultas	228		0,787		
Control clínico		1	-		
VGI		1,191 (0,716/1,983)	0,501		
Otros		1,092(0,687/1,734)	0,710		
Motivo Incapacidad			0,309		
Demencia	228	1	-	-	-
Osteoarticular		1,092 (0,589/2,023)	0,780		
Cardiopatía		1,817 (0,935/3,533)	0,078		
Neumopatía		2,796 (1,249/6,259)	0,012		
Sd parkinsoniano		0,907 (0,369/2,227)	0,831		
Cerebrovascular		0,508 (0,069/3,759)	0,507	-	-
Neoplasia		1,657 (0,573/4,793)	0,351		
Neuropatía		-	0,964		
Trastorno depresivo		1,574 (0,544/4,553)	0,402		
Lesiones periféricas		1,394 (0,329/5,914)	0,652		
Otros		1,741 (0,948/3,198)	0,074		
Estancia (días)	228	0,997 (0,985/1,009)	0,607	-	-
Estancia (días)			0,987		
<4.25	228	1	-	-	-
4.25-11.9		0,949 (0,542/1,662)	0,856		
12-24.9		0,903 (0,518/1,572)	0,717		
≥25		0,933 (0,536/1,624)	0,806		
Visitas médicas	228	0,941 (0,857/1,033)	0,203	-	-

RESULTADOS

Visitas Enfermería	228	0,961 (0,876/1,055)	0,403	-	-
Nº de Dx nuevos	228	1,022 (0,921/1,134)	0,686	-	-
Urgencias previas 6 meses	228	1,722 (1,126/2,635)	0,012	-	0,958
Ingresos previos 6 meses	228	1,618 (1,090/2,400)	0,017	-	0,974

HZ: Hazard Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico. El multivariante, al entrar en el modelo la variable CONUT, se realiza con 214 pacientes

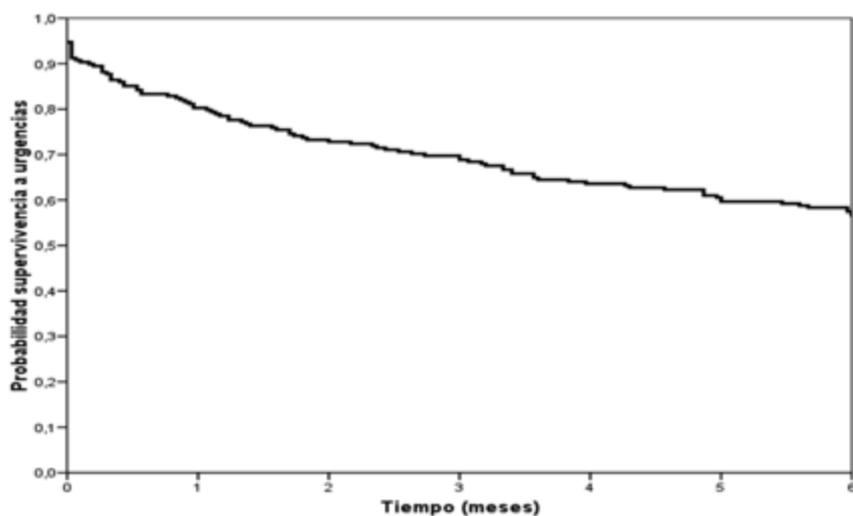
Primero se realiza un análisis de Kaplan-Meier (K-M) general, y posteriormente con los grupos de las variables cualitativas que han salido estadísticamente significativas en el multivariante de Cox, se realiza análisis de Kaplan-Meier y sus gráficos de supervivencia (**Tabla 37, Figuras 64, 65, 66, 67 y 68**) con los siguientes resultados:

Tabla 37: Datos estadísticos Kaplan Meier para el tiempo a visitas al Servicio de Urgencias durante el seguimiento

	N	Eventos N(%)	Mediana (IC95%)	Media (IC95%)	p
Total	228	99 (43,4)	NA	4,21 (3,90/4,52)	
Nº de síndromes geriátricos					
<2	43	13 (30,2)	NA	4,97 (4,39/5,55)	0,044
≥2	185	86 (46,5)	NA	4,03 (3,68/4,39)	
CRM Previo					
0-1	117	56 (47,9)	NA	4,11 (3,68/4,55)	0,027
2-3	74	35 (47,3)	NA	3,88 (3,33/4,44)	
4-5	37	8 (21,6)	NA	5,16 (4,46/5,86)	
CONUT					
Sin riesgo	67	27 (40,3)	NA	4,34 (3,78/4,89)	0,006
Riesgo Leve	88	38 (43,2)	NA	4,24 (3,75/4,72)	
Riesgo Moderado	52	24 (46,2)	NA	4,14 (3,46/4,81)	
Riesgo Grave	7	6 (85,7)	0,27 (0,01/0,54)	1,80 (0,01/3,96)	
CRF Previo					
0-2	63	37 (58,7)	4,87 (3,21/6,52)	3,75 (3,14/4,37)	0,003
3	98	44 (44,9)	NA	4,07 (3,60/4,55)	
4-5	67	18 (26,9)	NA	4,84 (4,31/5,36)	

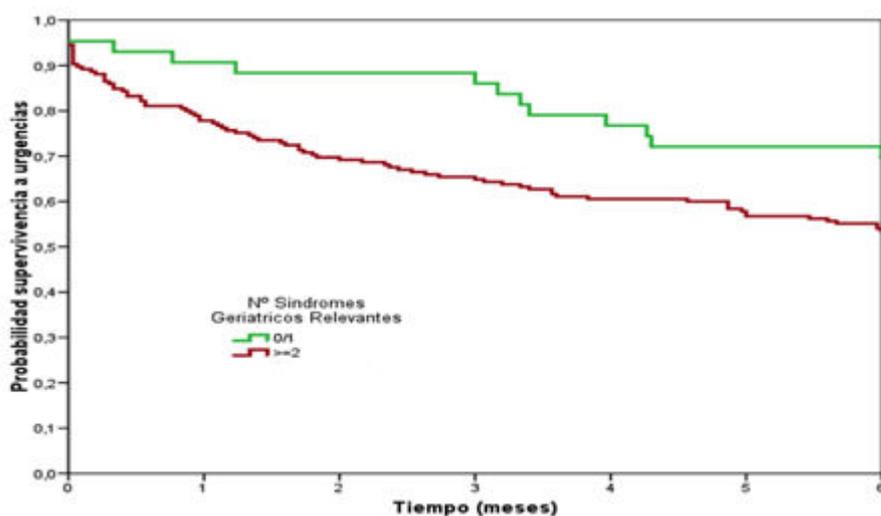
NA=No alcanzada; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; CRF: Escala de incapacidad Física de Cruz Roja

Figura 64: Supervivencia a Urgencias Total



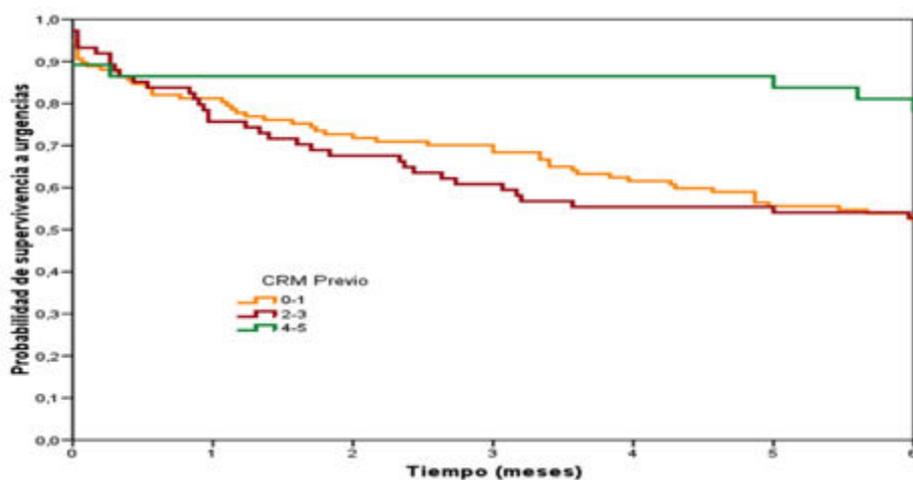
Pacientes en riesgo: 228	183	167	159	145	138	130
Probabilidad supervivencia: 1	0,80	0,73	0,70	0,64	0,61	0,57

Figura 65: Supervivencia a Urgencias por número de Síndromes Geriátricos relevantes



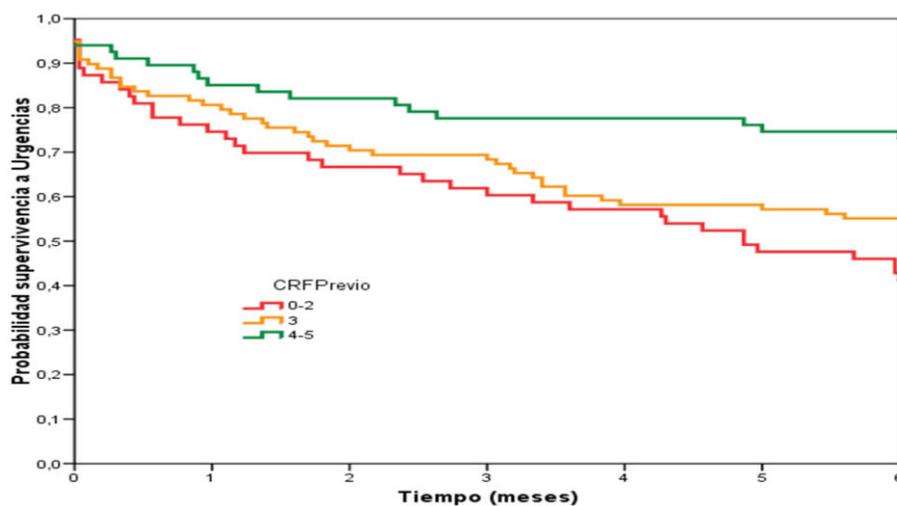
Pacientes en riesgo:						
<2: 43	39	38	38	33	31	31
≥2: 185	144	129	121	112	107	99
Probabilidad supervivencia:						
<2: 1	0,91	0,88	0,88	0,77	0,72	0,72
≥2: 1	0,78	0,70	0,65	0,61	0,58	0,54

Figura 66: Supervivencia a Urgencias según la escala de CRM previa



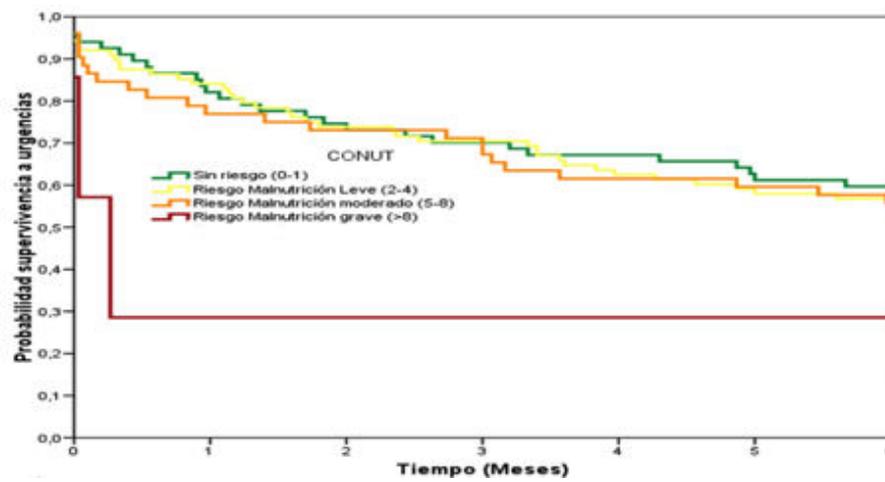
Pacientes en riesgo:						
0-1: 117	95	85	82	72	65	62
2-3: 74	56	50	45	41	41	39
4-5: 37	32	32	32	32	31	29
Probabilidad supervivencia:						
0-1: 1	0,81	0,73	0,70	0,62	0,56	0,53
2-3: 1	0,76	0,68	0,61	0,55	0,55	0,53
4-5: 1	0,87	0,87	0,87	0,87	0,84	0,78

Figura 67: Supervivencia a Urgencias según la escala de CRF previa



Pacientes en riesgo:						
0-2: 63	47	42	39	36	30	27
3: 98	79	70	68	57	57	54
4-5: 67	57	55	52	52	51	49
Probabilidad supervivencia:						
0-2: 1	0,75	0,67	0,62	0,57	0,48	0,41
3: 1	0,81	0,71	0,69	0,58	0,58	0,55
4-5: 1	0,85	0,82	0,78	0,78	0,76	0,73

Figura 68: Supervivencia a Urgencias según el riesgo de malnutrición (CONUT)



Pacientes en riesgo:						
Sin riesgo: 67	55	50	47	45	42	4
Riesgo leve: 88	74	65	62	55	52	49
Riesgo moderado: 52	40	38	37	32	31	29
Riesgo grave: 7	2	2	2	2	2	1
Probabilidad supervivencia:						
Sin riesgo: 1	0,82	0,75	0,70	0,67	0,63	0,60
Riesgo leve: 1	0,84	0,74	0,71	0,63	0,59	0,57
Riesgo moderado: 1	0,77	0,73	0,71	0,62	0,60	0,54
Riesgo grave: 1	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,14

5.3.3.3.- Análisis de los factores asociados a Ingresos Hospitalarios.

Durante el periodo de seguimiento tras la intervención de AGD un total de 94 pacientes (41,2%) ingresaron al menos una vez en algún centro hospitalario. Los diagnósticos principales de estas hospitalizaciones se muestran en la **Tabla 38**. Destacan los procesos infecciosos respiratorios (26,1%), la ICC (19,6%) y la infección del tracto urinario (18,5%) seguidos, en menor medida, de los procesos abdominales (8,7%) u osteoarticulares (8,7%). A continuación se exponen los resultados de los factores asociados a ingreso hospitalario al menos en una ocasión y los relacionados con el tiempo a ser hospitalizado.

Tabla 38: Diagnóstico principal del primer Ingreso Hospitalario

Diagnóstico principal del primer ingreso hospitalario	N: 92
Insuficiencia cardiaca descompensada	18 (19,6)
Proceso respiratorio	24 (26,1)
Neumonía	8 (33,3)
Infección respiratoria no consolidante	8 (33,3)
Gripe A	1 (4,2)
COVID-19	5 (20,8)
VRS	2 (8,3)
Infección del tracto urinario	17 (18,5)
Proceso abdominal	8 (8,7)
Celulitis abdominal	1 (12,5)
Obstrucción intestinal	1 (12,5)
Colecistitis	1 (12,5)
Perforación gástrica	1 (12,5)
Vómitos autolimitados	1 (12,5)
Diverticulitis aguda complicada	1 (12,5)
Hemorragia digestiva diverticular	1 (12,5)
Hemorragia digestiva- colonoscopia	1 (12,5)
Problemas osteoarticulares	8 (8,7)
Deterioro funcional multifactorial	1 (12,5)
Fractura de cadera	3 (37,5)
Ingreso para recuperación funcional	4 (50)
Demencia avanzada / final de vida	6 (6,5)
Procesos neurológicos (HIP e ictus isquémico)	2 (2,2)
Lesiones cutáneas sobreinfectadas	2 (2,2)
Otros	7 (7,6)
Síndrome bradicardia-taquicardia	1 (14,3)
Tromboembolismo pulmonar	1 (14,3)
Problema social	1 (14,3)
Disfagia a estudio	1 (14,3)
Extracción dental	1 (14,3)
Anemia / transfusión	2 (28,6)

Las variables cualitativas en valor absoluto y porcentaje: n (%). VRS: Virus Respiratorio Sincitial

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A INGRESOS HOSPITALARIOS (AL MENOS UNO EN SEIS MESES)

En el análisis univariante se objetivó una relación estadísticamente significativa entre la comorbilidad, el número de fármacos al ingreso y al alta, especialmente la polifarmacia extrema, el paciente con mayor desnutrición, medido con los parámetros de albúmina y con el índice de CONUT, con cifras de Hb más bajas y el hecho de haber tenido más visitas a Urgencias a e Ingresos Hospitalarios previo al inicio de la intervención de AGD.

Evaluando los parámetros analíticos cualitativamente, el déficit de vitamina D fue clínica y estadísticamente significativo (un 62,1% (54) de los ingresados tenían valores <30; p 0,049) sin hallazgos en el análisis multivariante así como con el resto de mediciones.

Se objetivó una tendencia significativa ante un mayor número de SG, una mejor situación funcional previa (medida con CRF y por el IB) y en aquellos pacientes con cifras inferiores de proteinemia.

En el **análisis multivariante**, presentar *mayor comorbilidad y más anemia* fueron predictores independientes de ser hospitalizado (**Tabla 39**).

Tabla 39: Análisis de los factores asociados a Ingresos Hospitalarios durante el seguimiento (al menos 1 en 6 meses)

	N	Univariante		Multivariante	
		OR (IC95%)	Valor P	OR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	1,003 (0,960/1,048)	0,904	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,250 (0,687/2,275)	0,465	-	-
Convivencia	228		0,673	-	-
Solo		0,775 (0,280/2,145)	0,624		
Cuidador		1,415 (0,626/3,201)	0,404		
Cónyuge		1,090 (0,553/2,150)	0,804		
Familia		1	-		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	1,968 (0,951/4,072)	0,068	-	0,491
Charlson	228	1,240 (1,077/1,427)	0,003	1,316 (1,114/1,554)	0,001
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	2,071 (1,200/3,574)	0,009	-	0,587
CFS	228	0,975 (0,695/1,369)	-	-	-
CFS (<7 vs 7-9)	228	1,153 (0,613/2,169)	0,658	-	-
Nº Fármacos ING	228	1,065 (1,004/1,129)	0,036	-	0,243
Nº Fármacos al alta	228	1,098 (1,031/1,171)	0,004	-	0,189
Polifarmacia al ingreso	228		0,005	-	0,158
No		1	-		
5-9 fármacos		0,273 (0,068/1,100)	0,068		
≥10 fármacos		0,862(0,240/3,093)	0,820		
Polifarmacia al alta	228		0,013	-	0,377
No		1	-		
5-9 fármacos		0,945 (0,291/3,075)	0,926		
≥10 fármacos		2,337 (0,793/6,881)	0,124		

RESULTADOS

CRF previo	228	0,815 (0,640/1,037)	0,096	-	0,219
CRF ingreso	228	1,011 (0,756/0,352)	0,942	-	0,900
CRF Alta	228	1,140 (0,846/1,536)	0,389	-	-
CRF Previo			0,109		
0-2	228	1,762 (0,855/3,632)	0,124	-	-
3		1,995 (1,034/3,849)	0,039		
4-5		1	-		
CRF Ingreso			0,277		
0-2	228	0,386 (0,120/1,239)	0,110	-	-
3		0,938 (0,535/1,644)	0,823		
4-5		1	-		
CRF Alta			0,175		
0-2	228	0,337 (0,106/1,076)	0,086	-	-
3		0,819 (0,469/1,431)	0,484		
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	1,008 (0,999/1,017)	0,087	-	0,166
Índice Barthel Ingreso	228	1,002 (0,992/1,012)	0,734	-	-
Índice Barthel Alta	228	0,998 (0,988/1,008)	0,663	-	-
Índice Barthel previo			0,043		
≥40	228	2,741 (1,224/6,136)	0,014	-	0,101
39-21		1,875 (0,621/5,663)	0,265		
0-20		1	-		
Índice Barthel ingreso			0,315		
≥40	228	1,591 (0,833/3,038)	0,160	-	-
39-21		0,763 (0,793/3,569)	0,203		
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			0,718		
≥40	228	1,296 (0,677/2,480)	0,434	-	-
39-21		1,296 (0,573/2,931)	0,533		
0-20		1	-		
CRM previo	228	0,927 (0,782/1,099)	0,382	-	-
CRM ingreso	228	0,952 (0,804/1,128)	0,572	-	-
CRM alta	228	0,970 (0,820/1,147)	0,722	-	-
CRM previo			0,191		
0-1	228	1,946 (0,863/4,388)	0,109	-	-
2-3		2,173 (0,921/5,126)	0,076		
4-5		1	-		
CRM ingreso			0,119		
0-1	228	1,354 (0,672/2,272)	0,396	-	-
2-3		2,061 (1,013/4,192)	0,046		
4-5		1	-		
CRM alta			0,059		
0-1	228	1,270 (0,630/2,560)	0,504	-	0,064
2-3		2,222 (1,091/4,527)	0,028		
4-5		1	-		
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,485 (0,284/0,828)	0,008	-	0,633
Albúmina sérica (g/dl)			0,074		
≥3.5	219	2,787 (1,229/6,320)	0,014	-	0,423
3-3.49		2,013 (1,097/3,693)	0,024		
<3		1	-		
CONUT	214	1,170 (1,042/1,313)	0,008	-	0,702
CONUT			0,055		
Sin riesgo	214	1	-	-	0,798
Malnutrición leve		2,011 (1,021/3,959)	0,043		
Malnutrición moderada		2,165 (1,011/4,636)	0,047		
Malnutrición severa		6,316 (1,127/35,402)	0,036		
Proteínas	227	0,691 (0,454/1,052)	0,085	-	0,299
Hemoglobina	228	0,790 (0,689/0,906)	0,001	0,846	0,034

RESULTADOS

				(0,726/0,987)	
Hemoglobina (g/dl)					
<10	228	2,828 (1,278/6,257)	0,010		
10-12		2,043 (1,080/3,864)	0,010	-	0,795
≥12		1	-		
FG MDRD (ml/min)	227	0,980 (0,963/0,997)	0,024	-	-
FG MDRD (ml/min)			0,116		
>60	227	2,917 (0,879/9,674)	0,080	-	-
30-60		1,182 (0,477/2,934)	0,718		
<30		1	-		
Colesterol (mg/dl)	228	0,998 (0,992/1,004)	0,434	-	-
Procedencia:			0,197		
EAP+ESAD		1	-		
UGA	228	1,176 (0,804/3,282)	0,176	-	-
Otras unidades		0,670 (0,321/1,401)	0,288		
HULP/Otros		1,934 (0,497/7,531)	0,342		
Motivo Consultas	228		0,342		
Control clínico		1	-		
VGI		0,729 (0,350/1,517)	0,398		
Otros		1,327 (0,171/2,457)	0,368		
Motivo Incapacidad			0,318		
Demencia		1	-		
Osteoarticular	228	0,879 (0,404/1,914)	0,746		
Cardiopatía		1,500 (0,601/3,745)	0,385		
Neumopatía		3,000 (0,819/10,994)	0,097		
Sd parkinsoniano		0,462 (0,135/3,547)	0,216	-	-
Cerebrovascular		0,375 (0,040/3,547)	0,392		
Neoplasia		1,500 (0,344/6,537)	0,589		
Neuropatía		-	0,999		
Trastorno depresivo		0,250 (0,028/2,199)	0,211		
Lesiones periféricas		6,000 (0,634/56,744)	0,118		
Otros		1,000 (0,432/2,314)	1		
Estancia (días)	228	1,003 (0,988/1,018)	0,692	-	-
Estancia (días)			0,858		
<4.25		1	-		
4.25-11.9	228	1,020 (0,480/2,167)	0,959	-	-
12-24.9		0,760 (0,359/1,606)	0,472		
≥25		0,971 (0,462/2,037)	0,937		
Visitas médicas	228	1,055 (0,957/1,164)	0,282	-	-
Visitas Enfermería	228	1,050 (0,951/1,159)	0,337	-	-
Nº de Dx nuevos (o presentes no tratados)	228	1,105 (0,958/1,274)	0,169	-	-
Urgencias previas 6 meses	228	1,732 (0,998/3,005)	0,051	-	0,958
Ingresos previos 6 meses	228	2,000 (1,166/3,430)	0,012	-	0,974

OR: Odds Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico. El multivariante, al entrar en el modelo la variable albúmina, se realiza con 219 pacientes

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO AL PRIMER INGRESO HOSPITALARIO

En cuanto a los factores asociados al tiempo a ser ingresado, se objetiva que el tiempo hasta el mismo, desde la finalización de la intervención de AGD, en meses, fue de 4,25 (3,92/4,58). En la **Figura 69** se describe la probabilidad de ingreso hospitalario con el paso del tiempo.

En el análisis univariante de regresión de COX se objetivó una relación estadísticamente significativa entre el número de SG, la comorbilidad, un mayor número de fármacos al ingreso y al alta y una mejor situación funcional previa (medida por el IB, y con tendencia significativa si se mide con el CRF) y el riesgo de ser antes hospitalizado en los siguientes 6 meses tras finalizar el seguimiento domiciliario.

El paciente con mayor desnutrición, medido con la albúmina plasmática y con el índice de CONUT, cifras de Hb inferiores y peor FG, además del hecho de haber tenido más ingresos hospitalarios previo al inicio de la intervención de AGD, se asociaron a ser hospitalizado antes. Se objetivó una tendencia estadísticamente significativa con respecto a la hipoproteinemia y el número de visitas a Urgencias previas a la intervención de AGD.

En el **análisis multivariante**, a *mayor comorbilidad, mayor hipalbuminemia y peores cifras de Hb* fueron predictores independientes de ser antes hospitalizado tras la intervención de AGD (**Tabla 40**).

Tabla 40: Análisis de los factores asociados al tiempo a Ingreso Hospitalario

	N	Univariante		Multivariante	
		HR (IC95%)	Valor P	HR (IC95%)	Valor P
Edad (años)	228	0,999 (0,966/1,033)	0,949	-	-
Sexo (Varón vs Mujer)	228	1,208 (0,753/1,940)	0,433	-	-
Convivencia			0,832		
Solo		0,785 (0,346/1,783)	0,563		
Cuidador	228	1,217 (0,660/2,245)	0,530	-	-
Cónyuge		1,057 (0,624/2,245)	0,836		
Familia		1	-		
Nº de síndromes geriátricos (0/1 vs ≥2)	228	1,861 (1,011/3,425)	0,046	-	0,293
Charlson	228	1,146 (1,047/1,254)	0,003	1,121 (1,020/1,232)	0,018
Charlson (0-2 vs ≥3)	228	1,599 (1,057/2,420)	0,026	-	0,538
CFS	228	1,020 (0,793/1,312)	-	-	-
CFS (<7 vs 7-9)	228	1,238 (0,753/2,036)	0,399	-	-
Nº Fármacos ING	228	1,043 (1,000/1,088)	0,050	-	-
Nº Fármacos al alta	228	1,067 (1,020/1,118)	0,005	-	0,153
Polifarmacia ingreso			0,018		
No	228	1	-	-	0,173
5-9 fármacos		0,371 (0,131/1,055)	0,063		

RESULTADOS

≥10 fármacos		0,883 (0,357/2,185)	0,788		
Polifarmacia al alta			0,045		
No		1	-		
5-9 fármacos	228	0,970 (0,355/2,649)	0,953	-	0,458
≥10 fármacos		1,819 (0,734/4,509)	0,197		
CRF previo	228	0,876 (0,735/1,043)	0,137	-	-
CRF ingreso	228	1,010 (0,816/1,252)	0,925	-	-
CRF Alta	228	1,098 (0,879/1,371)	0,409	-	-
CRF Previo			0,091		
0-2		1,496 (0,839/2,668)	0,172		
3	228	1,808 (1,064/3,073)	0,029	-	0,168
4-5		1	-		
CRF Ingreso			0,317		
0-2		0,461 (0,167/1,273)	0,1335		
3	228	0,897 (0,584/1,379)	0,621	-	-
4-5		1	-		
CRF Alta			0,190		
0-2		0,413 (0,149/1,143)	0,089		
3	228	0,817 (0,533/1,253)	0,354	-	-
4-5		1	-		
Índice Barthel Previo	228	1,006 (0,999/1,013)	0,114	-	-
Índice Barthel Ingreso	228	1,001 (0,994/1,008)	0,835	-	-
Índice Barthel Alta	228	0,998 (0,990/1,005)	0,549	-	-
Índice Barthel previo			0,054		
≥40		2,251 (1,126/4,500)	0,022		
39-21	228	1,586 (0,624/4,033)	0,333	-	0,119
0-20		1	-		
Índice Barthel ingreso			0,251		
≥40		1,399 (0,832/2,351)	0,205		
39-21	228	1,657 (0,902/3,046)	0,104	-	-
0-20		1	-		
Índice Barthel alta			0,712		
≥40		1,190 (0,711/1,990)	0,508		
39-21	228	1,294 (0,682/2,453)	0,431	-	-
0-20		1	-		
CRM previo	228	0,939 (0,823/1,070)	0,344	-	-
CRM ingreso	228	0,961 (0,845/1,092)	0,541	-	-
CRM alta	228	0,973 (0,857/1,105)	0,671	-	-
CRM previo			0,169		
0-1		1,765 (0,891/3,496)	0,103		
2-3	228	1,982 (0,969/4,053)	0,061	-	-
4-5		1	-		
CRM ingreso			0,101		
0-1		1,287 (0,729/2,274)	0,384		
2-3	228	1,794 (1,021/3,150)	0,042	-	-
4-5		1	-		
CRM alta			0,048		
0-1		1,227 (0,692/2,173)	0,484		
2-3	228	1,891 (1,079/3,315)	0,026	-	0,169
4-5		1	-		
Albúmina sérica (g/dl)	219	0,597 (0,398/0,895)	0,012	0,625 (0,399/0,979)	0,040
Albúmina sérica	219		0,028	-	0,451

RESULTADOS

(g/dl)		2,009 (1,124/3,588)	0,018		
≥3.5		1,635 (1,027/2,601)	0,038		
3-3.49		1	-		
<3					
CONUT	214	1,103 (1,016/1,198)	0,020	-	0,467
CONUT			0,169		
Sin riesgo		1	-		
Malnutrición leve	214	1,655 (0,956/2,864)	0,072	-	-
Malnutrición moderada		1,742 (0,952/3,187)	0,072		
Malnutrición severa		2,501 (0,877/7,138)	0,087		
Proteínas	227	0,757 (0,548/1,047)	0,093	-	0,297
Hemoglobina	228	0,864 (0,791/0,943)	0,001	0,902	0,037
				(0,819/0,994)	
Hemoglobina (g/dl)			0,025		
<10	228	1,942 (1,120/3,367)	0,018	-	0,788
10-12		1,645 (1,022/2,649)	0,040		
≥12		1	-		
FG MDRD (ml/min)	227	0,980 (0,968/0,993)	0,003	-	0,193
FG MDRD (ml/min)			0,016		
>60	227	2,979 (1,231/7,211)	0,015	-	0,333
30-60		1,371 (0,653/2,881)	0,405		
<30		1	-		
Colesterol (mg/dl)	228	0,998 (0,993/1,003)	0,497	-	-
Procedencia:			0,266		
EAP+ESAD		1	-		
UGA	228	1,475 (0,889/2,449)	0,132	-	-
Otras unidades		0,760 (0,414/1,395)	0,376		
HULP/Otros		1,174 (0,448/3,075)	0,745		
Motivo Consultas	228		0,388	-	-
Control clínico		1	-		
VGI		0,804 (0,444/1,456)	0,471		
Otros		1,239 (0,783/1,962)	0,360		
Motivo Incapacidad			0,174		
Demencia		1	-		
Osteoarticular	228	0,943 (0,509/1,746)	0,852		
Cardiopatía		1,399 (0,715/2,735)	0,327		
Neumopatía		2,442 (1,100/5,424)	0,028		
Sd parkinsoniano		0,444 (0,153/1,284)	0,134	-	-
Cerebrovascular		0,458 (0,062/3,377)	0,443		
Neoplasia		1,484 (0,516/4,265)	0,464		
Neuropatía		-	0,967		
Trastorno depresivo		0,302 (0,041/2,229)	0,240		
Lesiones periféricas		3,413 (1,183/9,847)	0,023		
Otros		1,089 (0,566/2,096)	0,798		
Estancia (días)	228	1,003 (0,991/1,014)	0,652	-	-
Estancia (días)			0,796		
<4.25		1	-		
4.25-11.9	228	0,915 (0,514/1,627)	0,761	-	-
12-24.9		0,750 (0,416/1,351)	0,338		
≥25		0,946 (0,537/1,665)	0,846		
Visitas médicas	228	1,045 (0,976/1,118)	0,208	-	-
Visitas Enfermería	228	1,039 (0,970/1,114)	0,276	-	-
Nº de Dx nuevos	228	1,080 (0,974/1,196)	0,143	-	-
Urgencias previas 6 meses	228	1,517 (0,980/2,346)	0,061	-	0,250

RESULTADOS

Ingresos previos 6 meses	228	1,726 (1,146/2,599)	0,009	-	0,179
---------------------------------	-----	----------------------------	--------------	---	-------

HZ: Hazard Ratio; CFS: Clinical Frailty Scale; CRF: Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja; ING: ingreso; CRM: Escala de incapacidad Mental de Cruz Roja; CONUT: Índice de Control Nutricional; FG: Filtrado Glomerular; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease; EAP: Equipo de Atención Primaria; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; HULP: Hospital Universitario La Paz; VGI: Valoración Geriátrica Integral; Dx: Diagnóstico. El multivariante, al entrar en el modelo la variable albúmina, se realiza con 219 pacientes

Se realiza un análisis de Kaplan-Meier (K-M) general, y posteriormente con los grupos de las variables cualitativas de los cortes de Hb, albúmina e índice de Charlson, ambas variables entran como cuantitativas y estadísticamente significativas en el multivariante de Cox, se realiza análisis de Kaplan-Meier y sus gráficos de supervivencia (**Tabla 41, Figuras 69, 70, 71 y 72**).

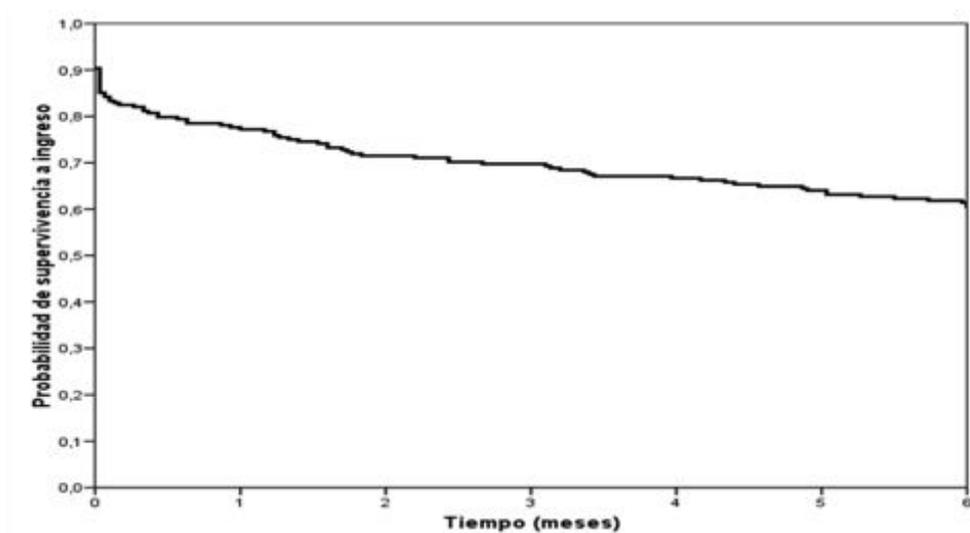
El análisis de Kaplan-Meier, nos deja estos resultados:

Tabla 41: Datos estadísticos Kaplan Meier para el tiempo a Ingreso Hospitalario durante el seguimiento

	N	Eventos N(%)	Mediana (IC95%)	Media (IC95%)	Valor p
Total	228	92 (40,4)	NA	4,25 (3,92/4,58)	
Índice de Charlson					
<3	140	47 (33,6)	NA	4,50 (4,09/4,90)	0,011
≥3	88	45 (51,1)	6,00	3,76 (3,21/4,31)	
Hemoglobina (mg/dl)					
<10	31	18 (58,1)	5,73 (1,12/10,35)	3,50 (2,52/4,48)	0,008
10-12	54	27 (50,0)	6,0	3,77 (3,06/4,48)	
>12	143	47 (32,9)	NA	4,53 (4,15/4,92)	
Albúmina (mg/dl)					
<3	30	17 (56,7)	3,20 (0,01/9,19)	3,31 (2,29/4,33)	0,010
3-3.5	70	34 (48,6)	NA	3,82 (3,21/4,44)	
>3,5	119	38 (31,9)	NA	4,59 (4,17/5,01)	

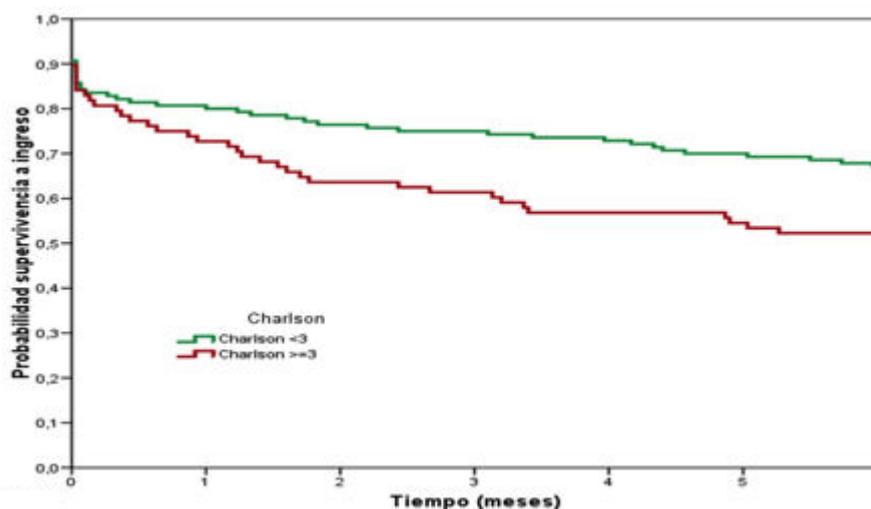
NA=No alcanzada

Figura 69: Supervivencia a Ingreso Hospitalario Total



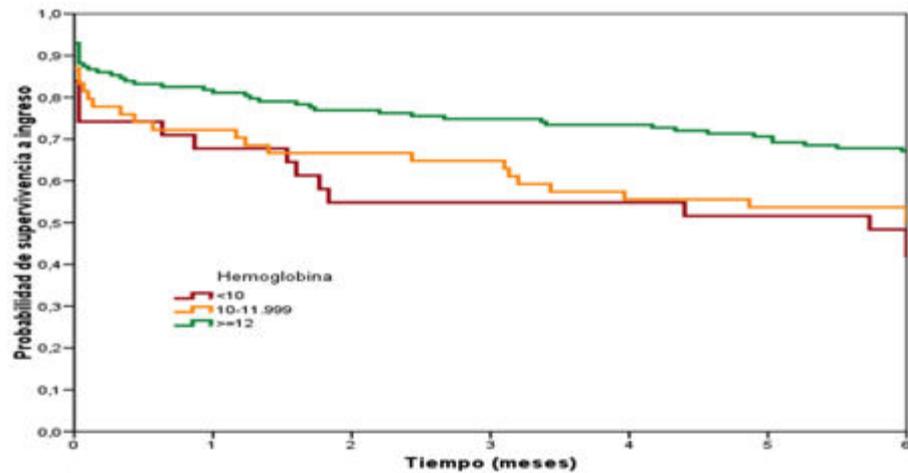
Pacientes en riesgo: 228	177	163	159	152	146	140
Probabilidad supervivencia: 1	0,78	0,72	0,70	0,67	0,64	0,61

Figura 70: Supervivencia a Ingreso por grupo de índice de Charlson



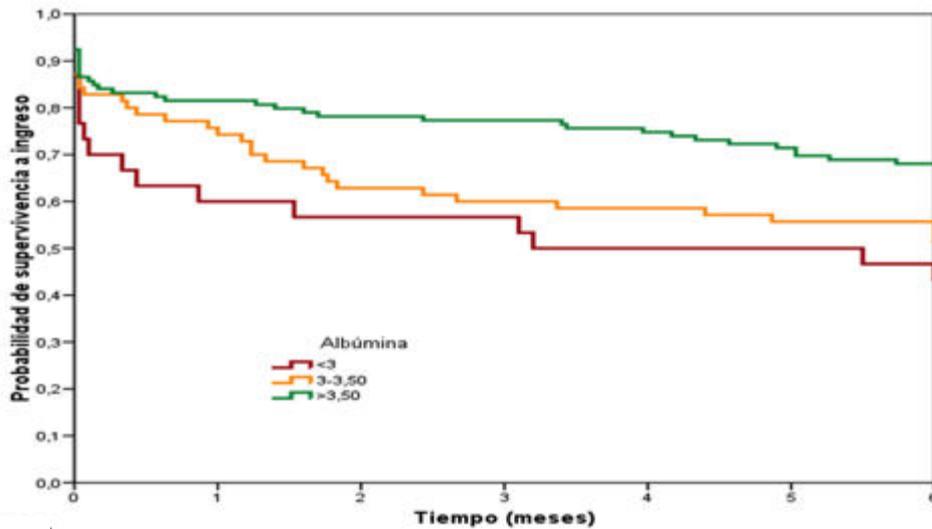
Pacientes en riesgo:						
<3: 140	133	107	105	102	98	94
≥3: 88	64	56	54	50	48	46
Probabilidad supervivencia:						
<3: 1	0,81	0,76	0,75	0,73	0,70	0,66
≥3: 1	0,73	0,64	0,61	0,57	0,55	0,49

Figura 71: Supervivencia a Ingreso Hospitalario según valores de Hemoglobina



Pacientes en riesgo:						
<10: 31	21	17	17	17	16	15
10-11,99: 54	39	36	35	30	29	29
≥12: 143	117	110	197	105	101	96
Probabilidad supervivencia:						
<10: 1	0,68	0,55	0,55	0,55	0,52	0,42
10-11,99: 1	0,72	0,67	0,65	0,56	0,54	0,50
≥12: 1	0,82	0,77	0,75	0,73	0,71	0,67

Figura 72: Supervivencia a Ingreso Hospitalario según valores de Albúmina



Pacientes en riesgo:						
<3: 30	18	17	17	15	15	14
3-3,49: 70	53	36	44	41	39	39
≥3,5: 119	97	93	92	89	85	81
Probabilidad supervivencia:						
<10: 1	0,60	0,57	0,57	0,50	0,50	0,43
10-11,99: 1	0,76	0,63	0,60	0,59	0,56	0,51
≥12: 1	0,82	0,78	0,77	0,75	0,71	0,68

Otros análisis:

Se ha llevado a cabo el análisis de otras dos variables resultado: los factores asociados a la variable combinada “**Urgencias o Ingresos**” y a “**Urgencias, Ingresos o Mortalidad**”, así como los relacionados con el tiempo a dichos eventos. Destacan de dichos resultados el **número de SG, la mejor situación funcional o la hipoalbuminemia como factores asociados a éstos**, pero, el análisis completo se publicará posteriormente a la lectura de la presente Tesis Doctoral.

En la **Tabla 42** se expone el listado de OM del estudio observacional prospectivo de pacientes atendidos en AGD.

Tabla 42: Listado de Oportunidades de Mejora del estudio observacional prospectivo de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Individualizar el manejo con los pacientes con peor situación funcional y cognitiva tras la intervención de AGD (IB), más SG, peor situación nutricional y función renal, como factores predictores de mortalidad.
Valorar la continuidad de cuidados individualizada en los pacientes que reciben más visitas Médicas y de Enfermería y se les realiza más diagnósticos nuevos.
Tener presente a la hora de planificar el alta de AGD los pacientes con mejor situación funcional y cognitiva previa +/- desnutrición por su mayor riesgo de acudir a Urgencias.
Revisar periódicamente la comorbilidad, la anemia y el déficit de vitamina D por ser predictores de un mayor riesgo de ingreso hospitalario tras la intervención de AGD.
Eventual necesidad de aumentar el Equipo para cumplir estas propuestas.

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; IB: Índice de Barthel; SG: Síndromes Geriátricos

5.4.- Detección y priorización de situaciones mejorables.

De las diversas herramientas cuantitativas y cualitativas aconsejadas en la bibliografía para la detección y análisis de OM, la CC consideró factible la puesta en marcha de las siguientes:

5.4.1.- HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

5.4.1.1.- Información de la población diana (pacientes y cuidadores).

Técnicas individuales:

5.4.1.1.1.- Análisis de agradecimientos y reclamaciones

Se solicitó al Servicio de Atención al Paciente las sugerencias, agradecimientos y reclamaciones dirigidas a nuestra Unidad desde 2016, tanto telemáticas como en papel, con el objetivo de detectar fallos y establecer eventuales medidas correctoras. De un total de 17 aportaciones, solamente 2 fueron reclamaciones (ambas expresadas verbalmente), y el resto, agradecimientos. Los agradecimientos directos y telefónicos a la Unidad por parte de familiares y pacientes, no han sido contabilizados.

Como es natural, se siguen recibiendo y analizando estos comentarios, aunque no han proporcionado, hasta el momento, información relevante para detectar OM.

5.4.1.1.2.- Creación de una cuenta de correo electrónico para sugerencias

Se ha ofrecido una cuenta de email a usuarios (pacientes y cuidadores) y profesionales de AP, para facilitar la aportación de sugerencias y eventuales OM a la Unidad. Se informa a los destinatarios del objetivo de la misma, y de que no se devolverá respuesta personalizada a estas aportaciones.

A los pacientes y cuidadores/familiares se les facilita en la primera visita desde el día 1 de junio de 2021, en formato en papel, que incluye además los teléfonos de contacto directo. A los profesionales de AP se les comunica vía telemática y telefónica.

Hasta la fecha, no se ha obtenido ninguna aportación por este medio, ni de usuarios ni de profesionales; lo que atribuimos a la facilidad de contacto telefónico directo. Se ha considerado, por tanto, como OM, prescindir de esta herramienta.

5.4.1.1.3.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables

Se diseñó un documento sencillo para facilitar el registro de situaciones mejorables a partir de las llamadas telefónicas de pacientes y familiares a nuestra Unidad, atendidas sobre todo por el personal administrativo; se formó a estos profesionales para aplicar la técnica de escucha activa, intentando profundizar en el requerimiento del usuario para detectar OM.

Se presenta a continuación un listado de llamadas recogidas desde enero a mayo de 2021 (**Tabla 43**). En su gran mayoría fueron realizadas por familiares/cuidadores de pacientes, solicitando información acerca de las visitas domiciliarias y/o comentando la evolución clínica o dudas con los tratamientos. De los problemas detectados en este periodo, se, realizó un sencillo análisis posterior.

Se pretende mantener esta actividad, a pesar de dificultades por cambios de profesionales y periodos de mayor sobrecarga asistencial.

Tabla 43: Listado de Escuchas Activas y comunicación de Situaciones Mejorables

LISTADO DE ESCUCHAS ACTIVAS	
Fecha	Contenido
22/1/21	El paciente no ha dormido y está desorientado (quiere que vayan a verle).
25/1/21	Cambio de día de visita domiciliaria (tiene cita en cardiología).
25/1/21	Error en presentación de tratamiento prescrito.
27/1/21	No ha cogido teléfono. Pregunta por fecha de siguiente visita.
28/1/21	Radiología: por una prueba de un paciente. Localizamos en el móvil al Equipo.
29/1/21	Sangre en el pañal intermitente, solicita llamada de Equipo Médico.
1/2/21	Preguntan por Equipo Médico/Enfermería para consultar dudas.
1/2/21	Reclamación de la paciente de la Urgencia de HULP para ingreso.
1/2/21	Laboratorio: para comunicar resultado alterado de analítica.
12/2/21	Incluir suplementos alimenticios sin lactosa en la receta electrónica.
16/2/21	Preguntan por resultados de analítica y por empeoramiento del paciente.
18/2/21	Empeoramiento del paciente.
24/2/21	Empeoramiento de la paciente.
24/2/21	Solicitan visita por empeoramiento de la paciente.
24/2/21	Desorientación y caída de la cama.
7/3/21	Gestión de ingreso.
7/3/21	Confirmar visita domiciliaria (Eco-doppler).
11/3/21	Solicitud de un informe.
11/3/21	Dudas en información en domicilio vs informe de alta.
11/3/21	Saber resultados de analítica (se lo pide hematología del HULP).
12/3/21	Dificultad del paciente para administrar medicación pautaada por su tamaño.
16/3/21	El paciente ha dado positivo en COVID-19. Familia con sintomatología.
17/3/21	Tras visita domiciliaria se le ha olvidado preguntar por vacunación.
17/3/21	Preguntan por resultado de analítica.
18/3/21	Piden información a Equipo Médico.

22/3/21	Dudas con medicación.
22/3/21	Preguntan por fecha de extracción analítica.
25/3/21	Llaman para hablar con Enfermería.
29/3/21	Cambio de fecha de visita y preguntar por resultados de analítica.
29/3/21	Dudas sobre medicación.
30/3/21	Preguntan por resultados de analítica.
5/4/21	Paciente dado de alta en febrero. Sufre alucinaciones.
7/4/21	Preguntan por fecha de próxima visita.
9/4/21	Preguntan resultados de analítica.
9/4/21	Llama para hablar con Enfermería.
9/4/21	Llama MAP para hablar con Equipo Médico sobre paciente.
9/4/21	Dudas con medicación.
12/4/21	Empeoramiento del paciente.
13/4/21	Dudas con medicación.
14/4/21	Preguntan por resultados hematología HULP (paciente ya dado de alta).
15/4/21	Dudas con medicación.
16/4/21	Solicitan confirmación de visita a domicilio, “por si es una estafa”.
20/4/21	Ajuste de tratamiento en la tarjeta sanitaria.
20/4/21	Confirmar medicación pautada al alta.
20/4/21	Empeoramiento del paciente tras ajustar medicación.
20/4/21	Anular cita domiciliaria.
20/4/21	Empeoramiento del paciente.
23/4/21	Empeoramiento del paciente tras ajuste de medicación.
26/4/21	Empeoramiento tras ajuste farmacológico al alta hospitalaria.
26/4/21	Efectos secundarios tras ajuste de medicación.
28/4/21	Solicitar adelantar valoración domiciliaria.
29/4/21	Solicitud de ajuste de medicación en tarjeta sanitaria.
29/4/21	Solicitud de ajuste de medicación en tarjeta sanitaria.
11/5/21	Empeoramiento tras ajuste de medicación al alta hospitalaria.
11/5/21	Empeoramiento tras cambio de medicación.
11/5/21	Mala tolerancia a medicación.
COMUNICACIÓN INTERNA DE SITUACIONES MEJORABLES	
22/1/21	Situación mejorable: duplicidad en atención CEX y AGD. Profesional: administrativo. Descripción: cita en consulta y derivación simultánea de AP para AGD. ¿Se ha producido anteriormente?: Sí, varias veces, con varios pacientes. ¿A cuántos usuarios afecta? A administrativos, Enfermería y facultativos de AGD y CEX. ¿Hay servicios ajenos a AGD implicados? Sí, Geriátrica (CEX.)

HULP: Hospital Universitario La Paz; MAP: Médico de Atención Primaria; CEX: Consultas Externas; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; AP: Atención Primaria

Del listado de llamadas registradas en este periodo, se extraen diversas OM (**Tabla 44**), entre las cuales destacan, dada la alta prevalencia de notificaciones al respecto, la mejora en la comunicación de los tratamientos prescritos así como de sus ajustes, favoreciendo un seguimiento estrecho de posibles efectos secundarios, así como su adecuada prescripción en la tarjeta sanitaria. Igualmente, ante las numerosas peticiones telefónicas de familiares, se propone ajustarse a los tiempos reales de resolución de las pruebas

complementarias, con el fin de poder informar en el menor tiempo posible a pacientes y/o familiares y de esta manera establecer una correcta práctica asistencial. Los SPCD suelen ser uno de los problemas más frecuentes por los que los familiares consultan, por lo que sería oportuno mejorar en la formación y manejo de los mismos, así como llegar a un consenso de los cuidados y canalización tras finalizar la intervención de AGD, para informar adecuadamente a los usuarios (pacientes y profesionales) y evitar la sobrecarga asistencial de la Unidad.

Tabla 44: Listado de Oportunidades de Mejora de la Escucha Activa y Situaciones Mejorables de pacientes / cuidadores

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Mejorar la comunicación acerca de los tratamientos, sus ajustes y un seguimiento estrecho de los posibles efectos secundarios a éstos últimos.
Asegurar la prescripción de medicación en tarjeta sanitaria cuando se hacen modificaciones farmacológicas y/o no farmacológicas.
Revisar con paciente/cuidador modificaciones terapéuticas realizadas al alta hospitalaria y corroborar su adherencia.
Ajustarse a los tiempos de resolución de las pruebas complementarias e informar sin demora a paciente/cuidador.
Potenciar la formación y manejo no farmacológico/farmacológico de los SPCD.
Consenso sobre los cuidados post alta de AGD.
Revisar los criterios de derivación a AGD y compartirlos con AP para un adecuado uso del dispositivo.

SPCD: Síntomas Psicoconductuales asociados a la demencia; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

5.4.1.2.- Información de profesionales de la propia Unidad.

Técnicas individuales:

5.4.1.2.1.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables

Dado el pequeño número de profesionales que componen nuestra Unidad, esta información se ha compartido fundamentalmente en las reuniones de la CC y en las sesiones multidisciplinarias periódicas; también de manera informal, a lo largo de la jornada laboral, valorándose posteriormente las aportaciones en las correspondientes reuniones.

Muchas OM obtenidas por esta técnica se han automáticamente implementado de manera natural; otras se recogen en el listado correspondiente a la Tormenta de Ideas y al Grupo Nominal.

Técnicas grupales:

5.4.1.2.2.- Técnica del “Brainstorming” o Tormenta de Ideas

Se dedicaron 4 reuniones de la CC al inicio del Proyecto (enero de 2021) para la realización de esta técnica, identificando diversas situaciones mejorables.

A continuación se expone un resumen de los diferentes problemas identificados (**Tabla 45**). Se consideraron más relevantes los relacionados con la adecuación del manejo por la Unidad de los pacientes que viven solos y/o presentan problemas sociales, los criterios de continuidad de cuidados tras finalizar la intervención de AGD, cuestiones relacionadas con la ruta y optimización del horario de los conductores y la gestión de las interconsultas o peticiones de AP y de CEX.

Tabla 45: Resultados de los registros de la Tormenta de Ideas o “Brainstorming”

TORMENTA DE IDEAS: SITUACIONES MEJORABLES	
<p>PACIENTES QUE VIVEN SOLOS:</p> <p>POSIBLES BENEFICIOS DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA DE AGD</p>	<p>Debate sobre si estos pacientes deben ser incluidos en AGD (ha sido clásicamente un criterio de exclusión).</p> <p>Posibilidad de problemática social asociada, cuidadores no capaces o informales, problemas psiquiátricos...</p> <p>Estos pacientes pueden obtener beneficio de una VGI domiciliaria (necesidad de informe de un especialista, falta de diagnósticos clínicos...).</p> <p>Se propone analizar la eficacia de la Unidad en su asistencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Registro de pacientes que viven solos atendidos. 2) Al menos se realizará una visita domiciliaria, previa información a su MAP. 3) Se solicitará un informe social previo. <p>Posibilidad de derivar a algunos de estos pacientes a consulta ambulatoria con apoyo social.</p> <p>Se han incluido en el estudio prospectivo por ser una eventual OM.</p>
<p>CRITERIOS DE CONTINUIDAD POST-ALTA</p>	<p>Incluir en el informe de alta que el seguimiento será por su EAP.</p> <p>Diseño de una hoja con información de los teléfonos de Secretaría, de AGD y de otros como infoPAL (a criterio del Equipo) incluyendo el correo para sugerencias. Esta hoja informa también que tras el alta de AGD el seguimiento será por su MAP, quedando a su criterio una eventual nueva valoración por nuestra Unidad.</p> <p>Como excepción a esta norma, se elaborará un listado de pacientes a los que, por diversas circunstancias (principalmente riesgo de reingresos hospitalarios), se autoriza a consultar de manera directa según su propio criterio.</p>
<p>ruta de PACIENTES DEL DÍA</p>	<p>Se enviará por correo electrónico al administrativo el listado de visitas en el día, para poder dar respuesta en caso de consulta telefónica.</p>
<p>INFORMACIÓN MÁS COMPLETA POR PARTE DE AP EN PETICIONES DE INTERCONSULTA</p>	<p>Informar a los coordinadores para difusión de la metodología de solicitud de interconsultas (vía email por protección de datos) incluyendo CIPA para evitar errores de identificación. A aquellos que continúen enviando interconsultas por FAX se les remitirá a la vía oficial establecida.</p> <p>Evitar interconsultas con información insuficiente. Se consensua como OM contactar en esos casos con el MAP para solicitar más datos. El triaje de la lista de espera por parte de Enfermería se ampliará información sobre el motivo de solicitud.</p> <p>Ante la dificultad de contacto telefónico con MAP se responderá al e-mail de la interconsulta proporcionando datos de contacto de la Unidad.</p>

INTERCONSULTAS A AGD DE PACIENTES QUE PUEDEN SER VALORADOS EN CEX	Detección de duplicación de interconsultas (CEX y AGD). Si el paciente cumple criterios de CEX se citará únicamente en esta Unidad. Se establece como requisito la valoración previa por su MAP.
OPTIMIZAR Y CUMPLIR EL HORARIO DE CONDUCTORES/COCHES:	Respetar, en la medida de lo posible, el horario. Optimizar el recurso de transporte mejorando organización del Equipo.
OPTIMIZAR TIEMPO Y CAPACIDADES DE ENFERMERÍA	Propuesta de salida temprana a domicilios de Enfermería (solos o con el MIR/EIR). Potenciar la formación del residente para realizar la primera visita. Realización de una VGI, exploración, revisión de medicación y eventual extracción de muestras. Elaboración de protocolos para valoración estructurada de los pacientes según perfiles, unificando criterios. Programar reuniones multidisciplinarias para comentar pacientes activos y/o OM.
DESCONOCIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES DE CADA ADMINISTRATIVO	Propuesta de forma de trabajo: - Un administrativo más exclusivo para AGD. - Rotación de administrativos para que todos conozcan las funciones de AGD. - El tiempo de rotación lo proponen los administrativos.
DESCONOCIMIENTO DEL PERFIL DE PACIENTE A NIVEL SOCIAL	Necesidad de información sobre el apoyo social del paciente, sobre todo de aquellos que viven solos y en los que la derivación específica Problema Social. Estos casos tienen que tener una valoración social desde AP, que debe a la interconsulta previo a nuestra valoración. Falta de acceso a la historia social de los pacientes. Actualmente la información la obtiene la Trabajadora Social del hospital por teléfono y/o correo electrónico con Trabajo Social de zona.
ANALIZAR PACIENTES NO VISTOS	Análisis de las causas por las que no se han visto pacientes de la lista de espera (actualmente archivados).

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; VGI: Valoración Geriátrica Integral; MAP: Médico de Atención Primaria; OM: Oportunidad de Mejora; EAP: Equipo de Atención Primaria; CEX: Consulta Externa

Entre todas las propuestas destacamos como OM (**Tabla 46**) la importancia de llegar a un consenso sobre la eficacia de la asistencia a los pacientes que viven solos y/o con problemática social. También la actualización de los criterios de derivación desde AP. Se

propone mejorar la elaboración y gestión de la ruta diaria, optimizando el horario, y analizar el listado de pacientes en lista de espera no vistos.

Tabla 46: Listado de Oportunidades de Mejora de la Tormenta de Ideas o “Brainstorming”

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Consenso de la Unidad respecto a la asistencia a los pacientes que viven solos.
Acotar criterios de continuidad de cuidados post-alta: seguimiento posterior por AP.
Individualizar asistencia post-alta, permitiendo consultas directas (sin necesidad de primer contacto con AP) a algunos pacientes.
Mejorar la elaboración y gestión de la ruta diaria.
Coordinar con AP los criterios de derivación a AGD así como la información mínima que debe constar en las peticiones de interconsulta.
Sustituir derivación por FAX por el email de Secretaría.
Contacto con AP en caso de interconsultas incompletas y/o que no cumplan criterios de derivación.
Coordinación con AP de pacientes derivados desde CEX.
Optimización del horario en que se dispone de los conductores.
Analizar los pacientes no vistos por la Unidad.
Mejorar la distribución de tareas de los administrativos.
Solicitar a AP valoración previa por Trabajador social de zona de los pacientes con problemas sociales.

AP: Atención Primaria; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; CEX: Consulta Externa

5.4.1.2.3.- Técnica del Grupo Nominal

Tras la realización de la técnica del Grupo Nominal se obtuvo un listado final de OM. Partiendo de la pregunta propuesta a todos los participantes: “¿Cómo mejorar las diferentes dimensiones de la Calidad de una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria?”, se presentó un primer listado de situaciones de mejora, posteriormente priorizado

Cabe resaltar las relacionadas con AP, como retomar las sesiones conjuntas y de formación con los diferentes C.S., mejorar el contacto y los criterios de derivación a AGD y solicitar la posibilidad de acceso de la evolución clínica de los pacientes desde AP. Asistencialmente se plantea analizar las características de los pacientes con estancias prolongadas, mejorar la gestión de la lista de espera y el contacto con el paciente (con disponibilidad de un acceso telefónico 24 horas); reintroducir las sesiones multidisciplinarias en la Unidad, incrementar la coordinación entre Niveles Asistenciales (y otros dispositivos domiciliarios), optimizar la ruta diaria de pacientes y potenciar el papel de Enfermería.

También se plantea solicitar un mayor apoyo de Trabajo Social y Personal administrativo, así como la posibilidad de incluir profesionales de Rehabilitación (fisioterapia/terapia ocupacional) y/o Psicología en las valoraciones domiciliarias; el uso de ecografía a pie de cama, infusores y otro material y protocolizar las patologías más frecuentes.

A continuación se expone el listado inicial completo obtenido en la primera fase del Grupo Nominal (**Tabla 47**):

Tabla 47: Listado inicial de Oportunidades de Mejora del Grupo Nominal

OPORTUNIDADES DE MEJORA	
A.	Retomar sesiones y formación con AP.
B.	Mejorar el contacto con AP.
C.	Valorar visitas conjuntas con AP.
D.	Estipular visita previa por parte de MAP antes de derivación.
E.	Enviar una sola solicitud, evitar duplicidad (fax/email).
F.	Cumplimiento de criterios de valoración en domicilio, evitando derivaciones no indicadas/Urgencias HULP.
G.	Análisis y evaluación de los pacientes con estancia prolongada.
H.	Programación semanal de las visitas domiciliarias, programar lista de espera (priorizar pacientes).
I.	Accesibilidad a los servicios, coordinación con Unidades hospitalarias.
J.	Valoración del diagnóstico y tratamiento social.
K.	Dificultad para el contacto telefónico con el paciente.
L.	Coordinación entre niveles asistenciales (AP, ESAD, AECC, AGD, servicios sociales, Trabajo Social primaria...).
M.	Teléfono de contacto para AGD 24 horas, 7 días de la semana.
N.	Optimizar tiempo en domicilio (sobre todo de las primeras visitas) y no interferir con las funciones de AP.
O.	Falta de tiempo de administrativos.
P.	Disponer de Bladder scan y ecografía.
Q.	Disponer de contacto con Trabajo Social y C.S. (mail).
R.	Déficit en formación del residente en VGI.
S.	Acceso de historia clínica de AGD en AP.
T.	Duplicación de HCIS y base de datos (ACCES), evitar papeles.
U.	Retomar sesiones de Equipo (cerca/lejos) semanal.
V.	Uso de infusores en domicilio para pacientes paliativos.
W.	Optimización del conocimiento y trabajo de Enfermería.
X.	Entrenamiento del cuidador con material de apoyo.
Y.	Optimizar tiempo de ruta, por zona/C.S.
Z.	Recursos humanos y material disponible.
AA.	Gestión de interrupciones.
BB.	Fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo a domicilio.
CC.	Coordinación entre Equipos domiciliarios para crear materiales y guías de actuación.
DD.	Unificar criterios alta/ingreso en ambos Equipos.
EE.	Optimizar y poder explotar datos de HP-CIS.

AP: Atención Primaria; MAP: Médico de Atención Primaria; HULP: Hospital Universitario La Paz; ESAD: Equipo de Soporte Atención Domiciliaria; AECC: Asociación Española Contra el Cáncer; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; C.S.: Centro de Salud; VGI: Valoración Geriátrica Integral

5.4.1.3.- Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.

5.4.1.3.1.- Entrevista en profundidad semiestructurada a expertos

Se llevaron a cabo cinco entrevistas en profundidad semiestructuradas, vía telefónica y con duración de unos 15-20 minutos, a cinco profesionales con experiencia asistencial en AGD de distintos dispositivos de Asistencia Domiciliaria a PM a nivel nacional: dos Geriatras, una Trabajadora Social, una Enfermera y una administrativa.

De cada entrevista se obtuvo abundante información; la que se consideró más relevante se muestra en la **Tabla 48**.

Tabla 48: Resultados de las entrevistas en profundidad semiestructuradas a cinco expertos en Atención Domiciliaria

EXPERTO 1: Geriatra (Castilla la Mancha)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación con la UGA. ▪ Potenciación de altas precoces. ▪ Antibioterapia intravenosa de manera individualizada según apoyo social. ▪ Soporte telefónico – contestador por la tarde.
EXPERTO 2: Geriatra (Cataluña)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional de fisioterapeuta – terapia ocupacional en la Atención Domiciliaria. ▪ Realización de reuniones semanales de seguimiento con planteamiento de objetivos. ▪ Valoración del porcentaje de altas a otro dispositivo que no sea AP (UGA, UME, HDG...) valorando si se debe a escasez de recursos o a la dificultad para su uso en el domicilio. ▪ Soporte telefónico tarde-fin de semana. ▪ Adecuación de términos para busca bibliográfica útil para el presente proyecto. ▪ Valorar eficacia en resolución de motivos de derivación desde AP. ▪ Preguntar la <u>opinión a los profesionales de UGA.</u>
EXPERTO 3: Trabajadora Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realización de reuniones multidisciplinares.
EXPERTO 4: Administrativa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encriptar datos de pacientes vía email. ▪ Citar las llamadas que se reciben en secretaría para recuento. ▪ Entregar hoja de ruta a la auxiliar. ▪ Reuniones por Zoom con C.S.
EXPERTO 5: Enfermera
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agilizar tiempo de espera. ▪ Insistir en actualización de Módulo Único de Prescripción (MUP). ▪ Registro de fallos y errores.

UGA: Unidad de Geriatría de Agudos; AP: Atención Primaria; UME: Unidad de Media Estancia; HDG: Hospital de Día de Geriatría; C.S.: Centro de Salud; MUP: Módulo Único de Prescripción

Destacamos la reactivación de reuniones multidisciplinarias y con los C.S., la implementación de una coordinación con la UGA, teniendo en cuenta la opinión de sus profesionales para favorecer altas precoces, la posibilidad de disponer de soporte telefónico y buzón contestador 24 horas, 7 días a la semana o la mejora en la gestión del tiempo de espera hasta la primera visita.

A continuación se exponen todas las OM consideradas por la CC tras las entrevistas en profundidad semiestructuradas (**Tabla 49**):

Tabla 49: Listado de Oportunidades de Mejora de las entrevistas en profundidad semiestructuradas a expertos en Atención Domiciliaria

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Coordinación con la UGA para favorecer altas precoces.
Disponer de buzón contestador 24 horas.
Disponer de soporte telefónico tardes – fines de semana.
Reuniones multidisciplinarias semanales por Equipos, quincenales multidisciplinarias.
Interrogar acerca de opiniones / propuestas de mejora a profesionales de UGA.
Registrar llamadas que reciben administrativos para recuento y extracción de OM.
Retomar reuniones con los C.S.
Mejorar gestión de tiempo de espera hasta la primera visita.

UGA: Unidad de Agudos de Geriátrica; OM: Oportunidad de Mejora; C.S.: Centro de Salud

5.4.1.4.- Cuestionarios de satisfacción.

5.4.1.4.1.- Cuestionario de satisfacción a la población usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

Se entregaron un total de 50 encuestas en visitas asistenciales consecutivas, de las que se recibieron 33 cumplimentadas. Se aseguró el anonimato en la respuesta, recibida por correo postal (se entregaron con sobre y sello para facilitar la respuesta).

En la **Tabla 50** se muestran los resultados de las 19 preguntas del cuestionario, donde predominan las respuestas positivas (*bastante, mucho*) respecto a las negativas (*nada, poco*) o indecisas (*no lo sé*). En cuanto a las preguntas abiertas, la participación fue menor. La percepción del usuario acerca de la organización general de la Unidad es satisfactoria (97% de los encuestados respondieron “bastante” o “mucho”), así como la opinión sobre los horarios, la información dada y la atención telefónica recibida (un solo encuestado consideró insuficiente el tiempo dedicado y la continuidad de cuidados). Para la totalidad de los participantes, la Calidad Asistencial general de la Unidad fue adecuada y todos la recomendarían a sus conocidos.

Tabla 50: Resultados de la Encuesta de Satisfacción de pacientes y/o cuidadores

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Está satisfecho con la organización general del servicio que le presta nuestra Unidad?	Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 30,3% (10) Mucho: 66,7% (22) No lo sé: 3% (1)
¿Está satisfecho con los horarios de visita que le presta nuestra Unidad?	Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 54,5% (18) Mucho: 45,5% (15) No lo sé: 0%
¿Está satisfecho con la atención que recibe por teléfono?	Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 36,4% (12) Mucho: 57,6% (19) No lo sé: 6,1% (2)
¿Está satisfecho con la rapidez con que le atendemos en su domicilio?	Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 36,4% (12) Mucho: 60,6% (20) No lo sé: 3% (1)
¿Está satisfecho con la atención que recibe si surge un problema urgente durante nuestro seguimiento?	Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 33,3% (11)

RESULTADOS

	<p>Mucho: 36,4% (12) No lo sé: 30,3% (10)</p>
¿Está satisfecho con el tiempo que le dedicamos?	<p>Nada: 0% Poco: 3% (1) Bastante: 21,2% (7) Mucho: 72,7% (24) No lo sé: 3% (1)</p>
¿Está satisfecho con la información que le damos?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 33,3% (11) Mucho: 66,7% (22) No lo sé: 0%</p>
¿Está satisfecho con la información sobre su enfermedad y tratamiento que le damos?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 33,3% (11) Mucho: 63,6% (21) No lo sé: 3% (1)</p>
¿Está satisfecho con el trato, con cómo nos preocupamos por su salud, cómo le escuchamos, con la disposición de ayudarle que recibe de nuestra Unidad?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 12,1% (4) Mucho: 87,9% (29) No lo sé: 0%</p>
¿Está satisfecho de cómo respetamos su intimidad?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 15,2% (5) Mucho: 78,8% (26) No lo sé: 6,1% (2)</p>
¿Está satisfecho con la continuidad asistencial?	<p>Nada: 0% Poco: 3% (1) Bastante: 21,2% (7) Mucho: 63,6% (21) No lo sé: 12,1% (4)</p>
¿Está satisfecho con la coordinación de nuestra Unidad con los profesionales del Hospital (consultas de especialistas, pruebas complementarias, ingresos...)?	<p>Nada: 0% Poco: 3,3% (1) Bastante: 16,7% (5) Mucho: 53,3% (16) No lo sé: 26,7% (8)</p>
¿Está satisfecho con la calidad general de nuestra Unidad?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 30% (21) Mucho: 70% (9) No lo sé: 0%</p>
¿Tiene la sensación de estar en buenas manos?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 33,3% (10) Mucho: 66,7% (20) No lo sé: 0%</p>
¿Le solucionamos los problemas?	<p>Nada: 0%</p>

	<p>Poco: 3,3% (1) Bastante: 36,7% (11) Mucho: 56,7% (17) No lo sé: 3,3% (1)</p>
¿Recomendaría a sus conocidos este servicio?	<p>Nada: 0% Poco: 0% Bastante: 16,7% (5) Mucho: 83,3% (25) No lo sé: 0%</p>

¿QUÉ ES LO QUE LE GUSTA MÁS DE ESTE SERVICIO?

<ol style="list-style-type: none"> 1. La humanidad, debería ser un Equipo para otros servicios de Medicina. 2. El trato que tienen con nosotros. 3. Su profesionalidad y atención al paciente. 4. Los profesionales son un gran Equipo y trata a los pacientes con mucho cariño para que mejoren. 5. Que se preocupen por el paciente y le escuchen. 6. La atención, profesionalidad y rapidez. 7. Que se pueden desplazar al domicilio de los pacientes y evalúen el estado de salud y tomen las decisiones necesarias inmediatas. 8. El trato al paciente. 9. La información. 10. El seguimiento. 11. Nos gusta todo, si tengo que resaltar algo es la amabilidad y el cariño con el que tratan a los pacientes y también a los familiares. 12. La Atención Domiciliaria y atención, trato y profesionalidad de sus sanitarios. 13. La atención al paciente y poder contar con especialistas cuando se necesite. 14. El control del paciente. 15. El nivel de atención al paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Todo. 17. Su utilidad, comodidad y buen trato. 18. La atención personalizada y el buen trato en el domicilio. 19. Como nos escuchan y lo amables que son 20. La atención al paciente y a la familia. 21. La atención personalizada, el trato amable y cercano, la profesionalidad, rapidez en atención y la información detallada. 22. Diligencia, rapidez y empatía con el paciente 23. El propio servicio en todos sus aspectos. Esta atención es de un valor incalculable para personas de edad avanzada. 24. Si nos referimos al servicio de cuidados paliativos el trato ha sido muy profesional en cuanto al tratamiento y la atención asistencial. 25. Que se preocupan por mí. 26. Me gusta todo, la profesionalidad, el cariño con el que tratan a los enfermos dedicándoles mucho tiempo y con una amabilidad muy grande. 27. El trato médico y de las Enfermeras. 28. La profesionalidad, el trato tan cariñoso, la información que nos dan. 29. La atención prestada.
--	--

¿QUÉ ES LO QUE LE GUSTA MENOS DE ESTE SERVICIO?

<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Que están desbordados. 3. En el poco tiempo que les conozco me gusta todo. 4. Alta domiciliaria rápida. 5. Hasta ahora estoy contento y agradecido por el servicio que prestan. 6. No hay nada que no nos guste. 7. La saturación que lamentablemente tienen. 8. Que si surge alguna Urgencia por las tardes o en fin de semana, no tenemos atención. 9. Por ahora nada.
--

<ol style="list-style-type: none"> 10. Hasta ahora el servicio es perfecto. 11. El enfoque inicial del tratamiento que ha ocasionado un retraso en el inicio de los cuidados paliativos sin tener en cuenta las necesidades manifestadas por el paciente y la familia. 12. Como todo es bueno, no tengo nada que objetar: la atención, amabilidad, coordinación, respeto, alegría etc. 13. Me gusta todo. 	
¿QUIERE HACER ALGÚN OTRO COMENTARIO O SUGERENCIA?	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No. 2. Todas las Unidades/Servicios de Geriátría deberían asimilar esta atención. 3. Me gustaría que siguieran llevando un control del paciente aunque fuera telefónico. 4. Gracias a todos los profesionales que han venido a mi domicilio. 5. Gracias, creo que su trabajo es necesario e imprescindible y seguro que si han de mejorar en algo con los excelentes profesionales que hay, lo lograrán. 6. Que sigan muchos años prestándolo. 7. Dado el buen servicio de atención que dan al no poder contar con ustedes en el fin de semana, si surge alguna Urgencia, hay que acudir al hospital, y eso es lo peor que nos podía pasar. 8. Todo perfecto, muchísimas gracias. 9. Que cada vez que se necesite este servicio se pueda pedir directamente la cita y no a través del médico de familia o de terceros. 10. Espero que las autoridades comprendan la importancia de este servicio, que llegue a todo el que pueda necesitarlo y que nunca se reduzca o elimine. 11. No estamos satisfechos con el hecho de dejar a la familia la responsabilidad de decidir que el enfermo pase a cuidados paliativos cuando es evidente que en base a los informes hospitalarios el enfermo es terminal. 12. Dar las gracias a la Dra. Garmendia y a su Equipo, por lo contentos que quedamos con ellos y su Equipo. Mejorarlos es ya imposible. Gracias también a la Cruz Roja por la colaboración nacional y mundial. 13. Estoy encantada con el trato, cariño y profesionalidad. 	
Edad del cuidador o paciente que responde	<70: 27,3% (8) 70-80: 3,4% (1) 80-90: 37,8 (11) >90: 30,9% (9)
Sexo del cuidador o paciente que responde	Mujer: 79,3% (23) Hombre: 20,7% (6)

La CC revisó las respuestas de los 33 participantes, extrayendo de las mismas diferentes OM (**Tabla 51**). Entre ellas, y ante la demanda de los usuarios, se plantean la necesidad de aumentar la cobertura asistencial (incluyendo la tarde-noche y fines de semana), así como la identificación de los pacientes más complejos y/o con potenciales eventos urgentes, para realizar un seguimiento más estrecho y evitar de este modo derivaciones innecesarias a la Urgencia, ingresos hospitalarios u otras complicaciones. En relación con las respuestas positivas, la CC considera que hay que mantener y reforzar los ítems relacionados con éstas, evitando esperas prolongadas hasta la primera visita, tener en consideración el tiempo dedicado a cada paciente en función de su complejidad y necesidades, o potenciar la coordinación con los recursos hospitalarios.

Tabla 51: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de Satisfacción de pacientes y cuidadores

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Aumentar la cobertura asistencial a las tardes-noches y fines de semana.
Identificar pacientes con potenciales eventos urgentes y seguimiento estrecho de los mismos para evitar complicaciones.
Continuar con la organización general que presta el Servicio tratando de mantener los horarios de visita estipulados.
Disminuir tiempo de espera hasta la primera visita, en función de la prioridad clínica.
Tener en consideración el tiempo dedicado a cada paciente según sus necesidades.
Potenciar y asegurar la coordinación de la Unidad con los profesionales del Hospital.

5.4.1.4.2.- Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

Se envió un link de acceso al cuestionario mediante correo electrónico a diferentes MAP elegidos de manera aleatoria de los C.S. atendidos por AGD. Se obtuvieron un total de 26 encuestas cumplimentadas, de manera anónima.

En la **Tabla 52** se muestran los resultados de las 18 preguntas del cuestionario, con una considerable participación en las preguntas abiertas. Sobre la actividad de AGD un 100% la consideró necesaria, un 88,5% opinó que su actividad debía ser consultiva y asistencial y un 11,5% refirió que además debía asumir responsabilidad directa y máxima en el cuidado de determinados pacientes complejos en domicilio. En cuanto a los aspectos más valorados del Equipo, en un 57,7% fue la especialización en la valoración y tratamiento de pacientes geriátricos y en un 7,7% la disponibilidad de recursos hospitalarios. En relación a la información sobre los cuidados de los pacientes, un 8% encontró falta de comunicación, un 4% falta de coordinación y un 16% ambas, estando el 72% satisfecho. Comparado con otras especialidades hospitalarias del área, un 61,5% estimó la relación con el servicio de Geriátrica mucho mejor, un 26,9% mejor, un 3,8% igual, un 7,7% peor y ninguno la valoró como mucho peor.

Tabla 52: Resultados de la Encuesta de mejora a los Equipos de Atención Primaria

PREGUNTAS	RESULTADOS
<p>Centro de Salud</p>	<p>Castroviejo: 3 (12,9%) Barrio del Pilar: 2 (8,6%) Ciudad de los Periodistas: 1 (4,3%) Villamil: 2 (8,6%) Infanta Mercedes: 2 (8,6%) Fuentelarreina: 3 (13%) Reina Victoria: 1 (4,3%) Fuencarral: 4 (17,3%) Virgen de Begoña: 1 (4,3%) Bustarviejo: 4 (17,4%)</p>
<p>¿En alguna ocasión has remitido enfermos para valoración al Servicio de Geriatría del HUCCR?</p>	<p>CEX: 26 (100%) Valoración domiciliaria: Sí: 25 (96%); No: 1 (3,8%) Ingreso hospitalario: Sí: 12 (46,2%), No: 12 (46,2%)</p>
<p>¿Has tenido problemas con los cauces establecidos para la derivación de enfermos?</p>	<p>Sí: 3 (11,5%) No: 23 (88,5%) Otros: 1 (3,8%): demoras en la atención entendible por la sobrecarga</p>
<p>¿Qué criterios utilizas para remitir enfermos al Servicio de Geriatría?</p>	<p>La edad: 8 (30,8%) La presencia de síndromes geriátricos: 26 (100%) Otros: Trato y atención continuada: 1 (3,8%) Dificultad manejo ante empeoramiento: 1 (3,8%) Complejidad de manejo, edad y pruebas invasivas: 1 (3,8%) Cuando necesito ayuda en el manejo de los pacientes: 1 (3,8%) Multipatología mal controlada y polimedicación: 1 (3,8%) Patología geriátrica que precisa apoyo para realizar estudios complementarias no accesibles desde AP: 1 (3,8%) La necesidad de pruebas no accesibles desde AP: 1 (3,8%) Complejidad del paciente, incapacidad para desplazarse, manejo paliativo: 1 (3,8%)</p>
<p>¿Recibes con rapidez los informes clínicos desde nuestro servicio?</p>	<p>De pacientes de CEX: Sí: 6 (23%); No: 4 (15,4%) De pacientes ingresados: Sí: 3 (11,5%); No: 3 (11,5%) De pacientes valorados en su domicilio: Sí: 15 (57,7%); No: 3 (11,5%)</p>
<p>¿En qué sentido los informes satisfacen tus expectativas previas a la derivación del paciente?</p>	<p>Enfoque diagnóstico: Mejor (23: 88,5%) igual (1: 3,8%), peor (1: 3,8%) Atención integral: Mejor (23: 88,5%), igual (3: 11,5%), peor (0) Plan de Cuidados en Atención Primaria: Mejor (18: 69%), igual (7: 27%), peor (1: 3,8%)</p>

<p>En tu opinión, la existencia del Equipo de AGD:</p>	<p>No es necesaria: 0% Debe ser solamente consultiva: 0% Debe ser consultiva y asistencial, como apoyo a la Atención Primaria: 23 (88,5%) Debería asumir la responsabilidad directa y máxima en los cuidados de ciertos pacientes geriátricos: 3 (11,5%)</p>
<p>Desde tu punto de vista, lo más útil del Equipo de AGD es:</p>	<p>Su especialización en la valoración y manejo de pacientes geriátricos: 15 (57,7%) Su disponibilidad de recursos hospitalarios: 2 (7,7%) La eficacia en la resolución de problemas planteados en tus pacientes: 7 (26,9%) Ninguna utilidad: 0% Otra: Los 3 supuestos cumplen por igual la utilidad de AGD: 1 (3,8%) Todas las anteriores. Son de muchísima ayuda: 1 (3,8%)</p>
<p>¿Crees que se debieran fomentar las valoraciones conjuntas domiciliarias entre el Equipo de Atención Primaria y el Equipo hospitalario?</p>	<p>Sí: 25 (96,2%) No: 1 (3,8%)</p>
<p>En relación a las reuniones en el Centro de Salud con el Equipo del Servicio de Geriátria (hasta antes de la pandemia, y pendientes de reactivar):</p>	<p>¿Sueles asistir? Sí: 25 (96%) / No: 1 (3,8%) ¿Te son de utilidad? Sí: 24 (92,3%) / No: 1 (3,8%)</p>
<p>¿Con qué periodicidad deberían realizarse?</p>	<p>Mensual: 8 (39,8%) Bimestral: 12 (46,2%) Trimestral: 6 (23,1%)</p>
<p>¿Deberían basarse en el comentario de casos clínicos?</p>	<p>Sí: 92,3% (24) No: 2 (7,7%)</p>
<p>¿Deberían tener un mayor componente docente?</p>	<p>Sí: 21 (84%) No: 4 (16%)</p>
<p>¿En este caso, qué temas geriátricos serían de tu interés?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Manejo paliativo. - Agitación, insomnio. - Manejo de determinados tratamientos en paciente geriátrico como el insomnio, trastornos crónicos, fragilidad... - Demencias, agitación. - Repaso de Síndromes Geriátricos complicados, manejo de enfermos terminales. - Síndromes Geriátricos y los temas que los propios geriatras decidan. - Los más prevalentes en esta población. - Revisión de manejo de síndromes geriátricos, tratamiento de determinadas patologías - Síndromes Geriátricos. - Demencias, ICC en ancianos. - Me gusta mucho la pluripatología que vemos en ancianos y el reto que supone, en sí me gusta 	

<p>todo, quizás en lo que tenemos más dificultad es en el manejo de la nutrición del paciente geriátrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo general del paciente geriátrico. - Deterioro cognitivo. - PCC. - Manejo de descompensaciones agudas de ICC e insuficiencia respiratoria en pacientes geriátricos. - Insomnio, demencia. - Síndromes geriátricos (diagnóstico, manejo, medicación...). - Manejo del paciente. - Cómo actuar ante diferentes síntomas o síndromes geriátricos del paciente anciano. - Síndromes Geriátricos, demencias y deterioro cognitivo, desnutrición y depresión. - Farmacología adaptada a paciente geriátrico. 	
<p>En tu opinión, y en relación con otras especialidades hospitalarias del área, tu relación con el Servicio de Geriatria del Hospital Universitario Cruz Roja, la consideras:</p>	<p>Mucho mejor: 16 (61,5%) Mejor: 7 (26,9%) Igual: 1 (3,8%) Peor: 2 (7,7%) Mucho peor: 0%</p>
<p>En general, y en relación al seguimiento continuado de tus pacientes que han estado en contacto con el Servicio de Geriatria del Hospital Universitario Cruz Roja, crees que:</p>	<p>Falta comunicación: 2 (8%) Falta coordinación: 1 (4%) Faltan ambas cosas: 4 (16%) Estoy satisfecho/a: 18 (72%)</p>
<p>Para terminar, agradeceríamos cualquier comentario, sugerencia y/o propuestas de mejora que nos ayudara a mejorar nuestra práctica asistencial.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Debería existir este Servicio tan bien valorado por los pacientes y los profesionales en todos los hospitales y con mayor dotación de recursos humanos. - vías de comunicación más fluidas. - Sería deseable mayor frecuencia de reuniones en el C.S. y una mejor comunicación. - Os animo a seguir así. Sois excelentes. - El servicio de Geriatria de la Cruz Roja es magnífico. Funcionan muy bien, son accesibles y de gran ayuda, sobretodo con los pacientes domiciliarios, pero también con los pacientes que derivamos a consultas, ojalá la coordinación con otras Unidades Hospitalarias fuera como con ellos. Muchas gracias. - Este cuestionario no esta del todo bien formulado, la primera pregunta de esta página p.e. yo os considero consultivo asistencia y responsable de determinados pacientes complejos. Sería ideal poder ir juntos pero los unicornios no existen (no hay tiempo material) .Se pueden comentar casos y en el proceso se van viendo sobre que carencias incidir y hacer una sesión mas teórica. - Daros las gracias por vuestro trabajo. - Creo que se debería mejorar el acceso a los informes clínicos tanto de Atención Domiciliaria como de consultas. Habitualmente no podemos verlos desde Horus y acabo enviando correos al médico de Atención Domiciliaria, que siempre contesta rápidamente. Funciona muy bien. - Creo que todo el Equipo de Geriatria de Cruz Roja desde hace varios años tiene un nivel excelente y ofrece una accesibilidad y nos ayuda de forma espectacular en el manejo del paciente geriátrico complejo . Personalmente estoy muy agradecida a todos los compañeros de 	

- Geriatría de Cruz Roja y lamento no tener suficientemente a las reuniones cuando acuden al Centro de Salud por la sobrecarga laboral.
- Es un servicio muy útil y necesario para el buen control del Paciente Geriátrico.
 - Importante la reanudación de sesiones conjuntas con el Equipo de Atención Domiciliaria, es fundamental retomar la comunicación directa.
 - Dificultad ver informes de Cruz Roja. Muchas veces no podemos ver evolutivos solo el alta.
 - Retomar las reuniones conjuntas, mejorar comunicación, AP y Geriatría a domicilio con visitas compartidas.
 - Siempre le comiendo a los pacientes el Servicio de Geriatría del H. Cruz Roja, por la calidad de los profesionales y el trato humano, además de la buena comunicación con AP. Debería potenciarse más el Equipo de AGD, la población geriátrica inmovilizada es cada día más y se requieren por lo menos dos Equipos por zona, lo que ayudaría a que no se saturará este servicio y fuera más pronta la atención al paciente.

CEX: Consulta Externa; HUCCR: Hospital Universitario Central de la Cruz Roja; AP: Atención Primaria; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria

De igual forma que en el cuestionario anterior, la CC revisó las 26 participaciones obteniendo OM, que se muestran en la **Tabla 53**. Entre éstas, cabe resaltar la necesidad de afianzar los cauces de derivación de pacientes, solicitar la visualización por parte de AP del seguimiento de los pacientes atendidos por AGD, y valorar la programación de visitas conjuntas. Se considera relevante asegurar un adecuado enfoque diagnóstico y plan de cuidados en los informes de alta, reactivar las reuniones en los C.S., acorde a la periodicidad más demandada (bimestral) potenciando la formación en los temas geriátricos más solicitados (como son los SPCD, el manejo del paciente paliativo o el crónico-complejo), asegurando una óptima y fluida coordinación y comunicación.

Tabla 53: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de mejora a los Equipos de Atención Primaria

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Afianzar con AP cauces de derivación de pacientes para valoración en AGD.
Revisar / actualizar criterios de derivación a AGD y puesta al día a AP.
Solicitar medidas para que AP pueda acceder a visualizar el seguimiento de los pacientes por AGD antes del informe final de alta.
Asegurar en informes de alta enfoque diagnóstico y plan de cuidados en AP.
Valorar programación de visitas conjuntas domiciliarias con AP.
Reactivar las reuniones con los C.S. con periodicidad bimestral, potenciando el comentario de casos clínicos y la formación docente.
Potenciar la formación a los profesionales de AP; como temas más demandados los SG, la demencia y manejo del paciente crónico-complejo y/o paliativo.
Asegurar la coordinación y comunicación fluida con AP.

AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; AP: Atención Primaria; C.S.: Centro de Salud; SG: Síndromes Geriátricos

5.4.1.4.3.- Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

Con el fin de extraer OM asistenciales y formativas para con los MIR/EIR se facilitó a los mismos el acceso al cuestionario, vía telemática y de forma anónima y voluntaria, basándose las preguntas en la encuesta oficial del Ministerio de Sanidad para especialistas en formación en Ciencias de la Salud. En el periodo de un mes, se obtuvieron un total de 20 respuestas, que se muestran en la **Tabla 54**.

La participación fue aceptable, con mayor número de respuestas de MIR (15) respecto a EIR (5), debido al mayor número de rotantes de los primeros. Las preguntas abiertas fueron ampliamente respondidas, sobre todo la relacionada con los aspectos positivos de la Unidad. Cabe destacar que todos los participantes valoraron positivamente la acogida en la Unidad, así como el nivel de supervisión recibido y el cumplimiento de los objetivos y actividades realizadas junto con la formación teórica-práctica. Todos los residentes encuestados consideraron cumplidas sus expectativas sobre la rotación, recomendándola a otros compañeros. En cuanto a la duración de ésta, un 30%, en su mayoría EIR, consideraron que fue insuficiente.

Tabla 54: Resultados de la Encuesta de mejora a los MIR/EIR que han rotado en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Cuál es tu categoría profesional?	MIR: 15 (75%) EIR: 5 (25%)
¿Cuál es tu especialidad?	Geriatría: 16 (80%) MFYC: 4 (20%)
¿En qué año rotaste en AGD?	2019: 2 (10%) 2020: 3 (15%) 2021: 4 (20%) 2022 y en adelante: 11 (55%)
¿En qué año de residencia rotaste en AGD?	R1: 1 (5%) R2: 7 (35%) R3: 6 (30%) R4: 6 (30%)
¿Cómo valoras la acogida en la rotación?	Muy buena: 18 (90%) Buena: 2 (10%) Regular: 0% Mala: 0%
¿Consideras que el nivel de supervisión recibido se corresponde con tu año de residencia?	Sí: 20 (100%)
¿Cómo valoras el cumplimiento de los objetivos y las actividades realizada en la rotación?	Muy bien: 17 (85%) Bien: 3 (15%) Regular: 0% Mal: 0%

¿Cómo valoras la formación teórico-práctica recibida en la rotación?	Muy buena: 14 (70%) Buena: 6 (30%) Regular: 0% Mala: 0%
En la rotación, ¿se han cumplido las expectativas que tenías al inicio de la misma?	SÍ: 20 (100%)
¿Recomendarías la rotación realizada a tus compañeros?	Sí: 20 (100%)
¿Consideras que la duración de la rotación ha sido adecuada?	Insuficiente: 6 (30%) Adecuada: 14 (70%) Excesiva: 0%
Globalmente, ¿qué puntuación le otorgarías del 1 al 10 a esta rotación?	1-7: 0% 8: 4 (21,1%) 9: 6 (31,6%) 10: 9 (47,4%)
Describe brevemente si has echado en falta en la rotación alguna actividad relevante para tu etapa formativa	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna. - Más Equipos de Enfermería. - Creo que todas las competencias de ese rotatorio se han cumplido. - Dada la brevedad de la rotación no se coincidió con el manejo de un paciente paliativo en domicilio. - En mi etapa en AGD, como indico en la respuesta siguiente, debido a la situación pandémica tuve limitaciones para las comunicaciones con AP y el flujo de pacientes era muy irregular pero no sabría decir si me faltaron actividades concretas ya que todo estaba muy limitado. - Ninguno. - Alguna sesión específica de AGD para la formación. - Exposición clara de los criterios de derivación a la Unidad. Mayor cantidad de técnicas en domicilio. 	
Indica brevemente los aspectos que te han parecido más positivos de la rotación	
<ul style="list-style-type: none"> - La buena predisposición de los adjuntos. - Una rotación muy completa con buena formación, buen ambiente y buenos adjuntos. - Cercanía del Equipo e inclusión en el mismo. - El contacto con el paciente, el recibimiento y ambiente, participar en las sesiones del servicio. - La eficacia, continuidad y resolución de los cuidados proporcionados por el Equipo. - La posibilidad de conocer el entorno del paciente y poder detectar problemas como disfagia, ITU, etc. evitando la necesidad de acudir al hospital. - El Equipo formado así como su dinámica, y la organización por parte del Equipo de Blanca y Paz con quienes tuve la oportunidad de rotar. Así como sus cuidados prestados a los pacientes de AGD. El domicilio permite una visión privilegiada para la valoración y detección de riesgos y/o complicaciones como he aprendido con el Equipo de AGD. - La etapa en Atención Domiciliaria me parece muy bonita, y es una rotación, sin duda, muy recomendable. El motivo de puntuar la rotación con 9 en vez de 10, no se debe a los profesionales, si no a las circunstancias en las que me tocó la rotación, y eso fue la pandemia COVID. - La posibilidad de conocer y tratar al paciente en su domicilio teniendo en cuenta no sólo los tratamientos sino también aspectos como con qué apoyos familiares/sociales cuenta, qué tal se maneja el paciente en el domicilio, qué recomendaciones podemos a las familias para facilitarles el trato al paciente... También aprender cómo es el enfoque y tratamientos del paciente fuera del entorno hospitalario. 	

<ul style="list-style-type: none"> - El Equipo que se forma con Enfermería y también con AP. - Que te impliquen y formes parte del Equipo. - Docencia, organización, trabajo en Equipo, buen ambiente laboral... - Variabilidad de patologías, gran actividad asistencial, buen ambiente de trabajo. Posibilidad de manejar pacientes terminales en el domicilio. - La autonomía, el cambio de manejo con respecto al resto de niveles asistenciales, ver al paciente en su entorno. - Poder estar en el lugar donde reside el paciente permite conocer mejor sus problemas.
<p>Por último, agradeceríamos cualquier sugerencia y/o aspectos que consideres deberían mejorarse para esta rotación en el futuro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Contar con otro coche y otro Equipo de Enfermería sería ideal para poder hacer un Equipo de residentes también. - Proporcionar información por escrito sobre ciertas recomendaciones que sean claras tanto para cuidador principal como para el resto de cuidadores. Establecer un enlace más directo y continuo con los Equipos de AP. La rotación de los EIR debería de ser más larga debido a que un mes no te permite la continuidad de cuidados. - Creo que debería ser una rotación de al menos 3 meses para conseguir una buena formación - Quizás comenzar las visitas un poco antes para aprovechar el día. - Me hubiese gustado un mes más de rotación para profundizar y sellar. - Explicar desde el primer día los criterios de derivación.

MIR: Médico Interno Residente; EIR: Enfermero Interno Residente; MFYC: Medicina Familiar y Comunitaria; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; AP: Atención Primaria; ITU: Infección del Tracto Urinario

La CC pretende proponer la inclusión de las OM obtenidas, en la medida de lo posible, en el Plan Docente del Servicio/Unidad, para su consideración por la Comisión de Docencia del Hospital.

Se considera más relevante de la información extraída (**Tabla 55**) valorar los objetivos establecidos en la rotación para asegurar su consecución, aportar bibliografía al inicio de la misma para integrar los conocimientos principales, revisar la duración de la rotación para evitar que sea insuficiente (especialmente en el caso de los EIR) y dejar constancia de los criterios de derivación a AGD al principio del periodo formativo.

De igual forma se considerará proponer ampliar la cobertura horaria y de profesionales (tanto del Equipo Médico como de Enfermería) en horario de tarde, así como la elaboración de documentación de recomendaciones específicas de los problemas más frecuentemente atendidos.

Tabla 55: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de mejora a los MIR/EIR que han rotado en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Revisar los objetivos establecidos en la rotación de los MIR/EIR para asegurar su alcance al final de la rotación.
Potenciar la formación teórica y práctica de los residentes, aportando bibliografía al inicio de la rotación.
Revisar la duración de la rotación de los rotantes para evitar que ésta sea insuficiente para su formación, dentro de las posibilidades asistenciales.
Dejar constancia de los objetivos y criterios de derivación a AGD al inicio de la rotación.
Ampliar cobertura horaria y de profesionales (tanto Equipo Médico como de Enfermería) valorando posibilidad de oferta asistencial por las tardes con otro Equipo completo.
Elaboración de documentos de recomendaciones específicas para pacientes y cuidadores.
Ampliar rotación de los EIR.
Mejorar el contacto con AP.
Optimizar el tiempo de trabajo e inicio de visitas domiciliarias.

MIR: Médico Interno Residente; EIR: Enfermero Interno Residente; AGD: Atención Geriátrica Domiciliaria; AP: Atención Primaria

5.5.- Listado de Oportunidades de Mejora: priorización y puesta en marcha.

De todas las OM extraídas de las diferentes herramientas, se priorizaron las siguientes:

1. RETOMAR Y AMPLIAR LAS SESIONES MULTIDISCIPLINARES:

Se propone llevar a cabo reuniones por Equipos (profesionales médicos y de Enfermería) una vez a la semana, y conjuntas, de ambos Equipos, con Trabajadora Social y administrativa, una vez cada quince días.

- Tras la presentación del proyecto (18/12/2020), la puesta en marcha de sesiones multidisciplinarias es una de las OM que se ha ejecutado más eficazmente. Desde entonces, hasta el 30 de junio de 2023 se han realizado 42 reuniones, excluyendo los periodos vacacionales y/o eventualidades, priorizando la labor asistencial. Han tenido lugar a las 8:30 h de la mañana, procurando siempre que su duración máxima fuera de 45 minutos. En estas reuniones, además de poner en común la necesidad inicial de un PMCC en la Unidad, se han ido analizando los resultados y la actividad asistencial.

2. POTENCIAR EL PAPEL DE ENFERMERÍA:

Se pretende optimizar la aportación de los conocimientos y labor asistencial de Enfermería en la Unidad, potenciando las visitas individuales y la elaboración de recomendaciones de sus procesos asistenciales más frecuentes. También aumentará su colaboración en la gestión de la lista de espera, continuidad de cuidados y coordinación con AP. Se requerirá el apoyo e implicación de la Dirección de Enfermería, que asegure una cobertura de profesionales continuada y con experiencia.

- A intervalos fluctuantes, debido a inconvenientes ajenos al Equipo, se ha potenciado el papel de Enfermería con las siguientes funciones:
 - Han iniciado, de manera autónoma, tras comentar el paciente con el Equipo Médico, un primer contacto con el mismo y/o la familia. Han registrado los principales datos de la VGI, extraído analíticas u otras pruebas cuando ha sido preciso, además de los aspectos y necesidades puramente relacionados con Enfermería.

- Han gestionado la introducción de la disfagia orofaríngea como un proceso de nueva inclusión en el programa informático del hospital, facilitando así su registro y posterior evaluación.
- Dada la ausencia previa de registro informático de su actividad, han elaborado una hoja de cuidados completa de aquellas necesidades más prevalentes en el paciente domiciliario, como son: las recomendaciones dietéticas o de ejercicio físico, del uso de inhaladores o educación sobre cambios posturales, contenciones o cuidados al final de vida; la realización de pruebas complementarias, sondajes vesicales u otros procedimientos, la valoración e intervención en la disfagia, prevención de caídas o manejo de los SPCD, la cura de lesiones, manejo de la vía subcutánea y preparación de medicación, entre otros.
- Mediante su participación en la Comisión de Nutrición del Hospital, han colaborado en la elaboración de un documento que recoge recetas propias de los pacientes atendidos en el domicilio.
- Han incluido en su tarea asistencial diaria, las llamadas a los pacientes de la lista de espera, filtrando la prioridad de atención según sus necesidades. También se han coordinado con Enfermería del C.S., para la gestión de las visitas y distribución de curas.
- Para disminuir el tiempo de espera hasta la primera visita, han propuesto la creación de una agenda específica de Enfermería que permita contabilizar las llamadas indicadas en el punto anterior.
- Se ha puesto en marcha, en conjunto con el resto del Equipo, la impresión de un mapa del área asistencial de AGD, con el fin de optimizar la ruta diaria de los pacientes facilitando el acceso diario visual en nuestra zona de trabajo.

3. DISEÑO DE MATERIAL Y/O GUÍAS DE ACTUACIÓN:

Se elaborarán y/o actualizarán guías y recomendaciones de actuación de los problemas más frecuentemente atendidos en AGD, tanto por parte del Equipo Médico como de Enfermería con la colaboración tanto de los profesionales del Equipo como de los residentes, con posterior puesta en común en sesiones del Servicio y en los C.S.

- Hasta la fecha actual, se han desarrollado 3 guías de actuación en AGD: manejo de SPCD en el paciente con demencia, atención del paciente mayor con enfermedad renal crónica avanzada y manejo de la enfermedad respiratoria

crónica avanzada. Están pendientes guías específicas de Enfermería, así como un proyecto común, sobre el manejo de la disfagia y del dolor.

4. MEJORA DEL CONTACTO TELEFÓNICO CON EL PACIENTE:

Ante la dificultad de contacto con el paciente y su creciente complejidad, se facilitará un acceso telefónico 24 horas, 7 días a la semana, con buzón contestador en el horario no presencial de profesionales.

- Desde el 1 de junio de 2021 contamos con una línea telefónica más en el área de las administrativas, así como un buzón contestador, de acceso en el horario no presencial de los profesionales. Se ha registrado la actividad de llamadas y buzón hasta la fecha.

5. OBTENER / DISPONER DEL APOYO DE UN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL:

Ante el aumento de pacientes que viven solos y/o presentan problemática social, es cada vez más necesaria la colaboración de un/a Trabajador/a Social, disponible y comprometido.

- Tras comentar con el Jefe de Servicio la situación actual de AGD y la necesidad de una cobertura óptima por parte de Trabajo Social, desde primeros de año de 2021 se cuenta con dicha figura, disponible y comprometida, lo que ha facilitado y mejorado el apoyo en el abordaje de los problemas sociales en el domicilio.

6. GESTIÓN DE FUNCIONES DE ADMINISTRATIVOS:

Dada la dificultad de disponer de un administrativo a tiempo completo, se propone la rotación anual de los mismos, con dedicación lo más exclusiva posible a AGD. Participarán en las reuniones multidisciplinarias; también canalizarán las llamadas y derivaciones (eliminando la vía de acceso del FAX).

- Esta rotación anual no ha sido posible hasta el momento, dados los frecuentes cambios de profesionales. Por ello, se ha focalizado en una de ellas las responsabilidades directas de AGD, compatibilizando el resto de sus funciones. Esto ha mejorado la coordinación con el Equipo Médico y de Enfermería. Recientemente, se ha reactivado el registro de las llamadas que reciben, para su posterior análisis y recuento. Desde 2021, es muy ocasional recibir derivaciones

por medio de FAX, y son los administrativos quienes filtran las mismas a través del correo electrónico institucional.

7. APOYO A LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA:

Tras observar los resultados cualitativos y cuantitativos, así como el incremento de pacientes dependientes, frágiles y complejos hospitalizados en la UGA, se potenciará el apoyo a esta Unidad, para favorecer las altas precoces y la continuidad asistencial.

- En un primer momento, se les comentó el plan de actuación a los facultativos de la planta, comprometiéndose a avisar con 2-3 días de antelación del alta, para que el Equipo de Enfermería pudiese hacer una primera valoración. Registramos los días ahorrados de UGA con este plan, durante 6 meses, con resultados positivos. Sin embargo, debido a modificaciones del Equipo de Enfermería y otras eventualidades en los últimos meses, ha disminuido este apoyo; en el momento actual se está retomando esta coordinación.

8. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA:

Como se ha mencionado, se pretende disminuir el tiempo hasta la primera visita y dar prioridad asistencial a los pacientes que más la requieran por medio de llamadas telefónicas de los profesionales de Enfermería de la Unidad.

- Dado que hasta la fecha, llamaban a los pacientes que entraban en la misma, sin un registro de las mismas, y sin contabilizar como una primera intervención, se ha propuesto la creación de una agenda de Enfermería, donde registrar dichas llamadas y de esta manera, disminuir la lista de espera, considerándose un primer contacto / atención del paciente.

9. CONSENSO EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA DE AGD:

Se propone llegar a un consenso en el Equipo, acerca de la continuidad de cuidados a pacientes con condiciones especiales (crónicos, complejos, paliativos y/o reingresadores), que puedan beneficiarse de un acceso fuera de la canalización habitual, bien de manera directa o mediante la creación de una consulta específica de seguimiento telefónico. Siempre con la correspondiente información y aceptación por parte del MAP, responsables principales de la continuidad asistencial.

- Se está elaborando una propuesta acerca de la continuidad de cuidados individualizada para aquellos pacientes más vulnerables, aún pendiente de dar forma.

10. MEJORA EN LA COORDINACIÓN Y FORMACIÓN A AP:

Se priorizará la reactivación de las reuniones multidisciplinarias presenciales con los diferentes C.S. tanto formativas como de coordinación; se consensuarán en la Unidad los criterios de derivación a AGD.

- Hasta noviembre de 2023 no ha sido posible la puesta en marcha de las reuniones en los C.S., debido a la sobrecarga asistencial propia y de AP. En su reintroducción se ha retomado la sistemática habitual, recordando los criterios de derivación a AGD, actualizados y ofreciendo formación de los temas más demandados en futuras reuniones. Continua estable y de manera muy eficaz, el contacto y coordinación por vía telefónica con éstos.

11. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE AGD:

Se revisarán los criterios de asistencia por AGD, con adaptación a las necesidades actuales y a la experiencia previa, incluyendo un plan asistencial concreto en perfiles específicos como pacientes que viven solos (u otros problemas sociales) y psiquiátricos, haciendo partícipes de los mismos al resto de Niveles Asistenciales y a AP.

- Ante el envejecimiento poblacional progresivo y con las diferentes herramientas que hemos utilizado, se ha objetivado un cambio sustancial en el perfil de pacientes atendidos en domicilio, lo que nos ha llevado a cuestionar los criterios clásicos de ingreso en AGD, para actualizarlos a las demandas actuales. En el último año, se consensó realizar al menos una visita a los pacientes que vivían solos o con patología psiquiátrica predominantemente, para hacer constar la misma y que se pudiera proceder desde AP y Trabajo Social de área, a las gestiones pertinentes y/o derivaciones a especialistas correspondientes. Esta labor, significativamente ardua, se ha incrementado en los últimos meses con un mayor volumen de estos pacientes, por lo que, está pendiente una reevaluación de éstos y del resto de criterios de AGD y, también, actualizar a los profesionales de AP, dado el amplio recambio en los C.S.

12. CONSIDERAR LA AMPLIACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO / ENFERMERÍA:

Con los resultados obtenidos y la demanda creciente, se contempla la posibilidad de ampliar la Unidad con un tercer Equipo Médico y de Enfermería, ampliando la cobertura horaria y asistencial a la tarde. Además, sería idóneo contar con un apoyo telefónico durante los fines de semana y/o festividades.

- Se ha comunicado al Jefe de Servicio la situación. Éste, que comparte y comprende las necesidades actuales de la población, ya ha propuesto a la Dirección Médica esta aplicación del Equipo, estando pendiente de su gestión.

13. MEJORA EN LA DOCENCIA DE MIR/EIR:

Ante la creciente demanda docente, tanto de Geriatría como de Medicina de Familia, se revisarán los objetivos básicos, para asegurar su cumplimiento, con especial hincapié en la VGI. Para ello se potenciará la formación teórica y práctica, incluyendo la aportación de bibliografía específica.

- Durante este periodo, y fruto de lo comentado hasta la fecha, la Unidad no dispone de espacio para más rotantes hasta el año 2026. Esto refleja la alta demanda de nuestra Unidad, tanto por parte de nuestro Servicio como de otros centros y comunidades, así como por parte de AP. Hasta la fecha no se dispone de material formativo específico para los residentes. Ha mejorado y se ha incrementado el tiempo invertido en la formación tanto de los MIR como de los EIR, aportándoles bibliografía y haciéndoles partícipes de las reuniones multidisciplinares y proyectos (como las guías de actuación y/o diferentes publicaciones), así como de las valoraciones domiciliarias y de procedimientos asistenciales (infiltraciones, extracciones analíticas, curas etc.). Además, han colaborado en la encuesta de satisfacción como rotantes, aportando OM según su experiencia.

DISCUSIÓN

6.- DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo aportan datos relevantes en cuanto a la utilidad de la puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad, en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja y su relación con la mejoría de la Calidad Asistencial de la misma, de acuerdo con la hipótesis principal de este trabajo.

A continuación, se realiza la discusión en profundidad de los resultados obtenidos en relación a los objetivos predeterminados.

6.1.- La Calidad Asistencial en el Entorno Sanitario y en Geriátrica.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA CALIDAD ASISTENCIAL?

La Calidad Asistencial es de gran importancia en el ámbito de la Atención Médica y la Asistencia Sanitaria. Aun así, son pocos los estudios al respecto hoy en día, especialmente en Geriátrica y, concretamente, en AGD, y por ello hemos querido abordarla con este trabajo. Está directamente relacionada con la mejora de los resultados de los pacientes, que es nuestro principal objetivo, proporcionando mayores posibilidades de ofrecer un tratamiento adecuado y favorecer una óptima recuperación de sus problemas. Se asocia también a la seguridad de la población atendida, permitiendo, en muchos casos, evitar errores médicos y complicaciones; también contribuye a la satisfacción del usuario y a una mayor eficiencia a largo plazo, pudiendo generar un ahorro de costes. La Mejora Continua en la práctica médica permite a los profesionales identificar áreas de mejora y ajustar sus prácticas para ofrecer una atención más segura y efectiva.

El abordaje de la Calidad es también una herramienta útil para la gestión clínica y sanitaria. Tal y como hemos planteado en este proyecto, aunque no podemos esperar respuestas definitivas a nuestras expectativas, sí proporciona información que da origen a nuevas preguntas, y su monitorización conduce a una mejor comprensión de la práctica asistencial objeto de evaluación(152). La incorporación de la Calidad en la Atención Médica, su medición y seguimiento puede fomentar la cultura o preocupación por mejorar los resultados asistenciales, contribuir a aumentar el nivel de participación de los profesionales y su prestigio, cuando se cumplen los objetivos de Calidad preestablecidos(153).

¿CÓMO EVALUAR Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

La mejora de la Calidad Asistencial Sanitaria se ha convertido hoy en día en el principal objetivo de los Sistemas Sanitarios modernos. Requiere actuar sobre un conjunto de propiedades, que comprenden, tanto la optimización de las posibilidades efectivas y probadas de la ciencia médica, como la percepción por los pacientes del servicio y el trato humano dispensado.

Su evaluación en el Ámbito Sanitario es crucial para garantizar que los servicios de Atención Médica cumplan con los estándares y proporcionen un cuidado adecuado a los pacientes. Para ello, en términos prácticos, la Calidad debe definirse en criterios medibles existiendo diversas metodologías para llevarlo a cabo. En este trabajo se han utilizado algunas de ellas. Pese a que existe evidencia, aunque poca aplicada en el medio sanitario, no hemos encontrado estudios en el ámbito de la Geriátrica, por lo que nuestra selección fue consensuada por la CC, adaptada a nuestros objetivos y en función a la factibilidad de llevarlas a cabo y de la eficacia y eficiencia en su desarrollo para el PMCC.

Cada vez más se emplean para evaluar y mejorar la Calidad Asistencial los indicadores^(154,155), que establecen metas específicas que posteriormente se compararán con resultados reales. Un sistema sanitario que evalúe su asistencia a partir de indicadores definidos para cada resultado, tiene consecuencias positivas, para la población, para los profesionales y su ámbito de trabajo. No obstante, su desarrollo debe basarse en un enfoque transparente, disponiendo de información sobre el alcance de los resultados a obtener, para dar validez a la eficacia y la Calidad de la Atención Médica, proporcionando herramientas para que su abordaje se fundamente en la evidencia científica^(125,156,157).

Otra manera de evaluar y/o mejorar la Calidad Asistencial es mediante Encuestas de Satisfacción a los usuarios (sean pacientes, cuidadores u otros profesionales), como hemos realizado en este proyecto, con el fin de obtener información sobre su experiencia con los servicios de salud prestados. También, como hemos visto, la revisión de expedientes o prácticas médicas de diferentes dispositivos o profesionales, o la evaluación de procesos internos, pueden ser útiles para identificar áreas de mejora. En este contexto, una comunicación efectiva con los usuarios y entre los profesionales, la colaboración interdisciplinaria entre éstos, y asegurar la educación y formación continuada del personal que va a ofrecer los cuidados (evaluando su capacitación regularmente para mantenerse actualizados en las mejores prácticas y avances médicos, tratando de implementar tecnologías innovadoras para mejorar el acceso y la eficiencia de la atención), es también de

gran relevancia para proporcionar una atención integral y coordinada. En todas estas metodologías no hay que olvidar potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su Atención Médica, manteniendo un enfoque centrado en éste y su seguridad, teniendo en cuenta sus necesidades individuales, valores y preferencias y, entre otros, implementando o actualizando protocolos y guías basados en la evidencia que nos permitan reducir errores asegurando su eficiencia y efectividad en la práctica.

La implementación de estas estrategias puede proporcionar una visión integral de la Calidad Asistencial y ayudar a identificar áreas de mejora continua; requiere el compromiso de todos los involucrados, incluidos profesionales de la salud, administradores, pacientes y familias, adaptando éstas a las características específicas de cada entorno sanitario, en nuestro caso, la Geriátrica y el cuidado del paciente mayor.

EVIDENCIA SOBRE PLANES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO

La elaboración de un Plan de Mejora de la Calidad en un entorno sanitario es esencial para garantizar la atención adecuada a los pacientes y optimizar el funcionamiento de los Servicios de Salud. Este plan debe ser adaptable y estar sujeto a cambios según las necesidades y evolución del Nivel Asistencial, involucrar a todo el personal, desde los profesionales de la salud hasta la Administración, para poder alcanzar el éxito de la implementación y sostenibilidad a largo plazo. Pero la realidad es que son escasos los trabajos al respecto.

Aunque existe un amplio consenso entre usuarios, gestores y profesionales del Sistema de Salud sobre la relevancia y conveniencia de desarrollar estrategias para la mejora de su Calidad, los diferentes puntos de vista o prioridades sobre el sentido deseable de esta mejora de la Calidad son significativas. Los gestores son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, satisfactorio para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad. Existen múltiples proyectos y publicaciones acerca de planes de Calidad “desde arriba” a nivel hospitalario, aplicables al resto de Servicios y profesionales del centro. Los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como condiciones de la asistencia de Calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad óptima a los servicios. Y los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la Calidad a su práctica clínica, por su experiencia y asistencia diaria, con la pretensión legítima de hacer lo correcto, de manera correcta. De este último grupo existe muy poca literatura que haga referencia al abordaje de

la Calidad Asistencial y/o a la elaboración de un PMCC basado en los criterios y conocimientos de los profesionales (“desde abajo”), en las diferentes especialidades y/o Servicios médicos hospitalarios y, especialmente, no hemos encontrado elaboraciones en el ámbito de la Geriatría.

La Geriatría nació porque era preciso mejorar la Calidad Asistencial de los más mayores, y se ha desarrollado demostrando que aporta un “plus” cualitativo en esa atención. Las PM no necesitan de la Geriatría para tener una cobertura de Atención Sanitaria, pero, con ella, es de más Calidad(158). Debemos medirla, pero no sólo a nivel cuantitativo (número de pacientes vistos, días de estancia media, tiempo de espera...), que sin duda son datos importantes y solemos responder adecuadamente a ellos, sino también muchos otros aspectos cualitativos esenciales para potenciar la calidad de vida, que con frecuencia se desea más que su cantidad, y para una óptima adaptación y organización de los Servicios que la prestan, con el fin de ofrecer el mejor abordaje a esta población.

Existen muchos documentos que desarrollan estándares de Calidad en Geriatría con el objetivo de que ayuden a evitar discriminaciones en el acceso o en la Calidad de los procedimientos clínicos y que contribuyen a mejorar la Calidad Asistencial Geriátrica, mediante el establecimiento de recursos humanos, tecnológicos y estructurales apropiados para el manejo de los PM. Pero, generalmente, son estándares establecidos por un consenso de expertos e implementados de manera jerárquica y generalizada, o bien un Plan de Calidad a nivel institucional en una organización u hospital, sin haber evidencia clara sobre las necesidades individualizadas en cada Unidad de trabajo, detectada por los propios profesionales y/o usuarios de las mismas. Es por eso, que hemos querido ser pioneros en su desarrollo y elaboración en la Unidad de AGD.

Son necesarios trabajos que aborden la Calidad en Geriatría en todos los Niveles Asistenciales, y, concretamente en el domicilio. Es donde están la gran mayoría de las PM y donde quieren seguir permaneciendo, pero no a cualquier precio. Son muy frecuentes las deficiencias de calidades básicas en este entorno, casi siempre mejorables sin necesidad de institucionalización, señalándose como lo más habitual las insuficiencias en el proceso, con gran cantidad de problemas tratables no diagnosticados(159). Podemos hacer mucho más, mejorando nuestra asistencia diaria.

Que la Calidad Asistencial esté de actualidad es una gran oportunidad para las PM con problemas de salud, y para todos los que en el campo de la Sanidad trabajamos con ellos. *Es mucho más importante hacer las cosas bien que hacerlas mejor que los otros. El cómo hacerlas de bien, es el grado de Calidad en la Asistencia(160).*

Por eso, con este trabajo, donde se ha objetivado que, con el paso de los años podríamos encontrarnos próximos al colapso, como se describe en posteriores apartados, pudiendo no garantizar una asistencia y coordinación de Calidad para nuestros mayores, queremos fomentar la filosofía y el concepto de Calidad, permitiendo mejorar nuestra asistencia en la Unidad de AGD, contribuyendo no solo a mejores resultados en salud de los PM, sino a una mejor Calidad Asistencial y, en consecuencia, la posibilidad de difundir esta metodología y este recurso a otros hospitales o comunidades.

6.2.- Comisión de Calidad.

Las Comisiones de Calidad son grupos multidisciplinares en los que los profesionales, con una función asesora, participan voluntariamente para garantizar la mejora constante de la Calidad en un Centro, Servicio y/o Unidad, sin prescindir de su actividad asistencial. En el caso de nuestra CC cabe destacar la gran implicación y compromiso de todos sus miembros. Desde el primer momento todos los integrantes de la Unidad de AGD quisieron formar parte de la misma, con el fin de buscar la mejora continua del Nivel Asistencial y la satisfacción de sus usuarios así como de los profesionales que la conformamos, con la extracción de múltiples OM y aspirando a instaurar esta dinámica de manera periódica, basándonos en la máxima de que “lo que no se mide no se puede mejorar”.

6.3.- Estudio de la situación actual de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en el contexto sanitario y del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Para responder a este objetivo se evaluaron los análisis previos de la Unidad en los años 2010 y 2017. Optamos por esta herramienta estratégica, universalmente extendida, en la que se registran las debilidades y fortalezas de AGD en dichos periodos, ya que se consideró que, el mejor punto de partida antes de plantearnos cualquier Plan de Mejora era comenzar con una evaluación interna de nuestra propia área de trabajo. De esta manera, podíamos conocer la situación previa y actual de la Unidad, así como los riesgos y oportunidades que se encuentran en la misma, facilitando la toma de decisiones futuras. Al crear un Plan de Mejora Integral, creímos que nos podía ofrecer una idea clara, sencilla y estructurada sobre cómo utilizar los recursos disponibles, favoreciendo el planteamiento de acciones que permitiesen aprovechar las oportunidades detectadas y, de igual manera, preparar la organización para afrontar posibles eventualidades siendo conscientes de las propias debilidades y fortalezas.

Junto con el resto de herramientas que seleccionamos para el estudio, la principal finalidad es proporcionar una Atención Médica y personalizada, centrada en el PM y sus necesidades, identificando factores estratégicos críticos asistenciales, y proponiendo cambios organizativos en consecuencia, consolidando las fortalezas e intentando reducir y/o corregir las debilidades, aprovechando los beneficios de las OM extraídas, y así disminuir y evitar el impacto de los obstáculos actuales y del futuro.

Tras la evaluación de las fortalezas y debilidades en ambos documentos, se procedió a la extracción de OM. Entre ellas, destaca la puesta en marcha (o retomar), las **reuniones multidisciplinarias periódicas**. La medicina geriátrica es una especialidad que históricamente se ha basado en el trabajo en Equipo para atender mejor a los PM. Se ha considerado una de las herramientas más eficaces para la elaboración de la VGI en la que se elaboran objetivos centrados en el paciente. Tras su implantación, quincenal cada Equipo y mensual de manera conjunta, nos han aportado muchos beneficios, tanto a los pacientes como a los profesionales que trabajamos en la Unidad. Desde el punto de vista profesional, como indica la revisión de Ellis G et al.(161), las reuniones han contribuido a la puesta en común de pacientes y/o problemas complejos en la práctica clínica, aportando una visión compartida del abordaje multidimensional del mismo y aprendiendo, en consecuencia, nuevas habilidades o enfoques clínicos, terapéuticos, sociales y/o administrativos y la gestión de las mismas. También nos ha permitido la monitorización interna de las funciones asistenciales de la Unidad, comentando las dificultades del día a día y proponiendo OM pertinentes, evitando, o paliando, de esta manera, los problemas de cultura laboral que pueden conducir al agotamiento profesional. De igual forma nos ha aportado un apoyo común entre los diferentes integrantes del grupo y la capacidad de adaptación y toma de decisiones compartida frente a eventualidades de manera más segura y eficiente. Las reuniones multidisciplinarias nos han permitido una coordinación mejorada de la asistencia, dentro del Equipo y para con el paciente, con un acceso de este último a todo el dispositivo, optimizando, en ocasiones, el tiempo de trabajo, siendo de mayor calidad y con una planificación de atención y continuidad de cuidados más efectiva. Creemos que, ante la tendencia demográfica actual, y proyectada para el futuro, se debe establecer la práctica de las reuniones multidisciplinarias como una plataforma valiosa para abordar de manera integral las necesidades de los PM, mejorar la Calidad Asistencial y promover un envejecimiento saludable y satisfactorio, no solo en el ámbito hospitalario sino, y con mayor prioridad, en el ámbito comunitario de manera coordinada con los principales profesionales en ésta área, que son los MAP.

Otra de las propuestas por la CC es la optimización del papel de Enfermería en la Atención Domiciliaria. La AGD es un Nivel Asistencial que requiere de una estabilidad asistencial de sus profesionales, así como de una mínima experiencia con el PM, por la complejidad que éste desprende. Hasta la fecha hemos tenido de manera fluctuante en el tiempo diversas dificultades en este punto que nos han impedido aprovechar las funciones de la Enfermería como nos hubiera gustado o como requerirían los criterios de la Unidad. Por ello, tras una revisión exhaustiva de los análisis previos y la situación actual, creemos que es esencial garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente, donde estos profesionales puedan tener una implicación activa relevante potenciando sus funciones específicas. Partiendo de las premisas anteriores, en nuestra Unidad hemos propuesto y potenciado con este trabajo, el hecho de que Enfermería pueda tener una mayor participación en la evaluación integral del paciente, dentro de sus conocimientos, pudiendo colaborar en una primera visita, en la evaluación de la situación basal, capacidad de autocuidado y medicación del paciente, en el registro de las condiciones del entorno domiciliario, y/o el apoyo social / emocional disponible en el núcleo familiar; también pueden liderar y coordinar los cuidados de Enfermería en colaboración con otros profesionales de la salud, especialmente con la Enfermería de los C.S. para garantizar una atención integral y coherente durante el tiempo de seguimiento. Pueden y deben fomentar la educación del paciente y sus cuidadores así como la prevención y detección de ciertas complicaciones (caídas, trastornos de conducta, alimentación y disfagia, heridas...) y dar recomendaciones de intervenciones para mejorar la situación global de estos pacientes. Para ello, en los últimos meses se ha propuesto la introducción de éstas funciones en el día a día, así como la elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería, con registro informatizado, como se llevaba a cabo en las plantas de hospitalización. También, tras implantar en este periodo la gestión de la lista de espera por parte de Enfermería, hemos obtenido un mayor rendimiento basado en el criterio de dicho filtro telefónico, de manera que se ha podido priorizar y gestionar el tiempo hasta la primera visita, dando preferencia según las necesidades de cada paciente y/o familia lo cual creemos que es un buen indicador de calidad en nuestra asistencia.

Potenciar el papel de la Enfermería en la Atención Domiciliaria, en colaboración con el resto del Equipo multidisciplinar, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, facilitando la transición de la Atención Hospitalaria y la comunitaria, con una atención individualizada centrada en el paciente. Con el paso del tiempo, nos planteamos la posibilidad de ampliar un tercer vehículo en la Unidad para facilitar, ampliar, incentivar y afianzar la importante actividad de este colectivo.

En este contexto, otros dos profesionales fundamentales en el Equipo multidisciplinar de la AGD son Trabajo Social y las administrativas. En conjunto con el Equipo Médico y de Enfermería, son imprescindibles para una óptima organización asistencial y abordaje del PM. También, desde tiempo atrás, hemos tenido dificultades con la continuidad o estabilidad de dichos profesionales. En cuanto a Trabajo Social, hemos querido mejorar las condiciones y tiempo de dedicación, ya que desempeña un papel crucial en la AGD, abordando los cada vez más frecuentes aspectos y problemas sociales que vemos en la comunidad. Con el incremento de su apoyo en nuestra práctica clínica, hemos mejorado en la atención de estos pacientes complejos, incluyendo de manera más ágil y eficiente sus evaluaciones integrales junto con las familias, el asesoramiento de las mismas en cuanto a recursos, beneficios y/o gestiones sociales, la planificación de cuidados y coordinación con otros servicios o Unidades necesarias (Odontogeriatría, Paliativos, institucionalización...), incluyendo también la gestión de determinados escenarios críticos que hemos detectado en el domicilio, en coordinación con los Servicios Sociales de la CAM y AP.

Su intervención en las reuniones multidisciplinarias es fundamental para el apoyo en la toma de decisiones, así como para la organización de las conexiones con recursos locales y/o programas de la comunidad que beneficien al paciente, fomenten su inclusión social y garanticen su bienestar, priorizando su seguridad y la de su entorno.

Los administrativos desempeñan también un papel esencial en la gestión de cualquier área hospitalaria. En particular, en nuestra Unidad, tienen una función relevante en cuanto a la recepción de las peticiones de derivación y el registro preciso y completo de los datos asistenciales y servicios prestados por la Unidad; son también el vínculo intermediario entre las demandas de profesionales y/o familias que consultan vía email o telefónica, con el objetivo de gestionar, filtrar y acabar resolviendo dichas llamadas, dando recomendaciones de la indicada canalización en función de las peticiones; igualmente tratan de asegurar una coordinación eficiente con otras Unidades o Niveles Asistenciales, gestionan la información confidencial de los pacientes asegurando el cumplimiento de las normativas y en la gestión de recursos humanos. En los últimos tiempos también hemos tenido en el Servicio limitaciones para el cumplimiento de dichas funciones, con la importante repercusión y sobrecarga que supone para la Unidad y sus facultativos, además de la confusión en los datos e información registrada que puede ocasionar la rotación excesiva de diferentes profesionales para este puesto. También, junto con las alteraciones en la continuidad de Enfermería, en años anteriores se han objetivado posibles consecuencias de este escenario en la práctica, con especial repercusión en AP, detectando, entre otros, un aumento en el tiempo de espera hasta la primera valoración o una disminución en el número de pacientes nuevos atendidos.

Desde hace unos meses, disponemos de una mayor estabilidad en este sector, lo que ha mejorado la capacidad organizativa de la Unidad, facilitando una comunicación efectiva entre el Equipo y el resto, tratando de asegurar una colaboración fluida y una información compartida que beneficia, en primer lugar, a la atención al paciente. Igualmente, están participando en las reuniones multidisciplinares y/o citaciones con otras entidades del Hospital, en cuanto al registro de datos, con el fin de participar en la evaluación continua de la Calidad, identificando áreas de mejora y colaborando en el desarrollo de estrategias para garantizar la excelencia en la Atención Domiciliaria.

Dentro de la conformación del Equipo de AGD, seguimos insistiendo, como una OM, en la importancia que tendría la integración de profesionales de rehabilitación en la Atención Domiciliaria, pues creemos que es nuestra obligación como profesionales asistenciales abogar en esta oportunidad (en otros ámbitos hospitalarios ya se está empezando a plantear, apostando por avances como la Telemedicina para la comunicación virtual entre el hospital y el domicilio). Aunque la evidencia disponible en la actualidad, hace referencia a dispositivos de Atención Domiciliaria no comparables con nuestra tipología de Unidad, está claro que su incorporación (rehabilitadores, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales) puede ofrecer beneficios significativos para este perfil de pacientes contribuyendo a su bienestar general en todas las esferas (clínica, física, cognitiva/afectiva y social), tratando de evitar la aparición de eventuales complicaciones. Creemos que una coordinación con estos profesionales puede ofrecer una atención más personalizada y adaptada a las necesidades específicas de cada paciente con un enfoque holístico, no solo centrado en la enfermedad o la lesión, sino también en la calidad de vida del paciente en su contexto domiciliario. Fundamentalmente, puede contribuir a la mejora de la función (o prevención del deterioro con una intervención temprana), promoción de la independencia y reducción del riesgo de caídas, diseñando un plan de tratamiento ajustado al entorno (colaborando en la evaluación y sugerencia de modificaciones en el domicilio del paciente para hacerlo más seguro y accesible según las necesidades específicas del individuo) y a las capacidades del paciente y familiares. Esta intervención, con un seguimiento continuo, aunque fuera temporal, proporcionaría una mayor formación de los cuidadores y familiares y facilitaría hacerles partícipes en la terapia, lo cual ayudaría en el aumento de la adherencia al tratamiento, que, de otra manera, es difícil de conseguir y/o asegurar; también contribuiría a la mejora en el manejo del dolor, las movilizaciones y, en general, al pronóstico, complicaciones y calidad de vida, que es bien sabido que se ve mermado a mayor dependencia funcional.

Para mejorar el abordaje del PM domiciliario se ha propuesto la clasificación de los pacientes según las patologías o problemas más frecuentemente atendidos en AGD. Aunque por el

momento no hemos podido llevarlo a cabo, es una OM pendiente de implementar puesto que creemos puede proporcionar beneficios para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado de los mismos. Esta clasificación detecta a los pacientes con un riesgo elevado de reingresos (consensuado por el Equipo multidisciplinar como aquel paciente que ha presentado múltiples hospitalizaciones previas, que su cuidador presenta sobrecarga, que tiene una o varias insuficiencias orgánicas avanzadas, pluripatología o polifarmacia), si es un paciente es “propio” del personal de Enfermería, por sus patologías y/o necesidades de cuidados, si es derivado de UGA, que nos permita planificar con antelación los cuidados desde la planta, o si se trata de un paciente con problemática social, con SPCD o en situación de terminalidad. Esto puede ser de ayuda para coordinar la atención entre los profesionales y el C.S., y nos permitiría personalizar, de manera protocolizada, el enfoque terapéutico, probablemente reduciendo errores médicos, mejorando la eficiencia operativa y facilitando la toma de decisiones clínicas.

En esta misma línea de mejorar el abordaje del paciente según su tipología, hemos visto la evidente evolución de las características clínicas, físicas, mentales y sociales de la población atendida. Sabemos que el aumento de pacientes de edad avanzada, con múltiples enfermedades crónicas, comporta un incremento progresivo de la complejidad, de posibles complicaciones y/o ingresos hospitalarios, incluso de la mortalidad, siendo necesarias estrategias asistenciales innovadoras, basadas en una atención integral al perfil de paciente actual. Por eso, una OM que proponemos con estos pacientes de mayor riesgo, sería formalizar una continuidad de cuidados de los mismos, tras finalizar la intervención de AGD, creando una consulta de Enfermería para el seguimiento telefónico de estos pacientes tan vulnerables con riesgo de reagudización, de manera coordinada con AP, sin sustituir sus funciones y responsabilidades. Y es que, bajo la definición de paciente crónico complejo (*presencia de varias patologías crónicas o una suficientemente grave, frecuentemente de curso progresivo, asociada a fragilidad funcional, clínica, cognitiva y/o social, que precisará múltiples recursos probablemente, fármacos y riesgo de iatrogenia, pudiendo beneficiarse de un abordaje multidisciplinar*) o con enfermedad crónica avanzada (*equivalente al crónico complejo pero con un estado de mayor gravedad, con un pronóstico de vida probablemente inferior a 24 meses, por lo que puede requerir atención progresiva y mayoritariamente paliativa, con una planificación de decisiones anticipadas y mayor soporte a la estructura cuidadora*), podríamos incluir a casi todos de los pacientes atendidos en AGD, por lo que, una continuidad de cuidados individualizada, previa selección por la Unidad, podría ser de gran utilidad para evitar complicaciones, reingresos etc. en estos pacientes.

Desde el punto de vista asistencial, se ha identificado la necesidad de diseñar y/o actualizar guías de actuación de los problemas más frecuentemente atendidos en AGD, así como la elaboración de material docente para los rotantes que pasen por la Unidad. Al igual que hacen en AP, proponemos la elaboración de éstas como instrumentos que nos permitan priorizar, planificar, ejecutar, monitorizar y evaluar las actividades dirigidas a aquellos problemas clínicos y/o a grupos de riesgo más prevalentes en la asistencia. Hasta la fecha hemos elaborado 3 (manejo de los SPCD, de la patología respiratoria crónica en estadio avanzado y de la enfermedad renal crónica avanzada) en conjunto con los residentes rotantes en la Unidad. La propia creación de los mismos, y la pendiente puesta en marcha en la práctica clínica, contribuyen a una prestación de servicios más consistente, segura y eficiente. Con el contexto establecido de dichos problemas, basándonos en las mejores prácticas clínicas y en la evidencia, las pautas establecidas por los colaboradores, creemos que nos permitirán estandarizar el abordaje de éstos escenarios tan prevalentes en AGD, mejorando la calidad de la atención de los mismos, contribuyendo a prevenir errores y garantizando la seguridad del paciente. La implementación de dichas guías de actuación mejora la eficiencia operativa al proporcionar un conjunto claro de pasos a seguir, agilizando el propio proceso de la Atención Domiciliaria y una gestión del tiempo y de los recursos más eficaz. Además, son herramientas valiosas para la formación y orientación profesional en este ámbito de trabajo, tanto para los residentes rotantes, profesionales de la Unidad como para todo aquel proveedor involucrado en la atención del PM, especialmente los MAP, con quienes compartiremos dichas guías para establecer la mejor coordinación de cuidados.

Por tanto, con esta primera herramienta cualitativa de análisis previos de nuestra propia Unidad, pese a que persisten algunas de las debilidades objetivadas en los últimos años, hemos podido alcanzar, aunque sea de manera parcial, algunas de las OM propuestas, reforzando también las fortalezas, lo que consideramos un progreso en la Calidad del Nivel Asistencial. Creemos que tenemos que seguir insistiendo y revisando las necesidades específicas de la Unidad, dadas sus consideraciones históricas, tanto a nivel de Área Asistencial como de la Geriátrica Española, con el fin de potenciar la AGD y ofrecer su mejor versión, adaptándonos a las necesidades actuales del paciente.

6.4.- Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja y evolución en el tiempo de su perfil.

6.4.1.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ACTIVIDAD DE LA PROPIA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

El presente estudio describe la actividad de una Unidad especializada de AGD consultora y coordinada con AP y la evolución del perfil de pacientes atendidos en los últimos 20 años. Actualmente, el paciente es más vulnerable, de mayor edad, con más SG, polifarmacia, mayor deterioro funcional y mental y fragilidad social. Todo ello muestra la evolución de las necesidades sanitarias del envejecimiento poblacional, que requieren una adaptación de la organización de los Sistemas Sanitarios, y, en particular, una nueva estrategia(162) para el abordaje de los pacientes crónicos. Estos datos probablemente justifiquen los principales cambios asistenciales en las 2 últimas décadas. Se trata de pacientes de elevada complejidad clínica, cuyas características dificultan la asistencia a los profesionales de AP, beneficiándose de la coordinación interdisciplinar entre recursos comunitarios y hospitalarios(162,163), objetivos prioritarios del Plan de Atención a la Cronicidad, vigente en la CAM(32). Es un tema fundamental y muy debatido en los últimos años en el ámbito de la atención al PM en España(164), y en otros países, como EEUU, donde también se ha detectado ese aumento de mayores de 65 años, con alta carga de comorbilidad y situaciones sociales complejas, que están permanentemente confinados en sus hogares. Reconociendo las barreras de atención que esto puede suponer a la AP, surgen varios programas de “Home Based Primary Care” (HBPC) con el objetivo de proporcionar a estos pacientes una AP integral y continua en el hogar, maximizando la independencia en el domicilio, la función y la calidad de vida, destacando la importancia de componentes como la atención interprofesional integrada, las reuniones multidisciplinares periódicas o las valoraciones geriátricas exhaustivas(165), como hace nuestro programa.

Es relevante destacar, que los profesionales que trabajan de manera conjunta en la Unidad de AGD, están especializados en Geriátrica (médicos) o con amplia experiencia en la misma (Enfermería, Trabajo Social), cuya herramienta de trabajo fundamental es la VGI y unas características asistenciales que la hacen especial y diferencial a otros dispositivos. Realizan una evaluación y planificación de cuidados en coordinación con AP y por el perfil de paciente atendido, podría decirse que llevan la CEX al domicilio. La principal diferencia con los dispositivos de HD, hoy tan en boga, individualizando cada uno con sus características, es que éstos últimos disponen de una cobertura asistencial

24 horas, los facultativos pueden ser médicos de familia, geriatras y/o internistas, atienden a PM, pero también de menor edad, con un enfoque más centrado en la enfermedad aguda (en este caso, llevan el hospital al domicilio) y donde los pacientes provienen fundamentalmente de la Urgencia y/u hospitalización, con un menor porcentaje, generalmente, de derivaciones de AP. Tienen con frecuencia Equipos multidisciplinares ampliados (incluyendo fisioterapeutas, terapeutas ocupaciones, auxiliares, nutricionistas, etc.)(166,167) y recursos variados para realizar técnicas más invasivas, siendo posible la terapia funcional y los tratamientos intravenosos, con un seguimiento más exhaustivo, debido a una mayor cobertura horaria.

En este trabajo se observa un aumento en la demanda de AGD en relación a los datos iniciales en nuestro mismo centro(96,139) de hasta casi el doble de pacientes atendidos por cada 5 años. Como se observa en la **Tabla 56**, del tercer al cuarto quinquenio se mantiene el número de pacientes atendidos por la Unidad (existe una ligera disminución) objetivando de igual forma una disminución de la estancia media progresiva (lo cual podría indicar un aumento en la eficiencia de AGD). Sin embargo, el aumento progresivo del tiempo de espera hasta la primera visita, especialmente en este periodo mencionado (tercer y cuarto quinquenio) junto con el incremento exponencial respecto a años anteriores del volumen de pacientes, podría indicar una disminución en la eficacia del dispositivo y en la calidad percibida por los usuarios.

Tabla 56: Evolución del número de pacientes, estancia media y tiempo de espera de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Número de pacientes	2406 aprox año: 480	2639 aprox año: 527	2810 aprox año: 562	2799 aprox año: 559
Estancia (días)	51,1	40	26,6	24,6
Tiempo Espera (días)	5,1	5,1	7,2	10,3

Si evaluamos los resultados, más allá del estudio en cuestión, en lo que sería el inicio del quinto quinquenio (datos asistenciales del año 2021), sabemos que habiendo reducido anualmente el número total de pacientes atendidos (de 553 pacientes en 2018, descartando el año 2019 o el 2020 por interferencia de la pandemia COVID-19 que no permite comparar los datos de manera equitativa, a 512 en 2021), sin embargo, la estancia media también ha descendido (de 17,4 a 10,2 días respectivamente), con una reducción en el tiempo de espera significativa (de 10,8 días en 2018 a 6,12 en 2021).

Con estos datos, los profesionales de la Unidad nos preguntamos si el número de pacientes del tercer quinquenio sería una aproximación al tamaño ideal, o a la máxima capacidad de Calidad Asistencial que puede ofrecer la Unidad (1400 pacientes por Equipo, lo que equivale a unos 562 pacientes/año aproximadamente), teniendo en cuenta el incremento en la complejidad del paciente, con el aumento de la edad, la pluripatología, los SG, la polifarmacia, el empeoramiento físico, cognitivo y social; puesto que, posteriormente, los datos empeoran y desbordan las capacidades del Equipo.

Como se ha comentado, destaca un perfil de paciente más añoso (82-83 años de media en los primeros estudios(139,168), en programas de Atención Domiciliaria de AP(169) o en HD(166,170)) en comparación con una media de 88 años en el último quinquenio. Se mantiene el predominio del grupo femenino en la mayoría de los trabajos, probablemente debido a la mayor esperanza de vida de la mujer.

La comorbilidad no se recogió explícitamente, sí los SG, con un aumento significativo de todos ellos en el tiempo, con similar proporción de UPP pese al mayor deterioro físico de la muestra(142) y destacando el incremento de la disfagia y del dolor en los últimos años, dos problemas prevalentes en la población muy anciana. En programas de HD nacionales, dentro de sus objetivos, el plan de cuidados también incluía el manejo de cambios agudos de SG(166), y, a nivel internacional, se objetivó que la asistencia por Equipos de valoración domiciliaria afectaron positivamente al cribado de los mismos(165). La prevalencia de la polifarmacia ha aumentado en los PM españoles mayores de 80 años de un 11,7% (2005) a un 36,7% (2015) y la polifarmacia extrema de un 0,63 a un 4,76%(29). En nuestra muestra se objetiva un incremento progresivo del número de fármacos, superando prácticamente el triple de los valores de series previas (3-4 fármacos/paciente)(137,138), acorde con una mayor pluripatología.

Los datos en cuanto a la situación funcional y cognitiva son muy variados según los modelos de Atención Domiciliaria y los distintos métodos de valoración e interpretación. En nuestro trabajo se observa un grado de dependencia para las ABVD que ha ido progresando en el tiempo(171), subrayando la presencia de un deterioro funcional moderado-severo al ingreso en AGD (IB<40) del 47,6%; el número de pacientes con discapacidad funcional severa es ligeramente inferior al registrado en el estudio de Salmerón Ríos et al.(172) con una dependencia total para las ABVD (Katz G) en el 34,8% y dependencia severa (IB 28,8) con nula deambulacion en el 63,4%. Nuestros resultados, van acorde con series previas de nuestra propia Unidad donde destacaba una

incapacidad física grave en el 52,9%, lo cual creemos que está directamente relacionado con el perfil de fragilidad progresiva de esta población y con el curso natural de las enfermedades crónicas y degenerativas. Algunos estudios, aunque difieren en cuanto al perfil del paciente (mejor situación funcional previa o problemas médicos-ortopédicos específicos), recursos (disponibilidad rehabilitador, fisioterapeutas y/o terapeutas ocupacionales) y objetivos concretos, han mostrado beneficios de los programas de Atención Domiciliaria sobre el declinar funcional, respecto a la rehabilitación en medio hospitalario(166). A falta de análisis prospectivos, en nuestro estudio se objetiva una mínima mejoría en los parámetros de evaluación funcional, tras la intervención integral de AGD.

Desde el punto de vista cognitivo, es significativo el aumento paulatino de la prevalencia de demencia según nuestro criterio ($CRM \geq 2$), similares a la serie comentada(138) y al estudio de Segura et al.(169) con una prevalencia del 29,5% (9,7% deterioro cognitivo moderado, 19,8% severo). Salmerón Ríos et al.(172) evalúan la demencia con la escala GDS registrando un 22,3% con demencia severa (GDS 7) y un 21,4% con demencia moderada-severa (GDS 6), y el estudio de Mas et al.(166), el 41%. No se objetivan grandes cambios a nivel cognitivo tras la intervención de AGD y, al igual que ocurre con la situación funcional, se necesitan más estudios con valoraciones homogéneas para poder hacer una comparación del perfil de paciente.

En cuanto a la duración de la intervención domiciliaria, en el modelo de AGD de Toledo(102) es de aproximadamente 6 meses; un 50% de los pacientes padecían enfermedades oncológicas precisando atención paliativa. En nuestro mismo centro, estudios anteriores registran intervenciones más prolongadas a las actuales (45 días)(138) debido posiblemente a la heterogeneidad en el funcionamiento y/o tipos de intervenciones estandarizadas para cada programa, datos cambiantes en la fecha actual (se ha objetivado en los resultados una disminución progresiva de la duración de la intervención en los últimos 20 años) debido a las mejoras en la organización de la Unidad y en la coordinación con AP.

Hay pocos estudios que analicen el tiempo de espera hasta la primera visita domiciliaria; los que lo contemplan difieren en sus características asistenciales y en el perfil de paciente atendido en nuestra Unidad, por lo que no son comparables. Respecto a nuestros resultados en los últimos años, creemos que la posibilidad más plausible de su aumento es la mayor demanda de AGD, como se ha comentado con anterioridad, además de la

complejidad del paciente que exige una mayor dedicación de calidad e individualizada a cada uno de ellos.

En nuestro programa han ido modificándose los motivos principales de consulta, con una distribución más homogénea hacia la VGI o el control clínico de múltiples procesos agudos o reagudizaciones de enfermedades crónicas en pacientes dependientes, y controles de seguimiento al alta hospitalaria. Ricauda et al.(173), analizaron un dispositivo integral de HD, similar al de Mas et al.(174), ambos demostrando resultados eficientes en pacientes de edad avanzada con agudizaciones médicas de patologías crónicas, y en pacientes con deterioro cognitivo, tanto al final de la intervención como durante el seguimiento posterior comunitario.

Pese a estos datos descriptivos, en este trabajo, retrospectivo, no se ha analizado la probable asociación de la intervención de AGD con la reducción de la estancia hospitalaria, ni tampoco la eventual relación con la disminución de los reingresos hospitalarios y los costes, como sí han demostrado otras cohortes(170,175,176). Aun así, estudios posteriores, que se presentan más adelante, sí demuestran un ahorro en días de hospitalización en nuestra UGA, quedando pendiente para futuros trabajos, el cálculo de los beneficios económicos.

Pese a la coexistencia en nuestro entorno de otros Equipos de soporte domiciliario, como los ESAD, o la HD en otras comunidades, la pertinencia de Equipos Geriátricos de apoyo con base hospitalaria como el aquí evaluado, que se desplacen al domicilio a petición y en coordinación con AP, sigue vigente además de continuar siendo útil y eficiente. Cabe destacar que, a nivel internacional, los Equipos de HBPC, liderados por AP, con objetivos similares a los nuestros, también afectan positivamente a resultados importantes del individuo, del cuidador y del sistema(165,176), lo que suma la relevancia a la coordinación interdisciplinar y la formación bidireccional en este campo. De los resultados presentados, el aumento de la actividad y del porcentaje de derivaciones desde AP en los últimos 20 años(138,139,142) refleja tanto la efectividad de este nivel asistencial como la percepción desde AP de su utilidad. Hemos aumentado las visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria desde nuestra UGA, favoreciendo altas precoces, asegurando la continuidad de cuidados y estableciendo mecanismos de coordinación entre la Atención Hospitalaria y la comunitaria. Por ello, consideramos necesario, en el futuro, reforzar este apoyo a las Unidades de hospitalización y coordinarnos con los profesionales que en ellas dedican su labor asistencial con el fin de progresar y obtener OM y los mejores beneficios para los pacientes y sus familias. Estas actuaciones han

demostrado también reducir la tasa de institucionalización (4,2 vs. 1,2%), especialmente en enfermos frágiles(177). Así lo demuestran estudios nacionales e internacionales(178). Cada vez son más los trabajos que afirman que programas diseñados específicamente para PM confinados en el domicilio, pueden reducir hospitalizaciones, institucionalizaciones y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores(165). Para lograr este efecto, se recomienda que se lleven a cabo por Equipos que hayan valorado al paciente antes del alta, y que aseguren la continuidad de los cuidados más allá de la simple planificación del alta y del proceso agudo(178,179).

La AP continúa siendo el principal destino al final de la intervención de AGD, al igual que en otros dispositivos similares(166). Los fallecimientos durante el seguimiento, también se mantienen estables en los últimos años, con datos similares a los de otros dispositivos postagudos(166,180). Ha disminuido el alta de AGD a otras Unidades de nuestro centro(138) (7,5 vs. 30%) en probable relación con el mayor deterioro funcional, muchas veces establecido, y cognitivo, que limita la derivación a niveles asistenciales ambulatorios o de recuperación funcional activa. En este sentido, sí ha aumentado significativamente el alta a la UGA (9,9 vs. 18%), facilitando el ingreso directo y evitando el paso por Urgencias, como en otros estudios mencionados(100,165,176).

Finalmente, comentar que, la salud y calidad de vida en la tercera edad, en términos de independencia, bienestar e integración en la comunidad, están cada vez más relacionadas con la permanencia en el hogar(180). De ahí la importancia de la adaptabilidad del mismo y la influencia de la unidad de convivencia. En nuestro trabajo, se registra una prevalencia mantenida de la convivencia familiar o con el cónyuge, resaltando el incremento de pacientes que viven solos, superior al registrado en el estudio de Baztán et al.(138) (10,1%) e inferior a los datos del último informe del IMSERSO del año 2018 (22,9%)(181,182). En España el apoyo y cuidado a los mayores se fundamenta socialmente en la familia, con un papel del Estado alternante en los últimos años a raíz de la crisis económica(182). Los datos sobre ayudas sociales, de cualquier tipo, en nuestro estudio reflejan su ausencia hasta en un 24% de los pacientes, datos bastante similares con los registros del Ministerio(183,184) donde a nivel nacional hay una alta cobertura de diferentes servicios para personas mayores (en Madrid, en mayores de 80 años: teleasistencia 72,8% y ayuda a domicilio (prestada por entidades o empresas acreditadas): 73,7% [54,8% cuidados y 45,2% tareas domésticas]). Destacar el predominio de la ayuda privada en nuestra muestra, como posible resultado de la sobrecarga familiar por la mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidados de estos pacientes. Los estudios sobre el modelo de HBPC revelan el uso exitoso de Equipos interdisciplinares con resultados positivos en la

Atención Domiciliaria(100), a la vez que pone de manifiesto la relativa escasez de literatura sobre el uso y el impacto de los mismos a pesar de reducir los costes, siendo necesarios programas innovadores que combinen dicha atención con sistemas de apoyo social(185).

A pesar de la relevancia de estos resultados, con una amplia muestra de población y con el abordaje multidisciplinar implicado, similar a los Equipos de soporte integral a la complejidad (ESIC) en Cataluña(186), el estudio no está exento de limitaciones. Los Equipos de AGD siguen siendo escasos (nuestro modelo, prácticamente exclusivo), heterogéneos y con una distribución geográfica irregular. Hasta la fecha, ha sido posible la coexistencia con otros Equipos de soporte y Atención Domiciliaria, favoreciendo las transiciones entre Niveles Asistenciales(177), pero esta diversidad dificulta la comparación y homogenización de los resultados. Lo mismo se constata en estudios internacionales, donde a pesar de la creciente población mayor confinada en sus hogares y los beneficios objetivados en diferentes programas de Atención Domiciliaria, revisiones exhaustivas demuestran una relativa escasez de literatura sobre el uso y el impacto de estos dispositivos, en su caso en posible relación con la división asociada entre la Atención Médica y la Atención Social, en lugar de su integración en la Atención Domiciliaria(165,176,186). Además, nuestro trabajo es un estudio observacional, unicéntrico, sin un grupo control, lo que limita la extrapolación de los resultados. Así mismo, se evalúan los datos de la actividad histórica de la Unidad, en el que no se han registrado la resolución de los cuadros clínicos y sus posibles factores pronósticos asociados, como en otras series(110), ni tampoco resultados de coste-eficiencia o de impacto en el consumo de estancias hospitalarias o institucionalizaciones, como sí han demostrado otros trabajos, donde objetivan mejores resultados en salud, reducción en la morbilidad y estancias hospitalaria y, en consecuencia, de los costes(170,171). A pesar de que en el momento de la realización de este estudio se han considerado estas variables y se ha puesto en marcha un estudio prospectivo para su análisis (ver en apartados posteriores), en el trabajo actual su carencia limita las conclusiones del impacto del dispositivo. Igualmente, el inicio de la pandemia de COVID-19 y los cambios en la prestación de Servicios de Salud, particularmente en las PM, han producido cambios de paradigma en la Atención Sanitaria y concretamente en la domiciliaria, reflejado también en la literatura. Por todo ello, creemos necesario profundizar en estas consideraciones, incluyéndolas en futuros estudios, así como la necesidad de nuevos diseños, con la participación de pacientes de otros centros u áreas que no dispongan de este Nivel Asistencial, para poder validar los resultados y así facilitar la posible implementación de esta intervención geriátrica en nuestro entorno.

Como conclusión, en nuestro medio, hemos evidenciado que, en los últimos 20 años, el paciente geriátrico atendido por AGD es cada vez más vulnerable, de mayor edad, presenta

mayor dependencia funcional y mental y fragilidad social. La evolución asistencial de AGD, con una demanda creciente desde AP, constata el apoyo que suponemos para ellos en el complejo abordaje a los PM frágiles, proporcionándoles una respuesta ágil, favoreciendo ingresos hospitalarios directos sin pasar por la Urgencia y manteniendo al PM en su domicilio con una menor tasa de institucionalización.

Consideramos que nuestros datos aportan resultados al conocimiento de este Nivel Asistencial dirigido a complementar la acción de la AP, siendo necesarios más trabajos que aborden la asistencia, la eficacia y eficiencia de estas Unidades. Todo ello puede ser útil en la búsqueda de OM para la planificación de la asistencia a las personas de edad avanzada constituyendo una proyección del hospital en forma de cuidados especializados domiciliarios junto con una coordinación con los distintos niveles sanitarios intra y extrahospitalarios del área desempeñando así un importante papel en el sistema de atención integrada sanitaria y social presente y futuro.

6.4.2.- COMPARACIÓN DE DOS COHORTES DE PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Para complementar los hallazgos obtenidos en el apartado anterior (evolución del perfil de paciente atendido en AGD en los últimos 20 años) se realiza el presente estudio en el que se describe la actividad de la misma Unidad hospitalaria de AGD, consultora y coordinada con AP de Salud y la evolución del perfil de pacientes atendidos 20 años después de la primera publicación(138).

El principal cambio asistencial entre los dos periodos de estudio (1997-1999 y 2017-2020) quizás haya sido el establecimiento y desarrollo del Plan de Atención a la Cronicidad, que se ha convertido en el marco generalizado de atención a estos pacientes. Como establece dicho plan, la detección de pacientes con mayor complejidad clínica, el abordaje interdisciplinar, y la colaboración fluida entre recursos domiciliarios y hospitalarios para priorizar cuidados en domicilio y favorecer las transiciones entre niveles asistenciales, son objetivos prioritarios en la atención a esta población(32).

Siguiendo la línea de los datos anteriores, en este estudio se objetiva también que el paciente atendido actualmente es más vulnerable, de mayor edad, con más SG, polifarmacia y un mayor deterioro funcional y mental con respecto al perfil del atendido hace 20 años (1997-1999). Se trataría de pacientes con criterios de elevada complejidad clínica (aquellos que se encuentran en el vértice de la pirámide asistencial y que algunos estudios cuantifican en el 5% de la población con patología crónica) que puede dificultar el manejo a los profesionales de AP y requerir una ágil coordinación interdisciplinar entre recursos comunitarios y hospitalarios(162,163). El hecho de que en el breve periodo de intervención un 6% fallezcan en domicilio (similar en los dos periodos) habla de la vulnerabilidad de estos pacientes, así como el hecho de que el principal motivo de consulta sea la Valoración Integral del estado de salud y necesidades.

La comparativa de estos dos periodos de tiempo, en los que coexisten en ambos, como ya se ha comentado, otros Equipos de soporte domiciliario, refleja el aumento de la actividad y del porcentaje de derivaciones desde AP, lo cual corrobora la percepción de éstos últimos, en relación a la efectividad de este Nivel Asistencial y a la percepción desde AP de su utilidad en la atención al paciente de edad avanzada con complejidad clínica y limitaciones funcionales y mentales.

Además del perfil de pacientes, otros principios básicos de actuación reflejados en las estrategias de Atención a la Cronicidad también salen reforzados(32,162). La efectividad en la práctica de la intervención de Equipos de AGD para priorizar la Atención Domiciliaria en estos pacientes estaría apoyada por el mayor porcentaje que tras la intervención continúan en su domicilio (apreciándose entre los dos periodos de tiempo estudiados un mayor porcentaje de pacientes que vuelven a control por el Equipo de AP y un menor porcentaje de ingresados en Residencias). El mantenimiento de un elevado número de reuniones en los C.S. (con una media de 7 y 10 pacientes comentados según el año) contribuye a reforzar la coordinación e interdisciplinariedad asistencial de ambos niveles de atención(187).

Finalmente, un aspecto destacable es la reducción significativa del porcentaje de altas no programadas (principalmente derivaciones a Urgencias) que podría relacionarse con el aumento del porcentaje de ingresos hospitalarios directamente desde el domicilio, lo que refleja una mejora en la coordinación entre recursos y en la transición entre Niveles Asistenciales. De manera añadida, un modelo asistencial proactivo centrado en las necesidades del paciente y sus familiares/cuidadores requiere aumentar su empoderamiento, que vendría acreditado además de por las visitas presenciales, por el mayor contacto telefónico registrado.

A pesar de la relevancia de este abordaje y sus resultados, como se ha mencionado, los Equipos de AGD siguen teniendo en la práctica actual un desarrollo desigual en su distribución geográfica con gran heterogeneidad en los diferentes modelos de actuación(102,188). Sin embargo, continúan coexistiendo con otros ESAD dado que ofrecen, además de su especialización en Geriatría, el valor añadido de facilitar el acceso a recursos hospitalarios favoreciendo las transiciones entre Niveles Asistenciales en pacientes de edad avanzada con elevada vulnerabilidad y complejidad clínica(189).

Entre las limitaciones de este segundo trabajo destaca el hecho de que sigue tratándose de un estudio unicéntrico con características descriptivas, las cuales limitan la interpretación y extrapolación de los resultados encontrados. Sin embargo, los datos aportados sobre la utilización por parte de AP de los servicios de este Equipo especializado cuyo trabajo se desarrolla en la comunidad, y que ha crecido y mejorado en eficiencia tras más de 40 años desde su inicio, apoyan su utilidad como complemento asistencial en los cuidados domiciliarios, cualitativamente diferenciado de la Atención Domiciliaria proporcionada desde AP.

Como conclusión, con este trabajo, hemos objetivado, al igual que en el anterior, que, en nuestro medio, transcurridos 20 años entre los dos periodos analizados, AGD continúa siendo un importante apoyo para AP en el complejo abordaje de los PM frágiles recluidos en su domicilio que son cada vez más vulnerables desde el punto de vista clínico, funcional, cognitivo y social. Este Nivel Asistencial permite ayudar en el manejo de los SG, la deprescripción, la realización de ingresos directos al hospital cuando se necesitan sin el paso por las Urgencias hospitalarias y la disminución en la institucionalización contribuyendo y facilitando el mantenimiento del paciente en su domicilio.

6.4.3.- ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

La Atención Domiciliaria es un modelo de asistencia que está adquiriendo una importancia creciente dentro de la AP y es un servicio cada vez más demandado por la evolución de la población mayor y sus características de enfermar, las cuales tienen la suficiente relevancia como para volcar recursos en los Sistemas Sanitarios para su atención.

El presente estudio describe la actividad de nuestra Unidad de AGD, las características del paciente atendido y los factores asociados a mortalidad, visitas al servicio de Urgencias e ingresos hospitalarios después de seis meses de la intervención domiciliaria.

6.4.3.1.- Características descriptivas de la muestra.

Los datos descriptivos de los pacientes atendidos por nuestro Equipo en este trabajo, continúan la misma tendencia que los observados en el estudio de Garmendia et al.(18) de la evolución del perfil de paciente en los últimos 20 años. Se mantiene una progresión en cuanto a la vulnerabilidad y complejidad ya referida (*persiste un incremento de la edad, una alta prevalencia de SG y de polifarmacia, un porcentaje significativo de pacientes con deterioro funcional, demencia y fragilidad social*) que, en su conjunto, refuerzan la necesidad de organización y adaptación de los Servicios Sanitarios, con estrategias enfocadas a esta población.

La edad media fue de $89,2 \pm 6,1$ años, en ascenso en comparación con la cohorte atendida por la misma Unidad en el último quinquenio (2016-2020)(18), que era de $88,1 \pm 6,1$ años. En general, este dato es bastante superior a la edad media publicada en estudios nacionales de dispositivos similares al nuestro, como el estudio de Serra Rexach et al.(190), en Madrid (81,5 años) o los datos de la Unidad de AGD de Lanzarote (78,5 años)(191). En estudios de AP en coordinación con otros servicios especializados de soporte a domicilio (AGD y UCP)(192) la edad media también fue inferior (80,8 años), al igual que en otras Unidades (ESAD: 77 años(193); HD: 84 años(194)) y en cohortes antiguas de nuestra propia Unidad donde la edad oscilaba en torno a los 82 y los 83 años(138,139). Estos resultados se justifican por el envejecimiento progresivo de la sociedad y, respecto a las diferencias con otros dispositivos, probablemente en relación con las diferentes características y objetivos de éstos. Se mantiene el predominio del grupo femenino (más de la mitad de nuestra muestra) como en la mayoría de los estudios nacionales, seguramente en relación a la mayor esperanza de vida de la mujer en nuestro país.

Respecto a la comorbilidad, en esta ocasión sí se ha registrado, a diferencia del inicial estudio retrospectivo, mediante el índice de Charlson, constatando, como era de esperar, la elevada pluripatología con un 38,6% de pacientes con comorbilidad alta (≥ 3 puntos). En general en las revisiones de nuestra propia Unidad o dispositivos parejos, no se ha incluido este dato, aunque sí se hace constar la pluripatología de los pacientes y la alta prevalencia de SG. En otras Unidades en las que se ha utilizado, como en los estudios de Mas et al.(166,174) la comorbilidad fue inferior con un índice de Charlson medio de 2 y en población de PM frágiles y dependientes domiciliarios de AP, como en el estudio de Gené et al., la media fue de $2,31 \pm 1,97$. Los SG continúan aumentando en el tiempo. Actualmente se observa una media de $5,8 \pm 1,9$ por paciente (un 81,1% presentaban ≥ 2 SG, un 60% ≥ 3 y un 26% ≥ 4), similares a la media en otros estudios donde fue de 5(174). Los datos son bastante superiores a los descritos en la misma Unidad en los años 90 y 2000, y también respecto al año 2020, destacando un incremento en este último año en la presencia de dolor (64,9% vs 53,5%), disfagia (46,5% vs 42,4%), insomnio (73,7% vs 55,9%) y sobrecarga del cuidador (62,3% vs 52,6%). Pese al deterioro físico progresivo de la muestra, se registra una proporción de UPP similar en este periodo (22,8% vs 23,3%). En otros estudios el dolor fue el motivo más frecuente de atención, siendo una de las causas más habitual de demanda de atención urgente(193,195,196). Estos datos son relevantes puesto que los SG, han demostrado ser importantes factores predictivos de discapacidad, dependencia, consumo de recursos socio-sanitarios, institucionalización y mortalidad(189).

La población atendida es, casi en su totalidad, frágil (97,9%), acorde con los criterios clásicos de la Unidad y la evolución en la complejidad del paciente. En estudios antiguos u otras publicaciones no ha sido incluida en su metodología, lo que no permite la comparación de los datos.

En lo referente al análisis de los fármacos prescritos, la polifarmacia estuvo presente en el 95,7% de los pacientes (con polifarmacia extrema en el 71,1%), de acuerdo con la intensa pluripatología de la población estudiada. Su prevalencia en los pacientes mayores es alta, incrementándose con la edad y favoreciéndose a medida que se amplían los tratamientos de las enfermedades crónicas. Destaca el progresivo incremento del número de fármacos por paciente, siendo actualmente de $12 \pm 4,6$, cifras muy superiores a los datos de otros estudios, donde se registran entre 3 y 5 fármacos/paciente(137,138) o nuestra propia cohorte en el año 2020(18) con $10 \pm 4,5$ fármacos/paciente. En nuestro trabajo se llevó a cabo deprescripción farmacológica en un 65,4% de la muestra, un porcentaje significativo, no comparable con otros estudios por no haber sido registrado. Esta conciencia racional de la deprescripción en una población tan vulnerable es importante mantenerla, pudiendo estar condicionada por el

hecho de que el Equipo está integrado por médicos geriatras con formación hospitalaria, que muestran una alta sensibilización respecto a este prevalente problema en el PM. Mencionar que se han analizado todos los fármacos retirados por paciente, junto con el Servicio de Farmacia del nuestro centro, encontrándose en vías de desarrollo una futura publicación descriptiva y en términos de ahorro de costes.

En cuanto al nivel de incapacidad de estos enfermos, cabe destacar que casi la mitad (49%) presentaban un deterioro funcional moderado-severo ($IB < 40$), similar a la del año 2020 (53%). Estos datos, junto a la alta comorbilidad y fragilidad comentadas, refleja la gran dependencia funcional y consecuente complejidad de la muestra. Nuestros resultados funcionales son similares a los de otras publicaciones(166) con cifras del IB muy parecido al ingreso (≈ 41 puntos). Según la escala CRF, nuestra población presenta mayor deterioro físico, siendo los resultados bastante superiores a cohortes antiguas de la misma Unidad (CRF ≥ 3 : 92,1% actual vs 52,9% en 1990(139) y 74,4% en el año 2000(138)) y al de otros dispositivos (65,5%)(190) y 62%(191). Estas diferencias pueden dificultar, junto con la ausencia de publicaciones más actuales y/o dispositivos parejos al nuestro, la comparación de los resultados.

Nuestra Unidad no está destinada a la recuperación funcional como tal, ya que no disponemos de especialistas designados a ello (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta o rehabilitador). Aun así, se objetiva una leve mejoría funcional con el abordaje integral que se realiza ($IB < 40$: 49% al ingreso, 43,4% tras la intervención de AGD), pero no son datos comparables con los datos de otras Unidades que disponen de dichos recursos, donde la mejoría es mucho más significativa (IB al ingreso 41,5, al alta 67,9)(166). Aun así, un 34,6% de nuestra cohorte, pese a su complejidad y deterioro basal, presentaron una mejoría funcional respecto a la registrada al ingreso en la Unidad.

La demencia fue muy prevalente afectando al 60,1% de nuestros pacientes (35,1% GDS 4-5 y 25% GDS 6-7). Esta cifra es similar al último quinquenio (65%), y muy superior a la de otros estudios tanto españoles como europeos (138,139,170,172,190,197-199) donde su prevalencia es de alrededor del 30%, aunque sí que en estadios avanzados, como el estudio de Salmerón et al.(172) o el de Gómez Salazar et al.(200).

Los Servicios Sociales son absolutamente imprescindibles para permitir el mantenimiento en el domicilio de los PM con dificultades funcionales y/o psíquicas y es fundamental su coordinación práctica con los Servicios Sanitarios. Durante la vejez, y según aumenta la edad, se incrementa la probabilidad de vivir en soledad, sobre todo para las mujeres. En

España, se está observando en las últimas décadas un incremento de los hogares unipersonales y en pareja, sin otros convivientes, en mayores de 65 años, aunque las proporciones son menores que en otros países europeos. En nuestro trabajo, casi la mitad de la población vive con su familia, destacando respecto a estos datos, un 19,3% que viven con su cónyuge y un 10,5% que viven solos. Este último registro continua ascendiendo respecto a los años anteriores, donde se objetivaba un 5,8% de pacientes que vivían solos en 2019 y un 7,7% en 2020. Aunque los números son inferiores a la proporción de hogares unipersonales a nivel nacional (2020: 29,4% de mujeres y 15,8% de hombres), los datos no son nada desdeñables para el tamaño de nuestra muestra, siguiendo la línea de incremento objetivada en el territorio nacional. Es un dato igualmente importante ya que este escenario puede dificultar los cuidados de estos PM y asociarse a múltiples complicaciones.

Respecto a las ayudas sociales domiciliarias hay muy pocos estudios que hablen sobre éstas; cabe resaltar el número de pacientes sin ningún tipo de ayuda domiciliaria (27,6%), también superior al de años anteriores (18,5% en 2019 y 26% en 2020) pese a la complejidad creciente y vulnerabilidad que hemos visto que presenta esta población. En este sentido, de los pocos estudios encontrados que las describan, la cohorte de Rodríguez Moreno et al.(191) (Lanzarote) describen un 13% de pacientes con ayudas domiciliarias (públicas) y un 6% sin ayudas familiares ni domiciliarias. Aunque en nuestro estudio se mantienen cifras similares en las ayudas públicas respecto a años anteriores, cada vez es más frecuente la duplicidad con las ayudas privadas para poder hacer frente a las necesidades de cuidados que precisan estos pacientes.

En cuanto a los parámetros analíticos cabe destacar la hipoalbuminemia de la muestra al ingreso en AGD. La albúmina se solicita de forma rutinaria en el primer control analítico del paciente durante el seguimiento por la Unidad. Casi la mitad de la cohorte presenta datos por debajo del rango normal de albúmina plasmática, y en casi el 70% algún grado de riesgo de malnutrición según el Índice de CONUT. Aunque es sabido que los niveles de albúmina disminuyen en los procesos infecciosos y/o situaciones de inflamación crónica, como es el caso de nuestra cohorte, frágil, comórbida y dependiente en su gran mayoría, y que ésta debe acompañarse de otros criterios para la valoración exhaustiva y adecuada de la desnutrición, es bien sabido que la hipoalbuminemia ha demostrado ser un factor de riesgo independiente de mortalidad. También es reseñable el porcentaje de pacientes con anemia (37,3%). Es un problema frecuente en las PM igualmente relacionado con un aumento de la morbilidad y mortalidad(201), además de ser un factor predictivo de mal pronóstico funcional y de fragilidad a medio-largo plazo según grandes estudios epidemiológicos, aunque no sea grave(150,202,203).

Es significativo el porcentaje de pacientes con deterioro de la función renal en mayor o menor medida (89,8%), en probable relación con la asociación de la incidencia de la enfermedad renal crónica y la edad (afecta hasta un 40% en octogenarios o con morbilidades de riesgo cardiovascular asociadas). Pero no hay que olvidar que se trata de un problema de Salud Pública con importantes implicaciones socioeconómicas, que incrementa la mortalidad por todas las causas(204). Por ello, en nuestro estudio, resaltamos estos hallazgos, no tanto desde el punto de vista numérico, sino como datos importantes de cara a la realización de una intervención individualizada, según el estado funcional, síntomas acompañantes y progresión de la enfermedad, que nos ayuda en la toma de decisiones con el objetivo siempre de priorizar la calidad de vida y no tratar cifras aisladas.

El déficit de vitamina D en la población mayor es también una cuestión a tener en consideración debido a su rol en la salud ósea, prevención de caídas, interferencia con el sistema inmune y la cognición, con el músculo, la fragilidad, la sarcopenia y la salud cardiovascular de las PM. En España la prevalencia de valores <20 ng/ml en >65 años es entre el 39 y el 91%, llegando a ser del 100% en pacientes institucionalizados(205). Según las últimas publicaciones en población de riesgo, como son las PM, se considera insuficiencia a aquellos valores <30 ng/ml (severa <10 ng/ml). En nuestra cohorte el valor medio fue de 27 ng/ml con más de la mitad de la población (53,9%) con cifras <30 ng/ml.

Todos los parámetros analíticos registrados en el estudio se han analizado de manera cuantitativa y cualitativa, sin destacar un significado clínico y/o estadístico hasta la fecha. Aun así, la ausencia de registro de datos analíticos en la gran mayoría de estudios en Atención Domiciliaria limitan la comparación de nuestros resultados descriptivos.

Pese a la coexistencia de otros dispositivos, la creciente HD y periodos críticos en la sociedad, como la pandemia COVID-19 y la crisis en AP, éstos últimos continúan siendo la principal fuente de procedencia de los pacientes atendidos en AGD, y de derivación al finalizar nuestra intervención domiciliaria. Estos datos son inversamente proporcionales, por ejemplo, a los del dispositivo de AGD de Toledo(206), en el año 2001 donde el 85% de los pacientes eran remitidos desde el hospital (y el 3,8% de AP), aunque el perfil de pacientes era más monográfico (patología cardiorrespiratoria muy evolucionada) u otros dispositivos, como la HD donde disponen de un mayor porcentaje de derivaciones desde las Urgencias o plantas de hospitalización debido a sus criterios asistenciales. Sin embargo, otras Unidades, como los PADES(207) o los ESAD(193), presentan datos de derivación desde AP (MAP y Enfermería) similares a los nuestros (60,4% y 63,6% respectivamente), con solo un 5% de pacientes remitidos desde el área hospitalaria en el último trabajo.

En relación a la eficacia de las valoraciones de AGD respecto a las derivaciones desde AP, podría dedicarse un largo estudio a su análisis en el que se valorase el porcentaje de derivaciones que han sido resueltas (teniendo presente que, en muchas ocasiones, son más los problemas detectados y abordados, de los que se nos demanda atender), y cuáles han sido las necesidades (ambulatorias u hospitalarias) que estos pacientes han requerido. Aun así, dejando ese proyecto para otras publicaciones, podemos discernir, en parte, la percepción subjetiva de los principales interesados (MAP y pacientes/cuidadores) en cuanto a nuestros servicios, con los cuestionarios llevados a cabo en este trabajo. Una vez finalizada la intervención de la Unidad de AGD, los profesionales de AP han contestado acerca de su opinión sobre los informes de alta y la satisfacción respecto a las expectativas previas a la derivación de los pacientes, siendo bastante positiva en cuanto al enfoque diagnóstico (88,5%), la atención integral (88,5%) y el plan de cuidados posterior para AP (69%). Los pacientes y cuidadores, por su parte, consideran que solucionamos “mucho” o “bastante” sus problemas (56,7% y 36,7% respectivamente) tras la finalización de la intervención.

En nuestro estudio objetivamos también como continua ascendiendo el porcentaje de pacientes remitidos desde la UGA para realizar un control clínico post alta hospitalaria (18,8% vs el 14,8% en el año 2020) lo cual refleja tanto la efectividad de este recurso como la percepción desde AP, clínica y en términos de eficiencia, de su utilidad. En la experiencia de AGD en Toledo(208) un 60-65% de los pacientes procedían de UGA, con una menor proporción de otros Niveles Asistenciales (alrededor del 5% UGRF, 0,5% HDG, 20% de CEX y aproximadamente un 40% de Urgencias).

En relación a las derivaciones desde UGA, segundas en frecuencia después de AP, hemos implementado la OM extraída de herramientas cuantitativas y cualitativas utilizadas en el PMCC de este trabajo, potenciando la coordinación con ésta para favorecer altas precoces. Se ha calculado, subjetivamente, con la opinión de los médicos responsables de los pacientes de planta, una media de 3,3 días de ahorro de estancia hospitalaria en los pacientes derivados. Esto tiene sin duda una importancia fundamental, en términos de eficacia y eficiencia para el Servicio, que continuaremos estudiando y publicando cuando dispongamos de más datos.

También cabe destacar respecto al último año en la misma cohorte, que aumentan los pacientes derivados desde CEX (14,9% vs 10%) debido al empeoramiento funcional progresivo de la sociedad, ya comentado, que les limita para acudir a la consulta de manera ambulatoria. Desde el HULP, nuestro hospital de referencia, también se ha incrementado el número de derivaciones (desde la planta de hospitalización de Geriatría y otras especialidades, o desde la Urgencia) de un 1% en 2020 a un 3,9% en el periodo de tiempo

actual analizado, datos significativos que demuestran la confianza en la utilidad de la Unidad, más allá de nuestro propio centro.

Respecto al motivo de consulta de los pacientes remitidos, el control clínico y la VGI siguen siendo los más demandados. Desde AP también se tiene esa percepción de derivación, como en el estudio de Julián et al.(192), donde además del control clínico y la VGI, se siguen en prevalencia las derivaciones por deterioro funcional y trastornos del comportamiento, haciendo hincapié en su asociación con la dificultad para acceder al C.S., destacando la importancia de la atención en este perfil de paciente anciano frágil(189,209). En la Unidad de AGD de Lanzarote(191) el principal motivo de asistencia geriátrica fue la patología crónica invalidante (39,5%), tener más de 80 años (20%) y presentar un alta reciente hospitalaria (10%). En menor proporción, remitían pacientes que vivían solos y/o que no tuvieran apoyos familiares, aquellos con un cónyuge enfermo o los que padecían enfermedad mental. En otro tipo de dispositivos, como el ESAD(193) o los PADES(207), varían los principales motivos de solicitud de demanda, como son la valoración global del paciente (80%), la colaboración en las técnicas de Enfermería (13,9%) o la colocación de catéteres, realización de curas y analíticas en el primero, y la necesidad de valoración por un especialista (60%), el soporte / educación sanitaria (25,6%), el control de síntomas (15,7%) y/o seguimiento de los mismos (12,8%) o la solicitud de ingreso (13,6%) en el segundo.

La distribución por frecuencia de los problemas principales que padecían los pacientes crónicos incluidos en los programas de Atención Domiciliaria en otros estudios, resaltan la prevalencia de los problemas osteoarticulares, neurológicos y cardiovasculares(210–212). En el estudio de Julián et al. en el medio de AP, son las enfermedades neurológicas las patologías más incapacitantes(192). En nuestra serie, el principal motivo de dependencia funcional (o incapacidad física) fue la demencia (28,5%) seguida de los problemas osteoarticulares (20,2%), más o menos como en el año 2020 (30,4% y 14,9% respectivamente) ascendiendo la cardiopatía así como los síndromes parkinsonianos. Las enfermedades neurológicas (clasificadas como cerebrovasculares) han ido disminuyendo progresivamente en el tiempo.

Después de la AP como principal destino al final de la intervención de AGD, al igual que en otros estudios propios y en dispositivos transicionales similares(138,166), la UGA continua incrementándose como segundo destino (10,7%), favoreciendo ingresos hospitalarios directos y evitando el paso por la Urgencia, incrementándose en un 2,2% respecto al año 2020. En el estudio de Mas et al.(166), el mismo porcentaje de pacientes también fueron hospitalizados en una Unidad de Agudos. Ha aumentado también la derivación de pacientes

a Unidades de Recuperación Funcional (hospitalarias o ambulatorias) y/o a CEX respecto al último año (8,8% vs 4,3%) disminuyendo el porcentaje de derivaciones a Urgencias (6,1% vs 7,6%). El número de éxitos en el domicilio, se puede considerar un indicador de Calidad Asistencial. En este sentido, el control de síntomas y el soporte emocional son dos objetivos básicos a conseguir por el Equipo(213). El número de pacientes fallecidos durante el seguimiento (con atención paliativa de final de vida por nuestra parte) fue del 5,4% (13 pacientes en 6 meses), inferior a los resultados de 2020 (6,1%), con 37 pacientes fallecidos en un año completo.

La duración de la intervención en AGD fue de 16,8 días, inferior a la registrada en el último quinquenio (24,7 días). Como ya se refirió en el análisis del estudio retrospectivo de la Unidad, son datos muy inferiores a los recogidos en otros dispositivos de AGD (127,6 días(190), 45,7 días(138) u 80 días(208)). No es posible comparar estos datos con dispositivos como la HD ya que tienen objetivos asistenciales diversos que interfieren en que la duración de la intervención de los mismos sea bastante menor a la nuestra. El tiempo de espera hasta la primera visita de la Unidad también ha descendido. Mediante el PMCC se ha procedido a revisar periódicamente la lista de espera, llamando a los pacientes que se encuentran en ella y filtrando según la prioridad del estado de los mismos, disminuyendo el tiempo a 6,1 días, respecto a los 8,54 del año 2020 o 10,31 del último quinquenio, cifras superiores a los estudios más antiguos, donde la demora a la primera visita, en días naturales, era de alrededor a 3,6.

El número de visitas medias del Equipo de Enfermería ha sido de 2,6 (ligeramente superior al de 2020, de 2,49) y del Equipo Médico de 2,7 (ligeramente inferior al último año, con 3,1 visitas medias por paciente). Se han estratificado las mismas según su periodicidad, acudiendo en aproximadamente un tercio de la muestra, tanto el Equipo Médico (35,5%) como el de Enfermería (30,7%) en 3 o más ocasiones. Algunos estudios registran una media de 4,46 visitas por paciente (sin discernir entre los profesionales que las realizan)(191); otros sí difieren entre profesionales médicos y de Enfermería, con una media de 2,5/1 respectivamente en los años 90 acorde con los recursos entonces disponibles(208). En nuestra misma Unidad, en estudios más antiguos, destaca un mayor número de visitas en general, probablemente en relación con la estancia más prolongada, con una diferencia significativa entre las visitas de Enfermería (7,6) respecto a las del Equipo Médico (3,5)(138).

Al igual que la probable implicación en términos de eficiencia que implica los días ahorrados de UGA tras la derivación a AGD, en la Unidad se han realizado numerosas pruebas complementarias e interconsultas a especialistas que también han favorecido que el paciente

permanezca en su domicilio. Se han llevado a cabo pruebas complementarias a un 66,7% de la población (1,3 por paciente de media), sobre todo extracciones analíticas (58,8%) o muestras de orina (19,3%), así como ecografías a pie de cama (21,5%), como recurso de última incorporación en la Unidad en el año 2021. Igualmente se han realizado 20 interconsultas sin que el paciente tuviera que desplazarse a otros especialistas (8,8%), sobre todo a Cardiología, Odontología, Neurología, Cirugía General y Traumatología permitiendo el abordaje concreto del individuo en su entorno. Todo esto en su conjunto facilita la toma de decisiones sobre el diagnóstico o la aplicación de distintos tratamientos y/o seguimiento de los mismos, obteniendo resultados de manera casi inmediata, sin el retraso, las molestias y el coste que suponen el traslado a un centro hospitalario en este perfil de paciente (que también se calculará en trabajos más adelante). No hemos encontrado trabajos que hagan referencia al número de pruebas complementarias y/o interconsultas a otros especialistas del área hospitalaria realizadas durante la Atención Domiciliaria.

El 83,3% de los pacientes tuvieron diagnósticos nuevos con una media de 2,3 por paciente (3 o más en el 35,1% de la muestra). En algunos estudios se ha analizado este dato, como en el de Serra Rexach et al.(190) en el que en 20 meses de seguimiento (171 pacientes) describen 49 diagnósticos diferentes para un total de 489 diagnósticos efectuados (destacando entre estos la demencia, la hipertensión arterial, las UPP, la diabetes, accidentes cerebrovasculares o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC, entre otros) sin especificar el número de ellos por paciente. En el grupo de PADES de Cataluña(104) se objetivaron 3,22 diagnósticos/enfermo, pero no especifica si fueron de nuevo diagnóstico o ya presentes en los mismos. En nuestra propia Unidad, González Montalvo et al.(139) describen en el seguimiento de una cohorte a los 18 meses, una media de diagnósticos por paciente de 3,9 (recordemos la mayor duración de intervención), con mayor número de los mismos en los varones, siendo más frecuentes en éstos la patología del aparato digestivo, la limitación crónica del flujo aéreo y las neoplasias. Sin embargo, diez años más tarde en la misma Unidad, Baztán et al.(138) describen una media de nuevos diagnósticos de $1,02 \pm 0,77$ en aquellos pacientes dados de alta de AGD, procedentes únicamente de AP.

Concretando, continuamos encontrándonos en AGD con un paciente cada vez más añoso, que padece una marcada pluripatología. Sus problemas médicos no son diferentes a los habituales del anciano, pero son padecidos en número y severidad lo suficientemente importante como para proporcionarle cada vez un mayor grado de dependencia. Por otra parte, se trata de un paciente que precisa una alta carga de fármacos que necesitan ser controlados de forma regular, siendo conveniente para ello una formación en las patologías diversas, la farmacodinamia en el PM y en el abordaje global de los mismos. Igualmente

requieren una atención de Enfermería de alta calidad así como una atención Social oportuna que cierre el círculo de la asistencia integral que pretendemos.

Estos pacientes pueden continuar en su domicilio si se les proporciona la Atención Médica, de Enfermería y el soporte social que necesitan para una vida digna. La AGD es un nivel asistencial geriátrico, con base hospitalaria, que debe complementar la labor de los sanitarios de zona de AP en aquellos casos que desborden las posibilidades de dichos profesionales. Algunos países europeos y americanos ya tienen establecidos sus sistemas de atención al anciano, donde se valora la figura del geriatra para evitar altas tasas de hospitalización del PM. Debemos potenciar estas mismas respuestas a las necesidades asistenciales en nuestro entorno, por lo que son necesarios tanto trabajos teóricos como estudios prácticos desde el punto de vista asistencial, económico y social, para conocer los detalles de los problemas actuales y organizar los recursos de nuestro país para la PM.

6.4.3.2.- Análisis de mortalidad, visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios a los 6 meses de la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

En los últimos años, estudios realizados sobre PM que viven en la comunidad, han intentado encontrar factores predictores de morbilidad, deterioro funcional, institucionalización y consumo de recursos sanitarios y sociales(214–219). Estos datos, y su actualización, permitiría reconocer un subgrupo de PM de alto riesgo susceptible de un control socio-sanitario riguroso sobre los que instaurar medidas asistenciales, curativas y/o preventivas específicas.

Por eso, en nuestro trabajo tratamos de objetivar posibles factores predictores de mortalidad, visitas al servicio de Urgencias e ingresos hospitalarios en la población atendida en AGD.

MORTALIDAD A LOS 6 MESES DE LA INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

Las PM domiciliarias constituyen una población frágil y compleja, con un alto riesgo de muerte. Nuestro estudio muestra que la mortalidad a los 6 meses de finalizar la intervención de AGD fue del 22,8% (52 pacientes), falleciendo 19 (8,3%) en el primer mes, 15 (6,6%) en el tercero y 18 (7,9%) en el sexto. Las variables que predicen de forma independiente la muerte son la situación funcional al alta, el estado nutricional, la función renal, las visitas de Enfermería y el número de diagnósticos nuevos realizados. En cuanto al tiempo a la

mortalidad, lo fueron la situación funcional y cognitiva al finalizar la intervención, la función renal, las visitas médicas y el número de diagnósticos nuevos realizados.

Son pocos los estudios sobre AGD que evalúan la mortalidad durante el seguimiento domiciliario, siendo escasa la literatura que la analiza una vez finalizada su intervención, con además tiempos de seguimiento posterior variados. Nuestros hallazgos podrían aproximarse a los resultados obtenidos por otros autores (15%) a los seis meses de la Atención Domiciliaria(220), siendo inferiores a los registrados en Unidades nacionales similares, donde a los 18(139) y 20 meses(190) de seguimiento, fallecieron un 38,8% (33 sujetos) y un 33,8% (58 pacientes) respectivamente.

Aunque no disponemos de estudios actuales para comparar los datos, en la cohorte domiciliaria mencionada de González Montalvo et al.(139) (de 85 pacientes, con una edad media de 82,6 años, mortalidad 38,8%), a diferencia de nuestro estudio, en sus datos no hubo diferencias en la mortalidad en función del deterioro funcional ni con el número de diagnósticos nuevos. Tampoco encontraron relación con la edad, las técnicas de Enfermería, los reingresos, el número de fármacos ni en función de las patologías estudiadas.

En un trabajo realizado desde AP por Gené Badia et al.(221), donde también se evalúan factores de mortalidad en una cohorte de 1001 PM dependientes que vivían en casa (edad media de 83,7 años), el 28,9% (290 pacientes) fallecieron durante el periodo de seguimiento de un año. El riesgo se vio aumentado en los pacientes con mayor comorbilidad (Charlson OR: 1,14 (1,06-1,23)), con más número de ingresos previos (OR: 1,16 (1,03-1,33)) y según el grado de UPP. También, los fallecidos recibieron una mayor proporción de cuidados informales, sus cuidadores presentaban mayor sobrecarga, y utilizaron con mayor frecuencia, en el año anterior, los servicios de Urgencias comunitarios y los servicios hospitalarios a domicilio. En concordancia con nuestro estudio y con el de Serra Rexach et al.(190), los supervivientes presentaban una mejor situación funcional (medida con el IB el primero, y con el índice de Katz y CRF el segundo) y cognitiva (Pfeiffer test); sin embargo, nosotros no encontramos relación estadísticamente significativa con la situación social ni con el número de ingresos y /o visitas a Urgencias en los 6 meses previos a la inclusión en AGD.

La comorbilidad, la dependencia y el mal estado de salud físico y mental autopercibido también se han identificado como predictores independientes de mortalidad entre la población mayor(145,222–226). Pero, a pesar de que la comorbilidad se asocia a un mayor riesgo de muerte, algunos estudios sostienen que es la combinación de patologías específicas

lo que explica este riesgo(227). En nuestro trabajo tiene un peso significativo desde el punto de vista clínico y estadístico en el análisis de regresión logística, sin alcanzar la significancia en el estudio multivariante. Aun así no nos sorprenden los resultados, ya que como describen otros autores, la identificación de comorbilidad o enfermedades crónicas no especifica la severidad de la misma ni la necesidad de asistencia sanitaria y social que conllevan(228,229).

En el estudio de Abizanda et al.(230) sobre factores predictores de mortalidad en 142 PM residentes en la comunidad (21,1% mayores de 80 años, con gran dependencia en el 29,5%, deterioro cognitivo en el 17,6% y polifarmacia en el 51,1%), se recogen variables muy similares a las de nuestro trabajo. Al cabo de dos años la proporción de éxitus fue solamente del 10,6% (15 pacientes), muy inferior a la nuestra, incluso con un mayor periodo de seguimiento, probablemente en relación a la diferencia en el perfil de pacientes, siendo el nuestro de mayor edad (94,3% mayores de 80 años), con mayor dependencia (IB<40: 49%) y con más deterioro cognitivo (60,1%) y polifarmacia (95,7%). Igualmente, en sus datos, se refleja que la mortalidad fue significativamente superior en los pacientes con dependencia para alguna ABVD (OR:15,6; IC95% 1,5-15) y con deterioro cognitivo (sin especificar su estadio) (OR:15,9; IC95% 2,2-114,4), como los resultados registrados en nuestro análisis. En esta línea, el estudio de Regal-Ramos et al.(231), aunque con un tiempo de seguimiento mucho más prolongado (durante casi 6 años, con una mediana de 37 meses) registró de los 140 pacientes evaluados, un 45% de éxitus (63 individuos), siendo también el deterioro cognitivo (medido por el MEC-35) un factor pronóstico de mortalidad (HR: 0,965; IC95%: 0,934-0,998; p=0,037), junto con el sexo masculino (HR:275; IC95%:1,6-4,74; p=0,001), el índice de Katz (HR:1,22; IC95%:1,04-1,43;p=0,017) y el índice de Lawton (HR:0,93; IC95%:0,82-1,07;p=0,30).

El estudio de Segura Noguera et al.(169), también muestra una relación significativa (p=0,001) con una peor supervivencia en el sexo masculino, (RR 1,67), como registraron González Montalvo et al.(139) y Palomo L. et al.(232). La necesidad de estar acompañado, el perfil de paciente con patología neoplásica como principal motivo de incapacidad física, y el estado cognitivo deteriorado (leve-moderado RR:1,74; severo RR:2,71) también fueron factores predictivos. En relación a la situación funcional, un peor grado de autonomía (dependencia parcial RR:1,63; dependencia total RR:3,54) (o un mayor encamamiento, de más de 16 horas/día según Palomo L. et al.(232)) se asociaron a mayor mortalidad, como también refiere Landi et al. en su estudio(197), junto al deterioro cognitivo, en el 15% de fallecimientos acontecidos a los 6 meses de seguimiento de su cohorte. En el estudio de Serra Rexach et al.(190), aquellos cuya incapacidad física al ingreso en la Unidad de AGD era una

CRF de 4 o 5, tenían un riesgo relativo de fallecer 1,73 veces superior a los que presentaban una incapacidad física menor. Igualmente, en los que presentaban un índice de Katz F o G, el riesgo relativo de muerte era 2 veces superior a aquellos con mejores puntuaciones.

A pesar de que es sabido que los pacientes con un estado funcional deficiente, como los valorados en AGD, están predispuestos a la malnutrición afectando negativamente a su pronóstico vital(233), y que los PM con enfermedad renal crónica tienen un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad(204), no hemos encontrado trabajos en los que se analicen dichas variables en este tipo de población, habiendo más estudios en pacientes hospitalizados. Sí que se conoce, aunque en nuestro estudio no se ha evidenciado, que la función renal deteriorada es también un factor de riesgo de reingreso hospitalario(234,235), y así lo objetiva Finlayson et al.(236) en cuyo trabajo registran que los pacientes con enfermedad renal, tuvieron significativamente más probabilidades de tener un ingreso no planificado a los 28 días de la implementación de intervenciones de atención a la transición tras una hospitalización. Tampoco hemos encontrado estudios que aborden específicamente la relación entre las visitas médicas y/o de Enfermería y el número de diagnósticos nuevos realizados como factores predictores de mortalidad (sí como factores predictores de hospitalización) pese a la relevancia clínica y asistencial que ambas variables implican.

En las últimas décadas se ha constatado que, pese a que una gran parte de los fallecimientos en los países desarrollados se producen en los centros hospitalarios de agudos, la mayoría de los pacientes prefieren morir en su casa(237,238). Nuestro país no es ajeno a esto: en 2006 Ramón I et al.(239), en Cataluña, llevó a cabo una encuesta a cuidadores de personas fallecidas, en el que el 35% de éstos hubiesen deseado que el éxitus de su familiar / o paciente cuidado, hubiera sido en el domicilio. También en otras investigaciones (240,241) han analizado el lugar de las defunciones y la influencia sobre el mismo de factores demográficos y patológicos así como su evolución en las últimas décadas, objetivando, en línea con lo reportado en otros países desarrollados, el crecimiento progresivo del porcentaje de muertes en hospitales hasta hace aproximadamente 10 años, cuando esta tendencia se ha detenido y/o invertido. Los autores apuntan como posibles causas, la crisis económica, que disminuyó la oferta de camas hospitalarias, y el desarrollo de los cuidados paliativos domiciliarios (o dispositivos similares, como sería el caso de nuestra Unidad).

En la práctica actual, algunos estudios especifican este lugar de fallecimiento durante el seguimiento de la muestra de Atención Domiciliaria, pero en su gran mayoría no hablan sobre las causas de muerte, salvo en algunos trabajos de dispositivos domiciliarios paliativos, donde predominan las patologías oncológicas como desencadenantes. La cohorte de Serra

Rexach et al.(190) (56,9% de los fallecidos, en domicilio) es de las pocas que especifican las patologías asociadas con las muertes, observando que el porcentaje mayor de las mismas se da en enfermos con cáncer, destacando únicamente por encima la EPOC y la ICC, que se presentan en mayor proporción en aquellos pacientes que mueren en el medio hospitalario. En un estudio de AP de Gené Badia et al.(242), tras un año de seguimiento, en una cohorte de 1093 pacientes domiciliarios, fallecieron 155 individuos (14,2%); 89 lo hicieron en el hospital y 66 en el domicilio. Estos datos contrastan con nuestros resultados, en los que el 65% de los fallecidos a los 6 meses de seguimiento, lo hicieron en el hospital y un 26,9% en su domicilio (con apoyo de AGD en un 7,7%) (el 8,1% restante no se constató el lugar de fallecimiento), siendo las principales causas de mortalidad las infecciones (fundamentalmente respiratorias), la demencia avanzada y la ICC. Desde la Unidad, somos conscientes, pese a los datos referidos, que no son solo necesarios los recursos sanitarios de los que disponemos, sino también, e imprescindible, la implicación de la familia y de cuidadores formales o informales, que con frecuencia, como hemos visto en nuestro análisis descriptivo, no están disponibles y pueden dificultar el manejo del final de vida domiciliario.

Tampoco hemos encontrado estudios en relación a factores asociados al tiempo a mortalidad, como se ha abordado en nuestro trabajo, donde destaca la importancia de la situación funcional y cognitiva tras la intervención de AGD, la función renal, las visitas médicas y el número de diagnósticos nuevos como factores independientes a fallecer antes en el tiempo. Tener en cuenta estas características podrían seleccionar, a priori, a un grupo concreto de pacientes más frágiles que requerirían un seguimiento más estrecho tras el alta de AGD (o quizá deberíamos plantearnos no dejar de seguirlos activamente); pero la ausencia de otros resultados nos limitan la comparación o extrapolación de los mismos.

Respecto a la mortalidad durante la propia intervención (seguimiento activo domiciliario) en la muestra de Atención Domiciliaria de Lanzarote(191), fallece un 25% de la muestra (25 individuos); en otro artículo de Gené Badia et al.(242) lo hacen un 43% y en el trabajo de Pérez Martín et al.(206) por su parte, en una cohorte de 81 pacientes con patología cardio-respiratoria avanzada (80,5 años de edad media y 9 meses de seguimiento activo), registra un 58% de fallecidos (47 pacientes) haciéndolo en su domicilio el 80,9%. En el ESAD, fallecieron durante su seguimiento activo, un 43,7% de la muestra (66 pacientes), destacando que el 53% lo hizo en el domicilio y el 27,3% en el hospital. Ninguno de los trabajos registran los factores y/o causas de los éxitos. En nuestra cohorte, obtenemos una mortalidad durante el seguimiento domiciliario bastante inferior a las referidas, probablemente debido a las diferencias en cuanto a la estancia media (muy inferior, de 16 días de media) y a la variabilidad en el perfil de paciente en los diferentes trabajos,

falleciendo únicamente 13 pacientes (5,4% de la muestra), todos ellos en el domicilio con la atención paliativa en el final de vida pertinente, datos similares a estudios anteriores de la propia Unidad(140). Nuestra experiencia nos hace creer que las visitas periódicas hacen que sus familiares y cuidadores se sientan apoyados y así no tengan la necesidad de buscar atención en un centro hospitalario. Añadir que, en nuestro análisis, a diferencia de los comentados, evaluamos los factores asociados a esta mortalidad (únicamente en el análisis univariante, sin proceder al multivariante por el pequeño tamaño muestral) objetivando que aquellos pacientes con una mayor duración de la intervención (estancia) en AGD, con más número de fármacos, de diagnósticos nuevos realizados, a mayor número de visitas médicas y de Enfermería, con peor situación funcional y mental al ingreso en la Unidad, alta prevalencia de algunos SG (como la disfagia o el trastorno del ánimo) y alteraciones analíticas, como una mayor hipoproteïnemia, elevación de PCR y ferritina, fueron predictores de mortalidad.

Es evidente que la situación funcional es un determinante importante en el PM, siendo un indicador de debilidad general que, independientemente de la morbilidad, es predictora de la mortalidad a medio plazo en las personas que viven en la comunidad. Los resultados reiterados de los estudios confirman que el hallazgo no es casual y que, por tanto, debe actuarse para retrasar en lo posible la aparición de la incapacidad, o bien, abordar de manera rigurosa a estos pacientes dada la fragilidad y riesgos que implican. Para ello, la actividad de AP, como promotora de un envejecimiento saludable y de una detección e intervención tempranas en la esfera funcional, es fundamental. No obstante, la mayoría de los estudios hacen predicciones de mortalidad a medio-largo plazo pese a la vulnerabilidad que adopta esta población y el pronóstico desfavorable que se asocia; por eso, consideramos una fortaleza de nuestro trabajo los resultados en un periodo de tiempo más acortado (6 meses), adaptado a las características de estos pacientes, pese a la limitación en la comparación de datos debido a la falta de estudios actuales.

Los resultados de los trabajos comentados, incluido el nuestro, coinciden también respecto a la influencia del deterioro cognitivo y, concretamente, la demencia tipo Alzheimer en la mortalidad a corto-medio plazo de las PM. En este punto, puede existir mayor controversia a la hora de interpretar los resultados, puesto que se utilizan diferentes instrumentos y/o puntos de corte de los mismos para su evaluación, no siempre se registra el nivel cultural de esta población ni tampoco el grado de severidad del deterioro. Igualmente, es un SG de especial relevancia, debido también a las importantes consecuencias clínicas, físicas y sociales que implica la progresión de la enfermedad.

Destacar de nuestros resultados, en este evento y los que se comentarán en apartados

posteriores, que ciertas variables actúan en diferentes tiempos, como posibles factores de confusión y, por ello, pueden interferir en que no se objetiven los resultados esperables. Esto se produce en gran medida por la fuerte colinealidad y factores de interacción entre estas variables y algunas de las que entran en los modelos multivariantes, y además puede influir el escaso tamaño muestral en algunas de las categorizaciones de las variables funcionales y/o mentales (CRF/IB, CRM), en las que muy pocos pacientes se encuentran.

Aunque no hemos encontrado artículos que respalden nuestros hallazgos, es importante tener presente además de la situación funcional y cognitiva, variables como el estado nutricional, la función renal y el número de visitas médicas/de Enfermería así como el número de diagnósticos nuevos realizados puesto que pueden ser datos relevantes para asegurar un adecuado abordaje y, sobre todo, un seguimiento más estrecho debido a su vulnerabilidad y riesgo de mortalidad, como se ha constatado.

VISITAS AL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESOS HOSPITALARIOS A LOS 6 MESES DE LA INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

Los Equipos de AGD de base hospitalaria pretenden trasladar la atención especializada al domicilio del PM, tratando de evitar las hospitalizaciones innecesarias sin disminuir la Calidad Asistencial(243). Experiencias previas, como la de nuestra Unidad o la del Hospital Clínico San Carlos (190) han demostrado que la coordinación de Unidades domiciliarias geriátricas con los MAP y del ámbito hospitalario, permite una reducción de ingresos y de visitas inadecuadas a Urgencias, garantizando la misma accesibilidad a las prestaciones hospitalarias(244,245). Aún así, y pese a que hay distintos dispositivos que llevan años funcionando en nuestro país, no se tienen demasiados datos sobre el efecto que representan sobre los consumos hospitalarios y los factores predictores de los mismos.

La hospitalización del PM puede ser necesaria pero, muchos estudios han demostrado que, con frecuencia, es inadecuada, puesto que puede causar más daños que beneficios: se puede asociar a eventos adversos como el deterioro funcional, las infecciones nosocomiales, los cuadros confusionales e incluso la muerte, además del coste que supone para el Sistema Sanitario (246,247). Por ello, la literatura trata de evaluar si estas hospitalizaciones podrían ser evitables si se sustituyesen por cuidados ambulatorios eficaces (247). En España, un estudio realizado por Magan et al. en la CAM describió que el 16,5% de las 390.017 hospitalizaciones de PM de más de 65 años registradas entre 2001 y 2003 habrían podido ser tratadas con cuidados ambulatorios(248). Fernández Miera et al.(249) también reitera la necesidad en estos pacientes frágiles, de recibir una atención en la comunidad efectiva, que permita prevenir la aparición de enfermedad y sus complicaciones, así como el control y tratamiento de las enfermedades crónicas y/o sus descompensaciones.

Durante el año 2021 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, las hospitalizaciones potencialmente evitables representaron el 10% de todos los episodios de ingreso, observándose una leve disminución respecto a 2020 y manteniéndose la tendencia descendente de años previos(250). En ese mismo año (2021), más de la mitad de todas las estancias en hospitales fueron de población mayor (57,5%); de un total de 37.567.211 estancias hospitalarias, 21.599.989 correspondieron a personas de más de 65 años (2), datos ligeramente inferiores a los registrados en 2020 (58,2%).

En nuestra muestra, este PM domiciliario se caracteriza, como hemos visto, por una mayor complejidad y vulnerabilidad, destacando su comorbilidad, polifarmacia y dependencia

funcional y cognitiva. Este perfil de paciente tiene unas necesidades de atención complejas y continuas, con transiciones frecuentes en la salud. Todo ello implica una disminución de la calidad de vida, y, si no se manejan eficazmente o se produce un agravamiento de estos procesos fuera de las horas laborables de AP o en ausencia de otros dispositivos de Atención Domiciliaria, tienen una alta probabilidad de sufrir complicaciones agudas y, en consecuencia, precisar de un mayor uso, en ocasiones excesivo, de la Atención Médica y de Urgencias, donde, debido a su fragilidad multidimensional, con alta probabilidad puedan ser hospitalizados, con el riesgo asociado de un inadecuado uso de medicamentos, entre otros (251,252).

Con el fin de evitar las importantes consecuencias negativas que pueden sufrir los PM durante un ingreso hospitalario(253–256) sería de gran interés conseguir un uso más racional de los recursos sanitarios con una asistencia de calidad multidisciplinar, potenciando los cuidados ambulatorios y la Atención Domiciliaria adaptada a las necesidades de salud. En muchos estudios internacionales, se evalúan diferentes intervenciones transicionales en pacientes que viven en este ámbito, con el fin de demorar o evitar las visitas a Urgencias o la hospitalización, objetivando resultados beneficiosos a corto plazo. Por ejemplo, Facchinetti et al.(251) evalúan diferentes intervenciones de continuidad tras un alta hospitalaria (seguimiento telefónico, visita domiciliaria, autocuidado o educación al paciente) objetivando una disminución en la tasa de reingreso a corto plazo (a los 30 días y entre 1 y 3 meses post alta), con resultados no concluyentes a largo plazo (6 y 12 meses). Finlayson et al.(236) también evalúan esta adaptación comunitaria para el manejo de PM domiciliarios, objetivando una disminución de los reingresos a los 28 días y a las 12 semanas con programas de ejercicios, visitas de Enfermería y/o seguimiento telefónico, también constatado en los estudios de Morkisch et al.(257) y Fons Rasmussen et al.(258), con esa reducción de ingresos sin aumentar el coste, a corto plazo.

Concretamente la AGD podría disminuir los gastos sanitarios, tanto asistenciales como los derivados de los transportes de pacientes, descargando las Urgencias y las consultas, facilitando las altas hospitalarias tempranas y manteniendo en el domicilio a enfermos crónicos y/o terminales, que, de otra manera, precisarían del hospital para sus cuidados(190). Es por eso, que en una Unidad como la nuestra, pionera en AGD, hemos querido empezar a tener presentes estos datos para potenciar la rentabilidad de este recurso ahora y en el futuro.

Utilizando en nuestra práctica diaria la VGI para el abordaje de esta población, objetivamos que también otros estudios como el de Singh et al.(220), postulan que esta combinación

(VGI en atención comunitaria) podría evitar ingresos y ser una solución rentable a las hospitalizaciones de PM; o el trabajo de D'arcy et al.(252) donde también insisten en que la atención geriátrica integral como parte de la Atención Domiciliaria ambulatoria reduce el uso de los servicios de Urgencias (disminución del 11,3% en el uso mensual).

Pero, pese a relevancia y el interés que suscitan estos hallazgos, son numerosas las publicaciones que reiteran la escasez de datos que demuestren la relación coste-eficiencia de este enfoque, la ausencia descriptiva de factores predictores, la desigualdad en la distribución de estas intervenciones y la necesidad de más dispositivos en la práctica. Son pocos los estudios que mencionen cifras de las visitas a Urgencias y/o hospitalizaciones en una población atendida por AGD, y además con periodos de seguimiento muy variados y con muestras poco representativas respecto a la de nuestra población. En general, se analizan más los ingresos hospitalarios que las visitas a Urgencias, y el plazo más estudiado para medirlos sería el de 30 días, siendo menos estudiadas las hospitalizaciones tardías. En la literatura extranjera hablan de que esto sería así probablemente debido a las sanciones financieras introducidas en Europa y EE.UU que obligaban a los hospitales a reducir los reingresos tempranos mediante intervenciones de continuidad previas y posteriores al alta(259,260). Por este motivo, en nuestro trabajo hemos incluido no solo la asistencia hospitalaria previa a la intervención de la Unidad, para poder tener una comparativa, sino también la posterior a la finalización de la misma, en periodos de tiempo a corto y medio plazo (1, 3 y 6 meses).

En nuestra cohorte, 99 pacientes (un 43,4% de la muestra) precisaron acudir a Urgencias en los 6 meses posteriores al alta de la Unidad de AGD, siendo 45 (19,7%) los que lo hicieron en el primer mes, 24 (10,5%) en el tercero y 30 (13,2%) en el sexto. Con estos datos, se objetiva un **descenso global del 16,2% en las visitas a Urgencias** tras la intervención de la Unidad de AGD (14,9% en el primer mes, 6,2% en el tercero y -4,2% en el sexto) respecto a la asistencia en dicho servicio previo a nuestra valoración (59,6% en 6 meses – 136 pacientes).

Un punto a destacar que encontramos en nuestro trabajo, en relación a las publicaciones encontradas, es el esfuerzo de haber analizado los factores predictores de estas visitas a Urgencias, así como el tiempo transcurrido hasta la primera derivación, ya que consideramos que pueden ser de gran ayuda y aportar información relevante a la hora de abordar a esta población y mejorar los resultados asistenciales y de coste-eficiencia. Los que acudieron a Urgencias al menos una vez, resultaron tener más SG, una mejor situación funcional previa al inicio de la intervención de AGD y estar más desnutridos. Los que acudieron antes en el tiempo, además de los previos, tenían también una mejor situación cognitiva respecto al resto de la muestra. Son variables que sí se han considerado en la

evaluación de los ingresos hospitalarios en otros estudios, pero que no hemos encontrado en la literatura respecto a las visitas a Urgencias para poder contrastar con nuestros datos, salvo el hecho de que, la intervención como tal, en general, por un Equipo de Atención Domiciliaria, se asocia a una menor tasa de visitas a Urgencias en comparación con periodos anteriores o un grupo control(252,261).

En el estudio de Gómez-Salazar et al.(200), como en el nuestro, el número promedio de visitas a Urgencias disminuyó también de forma significativa ($p=0,0003$) de $2,20\pm 1,91$ (IC 1,77-2,63) a $1,20\pm 1,69$ /IC 0,82-1,58) en un año de seguimiento, sin especificar los factores asociados a dichos resultados. En otro programa de AGD con pacientes con patología cardiorespiratoria evolucionada(206), se produce un descenso en términos relativos del 28% del número de visitas a Urgencias, pero teniendo en cuenta que el periodo pre y post-intervención fue limitado a 12 meses. Tampoco se objetivaron influencias de las covariables analizadas en el descenso de consumos, aunque sí asocian dicha reducción al número de visitas médicas y de Enfermería recibidas, que es superior a las nuestras (mediana de visitas de Equipo Enfermería 14, de Equipo Médico 4) debido a una mayor estancia en el programa (9 meses). En esta misma línea, D'arcy et al.(252) también asocia la reducción del 11,3% del uso del servicio de Urgencias a los 30 días, a las visitas de un especialista en Geriátría fuera del ámbito hospitalario, concretamente si recibía una media de ≥ 3 visitas.

En contraste con estudios nacionales e internacionales, en nuestro trabajo se reduce en mayor proporción el número de visitas a Urgencias que el número de ingresos hospitalarios. Un ejemplo de ello es la publicación de Cummings et al.(198), que, aunque el valor del descenso de las primeras se asemeja a nuestros resultados (17%) el de ingresos hospitalarios es mucho mayor (30% vs 1,7% en nuestra cohorte), probablemente en relación al tipo de patología atendida (más específica), a las diferencias en el tiempo analizado pre y post intervención y a la estancia más prolongada en la Unidad.

De los trabajos publicados sobre las visitas al Servicio de Urgencias de pacientes en seguimiento por una Unidad de Atención Domiciliaria, no hemos encontrado ninguno que haga referencia específica a los motivos de derivación al mismo. En nuestro estudio sí lo hemos analizado, objetivando un 26,3% de pacientes que acudieron por disnea, un 13,1% por caídas o traumatismos craneoencefálicos, un 11,1% por problemas digestivos, un 6,1% por dolor, también un 6,1% por SPCD, un 0,9% por problemas neurológicos y un 3% por lesiones cutáneas. Estos datos, pese a que no podemos compararlos con otras cohortes, nos permiten tener presente los síntomas o problemas más frecuentes que preocupan y hacen a los familiares y/o cuidadores recurrir al Servicio de Urgencias, más allá de las características

basales comentadas. De esta manera, nos ayuda a considerar el manejo domiciliario y el alta de AGD de aquellos individuos con estas quejas sintomáticas previas o con riesgo de aparición de las mismas por sus antecedentes o situación global. Por ello, se convierte en un área de mejora y, probablemente, si se pone en práctica exhaustivamente su identificación, una manera posible de tratar de disminuir las derivaciones a Urgencias.

En relación a los ingresos en nuestro trabajo, fueron hospitalizados un total de 92 pacientes (40,4%): 51 (22,4%) en el primer mes, 18 (7,9%) en el tercero y 23 (10,1%) en el sexto post intervención. Con estos datos, se objetiva un **descenso global del 1,7% en los ingresos hospitalarios** (2,2% en el primer mes, 3,5% en el tercero y -4,0% en el sexto) respecto a las hospitalizaciones previas a la intervención de AGD (42,1%). De estas 92 hospitalizaciones hay que destacar, que 29 (12,7%) fueron ingresos directos en nuestra UGA evitando el paso por la Urgencia.

Dentro del mayor número de publicaciones que encontramos sobre los ingresos hospitalarios en pacientes atendidos en su domicilio, son menos frecuentes aquellas que tienen también en consideración la Atención Hospitalaria previo a la intervención comunitaria, como hemos incluido nosotros en nuestro trabajo. En el estudio de Singh et al.(220), los datos de ingresos en los 6 meses previos a la intervención domiciliaria fueron muy similares a los nuestros (41%; 233 pacientes de 563), objetivando una reducción significativa de la probabilidad de hospitalización y de institucionalización a los 6 meses post-intervención de un Equipo de HD en comparación con un grupo control, objetivando también una disminución en costes y en días de hospitalización. Landi et al.(197) también hacen esta misma comparativa a 6 meses pre y post intervención de un programa de Atención Domiciliaria, objetivando después de su implementación una reducción significativa en el número de hospitalizaciones (56% vs 46%; $p=0,001$), y asociando igualmente una disminución en el número de días de estancia hospitalaria, tanto a nivel individual como para cada ingreso y también de costes (29%). Parte de los resultados exitosos del trabajo los explican, al igual que nuestra Unidad, por la estrecha relación entre los administradores de casos, la Unidad de Atención Domiciliaria y los MAP. En nuestra línea de estudio, está en vías de elaboración el cálculo en la disminución de estancias medias y el ahorro de costes que implica el Nivel Asistencial, como los descritos en los artículos mencionados, destacando (como posible limitación en la comparativa con ciertas publicaciones) la ausencia de un grupo control con quien contrastar la eficiencia real de los resultados.

Continuando con cifras, en el artículo de González-Montalvo et al.(139), refieren que la literatura registra tasas de reingreso de pacientes ancianos entre el 8 y el 13%(262) a los 3

meses, entre un 22-44% a los 6 meses (263) y 25% al año(90,264). La tasa de ingreso hospitalario en nuestra Unidad en estos mismos periodos temporales son bastante inferiores (7,9% a los 3 meses y 10,1% a los 6 meses) lo que podría ser un indicador de buena calidad asistencial del programa. Otros estudios como el de Facchinetti et al.(251) registra un 21,9% de ingresos entre el primer y tercer mes (respecto a un 29,8% en el grupo control) (RR 0,74; IC95% 0,65-0,84; p 0,001). Más a largo plazo (6 y 12 meses) parece haber una reducción del riesgo de hospitalización (RR:0,91, IC95%:0,78-1,06; p=0,21 y RR:0,84; IC95%:0,74-0,95) pero con una heterogeneidad considerable y sin significancia estadística. En nuestro trabajo cabe destacar un mayor porcentaje de ingresos hospitalarios inmediatos (22,4% en el primer mes post alta de AGD), superiores al estudio de Facchinetti et al.(251) (12,9%, respecto a un 16% en el grupo control; RR:0,84, IC95%:0,71-0,99; p=0,04), y más próximos al de Burns et al.(235), con un 19% (32 pacientes) hospitalizados en este periodo. Estos resultados son importantes para la práctica clínica porque históricamente alrededor de una cuarta parte de las personas mayores son readmitidas en el hospital dentro de los primeros 3 meses posteriores a un ingreso(265).

En otros estudios, los resultados son dispares, interferidos por diferentes periodos de seguimiento y análisis: la tasa de ingresos del estudio de Serra Rexach et al.(266) fue del 50% (en 20 meses de seguimiento de una cohorte de 85 enfermos de AGD) incluyendo cualquier servicio hospitalario y las Urgencias; el de Abizanda et al.(230) registra un 12% en un periodo de seguimiento de 2 años, en una cohorte de 142 pacientes ancianos y, Gené Badia et al.(190) por su parte, registran un 23,6% de ingresos (258 pacientes) en un año de seguimiento.

Según algunos trabajos, se podría atribuir los reingresos hospitalarios a eventos relacionados con el autocuidado del paciente, la atención ambulatoria, cuestiones socioeconómicas y recursos comunitarios, más que a la enfermedad subyacente(267). En nuestro estudio, los factores predictores de hospitalización a los 6 meses fueron más bien variables clínicas y analíticas (la comorbilidad y cifras inferiores de hemoglobina), además de la hipoalbuminemia en el análisis del tiempo hasta la primera hospitalización. En cualquier caso, como las intervenciones asistenciales, hemos visto que previenen los ingresos más bien a corto que a largo plazo en pacientes mayores con enfermedades crónicas, lo ideal sería que, en este periodo, éstos pudieran prevenirse mediante una coordinación estrecha a través de diferentes estructuras, incluyendo las clínicas y las asistenciales (268), como es ejemplo nuestra Unidad.

Nuestra población analizada es, en gran medida, una población con gran comorbilidad, lo que justifica seguramente su asociación con el mayor riesgo de ingreso hospitalario en el tiempo de seguimiento a 6 meses. La limitación que hemos encontrado a la hora de contrastar los hallazgos es el hecho de que, muchos trabajos, se centran en una única patología (habitualmente la ICC o la EPOC) para el análisis de las variables resultado que tratamos. Esto podría reflejar el reto de reajustar la Atención Sanitaria a las personas con dos o más enfermedades de larga duración que experimentan un deterioro de su capacidad funcional y cognitiva, y que requieren una atención integrada en todos los sectores sanitarios y sociales(269,270). Si bien es cierto, los resultados de diferentes estudios de Atención Domiciliaria coinciden con nuestros hallazgos en que la comorbilidad predice ingresos hospitalarios en pacientes ancianos frágiles(271,272), al igual que el beneficio que implica (en cuanto a ingresos hospitalarios e institucionalización) una atención por un Equipo de AGD después de que este paciente pluripatológico acuda a Urgencias, según Asternault et al.(246). También es sabido que las enfermedades crónicas y los ingresos hospitalarios previos a una intervención ambulatoria predicen futuros ingresos(235,251,272,273). En nuestro caso, los ingresos y/o Urgencias previas tuvieron relación estadísticamente significativa en el análisis univariante (Urgencias: OR:1,732 (IC95%:0,998-3,005; p=0,051); Ingresos: OR:2 (IC95%:1,666-3,430; p=0,012)), sin resultar concluyentes como factores predictores de hospitalización en el análisis multivariante (p=0,958 y 0,974 respectivamente).

Otras variables como la raza, el nivel de salud, el tipo de relaciones familiares y la incapacidad para realizar ABVD, también se han asociado a un mayor riesgo de visitas a Urgencias u hospitalización(259). Contrariamente, en nuestro estudio, objetivamos un dato clínicamente significativo para las características de nuestra Unidad, y es que, el paciente con una mejor situación funcional, es el que tiene mayor probabilidad de acudir a Urgencias y/o ser hospitalizado (también antes en el tiempo) en el análisis univariante, sin encontrar asociación estadísticamente significativa en el análisis multivariante. Esto puede estar en relación al apoyo que pueden sentir los cuidadores de los pacientes más deteriorados, haciendo que recurran antes a los dispositivos de Atención Domiciliaria en lugar de buscar Atención Hospitalaria. Así lo registra también el trabajo de Gené Badia et al.(242), en el que la situación funcional no es un factor predictivo, aunque sí la peor autopercepción de salud. En pocos estudios se objetiva el deterioro cognitivo como un factor asociado a mayor riesgo de hospitalización (tampoco en el nuestro); sin embargo González Montalvo et al.(139), dentro de sus reingresos hospitalarios, la mayoría padecían deterioro cognitivo leve, y unos pocos, estaban gravemente deteriorados en esta esfera (p=0,01). Es por eso que el propósito de nuestro estudio es identificar el perfil de paciente y las características que predicen que se

produzca al menos una visita a Urgencias o un ingreso hospitalario durante los 6 meses siguientes a la intervención de AGD, para mejorar la calidad de nuestros servicios asistenciales y reducir la exposición hospitalaria innecesaria en aquellos pacientes más deteriorados.

En el mencionado estudio de Gené Badia et al.(242), tratan de identificar también las características que predicen que se produzca un ingreso hospitalario durante el año siguiente en pacientes ancianos dependientes domiciliarios atendidos por EAP. En una cohorte de 1093 pacientes con 83,7 años de media, registraron variables similares a nuestro trabajo. El 23,6% (258 pacientes) precisaron de un ingreso hospitalario, una cifra inferior a la registrada en nuestra cohorte (40,4% en 6 meses de seguimiento). Los pacientes que ingresaron, además de la peor autopercepción de salud mencionada, eran algo más jóvenes, con predominio de sexo masculino y mayor comorbilidad; los cuidados informales también fueron mayores, con más sobrecarga de trabajo de los cuidadores y con un mayor uso del servicio de Urgencias u hospitalizaciones en el año previo. En nuestro trabajo no hemos encontrado asociación ni con el sexo ni con la edad, aunque sí con la comorbilidad, como hemos visto. También con la polifarmacia, o los SG en general, aunque únicamente como dato clínicamente relevante en el análisis univariante. En cuanto a los factores sociales, en nuestra muestra ni la convivencia ni la disponibilidad de ayudas domiciliarias tuvieron valor predictivo; algún trabajo sí relaciona el hecho de vivir solo con una mayor tasa de reingreso tanto a corto (30 días)(235) como a largo plazo (24 semanas)(236) aunque son escasos los trabajos que traten variables sociales; aun así, creemos que es comprensible que los cuidadores sobrecargados, ante esta población tan vulnerable, vean la derivación a Urgencias o el ingreso hospitalario como una forma de aliviar temporalmente su carga asistencial ante la dificultad de cuidados y la posible interferencia de una cobertura asistencial insuficiente. Por ello, la presencia de factores sociales no cubiertos, o no identificados, debería alertarnos para una mayor atención a estas PM, tratando de contribuir en la gestión de los trámites pertinentes ya que, posiblemente, si las ayudas se aplicaran con la participación de los Servicios Sanitarios, se cubrirían mejor las necesidades sociales de estos pacientes y se podrían evitar ingresos hospitalarios (242).

Las visitas domiciliarias, cuando son realizadas por médicos o Enfermeras, se convierten en un componente clave de los cuidados de transición y de las intervenciones de salud en pacientes mayores con enfermedades crónicas(189). Aunque en nuestro trabajo no se registran como un factor predictor de visitas a Urgencias o ingreso hospitalario, como en otros estudios ya referidos, consideramos que son fundamentales para el adecuado abordaje

de estos pacientes, puesto que ofrecen una oportunidad inestimable para comprender mejor las necesidades de los pacientes.

En cuanto a parámetros analíticos de laboratorio, tampoco hemos encontrado trabajos de Atención Domiciliaria que analicen su relación con el riesgo de acudir a Urgencias o ser hospitalizado. En nuestro estudio, después de haber evaluado de forma cuantitativa y cualitativa (sin diferencias) todos los parámetros de laboratorio registrados, se objetiva que aquellos pacientes con cifras inferiores de hemoglobina tenían un mayor riesgo de ser hospitalizados a los 6 meses de la intervención de AGD. En ausencia de otros estudios con los que contrastar los datos, éstos serían acordes con la literatura clásica, que pone de manifiesto que el síndrome anémico tiene gran relevancia en Geriátrica, por su asociación con resultados adversos en salud, no solo con la hospitalización, sino con caídas, deterioro cognitivo, depresión y morbimortalidad(274). Destacar también la relevancia de la malnutrición en la población mayor. Es un determinante principal de salud, independencia y calidad de vida en las PM y sus consecuencias, así como las complicaciones en la seguridad y eficacia de la ingesta, se han asociado a un aumento de comorbilidad e ingresos hospitalarios(233). En nuestro trabajo objetivamos resultados clínicamente significativos en el análisis univariante, tanto en las visitas a Urgencias como en los ingresos hospitalarios, teniendo aquellos con cifras inferiores de albúmina sérica, mayor probabilidad de ser hospitalizado antes en el tiempo. Por todo ello, uno de los objetivos más importantes en nuestra atención a esta población es optimizar el estado nutricional, dado que se trata de un factor pronóstico importante, de discapacidad y mortalidad, estancias prolongadas, disminución de la calidad de vida e incremento del coste sanitario, entre otros. Otro valor que sale de manera permanente como significativo clínicamente tanto en el análisis univariante de las visitas a Urgencias como en el de los ingresos hospitalarios, son los valores bajos de proteínas plasmáticas, pese a que no se registra una asociación estadística en el análisis multivariante. Todos estos datos, aunque deberían ser contrastados e individualizados, nos inducen a prestar una mayor atención a estos PM, por sus posibles complicaciones a corto-medio plazo, debiendo afrontar sus cuidados e intervención con especial detalle.

Haber analizado los factores asociados al tiempo que tardan en ser remitido a Urgencias o ser hospitalizado, lo consideramos relevante para la práctica, dotando de una mayor calidad al funcionamiento y asistencia de la Unidad. Existe muy poca literatura que nos permita contrastar los resultados; únicamente hemos encontrado resultados en cuanto análisis de supervivencia al tiempo transcurrido hasta el primer ingreso en el estudio de Benabei et al.(261), en el que, en comparación con un grupo control, aquel que recibía Atención

Domiciliaria especializada, ingresaba más tarde y con menor frecuencia ($p=0,003$), sin analizar los factores asociados a estos pacientes.

Al igual que ocurre con las visitas al Servicio de Urgencias, son escasas las publicaciones que mencionen las causas de Ingreso Hospitalario o el diagnóstico principal durante el mismo. Algunos trabajos mencionan la ICC o la EPOC como factores de riesgo y/o de vulnerabilidad. En nuestro estudio también lo hemos analizado, destacando los procesos infecciosos respiratorios (26,1%), la ICC (19,6%) y las infecciones del tracto urinario (18,5%) como los diagnósticos más frecuentes en nuestra muestra. En menor proporción, los procesos abdominales (8,7%), neurológicos (2,2%) o lesiones cutáneas (2,2%). Cabe destacar, que un porcentaje significativo presentan problemas osteoarticulares (resaltando las fracturas), por lo que habría que tener presente el riesgo de caídas en nuestra población, por lo general con un deterioro funcional al menos moderado, y los pacientes con demencia, sobre todo aquellos con estadios más avanzados y/o próximos al final de vida, para tratar de evitar derivaciones innecesarias a Urgencias y favorecer el confort y el manejo en su entorno habitual, si así lo desea el paciente y la familia. Con estos datos, como mencionábamos en el apartado anterior, podemos tener presente los diferentes escenarios clínicos que ocasionan un mayor riesgo de Ingreso Hospitalario y adecuar el enfoque terapéutico y manejo de los mismos para tratar de evitarlo.

En resumen, los hallazgos de nuestro trabajo en cuanto a los factores predictores de visitas a Urgencias y hospitalización tras la intervención de una Unidad de AGD resaltan la necesidad de que la Atención Domiciliaria sea una intervención proactiva, individualizada y coordinada con AP, adaptada a las necesidades de salud de cada paciente y mejor coordinada con los Servicios Sociales. El descenso global que se objetiva en ambas variables resultado se podría explicar por varias razones pero, en nuestra opinión, es fundamental, en nuestro entorno, la intervención de un Equipo de Geriátrica multidisciplinar, con un respaldo hospitalario, así como la continuidad de las visitas médicas y de Enfermería en el contexto de vulnerabilidad y complejidad de estos pacientes, aunque sea por un periodo de tiempo limitado, pero con óptima coordinación de cuidados posteriores con AP. Por este motivo se debe centrar la actividad sobre las PM de alto riesgo y con elevado coste sanitario para que el resultado de la Atención Domiciliaria pueda ser eficiente(275).

El hecho de que no hayamos encontrado otros factores pronósticos (de mortalidad, ingreso hospitalario o visitas a Urgencias) más sólidos en nuestros resultados, puede deberse a una limitación fundamental, como es la ausencia de un grupo control con quien comparar los resultados y al tamaño muestral; también a que, en la evolución de los pacientes intervienen otros aspectos no analizados, o bien a que los instrumentos de medida empleados puedan

carecer de sensibilidad y especificidad como para diferenciar estos matices. Igualmente, la falta de estudios al respecto también limita la comparación de los resultados.

En cualquier caso, creemos que nuestros datos aportan un poco más de luz al conocimiento de este Nivel Asistencial dirigido a complementar la acción de la AP y que dichos datos pueden ser útiles en la planificación de la asistencia a las personas de edad avanzada, incluyendo un adecuado seguimiento de la pluripatología y fragilidad que tan frecuente es en los mismos, así como una óptima coordinación con los Servicios Sociales, imprescindibles para el mantenimiento en el domicilio de un buen número de pacientes con dificultades funcionales y/o psíquicas. La aplicación práctica de estos datos puede tener valor informativo para el clínico con el fin de reforzar su impresión pronóstica, abordar la toma de decisiones compartida con el paciente y familiares y ser otra fuente de identificación de OM.

6.5.- Detección y priorización de situaciones mejorables.

6.5.1.- HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

6.5.1.1.- Información de la población diana (pacientes y cuidadores).

6.5.1.1.1.- Análisis de agradecimientos y reclamaciones

El análisis de agradecimientos y reclamaciones a nivel hospitalario es fundamental para comprender la satisfacción de los usuarios, identificar áreas de mejora y garantizar la Calidad de la Atención Médica. Estos comentarios pueden proceder de diferentes fuentes, como encuestas de satisfacción, quejas formales, cartas o a través de llamadas telefónicas. En el contexto de la Geriátrica, donde nos encontramos con una población más vulnerable y con mayor necesidad de cuidados, abordar estos análisis es crucial para poder brindar y asegurar una atención respetuosa y personalizada que cumpla con las preferencias de cada individuo, teniendo un impacto en el bienestar de las PM.

Durante el periodo en el que hemos realizado este análisis se han registrado un número significativo de agradecimientos en contraposición con el bajo porcentaje de reclamaciones. Reflejan la satisfacción de los usuarios con la atención recibida lo cual motiva al personal de la Unidad puesto que se reconoce su trabajo y contribución al bienestar de los pacientes. Igualmente, la identificación de patrones comunes en éstos agradecimientos nos ayuda a comprender qué aspectos de la atención son altamente valorados por los pacientes y sus cuidadores, para no desatenderlos y mantener dicho nivel de Calidad Asistencial. Respecto a las reclamaciones, que únicamente fueron 2 mediante vía telefónica, estuvieron relacionadas con el tiempo de demora en la atención a la primera visita. Con este registro, se nos indica un área asistencial a mejorar en la Calidad de Atención, dentro de las posibilidades Asistenciales de la Unidad. Igualmente, nos brinda información valiosa para implementar cambios organizativos que nos permitan mejorar la Calidad Asistencial y simultáneamente reducir posibles futuras quejas similares, mejorando la experiencia y satisfacción del usuario.

Con esta información, consideramos importante fomentar una cultura de apertura y transparencia en el hospital para que los pacientes tengan acceso y se sientan cómodos expresando sus agradecimientos o preocupaciones. Para ello consideramos que es relevante que se establezcan mecanismos formales para recibir y registrar las reclamaciones y garantizar que se resuelvan de manera eficaz y con prontitud, realizando análisis periódicos de agradecimientos y quejas para identificar tendencias, patrones y OM, fomentando la

escucha activa a los pacientes y abordando sus inquietudes, con el fin de fortalecer la Calidad Asistencial.

6.5.1.1.2.- Coordinación y cuenta de correo electrónico

La coordinación entre los diferentes Niveles Asistenciales sanitarios es un tema bastante debatido en la bibliografía médica en nuestro país. A nivel de gestión hospitalaria es uno de los objetivos de los contratos-programa de los hospitales del INSALUD, y también ha constituido desde siempre uno de los principales retos tanto para el médico de AP, de AE y para el usuario, representando una importante expresión de la Calidad Asistencial prestada y del modelo de organización en el trabajo de los médicos del Sistema Nacional de Salud(276). Los geriatras hemos sido pioneros en la coordinación entre los EAP y la Atención Hospitalaria (a nivel de los Servicios de Geriátrica), demostrado en varias experiencias publicadas (277,278). Particularmente, la coordinación entre los Equipos de AGD y los de AP es un tema fundamental y muy debatido en los últimos años en el ámbito de la atención a las PM(279–281).

En nuestra Unidad, hasta el año 2022 el sistema de comunicación y coordinación con los EAP ha sido el contacto telefónico y/o el FAX para consultas o derivación de pacientes junto con la realización de sesiones conjuntas en los C.S., al igual que en otras Unidades(164). En el año 2023 se ha implantado como OM (de mayor confidencialidad y de ahorro) el cambio en la metodología de derivación de pacientes, sustituyendo la vía FAX (que implicaba un exceso de consumo de papel) por el correo electrónico centralizado de la Secretaría de Geriátrica. Esta medida consideramos que ha facilitado el trabajo de diario de las administrativas, además de contribuir al ahorro de papel. También, ya que en muchas ocasiones no es fácil localizar a los médicos o Enfermeras telefónicamente en los C.S. se ha incluido la posibilidad de contactar con los profesionales de AP a través del correo institucional del profesional o del C.S. (sin violar los derechos de intimidad de los pacientes) para asegurar que éstos puedan recibir información sobre la valoración, evolución y/o alta del paciente, ya que por limitaciones informáticas los MAP no tienen acceso a nuestros evolutivos hasta el final de la intervención, lo cual limita el manejo y/o coordinación entre Niveles o la duplicidad de recursos. En este contexto, en la encuesta realizada en este trabajo, en su gran mayoría los MAP no han tenido problemas con los cauces establecidos para la derivación de enfermos, incluyendo estas nuevas inclusiones, y globalmente están satisfechos con el seguimiento continuado, comunicación y coordinación de la Unidad.

Ante esta adecuada y eficiente vía de comunicación, se procedió a la creación de una cuenta de correo electrónico de la Unidad de AGD para que los usuarios (pacientes y/o cuidadores y

MAP) pudieran aportar sugerencias y/o OM. Es destacable, a diferencia de la información anteriormente referida, que no obtuvimos ningún mensaje por esta vía de comunicación hasta la fecha actual. Atribuimos esta falta de utilidad a la disponibilidad, tanto por parte de usuarios como de profesionales de AP, de teléfonos de contacto directo, que utilizan como vía más rápida de comunicación siendo probablemente una metodología más útil, práctica, accesible y eficiente.

6.5.1.1.3.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables

La escucha activa y la comunicación interna de situaciones mejorables son fundamentales en el ámbito de la salud, donde la información precisa y la comprensión mutua entre pacientes y profesionales son cruciales. Pero, además del respaldo de la literatura clásica respecto a la utilidad de estas herramientas, existe poca literatura en el ámbito asistencial sobre PMCCs en los que se incluya este instrumento, y más concretamente en Geriatría, lo que nos limita a la hora de contrastar nuestros resultados. Aun así, consideramos que ambas estrategias pueden tener un impacto positivo en la Calidad de la Atención al paciente y en la eficiencia operativa, por lo que decidimos a llevarla a cabo en nuestro proyecto.

En nuestro caso, se diseñó un documento sencillo para facilitar el registro de situaciones mejorables a partir de las llamadas telefónicas de pacientes y familiares/cuidadores a nuestra Unidad, atendidas sobre todo por el personal administrativo; se formó a estos profesionales para aplicar la técnica de escucha activa, intentando profundizar en el requerimiento del usuario para detectar OM. Hicimos un registro de las mismas de enero a mayo de 2021 en las que se recogen múltiples demandas de los usuarios, sobre todo solicitando información acerca de las visitas domiciliarias y/o comentando la evolución clínica o dudas con los tratamientos. Del listado de llamadas registradas se extraen diversas OM entre las cuales destacan, dada la alta prevalencia de notificaciones al respecto, la mejora en la comunicación de los tratamientos prescritos así como de sus ajustes y su adecuada prescripción en la tarjeta sanitaria. Esto nos parece relevante dado el alto riesgo de complicaciones y/o efectos secundarios que pueden surgir de un uso inadecuado de medicamentos y/o una falta de adherencia al tratamiento. Para ello, y como demuestran algunos estudios, es necesario reforzar una comunicación óptima entre el personal de salud y el paciente/cuidador para evitar los errores médicos y garantizar la seguridad del usuario, ya que la falta de la misma, además, puede afectar negativamente a la coordinación de cuidados. Los SPCD también fueron uno de los problemas más frecuentes por los que los familiares consultaron, por lo que sería oportuno mejorar en la formación y manejo de los mismos, de ahí la elaboración, entre otros, de una guía de actuación de manejo de los SPCD; también se propuso llegar a un consenso sobre los cuidados y canalización tras finalizar la

intervención de AGD, para informar adecuadamente a los usuarios (pacientes y profesionales) y evitar la sobrecarga asistencial de la Unidad.

El objetivo es continuar analizando esta actividad, a pesar de las dificultades que pueden surgir por cambios de profesionales y periodos de mayor sobrecarga asistencial, ya que, como hemos visto, nos proporciona información relevante y necesidades reales del usuario y sus cuidadores, que en gran medida pueden mejorar la Calidad Asistencial de la Unidad.

6.5.1.2.- Información de profesionales de la propia Unidad.

6.5.1.2.1.- Escucha activa y comunicación interna de situaciones mejorables

Complementando el punto anterior, cabe resaltar que algunos autores han destacado la relación entre la comunicación deficiente entre el personal de salud y los errores médicos; también se ha demostrado que un entorno de trabajo con una comunicación efectiva y una cultura de escucha activa contribuye significativamente a la satisfacción del personal médico y no médico, reduciendo los conflictos en el entorno laboral y el estrés del profesional, así como la posible interferencia en los cuidados del paciente ante la falta de comunicación entre los diferentes departamentos de profesionales.

Pese a su relevancia, la realidad es que en la mayoría de las ocasiones, entre profesionales, la escucha activa está incluida dentro de nuestra actividad diaria y la comunicación de situaciones mejorables no queda registrada y se realizan de manera verbal. Aunque en este trabajo se han recogido numerosas OM en las diferentes herramientas utilizadas, en las que han participado diversos profesionales, es necesario una constancia en la notificación de las mismas para mantener la filosofía de la escucha activa en el Nivel Asistencial y así poder revisar periódicamente las necesidades de la Unidad y proponer las OM pertinentes.

6.5.1.2.2.- Técnica de “Brainstorming” o Tormenta de Ideas

La Tormenta de Ideas es una metodología simple que posibilita capitalizar la improvisación, el entusiasmo y la creatividad de los participantes en una reunión de trabajo multidisciplinar, recabando sus propias percepciones sobre el tema sujeto a evaluación. Se ha utilizado en diversas áreas de la medicina, incluida la Geriátrica, para abordar desafíos específicos relacionados con el envejecimiento y la atención a las PM. Aunque no existen estudios específicos que demuestren la utilidad de esta técnica exclusivamente en nuestra especialidad, se pueden identificar ejemplos y conceptos generales que respaldan su aplicabilidad, donde la participación multidisciplinar para abordar los problemas de la

población mayor puede conducir a propuestas y soluciones innovadoras y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Dentro de los resultados registrados en la Tormenta de Ideas de este proyecto, la situación de los pacientes que viven solos suscitó gran interés debido al aumento de los casos que vemos en la práctica clínica. Vivir solo, o el aislamiento social que ello implica, se trata de un problema de salud pública importante asociado a múltiples riesgos para la salud: aumenta significativamente el riesgo de morir prematuramente por todas las causas, también, incrementa casi el 50% del riesgo de demencia, la aparición de síntomas depresivos, de ansiedad y suicidio, los problemas cardiovasculares (29% enfermedad cardíaca, 32% del accidentes cerebrovasculares), la morbilidad y los trastornos del sueño, entre otros problemas(282–285). Hasta la fecha, se consideraba clásicamente un criterio de exclusión para la asistencia de la Unidad de AGD debido a la limitación que implica para el abordaje de estos pacientes la ausencia de cuidadores, formales o informales, para poder asegurar una adherencia terapéutica y un óptimo seguimiento domiciliario, además de las complicaciones y riesgos para éstos y su entorno, que podría implicar una intervención en este contexto. Aun así, durante las reuniones llevadas a cabo por la CC se consideró que estos pacientes, cada vez más frecuentes, podrían obtener beneficios de una VGI domiciliaria, previo conocimiento de Trabajo Social de su área. Por ello, se consensuó incluirles en el programa de AGD (llevando a cabo un registro exhaustivo de los mismos) y realizar al menos una visita, anticipando esta información a su MAP; de esta manera, quedarían reflejadas las necesidades de estos pacientes, así como las recomendaciones pertinentes terapéuticas, con el fin de poder gestionar posteriormente los trámites o ayudas pertinentes que permitiesen mejorar la situación global de los mismos. Así se llevó a cabo en el estudio observacional prospectivo, e igualmente se continúa haciendo en la actualidad con una óptima colaboración con AP, a quienes hemos ido comunicando este cambio vía telefónica y en las reuniones presenciales en los C.S. y quienes comprenden la iniciativa y se rigen a estos nuevos criterios de coordinación.

Otra cuestión relevante en las reuniones llevadas a cabo fueron los criterios de continuidad de cuidados tras la finalización de la intervención de la Unidad. La percepción de los profesionales es que, tras el alta de AGD de estos pacientes, son muchos los familiares que, por diferentes motivos (dificultad para el contacto con el C.S., costumbre, mayor accesibilidad al Servicio de Geriátrica, miedo a complicaciones, rechazo a ser derivado al Servicio de Urgencias...) contactan ante nuevas adversidades directamente con nosotros obviando la canalización habitual (contacto en primera instancia con su MAP, quedando a su criterio una eventual nueva valoración por nuestra Unidad). De lo contrario, la sobrecarga y

demanda de AGD sería inabarcable. Como OM en este área, además de informar a los usuarios presencialmente, se consensuó la elaboración de un documento informativo que se entregaría en el domicilio del paciente al inicio de la intervención, donde constan los teléfonos de la Secretaría (u otros complementarios como el teléfono de infoPAL a criterio del Equipo) y el correo de sugerencias. También se especifica en el mismo, la periodicidad de nuestros servicios y la necesidad de consultar con su MAP una vez finalizado el seguimiento por nuestra parte. Con esta metodología, en reuniones posteriores el Equipo hemos objetivado (aunque no se ha registrado cuantitativamente) una disminución significativa en las llamadas post-intervención. Como excepción a esta normal, se ha propuesto y llevado a cabo un listado de pacientes a los que, por diversas circunstancias (principalmente riesgo de reingresos hospitalarios y/o complejidad severa), dada la ausencia de otro recurso de continuidad de cuidados alternativos por el momento, se les autoriza a consultar de manera directa según su propio criterio, siempre tratando de coordinar y respetar el papel de AP. Está pendiente reforzar esta OM en la práctica, con la elaboración, ya comentada en apartados anteriores, de un seguimiento telefónico periódico más estrecho por parte de Enfermería, de aquellos pacientes más vulnerables, crónicos y complejos.

En cuanto a las derivaciones remitidas por parte de AP, además de la ya comentada modificación para la difusión de la metodología de solicitud de interconsultas (vía email en lugar de FAX) se detectaron varias de ellas con información insuficiente lo cual dificulta y/o retrasa el abordaje del paciente. Se consensuó como OM, en estos casos, contactar con el MAP para solicitar más datos, o responder el email de derivación en caso de dificultad para el contacto telefónico con el mismo; además, con la optimización del papel de Enfermería propuesto, se decidió ampliar esta información de manera rutinaria, en el triaje de la lista de espera llevado a este colectivo. Esta última propuesta ha sido llevada a cabo en su totalidad con una importante implicación del personal, permitiendo una disminución en el tiempo de espera hasta la primera visita y priorizando las visitas domiciliarias en función de la información obtenida en dicho triaje preliminar. En cuanto a las derivaciones incompletas, continuamos observando bastantes de ellas a día de hoy, probablemente debido a la importante rotación de MAP que acontece recientemente en el ámbito ambulatorio. Por ello, desde finales del año 2023, que se han retomado las reuniones presenciales en los C.S., se ha elaborado un documento preliminar de actualización de los criterios de derivación a AGD (**Anexo VIII**), siendo presentado a los compañeros de AP, recordando no sólo éstos sino la canalización de derivación, la información requerida en las mismas y la necesidad de evitar la duplicación de interconsultas (CEX y AGD).

Dado que la participación de estas reuniones fue multidisciplinar, también formaron parte de las mismas los conductores que nos permiten el desplazamiento hasta los domicilios. Teniendo en cuenta sus consideraciones, se propone mejorar la elaboración y gestión de la ruta diaria, optimizando así el horario de todo el Equipo. En este sentido, tras poner en práctica dicha OM, se ha añadido recientemente una nueva propuesta que consiste en la impresión de un mapa de nuestra área de trabajo, en el que, colocado en el despacho de la Unidad, queden reflejados los C.S. y la ubicación de los domicilios de los pacientes activos. De esta manera, nos permite programar con mayor coherencia la ruta diaria y mejorar la organización interna de cada Equipo.

Finalmente, una tendencia progresiva objetivada en los últimos años, ha sido el número significativo de pacientes a los que, estando en lista de espera, no ha sido posible llevar a cabo la intervención domiciliaria. En consenso con todo el Equipo, incluyendo al personal administrativo, se decidió analizar este listado de pacientes con el fin de detectar las causas más frecuentes de esta situación y valorar posibles OM al respecto para modificar en la práctica clínica. En el año 2023 se registraron un total de 93 pacientes que no pudieron ser vistos, de los cuales, estando en la lista de espera, 30 pacientes (32,3%) estaban hospitalizados en el momento de llamarles para realizar la visita, 32 habían fallecido (34,4%), 11 habían sido institucionalizados (11,8%) y 20 (21,5%) no fueron vistos por otras razones (2 fueron recitados en CEX, 6 estaban en seguimiento por otro dispositivo (ESAD/AECC), 1 rechazó la intervención, 3 cambiaron de CC.AA, 4 presentaron mejoría clínica del problema por el que se consulta y 4 tenían otros motivos variados).

6.5.1.2.3.- Grupo Nominal

Los problemas relacionados con la salud, y particularmente en el PM, no siempre pueden resolverse mediante aproximaciones cuantitativas. Esto puede ser por la ausencia de datos o bibliografía, como hemos detectado en nuestro área de trabajo, o a que éstos no sean concluyentes(286). En otros casos, como también consideramos que ocurre en Geriátrica, y concretamente en las Unidades de Atención Domiciliaria, la novedad del problema o la escasez de dispositivos, no ha permitido la generación de suficiente información. En los últimos tiempos, en AGD, la necesidad de tomar decisiones en nuestra Unidad, aun careciendo de suficiente información, ha generado que se haya decidido incrementar las reuniones de trabajo e involucrar en algunas de éstas a profesionales externos, con el objetivo de alcanzar algún acuerdo entre los miembros del grupo para reducir, en la medida de lo posible, la incertidumbre que caracteriza diversas situaciones. Todo ello, condujo al desarrollo en nuestro trabajo de este método cualitativo de consenso, el Grupo Nominal, para detectar necesidades, analizar prioridades, elaborar estrategias y afrontar problemas

específicos en AGD. Es por ello, además de por su carácter decisional, su rapidez y relativa sencillez, que creemos que esta técnica es una herramienta valiosa en el campo de la Geriatría.

La técnica del Grupo Nominal en los servicios de salud se ha utilizado sobre todo en el ámbito de la gestión y de AP(287,288). En general, es recomendado especialmente en las fases de identificación de problemas y de establecimiento de prioridades(289–292) pero ha señalado su potencial para la exploración de problemas y para la evaluación de programas(289). En investigación su uso se ha recomendado para establecer un orden de prioridad por consenso en la elección de un estudio(293). Tiene grandes ventajas como las elaboración de ideas estructuradas, con mayor franqueza que en las reuniones no estructuradas, permite la defensa y aportación de nuevas ideas, salvando barreras de comunicación al forzar la participación de todos los componentes, y selecciona mejor aquellas a juicio del grupo, alcanzando un consenso colectivo de participantes con formación e intereses dispares pero que están implicados en las soluciones elegidas. Como inconvenientes cabe destacar la posibilidad de desechar ideas innovadoras; se pueden obtener soluciones carentes de precisión que las convierta en inútiles, que el propio procedimiento suscite rechazo en algunas personas del grupo o haya dificultades en la aceptación e impacto de sus conclusiones. En nuestro caso no se dieron ninguno de estos supuestos y tanto la participación, como la comunicación entre los componentes del grupo, la fluidez y desencadenamiento del procedimiento fue exitoso.

El Grupo Nominal llevado a cabo en nuestro trabajo se utilizó con el objetivo de profundizar en *“cómo mejorar las diferentes dimensiones de la Calidad de una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria”* detectando las fortalezas, debilidades y propuestas de mejora. Nos ha servido como método de consenso facilitando la colaboración multidisciplinar de diferentes profesionales expertos en el Nivel Asistencial aportando su conocimiento y experiencia sobre la Atención Domiciliaria y sus necesidades. Nos ha ayudado a la identificación y jerarquización de problemas y a la búsqueda de causas y soluciones, permitiendo así el desarrollo y gestión de planes de atención personalizados y proporcionando mejoras en la Atención Geriátrica centrada en el paciente.

De entre las OM registradas cabe resaltar las relacionadas con AP. Como ya se menciona en otros apartados, destaca la importancia, en opinión de todo el grupo, de retomar las sesiones conjuntas y de formación en los diferentes C.S., así como la mejora en el contacto y puesta en común de los criterios de derivación a la Unidad. De forma añadida, se formula la posibilidad de visitas conjuntas puntuales con los MAP (aunque debido a la sobrecarga

asistencial bilateral, puede ser difícil de coordinar) así como la necesidad de implementar como requisito imprescindible previo a la derivación, que el paciente y/o su problemática en cuestión haya sido atendida y/o valorada desde AP, para posteriormente optimizar nuestra intervención domiciliaria (sobre todo las primeras visitas) sin interferir en las funciones de AP. También detectamos una problemática, que acontece desde hace años, como es la imposibilidad de visualización de la evolución del paciente mientras está en seguimiento por AGD, hasta la elaboración del informe de alta, lo que en ocasiones dificulta la coordinación con los profesionales de AP o duplica intervenciones. Es una queja habitual en las conversaciones con los MAP. En este sentido, se propone transmitir esta situación a los responsables del Servicio de Informática y Dirección, para tratar de solventar el problema o buscar una solución plausible en la práctica habitual. Todas estos hallazgos son importante tenerlos en consideración, puesto que AP es el principal punto de apoyo y coordinación en nuestra labor asistencial y la Calidad Asistencial y organización entre ambos debe ser una prioridad.

Asistencialmente, se plantea analizar las características de los pacientes con estancias más prolongadas en la Unidad, para poder evaluar sus necesidades concretas u otros recursos, existentes o no, para su mejor abordaje (como la consulta telefónica post-alta de la Unidad para prevenir complicaciones o derivaciones al Servicio de Urgencias). Esta OM se ha formulado y descrito junto con el Equipo y el Jefe de Servicio, pero por el momento no ha sido puesta en práctica, aunque consideramos que puede ser útil para el desarrollo de la Calidad Asistencial de AGD. En esta línea, también se considera idóneo incrementar la coordinación entre Niveles Asistenciales con el fin de proporcionar la mayor eficacia y eficiencia a la atención del PM domiciliario. Hasta la fecha, se ha mantenido una estrecha relación con otros dispositivos domiciliarios (como los ESAD o la Asociación Española Contra el Cáncer) con quienes mantenemos una comunicación excelente para la adecuada coordinación de pacientes, así como con las diferentes Unidades hospitalarias, con quienes tenemos el propósito de implementar mejoras (sobre todo con la UGA) en vistas a beneficios asistenciales, además de cuestiones de ahorro económico.

El contacto con y del paciente con la Unidad en ocasiones se ve disminuido o con un déficit de cobertura para las necesidades de los mismos. Por ello, surge la propuesta de mejorar la comunicación con éstos, poniendo a su disposición un acceso telefónico 24 horas durante 7 días a la semana, como ya tienen otras Unidades Domiciliarias parejas a la nuestra. Desde el 1 de junio de 2022 se implanta el dispositivo (activo de lunes a viernes de 8 a 15 horas, con buzón contestador en horario de tarde-noche y fines de semana), aportando el número de

teléfono e indicaciones/horario de uso a pacientes y familiares. Se ha registrado la actividad del mismo desde junio de 2023 objetivando (**Tabla 57**):

Tabla 57: Registro de la implementación de un nuevo dispositivo telefónico

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Llamadas	20	30	24	33	8	43	45
Buzón contestador	6	5	2	1	2	7	1
Destino:							
Médicos	22	33	24	23	8	34	34
Enfermeras	4	2	2	11	2	16	12

Las llamadas o mensajes son tanto de pacientes en seguimiento activo como de otros ya dados de alta o en lista de espera. Consultan familiares, los propios pacientes o cuidadores, y se registran también las llamadas de AP u otros especialistas. Los motivos de las mismas son variados, desde dudas sobre el manejo farmacológico, cuestiones clínicas o asistenciales (gestión de próxima visita etc.). Creemos que ha sido positiva la incorporación de esta nueva línea telefónica, pero sobre todo el registro de su uso, que demuestra, por un lado, la labor asistencial que todo el Equipo se realiza más allá de las visitas presenciales, y el grado de confianza, además de accesibilidad y rápida respuesta que proporciona a los usuarios. Esta información y su análisis continuado nos puede ayudar a mejorar nuestra Calidad Asistencial.

De manera complementaria, y en cuanto a la mejora en el uso de materiales para las valoraciones domiciliarias, se propone incentivar el uso del *bladder scan* y de la ecografía portátil a pie de cama-POCUS (ésta última disponible desde junio de 2021), técnicas fáciles de usar, rápidas, indoloras y de cabecera que nos han permitido desde su implantación la toma de decisiones inmediata sobre el diagnóstico, la aplicación y monitorización de tratamientos y, sobre todo, evitar en ocasiones derivaciones a áreas de hospitalización y/o Urgencias. También el uso de antibioterapia subcutánea o de infusores para el tratamiento de patologías agudas (como la ICC) o en pacientes en final de vida, es de utilidad en este Nivel Asistencial para un mejor abordaje del paciente sin necesidad de desplazarle de su domicilio.

Surgieron también otras OM ya comentadas en otros apartados, como la reactivación de las sesiones multidisciplinarias, la gestión y priorización de la lista de espera, el apoyo de Trabajo Social y del personal administrativo, la posibilidad de incluir profesionales de Rehabilitación (fisioterapia/terapia ocupacional) y/o Psicología en las valoraciones domiciliarias, la

elaboración de guías de actuación de las patologías más frecuentes y la optimización del papel de Enfermería y de la ruta diaria de pacientes.

6.5.1.3.- Información de profesionales externos de otras Unidades de Atención Domiciliaria.

6.5.1.3.1.- Entrevista semiestructurada en profundidad a expertos

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos. En nuestro proyecto, hemos considerado que la opinión de expertos en Atención Domiciliaria pertenecientes a otros dispositivos, podría ser de utilidad para complementar el nuestro propio y obtener OM. La entrevista con estos profesionales nos ha permitido obtener información completa, precisa y profunda sobre diferentes aspectos de asistencia y organización. Gracias a su estructura nos ha posibilitado aclarar dudas durante el propio proceso, ya que es una técnica flexible, asegurando respuestas más útiles que nos han facilitado la interpretación de las principales ideas acorde con los propósitos del estudio. Dentro de la clasificación de las diferentes entrevistas, hemos elegido este formato (semiestructurada en profundidad) ya que es la que se asocia con la expectativa de que el entrevistado exprese con mayor probabilidad su punto de vista, de manera relativamente abierta, respecto a una entrevista estandarizada o un cuestionario(294).

Con esta herramienta hemos obtenido información detallada, especializada y contextualizada sobre la Atención Domiciliaria, desde los diferentes puntos de vista de los profesionales entrevistados, sin limitaciones espacio-temporales ya que nos ha sido posible preguntar por hechos pasados-históricos sobre sus Unidades y también por situaciones planeadas para el futuro que nos son de gran ayuda para la reestructuración y mejora de nuestra Unidad. La flexibilidad de esta tipología de entrevista nos ha facilitado la adaptación a la formulación de las preguntas, la posibilidad de aclarar y comprender mejor conceptos proporcionados y, así, aprovechar la experiencia de cada participante, generando nuevas ideas y perspectivas.

Como se ha comentado, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad semiestructuradas, vía telefónica y con duración de unos 15-20 minutos, a cinco profesionales de distintos dispositivos de Asistencia Domiciliaria a nivel nacional: dos geriatras, una Trabajadora Social, una Enfermera y una administrativa. De cada entrevista se obtuvieron múltiples OM, muchas de ellas ya comentadas en otros apartados, y, además, compartidas por varios de los expertos, como la utilidad de disponer de un mayor soporte telefónico (incluso en fines de semana), personal de fisioterapia-terapia ocupacional en la Atención Domiciliaria, la

importancia de las reuniones multidisciplinarias o la gestión de la lista de espera. Podríamos destacar la relevancia de la coordinación con las UGA, teniendo en cuenta la opinión y necesidades de los compañeros que trabajan en las mismas, tratando de alcanzar, entre ambos, altas precoces con un eficiente soporte domiciliario posterior. También se ha implementado gracias a esta técnica, el registro de las llamadas recibidas y/o filtradas al personal administrativo, quedando pendiente la recomendación de que las mismas queden citadas informáticamente para la contabilización de la actividad asistencial de la Unidad por este medio.

6.5.1.4.- Cuestionarios de satisfacción.

6.5.1.4.1.- Cuestionarios de satisfacción a la población usuaria de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

En el entorno sanitario son cada vez más las experiencias en las que se tiene en cuenta la opinión de los usuarios para organizar procesos asistenciales, así como el uso de métodos para evaluar la satisfacción del paciente e identificar potenciales áreas de mejora, como hemos realizado en el presente trabajo. El interés en esta materia ha recibido un gran reconocimiento como medida de Calidad considerándose un resultado de relevancia en la mejora continua de instituciones y también de cualquier Nivel Asistencial. Se considera un instrumento de gran utilidad en la gestión sanitaria para optimizar recursos, ya que los pacientes son considerados el principal objetivo de los mismos, y, por tanto, su grado de satisfacción es un indicador básico de la Calidad Asistencial ofrecida. Según la literatura, una mayor satisfacción se asocia a múltiples beneficios, como una mejor adherencia farmacológica o un mayor seguimiento de las recomendaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad(295). Sin embargo, la insatisfacción de un paciente se asocia a un aumento del coste de la Atención Sanitaria, a la ineficacia de los tratamientos y a mayor riesgo de excesivas de peticiones de pruebas complementarias(296,297).

Aunque resulta una herramienta atractiva y aparentemente útil, no está exenta de limitaciones. En primer lugar, la literatura existente, que suele ser extensa y orientada a la práctica generalmente, es muy heterogénea y se encuentra algo más descuidada en cuanto a los aspectos conceptuales y metodológicos. También es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción respecto a las condiciones de hospitalización (inclusive en Geriátrica) o sobre la organización de los Servicios de Urgencias o consultas ambulatorias, siendo menos frecuentes los trabajos en el campo de la Atención Domiciliaria, concretamente con el PM, y la utilización de diferentes formas para su evaluación puede ser un problema. Un ejemplo de ello es en la CAM, donde se lleva a cabo una encuesta anual (la última publicada en

2022(298)) sobre la percepción y satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública donde se analizan los ámbitos asistenciales de AP, Atención Hospitalaria y SUMMA 112, pero en ningún caso la Atención Domiciliaria como tal. Los datos aportados por Barrasa et al.(299) identifican de los artículos españoles publicados sobre satisfacción del usuario en el entorno sanitario entre 1986 y 2001, que un 45,8% utiliza entrevistas y un 50% recurre a cuestionarios de satisfacción (el resto combina ambos métodos). Otro dato a considerar es el porcentaje de estudios que recurren a instrumentos validados u otros de carácter propio, en ocasiones, no validados, o con un dudoso diseño que responde más a los intereses de los profesionales que a los de los pacientes, restringiendo su comparación con otros estudios.

Asumiendo estas vicisitudes, nuestro cuestionario se trata de un diseño propio tomando como base una encuesta ya publicada y validada en AP(300) que comprende diversas áreas, como la accesibilidad y organización de la Unidad, la información recibida, la satisfacción con los resultados obtenidos, el trato del personal o la continuidad de cuidados.

Según el conocido estudio de Hall y Dornan(301) las dimensiones que más frecuentemente se evalúan en las valoraciones de satisfacción son la humanidad en la asistencia (65%), la información (50%), la competencia (43%), la administración (28%), la accesibilidad (27%), los costes (18%), las facilidades (16%), los resultados (6%), la continuidad de los cuidados (4%) y la atención a los problemas psicosociales (3%). En estudios posteriores, las que se han registrado casi sistemáticamente son la accesibilidad, comodidad, capacidad de respuesta, la cortesía en el trato, información, continuidad de cuidados, resultados de la intervención sanitaria y la competencia de los profesionales (siendo esta última, en ocasiones superior a los demás)(302). Cabe suponer que éstos últimos son los aspectos que más intervienen en la satisfacción del paciente habiendo incluido muchos de ellos en nuestra metodología con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de las personas (pacientes, cuidadores y/o familiares) usuarias de AGD, y para recibir sus sugerencias con el fin de establecer un plan de mejora.

El análisis de nuestro cuestionario muestra como los aspectos relacionados con el proceso de atención de la Unidad (la organización y accesibilidad) ejerce un papel importante, como tradicionalmente se ha propugnado (303), con resultados positivos que podemos relacionar como uno de los componentes más explicativos de la satisfacción de nuestros servicios.

Destacan también resultados satisfactorios en cuanto a la información ofrecida, global y sobre la enfermedad y el plan de tratamiento, acorde con la importancia de ésta y la

humanización de la atención que reflejan los estudios. Se corroboran también como factores positivos los relativos al trato personal de los profesionales, la disposición del Equipo en el domicilio y la relación interpersonal, tanto verbal como no verbal, médico-paciente/cuidador. En este sentido, como afirma el estudio de Mira et al.(304), compartimos la opinión de que la satisfacción es resultado de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente, las cuales conforman sus expectativas, que dependen, en gran medida, también del esfuerzo profesional y organizativo. Por eso, pese a los resultados exitosos en nuestro trabajo, trabajaremos para mantener estas virtudes, actitudes y aptitudes para continuar ofreciendo la mejor Calidad posible.

La continuidad asistencial es una característica esencial en la atención del PM, bien sea desde especialidades como la Geriatría, como desde la comunidad por parte de AP, y está relacionada con la Calidad Asistencial y con la calidad de vida de estos pacientes(305). En nuestro cuestionario, aunque la gran mayoría de los resultados son positivos, un 3% de la muestra está poco satisfecha, así como con la coordinación con los profesionales o recursos del área de hospitalización, por lo que debemos insistir en mejorar esta dimensión. Aunque por el momento no está en nuestra mano el poder aportar más recursos que permitan una mayor continuidad asistencial o cobertura horaria, como demandan muchos usuarios en sus respuestas, es algo que tenemos pendiente plantear detenidamente como OM. En cuanto a la resolución de problemas, en general, los resultados también son satisfactorios, acorde con la opinión, casi generalizada, de que recomendarían nuestros servicios a sus conocidos.

Nuestra herramienta de evaluación comparte el contenido de varias de las preguntas de la escala de *Evaluación de la Satisfacción del Servicio de Atención Domiciliaria (SATISFAD-12)*, utilizado, por ejemplo en el estudio de Gorina et al.(295) en una cohorte de 158 pacientes crónicos mayores de 65 años que recibían Atención Domiciliaria. En ésta, los usuarios también valoran positivamente la confianza, tranquilidad, amabilidad, trato y profesionalidad del Equipo, valorando que podría mejorarse, al igual que en nuestro trabajo, la asistencia más continua sin que el usuario o la familia lo solicite. La encuesta SATISFAD-12 también dispone, como nuestro cuestionario, de preguntas abiertas, donde agrupan las respuestas en aquellas que se referían a aspectos positivos o negativos con el fin de obtener propuestas de mejora del servicio. En nuestros resultados, aunque la participación en las mismas fue menor, la mayoría de respuestas en este campo son positivas y también se analizaron detenidamente y se tuvieron en consideración para la extracción de OM. En otro estudio sobre la evaluación de los resultados y de la satisfacción de un programa de Atención Domiciliaria de pacientes ancianos dependientes(306), se utilizó la escala Likert sobre la satisfacción con la atención recibida (graduada de 0 a 10), con una pregunta sobre la

evolución de la asistencia recibida (con 5 posibles respuestas, desde “mucho mejor” a “mucho peor”) y dos preguntas abiertas (una sobre puntos destacados de la atención recibida y otra sobre puntos a mejorar en la atención recibida). El porcentaje de pacientes que consideraban que la atención recibida a través del programa era “mucho mejor” o “mejor” que la recibida con anterioridad era del 85,4%, “igual” del 11,8% y “peor” o “mucho peor” del 2,8%. El 84% de la muestra (121 pacientes) expresaron al menos algún punto positivo de la atención recibida a través del programa de intervención y solo 10 pacientes (6,9%) expresaron algún punto negativo, destacando entre ellos la necesidad de aumentar el número de visitas (3,5%), la no realización de renovación de recetas en el domicilio (2,8%) y la falta de visitas domiciliarias de otros especialistas (0,7%). Aunque en nuestro trabajo no se evalúa la satisfacción antes de la intervención, después de la misma los resultados son bastante parejos a los encontrados por Orueta et al. (306).

Como limitación hay que resaltar que no se tuvieron en cuenta otros ítems de confusión, como el nivel de educación o la clase social, también descritos en la literatura médica(307). Tampoco se analizaron los resultados según si el que respondía era el paciente o el cuidador/familiar (en caso de deterioro cognitivo), ni tampoco la influencia de la edad y el sexo en las respuestas, lo cual podría interferir en las conclusiones. Asimismo, la tasa de respuesta fue aceptable (66%), aunque el tamaño muestral podría ser mayor para afianzar los resultados y el método para la entrega de los mismos (buzón de correos ordinario) podría digitalizarse.

Aun así, con los resultados obtenidos, hemos podido elaborar diversas OM que pretendemos poner en marcha en la práctica clínica. Entre ellas, y ante la demanda de los usuarios, se plantean la necesidad de aumentar la cobertura asistencial (incluyendo la tarde-noche y fines de semana), así como la identificación de los pacientes más complejos y/o con potenciales eventos urgentes, para realizar un seguimiento más estrecho y evitar de este modo derivaciones innecesarias al Servicio de Urgencias, ingresos hospitalarios u otras complicaciones. En relación con las respuestas positivas, como se ha comentado, la CC considera que hay que mantener y reforzar los ítems relacionados con éstas, evitando esperas prolongadas hasta la primera visita, tener en consideración el tiempo dedicado en el domicilio a cada paciente en función de su complejidad y necesidades, o potenciar la coordinación con los recursos hospitalarios.

Concluimos que, en base a nuestros datos, podemos afirmar que existe una amplia satisfacción global con los servicios prestados por AGD, que, aunque debemos seguir registrando, nos insta a continuar en esta línea de trabajo, la necesidad de poner en marcha

este tipo de actividades y la difusión de estas Unidades. En el marco de la creciente demanda de servicios de Atención Domiciliaria en que se encuentra nuestro país, es necesaria la búsqueda de nuevas estrategias organizativas y alternativas asistenciales, poniendo especial énfasis en que el diseño de las mismas debe cimentarse tanto en las necesidades como en la satisfacción de los pacientes, debiendo ser esta última un indicador que se suma a las medidas de efectividad y eficiencia de una Unidad para valorar si sus servicios logran los resultados deseados. Y es que, en poblaciones tan vulnerables, de edad avanzada, función y cognición comprometidas, con una importante sobrecarga de los cuidadores, como es la población atendida por AGD, la atención personalizada en el domicilio, de alta capacidad de resolución y coordinación de profesionales y recursos, requiere una valoración específica de la satisfacción, la cual es, por sus características, difícilmente comparable a la provisión de servicios en otros entornos, como el ambulatorio o el hospitalario. Para ello, disponer de instrumentos que evalúen específicamente la satisfacción en este entorno puede aportar una importante información sobre las expectativas de los destinatarios de estos servicios y de esta manera ofrecerles una mayor Calidad Asistencial. Si este instrumento, además, es fácilmente administrable en este tipo de poblaciones, tan poco evaluadas y tan complejas, ayudaría a modelar las características de los servicios ofertados a las mismas (308).

En resumen, la satisfacción del usuario en Geriátrica es esencial para garantizar una atención de Calidad, mejorar los resultados de salud, promover el bienestar emocional, garantizar la seguridad y el confort de los pacientes. Para ello, los profesionales e instituciones debemos esforzarnos en evaluar las necesidades y expectativas de nuestros pacientes de manera continuada, y, además, incrementar la cantidad y calidad de los estudios al respecto.

6.5.1.4.2.- Cuestionario de mejora a los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud que se coordinan con la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

Existen pocos datos sobre las relaciones entre AP y Geriátrica. Presentamos los resultados de una encuesta sobre los intereses y opiniones de los profesionales de AP sobre la actividad del Equipo de AGD y la coordinación con el Servicio de Geriátrica del HUCCR. En nuestro caso, contestaron a la encuesta anónima 26 profesionales, tras haberla difundido durante un mes a través del coordinador del C.S. o de manera directa con MAPs aleatorios. En el estudio pionero donde se aplicó dicho cuestionario(82) contestaron 59 (62% de la muestra encuestada) con la diferencia de que el periodo para su cumplimentación fue de un trimestre completo.

Cabe destacar que, tras 20 años de experiencia, el 100% de los MAP encuestados continúan considerando útil el dispositivo de AGD. En su mayoría ponen en valor la labor consultiva y

asistencial de apoyo a AP, y en un menor porcentaje respecto al año 2000 (11,5% vs 30,2%), piensan que deberíamos asumir la responsabilidad directa y máxima en los cuidados de ciertos pacientes geriátricos. En otros estudios anteriores, como el de González Montalvo et al., en Guadalajara(138), también mediante un cuestionario a AP, ya se pone de manifiesto la necesidad de un Programa de Atención al Anciano en la comunidad, en el 94% de los encuestados, así como la utilidad y beneficios (94%) de un Equipo consultor en Geriátria para la asistencia sanitaria en su zona, donde el 84,6% considera de importancia prioritaria la atención a la población mayor.

Un porcentaje mayoritario de los encuestados confiere gran relevancia a la presencia y/o manejo de SG como criterio de derivación a nuestra Unidad, por encima de la mera edad biológica del paciente. Ello concuerda con lo objetivado en los resultados de los estudios retrospectivos y prospectivo de este proyecto, donde referíamos el incremento progresivo de la complejidad y vulnerabilidad de los pacientes domiciliarios, con un aumento de la comorbilidad y SG, entre otros, lo que supone una sobrecarga asistencial para AP, debido a la mayor prevalencia de PM en la comunidad, con más enfermedades, implicando mayor consumo de tiempo en las visitas, frecuentemente un mayor uso de pruebas complementarias y también, falta de tiempo / formación específica para el abordaje de esta población.

Igualmente, se han analizado como respuesta en texto libre, otros posibles motivos (30,4%), cifra inferior a la obtenida en el estudio de Baztán et al.(18%)(309) destacando el trato y la atención continuada, la dificultad para el manejo ante el empeoramiento y el abordaje paliativo, la pluripatología y polifarmacia o la posibilidad de solicitar estudios complementarios con mayor facilidad.

Actualmente, los MAP continúan remitiendo pacientes para valoración al Servicio de Geriátria a CEX y a AGD, con una disminución proporcional en el porcentaje de derivaciones para ingreso hospitalario respecto a la registrada en el año 2000 (46,2% vs 70%). Esta variación podría estar en relación con modificaciones en la coordinación y/o los criterios de ingreso hospitalario (con la necesidad de una valoración previa del paciente por parte del Equipo de AGD) o bien por la mencionada vulnerabilidad del paciente y la priorización de intentar mantenerle en su domicilio favoreciendo el confort y la calidad de vida. En esta línea, respecto a la utilidad de AGD, en su gran mayoría consideran relevante su especialización en la valoración y manejo de pacientes, y en menor medida, respecto al estudio de Baztán et al.(7,7% vs 65,1%)(138) la disponibilidad de recursos hospitalarios. Si la ubicación hospitalaria de estos Equipos ofrece alguna ventaja añadida, está en función

facilitar el acceso a recursos técnicos y humanos especializados cuando son necesarios. Algunos trabajos en la bibliografía indican que la atención puede ser más eficaz y eficiente si su composición especializada parte desde el hospital(138) pero otros refieren que dispositivos geriátricos comunitarios también han aportado resultados favorables(198,310). En este sentido, nuestros datos en el estudio prospectivo revelan que un 21,5% de la muestra consultada (49 pacientes), porcentaje algo inferior a los registrados en 2000 (29,5%)(197,261) requirió atención en otros niveles hospitalarios del servicio de Geriátrica (UGA, UME, HDG, CEX), cuyo plan de cuidados no hubiera podido ser adecuadamente atendido por nuestro Equipo sin una cobertura hospitalaria que nos respaldara directamente. Por ello, en nuestra opinión, para poder resolver eficazmente los problemas planteados en los pacientes remitidos por AP, como bien ellos refieren que hacemos, consideramos beneficiosa la complementariedad de los recursos hospitalarios junto con los de la atención comunitaria.

Una parte importante de la actividad de AGD está dedicada a la docencia y formación de profesionales de AP en el manejo del paciente geriátrico, aunque bien es cierto que esta área se ha visto mermada en los últimos años por la pandemia COVID-19 y la sobrecarga asistencial de las dos especialidades. Esto ha tenido repercusión en las reuniones periódicas realizadas en los C.S., algo que también se ha evaluado en la encuesta, siendo una de las principales demandas de los profesionales de AP. Consideran de gran importancia reiniciar las mismas, la mayoría consideran que les son útiles para su práctica asistencial, valorando como idóneo, en casi la mitad de los casos, una periodicidad bimestral, en lugar de mensual como anteriormente, así como la inclusión en las mismas de la evaluación conjunta de casos clínicos. Además, en relación a su contenido, se ha preguntado, de manera abierta, qué otros temas serían de interés en el desarrollo de éstas, siendo el manejo de los SG, del paciente paliativo, la demencia y los SPCD los más solicitados. En la encuesta realizada en el estudio de González Montalvo et al.(138), los MAP mostraban interés por aspectos clínicos quizá menos desarrollados en su formación en relación a la problemática o presentación de la enfermedad en la población anciana, o bien otros intereses para los cuales no encuentran el suficiente eco en otras especialidades, como son la farmacología en el anciano, el deterioro mental, el plan de cuidados o la valoración social. Esto refuerza la necesidad de estos Equipos no sólo como apoyo asistencial, sino también docente a AP.

También creemos que es fundamental para mantener la eficacia de la intervención de AGD, en vista de los resultados obtenidos, mejorar las vías de comunicación y coordinación entre el Equipo Geriátrico y AP, favoreciendo que sean fluidas y formales, pese a que más de la mitad de los encuestados están satisfechos con éstas y con el seguimiento continuado de sus

pacientes. La viabilidad de la Unidad así como la implantación de su metodología de apoyo a AP, vendrá determinada por su eficacia y eficiencia, e indirectamente por la percepción desde AP de una fácil accesibilidad, rapidez en la consulta y una aportación diferenciada en función de su cualificación y disponibilidad de recursos.

Pese a que la participación no ha sido amplia y no es posible extrapolar y/o generalizar los resultados, la muy favorable opinión de la mayoría de los profesionales de AP, transcurridos casi 50 años de su existencia, sobre la utilidad asistencial del Equipo de AGD y de su labor de coordinación, es concordante con los resultados de otras áreas(309) y constituye un argumento más para el desarrollo de servicios de Geriátrica hospitalarios con recursos asistenciales diferenciados.

6.5.1.4.3.- Cuestionario de mejora a los Médicos y Enfermeros Internos Residentes que han rotado por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria

La especialidad en Geriátrica está oficialmente reconocida en España desde 1978, formando parte de las especialidades ofertadas por el sistema de médico interno residente (MIR) desde entonces(311). En el ámbito de Enfermería, La Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica (EIR).

A lo largo de los ya casi 50 años de existencia como especialidad médica oficial, la Geriátrica ha tenido la necesidad de adaptarse a los continuos cambios que el propio progreso de la medicina conlleva y que, lógicamente, han afectado a los programas de formación.

De acuerdo con la normativa actual en vigor, el proceso de formación durante la residencia implica recibir una formación teórica y práctica así como a llevar a cabo tareas asistenciales bajo supervisión y en un horario establecido. Esto tiene como objetivo que el especialista en formación desarrolle gradualmente las habilidades profesionales requeridas para ejercer de manera autónoma y eficaz en su especialidad. Por este motivo, es imperativo que los profesionales de los centros acreditados asuman la responsabilidad social de formar médicos sobresalientes y también demuestren el nivel de cumplimiento de este compromiso adquirido.

Hoy en día, es indiscutible la excelencia del sistema MIR como método de docencia postgrado para la formación de especialistas(312). No obstante, en una encuesta realizada a residentes de un hospital terciario se constataba que sólo el 57% se mostraba satisfecho con la especialidad escogida tras la elección de la plaza MIR y, únicamente el 43% estaba satisfecho con el hospital elegido, con un gran porcentaje de residentes que verbalizan aumentar el grado de insatisfacción a medida que avanza el año residencia(313). Otra encuesta mostró que, aunque el 98% de residentes eligió la especialidad deseada, sólo el 58%

de ellos estaban satisfechos con su formación(314). Aunque son varios los autores que reflejan algunos defectos inherentes al sistema que pueden conducir a la insatisfacción del residente(315–318), también hay publicaciones relativas a la satisfacción de éstos respecto a la formación recibida(319–322) con resultados dispares y grupos de estudio muy restringidos a una especialidad en concreto(316,322–325) o a todos los residentes de una determinada Unidad docente o centro(314,326–328).

En Geriátrica, a nivel nacional existen encuestas que analizan las motivaciones para escoger la especialidad y las razones para abandonarla. También a nivel internacional se han desarrollado encuestas sobre la formación a futuros geriatras, o bien se ha valorado el posgrado de Geriátrica desde la perspectiva académica de directores o tutores(329). Pero la realidad es que, en la literatura, son prácticamente inexistentes las publicaciones relativas a la satisfacción en la formación en la especialidad de Geriátrica (MIR/EIR) o concretamente en una rotación en un determinado Nivel Asistencial para evaluar fortalezas o debilidades del mismo, así como áreas de mejora en la formación de los residentes.

A pesar de esta ausencia de bibliografía en nuestra área, consideramos que conocer el punto de vista de los residentes en este campo es crucial, puesto que identificando los factores que afectan al aprendizaje y satisfacción en la formación de los especialistas Médicos y Enfermeros, los programas de formación, y en concreto el ofertado en nuestra Unidad, pueden llevar a cabo cambios que conduzcan a crear un ambiente en el que los residentes y los docentes disfruten de la formación en lugar de cuestionarla, con beneficios profesionales y personales para ambos.

Como literatura más próxima en nuestro entorno, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, mide anualmente la satisfacción de los especialistas en formación especializada en Ciencias de la Salud(330), como parte de la evaluación de los centros docentes acreditados según lo indicado en el RD 183/2008. Esta encuesta pretende obtener información sobre la percepción del residente en relación con formación sanitaria especializada que recibe (incluyendo rotaciones internas y externas) y sus datos permiten identificar problemas y aspectos positivos que orienten el posterior trabajo de evaluación.

Aunque en nuestro hospital, desde la Comisión de Docencia se establece con obligatoriedad la cumplimentación de esta encuesta oficial anual, la realidad es que, en general, el grado de respuesta suele ser bajo lo cual limita el análisis de los resultados, la potenciación de la Calidad Docente y, en consecuencia, asistencial, de los Servicios de Geriátrica, así como la

comparación de los datos entre centros. Por eso, en nuestro trabajo, decidimos analizar la satisfacción de los MIR/EIR que han rotado por la Unidad de AGD, diseñando un cuestionario anónimo adaptado de la mencionada encuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el objetivo de obtener información sobre la Calidad y satisfacción con la rotación con el fin de adoptar, en consecuencia, medidas y OM orientadas a mejorar la formación que se ofrece al residente en este ámbito. Y es que, como menciona el artículo de Inzitari et al.(331), es importante en la formación en Geriátrica de los residentes, proporcionar experiencia en modelos innovadores, como la Geriátrica comunitaria y domiciliaria, potenciando el futuro de la Geriátrica extra-hospitalaria en un momento de transición hacia una medicina más proactiva, preventiva y centrada en el paciente. Y es por ello, que los que tenemos la oportunidad de ofrecerla, debemos hacerlo en las mejores condiciones posibles.

La participación fue aceptable para el corto periodo de tiempo de difusión de la encuesta (un mes) con mayor número de respuestas de MIR (15) respecto a EIR (5), debido al mayor número de rotantes de los primeros en la Unidad. Se evaluaron aspectos como la filiación del residente, el año de rotación, valoración de la acogida, del grado de supervisión recibido, el cumplimiento de los objetivos establecidos en la rotación, la formación teórico-práctica recibida, la duración de la misma, y el cumplimiento (cualitativo y cuantitativo) de las expectativas al inicio de la rotación. No se objetivaron diferencias en las respuestas en función del año de residencia del MIR/EIR que cumplimentaba la encuesta, a diferencia de lo que se ha observado en otros estudios (mayor satisfacción en los primeros años que en los siguientes). En el trabajo de Benavente Berzosa(332), se lleva a cabo un excelente y exhaustivo análisis sobre la satisfacción de los residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, que posteriormente contrasta con el total de otras especialidades de Castilla y León, con una participación también alta, del 73-75%. Cabe destacar que todos los participantes de nuestra encuesta valoraron positivamente la acogida en la Unidad, así como el nivel de supervisión recibido y el cumplimiento de los objetivos y actividades realizadas junto con la formación teórica-práctica. El 100% de los residentes encuestados consideraron cumplidas sus expectativas sobre la rotación, recomendándola a otros compañeros. En cuanto a la duración de ésta, un 30%, en su mayoría EIR, consideraron que fue insuficiente.

Dadas las escasas publicaciones al respecto en Geriátrica, y concretamente en AGD, no tenemos datos para contrastar estos resultados, que demuestran una satisfacción general muy positiva. En el trabajo de Mateos-Nozal et al.(333), se elaboró un cuestionario basado en la versión del plan formativo de la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátrica (CNEG). Éste llevaba a cabo una valoración global de la formación del residente, en un total

de 30 preguntas, que incluían filiación del residente, formación clínica, formación docente, formación en investigación, satisfacción y otros comentarios. En el área formativa, el artículo se centra más en la investigación, en contraste con el nuestro que aborda éste área de manera global, siendo el 70% considerada como muy buena y el 30% buena. En el único apartado en el que podemos compararnos realmente (satisfacción), objetivaron que un 23% de los residentes estaban muy satisfechos, un 62% satisfechos, un 13% insatisfechos y un 3% muy insatisfechos. En nuestro caso, asociándolo a las expectativas alcanzadas para con la rotación, el 100% refería haberlas cumplido satisfactoriamente, con una puntuación media a la rotación de 9,3. En relación a las preguntas abiertas, en nuestro trabajo fueron ampliamente respondidas, aportando sobre todo, aspectos positivos de la Unidad y determinadas OM, y, en el artículo mencionado, hacen más referencia a propuestas de mejora del plan formativo de la especialidad. En el estudio comentado de Benavente et al.(332), llama la atención medias de puntuación entre 5 y 6 sobre 10 en áreas como la comunicación, proceso formativo, condiciones laborales, instalaciones, planificación de trabajo, ambiente de trabajo, evaluación y reconocimiento y satisfacción general. El estudio de Ayala-Morillas et al.(334) evalúa la satisfacción de los residentes con la formación y los factores que podrían estar asociados con la percepción de la misma. Se utilizaron las respuestas recogidas en las encuestas realizadas en el Hospital Clínico San Carlos de 2006 a 2012, haciendo la cumplimentación obligatoria con el objetivo de aumentar la participación (83,7%), como en nuestro centro. Participaron también MIR de Geriatria (no EIR), con una satisfacción global del 75,2%, detectándose un aumento ascendente significativo ($p < 0,001$) desde el año 2006 (66,5%) al 2012 (81,6%). Los factores asociados fueron especialmente los que tienen que ver con las áreas de investigación y docencia, el tiempo disponible, las horas de trabajo y las características del tipo de residente según el año de residencia, especialidad y su experiencia profesional previa.

En nuestro proyecto, de los datos obtenidos, y tras analizar las propuestas de los residentes, se extrajeron diferentes OM, a valorar comentarlas en el Servicio para su consideración por la Comisión de Docencia del Hospital. Entre ellas, se ha recabado la importancia de valorar y revisar los objetivos establecidos en la rotación desde su inicio, para asegurar su adecuado cumplimiento al final de ésta, potenciar la formación teórica y práctica aportando bibliografía al empezar la misma (para lo cual ya hemos realizado una recopilación de la más relevante), para integrar los conocimientos principales sobre el Nivel Asistencial, y dejar constancia de los criterios de derivación a AGD al principio del periodo formativo (para lo cual hemos procedido a actualizarlos y transmitirlos en este momento). También revisar con sus responsables la duración de la rotación para evitar que sea insuficiente (especialmente en el caso de los EIR).

De igual forma, como se ha planteado en otros apartados, se considerará proponer ampliar la cobertura horaria y de profesionales (tanto del Equipo Médico como de Enfermería) valorando la posibilidad de una oferta asistencial en horario de tarde, así como la elaboración de documentación de recomendaciones específicas, para pacientes y cuidadores, de los problemas más frecuentemente atendidos.

Recientemente, la European Geriatric Medicine Society (EUGMS) está difundiendo una encuesta sobre la formación de posgrado en Geriátrica precisamente para evaluar el estado actual de la formación en la especialidad a nivel Europeo e identificar oportunidades de mejora. Son este tipo de iniciativas las que se necesitan para conocer las experiencias y opiniones de los MIR/EIR sobre la calidad y relevancia de su formación.

Queda aún bastante campo para investigar; iniciativas como esta son necesarias, a nivel nacional e internacional, para poder evaluar en qué medida el incremento de la satisfacción puede influir en la competencia del profesional y la Calidad Asistencial. Sin embargo, se considera uno de los principales indicadores de la Calidad Asistencial, y su evaluación debería ampliarse y establecerse en todos los centros docentes acreditados, tratando de unificar la manera de recoger la información para que no sea diferente en cada hospital. Pese a que los resultados de nuestro estudio son muy positivos, nos gustaría evaluar a un mayor número de residentes para que las conclusiones sean más fiables y extrapolables. Desde la Unidad de AGD tenemos el propósito de continuar conociendo el punto de vista de los rotantes, manteniendo este enfoque sobre la rotación, para seguir mejorando identificando posibles factores que afectan a su aprendizaje y satisfacción. Para ello, es necesaria una evaluación continua de áreas de mejora con ellos para poder desarrollar acciones correctivas específicas.

6.6.- Limitaciones y fortalezas

Las limitaciones del estudio son diversas y pueden afectar a los resultados en relación a su contextualización, interpretación y generalización.

En primer lugar, la escasez y heterogeneidad de Equipos de AGD dificulta la homogenización de los resultados. Con escasos estudios de comparación es más complicado discernir si los hallazgos son específicos de la muestra o tienen una validez generalizable, pudiendo generar incertidumbre en cuanto a la aplicabilidad de los mismos en otros contextos o poblaciones similares. En cuanto a los trabajos cuantitativos realizados, al ser estudios observacionales unicéntricos, sin un grupo control, la extrapolación de los datos se ve comprometida y limita las conclusiones sobre el impacto del dispositivo, así como la falta de información, por el momento, sobre el coste-eficiencia de la Unidad.

Desde sus inicios, la carga asistencial creciente, o, en ocasiones, la excesiva burocracia, han interferido en el funcionamiento de la Unidad. También, el deterioro intermitente del papel y apoyo del personal de Enfermería, administrativas y/o Trabajo Social han sido limitaciones fluctuantes a lo largo del tiempo, teniendo implicación en la posible sobrecarga del resto del Equipo, o influencia en el tiempo invertido a otras funciones, como la actividad docente. Igualmente, la sobrecarga de AP, sobre todo en tiempos de la COVID-19 y post-pandemia han sido, sin duda, un importante obstáculo en sus labores asistenciales y su coordinación habitual con el Nivel Asistencial.

Es llamativa la falta de estudios y/o Planes de Mejora Continua de la Calidad en el ámbito sanitario y, especialmente en Geriatría, así como la escasa divulgación de herramientas para su evaluación y uso en la práctica, lo que dificulta no solo la comparación de los datos obtenidos en el proyecto sino la comprensión del tema y su difusión.

Por otro lado, esta misma ausencia de estudios comparativos o falta de conocimiento sobre el tema puede ser considerada como una fortaleza del trabajo al conferirle singularidad. En este contexto, nos hemos enfrentado a un conjunto de desafíos y consideraciones especiales que pueden incidir en la validez y generalización de los resultados. Al ser único y prácticamente excepcional en nuestro ámbito de trabajo, tiene el potencial de llenar un vacío en la literatura científica y ofrecer nuevos conocimientos o perspectivas. Esto puede ser especialmente valioso en la Atención Domiciliaria y en el manejo del PM, poco exploradas hasta el momento, donde la falta de investigaciones previas puede ser la norma en lugar de la excepción, y darlo a conocer implica grandes beneficios asistenciales y para el usuario.

Otro punto fuerte del proyecto es el apoyo y la confianza en la Unidad del Jefe de Servicio, los diferentes profesionales que la integran, incluyendo a los conductores, así como del resto de facultativos del Servicio, otras especialidades y de la Dirección del Hospital. Asimismo, el reconocimiento de AP hacia nuestra asistencia, junto con la creciente demanda de rotantes externos, confiere un importante prestigio a la Unidad en su conjunto, tras más de más de 30 años de trabajo. Principalmente, el propio aumento de las necesidades no resueltas del PM domiciliario, impulsa a seguir trabajando, reforzando e investigando en una atención de Calidad.

Creemos que la particularidad del estudio puede conferirle una mayor visibilidad y relevancia dentro de la comunidad académica y sanitaria, ya que puede destacarse como un trabajo pionero que abra nuevas líneas de investigación y debate generando un impacto significativo en el campo de la Calidad Asistencial en Geriatría y la Atención Domiciliaria al PM, contribuyendo de manera sustancial al avance del conocimiento.

CONCLUSIONES

7.- CONCLUSIONES

1. Ha sido factible, pertinente y útil elaborar la puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad en nuestra Unidad, detectando necesidades y oportunidades de mejora continuas a las que se les debe dar respuesta concreta y, en algunas, a través del apoyo de la Dirección.
2. La puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad favorece una mayor unión y trabajo en Equipo.
3. El trabajo multidisciplinar y la programación de reuniones periódicas facilitan un mejor desarrollo de la actividad asistencial.
4. Potenciar el papel del personal de Enfermería en la actividad de la Atención Geriátrica Domiciliaria permite mejorar la eficacia y eficiencia de la Unidad.
5. La falta de un apoyo estable de personal administrativo y de Trabajo Social disminuye la eficacia y eficiencia de la Unidad.
6. Podrían mejorar la Calidad Asistencial de la Atención Geriátrica Domiciliaria disponer de profesionales de rehabilitación, fisioterapia y/o terapia ocupacional, ampliar la cobertura horaria asistencial, así como identificar pacientes con mayor riesgo de sufrir eventos urgentes que precisen un seguimiento más estrecho.
7. El paciente anciano atendido en su domicilio, presenta progresivamente una mayor complejidad y pluripatología. Aumenta su edad media, el deterioro funcional y cognitivo, la fragilidad social, así como el número de síndromes geriátricos y polifarmacia.
8. Es útil definir perfiles de pacientes atendidos con mayor frecuencia por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, lo que permite realizar guías y protocolos clínicos de actuación para mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial.
9. Las valoraciones domiciliarias post alta hospitalaria permiten apoyar a la Unidad Hospitalaria de Agudos de Geriatria así como una coordinación adecuada entre Niveles Asistenciales para favorecer altas precoces.

- 10.** Los factores asociados a un mayor riesgo de eventos adversos al alta de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y que deben tenerse en cuenta en la organización asistencial en el futuro, como factores útiles para mejorar su Calidad Asistencial son principalmente:
- Una peor situación funcional al alta de la Unidad, un peor estado nutricional y filtrado glomerular, el mayor número de visitas de Enfermería y de diagnósticos nuevos realizados, como factores predictores independientes de mortalidad a los 6 meses de la intervención.
 - Una peor situación funcional y cognitiva al alta de la Unidad, un peor filtrado glomerular, el mayor número de visitas Médicas y de diagnósticos nuevos realizados, como factores predictores independientes de mortalidad temprana a los 6 meses de la intervención.
 - La presencia de dos o más síndromes geriátricos, una mejor situación funcional y cognitiva previa al ingreso en la Unidad y la desnutrición medida por el índice de CONUT, como factores de riesgo de acudir al Servicio de Urgencias (y en menos tiempo) a los 6 meses de la intervención.
 - La comorbilidad y la anemia, como factores predictores independientes de ser hospitalizado, al menos en una ocasión, tras finalizar la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, añadiendo la hipoalbuminemia como factor de riesgo de ser hospitalizado antes.
- 11.** La Atención Geriátrica Domiciliaria continúa siendo un importante apoyo para Atención Primaria en el complejo abordaje de los pacientes mayores domiciliarios, facilitando su mantenimiento en la comunidad.
- 12.** El modelo de Atención Geriátrica Domiciliaria es capaz de aportar mejoras en la asistencia al paciente mayor domiciliario y a los profesionales de Atención Primaria, por lo que creemos que debería extenderse al resto de la Comunidad y del Estado.

ÍNDICE DE TABLAS

8.- ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Problemas que dificultan la atención al Paciente Mayor por profesionales de Atención Primaria.

Tabla 2: Capacidades que deberían tener los profesionales de Atención Primaria para el abordaje del Paciente Mayor.

Tabla 3: Resumen de la actividad investigadora del Servicio de Geriátría 2017-2022.

Tabla 4: Cartera de Servicios del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Tabla 5: Resultados de los registros de Análisis Propios previos de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 6: Listado de Oportunidades de Mejora de los Análisis Propios previos de la Unidad en 2010.

Tabla 7: Resultados de los registros de Análisis Propios previos de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 8: Resultado del grado de cumplimiento de propuestas de mejora entre 2010-2017.

Tabla 9: Resultados de las debilidades desde 2010 a 2017.

Tabla 10: Listado de Oportunidades de Mejora de los Análisis Propios previos de la Unidad en 2017.

Tabla 11: Variables Sociodemográficas.

Tabla 12: Variables Clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios.

Tabla 13: Variables Funcionales y Cognitivas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios.

Tabla 14: Variables Asistenciales de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios.

Tabla 15: Características al ingreso de los pacientes consultados por Atención Primaria.

Tabla 16: Prevalencia de Problemas y Síndromes Geriátricos.

Tabla 17: Patología principal de incapacidad.

Tabla 18: Frecuencia y estancia media según motivo de consulta.

Tabla 19: Datos al alta de pacientes procedentes de Atención Primaria.

Tabla 20: Listado de Oportunidades de Mejora del estudio retrospectivo sobre la evolución del perfil de paciente atendido por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 21: Características de la muestra total de pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 22: Variables Sociodemográficas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 23: Variables Clínicas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 24: Variables Funcionales y Cognitivas de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 25: Parámetros de Laboratorio de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 26: Variables Asistenciales de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 27: Variables Asistenciales II de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 28: Número de visitas al Servicio de Urgencias e Ingresos Hospitalarios previos a la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 29: Variable Resultado de Mortalidad.

Tabla 30: Causas de Mortalidad.

Tabla 31: Análisis de los factores asociados a Mortalidad.

Tabla 32: Análisis de los factores asociados al tiempo a Mortalidad.

Tabla 33: Datos estadísticos Kaplan Meier para tiempo a Mortalidad en el seguimiento.

Tabla 34: Motivo de derivación en la primera visita al Servicio de Urgencias.

Tabla 35: Análisis de los factores asociados a visitas al Servicio de Urgencias durante el seguimiento (al menos 1 en 6 meses).

Tabla 36: Análisis de los factores asociados al tiempo a una visita al Servicio de Urgencias.

Tabla 37: Datos estadísticos Kaplan Meier para el tiempo a visitas al Servicio de Urgencias durante el seguimiento.

Tabla 38: Diagnóstico principal del primer Ingreso Hospitalario.

Tabla 39: Análisis de los factores asociados a Ingresos Hospitalarios durante el seguimiento (al menos 1 en 6 meses).

Tabla 40: Análisis de los factores asociados al tiempo a Ingreso Hospitalario.

Tabla 41: Datos estadísticos Kaplan Meier para el tiempo a Ingreso Hospitalario durante el seguimiento.

Tabla 42: Listado de Oportunidades de Mejora del estudio observacional prospectivo de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 43: Listado de Escuchas Activas y comunicación de Situaciones Mejorables.

Tabla 44: Listado de Oportunidades de Mejora de la Escucha Activa y Situaciones Mejorables de pacientes / cuidadores.

Tabla 45: Resultados de los registros de la Tormenta de Ideas o “Brainstorming”.

Tabla 46: Listado de Oportunidades de Mejora de la Tormenta de Ideas o “Brainstorming”.

Tabla 47: Listado inicial de Oportunidades de Mejora del Grupo Nominal.

Tabla 48: Resultados de las entrevistas en profundidad semiestructuradas a cinco expertos en Atención Domiciliaria.

Tabla 49: Listado de Oportunidades de Mejora de las entrevistas en profundidad semiestructuradas a expertos en Atención Domiciliaria.

Tabla 50: Resultados de la Encuesta de Satisfacción de pacientes y/o cuidadores.

Tabla 51: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de Satisfacción de pacientes y cuidadores.

Tabla 52: Resultados de la Encuesta de mejora a los Equipos de Atención Primaria.

Tabla 53: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de mejora a los Equipos de Atención Primaria.

Tabla 54: Resultados de la Encuesta de mejora a los MIR/EIR que han rotado en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 55: Listado de Oportunidades de Mejora de la Encuesta de mejora a los MIR/EIR que han rotado en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 56: Evolución del número de pacientes, estancia media y tiempo de espera de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Tabla 57: Registro de la implementación de un nuevo dispositivo telefónico.

ÍNDICE DE FIGURAS

9.- ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proyección de la población por grandes grupos de edad. A. Población mundial. B. Población Española

Figura 2: Población de 65 y más años. España, 1908-2040.

Figura 3: Tasas de morbilidad hospitalaria/100.000 habitantes por grupo de edad y sexo. España, 2021

Figura 4: Tasa de mortalidad de la población española de 65 y más años por tipo de causas (2001-2020).

Figura 5: Relación entre enfermedad, discapacidad y dependencia y los factores que pueden condicionar su progresión.

Figura 6: Tasa de dependencia de la tercera edad, 1990, 2018 y 2050.

Figura 7: Personas con discapacidad de seis y más años. Tasas por mil habitantes.

Figura 8: Dificultad en la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria por sexo y grupos de edad

Figura 9: Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo. España 2004-2020

Figura 10: Patrones de cuidado informal a nivel nacional. Quién cuida a quién. España 2014.

Figura 11: Distribución porcentual de los cuidadores principales de las personas mayores que necesitan ayuda. España 2014.

Figura 12: Efectos del cuidado en el empleo en personas entre 55 y 64 años por cuidar de familiares incapacitados. España. 2018.

Figura 13: Compartimentos de la atención al Paciente Mayor en la comunidad.

Figura 14: Ciclo PDCA de Deming

Figura 15: Resumen de las principales metodologías de evaluación continua de la Calidad y sus principales características.

Figura 16: Esquema de Mejora Continua

Figura 17: Esquema del Ciclo de Mejora Continua

Figura 18: Diseño metodológico para la elaboración e implementación de un Plan de Mejora de la Calidad Asistencial en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 19: Ámbito de cobertura de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 20: Imagen de la ubicación del Hospital Universitario Central Cruz Roja.

Figura 21: Organigrama del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

Figura 22: Pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria y derivaciones desde Atención Primaria.

Figura 23: Edad media en los diferentes quinquenios.

Figura 24: Convivencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios.

Figura 25: Ayuda social domiciliaria de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 26: Prevalencia de Síndromes Geriátricos en los diferentes quinquenios.

Figura 27: Número de fármacos en el momento de la inclusión y tras finalizar la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 28: Porcentaje de polifarmacia en el momento de la inclusión en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 29: Porcentaje de polifarmacia tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 30: Escala de CRF previo, en el momento de la inclusión y tras finalizar seguimiento por Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 31: Índice de Barthel previo, en el momento de la inclusión y tras finalizar el seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 32: Situación cognitiva (CRM) previa, en el momento de la inclusión y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 33: Duración de la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los pacientes atendidos entre 2001-2020.

Figura 34: Tiempo de espera (días) hasta la primera visita del Equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria en los pacientes atendidos entre los años 2001-2020.

Figura 35: Procedencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria en los diferentes quinquenios.

Figura 36: Destino tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, en los diferentes quinquenios.

Figura 37: Motivos de consulta de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria agrupados por quinquenios.

Figura 38: Causas principales de dependencia funcional.

Figura 39: Número de reuniones en Centros de Salud y pacientes comentados.

Figura 40: Flujograma de los pacientes incluidos en el estudio observacional prospectivo de seguimiento.

Figura 41: Convivencia y cuidador principal de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 42: Ayuda Social Domiciliaria de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 43: Prevalencia de Síndromes y problemas geriátricos

Figura 44: Comorbilidad de la muestra según el Índice de Charlson.

Figura 45: Clasificación del grado de fragilidad de la muestra.

Figura 46: Polifarmacia en la población atendida por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 47: Evolución del Índice de Barthel antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 48: Índice de Barthel categorizado, antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 49: Escala CRF antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 50: Motivos de ausencia de mejoría funcional tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 51: Escala CRM antes, durante y tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 52: Procedencia de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 53: Motivos de consulta de los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 54: Motivos principales de dependencia funcional en los pacientes atendidos por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 55: Pruebas complementarias realizadas durante seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 56: Interconsultas a especialistas hospitalarios durante seguimiento por la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 57: Derivación tras la intervención de la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Figura 58: Supervivencia a Éxito total.

Figura 59: Supervivencia a Éxito según el Índice de Barthel al alta.

Figura 60: Supervivencia a Éxito según la escala de CRM al alta.

Figura 61: Supervivencia a Éxito según el Filtrado Glomerular.

Figura 62: Supervivencia a Éxito por número de visitas médicas.

Figura 63: Supervivencia a Éxito según el número de diagnósticos nuevos.

Figura 64: Supervivencia a Urgencias Total.

Figura 65: Supervivencia a Urgencias por número de Síndromes Geriátricos relevantes.

Figura 66: Supervivencia a Urgencias según la escala de CRM previa.

Figura 67: Supervivencia a Urgencias según la escala de CRF previa.

Figura 68: Supervivencia a Urgencias según el riesgo de malnutrición (CONUT).

Figura 69: Supervivencia a Ingreso Hospitalario Total.

Figura 70: Supervivencia a Ingreso Hospitalario por grupo de índice de Charlson.

Figura 71: Supervivencia a Ingreso Hospitalario según valores de Hemoglobina.

Figura 72: Supervivencia a Ingreso Hospitalario según valores de Albúmina.

BIBLIOGRAFÍA

10.- BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. World population prospects 2022. [Consultado 12 febrero 2023]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Line/724>
2. Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Escudero Martínez J, Bueno López C, Castillo Belmonte AB et al. Un perfil de las personas mayores en España. Madrid. Informes Envejecimiento en red, CSIC. 2023.
3. Tasa de envejecimiento nacional y por comunidades autónomas. Instituto Nacional de Estadística. 2022. [Consultado 20 febrero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990
4. Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas R, Aceituno Nieto P, Muñoz Díaz C, Bueno López C, Sebastián Ruiz-Santacruz J et al. Un perfil de las personas mayores en España. Madrid. Informes Envejecimiento en red, CSIC, 2022.
5. Encuesta Europea de Salud en España (EESA). Instituto Nacional de Estadística. 2020. [Consultado 14 febrero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
6. Tasas de mortalidad a nivel nacional y por comunidades autónomas. Instituto Nacional de Estadística. 2022. [Consultado 15 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1445&L=0>.
7. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2º Edición. Elsevier España, 2020.
8. Organización Mundial de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra; 2001.
9. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. 1ª Edición. Madrid; 2004.
10. Agencia Estatal Gobierno de España. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. 2006. [Consultado 23 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
11. Gordon M. Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. Statistical books. Eurostat. European Union, 2020 edition.
12. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) Principales resultados. Instituto Nacional de Estadística. 2020 [Consultado 24 febrero 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf
13. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Resultados definitivos. Instituto Nacional

- de Estadística. 2019 [Consultado 20 febrero 2023]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ine.es/prensa/ecv_2018.pdf
14. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. 2020.
 15. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Datos sobre la financiación de la dependencia. 2022. [Consultado 12 marzo 2023]. Disponible en: <https://directoressociales.com/nuevos-datos-sobre-la-financiacion-de-la-dependencia/>
 16. SAAD-IMSERSO. Estadísticas Del Sistema para La Autonomía y La Atención a La Dependencia. Portal de Mayores. 2022 [Consultado 13 febrero 2023]. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
 17. Puyol R. Demografía y epidemiología del envejecimiento. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2^o Edición. Elsevier España, 2020. Páginas 2-8.
 18. Garmendia Prieto B, Sánchez del Corral Usaola F, Avilés Maroto P, Ramírez Real L, Fernández Rodríguez AM^a, Gómez Pavón J. Evolution of the profile of patients attended by a hospital Geriatric Home Care Unit in the last 20 years. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(6):291–7. DOI: [10.1016/j.regg.2022.10.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.10.001)
 19. González-Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Lera F. Geriátrica y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). *Med Clin (Barc).* 1991;96:183–8.
 20. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing.* 1997;26(4):315–8. DOI: [10.1093/ageing/26.4.315](https://doi.org/10.1093/ageing/26.4.315)
 21. Cruz Jentoft AJ. Características específicas del enfermo mayor. *An Med Interna.* 2000;17 (monogr.2): 3-8
 22. Williamson J, Stokoe IH, Gray S, Fisher M, Smith A, McGhee A et al. Old people at home, their unreported needs. *Lancet.* 1964;1 (7343):1117–20. DOI: [10.1016/S0140-6736\(64\)91803-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(64)91803-3)
 23. Buckley EG, Williamson J. What sort of “health checks” for older people? *Br Med J.* 1988;296:1144–5. DOI: [10.1136/bmj.296.6630.1144-a](https://doi.org/10.1136/bmj.296.6630.1144-a)
 24. Salgado A, Guillén F. Tratado de Geriátrica y Asistencia Geriátrica. Salvat Editores. Barcelona; Cartoné Editorial; 1986.
 25. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Alfonso-Sulguero SA, Rodríguez-Mañas L. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity

- or comorbidity. Which are the main targets in older adults?. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(6):622–7. DOI: [10.1007/s12603-014-0033-3](https://doi.org/10.1007/s12603-014-0033-3)
26. Cornoni-Huntley J, Ostfeld AM, Taylor JO, Wallace RB, Blazer D, Berkman LF et al. Established populations for epidemiologic studies of the elderly: study design and methodology. *Aging (Milano)*. 1993;5(1):27-37. DOI: [10.1007/BF03324123](https://doi.org/10.1007/BF03324123)
27. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, elderly). *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):680–6. DOI:[10.1016/s0895-4356\(00\)00368-1](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00368-1)
28. Romero Rizos L, Abizanda Soler P, Luengo Márquez C. El proceso de enfermar en el anciano: la función como fundamento de una atención sanitaria especializada. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2º Edición. Elsevier España, 2020. Páginas 9-17.
29. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2020;29(4):433–43. DOI: [10.1002/pds.4956](https://doi.org/10.1002/pds.4956)
30. Juster FT, Suzman R. An Overview of the Health and Retirement Study. *J Hum Resour*. 1995;30:S7-56. DOI: [10.2307/146277](https://doi.org/10.2307/146277)
31. Rodríguez Sánchez I, Solano Jaurrieta JJ, Rodríguez Mañas L. Los niveles asistenciales en geriatría: fundamentos. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2º Edición. Elsevier España, 2020. Páginas 519-23.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. [Consultado 11 diciembre 2021]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
33. Freeman JT. *Aging, Its History and Literature*. Hum Sci Press. Springer. 1979. ISBN 13: 9780877052517
34. Warren M. Care of the hemiplegic patient. *Med Press*. 1948;219(18):396–8. PMID: 18858775.
35. Evans GJ, Hodkinson HM, Mezey AG. The elderly sick: who looks after them? *Lancet*. 1971;2:539–41. DOI: [10.1016/s0140-6736\(71\)90454-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)90454-5)
36. National Health Service. *Geriatric services and care of the chronic sick*. 1957.
37. National Health Service. *Care of the elderly in hospitals and residential homes*. 1965.

38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de Especialidades Médicas: Especialidad de Geriatria. Subdirección General de Docencia. Madrid. 1978 [Consultado 3 marzo 2023]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/formacionEspecializada/acreditacionUnidadesDocentes/legislacion/programasVigor/docs/Geriatria_ant.pdf
39. Williamson J. Geriatric medicine: whose speciality? *Ann Intern Med.* 1979;91(5):774–7. DOI: [10.7326/0003-4819-91-5-774](https://doi.org/10.7326/0003-4819-91-5-774)
40. Organización Mundial de la Salud. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Comité de expertos. Ginebra. 1974.
41. Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, Hall WJ. Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Consensus among directors of geriatrics academic programs. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1796–801. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2008.01940.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01940.x)
42. Salgado A. Geriatria. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. *Medicine (Madr)* 1983; 50:pp 3235-3239.
43. Pahor M, Applegate WB. Geriatric Medicine. *BMJ* 1997; 315: 1071-74.
44. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. 2020. [Consultado 16 marzo 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
45. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984;311(26):1664–70. DOI: [10.1056/NEJM198412273112604](https://doi.org/10.1056/NEJM198412273112604)
46. Hendriksen C, Lund E, Strømgaard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;289(6457):1522-4. DOI: [10.1136/bmj.289.6457.1522](https://doi.org/10.1136/bmj.289.6457.1522)
47. Hogan DB, Fox RA, Bradley BW, Mann OE. Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. *Can Med Assoc J.* 1987;136(7):713–7. [PMC1491925](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1491925/)
48. Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41(2):101–4. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1993.tb02040.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1993.tb02040.x)
49. Williams TF, Hill JG, Fairbank ME, Knox KG. Appropriate placement of the chronically ill and aged. A successful approach by evaluation. *JAMA.* 1973;226(11):1332–5. PMID: 4202389

50. Ribera Casado JM. El papel de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales generales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29 (Supl 2):13–6.
51. Pawlson LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internist versus geriatricians. *J Am Geriatr Soc*. 1988;36(3):202–8. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1988.tb01801.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb01801.x)
52. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*. 2009;338(7690):334–6. DOI: [10.1136/bmj.b50](https://doi.org/10.1136/bmj.b50)
53. O’Shaughnessy Í, Robinson K, O’Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2022;51(4):1–11. DOI: [10.1093/ageing/afac081](https://doi.org/10.1093/ageing/afac081)
54. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342(8878):1032–6. DOI: [10.1016/0140-6736\(93\)92884-v](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-v)
55. Evans RL, Connis RT, Hendricks RD, Haselkorn JK. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1995;40(12):1699–706. DOI: [10.1016/0277-9536\(94\)00286-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00286-3)
56. Naughton BJ, Saltzman S, Priore R, Reedy K, Mylotte JM. Using admission characteristics to predict return to the community from a post-acute geriatric evaluation and management unit. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(9):1100–4. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1999.tb05234.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05234.x)
57. Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital. En: Brocklehurst's. *Geriatrics*. Edimburgo. Churchill-Livingstone. 1985. p. 989–95. ISBN: 9788471014849
58. Zeeli D, Isaacs B. The efficiency and effectiveness of geriatric day hospitals. *Postgrad Med J*. 1988;64(755):683–6. DOI: [10.1136/pgmj.64.755.683](https://doi.org/10.1136/pgmj.64.755.683)
59. Tucker MA, Davison JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation-effectiveness and cost in the elderly: a randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289(6453):1209–12. DOI: [10.1136/bmj.289.6453.1209](https://doi.org/10.1136/bmj.289.6453.1209)
60. Werissert WG, Wan T, Livieratos B, Katz S. Effects and cost of day care services for the chronically ill. *Med Care*. 1980;18(6):567–84. DOI: [10.1097/00005650-198006000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-198006000-00001)
61. Berrey PN. Increase in acute admissions and deaths after closing a geriatric day hospital. *Br med J (Clin Res Ed)*. 1986; 292 (6514): 176–8. DOI:

- [10.1136/bmj.292.6514.176](https://doi.org/10.1136/bmj.292.6514.176)
62. Morishita L, Siu AL, Wang RT, Oken C, Cadogan MP, Schwartzman L. Comprehensive geriatric care in a day hospital: a demonstration of the British Model in the United States. *Gerontologist*. 1989;29(3):336–40. DOI: [10.1093/geront/29.3.336](https://doi.org/10.1093/geront/29.3.336)
 63. Pathy MS. Day hospital for geriatric patients. *Lancet*. 1969;2:533–5.
 64. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. The Day Hospital Group. *BMJ*. 1999 Mar 27;318(7187):837–41. DOI: [10.1136/bmj.318.7187.837](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7187.837)
 65. Martin DC, Morycz RK, McDowell BJ, Snustad D, Karpf M. Community-based geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(9):602–6. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1985.tb06316.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb06316.x)
 66. Williams ME, Williams TF, Zimmer JG, Hall WJ, Podgorski CA. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1987;35(12):1071–8. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1987.tb04923.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04923.x)
 67. Martin-Boekholdt M. Hospitales y asistencia a largo plazo para el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1989;24:38–43.
 68. Steel K, Hays A. A consultation service in geriatric medicine at an university hospital. *JAMA*. 1981;245(14):1410–1. DOI: [10.1001/jama.1981.03310390018008](https://doi.org/10.1001/jama.1981.03310390018008)
 69. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Foley CJ. Teaching geriatric medicine in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(12):893–4. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1986.tb07265.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb07265.x)
 70. Cristofori G, González Becerra M, Sánchez Osorio LM, Gómez Pavón J. Utility and safety of direct admission to acute geriatric unit after Nursing Home Geriatric Team assessment. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(6):101388. DOI: [10.1016/j.regg.2023.101388](https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101388)
 71. Salgado A. Asistencia geriátrica. *Medicine*. 1983; 50: tercera serie.
 72. Guillén Llera F. Unidades Geriátricas de hospitalización. En: Salgado A, Guillén F, Díaz de la Peña J. *Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica*. Barcelona Salvat. 1986. p. 59–67.
 73. Guillén F, Salgado A. Dispensario geriátrico. Organización y fines del mismo. *Anales Cruz Roja*. 1970; 5:21-6.
 74. Besdine RW. Editorial. The maturing of Geriatrics. *N Eng J Med*. 1989;320(3):181–2. DOI: [10.1056/NEJM198901193200310](https://doi.org/10.1056/NEJM198901193200310)
 75. Cummings JE, Weaver FM. Cost-effectiveness in Home Care. *Clin Ger Med*. 1991;7:865–74.

76. Pérez del Molino Martín J. El cuidado informal en la asistencia geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28:75–8. DOI: [10.3390/ijerph20043373](https://doi.org/10.3390/ijerph20043373)
77. Gillick MR. The impact of health maintenance organizations on geriatric care. *Ann Intern Med.* 1987;106(1):139–43. DOI: [10.7326/0003-4819-106-1-139](https://doi.org/10.7326/0003-4819-106-1-139)
78. Salgado Alba A. Asistencia geriátrica: geriatría de sector. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J. *Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica.* Barcelona: Salvat, 1986. p 41-52.
79. Organización Naciones Unidas. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Viena. 1982.
80. Sandín Vázquez, M. Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2011;43(11):620-21. DOI: [10.1016/j.aprim.2010.09.027](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.027)
81. Williamson J, Smith RG, Burley LE. Services for the elderly-how and when to use them. En: *Primary Care of the Elderly: A practical approach.* 1987. p. 159–84. ISBN: 978-0723606338
82. Hornillos Calvo M, Sanjoaquín Romero A, Vena Martínez AB, Sanz-Aránguez Ávila MJ, Cuenca Ramos MC, Diestro Martín P. Medidas para mejorar la coordinación entre la asistencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34(2):101–4.
83. Barker WH. Hospital-based geriatric services in Great Britain: implications for the United States. *PAHO Bulletin.* 1986;20(1):1–23.
84. Smith ME, Baker CR, Branch LG, Walls RC, Grimes RM, Karklins JM et al. Case-mix groups for VA hospital-based home care. *Med Care.* 1992;30(1):1-16. DOI: [10.1097/00005650-199201000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-199201000-00001)
85. Organización Mundial de la Salud. *Salud de las personas de edad.* Ginebra. 1989.
86. Andrews K, Brocklehurst JC. Preface. En: *British Geriatric Medicine in the 1980s.* 1987. ISBN 900889934. p. 5–6.
87. Williams EI, Fitton F. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. *BMJ.* 1990;300(6718):159–61. DOI: [10.1136/bmj.300.6718.159](https://doi.org/10.1136/bmj.300.6718.159)
88. Graham H, Livesley B. Can readmissions to a geriatric medical unit be prevented? *Lancet.* 1983;1(8321):404-6. DOI: [10.1016/S0140-6736\(83\)91513-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)91513-1)
89. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(12):1290–5. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1990.tb03450.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03450.x)
90. Gooding J, Jette AM. Hospital readmissions among the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(9):595-601. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1985.tb06315.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb06315.x)
91. Knight AI, Adelman AM, Sobal J. The house call in residency training and its

- relationship to future practice. *Fam Med*. 1991;23(1):57–9. PMID: 2001783
92. Reuben DB, Fink A, Vivell S, Hirsch SH, Beck JC. Geriatrics in residency programs. *Acad Med*. 1990;65(6):382–7. DOI: [10.1097/00001888-199006000-00006](https://doi.org/10.1097/00001888-199006000-00006)
93. Reed RL, Weiss BD, Senf JH. The current status of family medicine geriatric fellowship. *Fam Med*. 1990;22(3):232–3. PMID: 2099748
94. Hokokawa M, Zweig S. Future directions in family medicine geriatric fellowships. *Fam Med*. 1990;22:388–91.
95. Richter RC, Buck EL. Family practice residents and the elderly: fostering positive attitudes. *Fam Med*. 1990;22(5):388–91. PMID: 222717
96. Salgado Alba A, Mohino de la Torre JM, del Valle Opere I, Andrés Rodríguez ME, Moriano Bejar P, Baragaño Eusebio A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1986;21(2):105–12.
97. Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991;7(4):645–64. PMID: 1760785
98. García- Navarro JA, Gómez Pavón J. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2005.
99. Schuchman, M. Fain, M. Cornwell T. The resurgence of Home-Based Primary Care models in the United States. *Geriatrics (Basel)*. 2018;3(3):41. DOI: [10.3390/geriatrics3030041](https://doi.org/10.3390/geriatrics3030041)
100. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010–2020. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(10):2963–72. DOI: [10.1111/jgs.17365](https://doi.org/10.1111/jgs.17365)
101. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD et al. Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care. A randomized multicenter trial. *JAMA*. 2000;284(22): 2877-85. DOI: [10.1001/jama.284.22.2877](https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2877)
102. Gobierno de Castilla la Mancha. La Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital de Toledo cumple 30 años habiendo atendido a más de 10.000 pacientes. Página web del Gobierno de Castilla La Mancha. 2018. [Consultado 21 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/la-unidad-de-atenci%C3%B3n-geri%C3%A1trica-domiciliaria-del-hospital-de-toledo-cumple-30-a%C3%B1os-habiendo>
103. Gobierno de Castilla la Mancha. El equipo de Continuidad Asistencial de Atención Integrada de Albacete ha atendido a más de 900 pacientes. Página web del

- Gobierno de Castilla La Mancha. 2020. [Consultado 21 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-equipo-de-continuidad-asistencial-de-la-gerencia-de-atención-integrada-de-albacete-ha-atendido>
104. Salvà-Casanovas A, Rovira JC, Miró M, Vilalta M, Llevadot D. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39(2):101–8. DOI: [10.1016/S0211-139X\(04\)74940-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(04)74940-9)
 105. Treserra I Soler, Gómez I Batiste Alentorn. Bases d'un model d'atenció sócio-sanitaria, del seu finançament i del desplegament de recursos (1990-1995). *Salut Catalunya.* 1990;4(1):17–22.
 106. Memoria 1999. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de coordinación administrativa. 2000. ISBN: 1135-2922
 107. Ministerio de Sanidad. INSALUD. Plan de Calidad Atención Especializada. Memoria 1998. Dirección General de Atención Primaria y Especializada.
 108. 110. Koren MJ. Home care-who cares? *N Eng J Med.* 1986;314(14):917–20. DOI: [10.1056/NEJM198604033141410](https://doi.org/10.1056/NEJM198604033141410)
 109. Sarabia J. La hospitalización domiciliaria: una nueva opción asistencial. *Policlínica.* 1982;13:20–7.
 110. Mas MÀ, Santa Eugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: Revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(1):26–34. DOI: [10.1016/j.regg.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.003)
 111. Spiegel AD, Domanowski GF. Beginnings of home care: a brief history. *Pride Inst J Long-Term Home Health Care.* 1983;84:378–9.
 112. Keenan JM, Fanale JE. Home care: past and present, problems and potential. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37(11):1076–83. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1989.tb06924.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb06924.x)
 113. Williamson J. Three views on geriatric medicine: 3. Notes on the historical development of geriatric medicine as a medical speciality. *Age Ageing.* 1979;8(3):144-8. DOI: [10.1093/ageing/8.3.144](https://doi.org/10.1093/ageing/8.3.144)
 114. Department of Health And Social Security: National Health Service hospital medical and dental staff (England and Wales) terms and conditions of service. London: HMSO. 1981.
 115. Hall MRO. Delivery of health care in the United Kingdom. En: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine.* 2nd ed. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1991. p. 1463-85
 116. Organización Naciones Unidas: Informe sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. United Nations Publications. New York. 1982.
 117. García Fernández C, Lucas Imbernón FJ. Proyecto de mejora continua en el

- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Rev Adm Sanit.* 2006;4(2):271–92.
118. Pérez Rodríguez MP, Grande Arnesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad. 2014.
119. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención. 1985. [Consultado 8 abril 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
120. Sánchez Jacas I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *Medisan.* 2016;20(4):546–55.
121. Palmer R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989. ISBN: 84-7670-150-0
122. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. *Rev Calid Asist.* 2001;16:S29–38.
123. Cabañas Avión R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? *Cir May Amb* 2015;20(2):79–82.
124. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asist.* 2001;16:80–87.
125. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. DOI [10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x)
126. 128. Lorenzo Martínez S, Donabedian A. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calid Asist.* 2001;16(1):12 págs.
127. García Navarro JA: Gestión y calidad asistencial en la atención sanitaria al anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2º Edición. Elsevier España, 2020. Páginas 192-200.
128. Negre Noguerras P, López Sánchez JM. Mejora continua e indicadores de gestión asistencial. 2015. [Consultado 23 abril 2023]. Disponible en: <https://sena.territorio.la/content/index.php/institucion/Complementaria/institucion/SENA/Finanzas/22330062/Contenido/OVA/CF2/index.html#/>
129. Monterroso E. Normas ISO. Generalidades. [Consultado 8 abril 2023]. Disponible en: <http://www.unlu.edu.ar/~ope20156/normasiso.htm>.
130. Club de Excelencia en Gestión vía Innovación. Modelo EFQM de Excelencia 2013. Documento de interpretación de la versión 2013 del Modelo EFQM para las administraciones públicas. 2013. [Consultado 9 febrero 2023]. Disponible en: <http://www.clubexcelencia.org/LinkClick.aspx?fileticket=nPZ3WbJiV1Y%3D&tabid=754>

131. Socorro García A. Factores pronósticos de mortalidad en ancianos hospitalizados por patología médica aguda. Tesis doctoral. Madrid. Universidad de Alcalá, 2016. Recuperado a partir de: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/38245/Tesis%20Alberto%20Socorro%20Garc%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
132. Ares Castro-Conde B. Factores asociados a la infección del tracto urinario bacteriano en ancianos en una unidad geriátrica de agudos. Tesis doctoral. Madrid. Universidad Alfonso X el Sabio, 2016.
133. Oviedo Briones M, Perdomo Ramírez B, Marttini Abarca J. Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada. *Med paliat.* 2020; 27(2): 106-113. DOI: 10.20986/medpal.2020.1140/2020
134. Baztán Cortés JJ, Rodríguez Mañas L. Effectiveness and efficiency of acute geriatric units: A classic topic revisited]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(4):230–5. DOI: [10.1016/j.regg.2022.06.005](https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.005)
135. Baztán Cortés JJ, Martínez Zujeros S, Garmendia Prieto B, Pérez Morillo P, Martínez Cervantes Y, Resino Luis C, et al. Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55(1):18–24. DOI: [10.1016/j.regg.2019.08.008](https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.08.008)
136. Madruga-Flores M, Gómez-del Río R, Delgado-Domínguez L, Martínez-Zujeros S, Pallardo-Rodil B, Baztán-Cortés JJ. Capacidad predictiva de fragilidad basal y fuerza de prensión al ingreso en resultados al alta en una unidad geriátrica de recuperación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021;56(2):91–5. DOI: [10.1016/j.regg.2020.12.002](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.12.002)
137. González Montalvo JI. Asistencia Geriátrica Domiciliaria ¿Cómo es el paciente?. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1988;23(5):295–300.
138. Baztán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E RI. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Atención Primaria.* 2000;6(26):374–82. DOI: [10.1016/S0212-6567\(00\)78686-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78686-0)
139. González Montalvo JI, Jaramillo Gómez E, Rodríguez Mañas L, Guillén Lera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp.* 1990;187(4): 165-169.
140. Garmendia Prieto B, Sánchez del Corral Usaola F, Avilés Maroto P, Rodríguez Gómez P, Gómez Pavón J, José Baztán Cortés J. Coordinación entre atención primaria y un servicio de geriatría, 20 años después. *Aten Primaria.*

- 2022;54(7):102358. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102358
141. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the barthel index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):703–9. DOI: [10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
 142. González Montalvo JI, Rodríguez Pascual C, Diestro Martín P. Valoración funcional: comparación de la escala de la Cruz Roja con el Índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:197–202.
 143. González Montalvo JI, Rodríguez Mañas L, Ruipérez Cantera I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la Escala Mental Cruz Roja en la detección de deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 27:129-133.
 144. Regalado PJ, Valero C, González JI, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32(2):93–9.
 145. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987; 40(5): 373-83. DOI: [10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
 146. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: Report from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(12):1310–7. DOI: [10.1093/gerona/59.12.1310](https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310)
 147. Boixader Soldevila L, Formiga F, Franco J, Chivite D, Corbella X. Valor pronóstico de mortalidad del índice de control nutricional (CONUT) en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. *Nutr Clin y Diet Hosp*. 2016;36(4):143–7. DOI: 10.12873/364soldevila
 148. Reisberg B, Ferris SH, Franssen E. An ordinal functional assessment tool for Alzheimer's-type dementia. *Hosp Community Psychiatry*. 1985;36(6):593-5. DOI: [10.1176/ps.36.6.593](https://doi.org/10.1176/ps.36.6.593)
 149. Kubota K, Kadomura T, Ohta K, Koyama K, Okuda H, Kobayashi M et al. Analyses of laboratory data and establishment of reference values and intervals for healthy elderly people. *J Nutr Heal Aging*. 2012;16(4):412–6. DOI: [10.1007/s12603-011-0355-3](https://doi.org/10.1007/s12603-011-0355-3)
 150. Denny SD, Kuchibhatla MN, Cohen HJ. Impact of anemia on mortality, cognition, and function in community-dwelling elderly. *Am J Med*. 2006;119(4):327–34. DOI: [10.1016/j.amjmed.2005.08.027](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.08.027)
 151. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new

- prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med.* 1999; 130(6):461-70. DOI: [10.7326/0003-4819-130-6-199903160-00002](https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-6-199903160-00002)
152. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Heal Care.* 2003;15:523–30. DOI: [10.1093/intqhc/mzgo81](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzgo81)
153. Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. Improving the quality of care in general practice. London: The King's Fund. 2011. ISBN: 978 1 85717 611 7.
154. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implement Sci.* 2012;7:21. DOI: [10.1186/1748-5908-7-21](https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-21)
155. Gardner K, Mazza D. Quality in general practice - definitions and frameworks. *Aust Fam Physician.* 2012;41(3):151–4. PMID: 22396930
156. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ.* 2003;326(7393):816–9. DOI: [10.1136/bmj.326.7393.816](https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816)
157. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(S1):143–55. DOI: [10.1016/S0213-9111\(08\)76086-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76086-2)
158. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estándares de Calidad en Geriatria. SEGG. Madrid. 2007. ISBN: 978-84-690-5287-7
159. Siu AL, Leake B, Brook RH. The quality of care received by older patients in 15 university-based ambulatory practices. *J Med Educ.* 1988;63(3):155–61. DOI: [10.1097/00001888-198803000-00001](https://doi.org/10.1097/00001888-198803000-00001)
160. Ruipérez Cantera I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1998;33(2):63–6.
161. 163. Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age Ageing.* 2019;48(4):498–505. DOI: [10.1093/ageing/afz021](https://doi.org/10.1093/ageing/afz021)
162. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. 2013. [Consultado 11 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>.
163. Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció y Atenció a la Cronicitat. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. 2017. [Consultado 11 diciembre 2021]. Disponible en: <http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambitstematics/liniesdactuacio/m>

- patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(3):493–500. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2007.01562.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01562.x)
174. Mas MÀ, Miralles R, Renom-Guiteras A, Durán X, Inzitari M. Hospitalización Domiciliaria Integral para la atención a pacientes mayores con procesos agudos discapacitantes: factores predictivos de éxito terapéutico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019;54(3):136–42. DOI: [10.1016/j.regg.2018.11.005](https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.005)
175. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA.* 1999;281(7):613–20. DOI: [10.1001/jama.281.7.613](https://doi.org/10.1001/jama.281.7.613)
176. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians: part 1: where we are now. *Can Fam Physician.* 2013;59(3):237–40. PMID: [23486788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23486788/)
177. Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editors. *Bases de la atención sanitaria al anciano.* Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001. p. 57-82
178. Boling PA. The value of targeted case management during transitional care. *JAMA.* 1999;281(7):656–7. DOI: [10.1001/jama.281.7.656](https://doi.org/10.1001/jama.281.7.656)
179. Rodríguez Mañas L. Atención domiciliaria para personas ancianas: No todo vale. *Rev Esp Salud Publica.* 2003;77(5):523–6.
180. Mas MÀ, Closa C, Gámez S, Inzitari M, Ribera A, Santaugènia SJ, Gallofré M. Home as a Place for Care of the Oldest Stroke Patients: A Pilot from the Catalan Stroke Program. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(9):1979–81. DOI: [10.1111/jgs.15944](https://doi.org/10.1111/jgs.15944)
181. Ministerio de Derechos Sociales. La personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. 2018. [Consultado 29 mayo 2022] Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf.
182. Deusdad B, Comas-d'Argemir D, Dziegielewska SF. Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *J Soc Serv Res.* 2016;42(2):246–62. DOI: [10.1080/01488376.2015.1129013](https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013)
183. Oswald F, Hieber A, Wahl HW, Mollenkopf H. Ageing and person-environment fit in different urban neighbourhoods. *Eur J Ageing.* 2005;2(2):88–97. DOI: [10.1007/s10433-005-0026-5](https://doi.org/10.1007/s10433-005-0026-5)
184. IMSERSO. Servicios Sociales para personas mayores en España. Observatorio de

- Personas Mayores. 2020. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana-diciembre-2020>
185. Zimbroff RM, Ritchie CS, Leff B, Sheehan OC. Home-Based Primary and Palliative Care in the Medicaid Program: Systematic Review of the Literature. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(1):245–54. DOI: [10.1111/jgs.16837](https://doi.org/10.1111/jgs.16837)
186. González Peña PA, Solis Ovando F, Casas Rodríguez S, Lara Sanmartín S, Beltrán Bartes. Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC), un nuevo modelo de atención al paciente frágil o con riesgo de descompensación. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(Supl 1):138.
187. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: Una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20(6):485–95. DOI: [10.1157/13096516](https://doi.org/10.1157/13096516)
188. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp a Domic.* 2017;1(1):7. DOI: [10.22585/hospdomic.vii.8](https://doi.org/10.22585/hospdomic.vii.8)
189. Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: De la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc).* 2000;115(18):704–17.
190. Serra Rexach JA, Rexach Cano L, Cruz Jentoft AJ, Gil Gregorio P, Ribera Casado JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: 20 meses de experiencia. *Rev Clin Esp.* 1992;191(8):406–11.
191. Rodríguez S, Corujo EI, Pérez D et al. Experiencia en asistencia geriátrica domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1990;25(5):269–73.
192. Julián Viñals R, García Sánchez MJ, Durán Macho E, Ramírez Arrizabalaga R. Atención domiciliaria programada. Coordinación entre atención primaria y especializada. *Rev la Soc Madrileña Med Fam y Comunitaria.* 2002;4(3).
193. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrúbia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria.* 2001;28(10):652–6. DOI: [10.1016/S0212-6567\(01\)70479-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70479-9)
194. Mas MÀ, Santaèugènia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gámez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(10):860–63. DOI: [10.1016/j.jamda.2018.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.06.013)
195. López Martínez de Pinillos E, Pérez de Lucas N, López Martínez de Pinillos R,

- Martín Serrano P, Sanz Juez F, Alonso Salazar MT. Atención a las urgencias en pacientes oncológicos terminales. *Emergencias*. 1999;11(6):398–402.
196. Sanz Ortiz J, Llamazares González A. Atención domiciliaria en una unidad de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:446–449.
197. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccan ti S, Cavinato T, Carbonin PU, Bernabei R. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(12):1430–4. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1999.tb01562.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb01562.x)
198. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, Manheim LM, Conrad KJ, Nash K et al. Cost-effectiveness of veterans administration hospital-based home care. *Arch Intern Med*. 1990;150(6):1274–80. PMID: 2112906
199. Shepperd S, Butler C, Craddock-Bamford A, Ellis G, Gray A, Hemsley A et al. Is comprehensive geriatric assessment admission avoidance hospital at home an alternative to hospital admission for older persons? A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2021;174(7):889–98. DOI: [10.7326/M20-5688](https://doi.org/10.7326/M20-5688)
200. Gómez Salazar V, Garcés Medina MC, Chavarro Carvajal DA, Meneses Bernal JF, Cano Gutierrez CA, Santacruz Escudero JMI. Efectos de un programa de atención domiciliaria en geriatría sobre el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias. *Univ Médica*. 2021;62(2):1–10. DOI: [10.11144/Javeriana.umed62-2.enhc](https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.enhc)
201. Urrutia de Diego A, Sacanella E, Mascaró J, Formiga Pérez F. Anemia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(5):291–7. DOI: [10.1016/j.regg.2010.06.003](https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.06.003)
202. Balducci L, Ershler WB, Krantz S. Anemia in the elderly-clinical findings and impact on health. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006;58(2):156–65. DOI: [10.1016/j.critrevonc.2005.09.003](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.09.003)
203. Artz AS. Anemia and the frail elderly. *Semin Hematol*. 2008;45(4):261–6. DOI: [10.1053/j.seminhematol.2008.06.002](https://doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.002)
204. Mora Gutiérrez JM, Slon Roblero MF, Castaño-Bilbao I, Izquierdo Bautista D, Arteaga Coloma J, Martínez Velilla N . Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;52(3):152–8. DOI: [10.1016/j.regg.2016.03.006](https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.006)
205. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Vitamina D en adulto mayor. 2023. ISBN: 978-84-09-51750-3. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpglcleftdmkaj/https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Vitamina-D.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Vitamina-D.pdf)
206. Pérez Martín A, Rol de la Morena MJ, Mareque Ortega M, Gómez Gómez M, Gómez Gómez, Díaz de Cerio M. Efecto sobre el consumo de recursos hospitalarios de un programa de Atención Geriátrica Domiciliaria en personas ancianas con patología

- cardiorespiratoria muy avanzada. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(6):559-567.
207. Nebot Adell C, Saiz Antón N, Sardá Pérez-Bofill T. La implantación de los equipos de soporte en la atención primaria: ¿un reto innovador? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28(5):261-6.
208. Gómez Gómez M, Martín Correa E, Jiménez Torres F. La asistencia geriátrica a domicilio a través del tiempo. Diez años de experiencia en Toledo. *Monogr geriatría y Gerontol*. 2000;II(1):15-23.
209. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48(4):445-69. DOI: [10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0)
210. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 1997;19(7):351-6.
211. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, García García JA, Quindimil Vázquez JA, López Rivas JL, Huidobro L. Los pacientes pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1994;13(4):188-90.
212. García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barruetabeña M, Olascoaga Arrate A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1997;20(5):230-36.
213. Tamiya N, Ariki S, Kawakami N, Shichita K, Makita F, Oobuchi R et al. Factors affecting death at home in bedridden elderly people. *Nippon Kashy Eisel Zasshi*. 1990;37(1):33-8. PMID: 2131962
214. Roos NP, Roos LL, Mossey J, Havens B. Using administrative data to predict important health outcomes: entry to hospital, nursing home and death. *Med Care* 1988;26(3):221-39. DOI: [10.1097/00005650-198803000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-198803000-00001)
215. Jagger C, Clark M. Mortality risks in the elderly: Five year follow-up of a total population. *Int J Epidemiol* 1988;17(1):111-14. DOI: [10.1093/ije/17.1.111](https://doi.org/10.1093/ije/17.1.111)
216. Kaplan G, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol* 1988;43(4):S114-20. DOI: [10.1093/geronj/43.4.S114](https://doi.org/10.1093/geronj/43.4.S114)
217. Incalci AR, Capparella O, Gemna A, Porcedda P, Raccis G, Sommella L et al. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J Am Geriatric Soc* 1992;40(1):34-8. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1992.tb01826.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01826.x)
218. Branch LG, Wetle TT, Scherr PA, Cook NR, Evans DA, Hebert LE et al. A prospective study of comprehensive medical home care use among the elderly. *Am J Public Health* 1988;78(3):255-9. DOI: [10.2105/ajph.78.3.255](https://doi.org/10.2105/ajph.78.3.255)
219. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J*

- Epidemiol 1982; 115(5):684-94. DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a113351](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113351)
220. Singh S, Gray A, Shepperd S, Stott DJ, Ellis G, Hemsley A et al. Is comprehensive geriatric assessment admission avoidance hospital at home an alternative to hospital admission for older persons? *Age Ageing*. 2022;51(1):afab220. DOI: [10.1093/ageing/afab220](https://doi.org/10.1093/ageing/afab220)
221. Gené Badia J, Borràs Santos A, Contel Segura JC, Terén CA, González LC, Ramírez EL et al. Predictors of mortality among elderly dependent home care patients. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:316. DOI: [10.1186/1472-6963-13-316](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-316)
222. Carey EC, Covinsky KE, Lui LY, Eng C, Sands LP, Walter LC. Prediction of Mortality in Community-Living Frail Elderly People with Long-Term Care Needs. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):68–75. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2007.01496.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01496.x)
223. Keller BK, Potter JF. Predictors of mortality in outpatient geriatric evaluation and management clinic patients. *J Gerontol*. 1994;49(6):M246-51. DOI: [10.1093/geronj/49.6.m246](https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.m246)
224. Mossey JM, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *Am J Public Heal*. 1982;72(8):800–8. DOI: [10.2105/ajph.72.8.800](https://doi.org/10.2105/ajph.72.8.800)
225. Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS et al. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *J Epidemiol Community Heal*. 1999;53(2):83–8. DOI: [10.1136/jech.53.2.83](https://doi.org/10.1136/jech.53.2.83)
226. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(2):123–9. DOI: [10.1136/jech.54.2.123](https://doi.org/10.1136/jech.54.2.123)
227. Caughey GE, Ramsay EN, Vitry AI, Gilbert AL, Luszcz MA, Ryan P et al. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(12):1036–42. DOI: [10.1136/jech.2009.088260](https://doi.org/10.1136/jech.2009.088260)
228. Fried LP. Frailty. In Hazzard WR, Bierman EL, Blass SP. *Principles of Geriatric and Gerontology*. 3d ed. Nueva York: McGraw Hill 1994: 1149-56.
229. Blaum CS, Liang J, Lin X. The relationship of chronic diseases and health status to the health services utilization of older americans. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1087-93.
230. Abizanda P, Luengo C, López-Torres J, Sánchez P, Romero L, Fernández C. Predictors of mortality functional deterioration, and hospital admission in a sample of elderly subjects residing in the community. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33(4):219–25.
231. Regal-Ramos RJ, Salinero Fort MA, Cruz-Jentoft AJ. Factores predictores de

- mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. *Aten Primaria*. 2005;36(9):480–6. DOI [10.1016/S0212-6567\(05\)70548-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70548-5)
232. Palomo L, Gervas J. Mortalidad a los 2 años en enfermos crónicos confinados en el domicilio. *Aten Primaria*. 2000;25(3):176–80. DOI: [10.1016/S0212-6567\(00\)78483-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78483-6)
233. León Ortiz M, Celaya Cifuentes S. Estado nutricional en el anciano: criterios de malnutrición, anorexia y pérdida de peso. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, Baztán Cortés JJ. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2º Edición. Elsevier España, 2020.p. 362–84.
234. Phillips RS, Safran C, Clearly PD, Delbanco TL. Predicting emergency readmissions for patients discharged from the medical service of a teaching hospital. *J Gen Intern Med*. 1987;2(6):400–5. DOI: [10.1007/BF02596366](https://doi.org/10.1007/BF02596366)
235. Burns R, Nichols LO. Factors predicting readmission of older general medicine patients. *J Gen Intern Med*. 1991;6(5):389–93. DOI: [10.1007/BF02598158](https://doi.org/10.1007/BF02598158)
236. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):956. DOI [10.1186/s12913-018-3771-9](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9)
237. González Ramallo VJ, Gallego Alonso-Colmenares MM. Dying at home, a reasonable alternative to hospitalization. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2018;218(6):296–7. DOI: [10.1016/j.rce.2018.05.001](https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.05.001)
238. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA et al. PRISMA. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: A population survey in England, Flanders, Germany, Italy, The Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol*. 2012;23(8):2006–15. DOI: [10.1093/annonc/mdr602](https://doi.org/10.1093/annonc/mdr602)
239. Ramón I, Alonso J, Subirats E, Yáñez A, Santed R, Pujol R. El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. *Rev Clin Esp*. 2000;206(11):549–55. DOI: [10.1157/13096302](https://doi.org/10.1157/13096302)
240. Ruiz-Ramos M, García-León FJ, Méndez-Martínez C. El lugar de la muerte en Andalucía: influencia de la edad, sexo y causa de defunción. *Rev Clin Esp*. 2011;211(3):127–32. DOI: [10.1016/j.rce.2010.10.006](https://doi.org/10.1016/j.rce.2010.10.006)
241. Jiménez-Puente A, García Alegría J. Distribución geográfica y evolución de las muertes en hospitales en España 1996-2015. *Rev Clin Esp*. 2018;218(6):285–92. DOI: [10.1016/j.rce.2018.03.015](https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.03.015)
242. Gené Badia J, Borràs Santos A, Contel Segura JC, Ascaso Terén C, González Ortega M, Gallo De Puelles P. Factores asociados a ingreso hospitalario en una cohorte de

- pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;139(11):473–8. DOI: [10.1016/j.medcli.2012.01.030](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.01.030)
243. Roos NP, Roos LL, Mossey J, Havens B. Using administrative database to predict important health outcomes: entry to hospital, nursing home and death. *Med Care*. 1988;26(3):221–39. DOI: [10.1097/00005650-198803000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-198803000-00001)
244. Corujo Rodríguez E, Pereyra Venegas N. Geriatría: atención a la fragilidad, cronicidad y dependencia en el medio comunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(4):207–8. DOI: [10.1016/j.regg.2014.12.002](https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.12.002).
245. Abizanda Soler P, Oliver Carbonell JL, Luengo Márquez C, Romero Rizo L. Resultados y beneficios de la creación de un equipo de valoración y cuidados geriátricos en el Hospital General de Albacete: análisis del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33(4):195–201.
246. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients with Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2111568. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.11568](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568)
247. Zunzunegui MV. Is it feasible to reduce hospital admissions of patients in home health care programs? *Med Clin (Barc)*. 2012;139(11):487–8. DOI: [10.1016/j.medcli.2012.02.023](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.02.023)
248. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:42. DOI: [10.1186/1472-6963-8-42](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-42)
249. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S1):39–50. DOI: [10.1016/j.regg.2009.03.012](https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.012)
250. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables. 2023. [Consultado 13 diciembre 2023]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesFicha.aspx?ID=39>
251. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103396. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2019.103396](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103396)
252. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(1):4–11. DOI: [10.1111/jgs.12039](https://doi.org/10.1111/jgs.12039)

253. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med.* 1993;118(3):219–23. DOI: [10.7326/0003-4819-118-3-199302010-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-3-199302010-00011)
254. Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors and related hospital use. *Am J Public Health.* 1994;84(8):1274–80. DOI: [10.2105/ajph.84.8.1274](https://doi.org/10.2105/ajph.84.8.1274)
255. Patmore C, McNulty A. Making home care for older people more flexible and person-centred: factors which promote this. Social Policy Research Unit. 2005. [Consultado 17 diciembre 2023]. Disponible en: <http://php.york.ac.uk/inst/spru/pubs/210/>.
256. Francia E, Casademont J. Influencia de la edad en los índices probabilísticos de mortalidad al ingreso en salas convencionales de Medicina Interna. *Med Clin.* 2012; 139(5):195-202. DOI: [10.1016/j.medcli.2011.05.019](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.05.019)
257. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, Van Den Heuvel D, Rimmele M, Sieber CC et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):345. DOI: [10.1186/s12877-020-01747-w](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w)
258. Fønss Rasmussen L, Grode LB, Lange J, Barat I, Gregersen M. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: A systematic review. *BMJ Open.* 2021;11(1): e040057. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-040057](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040057)
259. Kristensen SR, Bech M, Quentin W. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Heal Policy.* 2015;119(3):264–73. DOI: [10.1016/j.healthpol.2014.12.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.009)
260. Gupta A, Fonarow G. The Hospital Readmissions Reduction Program-learning from failure of a healthcare policy. *Eur J Hear Fail.* 2018;20(8):1169–74. DOI: [10.1002/ejhf.1212](https://doi.org/10.1002/ejhf.1212)
261. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316(7141):1348–51. DOI: [10.1136/bmj.316.7141.1348](https://doi.org/10.1136/bmj.316.7141.1348)
262. Aliyu MH, Adediran AS, Obisesan T. Predictors of hospital admission in the elderly: analysis of data from the longitudinal study on aging. *J Natl Med Assoc.* 2003;95(12):1158–67. PMID: [14717472](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717472/)
263. Andrews K. Relevance of readmission of elderly patients discharged from a geriatric unit. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(1):5–11. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1986.tb06333.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb06333.x)
264. Narain P, Rubenstein LZ, Wieland GD, Rosbrook B, Strome LS, Pietruszka F et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. *The*

- importance of functional status. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36(9):775–83. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1988.tb04259.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb04259.x)
265. Nuckols TK, Keeler E, Morton S, Anderson L, Doyle BK, Pevnick J et al. Economic evaluation of quality improvement interventions designed to prevent hospital readmission: asystematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):975–85. DOI: [10.1001/jamainternmed.2017.1136](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1136)
266. Grahamm H, Livesley B. Can readmission to a geriatric medical unit be prevented? *Lancet.* 1983;1(8321):404–6. DOI: [10.1016/s0140-6736\(83\)91513-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)91513-1)
267. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annu Rev Med.* 2014;65:471-85. DOI: [10.1146/annurev-med-022613-090415](https://doi.org/10.1146/annurev-med-022613-090415)
268. Linertová R, García-Pérez L, Vázquez-Díaz JR, Lorenzo-Riera A, Sarría-Santamera A. Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(6):1167-75. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2010.01493.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01493.x)
269. Sezgin D, O’Caoimh R, Liew A, O’donovan MR, Illario M, Salem MA et al. all EU ADVANTAGE Joint Action Work Package 7 partners. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, health care utilisation and costs: a scoping review. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(6):961–74. DOI: [10.1007/s41999-020-00365-4](https://doi.org/10.1007/s41999-020-00365-4)
270. Sezgin D, O’Caoimh R, O’Donovan MR, Salem MA, Kennelly S, Samaniego LL, Carda CA et al. European Union Advantage Joint Action Work Package 7 partners in collaboration with the International Foundation for Integrated Care Special Interest Group on Intermediate Care. Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care: an international Delphi study. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(11):2399-2410. DOI: [10.1007/s40520-020-01579-z](https://doi.org/10.1007/s40520-020-01579-z)
271. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Lattanzio F, Carbonin PU et al. Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(8): 832–6. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2004.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.01.013)
272. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *N Engl J Med.* 2011;365(24):2287–95. DOI: [10.1056/NEJMSa1101942](https://doi.org/10.1056/NEJMSa1101942)
273. Bodenheimer T, Berry-Millet R. Follow the money: controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *New Engl J Med.* 2009;361(16):1521–3. DOI: [10.1056/NEJMp0907185](https://doi.org/10.1056/NEJMp0907185)
274. Manzarbeitia Arambarri J, Alvira Rasal B, De la Fuente Gutiérrez C. Anemias en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez-Mañas L, Baztán Cortés JJ. *Tratado de*

- Medicina Geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2020. p. 1054–63.
275. Gené Badia J, Contel Segura JC, Hidalgo García A, Borràs Santos A, Porta Borges M, Oliver Olius A, et al. Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2009;41(2):91–101. DOI: [10.1016/j.aprim.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.001)
276. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: a systematic evidence review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1597–608. DOI: [10.1111/jgs.14828](https://doi.org/10.1111/jgs.14828)
277. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benacente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 2000;26(10):681–84. DOI: [10.1016/S0212-6567\(00\)78751-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78751-8)
278. Mimbela Sánchez MM, Foradada Baldellou S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria*. 1993;12(2):65–70.
279. Salgado Alba A, González Montalvo JI. Geriatria y asistencia comunitaria: Experiencia del Servicio de Geriatria de la Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28(5):300–4.
280. Baztán JJ, Gil L, Vega E, Minaya J, Ruipérez I. Coordinación Servicio de Geriatria-Atención Primaria-Servicios Sociales. Vías prácticas para la continuidad de cuidados del anciano frágil. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33 (supl 1):40.
281. Pérez del Molino JM. La organización de los cuidados comunitarios. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29 (supl 2):23–6.
282. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):907–14. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.11.028](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028)
283. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218–27. DOI: [10.1007/s12160-010-9210-8](https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8)
284. Bandari R, Khankeh HR, Shahboulaghi FM, Ebadi A, Keshtkar AA, Montazeri A. Defining loneliness in older adults: Protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):26. DOI: [10.1186/s13643-018-0935-y](https://doi.org/10.1186/s13643-018-0935-y)
285. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and

- Loneliness in Older Adults. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020. DOI: [10.17226/25663](https://doi.org/10.17226/25663)
286. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Institut Valencià de Salut Pública. 1994.
287. Peiró S, Artells Herrero JJ. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica de grupo nominal. Gac Sanit. 2001;15(3):245–50. DOI: [10.1016/S0213-9111\(01\)71554-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71554-3)
288. Pujol Ribera E, Gené Badia J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarín Rúa MI, Iglesias-Pérez B et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. Gac Sanit. 2006;20(3):209–19.
289. Siegel LM, Attkisson CC, Carson LG. Need Identification and Program Planning in the community context. En: Attkisson CC. Evaluation of Human Services Programs. New York: New York Academic Press, 1978: 215-252.
290. Green LW. Social diagnosis: The Nominal Group Process. Health Education Planning; a diagnostic approach. Palo Alto, California: Mayfield publishing Co., 1980: 24-25.
291. Nutts PC. Planning Methods For Health and Related Organizations. Editorial: White Lotus Press, New York, 1984; 115-120.
292. Pinneault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos Métodos. Estrategias. Barcelona: Massnon SA y SG editores, 1987: 180-184. ISBN: 84-311-0468-6
293. Tremblay G. Les approches communautaires: Des méthodes utiles dans une perspective d'analyse de besoins en services de santé pour une communauté. Quebec: Hôpital de l'Enfant-Jésus. Direction De La Santé Communautaire, 1984.
294. 298. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata SL. Madrid, 2004.
295. Gorina M, Limonero JT, Peñart X, Jiménez J, Gassó J. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. Aten Primaria. 2014;46(6):276–82. DOI: [10.1016/j.aprim.2013.07.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.011)
296. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. RCyS. 2014;4:19–34. DOI: [10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4\(1\).19-34](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4(1).19-34)
297. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000;114(Supl 3):26–33.
298. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Comunidad de Madrid. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria

- Pública. Informe global de resultados 2022. [Consultado 23 enero 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmninnkpbpcjpcglclefindmkaj/https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050958.pdf>.
299. Barrasa JI. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calid Asist.* 2003;18:414–24.
300. Encuesta de satisfacción. Un modelo. En: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Implantación de un plan de mejora de la calidad en la Atención Primaria de Salud. 1ª Edición. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1996; 150-167.
301. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med.* 1988;27(9):935–9. DOI: [10.1016/0277-9536\(88\)90284-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90284-5)
302. Del Estal García MC, Melián-González S. Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2022;54(4):102281. DOI: [10.1016/j.aprim.2022.102281](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102281)
303. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. Nurse Staffing and Patient Perceptions of Nursing Care. *J Nurs Adm.* 2003;33(11):607–14. DOI: [10.1097/00005110-200311000-00011](https://doi.org/10.1097/00005110-200311000-00011)
304. Mira JJ. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... *Rev Calid Asist.* 2003;18(7):567–9.
305. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Suppl 1):63–8. DOI: [10.1016/j.gaceta.2011.09.032](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032)
306. 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 Clínica Med Fam.* 2012;5(1):3–8. DOI: [10.4321/S1699-695X2012000100002](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100002)
307. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990;30(7):811–8. DOI: [10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7)
308. Morales Asencio JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria:

- SATISFAD. *Gac Sanit.* 2007;21(2):106–13. DOI: 10.1157/13101036
309. González Montalvo JI, Rodríguez Pascual C, Martín Rodríguez MD, Erroz García MJ, Tejedor de Pedro MT, Ruiz Gómez MP. Geriatria y atención primaria: resultados de una encuesta en el área de salud de Guadalajara. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1990;25:371–5.
310. Smeenk F, VanHaastregt J, De White LP, Crebolder HF. Effectiveness of home care programs for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ.* 1998;316(7149):1939–44. DOI: [10.1136/bmj.316.7149.1939](https://doi.org/10.1136/bmj.316.7149.1939)
311. Guillén Llera F. Formación especializada en Geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;26:36(S5): 51-55.
312. Rodríguez Heredia JM, Gallegos Cid Á, García-Arroba Muñoz J. Docencia postgrado: ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? *Rev la Fund Educ Médica.* 2004;7(2):52-53.
313. Fernández-Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, Vega JL, Ribera JM. Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. *Med Clin (Barc).* 1997;109(16):615–18.
314. Ríos Zambudio A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero Fernández y M. Factores de insatisfacción de los médicos internos residentes. *Med Clin (Barc).* 2003;121(16):634–5.
315. Aspa Marco FJ, Rodríguez de Castro F. Evaluación final: ¿sirve el examen MIR? *Educ Médica.* 2010;13(Supl 1):73–7.
316. Gómez-Beneyto M, Montilla-García JF, de Castro-Manglano P, Gay-Pamos E, González-Torres MA, Gutierrez-Fraile M et al. The opinion of psychiatric residents on the training they receive. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(3):174–9.
317. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210(5):209–15. DOI: [10.1016/j.rce.2009.12.006](https://doi.org/10.1016/j.rce.2009.12.006)
318. Tutosaus JD. Perfil de los tutores de un gran hospital universitario. *Educ Médica.* 2002;5(1):27–33.
319. Blasco Casares FJ. La satisfacción de nuestros especialistas. *Med Clin.* 2004;111(6):236.
320. García Serrano M, Pérez Díaz C, Abós Pueyo T, Expósito Martínez C. Residentes insatisfechos ¿por qué? *SEMERGEN*, 24(4), 301-302. *Semer - Med Fam.* 1998;24(4):301–2.
321. Pujol Farriols R. Unsatisfied medical residents. *Med Clin (Barc).* 1997;109(16):623–4. PMID: 9463136
322. Saura-Llamas J, Sesma Arnáiz R, Fernández Cuenca J, Borchert Muñoz C, Sáez

- Yanguas A et al. Postgraduate education in family education: what do we know about residents? *Aten Primaria*. 2001;28(6):405–14.
323. Andreu JL, García Castro M, Usón J, Jover JÁ, Millán I, Cáliz R et al. What Do Rheumatology Residents Think of Their Training? A Survey of the National Rheumatology Commission. *Reumatol Clínica*. 2012;8(1):27–30. DOI: [10.1016/j.reuma.2011.10.009](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.10.009)
324. López Timoneda F, Moro J, Tejedor J. La calidad percibida en la formación por los residentes de Anestesia y Reanimación. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2007;54(6):340–8.
325. Piessen G, Chau A, Mariette C, Bouillot JL, Veyrie N. Evaluation of training of residents and chief-residents in visceral and digestive surgery in France: Results of a national survey. *J Visc Surg*. 2013;150(5):297–305. DOI: [10.1016/j.jviscsurg.2013.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.08.007)
326. Oristrell J, Oliva JC, Casanovas A, Comet R, Jordana R, Navarro M. El Libro Informático del Residente de Medicina Interna: adquisición de competencias y consecución de objetivos docentes. *Rev Clin Esp*. 2014;214(1):8–16. DOI: [10.1016/j.rce.2013.07.010](https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.07.010)
327. Pijoán JI, Urkaregi A, Morán JM. Evaluación por los médicos internos residentes de la formación recibida en los servicios hospitalarios: una herramienta de monitorización. *Gac Sanit*. 2001;15(5):432–40. DOI: 10.1016/S0213-9111(01)71597-X
328. Vázquez-Mata G, Rodríguez-Elvira M, Rucabado-Aguilar L, García-Alcántara Á, Murillo-Cabezas F, Navarrete-Navarro P et al. Los residentes en las unidades de cuidados intensivos: ¿cuál es su percepción de la formación que reciben? *Educ Médica*. 2011;14(3):189–94.
329. Bragg EJ, Warshaw GA, Meganathan K, Brewer DE. National survey of geriatric medicine fellowship programs: Comparing findings in 2006/07 and 2001/02 from the American geriatrics society and association of directors of geriatric academic programs geriatrics workforce policy studies center. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(2):169-78. DOI: [10.1097/JGP.0b013e31820dcbcc](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820dcbcc)
330. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud Evaluación de la Formación Sanitaria Especializada. 2015. [Consultado 7 enero 2024]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/IT_PA_02.1_05_Encuesta_FSE_Ed4_Abril_2015.pdf
331. Inzitari M, Vázquez Ibar O. La formación de residentes en Geriatría para los retos del siglo XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(3):105–6.

332. Benavente Berzosa A. Análisis de percepción de satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Visión de las figuras docentes. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid, 2016.
333. Mateos-Nozal J, Guardado Fuentes L, Gutiérrez Rodríguez J, Ribera Casado JM. Formación especializada en geriatría: Normativa actual y opinión de los residentes. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(3):129–33. DOI: [10.1016/j.regg.2014.11.011](https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.011)
334. Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor-Zarzuelo M, Fernández-Pérez C, Marco-Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clin Esp.* 2014;214(4):175–83. DOI: [10.1016/j.rce.2014.01.004](https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.01.004)

ANEXOS

11.- ANEXOS

ANEXO I: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

 Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela Salud  Comunidad de Madrid Avda. de Reina Victoria, 22-24 Teléfono 91 453 83 00 28003 MADRID		NHC: Nombre: Apellidos: F. Nac.: Sexo: Edad: Teléfono: Dirección:	
ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN			
Fecha de consulta:		Fecha de ingreso:	
Cuidador principal:		Reingreso (meses):	
Procedencia:		Unidad de convivencia:	
Motivo de consulta:		Centro de Salud:	
Motivo principal de incapacidad:		Médico de EAP:	
ANTECEDENTES PERSONALES:		I. CHARLSON	
FÁRMACOS: (número)		ALERGIAS:	
• •		REACCIONES ADVERSAS:	
• •		•	
• •		•	
• •		•	
ENFERMEDAD ACTUAL:			
EXPLORACIÓN: (hallazgos principales)			

EJEMPLAR PARA LA HISTORIA CLÍNICA

1001779

M213.GRT.06

Este Hospital pertenece a la Red H s H

Hospitales sin Humo

13M

 <p>Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela</p> <p>Comunidad de Madrid</p> <p>Avda. de Reina Victoria, 22-24 Teléfono 91 453 83 00 28003 MADRID</p>	<p>NHC: Nombre: Apellidos: F. Nac.: Sexo: Edad: Teléfono: Dirección:</p>				
ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA. VALORACIÓN GERIÁTRICA					
INDICE DE BARTHEL	PREVIO				
Baño	Indep: 5 Dep: 0				
Vestido	Indep:10 Ayuda: 5 Dep: 0				
Aseo	Indep: 5 Dep:0				
Retrete	Indep: 10 Ayuda: 5 Dep: 0				
Escaleras	Indep.10 Ayuda: 5 Dep: 0				
Transferencia	Indep:15 Min ayuda: 10 Gran ayuda: 5 Dep: 0				
Deambulaci3n	Indep.15 Min ayud. 10 Indep silla ruedas_5 Dep: 0				
Micci3n	Cont: 10 Incont. ocas: 5 Incont: 0				
Deposici3n	Cont.:10 Incont. ocas: 5 Incont: 0				
Alimentaci3n	Indep:10 Ayuda. 5 Dep: 0				
TOTAL:					
VALORACI3N SOCIAL:					
Situaci3n familiar.					
Situaci3n econ3mica:					
Vivienda:					
Recursos Sociales. Centro de D3a: ASD TA Solicitada residencia					
Cambia el paciente de Domicilio?					
1. I.U.	Si/No				
2. I.F.	Si/No				
3. Insomnio	Si/No				
4. Sobrecarga	Si/No				
5. Dolor	Si/No				
6. UPP	Si/No				
7. Disfagia	si/No				
8. S. vesical	Si/No				
9. SNG	si/No				
10. CD	si/No				
11. Ca3das	si/No				
12. Estreñimiento	Si/No				
13. Inmovilismo	Si/No				
14. Polifarmacia	Si/No				
15. Alt. sentidos	Si/No				
16. Fragilidad social	Si/No				
17. Ingresos hospitalarios	Nº				
18. Instrucciones previas	Si/No				
19. Desnutrici3n	Si/No				
20. Deshidrataci3n	Si/No				
Fecha de alta:					
nº visitas:		médicas: Enfermería: Trabajadora Social.. terapeuta ocupacional.			
Ubicaci3n al alta. 1.EAP 2. UGA 3. UME 4. HD 5. CEX 6. ULE 7. RESI 8. RIP 9. URGENCIAS					
10. ALTA NO PREVISTA 11. CAMBIO DOMICILIO 12. OTROS					
Fármacos al ingreso.					
fármacos al alta.					

EJEMPLAR PARA LA HISTORIA CLINICA

1002934



M213.GPT.07

Este Hospital pertenece a la Red H s H Hospitales sin Humo



13M

ANEXO II: ESCALAS DE VALORACIÓN

1. ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO

FECHA:	(Previo) (Ingreso)					
BAÑO 5- Independiente 4- Supervisión 3- Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1- Asistencia en todos los aspectos del baño 0- Dependencia total						
VESTIDO 10- Independiente 8- Mínima ayuda 5- Ayuda para quitar o poner ropa 2- Gran ayuda (colabora algo) 0- Dependencia total						
ASEO (Higiene Corporal) 5- Independiente 4- Mínima ayuda 3- Moderada ayuda 1- Ayuda continua (colabora algo) 0- Dependencia total						
TRASLADO SILLON-CAMA 15- Independiente 12- Supervisión 8- Ayuda ocasional de 1 persona 3- Ayuda continua (colabora algo) 0- Ayuda de 2 personas (no colabora)						
DEAMBULACION 15- Independiente 12- Supervisión continua o no camina >50 m 8- Ayuda de 1 persona (ocasional) 3- Ayuda continua de 1 ó más personas 0- Dependiente						
ESCALERAS 10- Independiente (al menos 1 piso) 8- Supervisión ocasional 5- Supervisión continua o ayuda ocasional 2- Ayuda continua 0- Incapaz de subir escaleras						
IR AL RETRETE 10- Independiente 8- Supervisión 5- Moderada ayuda (alguna tarea) 2- Continua ayuda 0- Dependencia total						
MICCIÓN 10- Continente e Independiente (bolsa o ayudas) 8- Incontinencia ocasional (<1/día) 5- Incont. nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc.) 2- Incontinente día y noche (colabora algo) 0- Incontinente y Dependiente; Sonda vesical						
DEPOSICION 10- Continente e Independiente 8- Incont. ocasional (1/sem) o supervisión en sup., enemas 5- Incont. frecuente, se limpia solo, ayuda para sup, pañal. 2- Incont. frecuente, colabora algo 0- Incontinencia y Dependencia total.						
ALIMENTACION 10- Independiente 8- Mínima ayuda, pero independiente si se prepara bandeja 5- Come solo con supervisión 2- Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0- Dependiente o SNG						
TOTAL						

2. ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE CRUZ ROJA

Escala de incapacidad física del Servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid	
Grados de Incapacidad física	
0.	Se vale totalmente por sí mismo. Anda con normalidad.
1.	Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2.	Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que, en ocasiones, necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3.	Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4.	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (2 personas). Incontinencia habitual.
5.	Inmovilizado en casa o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Puntos de corte: 0-Independiente; 1-2: dependencia leve o independiente con ayuda técnica; 3-dependencia moderada; 4-dependencia severa; 5-dependencia total

Versión tomada de: Alarcón Alarcón T. Valoración funcional. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriatria. 3º ed. Barcelona: Masson; 2003. Pp 237-46.

Original: Guillén Llera; Rev Gerontol 1972

3. ESCALA DE INCAPACIDAD MENTAL DE CRUZ ROJA

Escala de incapacidad psíquica del Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid	
Grados de Incapacidad psíquica	
0.	Totalmente normal.
1.	Ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Mantiene correctamente una conversación.
2.	Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter. Incontinencia ocasional.
3.	Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica, confunde las personas. Claros trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
4.	Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual o total.
5.	Demencia muy evidente, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total.

Punto de corte ≥ 2 se corresponde con presencia de demencia (González Montalvo et al; REGG 1992)

Original: Guillén Llera; Rev Gerontol 1972

4. ÍNDICE DE COMORBILIDAD CHARLSON

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)	
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

Comentarios: en general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta 3 puntos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.

5. ESCALA DE FRAGILIDAD CLÍNICA - CLINICAL FRAILTY SCALE

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

6. ÍNDICE DE CONTROL NUTRICIONAL (CONUT)

CONUT	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	6 puntos
Albúmina (g/dl)	3,5-4,5	---	3-3,49	---	2,5-2,9	<2,5
Linfocitos totales/ml	>1600	1200-1599	800-1200	<800	---	---
Colesterol (mg/dl)	>180	140-180	100-139	<100	---	---
Niveles de Gravedad según Puntuación Total						
Riesgo de Malnutrición	Sin Riesgo 0 – 1		Leve 2 – 4		Moderado 5 - 8 Grave > 8	

DISCUSIÓN Y ELABORACIÓN DE LA LISTA DE GRUPO SENTIDA COMO PROPIA POR TODOS

- La Dra. Giovanna Cristofori da indicaciones para iniciar la discusión de cada SM del listado, justificando la elección e importancia de las mismas.
- Durante aproximadamente 1 hora, se dialoga acerca de las propuestas de SM, se consensuan unificaciones de SM repetidas o relacionadas y se eliminan las que **no** responden a la pregunta. La secretaria va realizando las modificaciones sobre un nuevo documento visible en pantalla.
- Surge un nuevo listado de 10 SM (**Anexo 2**) que se entrega a cada participante para la siguiente fase.

2. PRIORIZACIÓN INDIVIDUAL

- Tras realización de una lista común de 10 SM, la conductora de la reunión explica la necesidad de priorización individual sobre éstas, de manera individualizada, mediante un método de comparación por parejas (**Anexo 3**). Se otorgan en torno a 15 minutos para la realización de dicha tarea y se entrega a conductora y secretaria para proceder a la suma de puntuaciones individuales (total=45 puntos).

3. SUMA DE PRIORIZACIONES INDIVIDUALES: PUNTUACIÓN GLOBAL DE CADA SM

- Se revisa cada listado individual priorizado, anotando la puntuación individual y global de cada SM a la vista de todos. Según las puntuaciones, se realiza un nuevo listado por orden de resultados (**Anexo 4**).

4. DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LAS PUNTUACIONES DADAS

- Una vez establecido un listado tras las puntuaciones globales de cada SM, se realiza durante aproximadamente 1 hora un segundo análisis del mismo y se opina sobre las puntuaciones obtenidas.
- Se objetiva una discordancia / posible unificación de labores en torno a la SM relacionada con el papel del administrativo a tiempo completo para AGD por lo que se modifica su clasificación en la lista al puesto nº 4 (con la consecuente correlación de las subsiguientes SM). El resto de SM obtienen un consenso común acerca de su priorización.

5. ELABORACIÓN DE LA LISTA DE PRIORIDADES DEL GRUPO

- Tras la valoración del último análisis de propuestas, se obtiene una lista de SM priorizadas y consensuadas por todo el grupo (**Anexo 5**).

Se finaliza la sesión en torno a las 19:30h.

ANEXO 1: LISTADO INICIAL DE SITUACIONES DE MEJORA EN RELACION A LA PREGUNTA PROPUESTA

- K. Retomar sesiones y formación con Atención Primaria (AP)
- L. Mejorar el contacto con AP
- M. Valorar visitas conjuntas con AP
- N. Estipular visita previa por parte de MAP antes de derivación
- O. Enviar una sola solicitud, evitar duplicidad (fax/email).
- P. Cumplimiento de criterios de valoración en domicilio, evitando derivaciones no indicadas/urgencias HULP
- Q. Análisis y evaluación de los pacientes con estancia prolongada
- R. Programación semanal de las visitas domiciliarias, programar lista de espera (priorizar pacientes)
- S. Accesibilidad a los servicios, coordinación con unidades hospitalarias
- T. Valoración del diagnóstico y tratamiento social
- U. Dificultad para el contacto telefónico con el paciente
- V. Coordinación entre niveles asistenciales (AP, ESAD, AECC, AGD, servicios sociales, TS primaria...)
- W. Teléfono de contacto para AGD 24 horas, 7 días de la semana
- X. Optimizar tiempo de visitas (sobre todo de las primeras visitas) y no interceder en labores de AP
- Y. Falta de tiempo de administrativos
- Z. Disponer de Bladder scan y ecografía
- AA. Disponer de contacto con trabajo social y centro de salud (mail)
- BB. Déficit en formación del residente en VGI
- CC. Acceso de historia clínica de AGD en AP
- DD. Duplicación de HCIS y base de datos (ACCES), evitar papeles
- EE. Retomar sesiones de equipo (cerca/lejos) semanal
- FF. Uso de infusores en domicilio para pacientes paliativos
- GG. Optimización del conocimiento y trabajo de enfermería
- HH. Entrenamiento del cuidador con material
- II. Optimizar tiempo de ruta, por zona/centro de salud
- JJ. Recursos humanos y material disponible
- KK. Gestión de interrupciones
- LL. Fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo a domicilio
- MM. Coordinación entre equipos domiciliarios para crear materiales y protocolo
- NN. Unificar criterios alta/ingreso en ambos equipos
- OO. Optimizar y poder explotar datos de HP-CIS

ANEXO 2: SEGUNDO LISTADO TRAS DISCUSIÓN DE SM (TOP 10 Y NO PRIORIZABLES)

- A. ATENCION PRIMARIA: formación y contacto, visita conjunta y previa con/por MAP, enviar 1 sola solicitud para evitar duplicidad. Cumplimientos de criterios de valoración domiciliaria. Evitar derivaciones no indicadas / urgencias HULP. Acceso a historia clínica de AGD desde AP.
- B. Disponer de administrativo a tiempo completo para AGD por falta de tiempo
- C. Programación semanal de sesión multidisciplinar, coordinación de las visitas y programación de la lista de espera (priorizar), análisis y evaluación de los pacientes con estancia prolongada
- D. Accesibilidad a los servicios, coordinación con unidades hospitalarias y entre niveles asistenciales (AP, ESAD, AECC, AGD, servicios sociales, TS primaria...)
- E. Valoración del diagnóstico y tratamiento social
- F. Mejoría del contacto telefónico con el paciente, disponer de teléfono de contacto 24 horas durante 7 días a la semana y/o un contestador.
- G. Déficit en formación del residente en VGI
- H. Optimizar tiempo de visitas (sobre todo de las primeras visitas) y no interceder en labores de AP
- I. Coordinación entre equipos domiciliarios para crear materiales y protocolos. Unificar criterios de ingreso/alta.
- J. Optimización del conocimiento y trabajo de enfermería.

OTRAS:

- Recursos humanos, fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo a domicilio. Material disponible.
- Entrenamiento del cuidador con material.
- Optimizar HP-CIS para que se puedan extraer datos directamente para estadística. Evitar papeles.
- Gestión de interrupciones
- Disponer de Bladder scan y ecografía, uso de infusores, renovación de teléfonos móviles, conexión a internet de las Tablet domiciliarias, ampliar línea telefónica equipos y secretaría.
- Optimizar tiempo de ruta, por zona/centro de salud

ANEXO 3: PRIORIZACIÓN INDIVIDUAL DE SM, DE MANERA INDIVIDUALIZADA, MEDIANTE UN MÉTODO DE COMPARACIÓN POR PAREJAS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
J										
I										
H										
G										
F										
E										
D										
C										
B										
A										

ANEXO 4: LISTADO PROVISIONAL SEGÚN PUNTUACIONES INDIVIDUALES DE SM

1. **C. (60p)** Programación semanal de sesión multidisciplinar, coordinación de las visitas y programación de la lista de espera (priorizar), análisis y evaluación de los pacientes con estancia prolongada
2. **A. ATENCION PRIMARIA (59p):** formación y contacto, visita conjunta y previa con/por MAP, enviar 1 sola solicitud para evitar duplicidad. Cumplimientos de criterios de valoración domiciliaria. Evitar derivaciones no indicadas / urgencias HULP. Acceso a historia clínica de AGD desde AP.
3. **J. (53p)** Optimización del conocimiento y trabajo de enfermería.
4. **F. (46p)** Mejoría del contacto telefónico con el paciente, disponer de teléfono de contacto 24 horas durante 7 días a la semana y/o un contestador.
5. **D. (37p)** Accesibilidad a los servicios, coordinación con unidades hospitalarias y entre niveles asistenciales (AP, ESAD, AECC, AGD, servicios sociales, TS primaria...)
6. **H. (34p)** Optimizar tiempo y nº de visitas (sobre todo de las primeras visitas) y no interceder en labores de AP
7. **B. (31p)** Disponer de administrativo a tiempo completo para AGD por falta de tiempo
8. **E. (31p)** Valoración del diagnóstico y tratamiento social
9. **G. (29p)** Déficit en formación del residente en VGI
10. **I. (25p)** Coordinación entre equipos domiciliarios para crear materiales y protocolos. Unificar criterios de ingreso/alta.

ANEXO 5: LISTADO DEFINITIVO DE LAS SM CONSENSUADAS POR TODO EL GRUPO

1. **C. (60p)** Programación semanal de sesión multidisciplinar, coordinación de las visitas y programación de la lista de espera (priorizar), análisis y evaluación de los pacientes con estancia prolongada
2. **A. ATENCION PRIMARIA (59p):** formación y contacto, visita conjunta y previa con/por MAP, enviar 1 sola solicitud para evitar duplicidad. Cumplimientos de criterios de valoración domiciliaria. Evitar derivaciones no indicadas / urgencias HULP. Acceso a historia clínica de AGD desde AP.
3. **J. (53p)** Optimización del conocimiento y trabajo de enfermería.
4. **B. (31p)** Disponer de administrativo a tiempo completo para AGD por falta de tiempo
5. **F. (46p)** Mejoría del contacto telefónico con el paciente, disponer de teléfono de contacto 24 horas durante 7 días a la semana y/o un contestador.
6. **D. (37p)** Accesibilidad a los servicios, coordinación con unidades hospitalarias y entre niveles asistenciales (AP, ESAD, AECC, AGD, servicios sociales, TS primaria...)
7. **H. (34p)** Optimizar tiempo y nº de visitas (sobre todo de las primeras visitas) y no interceder en labores de AP
8. **E. (31p)** Valoración del diagnóstico y tratamiento social
9. **G. (29p)** Déficit en formación del residente en VGI
10. **I. (25p)** Coordinación entre equipos domiciliarios para crear materiales y protocolos. Unificar criterios de ingreso/alta.

ANEXO IV: CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN Y DE MEJORA

1. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LA POBLACIÓN DIANA USUARIA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

1. ¿Está satisfecho con la organización general del servicio que le presta nuestra Unidad?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

2. ¿Está satisfecho con los horarios de visita que le presta nuestra Unidad ?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

3. ¿Está satisfecho con la atención que recibe por teléfono?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

4. ¿Está satisfecho con la rapidez con que le atendemos en su domicilio?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

5. ¿Está satisfecho con la atención que recibe si surge un problema urgente durante nuestro seguimiento?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

6. ¿Está satisfecho con el tiempo que le dedicamos?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

7. ¿Está satisfecho con la información que le damos?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

8. ¿Está satisfecho con la información sobre su enfermedad y tratamiento que le damos?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

9. ¿Está satisfecho con el trato, con cómo nos preocupamos por su salud, cómo le escuchamos, con la disposición de ayudarle que recibe de nuestra Unidad?

Marca solo un óvalo.

- Nada
 Poco
 Bastante
 Mucho
 No lo sé

10. ¿Está satisfecho de cómo respetamos su intimidad?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

11. ¿Está satisfecho con la continuidad asistencial?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

12. ¿Está satisfecho con la coordinación de nuestra unidad con los profesionales del Hospital (consultas de especialistas, pruebas complementarias, ingresos...)?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

13. ¿Está satisfecho con la calidad general de nuestra Unidad?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

14. ¿Tiene la sensación de estar en buenas manos?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

15. ¿Le solucionamos sus problemas?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

16. ¿Recomendaría a sus conocidos este servicio?

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No lo sé

17. ¿Qué es lo que le gusta más de este servicio?

18. ¿Qué es lo que le gusta menos de este servicio?

19. ¿Quiere hacer algún otro comentario o sugerencia?

20. Edad

21. Sexo

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

2. CUESTIONARIO DE MEJORA A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS CENTROS DE SALUD QUE SE COORDINAN CON LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

1. Centro de Salud:

2. ¿En alguna ocasión has remitido enfermos para valoración al Servicio de Geriatría del HUCCR?

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Consulta Externa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoración Domiciliaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingreso Hospitalario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Has tenido problemas con los cauces establecidos para la derivación de enfermos?

Selecciona todos los que correspondan.

Sí

No

Otro: _____

4. ¿Qué criterios utilizas para remitir enfermos al Servicio de Geriatría?

Selecciona todos los que correspondan.

- La edad
- La presencia de síndromes geriátricos
- Otro: _____

5. ¿Recibes con rapidez los informes clínicos desde nuestro servicio?

Marca solo un óvalo por fila.

	De pacientes de Consulta Externa	De pacientes ingresados	De pacientes valorados en su domicilio
Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿En qué sentido los informes satisfacen tus expectativas previas a la derivación del paciente?

Marca solo un óvalo por fila.

	Mejor	Igual	Peor
Enfoque diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención Integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan de Cuidados en Atención Primaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acerca de los pacientes valorados en su domicilio por parte del equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria (AGD):

7. En tu opinión, la existencia del equipo de AGD:

Marca solo un óvalo.

- No es necesaria
- Debe ser solamente consultiva
- Debe ser consultiva y asistencial, como apoyo a la Atención Primaria
- Debería asumir la responsabilidad directa y máxima en los cuidados de ciertos pacientes geriátricos

8. Desde tu punto de vista, lo más útil del equipo de AGD es:

Marca solo un óvalo.

- Su especialización en la valoración y manejo de pacientes geriátricos
- Su disponibilidad de recursos hospitalarios
- La eficacia en la resolución de problemas planteados en tus pacientes
- Ninguna utilidad
- Otro: _____

9. ¿Crees que se debieran fomentar las valoraciones conjuntas domiciliarias entre el equipo de Atención Primaria y el equipo hospitalario?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10. En relación a las reuniones en el Centro de Salud con el Equipo del Servicio de Geriatría (hasta antes de la pandemia, y pendientes de reactivar):

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
¿Sueles asistir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te son de utilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ¿Con qué periodicidad deberían realizarse?

Marca solo un óvalo.

- Mensual
 Bimestral
 Trimestral

12. ¿Deberían basarse en el comentario de casos clínicos?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

13. ¿Deberían tener un mayor componente docente?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

14. ¿En este caso, qué temas geriátricos serían de tu interés?

15. En tu opinión, y en relación con otras especialidades hospitalarias del área, tu relación con el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Cruz Roja, la consideras:

Marca solo un óvalo.

- Mucho mejor
- Mejor
- Igual
- Peor
- Mucho peor

16. En general, y en relación al seguimiento continuado de tus pacientes que han estado en contacto con el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Cruz Roja, crees que:

Marca solo un óvalo.

- Falta comunicación
- Falta coordinación
- Faltan ambas cosas
- Estoy satisfecho/a

17. Para terminar, agradeceríamos cualquier comentario, sugerencia y/o propuestas de mejora que nos ayudara a mejorar nuestra práctica asistencial.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

3. CUESTIONARIO DE MEJORA A LOS MÉDICOS Y ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES QUE HAN ROTADO POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

1. ¿Cuál es tu categoría profesional?

Marca solo un óvalo.

MIR

EIR

2. ¿Cuál es tu especialidad?

Marca solo un óvalo.

Geriátría

Medicina Familiar y Comunitaria

Otras

3. ¿En qué año rotaste en AGD?

Marca solo un óvalo.

2019

2020

2021

2022 y en adelante

4. ¿En qué año de residencia rotaste en AGD?

Marca solo un óvalo.

- R1
 R2
 R3
 R4

5. ¿Cómo valoras la acogida en la rotación?

Marca solo un óvalo.

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

6. ¿Consideras que el nivel de supervisión recibido se corresponde con tu año de residencia?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

7. ¿Cómo valoras el cumplimiento de los objetivos y las actividades realizadas en la rotación?

Marca solo un óvalo.

- Muy bien
 Bien
 Regular
 Mal

8. ¿Cómo valoras la formación teórico-práctica recibida en la rotación?

Marca solo un óvalo.

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

9. En la rotación, ¿se han cumplido las expectativas que tenías al inicio de la misma?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

10. ¿Recomendarías la rotación realizada a tus compañeros?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

11. ¿Consideras que la duración de la rotación ha sido adecuada?

Marca solo un óvalo.

- Insuficiente
 Adecuada
 Excesiva

12. Globalmente, ¿qué puntuación le otorgarías del 1 al 10 a esta rotación?

Marca solo un óvalo.

Deficiente

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Excelente

13. Describe brevemente si has echado en falta en la rotación alguna actividad relevante para tu etapa formativa.

14. Indica brevemente los aspectos que te han parecido más positivos de la rotación.

15. Por último, agradeceríamos cualquier sugerencia y/o aspectos que consideres deberían mejorarse para esta rotación en el futuro.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO V: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título: Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad en una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Investigador Principal: Dra. Blanca Garmendia Prieto.

Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela. Madrid.

Nº de versión y fecha: Primera versión. 2-01-2021

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Es importante que antes de firmarlo, lea de forma detenida toda la información que contiene, entienda su contenido y realice las preguntas que considere necesarias, nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Descripción y objetivo general del estudio

Estamos realizando un estudio en el ámbito de la Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD) que tiene por objeto elaborar un Plan de Mejora Continua de la Calidad de este Nivel Asistencial, así como conocer las características y evolución de los pacientes ancianos atendidos por este programa en sus domicilios para mejorar la práctica clínica diaria y el manejo de este perfil de individuos, así como también la calidad de vida y la toma de decisiones en el entorno habitual del paciente, tratando de evitar los traslados a Urgencias u hospitalizaciones innecesarias. Usted es atendido por este programa de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja y por este motivo le solicitamos que durante su seguimiento permita que los médicos investigadores que le visitan, le realicen una serie de preguntas rutinarias y registren los datos necesarios relacionados con su historial clínico.

Riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio

El equipo de investigación considera que el estudio no supone ningún riesgo para su salud y que dejarán de hacerle preguntas o de localizarle siempre que Ud. lo crea conveniente. En el estudio no habrá ningún tipo de intervención ya que los datos se recogerán directamente de la historia clínica electrónica. La atención ofrecida por el equipo de AGD será la habitual independientemente de que participen o no en el estudio.

Posibles beneficios

Esta investigación beneficiará indirectamente a la población general al facilitar información para el abordaje del manejo del paciente mayor en su domicilio, la toma de decisiones clínicas y la calidad de vida de los mismos permitiendo una mejoría en el proceso asistencial.

Compensación económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional ni tendrá compensación económica alguna.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta en el futuro sobre la revelación o el uso que se pudiera hacer de sus datos médicos, si tuviera dudas, preocupaciones o quejas sobre el estudio o su participación en él, deberá contactar con:

Dr./Dra.....en el teléfono

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad en una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Investigador Principal: Dra. Blanca Garmendia Prieto.

Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela. Madrid.

Nº de versión y fecha: Primera versión. 2-01-2021

Declaro que:

1. He leído la “Hoja de información al paciente” que se me ha entregado, entiendo los objetivos del estudio y estoy dispuesto/a a participar en su realización.
2. He sido informado y entiendo que los investigadores principales podrán utilizar información de carácter personal recogida en la historia clínica informatizada y que la divulgación de los datos y resultados tendrá un fin meramente científico, salvaguardando siempre la confidencialidad.
3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que tengo derecho a abandonar el estudio en el momento que lo desee una vez iniciado.
4. He podido aclarar mis dudas respecto a los objetivos del estudio.

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del investigador:

Número de colegiado:

Firma del paciente.

Firma del médico.

Autorización por representación. –El consentimiento podrá ser otorgado por su representante legal o persona vinculada por razón familiar o de hecho, en caso de voluntad del/la paciente o incapacidad del paciente, con indicación del carácter con que interviene (representante legal, familiar o allegado).

Nombre y dos apellidos:

DNI:

Firma.

En calidad de _____ otorgo la autorización para participar en el estudio.

En Madrid a _____ de _____ de 2021

CONFIDENCIALIDAD / PROTECCIÓN DE DATOS
CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Mediante el presente escrito y en cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, quedo informado/a y consiento expresamente el tratamiento de los datos de mi historia clínica así como los resultantes de su participación en el estudio “Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Mejora Continua de la Calidad en una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.”. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Universitario La Paz (incluido Hospital Carlos III-Hospital Cantoblanco) cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el “Comité PDP de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid” con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edificio Soluble) Madrid 28020 protecciondedatos.sanidad@madrid.org. La finalidad es obtener información que nos permita elaborar un Plan de Mejora Continua de la Calidad y establecer las características clínicas y la evolución de los pacientes de más edad atendidos por un equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria.

La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento, así como la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica y demás legislación vigente en la materia. Con esta finalidad sus datos serán conservados durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones estipuladas en la normativa vigente aplicable, así como mientras que sea de utilidad para la finalidad para la que fue obtenida, y en cualquier caso, al menos durante cinco años. El acceso a mi información personal quedará restringido al médico/s del estudio, sus colaboradores y demás personal que participe en el mismo, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación del Hospital y a los monitores y auditores del promotor, quienes estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. No se realizarán comunicaciones adicionales de datos, salvo en aquellos casos obligados por Ley.

Al facilitar sus datos usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de los mismos conforme a lo indicado. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento de Datos, con domicilio en Hospital Universitario La Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.

Y para que así conste lo firmó en Madrid a..... de..... 20.....

FIRMADO:

D/Dña.:

..... con
N.I.F, en mi propio nombre y representación, o en nombre y
representación de D./Dña.con N..I.F.
.....(se debe acreditar tal condición).

ANEXO VI: APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Ref: 07/326028.9/21



INFORME DEL COMITE DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

D^a Almudena Castro Conde, Presidenta del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario La Paz

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del estudio titulado: **“EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD DEL PACIENTE ANCIANO”**, Versión I de 02 enero 2021 y Hoja de información al participante y consentimiento informado, versión 1 de 02 de enero de 2021, código HULP: **PI-4642**,

Y considera que,

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por Blanca Garmendia Prieto del Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja, como investigadora principal.

Lo que firmo en Madrid a 25 de febrero de 2021

Firmado:
D^a Almudena Castro Conde
Presidenta del CEIm

P.O. D^a Emma Fernández de Uzquiano
Secretaría Técnica del CEIm

Firmado digitalmente por: FERNANDEZ DE UZQUIANO MARIA EMMA
Fecha: 2021.03.01 10:23



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1056383262329165853780**



HOJA DE EVALUACION

Estudio

EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD DEL PACIENTE ANCIANO.

PROTOCOLO VERSIÓN I. 02/01/2021

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, V1; 2 DE ENERO DE 2021

INVESTIGADOR PRINCIPAL: la investigadora Blanca Garmendia Prieto del Servicio de Geriatría (HCR) de la Cruz Roja

CEIM: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO DE ESTUDIO: NO-EPA

CÓDIGO HULP: PI-4642

ACTA: 4/2021

			Asistencia
Presidenta	ALMUDENA CASTRO CONDE	Médico Adjunto. Servicio de Cardiología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vicepresidenta	JESÚS FRÍAS INIESTA	Jefe de Servicio. Farmacología Clínica	<input checked="" type="checkbox"/>
Secretario Técnico	EMMA FERNÁNDEZ DE UZQUIANO	Jefe de la Secretaría Técnica	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	JOSÉ MANUEL AÑÓN ELIZALDE	Jefe de Sección. Servicio de Medicina Intensiva	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	IGNACIO BERNARDINO DE LA SERNA	Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	NORA BUTTA COLL	Jefe de Laboratorio de Coagulopatías. IdiPAZ	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	FERNANDO CABAÑAS GONZÁLEZ	Investigador IdiPAZ.	<input type="checkbox"/>
Vocal	FILIBERTO CHULIÁ FERNÁNDEZ	Abogado. Jefe de Servicio. Asesoría Jurídica.	<input type="checkbox"/>
Vocal	MARIANA DÍAZ ALMIRÓN	Investigadora IdiPAZ. Sección de Bioestadística.	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	MARÍA DOLORES DIESTRO TEJEDA	Médico Adjunto. Servicio de Ginecología y Obstetricia	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	JAIME FERNÁNDEZ-BUJARRABAL	Médico Adjunto. Servicio de Neumología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	Mª JUSTA GARCÍA-MATRES CORTÉS	Médico Adjunto. Servicio de Urología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	MERCEDES GASIOR KABAT	Médico Adjunto. Servicio de Hematología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	PEDRO HERRANZ PINTO	Jefe de Servicio. Servicio de Dermatología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	CARLOS LAHOZ RALLO	Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	JOSÉ EVARISTO MOLINÉ JORQUES	Representante de Pacientes. Miembro no sanitario	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	EVA PRIETO UTIEL	Farmacéutica. Atención Primaria del Área Norte	<input type="checkbox"/>
Vocal	NURIA RODRÍGUEZ SALAS	Médico Adjunto. Servicio de Oncología Médica	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	MIRIAM ROMERO PORTALES	Médico Adjunto. Servicio de Aparato Digestivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	FILOMENA TROCOLI GONZÁLEZ	Enfermera. Servicio de Nefrología	<input type="checkbox"/>
Vocal	ALEJANDRA VILANOVA SÁNCHEZ	Médico Adjunto. Servicio de Cirugía pediátrica	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	ELENA VILLAMAÑÁN BUENO	Farmacéutica Adjunta. Servicio de Farmacia	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	ROSA VILLANUEVA PEÑA	Médico Adjunto. Servicio de Psiquiatría	<input checked="" type="checkbox"/>

 RESOLUCIÓN: Aprobación
 Denegación

 Condicionada
 Se ratifica la aprobación

ACLARACIONES SOLICITADAS

Sugerencia de mejora:

- Valorar mejorar el proyecto añadiendo preguntas sobre calidad percibida por el paciente y/o cuidadores.

PI-4642

Madrid, a 25 de febrero de 2021



ANEXO VII: PROYECTO DE INESTIGACIÓN



**FUNDACIÓN
UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO**

D. JOSÉ ANTONIO BLANCO SERRANO, Director de la Fundación Universidad Alfonso X el Sabio (FUAX)

HACE CONSTAR:

Que Dña. **BLANCA GARMENDIA PRIETO** con DNI. 47950411B, profesor de la Universidad Alfonso X el Sabio, forma parte del equipo de investigadores que realiza el proyecto de investigación, autorizado de manera oficial el día de 27 de octubre de 2021 y seleccionado por una Comisión Evaluadora, con las siguientes características:

- **Título del Proyecto:** "Evaluación de los beneficios de un programa de atención geriátrica domiciliar y su impacto en la salud del paciente anciano".
- **Código Proyecto:** 1.012.020
- **Centro:** Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
- **Carácter:** Departamental
- **Entidad financiadora:** Fundación Universidad Alfonso X el Sabio-Banco Santander. XII Convocatoria de ayudas para Grupos de Investigación 2021.
- **Competitivo:** Sí
- **Financiación obtenida:** 6.000 euros
- **Duración:** 14 meses
- **Fecha de inicio:** 1 Noviembre 2021 **Fecha de término:** 31 de Diciembre 2022.
- **Director o investigador principal:** Blanca Garmendia Prieto
- **Grupo de investigación:** Envejecimiento y fragilidad.
Javier Gómez Pavón, Pamela Carrillo García, Isabel Lozano Montoya, Javier Jaramillo Hidalgo y Claudia Ruiz-Huerta García de Viedma.

Y para que así conste a efectos de acreditación del solicitante, se expide el presente documento, en Villanueva de la Cañada a 23 de noviembre de 2022.

**FUNDACIÓN UNIVERSIDAD
ALFONSO X EL SABIO**
C.I.F.: G-84760784
Avda. de la Universidad, nº 1
28691 Villanueva de la Cañada (Madrid)

Fdo. D. José Antonio Blanco Serrano
Director FUAX.

ANEXO VIII: ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN / DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE LA CRUZ ROJA – 2023-2024

- Pacientes >75 años (en general). La edad no es criterio de inclusión / exclusión absoluta, individualizando cada paciente según situación basal y comorbilidades.
- Pacientes geriátricos de alto riesgo con procesos crónicos o invalidantes (físicos o cognitivos) que no pueden desplazarse a la consulta ambulatoria (de Atención Primaria o especialista).
- Pacientes cuya problemática desborda las posibilidades de Atención Primaria (sin que sea una alternativa o una asistencia paralela, sino un apoyo coordinado con ellos).
- Paciente geriátrico con enfermedad de órgano avanzada y/o procesos terminales para manejo paliativo domiciliario. Evitar duplicaciones con otros dispositivos domiciliarios.
- Pacientes geriátricos a los que se les da el alta temprana en la Unidad de Agudos de Geriátrica u otro servicio médico o quirúrgico hospitalario, para control post-alta.
- Pacientes que viven solos y/o con problemática social/psiquiátricos: ha sido clásicamente un criterio de exclusión, sin embargo, en la actualidad realizaremos al menos una sola visita para valoración. Aportar en derivación informe de Trabajo Social.

Secretaría Geriátrica: 91 453 6495 / 914536502

Correo Geriátrica derivación pacientes: secgeriatria.hccruz@salud.madrid.org

ANEXO IX: PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Revista Española de Geriátría y Gerontología 57 (2022) 291–297



Revista Española de Geriátría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL

Evolución del perfil de las personas mayores atendidas por una unidad de atención domiciliar especializada en geriatría en los últimos 20 años



Blanca Garmendia Prieto*, Francisco Sánchez del Corral Usaola, Pilar Avilés Maroto, Luís Ramírez Real, Ana M.ª Fernández Rodríguez y Javier Gómez Pavón

Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de marzo de 2022

Aceptado el 10 de octubre de 2022

On-line el 14 de noviembre de 2022

Palabras clave:

Atención geriátrica domiciliar

Atención primaria

Anciano

Fragilidad

Envejecimiento

RESUMEN

Objetivo: Describir la evolución del perfil de pacientes atendidos por una unidad de atención geriátrica domiciliar (AGD) y su actividad asistencial desde en las últimas dos décadas.

Métodos: Se registraron los datos de la actividad histórica de la unidad de AGD desde 2001 hasta 2020, agrupados en quinquenios. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales (escala de Cruz Roja funcional e índice de Barthel) y mentales (escala de Cruz Roja mental), en condiciones basales y al inicio de la atención en AGD. También el tiempo de espera hasta la 1.ª visita, la duración de la intervención, la procedencia de los pacientes y el destino al alta junto con el motivo de consulta y el motivo principal de dependencia funcional. Se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS® v.23.

Resultados: Diez mil seiscientos cincuenta y cuatro pacientes atendidos en AGD (1-1-2001 hasta el 31-12-2020). Se observa un incremento progresivo de la edad y de síndromes geriátricos. Los pacientes presentan mayor deterioro funcional y mental, aumentando los pacientes que viven solos y la necesidad de ayuda privada. Disminuye la duración de la intervención y atención primaria se mantiene como la principal procedencia y destino al alta, destacando la demencia como principal causa de dependencia funcional.

Conclusión: El paciente geriátrico domiciliario, en las últimas dos décadas, es cada vez más vulnerable: de mayor edad, más síndromes geriátricos, mayor dependencia funcional y mental y de gran fragilidad social; se necesitan más trabajos que aborden la función de estas unidades de soporte al manejo de la complejidad en la comunidad, así como su coordinación con los equipos de atención primaria referentes de la atención.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evolution of the profile of patients attended by a hospital Geriatric Home Care Unit in the last 20 years

ABSTRACT

Objective: To describe the evolution of the profile of patients attended by a Geriatric Home Care (GHC) Unit and its care activity in the last two decades.

Methods: Data on the historical activity of the AGD Unit from 2001 to 2020, grouped into 5-year periods, were recorded. Sociodemographic, clinical, functional (Functional Red Cross Scale and Barthel index) and mental (Mental Red Cross Scale) variables were collected, baseline and at inclusion to AGD. Also the waiting time until first visit, mean follow-up, origin of referral, destination at the end of the intervention, reason for consultation and cause of functional dependence were also included. A descriptive analysis was performed with the SPSSv.23 program.

Keywords:

Geriatric home care

Primary care

Elderly

Frailtyaging

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancagarmendia@gmail.com (B. Garmendia Prieto).<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.10.001>

0211-139X/© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Results: Ten thousand six hundred fifty-four patients attended in AGD (1 January 2001 to 31 December 2020). A progressive increase in age and in the number of geriatric syndromes was observed. Patients presented higher functional and cognitive decline, and the number of patients living alone and in need of private assistance increased. The duration of the intervention decreases and Primary Care remains the main source and destination at the end of the intervention, with dementia standing out as the main cause for functional dependence.

Conclusion: The vulnerability of the populations in need of specialised geriatric care is increasing; patients are older, and have more geriatric syndromes, high functional and cognitive decline, and suffer social frailty; more work is needed to address the role of these support units in the community, as well as their coordination with Primary Care teams.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El incremento de la esperanza de vida y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, especialmente en las personas mayores, conlleva una importante repercusión en la calidad de vida de esta población. La atención primaria (AP) atiende y resuelve la mayor parte de los problemas de salud de los más mayores en el medio comunitario¹, pero las características de estos pacientes, junto con su complejidad clínica, pueden hacer que la AP necesite el apoyo de la atención especializada (AE) para atenderlos en su entorno habitual². En este contexto, la asistencia geriátrica domiciliaria (AGD) se desarrolló como un nivel asistencial especializado de apoyo a la AP, proporcionando valoración geriátrica y cuidados integrales (VGI) en el domicilio de pacientes ancianos frágiles, habitualmente con incapacidad funcional³, con el propósito de promover, mantener y/o restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad y discapacidad⁴. De esta manera, los programas de atención domiciliaria pretenden proporcionar atención sanitaria a aquellos pacientes que no pueden desplazarse para una valoración ambulatoria y que no requieren hospitalización para resolverlas. Esta actividad mejora el grado de comunicación y coordinación entre ambos niveles, evita el uso de hospitalizaciones, resulta más cómodo para pacientes y familiares, y mejora el grado de satisfacción de los profesionales⁵.

Sin embargo, a pesar de la relevancia de este abordaje domiciliar a los más vulnerables, sigue siendo una práctica con un desarrollo y distribución geográfica desigual, heterogéneo en la dotación de recursos. Entre los modelos de actuación, tanto en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) como en el resto de España⁵ se dispone de pocos estudios que ilustren la coordinación de la AP con la AE, principalmente en la atención de pacientes geriátricos^{2,6,7}.

El Hospital Central de la Cruz Roja «San José y Santa Adela» (HCCR) de Madrid, puso en funcionamiento el primer equipo hospitalario de AGD de España en 1978⁸. Actualmente, es uno de los niveles asistenciales dentro del servicio de geriatría que extiende su actividad al sector sanitario de la antigua Área 5 de la CAM. Está especializado en proporcionar cuidados integrales domiciliarios a ancianos frágiles en coordinación con AP y con otros niveles asistenciales intrahospitalarios y pretende mejorar la eficacia y eficiencia en la atención del paciente recluido en su domicilio. Otros objetivos son facilitar el alta hospitalaria a pacientes con elevada complejidad clínica, favoreciendo la continuidad de cuidados en el domicilio; tratar de evitar ingresos hospitalarios y derivaciones innecesarias a urgencias^{9,10} y facilitar, cuando son necesarios, los ingresos directos sin pasar por la urgencia. Igualmente, se intenta prevenir la institucionalización precoz y asegurar el control sintomático en el domicilio en los casos de terminalidad, habiéndose demostrado en otras series (modelos de cuidados paliativos) la utilidad en la reducción de la carga de los cuidadores con una mejoría en la calidad de vida y en la satisfacción¹¹.

En España, este modelo de AGD se circunscribe a algunos servicios, especialmente en la CAM y Castilla-La Mancha^{12,13}. Otro modelo de atención domiciliaria es el llevado a cabo por el pro-

grama catalán de atención sociosanitaria «Vida als anys» con los equipos de soporte (PADES), que también dan apoyo a AP¹⁴. Los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) fueron desarrollados por el antiguo INSALUD (1998)¹⁵ y dependen de la AP con una función de apoyo asistencial, formación y coordinación, centrándose actualmente en la atención a los pacientes en situación de terminalidad. Por último, la implantación de la hospitalización a domicilio (HD), también dependiente de servicios hospitalarios, es una alternativa asistencial capaz de realizar, en el domicilio del paciente, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales, siendo Valencia, Cataluña y Galicia las comunidades autónomas donde hay un mayor desarrollo de estos recursos¹⁶.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis de la evolución de los pacientes atendidos por AGD, así como de sus parámetros asistenciales en los últimos 20 años.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los datos registrados desde el 1-01-2001 hasta el 31-12-2020 de la actividad histórica de la unidad de AGD del Servicio de Geriatría del HCCR, Hospital Universitario de apoyo de nivel II de la CAM, agrupados en quinquenios. La unidad está compuesta por 2 equipos multidisciplinares, formados cada uno por un geriatra, un profesional de enfermería, con variedad de funciones específicas y en continua coordinación con enfermería de AP, uno o 2 rotantes (médicos y/o enfermeros internos residentes de geriatría o medicina de familia) y un conductor, disponiendo de dos vehículos para sus desplazamientos. Cuenta con soporte administrativo a cargo de secretaría y con el apoyo de trabajo social, en horario de 8 a 15 h.

Para cada paciente se concreta un plan de cuidados individualizado, que se establece mediante discusión entre los miembros del equipo tras la primera visita y se reevalúa posteriormente en sesiones multidisciplinares. Las modificaciones y actuaciones del mismo se comunican y discuten con el equipo de AP de forma directa, en las sesiones en el centro de salud (mensuales) o vía telefónica.

La recogida de datos se realizó a partir de la base de datos hospitalaria del servicio. Se analizaron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, la convivencia, la disponibilidad de ayuda social domiciliaria y la presencia de polifarmacia y de síndromes geriátricos. La situación funcional se registró mediante la escala funcional de Cruz Roja (CRF)¹⁷, el índice de Barthel (IB) modificado¹⁸ y la situación mental a través de la escala mental de Cruz Roja (CRM) (considerando una puntuación ≥ 2 como demencia)¹⁹. De ambas variables se recogió la situación previa, al ingreso y al alta de AGD. Asistencialmente se registraron: el tiempo de espera hasta la primera visita, la duración de la intervención, la procedencia y destino al alta, el motivo de consulta y la causa principal de dependencia funcional.

Las variables continuas se describieron mediante la media y desviación estándar, y las categóricas con frecuencias y porcentajes. La comparación de datos agrupados por periodos en quinquenios, se realizó utilizando ANOVA de un factor para comparación de medias y Chi-cuadrado para comparación de porcentajes, considerando un

margen de error del 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS® versión 23.

Este trabajo forma parte del análisis de situación previa, de un plan de mejora de calidad de la unidad de AGD, que ha sido aprobado por el Comité de Ética Asistencial de IdiPaz con el número PI-4642.

Resultados

El programa de AGD ha atendido en veinte años a un total de 10.654 pacientes (72% a petición de AP) con un importante aumento en la demanda en los últimos años (de 429 pacientes/año en 2001 a 607 en 2020). Sus características y resultados asistenciales agrupados por quinquenios, se reflejan en la [tabla 1](#). La edad media ha ido en aumento, manteniéndose una mayoría de mujeres (67,5%), más pacientes que viven solos, con algún tipo de ayuda social domiciliaria en más de la mitad de la población (de predominio privada).

Funcionalmente, el paciente actual se define por un mayor grado de dependencia, constatado tanto por la escala CRF como por el IB. Se objetiva un porcentaje creciente en la prevalencia de deterioro cognitivo (CRM ≥ 2 al ingreso en 2016–2020 del 30,3%, que supone casi el doble del periodo 2001–2005 (18,1%). Es reseñable el aumento de todos los síndromes geriátricos evaluados, en particular de la disfagia y el dolor.

Como motivo principal de consulta predominan la derivación para control clínico (43,6%) y la VGI (27,3%), que pasan a ser los más frecuentes, seguido del deterioro funcional (12,1%) y la demencia con trastornos de conducta (SPCD) (9%) con resultados similares en los diferentes quinquenios. En relación a las causas principales de dependencia funcional, se observa un incremento continuado de la demencia en los últimos años y un descenso de la enfermedad cerebrovascular.

En cuanto a los datos asistenciales, se observan un descenso progresivo de la duración de la intervención y un aumento del tiempo de espera hasta la primera visita. En los últimos 20 años, la AP sigue siendo la principal procedencia y destino al alta de los pacientes atendidos en AGD, aumentando ligeramente el número de pacientes remitidos desde la unidad geriátrica de agudos (UGA) para control clínico post-alta hospitalaria, y los ingresos directos en nuestro centro, evitando el paso por la urgencia. En la [figura 1](#) se muestra un resumen gráfico de las principales variables del estudio.

Discusión

El presente estudio describe la actividad de una unidad especializada de AGD consultora y coordinada con AP y la evolución del perfil de pacientes valorado por la misma en los últimos 20 años. Actualmente, el paciente atendido es más vulnerable, de mayor edad, con más síndromes geriátricos, polifarmacia, mayor deterioro funcional y mental y fragilidad social. Todo ello muestra la evolución de las necesidades sanitarias del envejecimiento poblacional, que han requerido una adaptación de la organización de los sistemas sanitarios, y en particular, una nueva estrategia²⁰ para el abordaje de los pacientes crónicos. Estos datos probablemente justifiquen los principales cambios asistenciales en las 2 últimas décadas. Se trata de pacientes de elevada complejidad clínica, cuyas características dificultan la asistencia a los profesionales de AP, beneficiándose de la coordinación interdisciplinar entre recursos comunitarios y hospitalarios^{20,21}, objetivos prioritarios del plan de atención a la cronicidad, vigente en la CAM²². Es un tema fundamental y muy debatido en los últimos años en el ámbito de la atención al paciente mayor en España²³, y también en otros países, como EE. UU., donde también se ha detectado ese aumento de mayores de 65 años, con alta carga de comorbilidad y situaciones sociales complejas, que están permanentemente confinados en sus hogares. Reconociendo las barreras de atención que esto puede suponer a la AP, surgen varios programas de «Home Based Primary Care» (HBPC) con el objetivo de proporcionar a estos pacientes una

AP integral y continua en el hogar, maximizando la independencia en el domicilio, la función y la calidad de vida, destacando la importancia de componentes como son la atención interprofesional integrada, las reuniones multidisciplinares periódicas o las valoraciones geriátricas exhaustivas²⁴, como hace nuestro programa.

Es relevante destacar, que los profesionales que trabajan de manera conjunta en la unidad de AGD, están especializados en geriatría (médicos, enfermería, trabajo social), cuya herramienta de trabajo fundamental es la VGI. Realizan una evaluación y planificación de cuidados en coordinación con AP y por el perfil de paciente atendido, podría decirse que llevan la consulta externa al domicilio. La principal diferencia con los dispositivos de HD, individualizando cada uno con sus características, es que, en estos, los facultativos pueden ser médicos de familia, geriatras y/o internistas, atienden a pacientes mayores, pero también de menor edad, con un enfoque más centrado en la enfermedad (en este caso, llevan el hospital al domicilio). Tienen además, equipos multidisciplinarios ampliados (incluyendo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares, nutricionistas, etc.)^{25,26} y recursos variados para realizar técnicas más invasivas, siendo posible la terapia funcional y los tratamientos intravenosos, con un seguimiento más exhaustivo, debido a una mayor cobertura horaria.

En este trabajo se observa un aumento en la demanda de AGD en relación a los datos iniciales en nuestro mismo centro^{3,6} de hasta casi el doble de pacientes atendidos por cada 5 años. Destaca un perfil de paciente más añoso, (82–83 años de media en los primeros estudios^{6,8}, o en programas de atención domiciliaria de AP²⁷ o HD^{25,28}) en comparación con una media de 88 años en el último quinquenio. Se mantiene el predominio del grupo femenino en la mayoría de los trabajos, probablemente debido a la mayor esperanza de vida de la mujer.

La comorbilidad no se recogió explícitamente, sí los síndromes geriátricos, con un aumento significativo de todos ellos en el tiempo, con similar proporción de úlceras por presión pese al mayor deterioro físico de la muestra²⁹ y destacando el incremento de la disfagia y del dolor en los últimos años, 2 problemas prevalentes en la población muy anciana. En programas de hospitalización a domicilio nacionales, dentro de sus objetivos, el plan de cuidados también incluía el manejo de cambios agudos de síndromes geriátricos²⁵, y a nivel internacional, se objetivó que la asistencia por equipos de valoración domiciliaria afectaron positivamente al cribado de los mismos²⁴. La prevalencia de la polifarmacia ha aumentado en los ancianos españoles > 80 años de un 11,7% (2005) a un 36,7% (2015) y la polifarmacia extrema de un 0,63 a un 4,76%³⁰. En nuestra muestra se objetiva un incremento progresivo del número de fármacos, superando prácticamente el triple de los valores de series previas (3–3 fármacos/paciente)^{17,31}.

Los datos en cuanto a la situación funcional y cognitiva son muy variados según los modelos de atención domiciliaria y los distintos métodos de valoración e interpretación. En nuestro trabajo se observa un grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que ha ido progresando en el tiempo, subrayando la presencia de un deterioro funcional moderado-severo al ingreso en AGD (IB < 40)³² del 47,6%; el paciente con discapacidad funcional severa es ligeramente inferior al registrado en el estudio de Salmerón Ríos et al.⁷ con una dependencia total para las ABVD (Katz G) en el 34,8% y dependencia severa (IB 28,8) con nula deambulación en el 63,4%. Nuestros resultados, de acuerdo con series previas de nuestra propia unidad donde destacaba una incapacidad física grave en el 52,9%, lo cual creemos que está directamente relacionado con el perfil de fragilidad progresiva de esta población y con el curso natural de las enfermedades crónicas y degenerativas. Algunos estudios, aunque difieren en cuanto al perfil del paciente (mejor situación funcional previa o problemas médicos-ortopédicos específicos), recursos (disponibilidad rehabilitador, fisioterapeutas y/o terapeutas ocupacionales) y objetivos concretos, han mostrado beneficios de los programas de atención domiciliaria sobre el declinar funcional, respecto a la rehabilitación en medio hospitalario²⁵. A falta de más análisis prospectivos, en nuestro estudio se objetiva una mínima mejoría

Tabla 1

Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria desde 2001 hasta 2020 agrupados por quinquenios. CRF: Escala Cruz Roja Funcional; IB: Índice de Barthel; CRM: Escala Cruz Roja Mental. VGI: Valoración Geriátrica Integral; SPCD: Síntomas Psicológicos y Conductuales Asociados a la Demencia. EAP: Equipo de Atención Primaria; UGA: Unidad de Geriátría de Agudos. Otros GRT: otros niveles asistenciales del servicio de Geriátría

N=10654	2001-2005 n= 2406	2006-2010 n= 2639	2011-2015 n= 2810	2016-2020 n=2799	P
Edad (años)	83,9±7,3	85,6±6,9	86,7±6,3	88,1±6,1	<0,001
Sexo (% mujer)	68,2	67,4	68,7	65,6	0,07
Síndromes Geriátricos (%):					
Incontinencia Urinaria	65,5	72,3	81	82,6	<0,001
Incontinencia Fecal	34,2	43,8	52,7	55,8	<0,001
Insomnio	40,1	52,5	60	55,9	<0,001
Sobrecarga	46,6	50,8	61,8	52,6	<0,001
Dolor	38,8	48,8	65,4	53,5	<0,001
Úlceras por Presión	18,1	19,2	25,7	23,3	<0,001
Disfagia	16	25,2	41,7	42,4	<0,001
Número de Fármacos					
Inclusión AGD	5,9±2,9	7,6±3,4	9,5±3,8	10±4,5	<0,001
Tras intervención AGD	5,3±3,1	7,1±3,2	8,8±3,8	8,8±4,9	<0,001
Polifarmacia (%)					
Inclusión AGD					
No	33,2	18,2	8,6	10,4	<0,001
5-9	55,2	54	43,8	35,8	
≥10	11,5	27,8	47,6	53,8	
Tras intervención AGD					
No	40,7	21,8	12,3	16	<0,001
5-9	50	54,5	45,8	39,9	
≥10	9,3	23,7	41,8	44,1	
Convivencia					
Solo	14,1	17,5	23	26,9	<0,001
Cónyuge	31,9	27,1	24,4	25,9	
Familia	54	24,4	52,6	47,2	
Ayudas domiciliarias					
No	50,2	32,4	26,1	24,1	<0,001
Pública	16,2	28,9	20,7	19	n.s.
Privada	33,6	38,7	53,1	56,9	<0,001
Funcional					
CRF basal	2,6±1,3	2,8±1,2	3±1,2	3,2±1,3	<0,001
CRF inclusión AGD	3,2±1,1	3,3±1,1	3,7±1	3,7±1	<0,001
CRF tras intervención AGD	3,3±2,4	3,4±1,6	3,6±1,1	3,7±1,1	<0,001
IB basal	61,7±32,2	56,3±32,2	55±30,3	52,1±31,4	<0,001
IB inclusión AGD	46,3±31,1	43,9±30,4	39,6±27,7	37±29,1	<0,001
IB tras intervención AGD	47,2±32	44,5±31,3	42,5±29,4	37,3±30,2	<0,001
IB<40 inclusión (%)	19	22,9	28,1	30	<0,001
Mental					
CRM basal	1,2±1,4	1,5±1,5	1,8±1,4	2±1,5	<0,001
CRM inclusión AGD	1,6±1,5	1,8±1,5	2,1±1,5	2,3±1,5	<0,001
CRM tras intervención AGD	1,6±1,5	1,8±1,6	2,1±1,5	2,3±1,5	<0,001
Motivo consulta (%)					
Control clínico	36,1	46,4	45,3	45,8	<0,001
VGI	24	22,5	32,4	29,4	
Deterioro funcional	17,5	14,1	9,1	8,7	
Demencia y SPCD	9,6	9,4	8,8	8,3	
Causa principal de dependencia funcional (%)					
Demencia	23,3	28,1	30,4	31,6	<0,001
Osteoarticular	22,9	20,2	19,7	17,3	
Cardiopatía	12,1	12,8	14,8	13,7	
Cerebrovascular	13	6,3	5,7	3,2	
Parkinsonismos	5	3,9	3,8	5,5	
Procedencia (%)					
EAP	70,7	73,8	73,5	72,5	
UGA	17,2	16,9	18,4	18,8	<0,001
Otros GRT	11,4	9,1	7,8	8,3	
Urgencias	0,8	0,2	0,3	0,5	
Destino al alta (%)					
EAP	48,9	52,4	62,2	56,6	<0,001
UGA	14,5	14,9	15,4	17,9	
Otros GRT	12,1	11,7	6,7	7,5	
Residencia	3,8	3,3	2,1	1,2	
Urgencias	2,5	4,1	4,9	6,2	
Éxitus	8,2	5,7	5,5	6,8	
Duración de la intervención (días)	51,1 ± 78,2	40 ± 53,6	26,6 ± 24,5	24,6 ± 30,3	<0,001
Tiempo de espera (días)	5,1 ± 4,3	5,1 ± 5,1	7,2 ± 7,7	10,3 ± 12,5	<0,001

CRF: escala Cruz Roja funcional; CRM: escala Cruz Roja mental; EAP: equipo de atención primaria; IB: índice de Barthel; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia; UGA: unidad de geriatría de agudos; VGI: valoración geriátrica integral; Otros GRT: otros niveles asistenciales del servicio de geriatría.

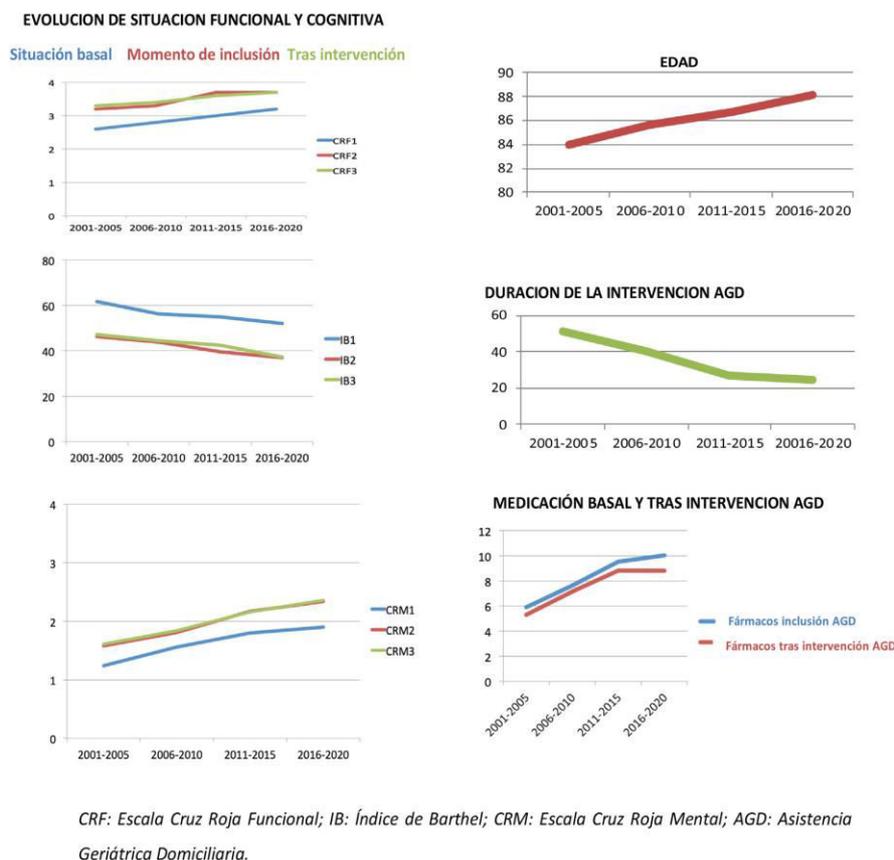


Figura 1. Comparativa gráfica de la evolución de AGD en los últimos 20 años agrupado por quinquenios de algunas de las variables principales del estudio. AGD: asistencia geriátrica domiciliaria; CRF: escala Cruz Roja funcional; IB: Índice de Barthel; CRM: escala Cruz Roja mental.

en los parámetros de evaluación funcional, tras la intervención de AGD.

Desde el punto de vista cognitivo, es significativo el aumento paulatino de la prevalencia de demencia según nuestro criterio ($CRM \geq 2$), similares a la serie comentada³¹ y al estudio de Segura et al.²⁷ con una prevalencia del 29,5% (9,7% deterioro cognitivo moderado, 19,8% severo). Salmerón Ríos et al.⁷ evalúan la demencia con la escala GDS registrando un 22,3% con una demencia severa (GDS 7) y un 21,4% demencia moderada-severa (GDS 6), y el estudio de Mas et al.²⁵, el 41%. No se objetivan grandes cambios a nivel cognitivo tras la intervención de AGD y, al igual que ocurre con la situación funcional, se necesitan más estudios con valoraciones homogéneas para poder hacer una comparación del perfil de paciente.

En el modelo de AGD de Toledo¹³ parejo al nuestro, la duración de la intervención es de aproximadamente 6 meses; un 50% de los pacientes padecían enfermedades oncológicas precisando atención paliativa. En nuestro mismo centro, estudios anteriores registran intervenciones más prolongadas a las actuales (45 días)³¹ debido posiblemente a la heterogeneidad en el funcionamiento y/o tipos de intervenciones estandarizadas para cada programa, datos cambiantes en la fecha actual debido a las mejoras en la organización de la unidad. Hay pocos estudios que analicen el tiempo de espera hasta la primera visita domiciliaria: los que lo contemplan difieren en sus características asistenciales y en el perfil de paciente atendido por lo que no son comparables. Respecto a nuestros resultados en los últimos años, creemos que la posi-

bilidad más plausible de su aumento es la mayor demanda de AGD.

En nuestro programa han ido modificándose los motivos principales de consulta, con una distribución más homogénea hacia la VGI o el control clínico de múltiples procesos agudos o reagudizaciones de enfermedades crónicas en pacientes dependientes, y controles de seguimiento al alta hospitalaria. Ricauda et al.³³, analizaron un dispositivo integral de HD, similar al de Mas et al.³⁴, ambos demostrando resultados eficientes en pacientes de edad avanzada con agudizaciones médicas de patologías crónicas, y en pacientes con deterioro cognitivo, tanto al final de la intervención como durante el seguimiento comunitario.

Pese a estos datos descriptivos, no se ha analizado su implicación con la reducción de la estancia hospitalaria, ni tampoco la relación de esta atención domiciliaria con la disminución de los reingresos hospitalarios y los costes, como sí han demostrado otros estudios^{28,35,36}.

Pese a la coexistencia en nuestro entorno de otros equipos de soporte domiciliario (ESAD) y la HD en otras comunidades, la pertinencia de equipos geriátricos de apoyo con base hospitalaria como el aquí evaluado, que se desplacen al domicilio a petición y en coordinación con AP sigue vigente. Cabe destacar que, a nivel internacional, los equipos de HBPC, liderados por AP, con objetivos similares a los nuestros, también afectan positivamente a resultados importantes del individuo, del cuidador y del sistema^{24,36}, lo que suma la relevancia a la coordinación interdisciplinar y la formación bidireccional en este campo. De los resultados presen-

tados, el aumento de la actividad y del porcentaje de derivaciones desde AP en los últimos 20 años^{6,29,31} refleja tanto la efectividad de este nivel asistencial como la percepción desde AP de su utilidad. Hemos aumentado las visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria desde nuestra UGA, favoreciendo altas precoces, asegurando la continuidad de cuidados y estableciendo mecanismos de coordinación entre la atención hospitalaria y la comunitaria. Estas actuaciones han demostrado también reducir la tasa de institucionalización (4,2 vs. 1,2%), especialmente en enfermos frágiles³⁷. Así lo demuestran estudios, nacionales e internacionales³⁸; cada vez son más los trabajos que afirman que programas diseñados específicamente para adultos mayores confinados en domicilio, pueden reducir hospitalizaciones, institucionalizaciones y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores²⁴. Para lograr este efecto, se recomienda que se lleven a cabo por equipos que hayan valorado al paciente antes del alta, y que aseguren la continuidad de los cuidados más allá de la simple planificación del alta y del proceso agudo^{38,39}.

La AP continúa siendo el principal destino al final de la intervención de AGD, al igual que en otros dispositivos transicionales similares²⁵. Los fallecimientos durante el seguimiento, también se mantienen estables en los últimos años, con datos similares a los de otros dispositivos transicionales postagudos^{25,40}. Ha disminuido el alta de AGD a otras unidades de nuestro centro³¹ (7,5 vs. 30%) en probable relación con el mayor deterioro funcional, muchas veces establecido, y cognitivo, que limita la derivación a niveles asistenciales ambulatorios o de recuperación funcional activa. En este sentido, sí ha aumentado significativamente el alta a la UGA (9,9 vs. 18%), facilitando el ingreso directo y evitando el paso por urgencias, como en otros estudios mencionados^{10,24,36}.

Finalmente, comentar que, la salud y calidad de vida en la tercera edad, en términos de independencia, bienestar e integración en la comunidad, están cada vez más relacionadas con la permanencia en el hogar⁴⁰. De ahí la importancia de la adaptabilidad del mismo y la influencia de la unidad de convivencia. En nuestro trabajo, se registra una prevalencia mantenida de la convivencia familiar o con el cónyuge, resaltando el incremento de pacientes que viven solos, superior al registrado en el estudio de Baztán et al.³¹ (10,1% e inferior a los datos del último informe del IMSERSO del año 2018 (22,9%)^{42,43}. En España el apoyo y cuidado a los mayores se fundamenta socialmente en la familia, con un papel del Estado alternante en los últimos años a raíz de la crisis económica⁴³. Los datos sobre ayudas sociales en nuestro estudio están ausentes, de cualquier tipo, hasta en un 24% de los pacientes, en contraste con los registros del Ministerio^{41,44} donde a nivel nacional hay alta cobertura de diferentes servicios para personas mayores (en Madrid, en >80 años: teleasistencia 72,8%, ayuda a domicilio (prestada por entidades o empresas acreditadas): 73,7% [54,8% cuidados y 45,2% tareas domésticas]). Destacar el predominio de la ayuda privada en nuestra muestra, como posible resultado de la sobrecarga familiar por la mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidados de estos pacientes. Los estudios sobre el modelo de HBPC revelan el uso exitoso de equipos interdisciplinarios con resultados positivos en la atención domiciliaria¹⁰, a la vez que pone de manifiesto la relativa escasez de literatura sobre el uso y el impacto de los mismos a pesar de reducir los costes, siendo necesarios programas innovadores que combinen dicha atención con sistemas de apoyo social⁴⁵.

A pesar de la relevancia de estos resultados, con una amplia muestra de población y con el abordaje multidisciplinar implicado, similar a los equipos de soporte integral a la complejidad (ESIC) en Cataluña⁴⁶ el estudio no está exento de limitaciones. Los equipos de AGD siguen siendo escasos, heterogéneos y con una distribución geográfica irregular. Hasta la fecha, ha sido posible la coexistencia con otros equipos de soporte y atención domiciliaria, favoreciendo las transiciones entre niveles asistenciales³⁷, pero esta diversidad dificulta la comparación de los resultados. Lo mismo se constata en estudios internacionales, donde a pesar de la creciente población mayor confinada en sus hogares y los beneficios objetivados en diferentes programas de atención domiciliaria, revisiones exhaustivas demuestran una relativa escasez de literatura sobre el uso y el

impacto de estos dispositivos, en su caso en posible relación con la división asociada entre la atención médica y la atención social, en lugar de su integración en la atención domiciliaria^{24,36,46}. Se trata de un estudio observacional, unicéntrico, sin un grupo control, lo que limita la extrapolación de los resultados. Así mismo, se evalúan los datos de la actividad histórica de la unidad, en el que no se han registrado la resolución de los cuadros clínicos y sus posibles factores pronósticos asociados, como en otras series³⁴, ni tampoco resultados de coste-eficiencia o de impacto en el consumo de estancias hospitalarias o institucionalizaciones, como sí han demostrado en otros trabajos, donde objetivan mejores resultados en salud, reducción en la morbilidad y estancias hospitalaria y en consecuencia, de los costes^{28,32,47}. A pesar de que, en el momento actual se han considerado estas variables y está en marcha un estudio prospectivo para su análisis, en el trabajo actual su carencia limita las conclusiones del impacto del dispositivo. Igualmente, el inicio de la pandemia de COVID-19 y los cambios en la prestación de servicios de salud, particularmente en los ancianos, han producido cambios de paradigma en la atención sanitaria y concretamente en la domiciliaria, reflejado también en la literatura. Por todo ello, creemos necesario profundizar en estas consideraciones, incluyéndolas en futuros estudios, así como la necesidad de nuevos diseños, incluyendo pacientes de otros centros u otras áreas que no dispongan de este nivel asistencial, para poder validar los resultados y así facilitar la posible implementación de esta intervención geriátrica en nuestro entorno.

Como conclusión, en nuestro medio, hemos evidenciado que, en los últimos 20 años, el paciente geriátrico atendido por AGD es cada vez más vulnerable, de mayor edad, presenta mayor dependencia funcional y mental, y gran fragilidad social. La evolución asistencial de AGD, con una demanda creciente desde AP, constata el apoyo que suponemos para ellos en el complejo abordaje a los pacientes ancianos frágiles, proporcionándoles una respuesta ágil, favoreciendo ingresos hospitalarios directos sin pasar por la urgencia y manteniendo al anciano en su domicilio con una menor tasa de institucionalización.

Consideramos que nuestros datos aportan resultados al conocimiento de este nivel asistencial dirigido a complementar la acción de la AP, siendo necesarios más trabajos que aborden la asistencia y la eficacia y eficiencia de estas unidades. Todo ello puede ser útil en la búsqueda de oportunidades de mejora para la planificación de la asistencia a las personas de edad avanzada constituyendo una proyección del hospital en forma de cuidados especializados domiciliarios junto con una coordinación con los distintos niveles sanitarios intra y extrahospitalarios del área desempeñando así un importante papel en el sistema de atención integrada sanitaria y social presente y futuro.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Baztán Cortés por su inestimable ayuda y revisión del artículo. A todo el equipo multidisciplinar de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Central de la Cruz Roja.

Bibliografía

1. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:619–20.
2. Hornillos Calvo M, Sanjoaquin Romero A, Vena Martínez AB, Sanz-Aránguez Ávila MJ, Cuenca Ramos MC. Medidas para mejorar la coordinación entre la asis-

- tencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria. *Rev Esp Gertr*. 1999;34:101–4.
3. Salgado Alba A, Mohino de la Torre JM, Del Valle Operé I, Andrés Rodríguez ME, Moriano Béjar P, Baragaño Eusebio A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1986;21:105–12.
 4. Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991;7:645–64.
 5. García-Navarro JA, Gómez Pavón J, Maturana Navarrete N, Ramírez Arrizabalaga R, Rodríguez Valcarce A, Rujpérez Cantera I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2005 [consultado 3 Oct 2021] Disponible en: <https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portaLsocial/archives/seg0021.dir/seg0021.pdf>.
 6. González Montalvo JI, Jaramillo Gimes I, Rodríguez Mañas L, Guillén Llera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp*. 1990;187:165–9.
 7. Salmerón Ríos S, Lozoya Moreo S, Solís García J, Salmerón Ríos R, Plaza Carmona L, Abizanda Soler P. Unidad domiciliaria de Atención Integral: reducción de recursos hospitalarios durante brotes de gripe. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:1–10.
 8. Rujpérez Cantera I, Guillén F. El Hospital Central de la Cruz Roja. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43 Supl 2:10–2.
 9. Schuchman M, Fain M, Cornwell T. The resurgence of home-based primary care models in the United States. *Geriatr*. 2018;3:1–10.
 10. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010–2020. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69:2963–72, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17365>.
 11. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. Effectiveness of Team-Managed. *JAMA*. 2000;284:22.
 12. Gobierno de Castilla-La Mancha. El equipo de Continuidad Asistencial de Atención Integrada de Albacete ha atendido a más de 900 pacientes. Página web del Gobierno de Castilla La Mancha [consultado 21 Nov 2021] Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-equipo-de-continuidad-asistencial-de-la-gerencia-de-atenci%C3%B3n-integrada-de-albacete-ha-atendido>.
 13. Gobierno de Castilla-La Mancha. La unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital de Toledo cumple 30 años habiendo atendido a más de 10.000 pacientes. Página web del Gobierno de Castilla La Mancha [consultado 21 Nov 2021] Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/la-unidad-de-atencion-geriatrica-domiciliaria-del-hospital-de-toledo>.
 14. Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:101–8.
 15. Memoria 1999 Insalud. Instituto Nacional de la Salud. 2000 [consultado 13 Oct 2021] Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/actividad/memorias/docs/insalud99.pdf>.
 16. Mas MA, Santauegènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50(1):26–34.
 17. González Montalvo JI. Asistencia Geriátrica Domiciliaria ¿Cómo es el paciente? *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1988;23:295–300.
 18. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703–9.
 19. Regalado Doña PJ, Valero Ubierna C, González Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de Cruz Roja veinticinco años después?: estudio de su validez en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32:93–9.
 20. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. 2013 [consultado 11 Dic 2021] Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>.
 21. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Programa prevenció i atenció a la cronicitat. Generalitat de Catalunya. 2017 [consultado 11 Dic 2021] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits.tematicos/linies_dactuacio/model.assistencial/atencio.al.malalt.cronic/documents/bases_modelo_personas_complejidad.v.6.pdf.
 22. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [consultado 11 Dic 2021] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
 23. Pérez del Molino J. Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales y el Servicio de Geriatria Hospitalario (I). *Care of the Elderly*. Ed Esp. 1994;1:221–8.
 24. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:2243–51.
 25. Mas MA, Inzitari M, Sabaté S, Santauegènia SJ, Miralles R. Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: Comparison with bed-based Intermediate Care. *Age and Ageing*. 2017;46:925–31.
 26. Mas MA, Closa C, Santauegènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care programme for older patients with aedc conditions: Early community reintegration maximising physical function. *Maturitas*. 2016;88:65–9.
 27. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romera M, Marsá Cantero M, Lancho Lancho S. Características y Análisis de la Supervivencia de las Personas Atendidas en el Programa de Atención Domiciliaria del Área Básica de Salud Raval Nord Barcelona, 1993–2002. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:581–94.
 28. Closa C, Mas MA, Santauegènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative to Usual Hospital-Based Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18:780–4.
 29. González Montalvo JI, Rodríguez Pascual C, Diestro Martín P. Valoración funcional: comparación de la escala de la Cruz Roja con el Índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:197–202.
 30. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a Spanish population (2005–2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2020;29:433–43.
 31. Baztán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Rev Aten Primaria*. 2000;6:375–82.
 32. Uriz-Otano F, Uriz-Otano JI, Malafarina V. Factors associated with short-term functional recovery in elderly people with a hip fracture. Influence of cognitive impairment. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:215–20.
 33. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zancocchi M, et al. Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:493–500.
 34. Mas MA, Miralles R, Renom-Guiteras A, Durán X, Inzitari M. Hospital-at-home Integrated Care Programme tailored to older patients with disabling acute processes: Identification of prognostic factors. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2019;54:136–42.
 35. Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *J Am Med Assoc*. 1999;281:613–20.
 36. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: Home-based primary care for older homebound Canadians: Part 1: Where we are now. *Can Fam Physician*. 2013;59:237–40.
 37. Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. Bases de la atención sanitaria al anciano, pp. 57–82.
 38. Boling PA. The value of targeted case management during transitional care. *JAMA*. 1999;656–7.
 39. Rodríguez Mañas L. Atención domiciliaria para personas ancianas: No todo vale. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:523–6.
 40. Más MA, Closa C, Gámez RN, Inzitari M, Ribera A, Santauegènia SJ, et al. Home as a Place for Care of the Oldest Stroke Patients: A Pilot from the Catalan Stroke Program. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:1979–81.
 41. Oswald F, Hieber A, Wahl HW, Mollenkopf H. Ageing and person-environment fit in different urban neighbourhoods. *Eur J Ageing*. 2005;2:88–97.
 42. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Las personas mayores en España. Informe 2018. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. [consultado 29 May 2022] Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe.ppm.2018.pdf>.
 43. Deusdad BA, Comas-d'Argemir D, Dziegielewska SF. Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *J Soc Serv Res*. 2016;42:246–62.
 44. Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2020. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas [consultado 29 May 2022] Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf.sspmmesp2020.pdf>.
 45. Zimbroff RM, Ritchie CS, Leff B, Sheehan OC. Home-Based Primary and Palliative Care in the Medicaid Program: Systematic Review of the Literature. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69:245–54.
 46. Peña Gonzalez PA, Solís Ovando F, Casas Rodriguez S, Lara Sanmartín S, Beltrán Bartsch B, Brotons Borrel L. Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC): un nuevo modelo de atención al paciente frágil o con riesgo de descompensación. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53 Supl 1:138.



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap


ORIGINAL

Coordinación entre atención primaria y un servicio de geriatría, 20 años después



Blanca Garmendia Prieto^{b,*}, Francisco Sánchez del Corral Usaola^a,
Pilar Avilés Maroto^a, Paz Rodríguez Gómez^a, Javier Gómez Pavón^b
y Juan José Baztán Cortés^a

^a Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid, España

Recibido el 25 de febrero de 2022; aceptado el 20 de marzo de 2022

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria;
Paciente geriátrico;
Asistencia geriátrica
domiciliaria;
Coordinación;
Atención primaria;
Fragilidad

Resumen

Objetivo: Describir la evolución de la actividad asistencial y de la coordinación de un equipo especializado hospitalario (equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria-AGD) en el apoyo a atención primaria (AP) para la atención de pacientes geriátricos.

Emplazamiento: Antigua área de Salud-5 de la Comunidad de Madrid.

Participantes, intervenciones y mediciones principales: Evaluación de los pacientes atendidos en su domicilio a petición de AP por AGD, en 1997-1999 y 20 años después, en 2017-2019. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y mentales. También datos asistenciales como el tiempo hasta la primera visita, la estancia media, la procedencia y destino de los pacientes, el motivo de consulta y el motivo principal de discapacidad.

Resultados: Se atendieron 524 pacientes (58% del total) solicitados desde AP en 1997-1999 y 1196 (72,2% del total) en 2017-2019. Actualmente se muestra un paciente de mayor edad, más incapacitado física y mentalmente, con mayor prevalencia de síndromes geriátricos y mayor fragilidad social. Ha aumentado la demencia como motivo principal de incapacidad, observándose un incremento de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y del control clínico como motivos principales de derivación.

Conclusiones: En nuestro medio, transcurridos 20 años, AGD continúa siendo un importante apoyo para AP en el complejo abordaje de los pacientes ancianos frágiles recluidos en su domicilio, que son cada vez más vulnerables desde el punto de vista clínico, funcional, cognitivo y social. Contribuye en el manejo de los síndromes geriátricos, la deprescripción, los ingresos directos hospitalarios cuando se necesitan sin pasar por urgencias y la disminución en la institucionalización, facilitando el mantenimiento del paciente en su domicilio.

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancagarmendia@gmail.com (B. Garmendia Prieto).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102358>

0212-6567/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

B. Garmendia Prieto, F. Sánchez del Corral Usaola, P. Avilés Maroto et al.

Tabla 2 Prevalencia de problemas geriátricos

	Periodo 1997-1999 n = 524	Periodo 2017-2019 n = 1196	Valor de p
Incontinencia urinaria	65,7% (344)	83,9% (1004)	< 0,001
Incontinencia fecal	39,2% (205)	55,5% (664)	< 0,001
Insomnio	50,5% (264)	55,4% (662)	0,05
Sobrecarga cuidador	33,2% (174)	49,7% (595)	< 0,001
Dolor	29,9% (157)	53,4% (639)	< 0,001
Úlceras por presión	27,1% (142)	22,4% (268)	0,03
Disfagia	17,1% (90)	37,8% (452)	< 0,001
Sonda vesical	7,8% (41)	5,6% (67)	0,08
Oxigenoterapia	4,7% (25)	18% (215)	< 0,001
SNG	3,1% (16)	1,9% (23)	0,1

SNG: sonda nasogástrica.

Tabla 3 Patología principal de incapacidad

	Periodo 1997-1999	Periodo 2017-2019	Valor de p
Demencia	23,9% (125)	29,9% (356)	0,012
Osteoarticular	21,03% (110)	19,9% (237)	0,576
Patología cerebrovascular	12,4% (65)	3,5% (42)	0,000
Cardiopatía	11,5% (60)	13,5% (161)	0,251
Parkinsonismos	5,4% (28)	6% (72)	0,581
Neoplasia	5% (26)	3,1% (37)	0,058
Neuropatía	3,8% (20)	3,9% (46)	0,977
Síndrome depresivo	3,4% (18)	1% (12)	0,000
Patología endocrina	3,25% (17)	0,2% (2)	0,000
Vasculopatía periférica	3,25% (17)	0,6% (7)	0,000
Patología digestiva	2,9% (15)	0,5% (6)	0,000
Otros	4,21% (22)	18% (214)	0,000

Tabla 4 Frecuencia y estancia media según motivo de consulta

	Frecuencia		p	Estancia media		p
	1997-1999 n = 897	2017-2019 n = 1.196		1997-1999 n = 897	2017-2019 n = 1.196	
Det. funcional	28,43% (149)	11% (131)	< 0,000	20,3 ± 22,9	18,86 ± 19,62	0,57
Control clínico	16,2% (85)	33,8% (404)	< 0,000	37,2 ± 72,57	25,54 ± 29,72	0,002
VGI	13,4% (70)	35,8% (428)	< 0,000	26,5 ± 37,6	27,45 ± 31,81	0,82
UPP	13,2% (69)	1,8% (22)	< 0,000	97,5 ± 126,35	33,5 ± 36,93	0,002
SPCD	10,79% (57)	6,8% (81)	0,70	47,05 ± 57	30,14 ± 33,66	0,003
Deterioro cognitivo	3,7% (19)	3,3% (39)	0,11	36,3 ± 53,45	21,74 ± 30,11	0,19
Caídas	2,66% (14)	0,5% (6)	0,01	38,07 ± 47,32	14 ± 13,81	0,24
Dolor	2,66% (14)	1,2% (14)	0,44	28,92 ± 46,9	27,29 ± 15,65	0,90
Otros	3,3% (30)	5,9% (70)	0,008	53,41 ± 116,04	19,96 ± 31,85	0,03

Det. Funcional: deterioro funcional; VGI: valoración geriátrica integral; UPP: úlceras por presión; SPCD: síntomas psicoconductuales asociados a demencia.

por presión, que es significativamente menor), y mayor fragilidad social. De igual modo, es relevante el aumento significativo de la polifarmacia, de la sobrecarga del cuidador principal, así como de la ayuda social privada, en posible relación. Como motivo principal de incapacidad, se observa un incremento de pacientes con demencia (que pasa a ser el principal motivo de discapacidad) y un descenso de aquellos con patología cerebrovascular (tabla 3). Finalmente, y

con relación al motivo principal para la derivación solicitada por AP (tabla 4) se observa un incremento significativo de la solicitud de Valoración Geriátrica Integral (VGI) y del control clínico (que pasan a ser los más frecuentes) en detrimento de otros problemas geriátricos más concretos (valoración de deterioro funcional, trastornos de conducta asociados a demencia y úlceras por presión) que se reducen de manera estadísticamente significativa.

Tabla 5 Perfil de altas de pacientes atendidos procedentes de atención primaria

	Periodo 1997-1999 n = 897	Periodo 2017-2019 n = 1.196	Valor p
Estancia media	45,67 ± 91,3	25,45 ± 30,07	< 0,001
Fármacos al alta	3,9 ± 2,14	8,56 ± 5,87	< 0,001
<i>Seguimiento al alta</i>			
Atención primaria	46,9% (246)	57% (682)	< 0,001
Hospitalización UGA	9,9% (52)	15,4% (184)	0,002
HDG	7,47% (39)	5,6% (67)	0,1
Hospitalización UGRF	6,17% (32)	1,8% (22)	< 0,001
C. EXT Geriatria	4,3% (23)	2,8% (33)	0,08
Residencia	4,3% (23)	1,3% (15)	< 0,001
Exitus domicilio	6,3% (33)	6,5% (78)	0,8
Alta no prevista	6,2% (32)	0,6% (7)	< 0,001
Otros	6,7% (35)	9,1% (108)	0,1

UGA: unidad geriátrica de agudos; HDG: hospital de día de geriatría; UGRF: unidad geriátrica de recuperación funcional; C. EXT: consulta externa

La estancia media de los pacientes atendidos en el programa de AGD se redujo sensiblemente, casi a la mitad, aumentando el porcentaje de pacientes con ingreso directo en la unidad de agudos. Disminuyeron aquellos que requirieron ingreso en niveles asistenciales geriátricos hospitalarios ambulatorios o de recuperación funcional, o en residencia, así como las altas no previstas (en general derivaciones a urgencias no planificadas por el equipo de AGD) (tabla 5). La reducción de la estancia media estuvo en relación principalmente con la reducción observada en pacientes derivados para control clínico, manteniéndose un mayor seguimiento en los pacientes con úlceras, a pesar de la disminución en su frecuencia (tabla 4).

En cuanto a la actividad telefónica, en el periodo de 1997-1999 se recibieron 1.211 llamadas (71,4% realizadas por AP), con un aumento sensible en 2017-2019, donde se registraron 17.217 llamadas (emitidas y recibidas), predominantemente de o a pacientes/cuidadores (50,2%), seguidas de las de contacto con Equipo de AP (18,2% con MAP, 1,7% con enfermería de AP y 2,1% con trabajo social). Finalmente, las reuniones en Centros de Salud para comentar casos clínicos durante los últimos años quedan reflejadas en la figura 1.

Discusión

En el presente estudio se describe la actividad de una unidad hospitalaria de AGD consultora y coordinada con AP de Salud y la evolución del perfil de pacientes atendidos 20 años después de la primera publicación¹⁴.

El principal cambio asistencial entre los dos periodos de estudio quizás haya sido el establecimiento y desarrollo del Plan de Atención a la Cronicidad, que se ha convertido en el marco generalizado de atención a estos pacientes. Como establecen dichos planes, la detección de pacientes con mayor complejidad clínica, el abordaje interdisciplinar, y la colaboración fluida entre recursos domiciliarios y hospitalarios para priorizar cuidados en domicilio y favorecer las transiciones entre niveles asistenciales son objetivos prioritarios en la atención a esta población¹⁷.

Actualmente el paciente atendido es más vulnerable, de mayor edad, con más síndromes geriátricos,

polifarmacia y un mayor deterioro funcional y mental con respecto al perfil del atendido hace 20 años (1997-1999). Se trataría de pacientes con criterios de elevada complejidad clínica (aquellos que se encuentran en el vértice de la pirámide asistencial y que algunos estudios cuantifican en el 5% de las población con patología crónica) que puede dificultar el manejo a los profesionales de AP y requerir un ágil manejo interdisciplinar entre recursos comunitarios y hospitalarios^{18,19}. El hecho de que en el breve periodo de intervención un 6% fallezcan en domicilio (similar en los dos periodos) habla de la vulnerabilidad de estos pacientes, así como que el principal motivo de consulta sea la Valoración Integral del estado de salud y necesidades.

Pese a la coexistencia en nuestro entorno de otros equipos de Soporte Domiciliario (ESAD) y Hospitalización Domiciliaria, la pertinencia de equipos geriátricos de apoyo con base hospitalaria como el aquí evaluado, que se desplazan al domicilio a petición y en coordinación con AP sigue vigente. De los resultados presentados el aumento de la actividad y del porcentaje de derivaciones desde AP refleja tanto la efectividad de este nivel asistencial como la percepción desde AP de su utilidad en la atención al paciente de edad avanzada con complejidad clínica y limitaciones funcionales y mentales.

Además del perfil de pacientes, otros principios básicos de actuación reflejados en las estrategias de Atención a la Cronicidad también salen reforzadas^{17,18}. La efectividad en la práctica de la intervención de equipos de AGD para priorizar la atención domiciliaria en estos pacientes estaría apoyada por el mayor porcentaje que tras la intervención continúan en su domicilio (apreciándose entre los dos periodos de tiempo estudiados un mayor porcentaje de pacientes que vuelven a control por el Equipo de AP y un menor porcentaje de ingresados en Residencias). El mantenimiento de un elevado número de reuniones en los Centros de Salud (con una media de 7 y 10 pacientes comentados según el año) contribuye a reforzar la coordinación e interdisciplinariedad asistencial de ambos niveles de atención²⁰.

Finalmente, un aspecto destacable es la reducción significativa del porcentaje de altas no programadas (principalmente derivaciones a urgencias) que podría relacionarse con el aumento del porcentaje de ingresos

B. Garmendia Prieto, F. Sánchez del Corral Usaola, P. Avilés Maroto et al.

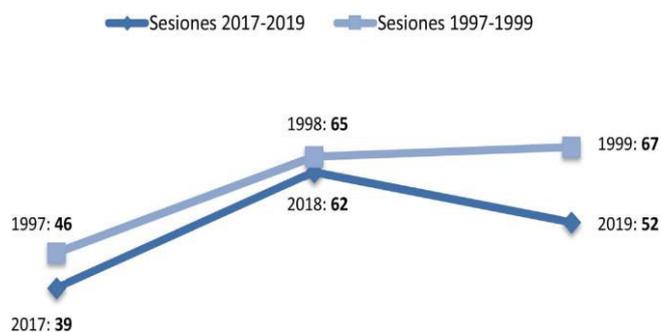


Figura 1 Número de reuniones en centros de salud y pacientes comentados. En el primer trienio se comentaron una media de 6,8 pacientes/sesión en 1997, 6,1 pacientes/sesión en 1998 y 7,4 pacientes/sesión en 1999. En el último trienio, se comentaron una media de 9,9 pacientes/sesión en 2017, 7,3 pacientes/sesión en 2018 y 7,4 pacientes/sesión en 2019.

hospitalarios directamente desde el domicilio, que refleja una mejora en la coordinación entre recursos y en la transición entre niveles asistenciales. De manera añadida, un modelo asistencial proactivo centrado en las necesidades del paciente requiere su empoderamiento y sus familiares/cuidadores, que vendría acreditado además de por las visitas presenciales, por el mayor contacto telefónico registrado.

A pesar de la relevancia de este abordaje y sus resultados, similares a los equipos de soporte integral a la complejidad (ESIC) en Cataluña²¹, los equipos de AGD siguen teniendo en la práctica un desarrollo desigual en su distribución geográfica con gran heterogeneidad en los diferentes modelos de actuación^{22,23}. Sin embargo, pueden coexistir con otros ESAD dado que ofrecen, además de su especialización en geriatría, el valor añadido de facilitar el acceso a recursos hospitalarios y de este modo favorecen las transiciones entre niveles asistenciales en paciente de edad avanzada con elevada vulnerabilidad y complejidad clínica²⁴.

Entre las limitaciones del presente trabajo destaca el hecho de que se trata de un estudio unicéntrico así como las características descriptivas del mismo, las cuales limitan la interpretación y extrapolación de los resultados encontrados, sin embargo, los datos aportados sobre la utilización por parte de AP de los servicios de este equipo especializado cuyo trabajo se desarrolla en la comunidad, y que ha crecido y mejorado en eficiencia tras más de 40 años desde su inicio, apoyan su utilidad como complemento asistencial en los cuidados domiciliarios, cualitativamente diferenciado de la atención domiciliaria proporcionada desde AP.

Conclusión

En nuestro medio, transcurridos 20 años, AGD continúa siendo un importante apoyo para AP en el complejo abordaje de los pacientes ancianos frágiles recluidos en su domicilio que son cada vez más vulnerables desde el punto de vista clínico, funcional, cognitivo y social. Este nivel asistencial permite ayudar en el manejo de los síndromes geriátricos, la deprescripción, la realización de ingresos directos al hospital cuando se necesitan sin el paso por las urgencias hospitalarias y la disminución

en la institucionalización contribuyendo y facilitando el mantenimiento del paciente en su domicilio.

Lo conocido sobre el tema

- Los pacientes mayores atendidos en AP tienen cada vez más edad, complejidad y prevalencia de enfermedades crónicas. Pese a ello, más de 90% de sus problemas de salud se resuelven en el medio comunitario.
- La AGD se desarrolló como un nivel asistencial especializado de apoyo a la AP para proporcionar una valoración y cuidados integrales en el domicilio de pacientes ancianos frágiles, habitualmente con incapacidad funcional, con el propósito de promover, mantener y/o restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad y discapacidad.
- A pesar de la relevancia del abordaje multidisciplinar domiciliario en los más vulnerables se dispone de pocos estudios vigentes en nuestro país que ilustren la coordinación de AP con la AE, principalmente en la asistencia a pacientes geriátricos.

¿Qué aporta este estudio?

- En nuestro medio, transcurridos 20 años, AGD continúa siendo un importante apoyo para AP en el complejo abordaje de los pacientes ancianos frágiles recluidos en su domicilio.
- Los pacientes atendidos son cada vez más vulnerables desde el punto de vista clínico, funcional, cognitivo y social.
- Este nivel asistencial permite ayudar en el manejo de los síndromes geriátricos, la deprescripción, la realización de ingresos directos al hospital cuando se necesitan sin el paso por las urgencias hospitalarias y la disminución en la institucionalización contribuyendo y facilitando el mantenimiento del paciente en su domicilio.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo se llevó a cabo utilizando parte del fondo extraordinario de iniciativas (a B.G.-F., J.G.-P.) de la XIII Convocatoria de ayudas para grupos de investigación fondo UAX-Santander'', Universidad Alfonso X el Sabio

Agradecimientos

A todo el equipo multidisciplinar de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Central de la Cruz Roja.

Bibliografía

- Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:620-1.
- Lesende IM. Atención a las personas mayores en atención primaria. Necesidad de formación. *Aten Primaria*. 2004 15;33:415-6.
- Greganti MA, Hanson LC. Comprehensive Geriatric Assessment. Where do we go from here? *Arch Intern Med*. 1996;156:15-7.
- Hornillos Calvo M, Sanjoaquin Romero A, Vena Martínez AB, Sanz-Aránguez Ávila MJ, Cuenca Ramos MC, Diestro Martín P. Medidas para mejorar la coordinación entre la asistencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria. *Rev Esp Geriatr*. 1999;34:101-4.
- Salgado Alba A, Mohino de la Torre JM, Del Valle Opere I, Andrés Rodríguez ME, Moriano Béjar P, Baragaño Eusebio A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1986;21:105-12.
- Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991;7:645-64.
- Más MA, Santaeugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:26-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.003>.
- González-Montalvo JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 1992;98:38.
- Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Home Care Guide: Pure Primary Care. *Aten Primaria*. 2019;51:527-8.
- González Montalvo JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria*. 1992;9:219-26.
- González-Montalvo JI, Jaramillo E, Rodríguez-Mañas L, Guillén F, Salgado A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp*. 1990;187:165-9.
- Serra JA, Rexach L, Cruz AJ, Gil P, Ribera JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia. *Rev Clin Esp*. 1992;191:405-11.
- Salmerón Ríos S, Lozoya Moreno S, Solís García del Pozo J, Salmerón Ríos R, Plaza Carmona L, Abizanda Soler P. Unidad domiciliaria de atención integral: Reducción de recursos hospitalarios durante brotes de gripe. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:e1-10.
- Bastán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 2000;26:374-82.
- Regalado Doña PJ, Valero Ubierna C, González Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32:93-9.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of Barthel index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703-9.
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NPO: 680-12-062-1 (2012). [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre, 2013. [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas Programa de prevención y atención a la cronicidad. 2017. Generalitat de Catalunya 2017. [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/bases.modelo.personas.complejidad.v.6.pdf
- Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485-95.
- Peña González PA, Solís Ovando F, Casas Rodríguez S, Lara Sanmartín S, Beltrán Bartes B, Brotons Borrel L. Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC), un nuevo modelo de atención al paciente frágil o con riesgo de descompensación. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(S1):164.
- Massa Domínguez B. La Hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic*. 2017;1:7-9. <http://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v1i1.8>.
- Consejería de Sanidad Castilla la Mancha. La unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital de Toledo cumple 30 años habiendo atendido a más de 10.000 pacientes [Internet]. Sanidad Castilla la Mancha; 13/07/2018 [consultado 20 Nov 2021]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notasdeprensa/la-unidad-de-atencion-geriatrica-domiciliaria-del-hospital-de-toledo>
- Bastán Cortés JJ, González Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:704-17.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo se llevó a cabo utilizando parte del fondo extraordinario de iniciativas (a B.G.-F., J.G.-P.) de la XIII Convocatoria de ayudas para grupos de investigación fondo UAX-Santander', Universidad Alfonso X el Sabio

Agradecimientos

A todo el equipo multidisciplinar de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Central de la Cruz Roja.

Bibliografía

- Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:620-1.
- Lesende IM. Atención a las personas mayores en atención primaria. Necesidad de formación. *Aten Primaria*. 2004;15:33:415-6.
- Greganti MA, Hanson LC. Comprehensive Geriatric Assessment. Where do we go from here? *Arch Intern Med*. 1996;156:15-7.
- Hornillos Calvo M, Sanjoaquin Romero A, Vena Martínez AB, Sanz-Aránzuez Ávila MJ, Cuenca Ramos MC, Diestro Martín P. Medidas para mejorar la coordinación entre la asistencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria. *Rev Esp Geriatr*. 1999;34:101-4.
- Salgado Alba A, Mohino de la Torre JM, Del Valle Opere I, Andrés Rodríguez ME, Moriano Béjar P, Baragaño Eusebio A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1986;21:105-12.
- Weland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991;7:645-64.
- Mas MA, Santauegènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:26-34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.003>.
- González-Montalvo JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 1992;98:38.
- Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Home Care Guide: Pure Primary Care. *Aten Primaria*. 2019;51:527-8.
- González Montalvo JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria*. 1992;9:219-26.
- González-Montalvo JI, Jaramillo E, Rodríguez-Mañas L, Guillén F, Salgado A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp*. 1990;187:165-9.
- Serra JA, Rexach L, Cruz AJ, Gil P, Ribera JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia. *Rev Clin Esp*. 1992;191:405-11.
- Salmerón Ríos S, Lozoya Moreno S, Solís García del Pozo J, Salmerón Ríos R, Plaza Carmona L, Abizanda Soler P. Unidad domiciliaria de atención integral: Reducción de recursos hospitalarios durante brotes de gripe. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:e1-10.
- Baztán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 2000;26:374-82.
- Regalado Doña PJ, Valero Ubierna C, González Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32:93-9.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of Barthel index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703-9.
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NPO: 680-12-062-1 (2012). [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Diciembre, 2013. [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas Programa de prevención y atención a la cronicidad. 2017. Generalitat de Catalunya 2017. [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-ductuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/bases_modelo_personas_complejidad.v.6.pdf
- Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485-95.
- Peña González PA, Solís Ovando F, Casas Rodríguez S, Lara Sanmartín S, Beltrán Bartes B, Brotons Borrel L. Equipo de soporte integral a la complejidad (ESIC), un nuevo modelo de atención al paciente frágil o con riesgo de descompensación. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(S1):164.
- Massa Domínguez B. La Hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic*. 2017;1:7-9, <http://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v1i1.8>.
- Consejería de Sanidad Castilla la Mancha. La unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital de Toledo cumple 30 años habiendo atendido a más de 10.000 pacientes [Internet]. Sanidad Castilla la Mancha; 13/07/2018 [consultado 20 Nov 2021]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notasdeprensa/la-unidad-de-atencion-geriatrica-domiciliaria-del-hospital-de-toledo>
- Baztán Cortés JJ, González Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:704-17.

ANEXO X: COMUNICACIONES Y PÓSTERES A CONGRESOS



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

Por medio de la presente certificamos que

B. Garmendia Prieto, F. Sánchez Del Corral Usaola, P. Avilés Maroto, L. Ramírez Real, I. Barbero Capa, A.M. Fernández Rodríguez, J. Gómez Pavón

han presentado la comunicación tipo **ORAL**:

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA I: METODOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN

en el *II Congreso Virtual de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Nuevos retos para el envejecimiento* celebrado, de manera virtual, del 2 al 4 de junio de 2021

Y para que así conste, firma la presente certificación a 4 de junio de 2021

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

José Augusto García Navarro
Presidente Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

OC-194



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

Por medio de la presente certificamos que

J. Gómez Pavón, B. Garmendia Prieto, F. Sánchez Del Corral Usaola, P. Avilés Maroto, L. Ramírez Real, I. Barbero Capa, A.M. Fernández Rodríguez

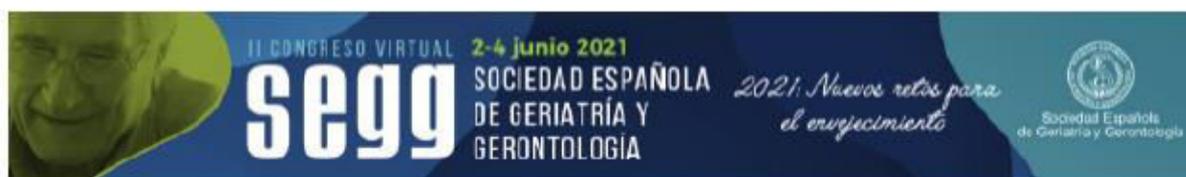
han presentado la comunicación tipo **ORAL**:

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA III: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DESDE 2001 A 2020

en el *II Congreso Virtual de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Nuevos retos para el envejecimiento* celebrado, de manera virtual, del 2 al 4 de junio de 2021

Y para que así conste, firma la presente certificación a 4 de junio de 2021

José Augusto García Navarro
Presidente Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

Por medio de la presente certificamos que

B. Garmendia Prieto, F. Sánchez Del Corral Usaola, P. Avilés Maroto, L. Ramírez Real, A.M. Fernández Rodríguez, I. Barbero Capa, J. Gómez Pavón

han presentado la comunicación tipo **ORAL**:

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DE UN EQUIPO DE ATENCION GERIATRICA DOMICILIARIA II: EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE PACIENTE DESDE 2001 HASTA LA ACTUALIDAD

en el *II Congreso Virtual de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Nuevos retos para el envejecimiento* celebrado, de manera virtual, del 2 al 4 de junio de 2021

Y para que así conste, firma la presente certificación a 4 de junio de 2021

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

José Augusto García Navarro
Presidente Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

OC-195



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología

certifican que

B. Garmendia Prieto, A. Somoano Sierra, C. Hernando Ruiz, P. Carrillo García, M. Madruga Flores, P. Rodríguez Gómez, J. Gómez-Pavón

Han presentado la comunicación tipo **Oral**:

FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO EN UNA UNIDAD DE ATENCION GERIATRICA DOMICILIARIA AL MES Y A LOS TRES MESES DEL ALTA DE LA MISMA.

en el **62 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología** y el **23 Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología** celebrados del 22 al 24 de junio de 2022 en el Hotel Meliá Castilla, Madrid.

En Madrid, a 24 de junio de 2022

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
<http://ps://intranet.paefico-meetings.com/Espersofaces/comprobarCertificadoFirmado.xhtml?cd=A756-C174211-PCA698-PDI1031-V1>

José Augusto García Navarro
Presidente Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

Carmela Mañas
Presidenta de la SMGG



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología

certifican que

B. Garmendia Prieto, B. Neira Martín, C. Hernando Ruiz, M. Madruga Flores, P. Carrillo García, P. Avilés Maroto, J. Gómez-Pavón

Han presentado la comunicación tipo **Póster**:

FACTORES PRONOSTICOS DE MORTALIDAD EN ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE ATENCION GERIATRICA DOMICILIARIA. SEGUIMIENTO AL 1º Y 3º MES DEL ALTA

en el **62 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y el 23 Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología** celebrados del 22 al 24 de junio de 2022 en el Hotel Meliá Castilla, Madrid.

En Madrid, a 24 de junio de 2022

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
<https://intranet.pacifico-meetings.com/Esperosoface/s/comprobarCertificadoFirmado.xhtml?cd=A756-C174209-PC.A698-PD11031-V1>

José Augusto García Navarro
Presidente Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

Carmela Mañas
Presidenta de la SMGG



FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA. SEGUIMIENTO AL 1º Y 3R MES DEL ALTA

Blanca Garmendia Prieto^a, Aris Somoano Sierra^a, María Madruga Flores^a, Clara Hernando Ruiz^a, Pamela Carrillo Garcia^a, Pilar Avilés Maroto^b, Javier Gómez-Pavón^b

^a Servicio de Geriátria. Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid
^b Enfermería Servicio de Geriátria. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid

PC-081

OBJETIVO

Describir los factores pronósticos de mortalidad al mes y a los tres meses del alta, en pacientes atendidos por una unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria-AGD

MATERIAL Y MÉTODO

1-Jun al 31-Dic-2021

Seguimiento 1r y 3r mes tras alta AGD: teléfono/Horus



MORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS

- Sociodemográficas, clínicas, funcionales y mentales
- Estancia media, procedencia, destino al alta, motivo de consulta y de incapacidad. Nº visitas y diagnósticos nuevos.

RESULTADOS

N=285; 89,2±6,2 años (55,7% ≥90 años)
 73,3% mujeres, Charlson: 3,4±1,9

Disfagia 49%
 Dolor 63%
 Insomnio 76%
 Sobrecarga 63,5%
 Depresión 73,3%

I.Barthel medio:
 40±27,7
 CFS ≥5: 98%.
 CRM≥2: 46,7%.

Convivencia: familia o cónyuge:
 64%; solo: 11% Polifarmacia: 96%

Procedencia:

Atención Primaria-AP: 58,2%
 Unidad de Agudos de Geriátria-UGA: 18,2%
 Otros niveles: 18,3% y 1,1% urgencias.

Destino al alta: AP: 66% y UGA: 11,2%

Motivo ppal consulta: Control clínico (60,7%); VGI (15,4%) y deterioro funcional (8%)

Motivo ppal incapacidad demencia (27,4%)

Estancia media: 17,4±18 días

Diagnósticos nuevos: 2,1±1,8

Visitas médicas: 2,8±2,6 y 2,7±2,6 de enfermería.

La mortalidad durante el seguimiento fue del 6%.

	EXITUS 1M n=27	NO EXITUS 1M n=241	P valor	Multivariante
Edad				
<70	3,7%	0,8%		
70-74	0%	2,5%		
75-79	3,7%	3,3%		
80-84	0%	14,9%	0,02	OR 1,44 (0,97-2,13); p=0,06
85-89	22,2%	24,9%		
90-94	37%	39,4%		
≥95	33,3%	14,1%		
Sexo (Mujer)	70,4%	73,9%	0,65	OR 1,26 (0,52-3,05); p=0,60
CFS	7,22±0,50	6,75±0,79	<0,01	Coef. Beta: 0,06; p=0,008 (0,01-0,11)
Charlson	6,75±0,79	3,26±1,96	0,06	Coef. Beta: 0,01; p=0,05 (0,00-0,09)
UPP	48,1%	20,7%	<0,01	OR 0,29 (0,12-0,67); p=0,004
Insomnio	92,6%	72,6%	0,01	OR 0,21 (0,04-0,94); p=0,04
IB ingreso	24,48±21,44	43,31±27,43	<0,01	Coef. Beta: -0,002; p=0,002 (-0,003-0,001)
IB alta	22,33±23,06	46,28±27,01	<0,01	Coef. Beta: -0,003; p=0,01 (-0,004-0,001)
CRM≥2	77,8%	52,3%	0,01	OR 0,35 (0,13-0,94); p=0,03
Estancia	25±29,06	15,91±15,70	0,01	Coef. Beta: 0,002; p=0,02 (0,00-0,004)
Nº DX NUEVOS	2,96±2,24	2,01±1,76	0,01	Coef. Beta: 0,02; p=0,02 (0,004-0,04)
Visitas médicas	5,33±5,06	2,4±1,9	<0,01	Coef. Beta: 0,03; p=0,01 (0,02-0,05)
Visitas enfermería	4,85±4,9	2,3±1,9	<0,01	Coef. Beta: 0,03; p=0,01 (0,02-0,04)

Tabla 1: Análisis bivalente y multivariante ajustado a la edad, de factores asociados a mortalidad al mes del alta de AGD.

A LOS 3 MESES lo hicieron:

- Trastorno depresivo: 89,5%vs68,8%; p=0,04; OR 0,25 (0,05-1,13); p=0,07
- Deterioro funcional
 - Ingreso: IB 23,7±16,9vs 43±27,6; p<0,01; Coef. Beta: -0,002; p<0,01 (-0,003-0,001)
 - Alta: IB 24,4±15,8vs48±27,1; p<0,01; Coef. Beta: -0,002; p<0,01 (-0,004-0,001)
- Nuevos diagnósticos: 2,8±2,1vs1,9±1,71; p=0,01; Coef. Beta: 0,005; p=0,61 (-0,013-0,02)

Tendencia significativa:

- Fragilidad-CFS: 7,05±0,40 vs 6,73±0,81; p=0,08; Coef. Beta: 0,03; p=0,08 (-0,005-0,08)
- Polifarmacia extrema al ingreso: 84,2% vs74,7%; p=0,07; OR 0,20 (0,02-1,61); p=0,13

CONCLUSIONES

En nuestro medio, la vulnerabilidad del paciente anciano atendido en AGD, desde el punto de vista clínico, funcional y mental, con sus implicaciones asistenciales, se asocia a mayor mortalidad en el 1º y 3º mes del alta de la unidad. Estos datos permiten plantear un plan de mejora de la calidad asistencial, interviniendo en dichos factores.

blanca.garmendia@salud.madrid.org



POSTER CERTIFICATE

We herewith confirm the presentation of the Abstract

Abstract Area: Frailty and resilience

Title: DESCRIPTIVE STUDY OF THE MORTALITY OF FRAGILE ELDERLY PATIENTS TREATED BY A GERIATRIC HOME CARE UNIT OF THE RED CROSS CENTRAL HOSPITAL AND ITS MANAGEMENT IN LAST-DAY SITUATION

Authors: Beatriz Neira-Martin (1), Blanca Garmendia-Prieto (2), Yanira Aranda-Rubio (2), Jorge Artero-Ortiz (3), Javier Gómez-Pavón (2)

Affiliations: (1) 1. Servei d'Envel·liment i Salut. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Serveri Andorra d'Atenció Sanitària. Andorra, (2) 2. Servicio de Geriátria. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, (3) 3. Servicio de Urgencias. Hospital

Cornel Sieber
EuGMS President

Antonio Cherubini
EuGMS Academic Director



DESCRIPTIVE STUDY OF THE MORTALITY OF FRAGILE ELDERLY PATIENTS SERVED BY A GERIATRIC HOME CARE UNIT OF THE RED CROSS CENTRAL HOSPITAL AND ITS MANAGEMENT IN LAST-DAY SITUATION

Beatriz Neira-Martin (1), Blanca Garmendia-Prieto (2), Yanira Aranda-Rubio (2), Jorge Artero-Ortiz (3), Javier Gómez-Pavón (2)

1. Servei d'Envel·liment i Salut. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Serveri Andorrà d'Atenció Sanitària. Andorra
2. Servicio de Geriátria. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid
3. Servicio de Urgencias. Hospital Rey Juan Carlos, Madrid.

INTRODUCTION.

Given the clinical profile of the population, increasingly older, with high comorbidity and geriatric syndromes, the prevalence of patients with chronic diseases and/or in a terminal state is high. Home Geriatric Care (HGC) is a hospital-based level of care, which supports Primary Care, where one of its objectives is secure the management of last-day situations at home, favoring comfort and quality of life in their usual environment, so that to ensure symptomatic control at home, including terminal oncological or non-oncological pathologies, taking into account both the patient and his family.

OBJECTIVE.

To describe the profile of patients treated by HGC unit of the Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, who died during home follow-up or eventually in hospital due to patient and family needs, after adapting therapeutic effort, between June 1, 2021 and November 30, 2021.

METHODOLOGY

A retrospective descriptive observational study of this population was carried out, obtaining data from the electronic clinical records of the patients.

The inclusion criteria were:

- Women and men referred by Primary Care, Geriatric Consultations and the Acute Geriatric Unit.
- Death after requiring adjustment of therapeutic effort.
- Suffer from an oncological and non-oncological disease.

The exclusion criteria were: Death from other causes during follow-up, or death in patients with active treatment

Sociodemographic, clinical, geriatric syndrome, functional and mental status variables were collected 6 months prior to admission to the service, as well as at the time of admission.

The data was analyzed with the SPSS v.26 program.

RESULTS

- 251 patients were collected: only 14 (5.6%) died during follow-up.
- 71,42% were > 90 years. 28,6% were between 80-90 years.
- 64,3% were women.
- The reasons for consultation were:
 - Clinical control (85,7%)
 - Pressure ulcer (7,14%).
- 92,85% were referred by Primary Care, 7,14% from Acute Geriatric Unit.
- Socially, 7,14% lived alone; 57,13% with their spouse or family and 35,71% with private-caregiver.
- The reason for disability was:
 - Dementia (21,42%)
 - Osteoarticular (7,4%); Cardiovascular (7,4%); Parkinsonism (7,4%)
 - Neoplastic (21,42%)
 - Depressive disorder (14,28%).
- 100% presented frailty.
- 100% had polypharmacy.
- Prior to admission: 64,28% were dependent in BADL. 35,7% did not have cognitive impairment.
- At admission: 85,71% were dependent and 71,42% had cognitive impairment.
- In the last 6 months, 64,28% had not hospitalized, but 57,14% went to the emergency room.
- Attending to geriatric syndromes:
 - 92,85% had visual deficit
 - 100% had urinary incontinence and 78,57% fecal incontinence.
 - 28,57% had pain. 42,85% had pressure ulcers.
 - 50% had caregiver-overload.
 - 92,85% had insomnia. 100% had depressive syndrome.



CONCLUSIONS

Exitus in GHC are related to neoplasms, dependence, cognitive impairment, sensory deficit, insomnia and depressive syndrome. However, it is necessary to expand the sample for a better analysis.

DECLARATION OF INTEREST: NONE

BNEIRA@SAAS.AD

ANEXO XI: PONENCIA NACIONAL SOBRE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA



Dña. MARIA TERESA VIDÁN ASTIZ, SECRETARIA GENERAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

CERTIFICA

Que la Dra. **BLANCA GARMENDIA PRIETO**, con DNI 47950411B, ha sido ponente de la quinta SESIÓN NACIONAL DE GERIATRÍA: PUNTO DE ENCUENTRO, celebrada el 15 de junio de 2022, en formato online, titulada “ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL DEL PACIENTE ANCIANO EN ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA.” organizada por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Y para que conste firma el presente certificado en Madrid, a 15 de junio de 2022.

Fdo.: María Teresa Vidán Astiz
Secretaria General

**ANEXO XII: TRABAJO DE FIN DE GRADO UAX EN RELACIÓN A CONTENIDO
DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL**

UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN MEDICINA



**UNIVERSIDAD
ALFONSO X EL SABIO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD PRECOZ EN
PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE
ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA**

AUTOR: Lucía Hernández Rodríguez

TUTOR: Blanca Garmendia Prieto

Junio de 2022



UNIVERSIDAD
ALFONSO X EL SABIO

D. ENRICO PASCUCCI DE PONTE, Secretario General de la Universidad Alfonso X el Sabio,

CERTIFICA:

Que, según se desprende de los antecedentes obrantes en los archivos del Rectorado, **Dña. BLANCA GARMENDIA PRIETO**, con D.N.I. 47950411B, ha dirigido los Trabajos Fin de Estudios que se detallan en el cuadro adjunto a este certificado.

Y para que así conste a efectos de acreditación de la solicitante, se expide la presente certificación, en Villanueva de la Cañada a 6 de octubre de 2022.

EL SECRETARIO GENERAL,
PASCUCI DE PONTE
ENRICO -
05314919X
Firmado digitalmente
por PASCUCI DE
PONTE ENRICO -
05314919X
Fecha: 2022.10.13
13:20:10 +02'00'
Enrico Pascucci de Ponte

ANEXO XIII: PREMIOS EN RELACIÓN AL CONTENIDO DE LA TESIS DOCTORAL



Pilar Ramos González, en calidad de Presidenta de Amade, con CIF G79884201, y domicilio social en C/Cristóbal Bordiú, 35 de Madrid,

CERTIFICA:

Que se ha presentado el trabajo denominado: *Evolución del perfil de las personas mayores atendidas por una unidad de atención domiciliar especializada en geriatría en los últimos 20 años*, a la convocatoria de los premios Amade 2022 que se celebraron el día 21 de diciembre de 2022.

El trabajo ha sido realizado por: Blanca Garmendia Prieto, Francisco Sánchez del Corral Usaola, Pilar Avilés Maroto, Luis Ramírez Real, Ana M^a Fernández Rodríguez y Javier Gómez Pavón, del Servicio de Geriatría Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

Habiendo recibido el premio **Premio a la investigación e innovación en dependencia**.

Y, para que así conste, firmo el presente certificado,

En Madrid, a 21 de julio de 2023



Fdo.: Pilar Ramos González

PRIMER PREMIO A MEJOR ARTÍCULO NACIONAL DEL ÁREA MÉDICA

DÑA. BLANCA GARMENDIA PRIETO, ha ganado el Primer Premio a MEJOR ARTÍCULO NACIONAL DEL
ÁREA MÉDICA en los Premios San José y Santa Adela 2022 con el siguiente artículo:

“Coordinación entre Atención primaria y un Servicio de geriatría, 20 años después”

Y para que conste, se expide el presente certificado en Madrid a 1 de marzo de 2023.

Firmado digitalmente por BALLARÍN BARDAJÍ MANUEL
Fecha: 2023.03.06 17:08

Firmado digitalmente por ROMÁN BELMONTE JUAN MANUEL
Fecha: 2023.03.06 17:55

Dr. Manuel Ballarín Bardají
DIRECTOR GERENTE

Dr. Juan Manuel Román Belmonte
COORDINADOR FORMACIÓN CONTINUADA

