



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 Geriatria, 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 domiciliar, 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).

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 domiciliario 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 España⁶ 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 ($CRM \geq 2$ 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 multidisciplinares 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 ($IB \geq 28,8$) con nula deambulaci3n 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

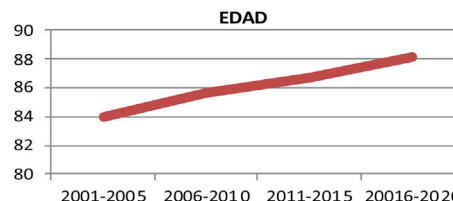
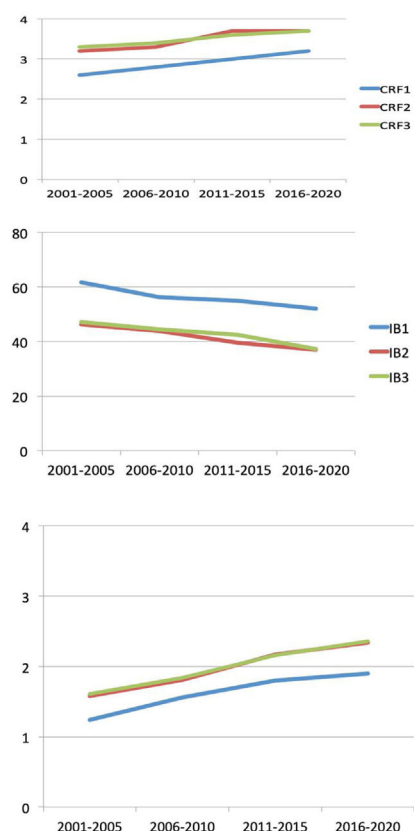
Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria desde 2001 hasta 2020 agrupados por quinquenios. CRF: Escala Cruz Roja Funcional; IB: Índice de Barthel; CRM: Escala Cruz Roja Mental. VGI: Valoración Geriátrica Integral; SPCD: Síntomas Psicológicos y Conductuales 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

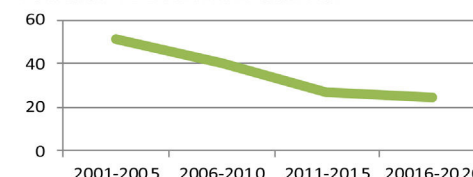
CRF: escala Cruz Roja funcional; CRM: escala Cruz Roja mental; EAP: equipo de atención primaria; IB: índice de Barthel; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia; UGA: unidad de geriatría de agudos; VGI: valoración geriátrica integral; Otros GRT: otros niveles asistenciales del servicio de geriatría.

EVOLUCION DE SITUACION FUNCIONAL Y COGNITIVA

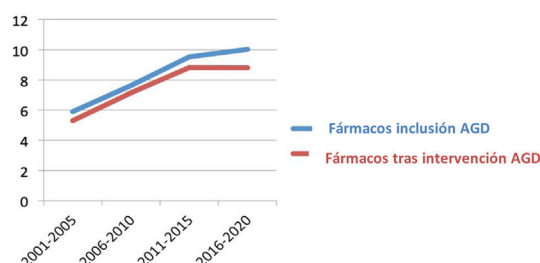
Situación basal Momento de inclusión Tras intervención



DURACION DE LA INTERVENCION AGD



MEDICACIÓN BASAL Y TRAS INTERVENCION AGD



CRF: Escala Cruz Roja Funcional; IB: Índice de Barthel; CRM: Escala Cruz Roja Mental; AGD: Asistencia Geriátrica Domiciliaria.

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 objetivaban 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, Sarriá 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, Sanjaquín Romero A, Vena Martínez AB, Sanz-Aránguez Ávila MJ, Cuenca Ramos MC. Medidas para mejorar la coordinación entre la asis-

- tencia geriátrica domiciliar y los equipos de atención primaria. *Rev Esp Geriatr*. 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, Ruipérez Cantera I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliar y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2005 [consultado 3 Oct 2021] Disponible en: <https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal-social/archives/segg0021.dir/segg0021.pdf>.
 6. González Montalvo JL, Jaramillo Gimes I, Rodríguez Mañas L, Guillén Llera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliar 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 domiciliar de Atención Integral: reducción de recursos hospitalarios durante brotes de gripe. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:1–10.
 8. Ruipérez 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-atencion%C3%B3n-integrada-de-albacete-ha-atendido>.
 13. Gobierno de Castilla-La Mancha. La unidad de Atención Geriátrica Domiciliar 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-domiciliar-del-hospital-de-toledo>.
 14. Salvá-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 domiciliar 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 JL. Asistencia Geriátrica Domiciliar ¿Cómo es el paciente? *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1988;23:295–300.
 18. Shah S, Vancly 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 JL, 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.tematics/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 Geriátría 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 aed 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, Llancho Llancho S. Características y Análisis de la Supervivencia de las Personas Atendidas en el Programa de Atención Domiciliar 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 JL, 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 JL, 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, Zannocchi 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 domiciliar para personas ancianas: No todo vale. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:523–6.
 40. Mas 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.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/informe_ppmm.2018.pdf.
 43. Deusd 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.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inf_ssppmmesp2020.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 González PA, Solís Ovando F, Casas Rodríguez S, Lara Sanmartín S, Beltrán Barts 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.