



ORIGINAL

Coordinación entre atención primaria y un servicio de geriatría, 20 años después



Blanca Garmendia Prieto*, Francisco Sánchez del Corral Usaola, Pilar Avilés Maroto, Paz Rodríguez Gómez, Javier Gómez Pavón y Juan José Baztán Cortés

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

Recibido el 25 de febrero de 2022; aceptado el 20 de marzo 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).

KEYWORDS

Home care;
Geriatric patient;
Geriatric home care;
Coordination;
Primary care;
Frailty

Coordination between primary care and a geriatrics service, 20 years later

Abstract

Objective: To describe the evolution of the care and coordination activity of a specialized hospital team (Geriatric Home Care-AGD team) in support of Primary Care (PC) for the care of geriatric patients.

Location: Health-5 area of the Community of Madrid.

Participants, interventions and main measurements: Evaluation of patients attended at home at the request of PC by AGD, in 1997-1999 and twenty years later, in 2017-2019. Sociodemographic, clinical, functional and mental variables were recorded. Also care data such as time to first visit, average length of stay, origin and destination of patients, reason for consultation and main reason for disability.

Results: 524 patients (58% of the total) requested from AP in 1997-1999 and 1196 (72.2% of the total) in 2017-2019 were attended. Currently we show an older patient, more physically and mentally disabled, with a higher prevalence of geriatric syndromes and greater social fragility. Dementia has increased as the main reason for incapacity, with an increase in Comprehensive Geriatric Assessment and clinical control as the main reasons for referral.

Conclusions: in our setting, after 20 years, AGD continues to be an important support for PC in the complex approach to frail elderly patients confined to their homes, who are increasingly vulnerable from a clinical, functional, cognitive and social point of view. It contributes to the management of geriatric syndromes, deprescription, direct hospital admissions when needed without having to go to the emergency department, and a decrease in institutionalization, facilitating the maintenance of the patient at home.

© 2022 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los pacientes mayores atendidos en atención primaria (AP) tienen cada vez más edad, complejidad y prevalencia de enfermedades crónicas¹. Pese a ello, más de 90% de sus problemas de salud se resuelven en el medio comunitario². Sin embargo, en pacientes clínicamente complejos, especialmente si tienen edad avanzada y presentan fragilidad y dependencia, la AP puede necesitar apoyo de atención especializada (AE) para atender a estos pacientes en su entorno habitual^{3,4}. En este contexto, la Asistencia Geriátrica Domiciliaria (AGD) se desarrolló como un nivel asistencial especializado de apoyo a la AP de Salud que proporciona una valoración y cuidados integrales en el domicilio de pacientes ancianos frágiles, habitualmente con incapacidad funcional⁵ con el propósito de promover, mantener y/o restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad y discapacidad⁶. A diferencia de otras estrategias de hospitalización domiciliaria⁷, la AGD desarrolla principalmente una labor consultora de la AP de Salud con el objetivo de asegurar de forma eficiente y proporcionada las medidas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados para el anciano con dependencia funcional en las diferentes fases de su enfermedad⁸. Ello implica necesariamente un alto nivel de comunicación y coordinación con distintos niveles asistenciales, tanto comunitarios como hospitalarios, para garantizar la seguridad del paciente en la transición entre niveles de atención, intentando evitar la fragmentación y la inequidad asistencial⁹. Sin embargo, a pesar de la relevancia del abordaje multidisciplinar domiciliario en los más vulnerables y de haberse elaborado pautas de colaboración¹⁰ se dispone de pocos estudios vigentes en nuestro país que

ilustren la coordinación de AP con AE, principalmente en la asistencia a pacientes geriátricos^{4,11-13}.

En el año 2000, en la antigua área 5 del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD) de la Comunidad de Madrid, Baztán et al.¹⁴ realizaron un estudio sobre la actividad prestada por el equipo de AGD del Hospital Central de la Cruz Roja «San José y Santa Adela» a AP. El presente trabajo pretende describir la evolución de este nivel asistencial 20 años después.

Material y métodos

Estudio retrospectivo comparativo de los datos registrados de la actividad histórica de la Unidad de AGD del Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja «San José y Santa Adela», hospital universitario de apoyo de nivel II, de la Comunidad de Madrid, 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. Para este estudio se evaluaron solamente los pacientes remitidos desde AP para la AGD.

Actualmente la unidad de AGD está compuesta por dos equipos multidisciplinares, formados cada uno por geriatra, profesional de enfermería y apoyo de trabajo social del Servicio de Geriátrica, a los que se unen uno o dos rotantes (médicos y/o enfermeros internos residentes de Geriátrica o Medicina Familiar y Comunitaria) y dos conductores, disponiendo de dos vehículos para sus desplazamientos y de soporte administrativo en horario de 8 a 15 horas. En el primer periodo solo se disponía de un equipo y se contaba además con un auxiliar de enfermería.

Tabla 1 Características al ingreso de los pacientes consultados por atención primaria

	Periodo 1997-1999 n = 524	Periodo 2017-2019 n = 1196	Valor de p
<i>Edad</i>	83,34 ± 7,21	87,77 ± 6,21	< 0,001
<i>Mujer</i>	68,13% (357)	66,6% (797)	n.s.
<i>Reingresos AGD</i>	10,1% (53)	10,1% (121)	0,18
<i>Tiempo espera primera visita</i>	3,6 ± 3,4	13,97 ± 14,84	< 0,001
<i>Número fármacos</i>	4,95 ± 2,8	9,85 ± 4,59	< 0,001
<i>Índice de CRF</i>	3,26 ± 1,28	3,74 ± 1,03	< 0,001
0-2	25,6% (134)	7,7% (92)	< 0,001
3	29,6% (155)	34,2% (406)	0,075
4-5	44,8% (235)	58,1% (690)	< 0,001
<i>Índice de Barthel</i>	43,14 ± 31,6	38,61 ± 29,76	0,006
< 20	28,9% (151)	33,2% (387)	0,145
20-35	16,2% (85)	16,1% (187)	0,759
40-55	19,9% (104)	18,4% (214)	0,337
60-75	17,5% (92)	17,2% (200)	0,671
> 80	17,5% (92)	15,2% (177)	0,147
<i>Índice de CRM</i>	1,67 ± 1,51	2,31 ± 1,58	< 0,001
0-1	50,9% (267)	36,8% (437)	< 0,001
2-3	34% (178)	35,7% (424)	0,5
4-5	15,1% (79)	27,5% (326)	< 0,001
<i>Convivencia</i>			
Solo	10,1% (53)	8,5% (98)	0,1
Cónyuge	28,8% (151)	27,6% (319)	0,3
Familia	58,9% (309)	45,4% (525)	< 0,001
Otros	2,2% (12)	18,6% (215)	< 0,001
<i>Ayuda social</i>			
Oficial	14,4% (75)	16,8% (154)	0,4
Privada	18,8% (99)	60,8% (559)	< 0,001
No	66,8% (350)	22,4% (206)	< 0,001

AGD: atención geriátrica domiciliaria; CRF: Cruz Roja Funcional; CRM: Cruz Roja Mental

La recogida de datos del primer periodo (1997-1999) se realizó a partir del artículo publicado por el mismo servicio¹⁴ y los de 2017-2019 a partir de la historia clínica electrónica. Se registraron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, la convivencia, el cuidador principal y la disponibilidad de ayuda social domiciliaria. También datos clínicos sobre la existencia de síndromes geriátricos y polifarmacia. La situación funcional se valoró mediante la escala de Cruz Roja Funcional (CRF) (puntuación de 0 a 5: 0: independencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 5: máxima dependencia)¹⁵ y el índice de Barthel modificado (IB) (puntuación de 0: máxima dependencia, a 100: independencia en ABVD)¹⁶, la situación mental a través de la escala Cruz Roja Mental (CRM) (puntuación de 0 a 5, considerando una puntuación ≥ 2 como presencia de demencia)¹⁵.

Desde el punto de vista asistencial se recogieron el tiempo de espera hasta la primera visita (días), la estancia media de seguimiento (días), la procedencia de los pacientes y el destino al alta; también el motivo de consulta y el motivo principal causante de discapacidad. Se registraron las consultas telefónicas realizadas en el primer periodo y el conjunto de llamadas recibidas y realizadas en el segundo. Asimismo, el número de reuniones en los Centros de Salud y el de pacientes comentados en éstas.

Las variables continuas se describieron en medias y desviaciones estándar y las variables categóricas en frecuencias

y porcentajes. Los datos del periodo 2017-2019 fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 23 y la comparación de éstos con los del periodo de 1997-1999 con el programa para análisis epidemiológico y estadístico (EPIDAT) versión 4.1 considerando un margen de error del 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Para la comparación de los dos periodos se utilizó la prueba de *t* de Student y *Analysis of Variance* (ANOVA) para un factor para comparación de medias y χ^2 para la comparación de porcentajes, considerando un margen de error del 0,05 y un IC 95%.

Este trabajo forma parte del análisis inicial de un Plan de Mejora de la Calidad de la Unidad de AGD, aceptado por el Comité de Ética Asistencial de IdiPaz con el número PI-4642.

Resultados

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 ($p < 0,001$). El perfil de los pacientes consultados se recoge en las tablas 1 y 2, mostrando un paciente de mayor edad, más incapacitado física y mentalmente, con mayor prevalencia de síndromes geriátricos (salvo en el caso de las úlceras

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 Geriátrica	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 la 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 desplacen 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

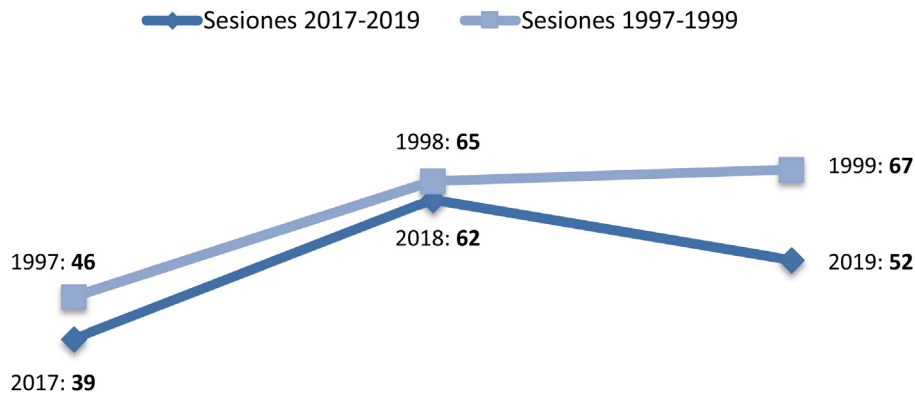


Figura 1 Número de reuniones en centros de salud y pacientes comentados. En el primer trienio se comentaron una media de 6,8 pacientes/sesión en 1997, 6,1 pacientes/sesión en 1998 y 7,4 pacientes/sesión en 1999. En el último trienio, se comentaron una media de 9,9 pacientes/sesión en 2017, 7,3 pacientes/sesión 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.

lización 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

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

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, Sanjoaquín 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 Gertr*. 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.
- 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. NIPO: 680-12-062-1 (2012). [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: http://www.mscbs.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-delhospital-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.