



**Revisión de los Modelos de
Atención Domiciliaria Para Paciente
Adulto Mayor con Enfermedades
Crónicas y Terminales Desde la
Adherencia al Tratamiento y Calidad
de Vida**

Luz Victoria Castilla Amaya

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y ciencias Económicas

Maestría en Administración de empresas de salud MBA

Bogotá, Colombia

2020

Revisión de los Modelos de Atención Domiciliaria Para Paciente Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas y Terminales Desde la Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida

Luz Victoria Castilla Amaya

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Administración de empresas de salud

Director (a):

Nombre completo del director(a)

Modalidad:

Creación de Empresa

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y ciencias Económicas

Maestría en Administración de empresas de salud MBA

Bogotá, Colombia

2020

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá D.C. 24 – junio - 2020

Dedico este trabajo a los adultos mayores de la población colombiana en estado de vulnerabilidad, quienes requieren de medidas sanitarias resolutivas para mejorar su calidad vida y tener en la última etapa de la vida una mejor condición.

Con inmenso cariño a mi padre Mario Castilla Uribe.

Agradecimientos

Agradezco a mi Esposo Armando Flores quien siempre ha estado en permanente apoyo en cada reto que decido afrontar. Dra. Fabiola Rey, por su constancia y persistencia en que estos trabajos que inician como una idea lleguen a su producto final.

Resumen

El desarrollo de la investigación tiene como objetivo principal analizar los modelos de atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, frente a la efectividad en la adherencia al tratamiento y calidad de vida. Para esto se parte de una metodología descriptiva y cualitativa para identificar las investigaciones que han tenido por objeto el desarrollo de programas de atención domiciliaria a pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los modelos hallados de cuidado en casa y analizar la mejora de la calidad de vida de los pacientes según los modelos encontrados. Dentro de los resultados se evidenció que la atención domiciliaria representa una alternativa para mejorar las redes sociales de apoyo y los recursos emocionales del adulto mayor, un factor que no se encuentra con facilidad en entornos hospitalarios. Asimismo, la adopción de prácticas de intervención domiciliaria favorece el bienestar del adulto mayor pues se enfrenta a sus padecimientos en un contexto que generalmente le resulta familiar, proporcionándole una visión más amplia de su enfermedad crónica o terminal.

Palabras clave: atención domiciliaria, adherencia al tratamiento, calidad de vida, adulto mayor, enfermedades crónicas, enfermedades terminales.

Abstract

The development of the research has as main objective to analyze the models of home care in elderly patients with chronic and terminal diseases, as opposed to the effectiveness in adherence to treatment and quality of life. For this, it is based on a descriptive and qualitative methodology to identify the investigations that have been aimed at the development of home care programs for elderly patients with chronic and terminal diseases, to determine the level of adherence to the treatment of the models of care found in home and analyze the improvement of the quality of life of patients according to the models found. Among the results, it was found that home care represents an alternative to improve social support networks and emotional resources of the elderly, a factor that is not easily found in hospital settings. Likewise, the adoption of home intervention practices favors the well-being of the elderly because they face their illnesses in a context that is generally familiar to them, providing a broader view of their chronic or terminal illness.

Keywords: home care, adherence to treatment, quality of life, elderly, chronic diseases, terminal illnesses.

Tabla de contenido

	<u>Pág.</u>
LISTA DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE TABLAS.....	X
1. INTRODUCCIÓN	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. MARCO DE REFERENCIA	15
3.1. ATENCIÓN DOMICILIARIA – HOME CARE	15
3.2. CALIDAD DE VIDA	21
3.3. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	22
4. OBJETIVOS.....	26
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	26
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5. METODOLOGÍA.....	27
5.1. TIPO Y ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	27
5.2. PROCESO DE INVESTIGACIÓN	27
5.3. REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	28
6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	34
6.1. IDENTIFICAR LAS INVESTIGACIONES QUE HAN TENIDO POR OBJETO EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TERMINALES A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EN ESTUDIOS ENTRE EL 2000 Y EL 2020 MEDIANTE AL FICHAJE	34
6.2. DETERMINAR EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS MODELOS HALLADOS DE CUIDADO EN CASA PARA IDENTIFICAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO QUADAS.....	74
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
8. CONCLUSIONES	81
9. REFERENCIAS.....	83
A. ANEXO 1. FICHA DE TABULACIÓN DE INVESTIGACIONES.	90
B. ANEXO 2. QUADAS-2.	91

Lista de figuras

Pág.

FIGURA 1. PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL QUADAS-2 A UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. 32

Lista de tablas

Pág.

TABLA 1. SISTEMATIZACIÓN DE ESTUDIOS.....	72
TABLA 2. TABULACIÓN QUADAS-2.....	76

1.Introducción

Con el constante crecimiento demográfico a nivel mundial, es preciso decir que la atención medica es cada vez más requerida, sobre todo para los adultos mayores quienes se convierten en los pacientes más frecuentes pues muchos de ellos están en fases crónicas o terminales lo que a su vez, impide que debido a su edad se puedan desplazar mejor hacia los servicios médicos. De este modo, es común escuchar sobre Home Care o atención domiciliaria que busca que las personas sean atendidas por personal de salud desde sus casas. El principal objetivo de la investigación es analizar los modelos de atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, frente a la efectividad en la adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Para lo cual se parte de una investigación descriptiva con enfoque cualitativo con el cual se quiere identificar los trabajos que han tenido por objeto el desarrollo de programas de atención domiciliaria a pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los modelos hallados de cuidado en casa y analizar la mejora de la calidad de vida de los pacientes según los mismos. Esta investigación busca brindar un compendio sobre los modelos y su efectividad en el tratamiento identificando y aportando los diversos beneficios que tiene el uso de este tipo de estrategias con pacientes de esta índole

2. Justificación

El envejecimiento, la transición demográfica, la carga de enfermedad en el mundo han incrementado los costos en salud por lo cual se hace necesario pensar en desarrollar intervenciones costo efectivas que beneficien a la suficiencia económica del sistema, a los resultados en salud y a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, siendo la extensión de los servicios domiciliarios o Home Care una alternativa frente al abordaje de esta población para favorecer la atención integral, en busca de mejorar su adherencia al tratamiento clínico, de la mano del tratamiento farmacológico, para una mejor calidad de vida.

Esto basado en el hecho de que los médicos, los encargados de formular políticas y las personas mayores reconocen cada vez más que el objetivo principal de la atención de la salud para las personas mayores, especialmente las personas con enfermedades múltiples y crónicas, debe ser optimizar la función y la comodidad en lugar de tratar únicamente enfermedades individuales. Según Puchia y Jara (2016):

La opción asistencial para estos casos, en su etapa aguda, ha sido y sigue siendo la hospitalización. Pero, hospitalizar a un anciano, a veces, puede no ser la mejor decisión. Múltiples estudios avalan que los pacientes ancianos son un grupo especialmente vulnerable para presentar los efectos adversos de la hospitalización como: la pérdida de la funcionalidad, presentación de síndrome confusional agudo e infecciones asociadas a la atención en salud, entre otras (s.p.).

Es por esto por lo que la atención domiciliaria busca básicamente la comodidad de los pacientes y sobre todo su beneficio general. Por eso en países como Estados Unidos los resultados de la Encuesta Nacional de Cuidado de Hogares y Hospicios (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2000, p.30) proporcionan información detallada sobre las características de la población de pacientes de atención médica

domiciliaria. Los encuestados de la agencia de atención médica domiciliaria indicaron que los pacientes eran predominantemente mujeres (65%), mayores de 65 años (71%), solteros (58%), que vivían en residencias privadas o semiprivadas (94%) y que vivían con miembros de su familia (63%).

Dado que la población de 65 años y más comprende la mayoría de los pacientes de atención médica domiciliaria, no es sorprendente que las afecciones de salud prevalentes en la población de edad avanzada sean algunas de las afecciones más frecuentes que necesitan asistencia de salud en casa. Específicamente, enfermedad cardíaca (11%), diabetes (8%), enfermedad vascular cerebral (7%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (5%), neoplasmas malignos (5%), insuficiencia cardíaca congestiva (4%), La osteoartritis y los trastornos relacionados (4%), las fracturas (4%) y la hipertensión (3%) son los diagnósticos de admisión más comunes para los pacientes de atención médica domiciliaria (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2000, p.30).

Es decir, es importante que se tenga en cuenta que el estudio de estos casos crece cada vez más. Es por esto por lo que el estudio aporta una revisión sistemática que evidencia experiencias y expone resultados de los programas de atención domiciliaria - Home Care implementados en diferentes países España, México, Colombia, Brasil, Reino Unido, Holanda y Canadá enfocado en el adulto mayor, evidenciado que son costo efectivos, debido a que generan resultados terapéuticos frente a la adherencia de los tratamientos en enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores, identificando si hubo o no mejora de su calidad de vida.

Así mismo, este tipo de estudios aporta a los actores del sistema como a las instituciones prestadoras de los servicios de salud, ideas básicas sobre las metas clínicas que deben en la promoción, prevención y mitigación de las enfermedades que padecen los adultos mayores, por lo que este tipo de estudios se propone no solo como una estrategia de seguimiento y atención del paciente home care, sino como un medio de costo efectividad, al mejorar adherencia a los tratamientos terapéuticos y mejorar la calidad vida y reducir costos en intervenciones hospitalarias, urgencias y administración de la enfermedad.

3. Marco de referencia

3.1. Atención domiciliaria – Home Care

Cuando de cuidados del cuerpo se trataba, históricamente el acceso a la atención domiciliaria era exclusivo uso de personas de la elite quienes tenían los recursos para acceder a la salud e higiene personalizadas. Por su lado los hospitales estaban destinados para cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de una familia que les pudiera atender durante la enfermedad o muerte. Sin embargo, es posible ver que:

El desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento ha favorecido que los hospitales se conviertan en el centro de atención de los problemas de salud, dejando atrás la atención en domicilio. Sin embargo, en los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención en domicilio, forzados por motivos económicos, y por el aumento de las enfermedades crónicas (Suarez, 2012, s.p.).

Es decir, con la llegada del siglo XX entran los cambios demográficos y con estos, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. Es por tal razón que la atención domiciliaria se vuelve un factor fundamental, debido a que no solamente se disminuyen los costos intrahospitalarios sino también la ocupación y la rotación de camas de pacientes que no requieren necesariamente ser hospitalizados por tratamiento.

En este sentido, se entiende que la atención domiciliaria incluye cualquier servicio de apoyo profesional que permita a una persona vivir de manera segura en su hogar. Los servicios de atención domiciliaria pueden ayudar a alguien que envejece y necesita asistencia para vivir de manera independiente; está manejando problemas de salud crónicos; se está recuperando de un revés médico; o tiene necesidades especiales o una discapacidad. Con esto se busca sobre todo mejorar la calidad de vida de las personas dándoles mayor independencia.

De manera general, se puede definir la atención domiciliaria o Home Care como una estrategia que busca mantener a una persona enferma o incapacitada “en su domicilio en las mejores condiciones posibles, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello conlleva; tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención de salud” (Ramírez, 2005, p.17). Esta forma parte de una de las Atenciones Primarias (AP) que son vitales para el desarrollo digno de la vida de las personas a través de un amplio espectro de posibilidades médicas. Así se garantiza, además, que se lleve a cabo un desarrollo continuo de la asistencia y el desarrollo de actividades de prevención.

En Colombia, la atención domiciliaria está fundamentada en la Resolución 3512 del 2019 donde en su artículo 26 expone que:

La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada Con recursos de la UPC en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, las EPS o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas, según lo dispuesto en las normas vigentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p.12).

Esta debe ser aplicada mediante objetivos específicos que busquen brindar de manera óptima el servicio de acompañamiento integral donde se involucren activamente los grupos familiares de los pacientes en sus periodos de recuperación o estabilización de sus condiciones. En este sentido, algunos de los principales objetivos de la atención domiciliaria son:

1. Proveer de cuidados de salud integral al paciente que, por diversos factores, no puede acudir a las consultas, así como a su cuidador y familia; ofreciendo a las personas que reúnen los criterios de inclusión la posibilidad de contar con la asistencia de un equipo multidisciplinar en domicilio.

2. Valorar las relaciones interfamiliares en su escenario natural, ayudando a las personas enfermas y a sus familiares a afrontar mejor la enfermedad e incapacidad, cuidando, informando y utilizando de forma eficiente y eficaz los recursos sanitarios y sociales del medio.
3. Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir las carencias.
4. Establecer una mejor comunicación con la familia.
5. Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.
6. Involucrar al paciente y a su familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, primando siempre la autonomía del paciente en este proceso.
7. Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.
8. Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud (Ramírez, 2005, p.17).

Con este tipo de estrategia se logra acercar los servicios de salud a los domicilios y lugares de trabajo de las personas, lo cual permite conocer de primera mano las necesidades de la población. La visita domiciliaria representa el primer contacto del individuo, familia y comunidad con el sistema de salud, con importantes beneficios tanto a nivel individual como colectivo (Solís, 2015, p.1). Países como Canadá, Estados Unidos, España, Francia y Reino Unido, utilizan la hospitalización domiciliaria para pacientes mayores con enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades de la piel, enfermedades del aparato respiratorio, tumores, pacientes en fase terminal, complicaciones postquirúrgicas, EPOC y sida, en las cuales la mayoría de los casos necesitan cuidados paliativos (Mitre, Suárez Llopis, Cotta, Ramón y Dias, 2001, p.46).

El país pionero con este modelo de atención es Francia en el cual se derivan dos tipos de modelos de atención: la atención primaria a domicilio y la hospitalización domiciliaria.

Con base en este modelo países como Estados Unidos, Francia y Alemania, cuentan con reglamentación específica para este tipo de atención. Países como España optaron por este camino con el fin de descongestionar y mejorar el gasto en los hospitales. Según el International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (s.f.) los principales servicios que debe incluir una buena atención domiciliaria son:

- La enfermería a domicilio es proporcionada por enfermeras y enfermeras auxiliares. En algunos países lo solicita un médico. Las tareas principales del servicio son desarrollar un plan de enfermería basado en el proceso de enfermería, llevar a cabo actividades típicas de enfermería, como apoyar la higiene personal, la movilidad, etc., y actividades médicas como cambiar vendas o inyecciones. El apoyo psicosocial al cliente y a los cuidadores informales también es un deber importante.
- La ayuda a domicilio es proporcionada principalmente por un ayudante en el hogar y / o un cuidador social. Puede incluir asistencia con tareas corporales y domésticas en el hogar del destinatario, como limpieza del hogar, compras, vestirse, preparar y comer comidas, apoyo psicosocial y ayuda para participar en actividades sociales.
- Los servicios de visitas son prestados principalmente por voluntarios. Los servicios ofrecen psicosocial apoyo y ayuda con actividades sociales para mejorar el entorno social y las condiciones de vida. Los ejemplos incluyen chatear, escuchar, jugar a las cartas o acompañar a la persona en caminatas, así como trabajar con miembros de la familia cuando sea necesario. Los servicios de visitas también se pueden llevar a cabo en hogares de ancianos y guarderías (p.6).

En el caso colombiano, las actividades de enfermería en la atención domiciliaria están fundamentadas en la Ley 911 de 2004 (Congreso de Colombia, 2004) en la cual se disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. En este sentido, el domicilio puede convertirse en el entorno habitual e ideal para el cuidado de estos pacientes siempre y cuando sus problemas de salud no precisen de cuidados especialmente complejos y exista un soporte familiar

adecuado para la realización de dichos cuidados (Sobreviela, Ramírez y del Corral, 2005, p.14). P que con esta se organiza un protocolo de atención en el que intervienen un equipo multidisciplinario, el paciente y su familia o cuidador en mira a la mejoría del paciente, la adherencia al tratamiento y mejorar su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (citado por Sánchez y Fuentes, 2016) presenta una segregación de los programas de cuidado domiciliario basada en niveles de complejidad; en el cual el primer nivel se encarga de educación y promoción en salud, prevención de la enfermedad, atención prenatal, consulta de VIH/SIDA, el Segundo nivel de complejidad realiza tratamientos médicos “simples” como cuidado de heridas, administración de medicamentos, cuidados con la materna y el recién nacido y remisión de usuarios, dejando el tercer nivel de atención domiciliaria para el manejo de pacientes con cuidado paliativo, rehabilitación domiciliaria, manejo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y VIH/SIDA.

Por lo que para poder incluir a un paciente en un modelo de atención Home Care, se deben garantizar las siguientes actividades para la intervención de manera integral:

- Comprobar criterios de inclusión.
- Información del paciente y/o cuidador sobre el programa.
- Realizar valoración clínica inicial.
- Elaboración de un plan individualizado de tratamiento y cuidados.
- Derivación a los gestores de casos.
- Registro del paciente.
- Seguimiento programado mediante atención telefónica.
- Tele monitorización, tele visita, actividades de retroalimentación y plan de visita domiciliaria.
- Información y apoyo al cuidador principal.

- Evaluación periódica para el ajuste del tratamiento y plan de cuidados.
- Atención de la demanda urgente en los casos necesarios.
- Dotación de la medicación y suministros sanitarios.
- Coordinación con otros niveles asistenciales (Sánchez y Fuentes, 2016, p.6).

Con lo anterior se considera factible, gestionar la atención integral de pacientes que por sus condiciones crónicas requieren un control especializado desde lo terapéutico y lo psicosocial con el fin de asegurar las necesidades del paciente y el cuidador, enlazando los servicios del sistema general de salud con los requerimientos clínicos e individualizados de cada persona. En Colombia, se abre la puerta de la atención hospitalaria en casa, con la atención de enfermos crónicos del Instituto Nacional de Seguros Sociales bajo una serie de fallos judiciales en los cuales hacen que se garantice la atención permanente de personal de enfermería, médico y de rehabilitación.

La atención medica domiciliaria en Colombia ha estado descrita como posibilidad desde la Resolución 5261 de 1994 o el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud, 1994) en donde se realiza la primera definición normativa de este tipo de servicios donde en su artículo 33 establece la modalidad del tratamiento a domicilio de los pacientes crónicos con proceso patológico incurable y con base en la cual se genera una serie de normatividades que buscan la atención domiciliaria en casa como la Ley 1438 de 2011 donde en su artículo 64, se ocupan del tema de la prestación de servicios de Atención Domiciliaria. Así como, la Resolución 5521 de 2013 por la cual define como servicios extra hospitalarios de salud, en el domicilio o residencia del paciente, con el apoyo profesional, de auxiliares como las enfermeras a domicilio, y con la participación de la familia. También el Acuerdo 029 de 2011, en el cual se expone que la atención domiciliaria como “atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia” (Sánchez y Fuentes, 2016, p.8).

3.2. Calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que incluye dominios relacionados con el funcionamiento físico, mental, emocional y social. Va más allá de las medidas directas de la salud de la población, la esperanza de vida y las causas de muerte, y se centra en el impacto que el estado de salud tiene en la calidad de vida. Este es medido sobre todo mediante el bienestar, que evalúa los aspectos positivos de la vida de una persona, como las emociones positivas y la satisfacción con la vida.

La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global (Salas y garzón, 2013, p.40).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) la calidad de vida se concibe como la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y la relación de la persona con las características sobresalientes de su entorno. Este es un concepto que se incorpora a finales de los años 60 basado en la asistencia social como la correlación de un determinado nivel de vida objetivo de un grupo poblacional determinado y la valoración subjetiva de bienestar y satisfacción.

En las décadas siguientes se incorpora el concepto a la salud, función física, bienestar físico, adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. Para la salud el concepto se relaciona con el estado de salud-enfermedad y tratamientos relacionando la toma de decisiones frente a la evaluación clínica y terapéutica, pero el concepto en general debe tener presente también el estado psicológico, los

determinantes sociales y las condiciones cambiantes de cada patología (Fernández, Fernández y Ciera, 2010). Aunque se considera que no existen criterios únicos para definir la calidad de vida; aparecen patrones comunes, palabras tales como bienestar, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones (Urzúa y Caqueo, 2012, p.65).

Fernández-Ballesteros (2004, citado por González, Valle, Arce y Fariña, 2010) incide que la multidimensionalidad de este concepto conlleva dos aspectos esenciales: uno objetivo (referente a las condiciones externas) y otro subjetivo (percepción de la propia persona de estas condiciones externas). Según esta autora dentro de la calidad de vida se debe tener en cuenta las condiciones ambientales, sociales, médicas (la salud como total bienestar físico, mental y social, que incluye, por tanto, la salud objetiva y, sobre todo, la salud subjetiva o percibida) y psicológicas (perspectiva subjetiva que implica la percepción de la persona sobre distintos dominios de su vida: personales, familiares, laborales, etc.).

La calidad de vida relacionada con la salud incluye la salud, el estado de salud y la calidad de vida, agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo como los externos que interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Con este concepto aplicado a la salud se busca que los sistemas de salud brinden las mejores expectativas para los usuarios que se encuentran dentro de un territorio específico. Con este tipo de calidad se busca tener en cuenta y medir las diferentes formas de enfermar y morir de la población.

3.3. La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico

Se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los

cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas (Peralta, 2008, p.86).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia (Pfizer, 2009, p.2).

El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejora la efectividad de los tratamientos farmacológicos (Peralta, 2008, p.85). Existen diversos tipos de adherencia:

Intencionada o no intencionada, porque a priori las estrategias planteadas para mejorar la adherencia serán distintas en cada caso. En la intencionada, hay una clara voluntad de no tomar la medicación por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc. (Ibarra y Morillo, 2017, p.6).

De este modo, la adherencia está relacionada con la efectividad de los resultados del tratamiento a través de la aplicación correcta del tratamiento. Así mismo, cuando se ha estudiado el período de seguimiento, se puede distinguir:

- Incumplimiento parcial. El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico. Si el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).

- Incumplimiento secuencial. El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto «vacaciones terapéuticas»).
- Cumplimiento de bata blanca. Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipemia.
- Incumplimiento completo. Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos (Merino y Gil, 2009, p.10).

Por lo que para determinar su nivel se debe tener en cuenta que esta se estima bajo una variable binaria, es decir, cumplidor/no cumplidor, adherencia/no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:

1. Relación médico-paciente: Se define en la relación existente entre el paciente y su médico o médicos tratantes, la comunicación efectiva, la confianza y el entendimiento de su enfermedad, garantizando el cumplimiento de su tratamiento.
2. El paciente y su entorno: Se relaciona con los determinantes sociales que rodean al paciente, su entorno familiar, afectivo, laboral, religioso, mitos, características sociodemográficas, nivel educativo, tipo de vivienda, etc. que son influenciadores en la toma asertiva de decisiones frente a la comunicación e indicaciones que se deben dar sobre su patología y tratamiento clínico y Fármaco terapéutico además de las alteraciones emocionales que pueda presentar el paciente a lo largo de los estadios de su enfermedad.
3. La enfermedad: En este caso tratamos una enfermedad crónica que va en deterioro funcional haciendo que el paciente cada vez este con mayor discapacidad para diferentes actividades, el no adherirse al tratamiento genera aceleración de esta condición y decremento en la calidad de vida del paciente y sus familiares.

4. La terapéutica: La adherencia al tratamiento farmacológico es indispensable en enfermedades crónicas, evitando la aceleración de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente, sin embargo, si esta no se hace de manera permanente con el profesional adecuado, bajo los lineamientos correctos y teniendo en cuenta las condiciones de entorno, determinantes sociales, enfermedad y tratamiento clínico y consentimiento del paciente esta puede no ser efectiva (Peralta, 2008).

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Analizar los modelos de atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, frente a la efectividad en la adherencia al tratamiento y calidad de vida a través de una revisión sistemática haciendo uso del instrumento QUADAS.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las investigaciones que han tenido por objeto el desarrollo de programas de atención domiciliaria a pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales a través de una revisión de la literatura en estudios entre el 2000 y el 2020 mediante al fichaje.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los modelos hallados de cuidado en casa para identificar la efectividad del tratamiento a través de la aplicación del instrumento QUADAS.
- Analizar la mejora de la calidad de vida de los pacientes según los modelos hallados con el fin de identificar la efectividad desde la parte emocional y física de los pacientes.

5. Metodología

5.1. Tipo y enfoque de investigación

Para el cumplimiento de los objetivos la investigación es tipo bibliográfica documental, la cual es entendida como un procedimiento científico y sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema (Alfonso, 1995 citado por Morales, s.f., p.2). Dentro de esta metodología las fuentes principales de investigación están compuestas por documentos impresos, electrónicos y audiovisuales. En este sentido, el enfoque de la investigación es cualitativo debido a que se hará uso de fuentes basadas en los resultados sistemáticos de los programas que se han realizado sobre la atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, como una forma de evaluar sus resultados y comprobar los beneficios que estos traen.

5.2. Proceso de investigación

La recopilación de la información se realizará por medio de los buscadores de bases de datos de las publicaciones realizadas en revistas especializadas, incluyendo artículos y datos relacionados con la pregunta de la presente investigación, en bases como Scielo, Google Accademic, Dialnet y RIMA con palabras claves como Home Care, visita domiciliaria, adulto mayor, enfermedades crónicas y enfermedades terminales. Se incluyó literatura no publicada, como conferencias de congresos, tesis y preguntas a expertos, que permitan la generación de un análisis sin sesgos ni inclinaciones que deterioren las conclusiones dadas en este trabajo.

Para la estrategia de búsqueda se intenta recolectar la mayor cantidad de artículos encontrados de manera aleatorizada en relación con intervenciones de atención

domiciliaria – Home Care a pacientes adultos mayores, buscando que no sean mayor a 20 años de su publicación con el objetivo de encontrar intervenciones aplicadas con criterios innovadores y recientes que aporten a la mejor evidencia en resultados de adherencia y calidad de vida de los pacientes adultos mayores con patologías de enfermedades crónicas o en estado terminal.

No se realizó exclusión de países ni de criterios relacionados con el estado de las enfermedades, se tomaron estudios con pacientes adultos mayores haciendo exclusión de rangos de edad. Con el fin de cumplir con los objetivos se plantea un proceso metodológico que consta del uso de técnicas como el análisis documental y de instrumentos como el fichaje:

- Análisis documental: con esta técnica se pretende recopilar y analizar la información que consta de estudios que hayan desarrollado programas o modelos de intervención de atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales.
- Fichaje: con este instrumento se pretende clasificar y tabular los estudios que serán incluidos en la investigación (ver Anexo 1) y que posteriormente serán analizados en el QUADAS.
- Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS): este es un instrumento que busca evaluar la validez interna y externa de las investigaciones y por ende su calidad. En este caso, se enfoca en determinar la calidad de los resultados de las investigaciones consideradas por el fichaje (ver Anexo 2) para finalmente presentar un análisis de los resultados relevantes que dan respuesta a la pregunta de investigación de forma organizada y sus posibles sesgos.

5.3. Revisión sistemática

Una revisión sistemática resume los resultados de los estudios de atención médica disponibles cuidadosamente diseñados (ensayos controlados) y proporciona un alto nivel de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de atención médica. Se pueden

hacer juicios sobre la evidencia e informar recomendaciones para la atención médica. Estas generalmente implican un plan detallado y completo y una estrategia de búsqueda derivada a priori, con el objetivo de reducir el sesgo al identificar, evaluar y sintetizar todos los estudios relevantes sobre un tema en particular.

Según Perdomo (2015) comprende la evaluación exhaustiva, protocolizada, sistemática y explícita de la literatura a partir de una pregunta clara de investigación, una metodología explícita, un análisis crítico de acuerdo con diferentes herramientas y un resumen cualitativo de la evidencia (p.35). Estas son investigaciones originales cuya unidad de análisis son los estudios o investigaciones primarias; son datos más que pacientes, y por este motivo también es considerada investigación secundaria, pero siempre debe ser considerada investigación original, puesto que se utiliza el método científico para la resolución de una duda planteada.

Las revisiones sistemáticas se caracterizan por tener y describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad de un tratamiento, diagnóstico, pronóstico, etc. Como se ha mencionado, las revisiones sistemáticas pueden responder preguntas de tratamiento, diagnóstico o pronóstico, donde la diferencia radica principalmente en los estudios primarios que serán incluidos y evaluados (Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic y Villanueva, 2018, p.184).

Con esta se busca identificar los estudios con relación a una pregunta problema desde el campo de la medicina, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros. Según Urra y Barría (2010) las RS sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias usando estrategias para reducir sesgos y errores de azar (p.9). Estas estrategias incluyen la búsqueda exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes y criterios explícitos, y reproducibles en la selección de artículos para revisión.

Los elementos fundamentales de una revisión sistemática son:

- Objetivos y criterios de elegibilidad claros.
- Metodología reproducible.

- Búsqueda sistemática de la literatura
- Evaluación del riesgo de sesgo
- Presentación sistemática y con síntesis de las características y resultado de los estudios. (Perdomo, 2015, p.36).

De este modo, dentro de los diversos modelos de medición de revisiones sistemáticas en el área de la salud se destaca el uso de la escala metodológica Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS), entendida como un instrumento para evaluar la calidad de los estudios previamente publicados, especialmente en el contexto de revisiones bibliográficas sistemáticas. Esta fue desarrollada por la Agencia para la Investigación y la Calidad Sanitaria (AHRQ), la Colaboración Cochrane y por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) en 2003. La herramienta original incluía 14 ítems que permitían evaluar la probabilidad de sesgos, las fuentes de variación (aplicabilidad) y la calidad del reporte. Cada elemento podía ser puntuado como "sí", "no" o "incierto" (Ciapponi, 2015).

Según Ciapponi (2015) el instrumento considera cuatro dominios clave: la selección de pacientes, la prueba índice, la prueba de referencia y, finalmente, el flujo de los pacientes a través del estudio y los momentos de realización de la prueba índice y la de referencia (flujo y tiempos). Su aplicación se completa en cuatro fases: 1) definición de la pregunta de la revisión, 2) adaptación de la herramienta y producción de una guía de revisión específica, 3) revisión del diagrama de flujo publicado para el estudio primario (o su construcción si no fue reportado), 4) evaluación de los sesgos y la aplicabilidad. Cada dominio se evalúa en términos de su riesgo de sesgo, y en los primeros tres dominios se consideran además las preocupaciones acerca de su aplicabilidad. La herramienta incluye preguntas orientadoras para facilitar la valoración de los aspectos mencionados, remarcando algunas cuestiones de diseño de los estudios primarios. Según Ciapponi (2015) esta consta de cuatro dominios, tales como:

- Selección de los pacientes: Idealmente, un estudio debe enrolar una muestra consecutiva o aleatoria de pacientes elegibles con sospecha de enfermedad para evitar la posibilidad de sesgo. Los estudios que hacen exclusiones inadecuadas

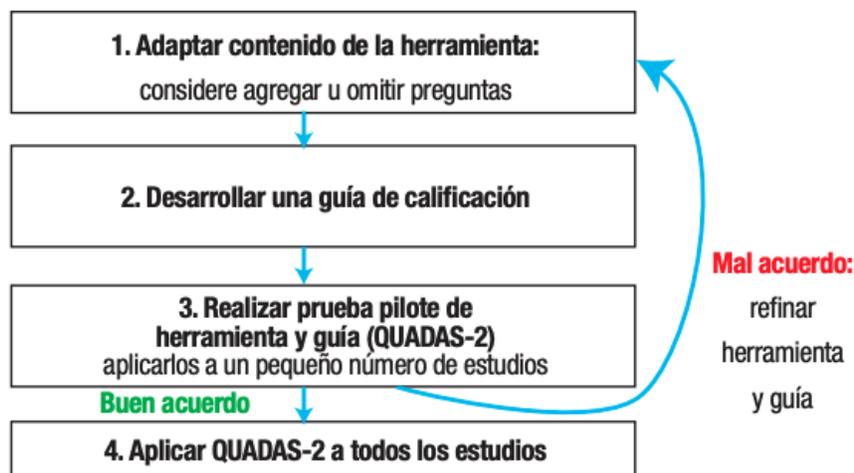
pueden dar lugar a una sobreestimación de la precisión diagnóstica. Pueden existir preocupaciones acerca de la aplicabilidad de la prueba diagnóstica que está siendo evaluada si los pacientes incluidos en el estudio fueron diferentes a los contemplados por la pregunta de la revisión, por ejemplo, respecto de la gravedad de la condición clínica en cuestión, de las características demográficas, de la presencia de diagnósticos diferenciales o condiciones comórbidas, del ámbito del estudio y de las pruebas anteriormente aplicadas a dichos individuos.

- Prueba índice: riesgo de sesgo, el conocimiento de los resultados de la prueba de referencia puede influir en la interpretación de resultados de la prueba índice que está siendo evaluada. La probabilidad de sesgo se vincula con el componente de subjetividad que pueda tener la interpretación de la prueba índice y con el orden de administración de dichas pruebas diagnósticas. La selección del umbral de la prueba para optimizar la sensibilidad y/o la especificidad puede dar lugar a una sobreestimación de sus resultados debido a un sobreajuste de su capacidad predictiva. En estos casos es probable que el desempeño de dicha prueba en la vida termine siendo más pobre que el observado durante el estudio de investigación. Tanto las variaciones en las tecnologías, como la ejecución o la interpretación de los resultados pueden afectar a las estimaciones de la precisión diagnóstica de una prueba. Si los métodos de la prueba índice varían respecto de los especificados en la pregunta de la revisión, pueden existir preocupaciones acerca de la aplicabilidad de sus hallazgos
- Prueba de referencia: las estimaciones de la exactitud de la prueba se basan en el supuesto de que la prueba de referencia es 100% sensible y en que los desacuerdos entre la prueba de referencia y la prueba índice se deben a problemas de clasificación incorrecta de la prueba índice. La posibilidad de sesgo se relaciona con la influencia potencial del conocimiento previo de los resultados de la prueba índice sobre la interpretación de la prueba de referencia. La prueba de referencia puede estar libre de sesgos, pero la condición diana diagnosticada puede diferir de la condición diana especificada en la pregunta de la revisión.
- Flujo y tiempos. A la inversa, una prueba de referencia que implica un tiempo de seguimiento puede requerir un período mínimo para evaluar si la condición diana

está presente. Los resultados de la prueba que está siendo evaluada influyen en la decisión de realizar o no la prueba de referencia o en cuál prueba de referencia utilizar, la estimación de la precisión diagnóstica puede estar sesgada, todos los participantes incluidos en el estudio deben ser incluidos en el análisis, más allá de que su seguimiento haya sido completo o no (p.26).

Su aplicación se completa en cuatro fases:

Figura 1. Proceso de adaptación del QUADAS-2 a una revisión sistemática.



Fuente: tomado de Ciaponni, 2015, p.23.

1. Definición de la pregunta de la revisión: los revisores primero comunican su pregunta de investigación en términos de pacientes, pruebas índices, pruebas de referencia y la condición diana o problema de salud a ser diagnosticado.
2. Adaptación de la herramienta y producción de una guía de revisión específica orientadora para juzgar el riesgo de sesgo (ver figura 1). El primer paso es considerar si alguna pregunta orientadora no se aplica a la revisión o si los núcleos de dichas preguntas no cubren adecuadamente las cuestiones específicas de la revisión.

3. Construcción del diagrama de flujo: facilitará los juicios sobre los riesgos de sesgos y debería proporcionar información sobre el método de reclutamiento de los participantes.
4. Evaluación de los sesgos y la aplicabilidad: la primera parte de cada dominio se refiere a las valoraciones y consta de tres secciones:
 - a) Información utilizada para apoyar la evaluación de la probabilidad de sesgo,
 - b) Preguntas orientadoras,
 - c) El juicio sobre el riesgo de sesgo (Ciapponi, 2015, p.30).

6. Análisis e interpretación de datos

Descripción de la labor de investigación realizada (como el trabajo de campo, los datos recolectados, el procesamiento estadístico, la presentación e interpretación de gráficos de resultados,).

Análisis de los resultados: Los resultados obtenidos son coherentes con la pregunta de investigación, con los objetivos general y específicos planteados y tienden a sugerir validación o rechazo de la hipótesis planteada. Debe considerar un análisis numérico y estadístico de los resultados, o un análisis cualitativo detallado que identifique patrones y categorías para dar significado a la información compilada.

Propuesta concreta de investigación a partir del análisis de resultados.

6.1. Identificar las investigaciones que han tenido por objeto el desarrollo de programas de atención domiciliaria a pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales a través de una revisión de la literatura en estudios entre el 2000 y el 2020 mediante el fichaje

La revisión sistemática de la literatura dio como resultado un total de 30 investigaciones relacionadas con programas de atención domiciliaria y estudios de precisión diagnóstica en adultos mayores con enfermedades crónicas y/o terminales. Cada investigación empleó una serie de metodologías específicas de acuerdo con los objetivos del estudio: encuestas, estudios de cohorte prospectiva, estudios de intervención tipo “antes-después”, estudios observacionales, ensayos clínicos y estudios de casos. Una clasificación geográfica de los resultados permitió identificar a España como el país con mayor cantidad de estudios asociados a programas de atención domiciliaria, seguido de Colombia, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Brasil, Holanda, Italia e Israel. Las

unidades de análisis variaron igualmente en cada investigación. En su mayoría, los programas de atención estuvieron orientados a los pacientes y sus necesidades, sin embargo, la participación de familiares y cuidadores también fue un objeto frecuente de estudio.

En cuanto a las poblaciones de estudio, se prestó especial atención a aquellos programas dirigidos a pacientes adultos mayores con padecimientos crónicos o terminales. En este sentido, se consideró una enfermedad crónica como una patología de larga duración y progresión lenta, tales como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades renales, los padecimientos cardiacos y las dificultades respiratorias, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2014). Por su parte, se definió como enfermedad terminal a aquella que “no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses)” (Buigues y otros, s.f.).

Algunas de las enfermedades más frecuentes en los pacientes analizados fueron la enfermedad renal crónica avanzada, la demencia, las fallas cardiacas y la dependencia funcional. Asimismo, los grupos etarios tuvieron un promedio de 65 a 85 años. Aunque todos los estudios estuvieron relacionados con programas de atención domiciliaria, las formas de intervención fueron diversas y no siempre se concentraban en actividades médicas. Intervenciones multidisciplinarias como las planteadas en el estudio de Guerrero y otros (2008) incluían iniciativas pedagógicas para brindar educación a los cuidadores respecto a enfermedades como la depresión y la ansiedad; otras consistían en programas de monitoreo a pacientes mediante el uso de dispositivos electrónicos (Moor y otros., 2018) y algunas otras estuvieron basadas en el desarrollo de actividades físicas para mejorar la movilidad y el estilo de vida de los pacientes (Turunen y otros, 2017). En contraste, las investigaciones sobre programas con prácticas de intervención médica fueron desarrollados casi en su totalidad a través de ensayos clínicos, algunos aleatorizados (Guerrero y otros, 2008; Wylie y otros, 2015; Achury y otros, 2018), otros controlados (Rolving y otros, 2017) o con procedimientos paralelos (Turunen y otros, 2017).

De manera general, los resultados de la revisión sistemática pueden ser agrupados en seis categorías: satisfacción, calidad de vida, reducción de ingresos hospitalarios, tasas

de mortalidad o síntomas depresivos; incremento de la adhesión a tratamientos médicos, resultados positivos variados y estudios en ejecución. La siguiente tabla presenta información detallada acerca de los estudios seleccionados, sus autores, resultados y observaciones puntuales.

Estudio No.	Título	Fecha	Pais /Ciudad	Tipo	Autor	Revista	Objetivo	Población	Grupo etario	Intervención	Tiempo	Resultados	Conclusiones	Observaciones
1	Nutrición parenteral domiciliaria; satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con la unidad de nutrición clínica y el servicio de farmacia.	2014	Servicio de Farmacia, Hospital universitario Gregorio Marañón, Madrid España	Encuesta anónima de 48 preguntas dirigida a los pacientes de NPD con las siguientes variables: datos personales, socioculturales, clínicos y relacionados con NPD y valoración del personal interdisciplinario.	Paula Arrabal Durán, Rosa María Romero Jiménez, Cristina Cuerva Compes, Miguel Cambor Álvarez, Irene Bretón Lesmes, Ana de Lorenzo Pinto, Silvia Buendía Bravo, Laura Frías Soriano, Pilar García Peris y María Sanjurjo Sáez	Nutrición Hospitalaria, 29 (5) 1123 - 1131	Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes que reciben NPD y sus cuidadores con los médicos, farmacéuticos y enfermeros de hospital.	24 Pacientes y cuidadores, pacientes con patologías como: Enteritis radicales, obstrucción intestinal 18,2%, carcinoma de intestino 45,5% y enfermedad de Crohn 9,1%	46 y 47 años	12 encuestas a cuidadores y 12 encuestas a pacientes, tasa de respuesta del 91,7% de los pacientes y un 58,3% de los cuidadores	18 meses	En cuanto a los ítems de evaluación de la evaluación personal interdisciplinaria los pacientes estuvieron satisfechos al igual que los cuidadores. Las sugerencias fueron la ampliación del horario de la entrega de NPD e inclusión de información audiovisual.	El grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores que reciben NPD es adecuado, aunque se pueden introducir mejoras para optimizar la calidad de todo el proceso.	Este tipo de intervención presenta un ahorro del 60 al 80% de la administración en un hospital.

2	Programa de atención domiciliaria a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Experiencia de dos años	2014	Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España	Artículo	José L. Teruel, Lourdes Rexach, Víctor Burguera, Antonio Gomis, Nuria Rodríguez-Mendiola, Alicia Díaz, Sergio Collazo, Carlos Quereda	Revista Nefrología, Órgano oficial de la Sociedad Española de Nefrología. 34 (5) 611 - 616	Describir la experiencia y lecciones aprendidas del programa de atención domiciliaria a pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en tratamiento conservador; implementado por el Servicio de Nefrología y la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital Gregorio Marañón	50 Pacientes con ERCA bajo tratamiento conservador	Edad media 81 años	Programa de atención domiciliaria en 2 fases: Aceptación del enfermo y su familia de inclusión en el programa. Valoración por la unidad de cuidados paliativos, identificación de cuidador principal, elaboración de plan de cuidados. Transcripción de todas las citas programadas se reducen a las imprescindibles. Es asistido por médico de AP.	Promedio de 184 días	44% de los enfermos no tuvieron que acudir a servicio de Urgencias del Hospital y el 58% no precisó ingreso hospitalario, Fallecieron 29 de los 50 pacientes tras un período promedio en el programa de 163 días, el 48% de ellos el lugar de fallecimiento fue su domicilio	Con un soporte de Unidad de cuidados paliativos y del servicio de Nefrología. El paciente con ERCA no candidato a diálisis puede ser controlado en su domicilio por Atención primaria.	Este tipo de intervención busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en un estado de deterioro avanzado del paciente, donde ya no hay resolutivez por parte de los especialistas hospitalarios.
---	--	------	--	----------	---	--	--	--	--------------------	---	----------------------	--	--	---

3	Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes	2011	Centro de Salud Sillería de Toledo, España	Estudio de intervención sin asignación aleatoria tipo "antes - después"	Ramón Orueta Sánchez, Rosa M ^a Gómez-Calcerrada Jiménez, Arancha Sánchez Oropesa, Samuel Gómez-Caro Marín, Juan Ramón Herrera Ontañón, Concepción Holgado Juan, Pilar Toledano Sierra	Revista Clínica Medicina Familiar 2012 5 (1) 3 - 8	Evaluar el impacto de la incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos sobre personas mayores dependientes y su satisfacción con el mismo	156 Personas mayores dependientes al incorporarse a estos a un programa de atención domiciliaria.	Adulto mayor	Evaluación en el momento de incorporación al programa y al año de este. Bajo las siguientes variables: Salud percibida (escala de Likert), calidad de vida (cuestionario de Nottingham), frecuentación (visitas/año y frecuentadores), satisfacción con la atención recibida (escala de Likert y puntos positivos y negativos)	12 meses	No modificación significativa de la salud percibida ni la calidad de vida en la valoración global, pero sí en mejoría ($p > 0,05$) en las esferas emocionales y de relación social de dicha calidad de vida. Disminución de la frecuentación (14,4 vrs 9,0; $p > 0,01$) y porcentaje de hiperfrecuentadores (34,0% vrs 17,1%; $p > 0,01$). el 85,4% de los pacientes consideran que la asistencia mejoró al final del año de intervención, con mejora significativa de la	La incorporación de un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute positivamente en los pacientes al mejorar su percepción sobre la asistencia recibida, reducir su utilización de los servicios sanitarios y mejorar algunas esferas de su calidad de vida.	Con referencia a la salud percibida de los pacientes, no se encontraron diferencias significativas en la salud percibida subjetiva antes y después de la intervención. De acuerdo con los datos relativos a la calidad de vida antes y después de la intervención, no se apreció una modificación significativa a nivel del deterioro global, pero sí mejoras significativas en las esferas emocional y de aislamiento social del paciente.
---	--	------	--	---	--	--	---	---	--------------	--	----------	---	---	---

												satisfacción de la asistencia recibida global (p>0,05), médica (p>0,05) y de enfermería (p>0,01): (7,8 vrs 8,5; 8,0 vrs 8,7 y 7,3 vrs 8,4 respectivamente).		
4	Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios.	2010	Mexico DF, Mexico	Estudio de Cohorte prospectiva a tres meses a partir del egreso hospitalario de dos hospitales de la ciudad de Mexico	Maria Claudia Espinel Bermudez, Sergio Sanchez Garcia, Tereza Juarez-Cedillo.	Salud Publica de Mexico, DF 2011; 53, 17 - 25	Evaluar el impacto del programa de Atención domiciliaria del enfermo crónico, comparado con la atención habitual a ancianos con dependencia funcional, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.	130 ancianos con dependencia funcional, 70 insertados al programa ADEC y 60 con atención habitual.	Promedio de 74 años, rango de 61/103	Se midió impacto en reingresos hospitalarios y calidad de vida a partir de la escala Perfil de impacto de la enfermedad (SIP, por sus siglas en inglés) el promedio de edad fue de 74 años predominando las mujeres en un 60%. El principal diagnóstico fue la enfermedad	3 meses	El grupo de ADEC mejoro la calidad de vida en la dimensión psicosocial (46.26(+/-13.85) comparado con 29.45 (+/-16.48) vrs 47.03 (+/-16.47) a 42.36 (+/-16.35) p<0,05 en grupo habitual No se presentaron diferencias en los	La introducción de modelos de atención domiciliaria representa una alternativa para la contención de los servicios y para mejorar la red de apoyo entorno al anciano. Realizar estudios de costo efectividad probaria la pertinencia	El equipo realizo tambien una evaluacion medico-social antes del egreso hospitalario, despues se realizo una seccion educativa a la familia sobre el estado de salud del anciano y necesidades de cuidado en casa. Posterior a esto se programan las visitas domiciliarias proporcionando material medico quirurgico, medicamentos, alimentacion complementaria.El equipo es conformado por dos

										vascular cerebral en un 30,77%.		reingreso (P>0.05)	del programa dentro de políticas públicas de atención a largo plazo.	grupos uno hospitalario y otro domiciliario de un medico, una enfermera, una psicóloga y un residente de medicina interna. durante los tres meses se realizaron 2 visitas
5	Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria.	2014	Colombia, Santiago de Cali	Estudio observacional, descriptivo y de cohorte transversal.	Naranjo Rojas A, Millan JC, Orrego M	Rev. Fac. Nac. Salud pública 2016; 24 (2) 212-219	Determinar la adherencia de planes caseros de terapia respiratoria de pacientes con enfermedades crónicas de un programa de atención domiciliaria, cuyos tratamientos incluyen prácticas de terapias respiratorias.	83 adultos entre 45 y 83 años con patologías crónicas	45 a 83 años	Se diseñó una encuesta dirigida a pacientes y cuidadores primarios.	12 meses	El comportamiento entre las variables analizadas no fue paralelo, en ambas variables bien sea por factores como el tipo de afiliación caso que correspondía al plan casero, mientras en el segundo de ellos presenta un comportamiento que refleja una diferencia en el número de sesiones realizadas por mes y las	Este estudio encontró que los planes caseros muestran que la adherencia es efectiva, pero depende del alto grado de manejo que se de inicialmente desde los sistemas de seguridad social al que pertenezcan los pacientes y al cumplimiento de las actividades.	Este estudio permite implementar medidas preventivas y de control en pacientes crónicos que hagan parte del programa de atención domiciliaria; debido a que este es el primer estudio descriptivo. De igual forma, permite desarrollar posibles hipótesis que den inicio a nuevas investigaciones comparativas que formalicen dichos planes caseros en el entorno domiciliario.

												actividades registradas en el plan casero.		
6	La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y los nuevos retos de salud	2002	Valencia / España	Estudio descriptivo , retrospectivo de una serie de pacientes atendidos en HD, en el área sanitaria número 9 de la comunidad valenciana .	Minardi Mitre Cotta, Maria Morales Suárez, Jose Sette Cotta	Rev. Panam Salud Pública 11 (4) 253 -261	Describir y analizar las características de la población asistida en Hospitalización domiciliaria, y en comentar el papel de la hospitalización domiciliaria como mecanismo de integración y coordinación entre niveles frente al reto de la reorganización de políticas y proyectos de atención sanitaria, especialmente dirigidos a la población	799 Adultos mayor de 65 años en adelante, predominante del sexo femenino, con enfermedades crónicas dejen rativas o terminales 72% y múltiples enfermedades asociadas	65 en adelante (media 73)	Estudio descriptivo de las variables analizadas, calculandose la media y la desviación estandar para las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta y relativa (%) para las variables cualitativas.	8 meses	El perfil de los pacientes estudiados corresponde a ancianos incluidos pro proceso crónicos. Los programas de atención domiciliaria en proporción con el envejecimiento de la población concluyen que la atención sociosanitaria a domicilio es el espacio capaz de ofrecer una asistencia global e integradora, en especial a los	La asistencia continua y eficaz de la salud y bienestar del anciano requiere diferentes niveles de intervención sanitaria y debe estar basada en lo que hoy es un objetivo inaplazable: la atención integrada y coordinada entre los dos principales niveles de atención sanitaria. Son estos factores los que en última instancia, determinan la calidad de la asistencia	El estudio de enfoca en 5 grupos, proceso agudos, crónicos y cuidados paliativos

							anciana.					ancianos, optimizando los recursos y generando sinergias tanto entre la atención primaria y el hospital como entre la atención sanitaria y social potenciando y facilitando así una acción más coordinada integrada entre los diferentes niveles sociosanitarios	y la capacidad resolutive de los problemas asistenciales planteados en la atención del paciente geriátrico.	
7	Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca	2017	Bogotá, Colombia	ensayo clínico	Diana Achury Saldaña, Luisa Fernanda Aponte, Johana Gómez Rodríguez, Nubia Roa Buitrago	Revista electrónica trimestral de enfermería	Determinar el efecto del seguimiento telefónico en los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico o no farmacológico o en los pacientes que asisten a un programa de falla cardíaca de	61 pacientes	mayores de 18 años	los pacientes se aleatorizaron a seguimiento telefónico o a seguimiento usual. Para determinar el efecto de la intervención se realizaron tres mediciones de los niveles de adherencia: antes del seguimiento, a los 12 meses y 6 meses	6 meses	Los pacientes con seguimiento telefónico tuvieron tendencia a clasificarse en niveles de mayor adherencia que los del grupo control. En el modelo multivariado se encuentra una	El seguimiento telefónico se convierte en una intervención efectiva que promueve la motivación, la autogestión y la comunicación asertiva con el paciente, siempre y cuando se realice de	Es necesario realizar monitoreos durante 12 meses para mantener las conductas de adherencia a través del tiempo. Variables como el género, el nivel de escolaridad y los cuidadores se convierten en factores que pueden favorecer la adherencia en los pacientes con falla cardíaca.

							una institución de cuarto nivel de atención			después de finalizar el seguimiento		asociación entre los puntajes de adherencia y el seguimiento telefónico.	manera estandarizada y a lo largo del tiempo.	
8	Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca	2016	Bogota, Colombia	Cohorte prospectivo	Walter Gabriel Chaves-santiaGo, ivonne andrea rinCón, hernán david bohórquez, lilian roCío Gámez, Jennifer alexandra téllez, manuel villarreal	Acta Medica Colombiana Vol. 41 N° 4 Octubre, Noviembre 2016	evaluar el cumplimiento o al tratamiento con el test de Morisky Green, así como la funcionalidad familiar y las redes de apoyo con instrumentos como el Apgar familiar y el ECOMAPA a los 30 días del alta hospitalaria, y de las recomendaciones no farmacológicas a los 90 días	54 pacientes	Edad media 76 años	Se realizó una visita domiciliaria, para evaluar el cumplimiento del tratamiento utilizando el test de Morisky Green y se reforzaron medidas para el tratamiento no farmacológico. A los 90 días del egreso, se llamó para evaluar el cumplimiento a las recomendaciones que se impartieron en la visita domiciliaria	30 días	La adherencia por el test de Morisky Green evaluada a los 30 días fue de 72% (n=39), a los 30 días en la visita domiciliaria se observó que la funcionalidad familiar fue buena en 60% (n=33), y buena red de apoyo el 63% (n=34) de los pacientes. A los 90 días el cumplimiento de las recomendaciones no farmacológicas fue de 96% (n=51)	La funcionalidad familiar y las redes de apoyo no son adecuadas en el 40% de los pacientes. Indagar estas razones y hacer seguimiento al cumplimiento podrían mejorar los resultados en esta población de pacientes. Los programas de acompañamiento y la visita domiciliaria ayudan a reforzar el	Las debilidades del estudio se relacionaron con el porcentaje de los participantes que murieron durante el seguimiento, antes de obtener información para el análisis y los pacientes excluidos por no encontrarse dentro del área urbana, por lo cual se obtuvo una muestra limitada.

												para la actividad física y la restricción hídrica, no así para la ingesta de sodio 78% (n=42).	cumplimiento del autocuidado y deberían ser implementados para brindar a los pacientes herramientas con las cuales afrontar con una visión más amplia sus enfermedades crónicas	
9	Seguimiento de un modelo de atención en hospitales de día polivalente en la ciudad de Medellín	2018	Medellin, Colombia	descriptivo retrospectivo de fuentes secundarias	Díaz-Coronado JC, RodríguezAriza DE, Quintero Betancur-M, Soto-MC Osorio, Pineda Tamayo	Ces, medicina mayo-agosto 2018	Describir la SE Seguridad y Eficacia, en Términos de Mortalidad, reingresos hospitalarios y eventos adversos En un modelo de un hospital - día polivalente Enfocado en Pacientes provenientes de Servicios de Medicina Interna	3419 pacientes	62,6 ± 18,3 años	El programa funciona bajo la modalidad de hospital de día polivalente. Los pacientes recibieron atención médica especializada para los médicos de medicina interna y el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Los pacientes son admitidos 08 a.m.-5 p.m., que se	2 años	los modelos de hospitalización a domicilio han demostrado grandes beneficios en comparación de los modelos tradicionales de hospitalización, el presente de hospital día, ha demostrado ser en línea con la literatura mundial en	Este análisis retrospectivo del modelo de hospital de día, es el único reportado hasta el momento en la literatura latinoamericana, nos permite demostrar su seguridad y eficacia clínica en el cuidado de pacientes adultos.	Los autores recomiendan reforzar la confianza de los médicos y los administradores de los modelos de atención médica ambulatoria, debido a que esto se convierte en el mayor obstáculo para una adecuada integración con los modelos tradicionales de atención hospitalaria. Del mismo modo, proponen evaluar estrategias que faciliten la implementación de modelos de hospital guardería polivalentes en

										denominan de hospitalización o servicios ambulatorios del segundo y tercer nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. El programa ofrece a los suministros y equipos necesarios de segundo y tercer nivel de complejidad, como el oxígeno, medicamentos por vía intravenosa, de laboratorio. De spués de la atención, se transporta de nuevo a la dirección en la que continúa con un plan de gestión establecida, que incluye la aplicación de terapias endovenosas, subcutánea u oral.	terminos de seguridad. debido a la disminucion de las tasas de rehospitaliza ción, tambien se encontro bajas tasas de mortalidad y eventos adversos.		Colombia con el fin de normalizar su uso y explotan a sus beneficios para el modelo de atención de salud actual
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

10	Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes	2011	Toledo, España	Artículo	Ramón Orueta Sánchez, Rosa M ^a Gómez-Calcerrada Jiménez, Arancha Sánchez Oropesa, Samuel Gómez-Caro Marina, Juan Ramón Herrera Ontañón, Concepción Holgado Juan, Pilar Toledano Sierrac	Revista Clinica Medicina Familia 2012; 5(1): 3-8	Evaluar el impacto de la incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos sobre personas mayores dependientes y su satisfacción con el mismo.	156 pacientes	menos de 65 años	Incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos de personas mayores dependientes y evaluación en el momento de incorporación al programa y al año de la misma. Las variables evaluadas fueron: salud percibida (escala Likert), calidad de vida (cuestionario de Nottingham), frecuentación (visitas/año y frecuentadores) y satisfacción con la atención recibida (escala Likert y puntos positivos y negativos del programa).	1 año	No se registró modificación significativa de la salud percibida ni de la calidad de vida en la valoración global. Pero si se evidenció mejoría en las esferas emocionales y de relaciones sociales de dicha calidad de vida. Disminución de la frecuencia y porcentaje de hiperfrecuentadores. el 85.5% de los pacientes consideran que la asistencia mejora al final del año.	la incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute de manera positiva en los pacientes al mejorar la percepción sobre la asistencia recibida, reducir su utilización de servicios sanitarios y mejorar algunas esferas de calidad de vida.	La accesibilidad a los servicios sanitarios, la información recibida y la relación con los profesionales son factores clave en la evaluación de actividades.
----	--	------	----------------	----------	--	--	--	---------------	------------------	---	-------	--	--	--

11	Quality of life among elderly people receiving home care services	2009	Santa Catarina, Brasil	Estudio transversal	Josiane de Jesus Martins ¹ , Dulcinøia Ghizoni Schneider ² , Francyne Lee Coelho ³ , Eliane Regina Pereira do Nascimento ⁴ , Gelson Luiz de Albuquerque ⁵ , Alacoque Lorenzini Erdmann ⁶ , Fabiana Oenning da Gama ⁷	Rev paul enferm ria vol 22	Evaluar por medio de la aplicacin del WHOQOL-100, la calidad de vida de ancianos que reciben cuidados domiciliarios en salud	50 Pacientes	69-84 años	La recolección de los datos fue realizada por medio de la aplicacin del cuestionario WHOQOL-100. Los datos fueron compilados y analizados con el auxilio del software Epiinfo.	No aplica	Los resultados de este estudio sugieren que la muestra de pacientes ancianos tenía una buena calidad de vida a pesar de tener condiciones de comórbidas.	La Estrategía de Salud familiar juega un papel clave en el contexto de la salud y el cuidado, especialmente cuando se requiere desarrollar estrategias de atención, educación y promoción de la salud y prácticas de recuperación . Otro factor a enfatizar es que el instrumento aplicado permite el cuidado de la salud y servicios de atención médica a evaluar. Por lo tanto, los resultados pueden ayudar tanto a profesionales de la salud como a gerentes para evaluar los servicios	Para estos autores el principal desafío que enfrentan los profesionales de la salud está asociado al cuidado de los seres humanos en su conjunto, realizando acciones encaminadas a disminuir su dolor y sufrimiento en lo físico, psicológico, social y espirituales.
----	---	------	------------------------	---------------------	---	----------------------------	--	--------------	------------	--	-----------	--	---	--

													y repensar estrategias de salud orientadas a las personas mayores, especialmente aquellos que requieren cuidados en el hogar.	
12	Quality of life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Progra	2011	Barcelona, España	Estudio de casos	Montserrat Puig Llobet, Nuria Rodríguez Àvila, Jaume Farràs Farràs, Maria Teresa Luch Canut	Rev latinomericana de Enfermeria May-Jun; 19(3):467-75	Identificar los elementos que participan en la Calidad de Vida (CV) de las personas mayores de 75 años que reciben cuidados domiciliario	26 individuos	mayores de 75 años	se entrevisto a cada uno de los integrantes del estudio donde se evaluaba : datos sociodemograficos, concepto y percepcion de calidad de vida, satisfaccion con la vida y sentimiento de felicidad	No aplica	El 76,9% presentó una buena percepción de CV y los principales elementos relacionados fueron la salud, las relaciones familiares y sociales y la adaptación. La teoría de los roles y la teoría de la desvinculación explican el proceso de adaptación de estos individuos en esa etapa de la vida.	entre las definiciones y percepciones que presentan los individuos del estudio al momento de entrevistas es que estar saludable es uno de los informes más frecuentes con los cuales relacionan calidad de vida y la importancia de la salud en la valoración de calidad de vida, también se valoran las buenas relaciones, el	En este estudio los autores encontraron que a pesar de que los pacientes no se quejan de la falta de compañía o vida social, si reconocen su deseo de relacionarse con personas de su edad.

													sentirse amado y apoyado por la familia y recursos económicos	
13	Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude practice of older adults' caregivers	2018	Sobral, Brasil	Artículo. Estudio Cuasi-experimental	Andréa Carvalho Araújo Moreira, Maria Josefi na da Silva, Juan José Tirado Darder, Janaína Fonseca Victor Coutinho, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Marília Braga Marques	Rev Bras Enferm [Internet] . 2018;71(3):1055-62	Comparar el conocimiento, la actitud y la práctica de los cuidadores de adultos mayores antes y después de una intervención educativa en los dominios de la atención entre el cuidador y el adulto mayor, alimentación, baño, higiene, movilidad y transporte.	82 cuidadores	Edad promedio 47 años	Estudio cuasiexperimental realizado con 82 cuidadores, de los cuales 34 participaron en la intervención. Las entrevistas se realizaron a través de una investigación para evaluar el grado de conocimiento, la actitud y las prácticas sobre el cuidado de los adultos mayores.	4 horas	La intervención educativa condujo a mejoras en el conocimiento, actitud y práctica, con significación estadística de actitud ($p < 0.020$) y práctica ($p < 0.001$), en el dominio del cuidado entre el cuidador y el adulto mayor; conocimiento ($p < 0.001$) y práctica ($p < 0.003$) en alimentación; Conocimiento ($p < 0.001$) y práctica ($p < 0.001$) en baño e higiene; y conocimiento	Los resultados de este estudio reafirman la importancia de realizar intervenciones educativas con cuidadores de adultos mayores, considerando que la intervención educativa de enfermería aplicada fue capaz de mejorar el conocimiento, la actitud y la práctica de estos cuidadores. Estas mejores prácticas se reflejan en una mejora en la calidad de vida de los	Las limitaciones de este estudio son el tamaño de la muestra, la falta de un grupo de control y la duración de la intervención, debido a que la intervención de cuatro horas puede no haber sido suficiente para que los cuidadores transformen la información recibida en conocimiento, cambio de actitud y práctica.

												o ($p < 0.001$), actitud ($p < 0.001$) y práctica ($p < 0.001$) en movilidad y transporte. El análisis de los 34 cuidadores que comenzaron y completaron el estudio mostró una mejora en la actitud en La mayoría de los dominios.	pacientes.	
14	Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental	2012	Colombia	Investigación descriptiva transversal	Castaño Mora, Y., Erazo Chávez, IC., Piedrahita Sandoval, LE.	Revista Electrónica Trimestral de Enfermería N° 28 Octubre 2012 pp. 41-51	Mejorar la calidad en el cuidado de personas con enfermedad mental, mediante la aplicación de conocimientos teóricos y el desarrollo de destrezas, desde la implementación del Proceso de Atención de Enfermería en un	38 pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia	67 años	Investigación descriptiva transversal; participaron 38 personas con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó la valoración según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, en el período de enero – junio de 2010.	3 meses	Se identificaron 4 patrones alterados con prevalencia por encima del 20%: Actividad y ejercicio, nutricional metabólico, rol relaciones y cognoscitivo sensorial. La intervención de enfermería estuvo orientada desde	La identificación de los patrones funcionales y los diagnósticos de enfermería que se ven afectados con mayor frecuencia en la persona con enfermedad mental, permite al enfermero(a) propiciar intervenciones en pro del	Se requiere incentivar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la población de personas con enfermedad mental para garantizar un cuidado integral y de calidad, que busque involucrar la familia como elemento dinamizador del proceso de recuperación del sujeto intervenido

							Programa de Atención Domiciliaria de una institución de salud mental de tercer nivel del Suroccidente Colombiano.					enfoques promocionales y preventivos, con cuidados específicos según requerimiento del paciente.	mejoramiento de las condiciones de vida del individuo; constituyéndose así el proceso de atención de enfermería como una estrategia fundamental del cuidado. Esta investigación tiene un impacto significativo, puesto que la población de personas con enfermedad mental y su familia, requieren de procesos de cuidado integral que trasciendan el trastorno mental e incluyan la valoración de otros elementos fundamentales para lo cual la valoración por patrones se constituye en un	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--

													referente apropiado a la necesidad de cuidado integral.	
15	Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria	2008	España	Ensayo clínico aleatorizado	Laura Guerrero Caballero, Rafel Ramos Blanes, Ana Alcolado Aranda, Maria Josep López Dolcet, Juan Lucas Pons La Laguna, Miquel Quesada Sabaté	Revista Gaceta Sanitaria 2008;22(5):457-60	Mejorar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión de los cuidadores de pacientes en atención domiciliaria.	79 cuidadores principales (39 grupo control y 40 grupo intervención) de pacientes en atención domiciliaria	Edad promedio de 60 años	Las intervenciones consistieron en 2 visitas médicas para realizar la anamnesis biopsicosocial del cuidador y una visita de enfermería sobre educación sanitaria. Se enviaron dos cartas adaptadas a cada cuidador y se realizaron dos llamadas telefónicas de	2 meses	Se observó una mejora significativa del grupo intervención respecto al grupo control en relación con WONCA-sentimientos ($p = 0,03$), WONCA-actividades sociales ($p = 0,05$) y WONCA-calidad de vida ($p = 0,02$).	Una intervención multidisciplinaria y adaptada a la consulta habitual podría reducir el deterioro de la calidad de vida de los cuidadores y sus pacientes.	Los autores consideran que la intervención sería coste-efectiva si se aplicara sistemáticamente en un centro de salud. Sería factible que el médico de familia de cada paciente realizara la intervención en el tiempo que dedica para las visitas domiciliarias, tal como hicieron las enfermeras del presente estudio.

										apoyo.				
16	Diálisis peritoneal paliativa: implantación de un programa de atención domiciliaria a enfermos tratados con diálisis peritoneal (DP) en situación terminal	2015	España	Tratamiento dirigido por las unidades de atención primaria	Maite Rivera Gorrin, José Luis Teruel-Briones, Victor Burguera Vion, Lourdes Rexach, Carlos Quereda	Revista Nefrología 2015; 35(2):146-149	Describir las experiencias obtenidas con un programa de atención domiciliaria para pacientes en Diálisis Peritoneal Paliativa en situación terminal manejados en colaboración con su médico de atención primaria (MAP) y mantenidos en DP hasta su fallecimiento .	5 pacientes	Entre 46 y 67 años	Se contactó a los MAP de cada paciente para solicitarle que compartiera el seguimiento del paciente y la técnica dialítica. Una enfermera de atención primaria (AP) realizó un pequeño aprendizaje (1 a 3 días) en la unidad de DP. También se entrenó a un miembro del personal auxiliar de una Unidad de Larga estancia (ULE) pública para enfermos crónicos donde ingresó	No especificado	Cuatro pacientes fueron tratados en domicilio hasta su fallecimiento con DP asistida por un familiar y 1 en una ULE pública. La supervivencia a fue de 17 a 119 días con una mediana de 33 días. Solo 1 paciente ingresó en el Hospital durante 3 días después de iniciar los	La Diálisis peritoneal puede mantenerse hasta el final de la vida de los pacientes terminales sin ser transferido a Hemodiálisis y sin gran sobrecarga del cuidador. El apoyo de los profesionales de atención primaria ha sido esencial para dar un tratamiento digno e individualizado a estos pacientes y cumplir la Ley de Autonomía	La toma de decisiones en pacientes con patología terminal ha de ser compartida, explicando la situación clínica, el pronóstico y valorando la calidad de vida y deseos del paciente. En los casos en los que plantear la suspensión de la Diálisis peritoneal puede aumentar la angustia y desolación del paciente y su entorno familiar, la diálisis peritoneal paliativa creemos que sería una buena solución.

										<p>un paciente hasta su muerte, quien formó al resto de auxiliares de la residencia. El equipo de atención primaria extraía la analítica a domicilio y nos la comunicaba por teléfono, junto a la información clínica del paciente. La analítica extraída consistía en un hemograma y una bioquímica básica. La periodicidad de las visitas domiciliarias y de las extracciones analíticas fue establecida por el MAP y se adecuaron a las necesidades del paciente. De este modo, ningún paciente volvió a revisión</p>		<p>CP. La DP asistida fue en todos los casos de la modalidad manual. Los intercambios pautados fueron 1 o 2 al día, y en casos puntuales se hizo un tercer cambio cuando fue necesario para garantizar la ultrafiltración . 4 pacientes fueron manejados con glucosa al 2,27% y solo 1 paciente recibía icodextrina en el intercambio largo.</p>	<p>del Paciente.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	--

										médica periódica a la Unidad de DP del Hospital. El tratamiento farmacológico se ajustó a las necesidades y situación del paciente. Como norma general se suspendió toda la medicación a excepción de la eritropoyetina y los hipotensores.				
17	Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México	2013	Mexico	Estudio transversal	Liliana Giraldo-Rodríguez, Sara Torres-Castro, David Martínez-Ramírez, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Ricardo Pérez-Cuevas	Rev Saúde Pública 2013;47(4):711-7	Analizar el efecto de un programa piloto de tele-asistencia y tele-alarma en la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores y conocer la satisfacción y aceptación del programa	378 adultos mayores, 294 cuidadores/familiares y 53 profesionales de la salud	Edad promedio de 78 años	Entrevistas a 378 adultos mayores, 294 cuidadores/familiares y 53 profesionales de la salud, realizado en la Ciudad de México en 2010. Variables sociodemográficas, de autopercepción del estado de salud, satisfacción y aceptación del programa se obtuvieron por medio de cuestionario	6 meses	Se observaron efectos significativos en la autopercepción del estado de salud, 6,17 (DE 17,9 p < 0,05) puntos por encima de la media. El programa tuvo una buena aceptación por parte de los adultos mayores, de sus cuidadores	El programa contribuye a mantener o mejorar la calidad de vida, permite la atención preventiva y es un medio ideal para dar apoyo psicosocial a los adultos mayores.	El presente estudio tuvo como limitaciones el no contar con una base completa que permitiera medir los impactos en la salud y en la calidad de vida de las personas mayores y de sus cuidadores/familiares, así como, la ausencia de un análisis económico que hubiese fortalecido el estudio proporcionando mayor información sobre el impacto de este tipo en los costos de los

										estandarizado. Se realizó análisis descriptivo y se utilizaron pruebas no paramétricas.		familiares y de los profesionales de la salud.		servicios de salud.
18	Functional Recovery Within a Formal Home Care Program	2019	Estados Unidos	Análisis retrospectivo longitudinal	John N. Morris, Katherine Berg, Elizabeth P. How, Palmi V. Jonsson, Meredith Craig	Journal of the American Medical Association 20 (2019) 1001e1006	Identificar pacientes de atención domiciliaria con déficits funcionales sustanciales que tuvieran capacidad para mejorar.	523,907 pacientes receptores de cuidado domiciliario	Edad promedio de 75 años	Las variables del algoritmo de recuperación incluyeron recuentos de dependencias de actividades de la vida diaria (ADL) y tareas instrumentales de ADL (IADL), hospitalización en los últimos 30 días, deterioro funcional en los últimos 90 días y confianza en la capacidad de mejorar. La variable dependiente primaria fue la mejora en la Escala de Jerarquía	8 meses	El algoritmo de recuperación tiene 7 niveles calificados: los 3 primeros representan aproximadamente el 9% de los clientes de atención domiciliaria, mientras que el nivel inferior (donde es menos probable que ocurra la recuperación) incluye el 60% de los clientes de atención domiciliaria	El algoritmo de recuperación se basa en una combinación de indicadores de riesgo positivos y el estado funcional inicial desafiado de la persona. Para personas con puntajes más altos en el algoritmo, la recuperación se espera y debe considerarse en los objetivos del plan de atención. Además, el	El algoritmo de recuperación propuesto en este estudio contribuye a resaltar el potencial de recuperación entre los adultos mayores frágiles.

										Funcional IADL-ADL.	(muchos con recuentos más altos de ADL o IADL extensas) dependencia s) Las tasas de mejora aumentan de 6.9% a 47.2% en los 7 niveles del algoritmo. Esta relación entre el cambio en los puntajes de la Escala de Jerarquía Funcional IADL-ADL y los niveles de Algoritmo de Recuperación se mantuvo fuerte en todas las categorías de edad y niveles de rendimiento cognitivo. Se produjeron tasas de mejora más altas para las personas que recibieron terapia física	uso de fisioterapia aumenta la probabilidad de recuperación .	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	---	---	--

19	Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria	2007	España	Estudio transversal	M. Planas, C. Pérez-Portabella, T. Rodríguez, C. Puiggrós, D. Elvira y E. Dalmau	Revista de Nutrición Hospitalaria 2007;22(5):612-15	Analizar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares o cuidadores en relación a un servicio de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) controlado desde la Unidad de Nutrición del Hospital.	90 pacientes	Edad promedio de 63 años	Un cuestionario para los pacientes y otro para los familiares/cuidadores fue remitido a los enfermos que recibiendo nutrición enteral por sonda en su domicilio quisieron voluntariamente colaborar. Cuestionarios similares se remitieron a pacientes ingresados en el hospital tratados con nutrición enteral así como a sus posibles cuidadores en el caso de que recibieran este tratamiento a domicilio.	1 semana	De acuerdo con los resultados, en general los pacientes y cuidadores consideran bueno o muy bueno el servicio recibido. Si este tratamiento se ofrece en el domicilio habitual es que quieran seguir con esta modalidad y no volver al hospital para recibirlo. Finalmente, la posibilidad de disponer de contacto telefónico seguido de visita si es necesaria, es la preferencia de elección.	Los resultados de las encuestas realizadas en pacientes/familiares permiten concluir que la nutrición enteral domiciliaria dentro de un programa de atención y seguimiento a domicilio controlado desde la Unidad de Nutrición del hospital de referencia es un tratamiento muy bien aceptado tanto por pacientes como por familiares de los mismos o cuidadores.	De las posibles acciones a elegir para controlar el tratamiento a nivel domiciliario, está claro que el disponer de contacto telefónico permanente y visita a domicilio en caso de que fuera requerida fue la opción más seleccionada por todos los grupos de encuestados.
----	---	------	--------	---------------------	--	---	--	--------------	--------------------------	---	----------	---	---	--

20	A Specific Home Care Program Improves the Survival of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Receiving Long Term Oxygen Therapy	2009	Milan, Italia	Estudio prospectivo de seguimiento de 2 cohortes paralelas	Maurizio Rizzi, Mario Grassi, Marica Pecis, Arnaldo Andreoli, Anna Eugenia Taurino, Margherita Sergi, Francesco Fanfulla	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2009-03-01, Volumen 90, Número 3, Páginas 395-401	Analizar la influencia de un programa de atención domiciliaria en los resultados de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que reciben oxigenoterapia a largo plazo en comparación con los resultados de los pacientes que reciben atención estándar.	217 pacientes	Edad promedio de 68 años	El programa consistió en evaluaciones clínicas y funcionales ambulatorias cada 6 meses, y evaluaciones domiciliarias realizadas por un equipo específico que incluía un neumólogo, una enfermera respiratoria y un terapeuta de rehabilitación cada 2 a 3 meses o más, según sea necesario.	24 meses	Ciento ocho pacientes ingresaron al programa de atención domiciliaria y 109 pacientes fueron tratados convencionalmente. Los 2 grupos de pacientes no difirieron por edad, sexo, índice de masa corporal, EPOC severidad o condiciones comórbidas. La mortalidad general durante el seguimiento fue del 63% y la mediana de supervivencia fue 96 38 meses. Las curvas de supervivencia para pacientes con atención domiciliaria y sin atención domiciliaria	Un programa de HC orientado a la enfermedad es eficaz para reducir la mortalidad y los ingresos hospitalarios en pacientes con EPOC que requieren LTOT.	Aunque este estudio fue prospectivo, los pacientes no fueron asignados aleatoriamente a las 2 cohortes.
----	--	------	---------------	--	--	---	---	---------------	--------------------------	---	----------	---	---	---

												exacerbaciones / año que los pacientes con SC.		
21	Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program)	2013	País Vasco	Estudio de cohorte prospectivo comparativo	Emilio Herrera Molina, Roberto Nuño-Solinis, Gorka Espiau Idioaga, Silvia Librada Flores, Naomi Hasson, Juan F Orueta Media	BMC Palliative Care 2013, 12:3	Analizar si un programa de intervención social en cuidados paliativos (SAIATU) da como resultado una reducción en el consumo de recursos y costos de salud por parte de los pacientes al final de la vida y promueve un cambio hacia un modelo de	150 pacientes oncológicos	Adulto mayor	Medir sistemáticamente las características del paciente y su consumo de recursos en los últimos 30 días de vida, con y sin la intervención de un equipo de apoyo social capacitado para brindar atención en el hogar al final de la vida.	13 meses	Los resultados de este estudio prospectivo ayudarán a verificar o refutar la hipótesis de que la atención social en el hogar ofrecida por SAIATU mejora la eficiencia del uso de los recursos de atención médica por parte de estos pacientes	Se espera que el estudio estratifique a los pacientes oncológicos por consumo de recursos iso, de acuerdo con el perfil promedio del comportamiento al final de la vida.	Este proyecto aún se encuentra en ejecución.

							atención más comunitario					(calidad de vida, control de síntomas).		
22	Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study	2015	Singapur	Estudio cuasiexperimental utilizando un diseño pre-post	Lian Leng Low, Farhad Fakhrudin Vasanwala, Lee Beng Ng, Cynthia Chen, Kheng Hock Lee, Shu Yun Tan	BMC Health Services Research (2015) 15:100	Evaluar la efectividad del programa de cuidado en casa operado por el Hospital General de Singapore en la reducción de la utilización aguda de los servicios de hospitalización.	259 pacientes	De 65 años en adelante	Los pacientes recibieron una evaluación integral de las necesidades, seguido de un plan de atención individualizado que incluyó atención médica y de enfermería, educación y coordinación del paciente de atención con especialistas hospitalarios y servicios comunitarios. La prueba de rangos firmados de Wilcoxon se utilizó para evaluar las diferencias en	56 meses	Los pacientes tuvieron un 51.6% y 52.8% de reducción en los ingresos hospitalarios en los tres y seis meses posteriores a la inscripción, respectivamente. Del mismo modo, se observó una reducción de 47,1% y 48,2% en la asistencia al departamento de emergencias y los ingresos hospitalarios.	Los pacientes inscritos en el programa de atención domiciliaria de transición tuvieron una utilización hospitalaria aguda significativamente menor a través de la reducción de la asistencia al departamento de emergencia y los ingresos hospitalarios.	Un enfoque multidisciplinario basado en el paradigma de la medicina familiar puede haber contribuido a la efectividad de este programa de cuidado.

										los datos continuos previos y posteriores.		inscripción, respectivamente. La diferencia promedio en los días de cama de hospital por paciente en los períodos pre y post inscripción fue 12.05 días y 20.03 días en los períodos de 3 y 6 meses, respectivamente.		
23	Reducing hospital admissions in older care home residents: a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP)	2020	Inglaterra	Estudio longitudinal	Clarissa Giebel, Debbie Harvey, Asangaedem Akpan, Peter Chamberlain	BMC Health Services Research	Reducir los ingresos hospitalarios potencialmente evitables en un 30%. Específicamente, el objetivo de este estudio es evaluar la implementación del Programa de Innovación en cuidado domiciliario (CHIP)	1314 pacientes	Ancianos	Se introdujeron matronas, se desarrollaron nuevos protocolos para abordar contingencias, se instaló un sistema de televideo las 24 horas, los 7 días de la semana en todos los hogares, y una colaboración trimestral de capacitación reunió a los hogares para aprender y compartir	4 años	La implementación del CHIP resultó en una reducción del 15% de las llamadas de emergencia, y en una reducción del 19% de los traslados al hospital.	El CHIP demostró ser un programa efectivo para reducir los transportes y, en consecuencia, los ingresos hospitalarios de los residentes de los hogares evaluados.	

										buenas prácticas. Los datos sobre llamadas de emergencia y llamadas que resultaron en traslados se registraron durante un período de cuatro años y se analizaron mediante análisis de frecuencia.				
24	An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	2014	Canada	Estudio prospectivo pre-test/post-test	Maureen Markle-Reid, Carrie McAiney, Dorothy Forbes, Lehana Thabane, Maggie Gibson, Gina Browne, Jeffrey S Hoch, Thomas Peirce, Barbara Busing	BMC Geriatrics 2014, 14:62	Examinar la viabilidad y aceptabilidad de una nueva intervención de promoción de salud mental interprofesional (IP) de seis meses dirigida por enfermeras, y explorar sus efectos sobre la reducción de los síntomas depresivos en pacientes mayores de atención domiciliaria usando Servicios de	142 pacientes	(≥ 70 años)	La intervención fue una estrategia de gestión de la atención de la depresión basada en evidencia de seis meses dirigida por una enfermera registrada que utilizó un enfoque de PI. De 142 participantes con consentimiento o elegibles, 98 (69%) completaron los seis meses y 87 (61%) completaron el seguimiento	12 meses	De los 142 participantes, el 56% tenía síntomas depresivos clínicamente significativos, y el 38% tenía síntomas moderados a severos. La intervención fue factible y aceptable para clientes mayores de atención domiciliaria con síntomas depresivos. Fue eficaz para reducir los síntomas	Los hallazgos proporcionan evidencia inicial de la viabilidad, aceptabilidad y efectos sostenidos de la intervención de promoción de salud mental dirigida por enfermeras para mejorar los resultados del paciente, reducir el uso de servicios de salud caros y mejorar los comportamie	Investigaciones futuras deben evaluar la eficacia del programa utilizando un diseño de ensayo clínico aleatorizado, en diferentes entornos, con una muestra adecuada de receptores de atención domiciliaria mayores con síntomas depresivos.

							apoyo personal.			de un año.	depressivos y mejorar la CVRS a los seis meses de seguimiento, con pequeñas mejoras adicionales seis meses después de la intervención. La intervención también redujo la ansiedad al año de seguimiento. Se observaron reducciones significativas en el uso de hospitalización, servicios de ambulancia y visitas a la sala de emergencias durante el período de estudio.	ntos de práctica clínica de los proveedores de atención domiciliaria.	
--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	------------	---	---	--

25	Finding your feet: The development of a podiatry intervention to reduce falls in care home residents	2015	Bournemouth, Reino Unido	Ensayo controlado aleatorizado	Gavin Wylie, Zoë Young, Roberta Littleford, Frank Sullivan, Joanne Coyle, Brian Williams, Hylton Menz, Simon Ogston, Jacqui Morris	Journal of Foot and Ankle Research 2015, 8(Suppl 1):A7	Evaluar la viabilidad y la aceptabilidad de una intervención de podología se aplica a los residentes y al personal de atención domiciliaria.	8 pacientes y 5 cuidadores	Ancianos	Los residentes, apoyados por el personal de atención domiciliaria, participaron en una fase de prueba de viabilidad de 3 meses de una intervención (provisión de calzado y ortesis, programa de fortalecimiento muscular de los dedos del pie y del tobillo).	3 meses	Un 52,6% de los libros de registro fueron devueltos y un 19.3% fue completado en su totalidad. La adherencia varió entre ejercicios que no han sido completados en algunas semanas, mientras otros se realizaron hasta tres veces por semana.	Una intervención de podología para reducir las caídas en hogares de cuidado es factible y aceptable. La entrega a los residentes debe adaptarse a las preferencias individuales (teniendo en cuenta los objetivos, metas e información). Acceder a la capacitación a través de DVD o un recurso en línea puede mejorar el alcance de la capacitación, facilitando la adhesión y la fidelidad.	Estos hallazgos han informado el desarrollo de la intervención y los modos de entrega para un ensayo exploratorio aleatorio controlado que está actualmente en curso.
----	--	------	--------------------------	--------------------------------	--	--	--	----------------------------	----------	---	---------	---	---	---

26	Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. Study protocol	2011	Holanda	Diseño escalonado	Sandra A Zwijsen, Martin Smalbrugge, Sytse U Zuidema, Raymond TCM Koopmans, Judith E Bosmans, Maurits W van Tulder, Jan A Eefsting, Debby L Gerritsen, Anne-Margriet Pot	BMC Health Services Research 2011, 11:41	Evaluar la efectividad y la rentabilidad de un programa de atención multidisciplinaria para el manejo de problemas de comportamiento en pacientes con demencia.	14 unidades de cuidados especiales de demencia	Ancianos	Constará de cuatro pasos: detección, análisis, tratamiento y evaluación. Se utilizará un diseño de cuña escalonada. Un total de 14 unidades especiales de demencia fueron evaluadas.	20 meses	El resultado primario son los problemas de comportamiento. Los resultados secundarios incluirán la calidad de vida, la tasa de prescripción de antipsicóticos, el uso de restricciones físicas y la carga de trabajo y la satisfacción laboral del personal de enfermería. El efecto del programa de atención se estimará mediante análisis de regresión lineal multinivel. También se llevará a cabo una evaluación económica desde una perspectiva social	Se espera que el programa de atención sea rentable y efectivo para disminuir los problemas de comportamiento, la carga de trabajo del personal de enfermería y para aumentar la calidad de vida de los residentes.	Una limitación del estudio es que, aunque la recopilación de datos será realizada por asistentes de investigación que están cegados por la condición del ensayo, el personal de NH estará al tanto de recibir la intervención, lo que puede causar un sesgo.
----	---	------	---------	-------------------	--	--	---	--	----------	--	----------	---	--	--

27	A home monitoring program including real-time wireless home spirometry in idiopathic pulmonary fibrosis: a pilot study on experiences and barriers	2018	Holanda	Estudio piloto prospectivo	C. C. Moor, M. Wapenaar, J. R. Miedema, J. J. M. Geelhoed, P. P. Chandoesing and M. S. Wijsenbeek	Respiratory Research (2018) 19:105	Evaluar la viabilidad y las posibles barreras de un nuevo programa de monitoreo en el hogar con espirometría doméstica inalámbrica en tiempo real en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática	10 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática	Ancianos	Se les pidió a los pacientes que probaran el programa de monitoreo en el hogar "IPF-online" (http://www.ipfonline.nl) durante cuatro semanas en una tablet electrónica.	4 semanas	De los 12 pacientes invitados a participar, se incluyeron 10 pacientes (9 hombres), con una edad media de 71 años (5). Todos los pacientes tomaban medicamentos de la enfermedad (60% de nintedanib, 40% de pirfenidona). La FVC media fue de 3.28 L (1.04) o 79% de lo predicho (16).	Un programa de monitoreo en el hogar que incluye espirometría inalámbrica en el hogar, es altamente factible y apreciado por los pacientes con FPI, y permite la detección en tiempo real de cambios en FVC y PRO que facilitan la atención personalizada.	Aunque el estudio fue suficiente para evaluar la confiabilidad y las posibles barreras de un programa de monitoreo en el hogar con espirometría doméstica inalámbrica en tiempo real, se requieren estudios más grandes para evaluar si mejora el cuidado, permite la detección temprana de exacerbaciones y mejora la recopilación de datos en ensayos clínicos.
28	Does an 8-week home-based exercise program affect physical capacity, quality of life, sick leave, and use of psychotropic drugs in	2017	Dinamarca	Ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado	Nanna Rolving, Barbara C. Brocki, Hanne R. Mikkelsen, Pernille Ravn, Jannie Rhod Bloch-Nielsen y Lars Frost	Revista Trials (2017) 18:245	Examinar si una intervención de ejercicio en el hogar de 8 semanas puede influir en la capacidad física, la calidad de	140 pacientes con embolia pulmonar	Ancianos	La intervención incluye una sesión inicial de planificación de ejercicio individual con un fisioterapeuta, que conduce a un programa	20 meses	Se espera que el estudio contribuya significativamente a nuestro escaso conocimiento sobre la recuperación física y	Si el estudio encuentra la mejora esperada en la capacidad física, la calidad de vida, la baja por enfermedad y el uso de medicamento	Este estudio se encontraba en proceso de ejecución al momento de ser publicado.

	patients with pulmonary embolism? Study protocol for a multicenter randomized clinical trial						vida, la baja por enfermedad y el uso de drogas psicotrópicas en pacientes tratados medicament e para la embolia pulmonar.			de ejercicio recomendado de un mínimo de tres sesiones semanales de entrenamiento de 30 a 60 minutos de duración.		mental de los sobrevivientes de un evento de Embolia Pulmonar.	os psicotrónicos para los pacientes que participan en la intervención de ejercicio, puede dar lugar a nuevas recomendaciones sobre la rehabilitación de pacientes con EP.	
29	Home hospice for older people with advanced dementia: a pilot project	2019	Israel	Estudio pre-post de evaluación de calidad	Shelley A. Sternberg, Ron Sabar, Glynis Katz, Ronit Segal, Liat Fux-Zach, Valeria Grofman, Gery Roth, Netta Cohen, Zorian Radomyslaski and Netta Bentur	Israel Journal of Health Policy Research (2019) 8:42	Examinar los resultados de los servicios clínicos y de salud de un proyecto piloto de mejora de la calidad para proporcionar cuidados paliativos en el hogar para personas mayores con demencia avanzada.	20 pacientes con demencia avanzada	Edad promedio de 83 años	Veinte personas mayores con demencia avanzada que reciben tratamiento en el programa de atención domiciliaria de Maccabi Healthcare Services recibieron atención de hospicio en el hogar como una extensión de su atención habitual durante 6 a 7 meses (o hasta que murieron) de un equipo	112 meses	During the pilot project, 4 patients died, 2 patients withdrew, 1 patient was transferred to a nursing home and 13 returned to their usual homecare program. The home hospice program lead to significant (p < 0.001) improvement in: symptom management (score of	Este proyecto piloto de mejora de la calidad sugiere que el cuidado de hospicio en el hogar para personas mayores con demencia avanzada puede mejorar el manejo de los síntomas y la satisfacción del cuidador, al tiempo que disminuye la carga del cuidador,	Pese a que el programa demostró una disminución en el uso de los servicios de salud y una mejor satisfacción del cuidador, aún se necesita mucha investigación para diagnosticar a los pacientes con demencia con un pronóstico desfavorable.

									<p>multidisciplinario disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros de la familia fueron entrevistados mediante cuestionarios validados sobre el manejo de los síntomas, la satisfacción con la atención y la carga del cuidador. Las hospitalizaciones prevenidas y los medicamentos descontinuados se determinaron mediante revisión de registros médicos y consenso del equipo.</p>	<p>33.8 on admission on the Volicer symptom management scale increased to 38.3 on discharge), in satisfaction with care (27.5 to 35.3,), and a significant decline in caregiver burden (12.1 to 1.4 on the Zarit Burden index). There were five hospitalizations, and 33 hospitalizations prevented, and an average of 2.1(SD 1.4) medications discontinued per participant.</p>	<p>previene hospitalizaciones e interrumpe medicamentos innecesarios. Identificar a las personas mayores con demencia avanzada con un pronóstico de 6 meses sigue siendo un gran desafío.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--

30	A tailored counseling and home-based rehabilitation program to increase physical activity and improve mobility among community-dwelling older people after hospitalization: protocol of a randomized controlled trial	2017	Finlandia	Ensayo controlado aleatorio grupal paralelo	K. Turunen, L. Aaltonen, J. Kumpumäki, E. Portegijs, S. Keikkala, M.-L. Kinnunen, T. Finni, S. Sipilä, R. Nikander	BMC Musculo skeletal Disorders (2017) 18:477	Investigar los efectos de un programa de rehabilitación en el hogar orientado a la actividad física (ProPA) en la AP y la restauración de la movilidad en las personas mayores que viven en la comunidad.	Pacientes mayores de 60 años hospitalizados debido a una lesión o trastorno musculoesquelético en la espalda o extremidades inferiores	Pacientes mayores de 60 años	La intervención ProPA es un programa de rehabilitación y PA de 6 meses adaptado individualmente y destinado a promover la actividad física y restaurar la movilidad después del alta hospitalaria.	6 meses	Si se observan efectos positivos, se puede considerar la incorporación del programa al sistema de atención médica y, por lo tanto, contribuir a la rehabilitación de las personas mayores que han sido dados de alta recientemente del hospital.	El desafío general de la atención médica es alentar a las personas mayores que han sido dados de alta recientemente del hospital para que vuelvan a sus actividades habituales de la vida diaria y participen en una actividad física regular. Por lo tanto, este programa es un llamado a la acción en el diseño de soluciones apropiadas para alentar a las personas mayores a ser tan físicamente activas como lo permita su estado funcional.	Este estudio se encontraba en proceso de ejecución al momento de ser publicado.
----	---	------	-----------	---	--	--	---	--	------------------------------	--	---------	--	---	---

Tabla 1. Sistematización de estudios. Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse, el mayor porcentaje de investigaciones (23%) estuvo relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, seguido de un 14% de estudios asociados a la adherencia a ciertos tratamientos y a la satisfacción con los programas de cuidado. Las investigaciones restantes fueron variadas en su objeto de estudio y horizonte temporal, incluyendo participantes con padecimientos como enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), fallas cardíacas, depresión y embolia pulmonar.

La primera categoría contiene las investigaciones relacionadas con la calidad de vida de los pacientes. Espinel y otros (2011), por ejemplo, analizaron el impacto de un programa de atención domiciliaria en la calidad de vida de pacientes ancianos con enfermedades crónicas. Martins y otros (2009) utilizaron el instrumento WHOQL para determinar el nivel de calidad de vida en pacientes en condición de comorbilidad; mientras Puig y otros (2011) lograron identificar elementos puntuales que promueven la calidad de vida, la satisfacción con la vida y la felicidad de pacientes receptores de cuidado domiciliario. Otras investigaciones de esta categoría fueron realizadas por Orueta y otros (2012); Espinel y otros (2011); y Sternberg y otros (2019).

En la segunda categoría se encuentran los programas orientados a la adherencia de los pacientes. Se entiende como adherencia el nivel de seguimiento que da un paciente a las prescripciones o tratamientos farmacológicos que le fueron prescritos (Manual MSD). En esta categoría se encuentran los estudios de Achury y otros (2018); y Chaves y otros (2016).

La siguiente categoría (satisfacción) estuvo conformada por los trabajos de Arrabal y otros (2014); Giraldo y otros (2013); Planas y otros (2007); Herrera e y otros (2013); y Wylie y otros (2015). Los programas implementados en estas investigaciones fueron ampliamente aceptados por los pacientes, sus cuidadores y familiares, e incluso permitieron evaluar la calidad de los servicios prestados por el personal asistencial (Arrabal y otros, 2014) y por programas de salud pública (Herrera y otros, 2013).

Por su parte, la categoría reducción incluye los trabajos de Díaz-coronado y otros (2018); Teruel y otros (2014); Rizzi y otros (2020); Leng y otros (2015); Giebely otros (2020) y Markle-reid y otros (2014). Estos autores obtuvieron resultados favorables en la

implementación de programas de atención domiciliaria que se vieron reflejados por medio de la disminución en las tasas de mortalidad, ingreso hospitalario, síntomas depresivos y llamadas de emergencia por causas médicas.

Otros estudios fueron agrupados en una categoría denominada resultados positivos variados porque sus efectos en los pacientes fueron favorables y diversos. De esta categoría hacen parte las investigaciones de Minardi y otros (2002), quienes demostraron que los programas de atención domiciliaria ofrecen una asistencia integral a los pacientes; de Castaño, Erazo y Piedrahita (2012), basada en la identificación de los patrones funcionales que se ven afectados en pacientes con enfermedades mentales; y de Rivera y otros (2015), cuyos resultados resaltaron la importancia de la atención básica en pacientes que necesitan hemodiálisis.

Finalmente, la revisión arrojó algunos estudios que no presentaron resultados concluyentes porque sus programas no habían finalizado al momento de ser publicados. Estos estudios se ubicaron en la categoría estudios en ejecución y contiene los trabajos desarrollados por Naranjo y Millan (2014), Orueta y otros (2011), Carvalho et al. (2018); Zwijzen et al., (2011); Rolving y otros (2017); y Turunen y otros (2017).

6.2. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los modelos hallados de cuidado en casa para identificar la efectividad del tratamiento a través de la aplicación del instrumento QUADAS

QUADAS es un instrumento desarrollado por el Centro de Revisiones y Difusión de la Universidad de York y el Centro Médico Académico de la Universidad de Ámsterdam, con el objetivo de evaluar las probabilidades de sesgo y el nivel de aplicabilidad de los estudios recopilados mediante revisiones sistemáticas (University of Bristol, 2019; Ciapponi, 2015). Esta herramienta se divide en cuatro fases principales: revisión de la pregunta, adaptación del QUADAS a la revisión sistemática, Diagrama de Flujo y finalmente la valoración de sesgos y aplicabilidad. Según Capponi (2015) la herramienta debe ser adaptada a la revisión mediante una serie de preguntas orientadoras que

facilitarán la evaluación de las probabilidades de sesgo y el nivel de aplicabilidad de los estudios o pruebas diagnósticas. Así pues, se espera que en una revisión sean incluidas solamente aquellas preguntas que faciliten la identificación de los riesgos, de otro modo la herramienta termina siendo demasiado compleja y serán necesarios varios ajustes antes proceder a su aplicación. La selección de las preguntas orientadoras para evaluar los estudios en esta investigación se realizó teniendo en cuenta la propuesta de Capponi (2015). Estas fueron:

- Dominio 1: ¿se utilizó una muestra aleatoria o consecutiva de pacientes?, ¿Se evitó un diseño de casos y controles?, ¿Se evitaron exclusiones inapropiadas?
- Dominio 2: ¿Fueron interpretados los resultados de la prueba índice sin conocimiento de los resultados de la de referencia?, en caso de emplear un umbral para definir la positividad o negatividad de la prueba índice ¿fue especificado claramente? Respecto a la aplicabilidad: ¿existe preocupación de que la conducción de la prueba índice o su interpretación no coincidan con la pregunta de la revisión?
- Dominio 3: ¿es probable que la prueba de referencia valore correctamente la condición diana?, ¿fueron interpretados los resultados de la prueba de referencia sin conocimiento de los resultados de la prueba índice?, en cuanto a su aplicabilidad: ¿hay preocupación de que la condición diana, clasificada como tal a través de la prueba de referencia, difiera de la población a la cual estaba referida la pregunta?
- Dominio 4: ¿hubo un intervalo apropiado entre la aplicación de la prueba índice y la prueba de referencia?, ¿fue aplicada en todos los individuos la misma prueba de referencia?, ¿fueron incluidos todos los pacientes en el análisis?

De este modo, los resultados son los siguientes:

Tabulación de Estudios Quadras-2

Estudio	Probabilidad de Sesgos				Preocupación sobre la aplicabilidad de los resultados		
	Selección de los individuos	Prueba Índice	Prueba de referencia	Flujos y Tiempos	Selección de los individuos	Prueba de índice	Prueba de referencia
Estudio 30							

Fuente: elaboración propia

A partir de los programas de intervención consultados se pueden resaltar los siguientes aportes. En primer lugar, las intervenciones que hacen uso de métodos como el monitoreo o el seguimiento telefónico promueven la motivación, la autogestión y la comunicación asertiva entre pacientes, familiares y cuidadores, y así mismo tienen el potencial para fortalecer la adherencia si se realizan de manera constante (Achury y otros, 2017). Otra contribución a la adherencia fue hecha por Wylie y otros (2015), quienes encontraron que el uso de material audiovisual o recursos electrónicos pueden mejorar los alcances de los programas de capacitación a pacientes, facilitando así la creación de patrones de comportamiento afines a la fidelidad y adherencia a tratamientos específicos.

En segundo lugar, y como ya se ha mencionado, gran parte de los programas de atención domiciliaria tuvieron como propósito el mejoramiento de la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores, especialmente debido a la concepción ampliamente aceptada de que un entorno sano será favorable para quienes padecen diversas condiciones físicas o psicológicas que degradan su funcionalidad. A este respecto, los resultados del estudio desarrollado por Giraldo y otros (2013) señalan que los programas de intervención basados en la participación conjunta (paciente-cuidador) pueden constituir un escenario de apoyo psicosocial a los adultos mayores, fortaleciendo en ellos un sentido de valor y pertenencia que con frecuencia se deteriora en el transcurso de sus vidas. Rolving (2017), a su vez, proponen un programa de atención domiciliaria para el mejoramiento de la salud física en adultos mayores, y la favorabilidad de sus resultados indica que esta modalidad de atención no sólo mejora la calidad de vida del paciente, sino que puede abrir el camino a nuevas recomendaciones sobre la

rehabilitación de personas con afectaciones físicas y mentales producto de un episodio de embolia pulmonar.

Otro aporte significativo de los programas de atención domiciliaria al mejoramiento de la calidad de vida es planteado por Teruel y otros (2014). Según los autores, las iniciativas de atención en casa crean posibilidades más flexibles y cercanas de cuidado que son especialmente necesarias y valiosas para aquellos pacientes que se encuentran en estado de deterioro avanzado, así como también para sus cuidadores. Específicamente, el estudio de Teruel y colaboradores demostró que luego de un programa de atención domiciliaria basado en la valoración por cuidados paliativos y en el trabajo conjunto con el cuidador principal, un 58% de los pacientes evaluados registró una disminución en la frecuencia de ingresos hospitalarios, concluyendo además que aquellos pacientes con enfermedades renales no candidatos a diálisis podían ser controlados en su domicilio mediante atención primaria.

Espinel y otros (2010), por su parte, sostienen que la implementación de modelos de atención domiciliaria mejora la calidad de vida de los pacientes ancianos a través del fortalecimiento de sus redes de apoyo en el hogar y la disminución de visitas a los hospitales, que en la mayoría de las ocasiones suponen esfuerzos físicos y riesgos de contraer otras enfermedades, además de afectaciones emocionales. Para finalizar, a partir de esta revisión se destaca como evidencia principal que los programas de atención domiciliaria contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, así como de sus hábitos de adhesión mediante una transformación constructiva de las prácticas de cuidado que estos demandan, y que en muchas ocasiones no pueden ser satisfechas por los modelos tradicionales de atención hospitalaria.

7. Discusión de resultados

En este apartado se busca analizar la mejora de la calidad de vida de los pacientes según los modelos hallados con el fin de identificar la efectividad desde la parte emocional y física de los pacientes. La literatura sobre programas de atención domiciliaria da cuenta de la complejidad de las necesidades de los pacientes y su entorno. Esta preocupación ha sido abordada por trabajos como el de Guerrero y otros (2008), que contempla las dimensiones psicosociales de la interacción entre el cuidador y el enfermo, y proporciona información valiosa para comprender la importancia de estas dimensiones. Los hallazgos de la investigación de Guerrero sugieren que, mediante el acompañamiento, los recursos de apoyo y la atención biopsicosocial se pueden observar mejoras significativas tanto en la calidad de vida como en las actividades sociales básicas de las personas que padecen enfermedades crónicas y sus cuidadores.

Esto es fundamental si se tiene en cuenta que al igual que los enfermos, los cuidadores también hacen parte de las dinámicas de atención y cuidado, por lo que una posible sobrecarga emocional en el personal de apoyo puede significar una disminución en sus niveles de calidad de vida e incluso un aumento en el riesgo de mortalidad (Guerrero et al., 2008, p. 457).

La calidad de vida es un elemento fundamental que puede repercutir en la efectividad de un tratamiento y en las intervenciones a favor del mejoramiento de la salud (Martins 2005 citado por Costa y otros, 2016). En este sentido, la posibilidad de recibir asistencia en sus domicilios proporciona a los adultos mayores los recursos físicos y emocionales necesarios para enfrentar padecimientos clínicos que degradan su autonomía y su bienestar. Por lo anterior, las formas en que las distintas intervenciones consultadas contribuyen a mejorar las dimensiones emocionales y sociales de la calidad de vida serán descritas en los párrafos siguientes.

En primer lugar, programas de intervención como el estudiado por Orueta y otros (2011) mejoran la calidad de vida mediante la disminución del aislamiento social y el fortalecimiento de los vínculos emocionales. Esto es coherente con los planteamientos de la psicología social que sostienen que una de los componentes más importantes del bienestar está asociado al grado en que una persona se siente parte de la sociedad, de su familia y de su entorno (Keyes citado por Blanco y Díaz, 2005). Del mismo modo, una intervención domiciliaria cuenta con la capacidad de fortalecer la red social alrededor del anciano y, por ende, aumentar los recursos psicológicos de apoyo y afrontamiento. Estos recursos proporcionan al paciente un escenario seguro y afectuoso para que este pueda librar las luchas inherentes a su padecimiento, así como transcurrir los últimos años de su vida.

En segundo lugar, las necesidades específicas de los adultos mayores con frecuencia no son identificadas o valoradas de manera adecuada debido a la percepción de que ciertas condiciones son atribuibles a la edad (Puig, 2011). Ante esta realidad, la atención domiciliaria aporta a la construcción de prácticas de cuidado más cercanas y personalizadas en las que el paciente puede ser parte activa de la dinámica asistencial, recibiendo atención adaptada a sus necesidades reales y teniendo experiencias más incluyentes, probablemente distintas a las que viviría en un recinto hospitalario.

En tercer lugar, las implicaciones clínicas de las intervenciones domiciliarias no sólo fomentan la calidad de vida de los pacientes sino también de sus familiares e incluso sus cuidadores. Respecto a esto, los resultados de Guerrero et al (2008) son contundentes: las intervenciones dirigidas a los cuidadores reducen el deterioro de su calidad de vida, especialmente porque les proporciona insumos psicológicos y emocionales para superar las dificultades derivadas de su ejercicio, entre las que se encuentran la sobrecarga, el estrés y el agotamiento físico.

8. Conclusiones

La revisión de literatura efectuada en el marco de esta investigación permitió la identificación de programas de asistencia domiciliaria y su efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Muchas de estas investigaciones evidencian la satisfacción de los pacientes, sus cuidadores y núcleos familiares con los programas actuales, así como las repercusiones favorables que estos tienen en su salud física y mental. Un elemento importante para destacar es que el cuidado y la atención domiciliaria representan una alternativa para mejorar las redes sociales de apoyo y los recursos emocionales del adulto mayor, un factor que no se encuentra con facilidad en entornos hospitalarios.

Asimismo, la adopción de prácticas de intervención domiciliaria favorece el bienestar del adulto mayor pues se enfrenta a sus padecimientos en un contexto que generalmente le resulta familiar, proporcionándole una visión más amplia de su enfermedad crónica o terminal. Por otra parte, uno de los retos más grandes de los investigadores en ciencias médicas tiene que ver con la aplicabilidad de los resultados obtenidos en los estudios. Si bien la mayoría de los estudios encontrados tuvieron un aporte significativo a la adherencia, calidad de vida, satisfacción y disminución del uso de servicios hospitalarios, la multiplicidad metodológica evidencia dificultad para llegar a un consenso sobre la posibilidad de replicarlos en distintos contextos. Criterios como la selección de los pacientes, los tipos de muestreo utilizados y el procedimiento para determinar el tiempo transcurrido entre observaciones antes y después de la intervención no se encontraron claramente definidos en muchas de las investigaciones consultadas, lo que implica un desafío para otros investigadores que aspiren a abordar cuestiones similares.

Además de los investigadores médicos, el personal asistencial también constituye una parte fundamental de las iniciativas de atención domiciliaria. Tal como sostienen Díaz-Coronado y colaboradores (2018), la confianza que los pacientes tengan en los médicos

y, en general, en los administradores de atención médica determinará en gran medida la adaptación del paciente a estos programas y su nivel de avance. Finalmente, se destaca la salud física y emocional de los pacientes como dimensiones prioritarias de su bienestar. Varios estudios enfatizaron, por un lado, la importancia que dan los adultos mayores al sentimiento de pertenencia, apoyo y utilidad que reciben de sus familias, y por otro, la tristeza y la sensación de abandono que muchas veces experimentan, pero prefieren no verbalizar. Ante estas situaciones, el cuidado domiciliario aparece como una estrategia que facilita la creación de escenarios para la atención integral de las necesidades de los adultos mayores, entendiendo como necesidades no sólo a los padecimientos derivados de sus enfermedades, sino a aquellas relacionadas con las esferas emocionales y mentales que de no ser atendidas podrían menoscabar su calidad de vida..

9. Referencias

Achury, D., Aponte, L. F., Gómez, J., y Buitrago, N. (2018). Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca. *Enfermería Global*, 17(3), 421–434. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.286281>

Arrabal, P., María, R., Jiménez, R., Compes, C. C., Álvarez, M. C., Lesmes, I. B., ... García, P. (2014). Nutrición Parenteral Domiciliaria ; satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con la Unidad de Nutrición Clínica y el Servicio de Farmacia. *Nutricion Hospitalaria*, 29(5), 1123–1131. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7371>

Blanco, A., y Diaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. <https://doi.org/10.2307/2299623>

Brugerolles, A., Dois, E., y Mena, V. (2008). Beneficio de la visita domiciliaria para los adultos mayores. *Horiz Enferm*, 19(2), 55 -64.

Buigues, F., Torres, J., Mas, G., Femenía, M., & Baydal, R. (n.d.). Paciente terminal.

Carvalho, A., Moreira, A., Josefi, M., José, J., Darder, T., Fonseca, J., ... Valencia, D. V. (2018). Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude- practice of older adults ' caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1055–1062.

Castaño, Y., Erazo, I., & Piedrahita, L. (2012). Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental Application of home care nursing for people with mental illness. *Revista Electrónica de Enfermería*, (28), 41–51.

Chaves, W., Rincon, I., Bohórquez, H., Gámez, J., & Villarreal, M. (2016). Seguimiento del cumplimiento del tratamiento en casa del paciente que egresa con diagnóstico de falla cardíaca, 243–247.

Ciapponi, A. (2015). QUADAS-2: instrumento para la evaluación de la calidad de estudios de precisión diagnóstica. *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 18(1), 22-26.

Congreso de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004_pr001.html

Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R., & Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 43.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2000). Encuesta nacional de hogares y hospicios: pacientes actuales de atención médica domiciliaria. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhhcsd/curhomecare00.pdf> .

Díaz-coronado, J. C., Rodríguez-ariza, D. E., Quintero-betancur, M., Soto-osorio, M. C., Pineda, R., & Cvlac, T. (2018). Seguimiento de un modelo de atención en hospitales de día polivalente en la ciudad de Medellín. *Ces Medicina*, 32(2), 107–115.

Espinel, M. C., Sánchez, S., Juárez, T., García, J., Viveros, A., & Peña, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos : calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Publica Mex*, 53(17), 17–25.

Fernández-López, Juan Antonio, Fernández-Fidalgo, María, & Cieza, Alarcos. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.

González, G., Valle, D., Arce, M., y Fariña, R. (2010). Calidad de vida, bienestar y salud. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud

Giebel, C., Harvey, D., Akpan, A., & Chamberlain, P. (2020). Reducing hospital admissions in older care home residents : a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP). *BMC Health Service Research*, 20(94), 1–7.

Giraldo, L., Torres, S., Martínez, D., Gutiérrez, L. M., & Pérez, R. (2013). Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en Mexico. *Revista de Saude Publica*, 47(4), 711–717. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004574>

Guerrero Caballero, L., Ramos Blanes, R., Alcolado Aranda, A., López Dolcet, M. J., Pons la Laguna, J. L., & Quesada Sabaté, M. (2008). Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 457–460. <https://doi.org/10.1157/13126927>

Herrera, E., Nuño, R., Espiau, G., Librada, S., Hasson, N., & Orueta, J. F. (2013). Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program). *BMC Palliative Research*, 12(3), 1–9.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (s.f.). Community-based home care for older people Minimum standards of home care for older people in Red Cross Red Crescent volunteer-based programming in the Europe Zone. Budapest, Hungary. Recuperado de <https://www.ifrc.org/PageFiles/133694/community-based-homecare-older-people-minimum-standards-en.pdf>

Leng, L., Fakhrudin, F., Beng, L., Chen, C., Hock, K., & Yun, S. (2015). Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC Health Service Research*, 15(100). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0750-2>

Markle-reid, M., Mcainey, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., ... Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14(62).

Martins, J., Ghizoni, D., Lee, F., Pereira, E., De Albuquerque, G., Erdmann, A., & Oenning, F. (2009). Quality of life among elderly people receiving home care services. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(3), 265–271. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300005>

Minardi, R., Morales, M., Sette, J., González, A., Dias, J., & Ramón, E. (2002). La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Panam. Salud Publica*, 11(4), 253–261.

Ministerio de Salud. (2019). Resolución 3512 del 2019. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Ministerio de Salud. (1994). Resolución 5261 de 1994. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Mitre, F., Suárez, H., Llopis, A., Cotta, J., Ramón, E., y Dias, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(1)

Moor, C. C., Wapenaar, M., Miedema, J. R., Geelhoed, J. J. M., Chandosing, P. P., & Wijzenbeek, M. S. (2018). A home monitoring program including real-time wireless home spirometry in idiopathic pulmonary fibrosis: a pilot study on experiences and barriers. *Respiratory Research*, 19(105), 1–5.

Morales, O. (s.f.). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. Recuperado de <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>

Moreno, A., Muñoz, C., Cuellar, V., Domancic, L., y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* 11(3), 184-186. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>

Naranjo, M. (2016). Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria. *Rev. Fac. Nac. Salud pública*, 24(2), 212 - 219.

Organización Mundial de la Salud. ((1996) ¿Qué es la calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996; 17(4) Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264> .387-385 :

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). Enfermedades crónicas. Recuperado de https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Orueta, R., Gomez, R., Sánchez, A., Gómez, S., Herrera, J., & Toledano, P. (2012). Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. *Revista Clinica Medicina Familiar*, 5(1), 3–8.

Peña, M., Garzon, M., Cardona, D., y Segura, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los mayores. Antioquia - Colombia. *Rev Univ. Salud.*;18(2):219-231.

Perdomo, H. (2015). Conceptos fundamentales de las revisiones. *Urologia Colombiana*, 24(1), 28-34.

Perdomo, H. (2015). Indicaciones y eventos adversos de la antibioterapia profiláctica en cistoscopia, Meta - analisis, revision sistematica de la literatura. Indicaciones y eventos adversos de la antibioterapia profiláctica en cistoscopia, Meta - analisis, revision sistematica de la literatura. Granada, Granada, España.

Planas, M., Rodríguez, T., Puiggrós, C., & Dalmau, D. E. E. (2007). Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. *Nutricion Hospitalaria*, 22(5), 612–615.

Puchia, L., y Jara, C. (2016): Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria* 12(4), 219-225. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000597>

Puig, M., Rodriguez, N., Farras, J., & Lluch, M. (2011). Quality of life , Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Latino-America Enfermagem*, 19(3).

Ramírez, D. (2005). Objetivos de la Atención Domiciliaria.

Rivera, M., Teruel-briones, J. L., Burguera, V., Rexach, L., & Quereda, C. (2015). Diálisis peritoneal paliativa: implantación de un programa de atención domiciliaria a enfermos tratados con diálisis peritoneal (DP) en situación terminal, 35(2), 146–149.

Rizzi, M., Grassi, M., Pecis, M., & Andreoli, A. (2020). A Specific Home Care Program Improves the Survival of. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3), 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.223>

Rolving, N., Brocki, B. C., Mikkelsen, H. R., Ravn, P., Bloch-Nielsen, J. R., & Frost, L. (2017). Does an 8-week home-based exercise program affect physical capacity, quality of life, sick leave, and use of psychotropic drugs in patients with pulmonary embolism? Study protocol for a multicenter randomized clinical trial. *Trials*, 18(245), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1939-y>

Salas, A., y Garzón, P. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*. 2013; 4: 36-46

Sánchez, k., y Fuentes, M. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. *CES Salud Publica*, 7(2).

Sobreviela, E., Ramírez, C., y del Corral, R. (2005). *Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria*. Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.

Solís, K. y Guevara, G. (2015). Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19671>

Sternberg, S., Sabar, R., Katz, G., Segal, R., Fux-zach, L., Grofman, V., ... Bentur, N. (2019). Home hospice for older people with advanced dementia : a pilot project. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(42), 4–8.

Suarez Cuba, M. (2012). Atención integral a domicilio. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 52-58. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tIng=es.

Teruel, J. L., Rexach, L., Burguera, V., Gomis, A., Rodríguez-Mendiola, N., Díaz, A., ... Quereda, C. (2014). Programa de atención domiciliaria a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Experiencia de dos años. *Nefrología*, 34(5), 611–616. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.12595>

Turunen, K., Aaltonen, L., Kumpumäki, J., Portegijs, E., Keikkala, S., Kinnunen, M., ... Sipilä, S. (2017). A tailored counseling and home-based rehabilitation program to increase physical activity and improve mobility among community-dwelling older people after hospitalization: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(477), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1825-5>

University of Bristol. (2019). QUADAS. Recuperado de <http://www.bristol.ac.uk/population-health-sciences/projects/quadas/history/>

Urra, A., y Barría, P. (2010) La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Teórico 18(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_23.pdf

Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Wylie, G., Young, Z., Littleford, R., Sullivan, F., Coyle, J., Williams, B., ... Morris, J. (2015). Finding your feet: The development of a podiatry intervention to reduce falls in care home residents. *Journal of Foot and Ankle Research*, 8(S1). <https://doi.org/10.1186/1757-1146-8-s1-a7>

Zwijssen, S. A., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T. C. M., Bosmans, J. E., Tulder, M. W. Van, ... Pot, A. (2011). Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia . Study protocol. *BMC Health Service Research*, 11(41).

A. Anexo 1. Ficha de tabulación de investigaciones.

Estudio N ^º	Título	Fecha	País/Ciudad	Tipo	autor	Revista	Objetivo	Población

Grupo etario	Intervención	Tiempo	Resultados	Conclusiones	Observaciones	Se incluye

