

**DETERMINANTES DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN MÉDICA
DOMICILIARIA DE PERSONAS CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR.**

MIGUEL ANTONIO SANCHEZ CARDENAS
MAESTRIA ADMINISTRACION EN SALUD
CUARTA COHORTE

FACULTAD DE ADMINISTRACION
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTA D.C., SEPTIEMBRE DE 2012

**DETERMINANTES DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN MÉDICA
DOMICILIARIA DE PERSONAS CON SECUELAS DE ENFERMEDAD
CEREBRO-VASCULAR.**

**MIGUEL ANTONIO SANCHEZ CARDENAS
MAESTRIA ADMINISTRACION EN SALUD
CUARTA COHORTE**

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

**Asesor
JOSE HUMBERTO DUQUE ZEA
Director de Investigación.**

**FACULTAD DE ADMINISTRACION
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTA D.C., SEPTIEMBRE DE 2012**

TABLA DE CONTENIDO.

RESUMEN	8
PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
1. INTRODUCCIÓN	11
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo General.....	15
2.2. Objetivos específicos	15
CAPITULO I	
3. MARCO TEORICO	16
3.1 Marco de referencia.....	16
3.2 Marco Conceptual	22
3.2.1. Atención médica domiciliaría	22
3.2.2. Gestión Clínica	29
3.2.3. Calidad servicios de salud.....	32
3.2.4. Secuelas evento cerebro-vascular	38
3.2.5. Calidad de vida.....	40
CAPITULO II	
4. MARCO METODOLOGICO	43
4.1 Diseño del estudio	43
4.2 Población y muestra.....	44
4.3 Recolección de la información.....	45
4.4 Descripción de las variables.....	46
4.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos	50
4.6 Consideraciones éticas	50
CAPITULO III	
5. ANALISIS DE LA INFORMACION	52
5.1 Análisis descriptivo de la información	52

5.1.1. Distribución de usuarios por nivel de dependencia funcional	52
5.1.2. Distribución etarea de la población	53
5.1.3. Factores de riesgos presentes en la población	55
5.1.4. Estructura en la prestación de servicios	57
5.1.4.1 Consulta médica domiciliaria	57
5.1.4.2 Consulta enfermería domiciliaria.....	58
5.1.4.3 Consulta nutrición domiciliaria	59
5.1.4.4 Consulta psicología domiciliaria.....	59
5.1.4.5 Rehabilitación domiciliaria	60
5.1.5. Gestión de riesgos en atención domiciliaria	62
5.1.5.1 Sobrecarga del cuidador	62
5.1.5.2 Polimedicación.....	65
5.1.5.3 Calidad de vida	67
5.2. Análisis por regresión logística	68
5.2.1. Presencia de infección de vías urinarias	69
5.2.2. Presencia de úlceras por decúbito	70
5.2.3. Reingresos hospitalarios	71
5.3. Método por pasos hacia atrás (Wald)	72
5.4. Recomendaciones para mejorar la gestión clínica	76
6. CONCLUSIONES	82
7. RECOMENDACIONES.....	86
8. BIBLIOGRAFIA	87

LISTA DE TABLAS.

Tabla N° 01	Descripción de los códigos de diagnósticos considerados como usuarios con secuelas de evento cerebrovascular.	Pág. 44
Tabla N° 02	Descripción y operacionalización de variables de estudio.	Pág. 49
Tabla N° 03	Índice de intervenciones asistenciales, acorde a la escala funcional de Barthel.	Pág. 57
Tabla N° 04	Distribución de sesiones de rehabilitación domiciliaria por rango etareo de la población objeto de estudio.	Pág. 60
Tabla N° 05	Distribución de usuarios en relación a su nivel de dependencia funcional y carga subjetiva del cuidador.	Pág. 63
Tabla N° 06	Categorización de la calidad de vida, acorde a la Escala ECOG, en la población objeto de estudio.	Pág. 68
Tabla N° 07	Regresión logística en infección de vías urinarias.	Pág. 69
Tabla N° 08	Regresión logística en úlceras por decúbito.	Pág. 71
Tabla N° 09	Regresión logística en reingresos hospitalarios.	Pág. 72
Tabla N° 10	Método de pasos hacia atrás de las variables reingreso hospitalario, úlceras por decúbito e infección de vías urinarias.	Pág. 74.

LISTA DE GRAFICAS

Grafica N° 01	Distribución de usuarios con secuelas de ECV en función del índice de Barthel	Pág. 53
Grafica N° 02	Distribución etarea de población con secuelas ECV, 2011	Pág. 54
Grafica N° 03	Pareto de factores de riesgo encontrados en la población a estudio.	Pág. 55
Grafica N° 04	Relación porcentual de actividades en las disciplinas de rehabilitación en la población objeto de estudio: terapia física, terapia del lenguaje, terapia respiratoria y ocupacional.	Pág. 61
Grafica N° 05	Distribución de actividades en rehabilitación acorde a la condición funcional.	Pág. 62
Grafica N° 06	Distribución de actividades instrumentales en relación a la carga subjetiva del cuidador.	Pág. 64.
Grafica N° 07	Distribución del consumo de medicamentos en la población objeto de estudio.	Pág. 65.
Grafica N° 08	Distribución del consumo de medicamentos en relación a la dependencia funcional.	Pág. 66.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 01 Elementos identificados en la gestión clínica del programa de atención medica domiciliaria de usuarios con secuelas de ECV. Pág. 76

RESUMEN.

La atención domiciliaria constituye hoy una modalidad de atención que permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y la cronicidad, los cuales constituyen un problema de interés en salud pública en los países desarrollados y que pueden ser manejados en el domicilio del paciente como una opción costo-efectiva y segura. Para lo cual es necesario buscar estrategias que permitan su desarrollo, gestión de riesgos y modelos de atención, logrando mejorar las condiciones de salud de la población.

Uno de los principales retos de la gestión de programas de atención en salud, se encuentra en definir los aspectos donde intervenir para potenciar la eficacia y la calidad en la prestación del servicio, por lo que dichos aspectos se constituyen como determinantes de la atención del paciente y su familia. En este documento se abordan los principales determinantes en la atención de personas con secuelas de Enfermedad cerebrovascular, que reciben manejo médico domiciliario, con el objetivo de identificar las áreas prioritarias de intervención, garantizando una mejor gestión clínica en tres áreas específicas: sobrecarga del cuidador, Polimedicación y úlceras por decúbito.

PALABRAS CLAVE

Gestión clínica, atención médica domiciliaria, secuelas de evento cerebrovascular.

SUMMARY.

Home care is now a care approach that allows to solve the difficulties arising from the hospital, chronic overcrowding, which is a problem of public health concern in developed countries and can be managed in the patient's home as an option cost-effective and safe. For this it is necessary to find strategies for its development, and risk management models of care, thus improving the health conditions of the population.

One of the main challenges of managing health care programs, is to define the areas in which to intervene to improve efficiency and quality in service delivery, so that these aspects are constituted as determinants of patient care and his family. This paper identifies the key determinants in the care of people with aftermath of stroke who receive home health management, in order to identify priority areas of intervention, ensuring improved clinical management in three specific areas: caregiver burden, polypharmacy and pressure ulcers.

KEYWORDS

Clinical management, home health care, aftermath of cerebrovascular event.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Qué determinantes inciden en la gestión clínica de un programa de atención médica domiciliaria para personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular, en Bogotá D.C., para obtener máximos niveles de calidad en salud?

1. INTRODUCCION.

El modelo de atención médica domiciliaria es un concepto novedoso, que ha cobrado fuerza en los últimos tiempos, pese a que el desarrollo histórico de las ciencias de la salud ha estado ligado a las instituciones hospitalarias; la atención de los enfermos hasta hace pocos siglos era realizada de forma domiciliaria y solo eran llevados a los nosocomios los pacientes abandonados, con enfermedades mentales o infectocontagiosas.

En la actualidad los programas de atención domiciliaria se encuentran fuertemente desarrollados en países como España, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, en donde se han implementado modelos de atención basados en la hospitalización domiciliaria, sistemas de atención primaria y servicios de apoyo al enfermo en casa con excelentes resultados¹, constituyendo estándares de atención para países en donde se están formando este tipo de programas.

En esta medida se crea la necesidad de diferenciar la hospitalización domiciliaria derivada de la extensión del hospital al domicilio (*Acute Hospital Home Care*) de los programas de atención en casa (*chronic home care*) que tienen una influencia más orientada a la atención primaria en salud con énfasis en la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. De acuerdo con Ferrer Arnedo² en su exposición sobre los modelos de organización de la atención domiciliaria; la diferencia entre hospitalización a domicilio y atención domiciliaria se enmarca en las siguientes variables: procedencia de los profesionales, procedencia de los pacientes, nivel de tecnificación, actividades a ejecutar y tiempo de seguimiento, demostrando con esto la diferencia objetiva que tiene la atención domiciliaria en prevenir la hospitalización del paciente, versus, la hospitalización a domicilio que

¹ Harris R, Toni A, Gary G. The effectiveness, acceptability and costs of hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *Journal of Health Services Research and Policy*. Jul 2005;10.3. Pag 158.

² Ferrer Arnedo C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. *Doyma*. Junio 2006 1.612.

intenta mantener en el hogar del paciente logrando el alta temprana de las Instituciones hospitalarias de gran complejidad.

Muchos autores no realizan este tipo de diferenciaciones entre las modalidades de atención, aun la Organización Mundial de la Salud en su publicación regional numero cuarenta (*Comprehensive Community-and Home-based Health Care Model*) presenta una segregación de los programas de atención médica domiciliaria 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

En Colombia, el desarrollo de los programas de atención médica domiciliaria aun es incipiente a pesar que las condiciones de salud de la población y el marco legal han favorecido su progreso. En la actualidad la mayoría de instituciones que realizan cuidado domiciliario cuentan con un enfoque de atención al usuario con patologías crónicas que se basa en un modelo de atención primaria en salud, el cual busca garantizar la atención de aquellas personas que por sus condiciones no es posible realizar el traslado hasta servicios de salud ambulatorios.

En este contexto la enfermedad cerebrovascular (E.C.V.) por su historia natural y grandes limitaciones neurológicas, físicas y cognitivas hace parte del conjunto de patologías que con mayor frecuencia requiere manejo médico domiciliario, teniendo en cuenta las complicaciones motoras, gastrointestinales, neuropsicológicas, a las que se enfrentan las personas luego de sufrir un accidente cerebrovascular.

Uno de los indicadores más importantes para justificar la calidad de atención en personas con secuelas de eventos cerebrovasculares está dado por su incidencia, de acuerdo con los estudios publicados por la Asociación Colombiana de Neurología la prevalencia cruda de eventos cerebrovasculares es de 559/100000 habitantes con una incidencia entre 35 a 183 por cada 100000 habitantes, dependiendo de la edad, el género, las condiciones socioculturales de la población. Los eventos cerebrovasculares representan hoy una importante causa de mortalidad en la población Colombiana, ocasionando el 9,3% de la mortalidad por enfermedad general en el 2011³, con una disminución significativa asociada a los nuevos avances para el tratamiento agudo del ECV, con un aumento en la sobrevivencia de las personas con infarto cerebral, siendo hoy uno de los factores más importantes asociados a la condición de cronicidad, secuelas y dependencia funcional.

Aun siendo una condición de alta incidencia en la población, en Colombia no existe una política clara de atención para usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular. En algunos países como España, existen consideraciones como “la estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud” el cual direcciona la atención de este tipo de patologías no solo en su fase aguda, de rehabilitación, sino también en la fase de cronicidad en la prevención de complicaciones secundarias, garantizando el mantenimiento de la calidad de vida y acceso a servicios de salud de forma segura, pertinente y oportuna.

Para Bogotá D.C. las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte (Secretaría Distrital de Salud, 2000) a pesar que en la mayoría son eventos prevenibles con intervenciones costo-efectivas de atención primaria. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. formuló los lineamientos de prevención de enfermedades crónicas, reconociendo la importancia social, epidemiológica y económica de estas enfermedades, de las dinámicas sociales y de la prestación

³Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y Profamilia. Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2001. Mayo 2011.

de servicios, con el fin de mejorar los indicadores en salud y el bienestar de la población. En esta política se adoptan mecanismos para la prevención de patologías crónicas, sin contar aún con herramientas técnicas o legales que garanticen la interface entre los servicios de salud para brindar continuidad de la atención, así como, mecanismos para unificar el criterio de prestación de servicios de salud para las víctimas de secuelas de enfermedad cerebrovascular, por lo que hoy existe una brecha en la prestación en la fase aguda de la enfermedad y el seguimiento médico de sus secuelas, conllevando esto a condiciones tales como polimedicación, redundancia en el diagnóstico y rehabilitación, sesgos en la información clínica y síndrome del cansancio del cuidador entre otros.

Siendo la atención médica domiciliaria el mecanismo para dar continuidad a la prestación de servicios de salud posterior a eventos agudos, se debe encaminar la organización de estas instituciones para atender de forma integral a estos usuarios disminuyendo las complicaciones secundarias tales como úlceras por decúbito, espasticidad, desnutrición, neumonía, infección de vías urinarias secundaria a cateterismo vesical, polimedicación, entre otras. Por lo que es necesario realizar un análisis de la estructura organizacional de este tipo de programas, el proceso de toma de decisiones orientadas hacia el usuario y el perfil de riesgo existente en la prestación de servicios para garantizar la máxima calidad en la atención.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar los determinantes propios de la gestión clínica de los servicios de salud en atención medica domiciliaria para mejorar la calidad de la atención de personas con Secuelas de Enfermedad cerebrovascular en una Institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá D.C.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

- Describir los principales determinantes de atención con calidad de personas con Secuelas de Enfermedad cerebrovascular que reciben servicios de salud en Atención Médica Domiciliaria en la ciudad de Bogotá D.C.
- Correlacionar los determinantes de atención con calidad de personas con secuelas de Enfermedad Cerebrovascular con la gestión clínica de los programas de Atención Médica Domiciliaria.
- Describir la gestión clínica de los programas de atención médica domiciliaria para la atención de personas con Secuelas de Evento Cerebrovascular en la ciudad de Bogotá D.C.
- Realizar recomendaciones que contribuyan a mejorar la gestión clínica de los programas de atención medica domiciliaria para usuarios con secuelas de evento cerebrovascular en la ciudad de Bogotá D.C.

CAPITULO I

3. MARCO TEORICO

Para el abordaje teórico del problema en estudio, es necesario comprender las variables existentes en la gestión clínica de los programas de atención médica domiciliaria que condicionan la calidad en la prestación del servicio, para lo cual, se pretende realizar una revisión bibliográfica que permita entender con mayor claridad este fenómeno desde los conceptos de gestión clínica, organización de la atención domiciliaria, secuelas de enfermedad cerebrovascular, calidad en la prestación de servicios de salud y calidad de vida.

Al igual será necesario realizar una breve revisión de los estudios encontrados en las bases de datos indexadas referentes a los modelos de atención médica domiciliaria, gestión clínica domiciliaria, manejo de secuelas de evento cerebrovascular, para comprender el marco de referencia del problema objeto de estudio.

3.1. MARCO DE REFERENCIA

La búsqueda bibliográfica fue efectuada entre diciembre de 2011 y febrero de 2012, a través del metabuscador de la Universidad del Rosario. Los términos de búsqueda utilizados fueron "clinical management and home medical care", "home health care and stroke" y "quality of care and stroke". Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Medline Ovid, Jstor, Journal Ovid, EBSCO: Medline with full text (de ciencias de la salud); Wilson Web: Wilson OmniFile, Emerald, EBSCO: Academic Search Complete (de ciencias sociales y humanas); Wiley Journals y EBSCO Master File Premier (Multidisciplinarias).

En la revisión de la literatura disponible con relación la gestión clínica de programas de atención médica domiciliaria, se realizó búsqueda en idioma inglés, encontrando como importantes los siguientes artículos;

3.1.1. *The home based chronic care model: redesigning home health for high quality care delivery*⁴

Los individuos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se enfrentan a importantes desafíos debido a la disnea y a los déficits relacionados con las actividades de la vida diaria. Las personas con EPOC suelen ser hospitalizadas con frecuencia por exacerbaciones de la enfermedad, afectando negativamente la calidad de vida y la carga del gasto salud para la atención de sus enfermedades. El modelo de atención domiciliaria crónica fue diseñado para atender las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas facilitando el rediseño de la prestación de servicios de salud a enfermos crónicos en el hogar, garantizando la atención basada en evidencias científicas y apropiadas a la condición clínica de la persona.

El artículo describe los aspectos importantes para la gestión de enfermedades crónicas en el ámbito domiciliario para la atención segura de las personas con enfermedad crónica, de tal forma que sea eficiente y eficaz la prestación de servicios en el lugar donde residen los pacientes. Para lo anterior, los autores citan al modelo de Chronic Care Model el cual trata de introducir en la atención domiciliaria un programa de calidad que mejore la atención al paciente crónico en seis áreas:

1. Autoayuda para el paciente crónico (participación del paciente y de su familia en el seguimiento total de la enfermedad).

⁴Suter Paula y Colb. The home based chronic care model: redesigning home health for high quality care delivery. Chronic Respiratory Care. 2011. Vol 08, Pag 43-52.

2. Soporte a la decisión profesional, guías clínicas y otros métodos específicos para la práctica clínica domiciliaria.
3. Mejoras en la atención clínica con distribución de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente.
4. Sistemas de información electrónica para el seguimiento, la atención y la evaluación.
5. Cambios en la organización (incentivos para mejora de la calidad, por ejemplo).
6. Participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios). Se trata de cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual, no de contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para crónicos.

Así mismo se realizó consulta de tres documentos fundamentales para referenciar el presente trabajo, los cuales se presentan a continuación, por su contribución a fundamentar el desarrollo teórico de esta investigación.

3.1.2. **Estrategia en ictus del sistema nacional de salud**⁵.

El Sistema Nacional de Salud Español como parte de su política de calidad, determino la necesidad de crear guías y protocolos de manejo para las patologías de mayor prevalencia e impacto en la población, denominándolas como estrategias de atención por considerarlas como transversales en todo el proceso de prestación de servicios de salud desde la fase aguda, hasta la rehabilitación y reinserción, en los casos en lo que fuese necesario.

Por esta razón en el año 2008 se crea la “*Estrategia en Ictus de Sistema Nacional de Salud*” con la justificación de considerar los Eventos Cerebrovasculares como la segunda causa de muerte de la población española, con gran impacto sobre el

⁵ Gobierno de España. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España, 2008.

sistema de salud en términos económicos, de sobrevivencia y dependencia de la población afectada.

Acorde con lo planteado en el documento, la estrategia Ictus del Sistema Nacional de Salud, es probablemente el mayor intento realizado en Europa para acercar las mejoras en la atención sobre Ictus en toda la población. Para el caso específico del presente trabajo nos centraremos en las etapas de prevención secundaria y medidas de rehabilitación extrahospitalarias citadas en el documento.

Un punto importante para iniciar lo constituye la atención inicial del evento, el cual de acuerdo a los lineamientos de la estrategia, debe realizarse en servicios de atención especializada denominadas “unidades ictus”, las cuales reducen la mortalidad de los pacientes cuando se analizan con respecto a las unidades de atención convencional, una revisión sistemática, elaborada por los autores del documento en la que se incluyeron 31 ensayos clínicos aleatorizados y controlados (6.936 participantes), concluyó que los pacientes con ictus que reciben atención organizada en una Unidad de Ictus (comparados con los que reciben otras formas de atención) tienen mayores probabilidades de seguir vivos en condiciones de independencia un año después del evento.

Una de las líneas estratégicas del documento, lo constituye la reinserción y la rehabilitación precoz de la persona con ictus, por lo que se diseñaron modelos de atención que facilitaran la ejecución del objetivo trazado por el Sistema Nacional de Salud, el cual plantea que todo paciente egresa de la hospitalización aguda con un plan de manejo de rehabilitación definido y con entrenamiento a los cuidadores para desarrollar las actividades necesarias para la prevención de complicaciones en casa, con el propósito de evitar el reingreso hospitalario por circunstancias evitables, así como, un plan de seguimiento e intervención para ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden personas con Ictus.

El modelo de prevención secundaria descrito en esta estrategia, hace énfasis en la asistencia social, la vigilancia activa de factores de riesgo para nuevos ictus (por

ej. aneurisma de arteria carótida), seguimiento médico al paciente, sobrecarga del cuidador, infecciones asociadas a la postración y úlceras por presión (UPP).

Así mismo, la estrategia Ictus del Sistema Nacional de Salud, plantea como prioritario el establecimiento de líneas de investigación y formación de grupos de excelencia en Ictus, en las áreas de atención aguda, rehabilitación, reinserción y cuidado crónico de las secuelas motoras, sensitivas, cognitivas y del lenguaje generadas y no rehabilitables.

3.1.3. Vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en primer nivel de atención⁶.

La elaboración de una guía de práctica clínica de vigilancia del paciente con secuelas de evento cerebrovascular elaborada en la ciudad de México D.F., es justificada por la alta prevalencia y cronicidad de este fenómeno, asociada a una gran demanda de atención médica, afectación de la productividad y calidad de vida del paciente y su familia, con una alta diversidad de criterios en el manejo de las secuelas y sus mecanismos de prevención secundario. La guía de vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en primer nivel de atención, recopila información basada en la evidencia sobre criterios de manejo de estos usuarios a nivel ambulatorio y domiciliario.

La guía está diseñada específicamente para el control de las secuelas generadas por el accidente cerebrovascular, las cuales dependen concretamente del área del encéfalo que fue afectada por la isquemia o hemorragia, generando daño neurológico de una zona específica que deriva en problema visual, auditivo, motor, sensitivo, cognitivo, emocional o del lenguaje, que dependerá de la severidad del cuadro inicial, así como, el manejo instaurado en la fase aguda de la enfermedad.

⁶ México. Gobierno federal. vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en primer nivel de atención. Catalogo Maestro de Guías Clínicas. Consejo de Salubridad Federal. México, 2009.

Dentro de las secuelas más comúnmente descritas se encuentran los déficit o complicaciones de las siguientes áreas: atención y concentración, memoria, funciones ejecutivas, función visual, auditiva y gustativa, afasia, dispraxia del discurso, disartria, disfagia, función del intestino y vejiga, convulsiones, trombosis venosa profunda, úlceras por presión, apnea del sueño y síndrome del cansancio del cuidador entre otras.

En el trabajo de los mexicanos se presentan los algoritmos clínicos de manejo domiciliario para el proceso de rehabilitación física, del lenguaje, emocional, ocupacional, así como, las recomendaciones de buenas prácticas clínicas para la prevención de úlceras por decúbito, la espasticidad mioarticular, neumonía por aspiración y la prevención del agotamiento del cuidador. Presentando recomendaciones para la remisión a niveles superiores de complejidad para garantizar un manejo libre de riesgos y que exponga a nuevas agudizaciones.

3.1.4. Lineamientos de la política pública de prevención de enfermedades crónicas en Bogotá D.C.⁷.

Teniendo en cuenta los cambios descritos en el perfil de morbimortalidad de la población de la ciudad de Bogotá, descritos en la encuesta distrital de calidad de vida que se realiza cada en año en la ciudad con el objetivo de detallar la condición de salud y enfermedad de la población del Distrito Capital, en el año 2002, la Secretaria Distrital de Salud en conjunto con la Universidad Nacional de Colombia realiza la formulación de los lineamientos de la política pública de prevención de enfermedades crónicas para Bogotá D.C. la cual traza directrices fundamentales que constituyen puntos importantes para el direccionamiento del presente trabajo.

Uno de los puntos más importantes que orientan la formulación de la política pública los constituye las intervenciones multifactoriales con enfoque comunitario,

⁷BOGOTA D.C. Secretaria Distrital de Salud y Universidad Nacional de Colombia. Lineamientos de la política pública de prevención de Enfermedades Crónicas en Bogota D.C. 2002.

en la medida que la enfermedad crónica, trasciende la dimensión biológica centrada en el individuo y los comportamientos expresados en estilos de vida hacia una concepción más amplia que tiene en cuenta la dimensión social, los procesos productivos y las estructuras políticas que requieren del compromiso de toda la sociedad para ser ejecutados.

El propósito de la política pública es intervenir las enfermedades crónicas, como problema de salud pública para elevar la calidad de vida de la población, con el objetivo de disminuir la carga social y productiva que representan la morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades crónicas en Bogotá D.C.

La atención médica domiciliaria de personas con secuelas de evento cerebro vascular, se enmarca específicamente en los objetivos de mejorar la oferta, el acceso y la utilización de los servicios de tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas, ofreciendo una oferta especializada de servicios de salud a personas que por sus condiciones de dependencia funcional no pueden ser incluidos en programas de atención medica ambulatoria.

3.2. MARCO CONCEPTUAL.

3.2.1. ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA.

La atención médica domiciliaria hace referencia al conjunto de intervenciones en salud suministradas a un individuo en su lugar de residencia, las cuales se relacionan con programas de hospitalización domiciliaria o atención medica domiciliaria basada en el hospital, la cual se caracteriza por proporcionar cuidados de intensidad y/o complejidad equiparables a los dispensados en el hospital, y atención médica domiciliaria basada en programas de atención primaria en salud, la cual busca la atención específica de personas en condición de cronicidad y dependencia que les impide su traslado hacia los servicios de salud⁸.

⁸ Harris R, Toni A, Gary G. The effectiveness, acceptability and costs of hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *Journal of Health Services Research and Policy*. Jul 2005;10.3. Pag 158.

Teniendo en cuenta la orientación del presente trabajo hacia la atención de pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular, se abordara el modelo de atención para personas con enfermedad crónica, planteado por Edward Wagner y asociados en *el Mac-Coll Institute for Health care Innovation de Seattle* (EE.UU.) y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de sus elementos. El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados, por lo que en el desarrollo de oportunidades de mejoramiento podríamos contar con cinco dimensiones; El apoyo en autocuidado, el sistema de salud, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica.

Uno de los elementos descritos en el programa de atención domiciliaria es el apoyo en autocuidado, el cual se define como la práctica de actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Es esencial para lograr una asistencia basada en la persona y necesita el apoyo por parte del sistema de salud a todos los niveles. La educación en autocuidados es un nuevo paradigma que complementa la educación tradicional del paciente y/o su cuidador, la cual se ha basándose, sobretodo, en los profesionales de enfermería que tienen un perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento (*coaching*) para el paciente y la familia del individuo que recibe atención en su hogar.

Los programas de atención domiciliaria constituyen una alternativa eficiente para la atención de enfermos que por sus condiciones de salud no pueden acudir de forma ambulatoria (discapacidad o cronicidad) o mantenerse en servicios de hospitalización (por su poca disponibilidad de camas comparada con el nivel de ingresos a hospitales agudos). Por lo que egresan a su domicilio, una vez cumplan con las condiciones mínimas de atención, entre las que se encuentran¹:

- Voluntariedad de ser atendido en domicilio.
- Disponibilidad de comunicación telefónica y servicios públicos básicos.
- Residencia dentro del área de cobertura de la unidad de atención domiciliaria.
- Disponibilidad de un cuidador en el domicilio.
- Condiciones higiénicas y socio-familiares adecuadas.
- Certeza diagnóstica y estabilidad clínica del paciente.

El cumplimiento de las mismas permite establecer de forma segura la prestación de servicios, acordes a la organización del programa y las necesidades específicas para cada usuario. Los modelos de atención en salud, están clásicamente relacionados con la atención por personal médico y de enfermería, constituyendo estos profesionales, la base de atención hospitalaria, por lo menos en la percepción del usuario; aumentado la participación en el domicilio de profesionales en el área de rehabilitación (física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria), terapia enterostomal y clínica de heridas, nutrición, psicología, trabajo social y especialidades médicas como la fisioterapia y el cuidado paliativo que en conjunto logran articular planes de manejo ajustados a la práctica domiciliaria.

Un circuito asistencial domiciliario se relaciona con la posibilidad que cada disciplina tiene de prestar servicios al paciente para lograr su recuperación y/o mantenimiento de calidad de vida. La articulación de esfuerzos para la atención del paciente está coordinada por una unidad central que garantiza el cumplimiento del objetivo terapéutico y gestiona la integralidad de atención en el hogar, de acuerdo a las siguientes características:

- **Equipos multidisciplinares:** analizan las condiciones clínicas, sociales, familiares del paciente y su impacto en el estado de salud como base de atención en el paciente con secuelas de enfermedad neurológica, paciente oncológico con enfermedad terminal y condiciones de dependencia severa,

abordando desde una perspectiva biopsicosocial, que esté influenciada por un paradigma médico social y de rehabilitación comunitaria.

- **Estructuras de apoyo en atención domiciliaria:** como soporte en la atención, posibilitan el manejo en caso de deterioro clínico y estados de urgencia. Entre estas se encuentran las unidades de referencia y contrarreferencia, los servicios de traslado asistencial de pacientes, los sistemas de aporte de oxígeno domiciliario, sistema de toma y transporte de muestras biológicas, entre otros.
- **Sistema de georeferenciación:** a pesar que hoy no deberían existir limitaciones geográficas para la atención de usuarios en el domicilio, las condiciones sociales impiden en algunas zonas la prestación segura, debido a las pobres vías de acceso, limitación en servicios públicos y condiciones higiénicas. Por lo que en la actualidad existen sistemas de referenciación geográfica que describen condiciones de acceso, rutas óptimas de atención, malla vial, usuarios cercanos, los cuales tienen utilidad en procesos de referencia, cálculo en la oportunidad en la atención y tiempo de respuesta.
- **Gestión de riesgos en salud:** Una de las principales preocupaciones en la práctica médica actual, está relacionada con la gestión de eventos adversos derivados de la atención en salud, lo cual aplica de forma importante para la atención domiciliaria dado el nivel de intervención con el que hoy se manejan los pacientes en su hogar. La gestión de riesgos asociada a la salud de un paciente en su hogar incluye incidentes (near miss) relacionados con la medicación parenteral, con los cuidados de enfermería, con los procesos de comunicación entre el programa y el paciente (o su cuidador), alcanzando una incidencia hasta del 6.8% de acuerdo a lo

descrito por el informe APEAS⁹ el cual refiere distintos tipos de eventos adversos en España, desde leves hasta severos, relacionados con reingreso hospitalario e incluso la muerte.

Los principales incidentes y eventos reportados en la atención al domicilio se encuentran relacionados con la administración incorrecta de medicamentos, úlcera por decúbito, caída del paciente bajo cuidado de enfermería, quemaduras por termoterapia, protrusión de sondas y dispositivos médicos (prótesis y ortesis), retrasos en la remisión del usuario a niveles superiores de complejidad¹⁰, los cuales de acuerdo con el estudio de Coleman¹¹ no solo están determinados por la organización de la práctica domiciliaria, sino además con factores asociados con el aseguramiento, la disponibilidad del cuidador, las características arquitectónicas la vivienda, la escala funcional del paciente, entre otras, haciendo necesario su evaluación antes del ingreso al programa para disminuir su incidencia y sus potenciales efectos.

- **Entrenamiento y evaluación del cuidador:** el número de usuarios en cuidados domiciliarios ha aumentado de forma exponencial desde que los primeros programas se instauraron, así mismo, el número de profesionales de la salud y personal técnico en este campo ha aumentado, a pesar que en Colombia existen muy pocos programas de formación con enfoque a las condiciones particulares de la medicina domiciliaria. Los requerimientos de los pacientes (en especial aquellos con situaciones de cronicidad) hacen necesario la enseñanza del cuidador para que este se encuentre entrenado

⁹ España, Ministerio de la Sanidad y Consumo. Estudio APEAS, estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación. 2008.

¹⁰ Thomas E, Studdert L, Burstin H. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent care in Utah and Colorado. Medical Care. Volume 38 pag 261. 2000.

¹¹ Coleman K, Reid R, Johnson E, Hsu C, Ross T, Fishman P, Larson E. Implications for Reassigning Patients for the Medical Home: A Case Study. Annals of Family Medicine Pag 493-498. 2010.

en los procedimientos básicos que exijan la cotidianidad de su cuidado. Un ejemplo de esto lo mencionan los protocolos de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso de la Sociedad Española de Medicina Interna, los cuales describen como opciones para la administración de medicamentos parenterales la forma presencial, si el personal de salud se hace cargo de todo el proceso de administración, la mixta, si se desplaza para administrar el tratamiento pero delega a la familia la supervisión o retirada de los equipos y no presencial si el cuidador se hace cargo de la administración del medicamento sin presencia del personal de salud, pero con previo entrenamiento de este.

Así mismo en condiciones de dependencia funcional, el cuidador deberá pasar por ciclos de entrenamiento en el manejo del paciente en actividades de la vida diaria (baño, alimentación, prevención de complicaciones) y condiciones especiales (gastrostomía, traqueostomía, sondas y drenes), reservando la atención permanente del personal de enfermería para condiciones como ventilación mecánica, la cual eleva el costo del programa a cerca de UD 3000 dólares mensuales per capita.

De acuerdo con Jordan y Osborne¹², la educación al cuidador constituye la estrategia con mayor costo efectividad en programas domiciliarios, por lo que en países europeos han calculado ahorros para sus sistemas de salud hasta de UD515 millones de Dólares anuales¹³, logrando mantener la calidad del vida sin complicaciones para el paciente. Pese a esto, en muchos programas de atención domiciliaria no se contempla el entrenamiento al cuidador como un aspecto importante del modelo de atención o lo realizan de forma artesanal y sin criterios objetivos de

¹² Jordan J, Osborne R. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. Rapid on line Publication. NOV. 2006. Pag 2.

¹³ Ellen Nolte and Martin McKee. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. World Health Organization. 2008. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

medición, orientados hacia el “auto-cuidado” y que derive de un modelo de compensación total al cuidador desescalonado a compensación parcial y sistema de apoyo educativo.

El entrenamiento al cuidador es uno de los pilares más importantes de la atención médica domiciliaria, ya que este constituye el principal ejecutor de las actividades de la vida cotidiana, instrumentales y de gestión que por su nivel de limitación no pueda realizar la persona con secuelas de ECV. De acuerdo con Barrera y Colaboradores¹⁴ el entrenamiento al cuidador se define como un conjunto de actividades específicas e individualizadas, dirigidas a cuidadores de personas con enfermedades crónicas, con el objetivo de generar o potenciar las habilidades que permitan manejar los problemas reales o potenciales que surgen a partir de la situación de cronicidad.

De acuerdo con Vivader (citado por Barrera¹⁵), la preparación para el cuidado en casa, hace parte del plan de cuidado general del usuario, el cual se sustenta en las pautas de seguimiento, la administración del tratamiento, la rehabilitación y la convalecencia. En términos generales la definición de los cuidados necesarios para el manejo de un enfermo crónico en casa depende de tres tipos de cuidado; cuidados de la vida cotidiana, los cuales corresponden a las actividades básicas para garantizar bienestar a un individuo (por ej. Alimentación, higiene corporal, eliminación); cuidados instrumentales, definidos así por requerir desarrollo de habilidades técnicas que le permitan comprender al cuidador el mecanismo por el cual se logran ejecutar procedimientos que garanticen la estabilidad o la sobrevivencia del enfermo (por ej. Alimentación por gastrostomía, cambios de posición, succión cerrada por traqueostomía, cateterismo vesical intermitente, entre otros); y cuidados de gestión, necesarios para la

¹⁴ Barrera Lucy y Otros. Cuidando a los Cuidadores de personas con enfermedad crónicas. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.2010.

¹⁵Ibid.

interacción entre el paciente y el asegurador de servicios de salud (por ej. autorización de servicios de salud, dispensación de medicamentos, etc.).

3.2.2. GESTION CLINICA

La gestión clínica puede definirse de muchas formas. En tanto que gestión implica coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos afectando a las decisiones diagnósticas y terapéuticas¹⁶. Definiciones más concretas las relacionan con formas de gestionar las unidades asistenciales, basándose fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de las metas clínicas esperadas para el grupo de pacientes objetos de la atención.

Un concepto importante de mencionar es el mencionado por Temes¹⁷ quien hace referencia a la “gestión” como uso de los recursos, mientras que el término “clínica” con relación a la actividad médica directa al cuidado de los enfermos; así define la “gestión clínica” como la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes, enlazando conceptos de economía de la salud y gobierno clínico, cuyo objetivo fundamental es aumentar la efectividad, eficiencia y calidad de las prestaciones asistenciales.

La gestión clínica trata simplemente de restaurar los grados de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por patologías o procedimiento compartido, por la unidad de asistencia, etc.)¹⁸. Implica fundamentalmente a la microgestión (gestión a nivel de jefes de servicio) y a la mesogestión (equipo directivo del hospital) al exigir como mayor condición un grado de autonomía de los centros. De alguna forma se relaciona con la

¹⁶ ARANAZ J.M y otros. Gestión Sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes, Fundación Mapfre y ed. Diaz de Santos, Madrid 2010, pág. 105

¹⁷ TEMES, Jose. Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. Arbor CLXX. Octubre, 2001. Pág. 367.

¹⁸ ARANAZ J.M y otros. Óp. Cit.

macrogestión a través de las actuaciones que permitan hacer recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible y favoreciendo que esas recomendaciones lleguen a los profesionales para facilitar finalmente las buenas decisiones¹⁹, con impacto positivo en la calidad de atención en salud.

De acuerdo con Kerguelen²⁰, la gestión clínica pretende;

- Apoyar y apoderar a los profesionales clínicos en el mejoramiento de los procesos que soportan los cuidados a sus pacientes.
- Garantizar que la institución cuenta con sistemas para el mejoramiento de la calidad, propiciando una cultura donde se entienda la responsabilidad de brindar un buen resultado clínico.
- Crear una red de trabajo donde todos los prestadores de servicios en el área clínica, aprenden de los logros y errores de sí mismos y sus colegas con el fin de plantear soluciones de corrección y mejoramiento de los procesos.

El modelo de gestión clínica pretende orientar la actividad asistencial hacia el proceso asistencial y a la atención integral del paciente, dotando a los profesionales de una mayor autonomía en la gestión, organizándose como unidades de gestión clínica, las cuales se muestran como una forma alternativa a la organización tradicional de los servicios de salud. Las unidades de gestión clínica se componen de una unidad asistencial básica, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia, diagnóstico y cuidado. La asistencia de pacientes con secuelas de evento cerebrovascular en programas de atención domiciliaria, tiene componentes similares a las unidades de gestión clínicas, desarrollándose en estos trabajos interdisciplinarios, gestión de seguimiento al

¹⁹ ORTUN, Rubio. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Ed. ElsevierMasson. Colección economía de la salud y Gestión Sanitaria. 2007.

²⁰ KERGUELEN, Carlos. Gestione el mejoramiento de sus procesos clínicos. Centro de Gestión Hospitalaria y Fundación Corona. 2001.

paciente y su familia para evitar complicaciones que agudicen la enfermedad o produzcan deterioro en la calidad de vida.

De acuerdo con la Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria (SEHAD)²¹, en los programas de atención domiciliaria se desarrolla gestión del proceso asistencial, docente e investigador, en donde se considera como parte del proceso asistencial la intervención clínica (generalmente por médico, enfermería y rehabilitación) la intervención social y el trabajo con los cuidadores familiares. De acuerdo con este modelo en el proceso asistencial de las unidades de atención domiciliaria se encuentran el esquema de atención de enfermedades, el cual constituye un conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales en salud en una red integrada de atención que realizan las siguientes actividades como parte del circuito asistencial del proceso de atención:

1. Comprobar criterios de inclusión.
2. Información del paciente y/o cuidador sobre el programa.
3. Realizar valoración clínica inicial.
4. Elaboración de un plan individualizado de tratamiento y cuidados.
5. Derivación a los gestores de casos.
6. Registro del paciente.
7. Seguimiento programado mediante atención telefónica.
8. Telemonitorización, televisita, actividades de retroalimentación y plan de visitas domiciliarias.
9. Información y apoyo al cuidador principal.
10. Evaluación periódica para el ajuste del tratamiento y plan de cuidados.
11. Atención de la demanda urgente en los casos necesarios.
12. Dotación de la medicación y suministros sanitarios.
13. Coordinación con otros niveles asistenciales.

²¹ SANROMA, Pedro. Hospitalización Domiciliaria. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Cap. 1. Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria. 2011.

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.

3.2.3. CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS, que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones²². A pesar de ser la calidad un factor que ha tenido mucha importancia a lo largo del tiempo y a pesar de ser un tema muy estudiado en los últimos años, existen diversas formas de interpretarla.

*“Imai menciona que existen tantas definiciones de calidad y no hay acuerdo de lo que [la calidad] es o debe ser. En términos generales, las definiciones de la calidad se pueden clasificar en tres grupos: el primer grupo, formado por el control total de la calidad, que incluye dentro del concepto a todo lo que pueda tener buena o mala calidad; el segundo grupo toma como base la utilización que se le da al producto, como ejemplos podrían citar a Juran y un tercer grupo que define la calidad por medio de su descripción detallada en estándares específicos para cada producto”.*²³

Varios autores han aportado a la evolución del concepto de calidad. Para Juran hay muchos significados de la palabra calidad y dos de importancia crítica para la gestión de la calidad:

²² ARDON CENTENO, Nelson y JARA, María Inés. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en Salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Postgrados en Administración en Salud y Seguridad Social, Facultad de Enfermería. Primera edición; 2005.

²³ QUINTANILLA, Heriberto Calidad y sus utilidades. México: Ediciones castillo; 2002. P. 20.

“El primero, donde se le da valor a las características del producto que se ajustan a las necesidades del cliente y por tanto le satisfacen con el objetivo de incrementar los ingresos y, el segundo, donde la calidad significa ausencia de deficiencias o de errores que requieran rehacer el trabajo o que resulten en fallos de la operación, insatisfacción del cliente, quejas del cliente, entre otras...”²⁴

En el campo de la salud, el concepto de calidad requiere abordajes más concretos para la práctica asistencial, por lo que es necesario revisar los autores que más han trabajado y publicado acerca de este tema, entre los cuales se encuentra Avedis Donabedian, quien presenta la siguiente definición:

“Para poder comprender la calidad de atención en salud es necesario especificar desde un principio, los objetivos a seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención en salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud. Más precisamente, el objetivo es alcanzar la conservación, restauración y promoción de la salud que las ciencias de la salud permitan. Los medios son un conjunto de intervenciones: algunas técnicas, otras psicológicas y otras más, sociales. A los medios se les juzga por su efectividad (su contribución a la mejoría de la salud), su costo y por el grado en el que sus otros atributos son aprobados por pacientes individuales y por la sociedad.”²⁵

Donabedian define calidad de la atención en salud como: “aquel tipo de atención que se espera que va a maximizar el estado de salud del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”²⁶. Tomando como base este concepto se podría

²⁴ JURAN, Joseph M. Manual de calidad de Juran. Capítulo II ¿Qué es calidad?, Volumen I. Pág. 22. Madrid: Ed. McGraw Hill; 2001.

²⁵ DONABEDIAN, Avedis. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica, un texto introductorio. Perspectivas en salud pública. México: Edición número 10, Instituto Nacional de Salud Pública de México; 1994. P. 12

²⁶ ARDÓN CENTENO, Nelson. Óp. Cit. P. 31

afirmar que las instituciones prestadoras de servicios de salud que apliquen este concepto lograrán maximizar sus procesos sin afectar el costo-efectividad de sus servicios, logrando el mayor grado de bienestar de sus usuarios, constituyendo estos dos objetivos uno de los pilares más importantes de la gestión clínica.

Aunque esta definición es aceptada universalmente, es pertinente revisar otras definiciones para ampliar los conceptos de calidad de salud en este estudio; Jiménez²⁷ cita a Luft y Hunt quienes definen la calidad como:

“el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados para los pacientes y reducen la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo con el estado de conocimientos médicos”.

Sin embargo, para enmarcar la calidad de atención en salud, Donabedian introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son las categorías o enfoques dominantes en la evaluación de la calidad de los servicios y que son fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

La estructura, se define como el conjunto de condiciones físicas, medios o herramientas y recursos en que se lleva a cabo la atención en salud; o sea la distribución y funcionalidad de los espacios físicos y de los equipos, la organización de los recursos financieros, la formación y disponibilidad de recurso humano para la prestación de servicios; así como la existencia de normas y protocolos de atención que se necesitan para brindarla. No hay duda que la estructura es importante en la calidad de atención, puesto que ella moldea la forma como esta debe proporcionarse, lo cual es determinante para el desarrollo de los procesos y para las pautas de comportamiento de las personas y sistemas incluidos²⁸ A la estructura no debe vérselo como algo estático, por el contrario,

²⁷ GEYNDT, Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. citado por: JIMENEZ, Rosa. Una mirada actual. Revista cubana de Salud Pública; 2004.

²⁸ INIGUEZ, Antonio. Modelo de dirección de calidad, citado por PADRÓN GUTIÉRREZ, Cruz Estela. Calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización de la IPS pública

como algo dinámico que está continuamente intercambiando información con el exterior y que al mismo tiempo delimita un marco donde se realizan los procesos.

Según Donabedian, aunque la estructura constituye un indicador indirecto de la calidad de atención, la relación entre estructura y calidad es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la práctica sistemas cuya meta es brindar servicios personales de salud y que la buena estructura quizás constituya el medio más importante para proteger y estimular la calidad de atención.²⁹ En relación con los indicadores de estructura, su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva, pues engloba una serie de características previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria³⁰ o de un servicio en particular, como las unidades de atención domiciliaria de pacientes crónicos.

El proceso, es definido por Donabedian como:

“el conjunto de actividades que ocurren entre el personal de salud y pacientes, que dentro de una organización obedecen a las reglas de juego que les marca la estructura; son el resultado de patrones estructurales de comportamiento y por lo tanto si es necesario modificarlos habrá que ver si la estructura lo permite o si hay que modificarla. Los procesos asistenciales y los resultados obtenidos están directamente relacionados con las características de los procesos y de la estructura”³¹.

de II nivel de atención de Valledupar-Cesar. [Tesis de maestría]. Cesar: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2006.

²⁹Ibid. Pág. 30

³⁰ Óp. Cit. JIMÉNEZ Rosa, P. 21.

³¹ PADRÓN GUTIÉRREZ, Cruz Estela. Óp. Cit. P. 17.

Otras definiciones de procesos son por ejemplo la de la Organización Mundial de la Salud, citada por Mejía³² como: “Un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados”.

Los indicadores que miden el proceso ocupan un papel importante en las evaluaciones de la calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico y/o el enfermero sobre el paciente para obtener el resultado específico, que en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología utilizada, debe jugar un papel relevante³³.

Según Gilmore y de Moraes, citados por Jiménez³⁴, los procesos de la atención médica suelen tener enormes variaciones; con los indicadores lo que se busca es identificar la fuente de variación, que puede deberse a problemas en la calidad de la atención.

El resultado para Donabedian son los “cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente”. En general la medida de los resultados se considera el mejor medio para evaluar el nivel de calidad de la atención en salud. Tiene que ser así porque lo que verdaderamente importa es la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, no se debe olvidar que los resultados son consecuencias atribuibles a la atención dispensada y que si se quiere hacer un análisis o juicio sobre la calidad es necesario identificar qué atención ha sido responsable de un resultado³⁵, por ejemplo un procedimiento médico o de enfermería.

³² MEJÍA, Braulio. Gerencia de Procesos, para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Bogotá D.C: ECOE Ediciones; cuarta edición ampliada; 2003. P. 4.

³³ PADRÓN GUTIÉRREZ, Cruz Estela. Óp. Cit. P. 17.

³⁴ JIMÉNEZ, Rosa. Óp. Cit. P. 21.

³⁵ *Ibíd.* P. 31.

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad, pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado. El resultado entonces, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida³⁶.

Gilmore y de Moraes le atribuyen a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria varias características, entre las que se podrían destacar las siguientes: no evalúan la calidad directamente, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio; dependen de la mezcla de pacientes y gravedad de la enfermedad y son mejor comprendidos por los pacientes y público que los aspectos técnicos de estructura y proceso de la calidad.

De acuerdo con la SEHAD³⁷ el sistema de gestión de calidad de las unidades de atención domiciliaria tienen el objeto de garantizar la prestación del servicio en condiciones óptimas y efectivas, que permitan la recuperación y el mantenimiento de las condiciones de salud y/o calidad de vida de los pacientes en su domicilio. Aunque hoy aun no existe una definición estándar para la práctica asistencial en el domicilio, el sistema de gestión de calidad busca garantizar la continuidad, la seguridad en el manejo, siendo de especial importancia el sistema de información con el que la unidad de atención medica domiciliaria busca agrupar la información clínico administrativa de los pacientes, las cuales describen en el mayor numero de oportunidades los resultados del proceso de atención. Para el análisis de

³⁶ JIMÉNEZ, Rosa. Óp. Cit. P.22.

³⁷ SANROMA, Pedro. Óp. Cit. P. 90.

resultados se dispone de tres fuentes básicas de información: datos obtenidos directamente de los pacientes en entrevistas o durante el proceso de atención³⁸.

Las bases de datos clínicos-administrativas constituyen una fuente muy importante para los estudios de efectividad ya que contienen cantidad de información clínica relevante, dado que cuentan con una buena estandarización de las variables, lo que permite el seguimiento de los pacientes de forma objetiva y concreta, siendo útil para realizar ajustes en el proceso de atención con miras a potenciar sus resultados.

3.2.4. SECUELAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus –que en latín significa “golpe”- porque su presentación suele ser súbita y violenta. Existe común acuerdo de evitar términos más confusos o menos explícitos, como “accidente vascular cerebral” o similares, y optar por el término ictus en analogía con el uso del vocablo “stroke” en inglés. El término ictus une a la naturaleza cerebrovascular la connotación del carácter agudo del episodio

Colombia ha sido uno de los países en el contexto latinoamericano que más se ha preocupado por el estudio de la enfermedad cerebrovascular (ECV), siendo uno de los pioneros en el continente en el estudio epidemiológico, estrategias de prevención, de atención del evento y de rehabilitación. De acuerdo con los estudios publicados por la Asociación Colombiana de Neurología la prevalencia cruda de eventos cerebrovasculares es de 559/100000 habitantes con una incidencia entre 35 a 183 por cada 100000 habitantes dependiendo de la edad, del género y de las condiciones socioculturales de la población. Los eventos cerebrovasculares representan hoy una importante causa de mortalidad en la población Colombiana, ocasionando el 6,7% de la mortalidad por enfermedad

³⁸Ibíd.Pág. 183.

general en el 2005, con una disminución significativa asociada a los nuevos avances para el tratamiento agudo del ECV, con un aumento en la sobrevivencia de las personas con infarto cerebral, siendo hoy uno de los factores más importantes asociados a la condición de cronicidad y dependencia funcional.

Es de resaltar la importante labor desarrollada para la prevención y control de factores de riesgo en los que han trabajado las agencias gubernamentales, la Asociación Colombiana de Neurología, los aseguradores y prestadores de Servicios de Salud. La creación del Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CARMEN), concatena una importante serie de acciones que buscan la reducción de la condición de cronicidad en el país, abordando las enfermedades cerebrovasculares y sus factores de riesgo modificables, permitiendo de esta manera la prevención primaria de eventos vasculares en el sistema nervioso central.

El espectro clínico de la enfermedad cerebrovascular es amplio y complejo, hoy se cuentan con fuertes avances para la atención inicial de la enfermedad, abordaje clínico, diagnóstico y manejo de la isquemia cerebral para contener las limitaciones posteriores al daño del tejido cerebral, sin embargo, un alto número de personas sufren alteraciones temporales o permanentes que comprometen su funcionalidad e independencia, requiriendo integrar el proceso de atención inicial con una fase de neurorrehabilitación el cual está orientado a compensar las alteraciones presentes, ayudando al individuo a recuperar al máximo su independencia, garantizando una mejor calidad de vida física y social, no solo para el individuo sino su grupo familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio ha elegido la enfermedad cerebrovascular, no solo por su incidencia sino por su proceso de atención, el cual refleja la necesidad de integrar los equipos de atención médica domiciliaria, por el impacto personal y familiar que ocasiona. Acorde con el fenómeno de estudio, abordaremos las secuelas de la enfermedad cerebrovascular y no el fenómeno

como tal, con el objetivo de identificar los eventos en salud más comunes después de la aparición de ictus.

El manejo de una persona que ha sufrido un evento cerebrovascular debe realizarse, de preferencia, desde el inicio del fenómeno. Esta plenamente comprobado que los logros funcionales aumentan de acuerdo al inicio temprano de rehabilitación, sin embargo, la progresión de la enfermedad genera complicaciones clínicas agregadas al fenómeno neurológico inicial, como infección de vías urinarias, úlceras por decúbito, síndrome de desacondicionamiento, síndrome de hombro doloroso hemipléjico, disfagia, depresión, síndrome de cansancio del cuidador, entre otros.

Uno de los puntos más importantes a tener en cuenta en manejo médico domiciliario lo constituye la existencia del cuidador a cargo de la persona que ha sufrido un evento cerebrovascular. En los Estados Unidos se calculan que el costo a cargo del “cuidado informal” es cercano a 292 billones de dólares al año, los cuales no se incluyen en las estadísticas oficiales del sector salud. Uno de los fenómenos que con mayor frecuencia aparece en el proceso de atención de personas con secuelas de evento cerebrovasculares es el síndrome de cuidador cansado; se ha investigado que los factores asociados al agotamiento del cuidador, son las limitaciones funcionales del paciente, los bajos ingresos (muy frecuentemente asociados a la condición funcional del paciente y la disminución del desempeño social del cuidador y salud física o mental disminuidas).

3.2.5. CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida empieza a relacionarse con los cuidados de la salud a mitad de los años setenta, cuando la atención en salud, influenciada por los cambios sociales, va restando importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad, etc.) para favorecer a la calidad de la vida humana: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc.

Con este nuevo paradigma, los cuidados de salud toman un nuevo giro y se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y la satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psicológica y social.

En la actualidad no existe consenso respecto al significado del término calidad de vida, aunque parece obvio que en cualquier caso se trata de un término más amplio que el bienestar físico y social; en realidad se trata de un macroconcepto que integra las vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (físico, psicológico y social). En general todas las definiciones existentes de calidad de vida tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen énfasis en la valoración que el individuo hace de su propia vida.

Aunque en general muchas de las definiciones son abstractas y difíciles de operativizar, algunos autores sugieren utilizar el término calidad de vida relacionada con salud, conceptualizando como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona pueda padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento. Este término evita la medición de los aspectos no directamente relacionados con la salud como pudiera ser la libertad o el medio ambiente.

Un punto importante en el estudio de la atención de enfermedades crónicas en cualquier ámbito es el relacionado con la medición de la calidad del vida del individuo, relacionado fuertemente con la capacidad funcional, que refleja la habilidad de las personas para desarrollar actividades y papeles que son parte de la vida independiente y productiva³⁹. La capacidad funcional de las personas con secuelas de evento cerebrovascular incluyen una compleja mezcla de factores

³⁹Morris ME, Watts JJ, Iansek R et al. Quantifying the profile and progression of impairments, activity, participation, and quality of life in people with Parkinson disease: protocol for a prospective cohort study BMC Geriatric 2009

neuropsicológicos, cognitivos y sociales, siendo en suma una variable multifactorial con una considerable interacción entre sus elementos.

CAPITULO II

4. MARCO METODOLOGICO

Para dar cumplimiento al objetivo general planteado en el presente trabajo, se realiza el siguiente diseño metodológico, el cual comprende dos fases, con las cuales se busca describir las principales determinantes de la gestión clínica en atención médica domiciliaria de personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular.

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Fase I: descripción del proceso de gestión clínica para usuarios con secuelas de eventos cerebrovasculares.

Corresponde a un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en un universo establecido como muestra de conveniencia. Que está constituido por usuarios con secuelas de eventos Cerebro-vasculares, atendidos durante el periodo de Octubre a Diciembre del año 2011 en una institución de servicios de salud domiciliarios ubicada en Bogotá D.C, la cual cuenta con una población de 3132 usuarios que reciben manejo médico domiciliario, por secuelas de enfermedades crónicas y que se encuentran afiliados al Régimen Contributivo del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Fase II: Oportunidades de mejora en la gestión clínica domiciliaria para usuarios con secuelas de evento cerebrovascular.

Una vez realizado el análisis descriptivo y el modelo de regresión logística que permita establecer las variables claves en los determinantes de la gestión clínica en atención médica domiciliaria para personas con secuelas de eventos cerebrovasculares, se procederá a identificar tres áreas de mejoramiento en las

cinco dimensiones definidas en el marco teórico, del modelo de atención a crónicos desarrollado por Ed. Wagner.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Para el desarrollo del presente estudio, en la fase I, se tomo al universo de usuarios crónicos identificados con secuelas de enfermedad cerebrovascular en la base de datos de gestión y seguimiento, utilizada en el programa de atención médica domiciliaria, identificándolos por medio del código designado para el diagnóstico principal de manejo, haciendo uso de la nomenclatura registrada en Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión número 10 (CIE-10), tomando aquellos usuarios registrados con los siguientes códigos de clasificación:

CODIGO	DESCRIPCION DIAGNOSTICA
I690	Secuelas de hemorragia subaracnoidea
I691	Secuelas de hemorragia intraencefalica
I692	Secuelas de otras hemorragias intracraneales no traumáticas
I693	Secuelas de infarto cerebral
I694	Secuelas de enfermedad cerebrovascular, no especificada como hemorrágica u oclusiva
I698	Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas

Tabla N° 01: Descripción de los códigos de diagnósticos considerados como usuarios con secuelas de evento cerebrovascular en el presente estudio.

Los usuarios incluidos en el proceso de investigación fueron aquellos registrados como activos en el proceso de atención domiciliaria en el momento de la búsqueda, los cuales cumplían con los criterios de admisión específicos del programa y en donde se habían descrito las variables de funcionalidad (Índice de Barthel), y de valoración de riesgo (cansancio del cuidador, heridas por decúbito, evolución nutricional, polifarmacia) en los registros clínicos del sistema de historia clínica de la entidad en donde se desarrollo el estudio.

En los casos en los cuales se encontraron usuarios con los diagnósticos en mención, pero el registro clínico carecía de alguna de las variables necesarias para el estudio, se consideró como usuarios excluidos de participar en el desarrollo del estudio.

4.3. RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Para la recolección de la información se utilizó una base de datos clínico-administrativa que procede del sistema de historias clínicas de la institución en la cual se realizó el estudio, exportando la información requerida a un archivo plano en formato de Microsoft Excel 2010®, el cual recoge la información proveniente del módulo de seguimiento domiciliario mensual de la población objeto de estudio, en relación con las variables seleccionadas en el periodo de tiempo determinado como ventana de investigación.

Como criterio de selección de los usuarios en el tiempo de investigación establecido, se utilizó la admisión realizada en el sistema de información, a partir de la cual, se exportaron los siguientes datos:

1. Edad del usuario (años).
2. Diagnóstico de inclusión al programa.
3. Uso de oxígeno domiciliario (número de horas día y flujo solicitado).
4. Nivel de instrumentalización para el cuidado (uso de sonda vesical, úlceras por decúbito, uso de heparinas de bajo peso molecular por vía subcutánea, alimentación por gastrostomía, traqueostomía y consumo de anticoagulantes orales).
5. Índice de funcionalidad de Barthel.
6. Escala de Northon.
7. Índice de Zarit.
8. Escala de evolución nutricional (MNA).
9. Razón Fármacos día/usuario.
10. Reingreso hospitalarios.

Una vez identificadas las variables que se relacionan con el riesgo clínico, se identificaron las variables de estructura del programa, utilizando la admisión, para garantizar su correlación con el periodo de atención de los usuarios. Las variables encontradas fueron:

1. Programa de atención (dado que la entidad cuenta con diferentes tipos de programas de atención medica domiciliaria, se seleccionaron los usuarios ingresados al programa de “cuidado crónico domiciliario”.)
2. Número de consultas medicas domiciliarias.
3. Número de consultas de enfermería domiciliarias.
4. Número de consultas por psicología domiciliaria.
5. Sesiones de rehabilitación domiciliaria (solicitadas en el período de estudio) identificándolas como rehabilitación física, ocupacional, respiratoria y del lenguaje.

Se excluyeron los datos de identificación, residencia y asegurador, por no considerarse relevantes para el desarrollo de este estudio.

4.4. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.

De acuerdo a la revisión del marco teórico, la selección de variables se realizó acorde al modelo de gestión de riesgos en la atención médica domiciliaria, concentrando las variables en aquellas establecidas como parte de la estructura del programa y aquellas que se relacionan con el riesgo clínico del proceso de atención , teniendo en cuenta los parámetros clínicos, sociales y administrativos que se miden en la institución prestadora de servicios de salud de forma rutinaria a los pacientes objetos del estudio.

Con el objeto de realizar un análisis bivariado, se realizó una clasificación de variables como dependientes o independientes. Se consideró como variables independientes, el índice de funcionalidad de Barthel, el número de visitas por médico domiciliario, profesional de enfermería y el número de sesiones de

rehabilitación sobre la población escogida. Se consideran variables dependientes, el índice de cansancio del cuidador (Escala de Zarit) y las más representativas de riesgo definido en el domicilio, seleccionado la razón de fármacos/usuario (polifarmacia), la evolución nutricional (*Nutritional Screening Initiative*), los ingresos hospitalarios de causas prevenibles, y el riesgos de presentar úlceras por decúbito (Índice de Northon).

Lo anterior se presenta de forma detallada en la siguiente tabla, que realiza la descripción de cada una de las variables, incluyendo el nombre, la definición operacional, el tipo y escala de medición y la codificación de sus posibles valores.

Nombre	Relación de variables	Tipo de variable	Nivel de medición	Descripción	Códigos	Objetivos a los que apunta
Escala de dependencia (Índice de Barthel)	Independiente	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al puntaje de clasificación de Barthel.	0-20 Dependencia funcional total 25-60 Dependencia funcional severa 65-90 Dependencia funcional moderada 100: independencia funcional	#1, #2, #3, y # 4
Número Visitas médicas	Independiente	Cuantitativa	Razón	Se refiere al número de visitas que el médico	Numeración ordinal, desde 0 hasta el máximo de visitas	#1, #2, y # 3

				general realiza a los pacientes en el período de estudio.		
Número Visitas de enfermería	Independiente	Cuantitativa	Razón	Se refiere al número de visitas que la enfermera realiza a los pacientes en el período de estudio.	Numeración ordinal, desde 0 hasta el máximo de visitas	#1, #2, y # 3
Número Visitas rehabilitación	Independiente	Cuantitativa	Razón	Se refiere al número de visitas que las diferentes terapistas realizan a los pacientes en el período de estudio.	0 hasta el máximo de visitas	#1,#2 y #3
Escala de cansancio del cuidador (Índice de Zarit)	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al puntaje de clasificación de la escala de Zarit.	No sobrecarga= Sobrecarga leve= Sobrecarga intensa=	#2 y #4
Úlceras de decúbito	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Número de pacientes que han presentado úlceras de decúbito en el período.	Sí= 1 No= 2	#2 y #3

Infecciones urinarias	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Número de pacientes que han presentado infección urinaria en el período de estudio.	Sí= 1 No=2	#2 y #3
Polifarmacia	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo a la clasificación convencional establecida en el estudio y según criterios clínicos.	Leve: 4-6 medicamentos por día Moderada: 7-9 medicamentos por día Intensa: 10-13 medicamentos por día Excesiva: más de 13 medicamentos por día	#2 y #3
Ingresos hospitalarios	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Número de pacientes que han sido hospitalizados en el período de estudio.	0 hasta el máximo de pacientes hospitalizados	#2 y #3

Tabla N° 02: Descripción y operacionalización de variables de estudio.

4.5. TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.

Para el desarrollo de la Fase I se realiza análisis estadístico de la información obtenida, a través de dos modalidades. En el análisis de la población, se trabajan herramientas propias de la estadística descriptiva para caracterizar las condiciones de morbilidad más relevantes, entre los cuales se utilizan medidas de tendencia central para estudiar la dispersión etaria de la población, la funcionalidad, la dispersión del riesgo clínico y la carga de servicios por usuarios, en términos de estructura del programa. Lo anterior se realiza haciendo uso de la información contenida en Microsoft Excel 2010®, en donde se efectúa la tabulación y análisis de la información.

Para el análisis bivariado, se realizan técnicas estadístico-inferenciales del tipo de regresión logística con el objetivo de analizar las variables de estructura que determinan la calidad del modelo de gestión clínica del programa de atención domiciliaria para usuarios con secuelas de evento cerebrovascular, teniendo en cuenta la existencia de factores mutuamente relacionados que determinan el comportamiento y la evaluación de la calidad del programa. Para realizar el modelo de regresión logística se utilizara el paquete estadístico SPSS 20.0.

Para diferenciar las variables que se introducirán al modelo se utilizará el método de regresión logística *stepwise*, con el objetivo de determinar la variable independiente de mayor importancia en la estructura de prestación de servicios de atención domiciliar, con el objetivo de potenciarla, ocasionando un efecto “protector” en la población objeto de estudio.

4.6. CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993⁴⁰ del Ministerio de Salud en Colombia; la investigación no implica riesgo a los sujetos de estudio, puesto que al

⁴⁰Resolución No 008430 de 1993 (4 de octubre 1993) República de Colombia, Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud.

ser un estudio retrospectivo, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran revisión de historia clínicas, manteniendo su custodia y acervo legal, así como, el anonimato de los usuarios, los aseguradores de servicios de salud y la entidad prestadora de servicios de salud en donde se realizó el estudio.

CAPITULO III

5. ANALISIS DE LA INFORMACION

Dando cumplimiento al desarrollo metodológico planteado en el presente trabajo, se presenta en este capítulo el análisis de la información obtenida con la operacionalización de las variables en el estudio descriptivo, así como el plan de mejoramiento elaborado para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la gestión clínica de un programa de atención médica domiciliaria para pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular, que reciben atención medica domiciliaria.

5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACION

Una vez revisada la base de datos del sistema de información de la unidad de atención domiciliaria, se encontró un total de 803 usuarios identificados con los siguientes diagnósticos: secuelas de hemorragia subaracnoidea (27%), secuelas de hemorragia intraencefalica (56%), secuelas de infarto cerebral (12%) y secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas (5%).

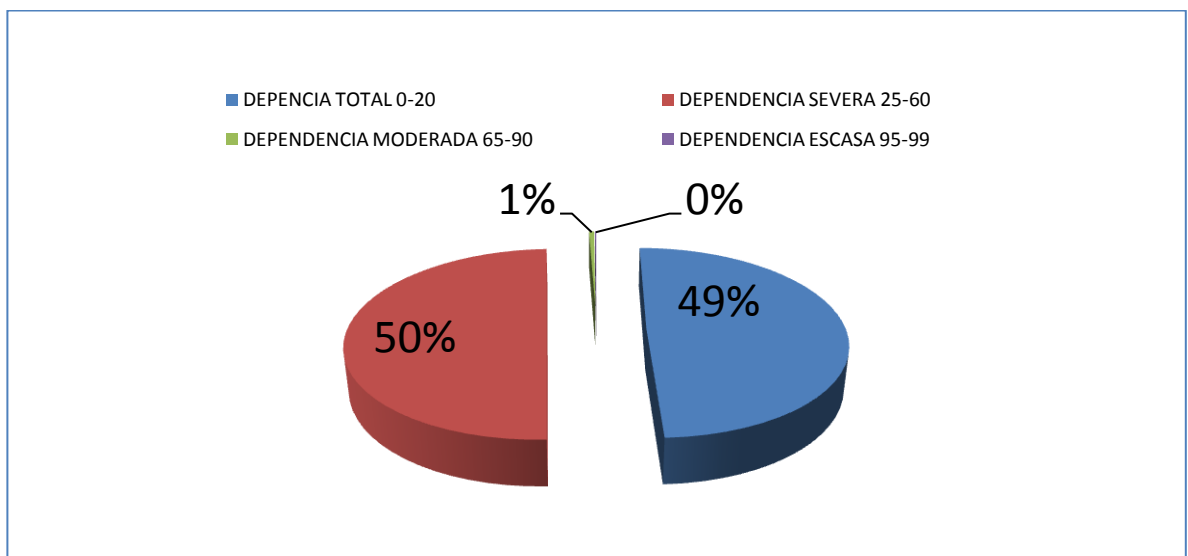
5.1.1. Distribución de usuarios por nivel de dependencia funcional:

La dependencia funcional de la población en estudio fue resultado de la medición de Escala de Barthel y su descripción permite realizar un análisis del nivel funcional del individuo a partir del cual es necesario orientar el modelo de atención y la conformación de los lineamientos de rehabilitación para la población en manejo.

La distribución porcentual se realizó de acuerdo a los rangos de dependencia funcional planteados en la literatura; clasificación en dependencia funcional total con una Escala de Barthel entre 0-20 puntos, dependencia funcional severa entre

25-60 puntos, dependencia funcional moderada 65-90 puntos e independencia funcional 100 puntos.

A continuación se muestra la representación gráfica del análisis realizado, en el cual se aprecia una distribución similar entre la dependencia funcional total (49% de la población) y la dependencia funcional severa (50% de la población), lo cual representa un nivel importante de cuidados necesarios para mantener calidad de vida en los usuarios objetos de la atención.



Grafica N° 01: Distribución de usuarios con secuelas de ECV en función del índice de Barthel.

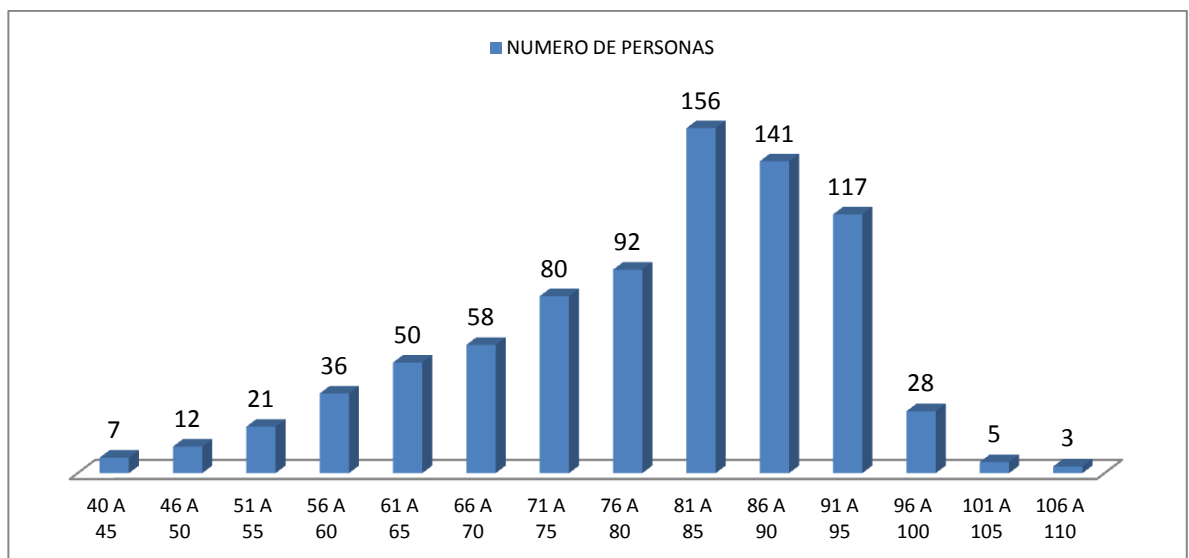
Teniendo en cuenta la fiabilidad de la medición de discapacidad con el Índice de Barthel, en la medida que la medición de esta escala presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad de la población, evidenciado la necesidad de elaborar vías clínicas de manejo orientadas hacia el cuidado paliativo y el mantenimiento de un nivel adecuada de calidad de vida.

5.1.2. Distribución etarea de la población:

El análisis de esta variable se realizó con el objetivo de determinar la distribución por grupos etareos de la población asignada, teniendo claro que las condiciones de morbilidad, carga de cuidados, tiempo de cuidados (latencia de la enfermedad), son diferentes en cada grupo etareo. Por lo anterior se realizó una clasificación por

quinquenarios a partir de la edad inferior de la población, hasta el límite superior (44 a 110 años).

De acuerdo con el análisis realizado, el 62,78% de los usuarios en manejo domiciliario por secuelas de evento cerebrovascular están en un rango de edad entre 76 y 95 años de edad, lo cual corresponde con el análisis de morbilidad descrito en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por Profamilia en el 2010, en donde se describe la enfermedad cerebrovascular como la causa de morbilidad mas importante en los adultos mayores de 65 años de edad en el Distrito Capital.



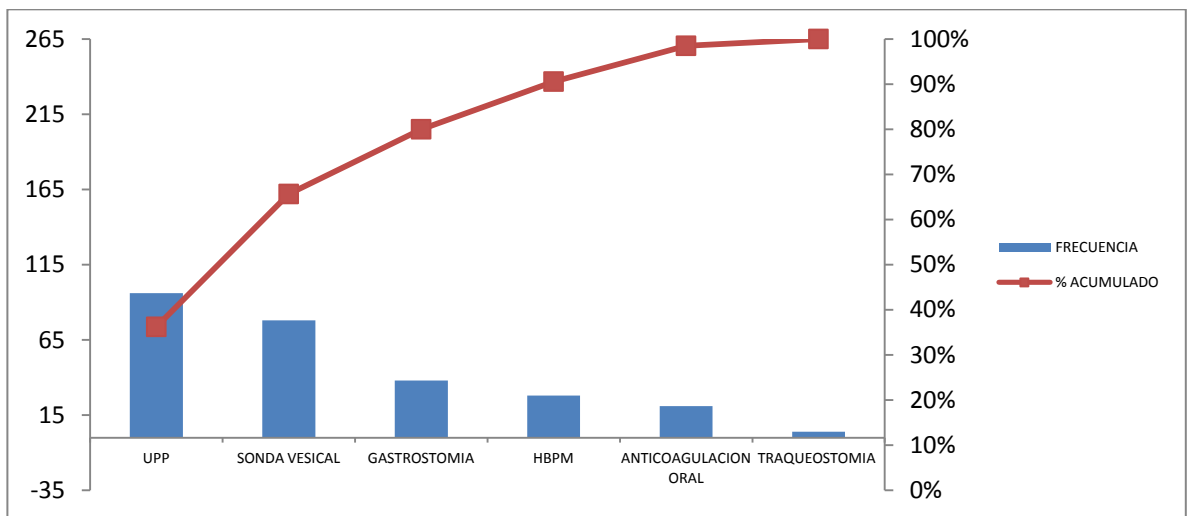
Grafica N° 02: Distribución etarea de población con secuelas ECV, 2011

Llama la atención la concentración de usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular, que se encuentran en un rango de edad de 40 a 65 años (14,89%), teniendo en cuenta que por sus condiciones de dependencia funcional deber ser intervenidos de manera reiterada desde el abordaje social, para disminuir el riesgo de cansancio del cuidador, ante un periodo de latencia de la enfermedad mucho más prolongado.

5.1.3. Factores de riesgo presentes en la población:

Los factores de riesgo que se tuvieron en cuenta en la población objeto del estudio, estaban constituidos por eventos que aumentan la carga de cuidado de cada uno de los individuos que se encuentran en el programa de atención médica domiciliaria. Tal y como se planteó en el marco teórico, estos aumentan el riesgo de la persona en presentar complicaciones, requiriendo un nivel superior de vigilancia para garantizar su control por parte del cuidador.

En el estudio realizado, se ejecuto una distribución en gráfica de Pareto para facilitar el estudio comparativo de los factores de riesgo de la población, ubicando en los “pocos vitales” a la presencia de úlceras por decúbito (UPP) y presencia de sonda vesical, lo que permitiría establecer prioridades a la hora de tomar decisiones en el modelo de gestión clínica para la prestación de servicios de salud domiciliarios de estos usuarios.



Gráfica N° 03: Pareto de factores de riesgo encontrados en la población a estudio.

De acuerdo a la priorización anterior, las úlceras por decúbito, constituyen el principal factor de riesgo a intervenir, con una incidencia del 9,6% para el total de la población estudiada, lo cual representa un indicador de importancia, en comparación en estudios realizados en pacientes que reciben atención médica

domiciliaria, en cuyo caso encontraron una prevalencia de 8,3% sobre el total de usuarios⁴¹.

Así mismo, la presencia de sonda vesical a permanencia constituye el segundo factor de riesgo en la priorización realizada, teniendo en cuenta la posibilidad de colonización del tracto urinario en personas en condición de postración crónica, siendo causa de infecciones de vías urinarias. Constituyendo esta la principal complicación que origina el ingreso hospitalario en los pacientes que reciben atención médica domiciliaria⁴², así como, la principal entidad que origina la necesidad de iniciar manejo antimicrobiano hospitalario o en el domicilio.

Otras de las condiciones presentes en la población son la presencia de sonda de gastrostomía, uso de heparinas de bajo peso molecular por vía subcutánea, anti coagulación oral con cumarínicos, y usuarios portadores de gastrostomía, que en la distribución de frecuencias, se ubican en la zona de “muchos triviales” siendo necesario abarcar una vez se logren establecer medidas de control para los primeros.

Los riesgos presentes en la población suponen un esfuerzo en la gestión clínica del programa de atención médica domiciliaria para direccionar la estructura y los procedimientos establecidos, mitigando el riesgo de complicaciones que lleven a reingresos, o detrimentos en la calidad de vida de los usuarios que se encuentran en manejo.

⁴¹ Torra Bou I, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. primer estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2000.

⁴²Heart and Stroke Foundation of Ontario. Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System 2007. A report from The Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System to the Ministry of Health and Long-Term Care. 2007. Disponible en: http://www.cesnstroke.ca/professional_content/documents

5.1.4. Estructura en la prestación de servicios:

La estructura básica en la prestación de servicios domiciliarios encontrada en la población objeto de estudio, se encuentra en torno a la consulta domiciliaria por medico general, consulta domiciliaria por profesional de enfermería, consulta domiciliaria por nutrición y psicología, así como, el abordaje de profesionales de rehabilitación en terapia física, terapia respiratoria, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Teniendo en cuenta que uno de los criterios más importantes en la planeación de los servicios domiciliarios para personas en condición de dependencia funcional es el Índice de Barthel, el análisis de la estructura del programa se realizara en torno al nivel de dependencia funcional descrito en la población. Para tal efecto se realizó una distribución de usuarios por lo rangos de dependencia funcional, número de visitas médicas, de enfermería, nutrición y psicología para cada caso, realizando un cálculo del índice promedio de atención percapita por cada disciplina, lo cual se muestra en la siguiente tabla.

BARTHEL	USUARIOS	INDICE VISITAS MEDICO	INDICE VISITAS ENFERMERIA	INDICE VISITAS NUTRICION	INDICE VISITAS PSICOLOGIA
0-20	393	3,78	2,01	0,93	0,94
25-60	405	2,47	1,96	0,93	0,92
65-90	5	1,40	2,20	1,00	1,00
TOTAL	803	3,10	1,98	0,93	0,93

Tabla N° 03: Índice de intervenciones asistenciales, acorde a la escala funcional de Barthel.

5.1.4.1. Consulta médica domiciliaria: en los 803 usuarios que constituyen el universo de estudio, se encontró un total de 2490 visitas por medico general; En la distribución por niveles de dependencia funcional se encontró que el número de visitas promedio por usuario corresponde a las condiciones de funcionalidad, en donde los usuarios en dependencia total reciben 3,78 visitas, en comparación a

los usuarios en dependencia moderada que reciben 1,40 visitas promedio en el periodo de investigación.

Lo anterior corresponde a lo descrito en el diseño de atención de servicios domiciliarios en donde los usuarios con mayor nivel de dependencia deben recibir manejo médico con mayor frecuencia teniendo en cuenta la correlación con el potencial de morbimortalidad que supone la postración crónica.

5.1.4.1 Consulta de enfermería domiciliaria: la consulta por profesional de enfermería en el domicilio busca evaluar el nivel y la carga de cuidados que requiere un individuo para mantener sus condiciones de salud y/o calidad de vida durante el proceso de atención domiciliaria. En el análisis realizado de la población en estudio se encuentro un total de 1590 visitas para los 803 usuarios, con un número de visitas promedio por usuario de 1,98.

Un nivel de dependencia funcional alto supone la necesidad de ejecutar cuidados instrumentales y de la vida cotidiana de manera permanente, por lo que es necesario la intervención desde enfermería para disminuir la posibilidad de complicaciones asociadas a la postración y el riesgo de síndrome de cansancio del cuidador por falta de entrenamiento para ejecutar los cuidados necesarios.

Es necesario resaltar que en el desarrollo del análisis se encontraron un mayor número de visitas promedio por enfermería en los usuarios con dependencia moderada (2,20 visitas) que en los usuarios con dependencia total y severa, lo cual no corresponde a lo planteado en el modelo de atención para los pacientes en condición de postración, ni en la revisión de la literatura disponible sobre planeación de cuidados de enfermería en el domicilio^{43 44}.

⁴³Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, EijkJThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

⁴⁴Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria por medio de enfermería domiciliaria para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford.

5.1.4.3. Consulta por nutrición domiciliaria: Uno de los principales aspectos a tener en cuenta en el cuidado de las personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular está dado por el patrón nutricional, teniendo en cuenta que el compromiso neurológico derivado después del evento agudo (trastorno miofuncional, necesidad de alimentación enteral por gastrostomía por alteraciones del patrón de deglución y la motilidad esofágica de origen central) genera complicaciones metabólicas y sistémicas como desnutrición calórico proteica, mayor incidencia de lesiones en piel y tegumentos.

En el periodo de estudio se encontraron 745 consultas por nutrición en el domicilio de los usuarios, hallando un promedio mayor de visitas en aquellos individuos con dependencia funcional moderada. Un aspecto a considerar en la planeación de los servicios de nutrición, están dados, por el soporte nutricional que requieren los pacientes en postración crónica⁴⁵, requiriendo aumentar la intervención de esta disciplina en los pacientes con dependencia total y severa para garantizar un aporte nutricional acorde a las condiciones funcionales del individuo.

5.1.4.4. Consulta por Psicología domiciliaria: Al hablar de la función psicosocial de los pacientes que reciben cuidado domiciliario por secuelas de enfermedad cerebrovascular, es necesario indicar que esta entiende el proceso de atención desde el manejo del binomio cuidador-paciente, teniendo como objetivo el manejo de las funciones neuropsicológicas del individuo, las manifestaciones emocionales en torno al proceso de enfermedad y la disminución de la carga emocional del cuidador derivada del proceso de cuidado. En los estudios realizados a cuidadores de enfermos crónicos⁴⁶, uno de los síntomas que con mayor frecuencia aparecen son los asociados al cansancio psicosocial, por lo que se entiende que el

⁴⁵Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49supl 4:S459-S466.

⁴⁶Buitrago-Echeverri, María Teresa; Ortiz-Rodríguez, Sandra Patricia; Eslava-Albarracín, Daniel Gonzalo. Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 59-77. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

acompañamiento por psicología debe potenciarse en los usuarios con mayor nivel de dependencia.

En la presente revisión se encontró un total de 745 consultas por psicología en el domicilio con un promedio de visitas por usuarios de 0,93, siendo mas alto el número de intervenciones en los pacientes con dependencia funcional moderada que en la personas con dependencia total o severa. En el presente estudio no se logró discriminar si la intervención se realizó sobre el individuo o su cuidador para definir el origen en la distribución de estas visitas.

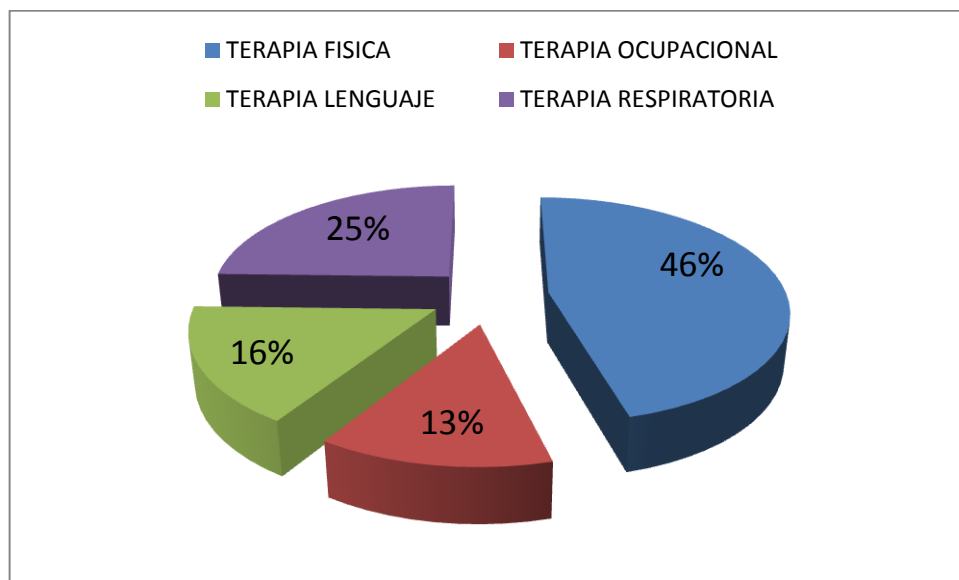
5.1.4.5. Rehabilitación domiciliaria: A continuación se presenta tabulada la información capturada en el periodo de estudio, en los cuales se realiza una distribución por escala funcional y edad para evaluar la prescripción de rehabilitación domiciliaria como parte integral del manejo.

RANGO EDAD	USUARIOS	TERAPIA FISICA	TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPIA LENGUAJE	TERAPIA RESPIRATORIA
40 A 45	7	10	15	18	16
46 A 50	12	43	0	18	15
51 A 55	21	119	54	69	15
56 A 60	36	195	55	29	57
61 A 65	50	202	66	131	63
66 A 70	58	283	59	138	160
71 A 75	80	366	107	208	156
76 A 80	92	366	88	154	166
81 A 85	156	664	115	310	369
86 A 90	141	582	77	192	367
91 A 95	117	341	45	108	324
96 A 100	28	136	20	49	81
101 A 105	5	28	8	10	15
106 A 110	3	0	0	0	13

Tabla N° 04: Distribución de sesiones de rehabilitación domiciliaria por rango etareo de la población objeto de estudio.

La rehabilitación domiciliaria integral permite mantener la calidad de vida en el paciente que recibe manejo domiciliario. En la población a estudio se encuentran diferentes modalidades de rehabilitación, las cuales en su totalidad constituyen un esfuerzo integrado para garantizar los patrones funcionales del usuario (patrón motor, ocupacional y del lenguaje) así como su condición respiratoria.

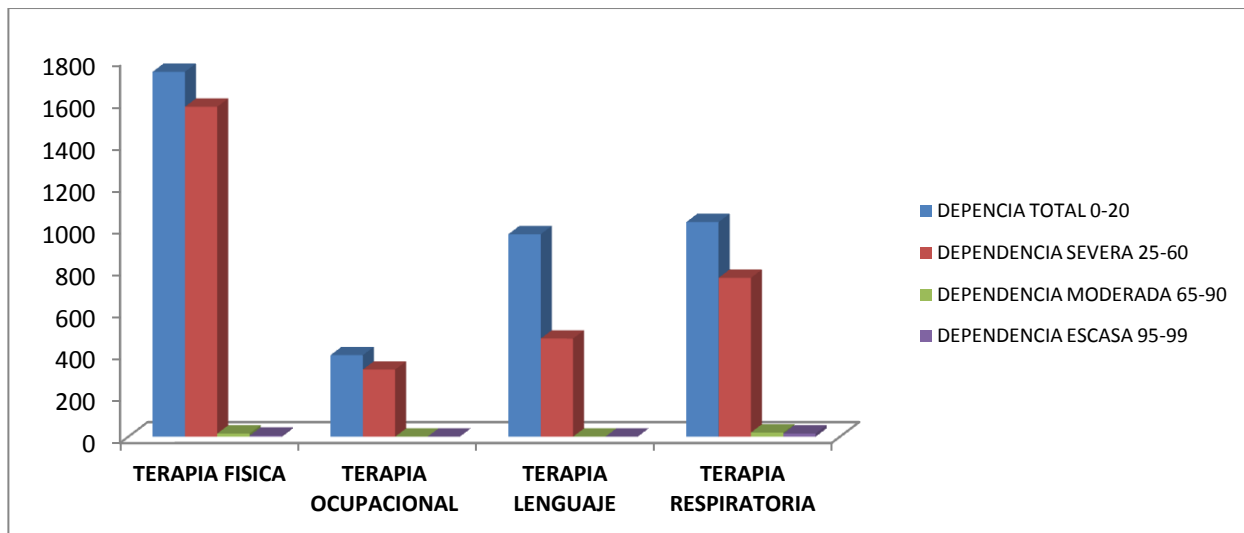
En el análisis global se realizaron un total de 8101 sesiones de rehabilitación domiciliaria para los 803 pacientes, con la siguiente distribución porcentual por cada una de las modalidades de rehabilitación.



Grafica N° 04: Relación porcentual de actividades en las disciplinas de rehabilitación en la población objeto de estudio: terapia física, terapia del lenguaje, terapia respiratoria y ocupacional.

El grupo etareo donde mayor número de sesiones de rehabilitación se encuentran prescritas son los usuarios en rango de edad de 81 a 90 años, con un total de 2973 sesiones de rehabilitación prescritas (36,69%), seguido por los usuarios con edades entre 91 a 95 años con un total de 935 sesiones (11,54%). Los grupos de pacientes que se encuentran con edades entre 41 y 60 años cuentan solo con el 9,9% de las sesiones de rehabilitación solicitadas de forma global, lo que puede estar dado por un menor impacto del evento cerebrovascular inicial, con menor repercusión sobre la funcionalidad de estos individuos.

Un análisis consecuente al anterior, esta dado al correlacionar el número de sesiones de cada modalidad de rehabilitación con el nivel de dependencia funcional, el cual está representado en la siguiente grafica.



Grafica N° 05: Distribución de actividades en rehabilitación acorde a la condición funcional.

El número más importante de solicitud de terapias domiciliarias está dado por fisioterapia, seguido por terapia respiratoria y del lenguaje, dejando en menor número de solicitudes a la terapia ocupacional. Solicitando un mayor número de sesiones a los usuarios que se encuentran en condición de dependencia total y severa y un menor número a aquellos usuarios que tienden hacia la independencia funcional.

5.1.5. Gestión de riesgos en atención domiciliaria.

5.1.5.1. Sobrecarga del cuidador: uno de los aspectos más importantes en el abordaje integral del individuo con enfermedad crónica está constituido por el manejo de los problemas relacionados con el cuidador familiar, el cual está expuesto a fenómenos de sobrecarga física y emocional, descritos en la literatura como síndrome de sobrecarga del cuidador. La Escala de Zarit (diseñada para la medición de la carga del cuidador) fue aplicada a la totalidad de la población objeto de estudio, en donde se encontró una distribución mayor de no sobrecarga

del cuidador (59%) y sobrecarga leve (41%), sin encontrar niveles de sobrecarga intensa en el manejo de los usuarios.

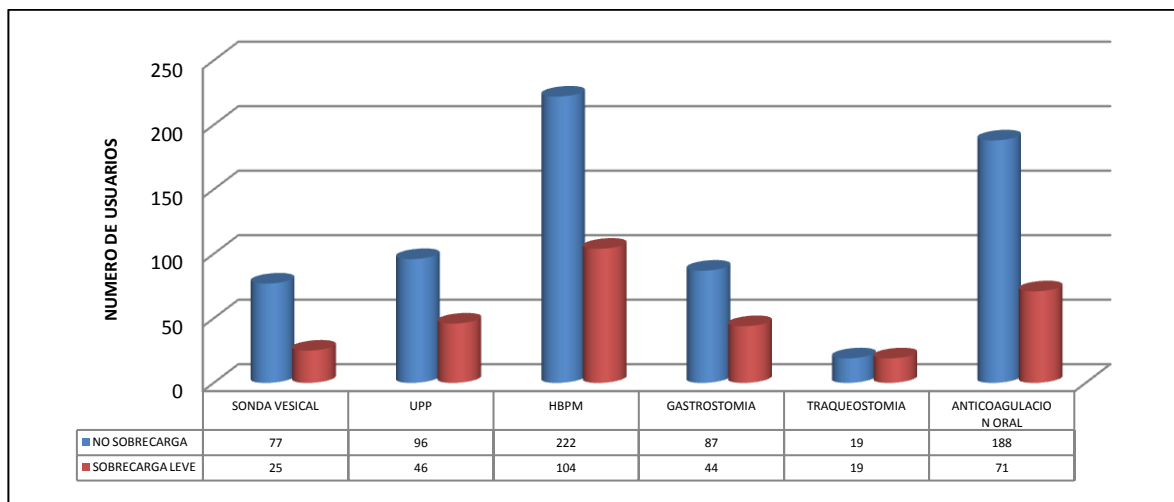
Uno de los puntos a considerar en el análisis de la carga de cuidado está condicionado por el nivel de dependencia funcional, del cual deriva en forma significativa, aspectos como; tiempo necesario de cuidado, nivel de intervención (instrumental, de gestión y de actividades de la vida cotidiana), sufrimiento espiritual del cuidador, entre otros. Una vez realizado la clasificación de los cuidadores que se encuentran en niveles de “no sobrecarga” y “sobrecarga leve” se procedió a determinar el nivel de dependencia funcional de los usuarios.

CARGA DE CUIDADO	BARTHEL		
	DEPENDENCIA TOTAL 0-20	DEPENDENCIA SEVERA 21-60	DEPENDENCIA MODERADA 61-90
NO SOBRECARGA	231	237	3
SOBRECARGA LEVE	167	166	1

Tabla N° 05: Distribución de usuarios en relación a su nivel de dependencia funcional y carga subjetiva del cuidador.

Llama la atención que en los cuidadores que se encontró menor nivel de sobrecarga, se hallaron mayor número de usuarios en condición de dependencia funcional, por lo que se realizó un análisis de las actividades instrumentales o que condicionan la necesidad de un cuidado más elaborado para determinar su incidencia en la variable de sobrecarga del cuidador. Es necesario aclarar que los cuidadores de personas en situación de cronicidad insertados en el programa de atención domiciliario donde se realizó el estudio, pasan un proceso de atención del binomio paciente/cuidador con el objetivo de disminuir la sensación de “carga” para garantizar una atención segura e integral.

Con relación a las variables de instrumentalización del cuidado, se presentan a continuación, la distribución de factores en cada uno de los dos grupos (no sobrecarga y sobrecarga leve) con el fin de identificar la relación existente:



Grafica N° 06: Distribución de actividades instrumentales en relación a la carga subjetiva del cuidador.

En el análisis de lo anterior se denota una mayor cantidad de factores que demandan cuidados instrumentales en aquellos usuarios con cuidadores que se encuentran en “no sobrecarga”, siendo esto contrario a lo expresado en la literatura^{47 48 49} y requiriendo un análisis más detallado objeto de un estudio específico en una serie más amplia y en un periodo de tiempo más prolongado, pudiendo describirse esto como una ventaja de la organización del proceso de atención que han recibido los usuarios.

5.1.5.2. Polimedición: se entiende como el consumo de varios medicamentos a la vez, diferentes autores⁵⁰ utilizan criterios distintos para definir la polimedición en cuanto a número de fármacos y tiempo de utilización sin embargo en este estudio se utilizará la definición dada por la Organización Mundial de la Salud que

⁴⁷Brown LJ, Potter JF, Foster BG. Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 455-460.

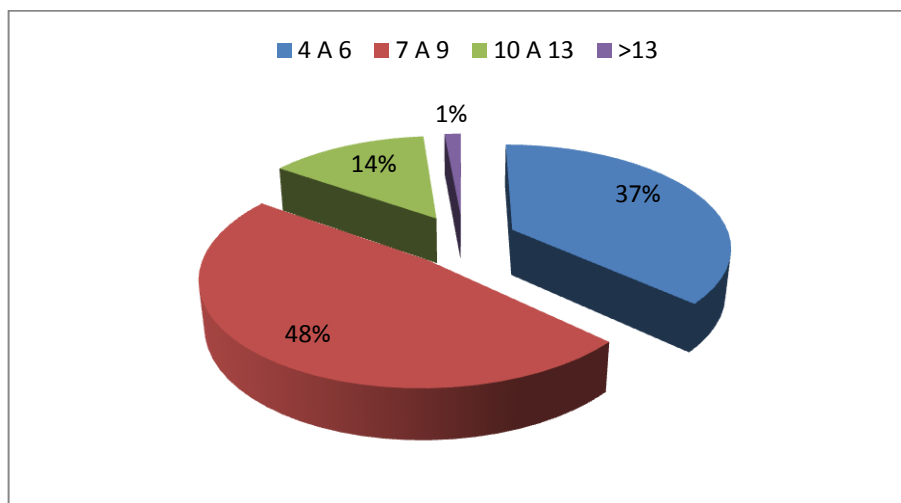
⁴⁸ Reese DR, Gross AM, Smalley DL, Messer SC. Caregivers of Alzheimer’s disease and stroke patients: immunological and psychological considerations. *Gerontologist* 1998; 34: 534-540.

⁴⁹ Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 2006; 5: 165- 172.

⁵⁰RL Bushardt, EB Massey, TW Simpson., et al, Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clin Interv. Aging*.3, 383–389 (2008) 5. NA Masoodi, Polypharmacy: To err is human, to correct divine. *BJMP*. 1, 6–9.

la describe como el consumo de 3 o más medicamentos de manera crónica sin importar sexo, edad o patología de base.

Para el análisis de la polimedicación se evaluaron aquellos usuarios que se encuentran recibiendo más de 3 medicamentos, encontrando que el 86,55% de la población cumple con este criterio, definiéndolos en el rango de la polimedicación, por lo que se realizó una distribución porcentual del número de medicamentos que consume concomitantemente, la cual se presente en la siguiente representación gráfica.

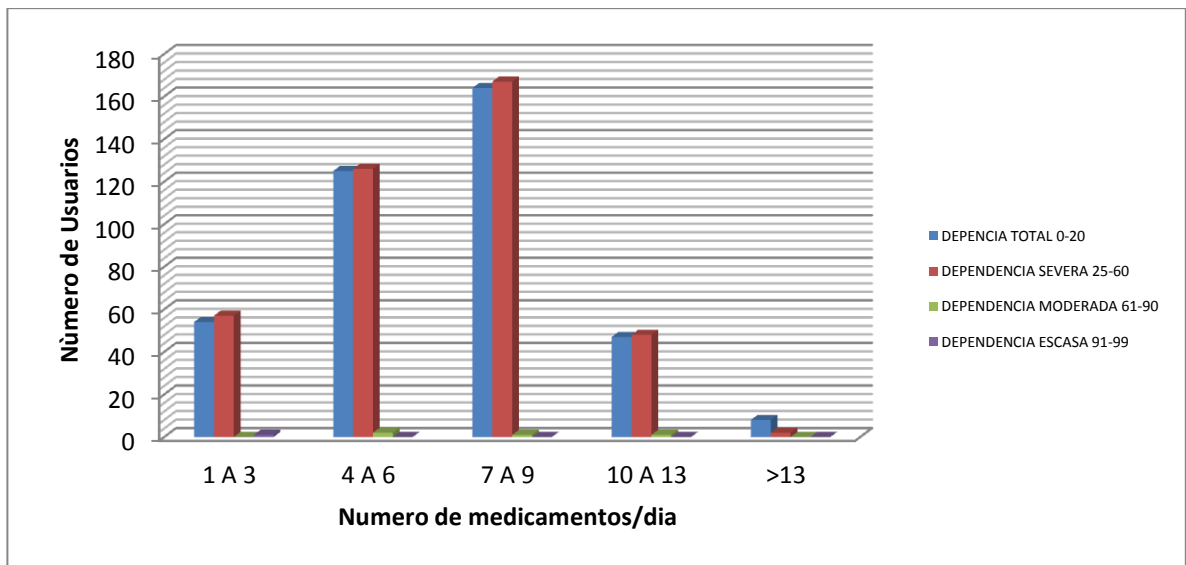


Grafica N° 07: Distribución del consumo de medicamentos en la población objeto de estudio.

Un 48% de la población se encuentra recibiendo un rango de medicamentos entre 7 y 9 por día, potenciando los riesgos existentes para la presencia de prescripción médica inadecuada, motivo por el cual se decidió realizar una comparación de dichos medicamentos con el nivel de independencia funcional, teniendo en cuenta lo descrito en la literatura al comparar el número de fármacos de acuerdo a la funcionalidad del anciano, encontrando que aquellos con mayor dependencia funcional tienen una tendencia a utilizar un mayor número de medicamentos, alrededor de 12 a 17⁵¹. Así mismo sucede al comparar ancianos hospitalizados,

⁵¹ Barry PJ, O'Keefe N, O'Connor KA, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly: A comparison of the Beers criteria and the improved prescribing in the elderly tool (IPET) in acutely ill elderly hospitalised patients. J Clin Pharm Ther. 2006;31:617-26. 29. Stuijt CC, Franssen EJ, Egberts AC, Hudson SA.

institucionalizados y domiciliarios, los primeros tendrán el mayor consumo y los últimos tendrán el menor, variando adicionalmente el perfil de fármacos utilizados. Por ejemplo los pacientes que viven en su residencia tienen un patrón de consumo mayor hacia analgésicos y medicamentos cardiovasculares, mientras los institucionalizados tienen un comportamiento muy tendiente al uso de medicamentos de acción central.



Grafica N° 08: Distribución del consumo de medicamentos en relación a la dependencia funcional.

Una vez se discriminan el número de medicamentos/día por los rangos de dependencia funcional, se logra apreciar que el número de medicamentos consumidos por personas en condición de dependencia total (49,56%), dependencia severa (49,81%) dependencia moderada (0,50%) y dependencia escasa (0,12%), siendo necesario indicar que este hallazgo es contrario a la literatura disponible, por lo que debe ser revisado con el objetivo de garantizar el cumplimiento del objetivo terapéutico acorde al nivel funcional.

Appropriateness of prescribing among elderly patients in a Dutch residential home: Observational study of outcomes after a pharmacist-led medication review. *Drugs Aging*. 2008;25: 947–54.

5.1.5.3. Calidad de vida: la evaluación de resultados en atención domiciliaria para personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular, esta direccionada al manteniendo de calidad de vida y la prevención de complicaciones. La metodología para la evaluación de la calidad de vida, se realizó por medio de la escala de ECOG, la cual valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía.

Tal y como se explicó en el marco metodológico, la Escala de ECOG está diseñada en cinco valores nominales, siendo cero el mejor resultado posible y cinco la muerte. Un análisis discriminado de la escala de ECOG por cada uno de sus niveles, permite evidenciar la distribución de la población para determinar el nivel de calidad de vida.

CATEGORIA	DESCRIPCION	USUARIOS	DISTRIBUCION
0	Completamente activo, capaz de realizar toda actividad previa a la enfermedad sin restricciones.	2	0,25 %
1	Restringido en la actividad física enérgica, pero está en régimen ambulatorio y es capaz de realizar el trabajo de naturaleza ligera o sedentaria (como trabajo de la casa ligero, o trabajo de oficina).	1	0,12 %
2	En régimen ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar ninguna actividad de trabajo. Tiene que quedarse encamado durante < 50% de las horas de vigilia.	2	0,25 %
3	Capacidad limitada de cuidar de sí mismo, confinado a la cama o una silla durante más del 50% de las horas de vigilia.	291	36,10 %
4	Totalmente incapaz. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla.	510	63,28 %
5	Muerto	0	0,00 %

Tabla N° 06: Categorización de la calidad de vida, acorde a la Escala ECOG, en la población objeto de estudio.

El número más amplio de usuarios del estudio, se encuentra en el nivel “4” (63,28%) de la Escala de ECOG, lo cual está relacionado desde esta medición con la necesidad de recibir cuidado por parte de un familiar y no ejercer actividades de autocuidado. Es importante denotar que esta escala realiza una aproximación a la calidad de vida, desde el nivel de postración en el que se encuentra el individuo, logrando realizar una correlación con el nivel de independencia funcional que presenta la persona.

Uno de los aspectos importantes definidos en la medición de la Escala de ECOG en esta población, es la necesidad de tomar medidas encaminadas a lograr el aumento en la calidad de vida de las personas, entendiendo esta como el resultado final del proceso de atención, definiendo mecanismos por los cuales las vías clínicas y psicosociales del programa promuevan a lograr el cumplimiento de este objetivo.

5.2. ANALISIS POR REGRESION LOGISTICA.

Una vez concluido el análisis descriptivo en donde se analizaron cada uno de los determinantes de la gestión clínica definidos en el presente trabajo, se procedió a ejecutar regresión logística de las variables de estructura del proceso de atención, para detallar como estas inciden en la presencia de una variable resultado. Como variables resultado se tomo aquellos eventos en los cuales la intervención de las diferentes disciplinas puede ocasionar un factor protector, afectando un resultado indeseado en el proceso de atención domiciliaria, definiendo estas como presencia de infecciones de vías urinarias, presencia de úlceras por decúbito, polimedicación y reingresos hospitalarios por causas prevenibles.

De acuerdo a la categorización de las variables, se consideran dependientes: presencia de infección de vías urinarias, presencia de úlceras por decúbito, reingreso hospitalario prevenible y polimedicación, así como, variables

independientes número de visitas medicas, número de visitas de enfermería, número de visitas por nutrición y número de sesiones de rehabilitación integral.

Los criterios que el programa SPSS presenta como opciones para la selección de las variables explicativas, cuando se aplica el análisis de regresión logística, son el estadístico de Wald, para cada una de estas variables se aplicó un modelo de regresión logística, obteniendo los siguientes resultados:

5.2.1. Presencia de infección de vías urinarias.

De acuerdo a la información contenida en la base de datos procesada, se encontraron 77 individuos que presentaron infección de vías urinarias en el periodo de investigación, con la siguiente distribución en las variables en la ecuación.

VARIABLES		B	E.T.	WALD	GL	SIG.	EXP(B)
Paso 1(a)	TERAPIA	-0,004	0,011	0,114	1	0,736	0,996
	MEDICO	-0,106	0,101	1,108	1	0,293	0,899
	ENFERMERIA	0,218	0,112	3,791	1	0,052	1,244
	NUTRICION	0,106	0,486	0,047	1	0,828	1,112
	Constante	-2,442	0,593	16,943	1	0	0,087

Tabla N° 07: Regresión logística en infección de vías urinarias.

La significancia de enfermería dentro de la ecuación se encuentra en el punto más cercano a cero dentro de las variables, indicando que la variable independiente “consulta por enfermería” influye significativamente en la probabilidad de que aparezca infección de vías urinarias en el modelo relacionado.

La explicación más aproximada a este fenómeno, podría estar relacionada con los procesos de educación al cuidador en la técnica adecuada para la realización de procedimientos tales como cateterismo vesical intermitente e higiene urogenital (el cual reduce la aparición de infección asociada a *Escherichia coli*). Lindsay en su

estudio sobre infección de vías urinaria en usuarios con enfermedades crónicas, advierte el impacto que tiene la intervención de enfermería sobre la posibilidad de aparición de infección del tracto urinario, presentando como indicadores de resultado un comparativo de usuarios, expuestos a consulta de enfermería versus usuarios que recibieron intervención solo por medico tratante, disminuyendo un 57% la aparición de la infección⁵².

Las razones expuestas por la autora en mención se encuentran asociadas a la prevención en términos de uso correcto de la técnica aséptica en la manipulación de sondas vesicales temporales y permanentes, a la educación en relación la identificación temprana de signos de irritación urinaria y a la “cultura de hábitos urinarios” en el reentrenamiento del cuidador y el individuo con enfermedad crónica.

Las variables independientes de “consulta por terapia” y “consulta por nutrición” no muestran significancia relativa con relación a la variable resultado, lo cual será evidencia en el modelo de regresión logística stepwise que se presentará más adelante.

5.2.2. Presencia de úlceras por decúbito.

De acuerdo a la información contenida en la base de datos procesada, se encontraron 96 individuos que presentaron úlceras por presión en el periodo de investigación, con la siguiente distribución en las variables en la ecuación.

VARIABLES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	TERAPIA	-0,013	0,01	1,53	1	0,216	0,987
1(a)	MEDICO	0,053	0,099	0,287	1	0,592	1,054

⁵² Lindsay E. Nicolle. Urinary Tract Infections in Long-Term-Care Facilities. Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 22, No. 3 (March 2001), pp. 167-175. Published by: The University of Chicago Press.

ENFERMERIA	0,357	0,099	13,002	1	0	1,429
NUTRICION	0,585	0,533	1,204	1	0,272	1,795
Constante	-3,367	0,639	27,735	1	0	0,034

Tabla N° 08: Regresión logística en úlceras por decúbito.

En la anterior ecuación la significancia y el estadístico de Wald denotan una fuerte correlación entre las actividades de “consulta de enfermería” y la presencia de úlceras por decúbito. Uno de los indicadores de calidad más apreciados en la valoración por enfermería es la prevención de alteraciones de la integridad cutánea y la prevención de úlceras asociadas al decúbito.

Aun cuando la significancia no es importante en las demás variables, las consultas por nutrición y terapias, alcanzaron un nivel similar en la distribución de probabilidad de impacto en la variable resultado, teniendo estas intervenciones marcada importancia en el modelo de atención, con el fin de disminuir la inmovilidad y la desnutrición asociadas al proceso de postración en las secuelas de evento cerebrovascular.

5.2.3. Reingresos hospitalarios.

De acuerdo a la información contenida en la base de datos procesada, se encontraron 68 individuos que presentaron reingresos hospitalarios en el periodo de investigación, con la siguiente distribución en las variables en la ecuación.

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
TERAPIA	0,014	0,01	1,934	1	0,164	1,014
MEDICO	-0,055	0,112	0,239	1	0,625	0,947
ENFERMERIA	0,465	0,112	17,297	1	0	1,592
NUTRICION	0,113	0,54	0,044	1	0,835	1,119
Constante	-3,469	0,669	26,855	1	0	0,031

Tabla N° 09: Regresión logística en reingresos hospitalarios.

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad, aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados asistenciales.

Algunos autores consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad, siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso⁵³, por lo que la educación dada por el personal de salud, el entrenamiento a los cuidadores y la formación en estrategias que permitan garantizar la detección rápida de síntomas, permite garantizar un manejo domiciliario continuo e integral.

5.3. Método Por pasos hacia atrás (Wald).

El método de pasos hacia atrás permite jerarquizar cada una de las variables independientes con el objetivo de obtener al final del procedimiento, la variable que mayor impacto tiene en la probabilidad de que se presente la variable resultado. En el presente ejercicio se realizó la regresión hacia atrás en cuatro pasos, obteniendo de cada una de las variables resultado, aquella variable en la estructura de importancia que tiene una mayor jerarquía sobre las demás.

Reingresos hospitalarios	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Terapia	0,014	0,01	1,934	1	0,164	1,014
Paso 1(a) Médico	-0,055	0,112	0,239	1	0,625	0,947
Enfermería	0,465	0,112	17,297	1	0	1,592

⁵³Alonso Martínez JL, Llorente Diez B, Echegaray Agara M, Urbietaechezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. AnMed Interna (Madrid) 2001; 18: 248-254.

	Nutrición	0,113	0,54	0,044	1	0,835	1,119
	Constante	-3,469	0,669	26,855	1	0	0,031
	Terapia	0,014	0,01	1,94	1	0,164	1,014
Paso 2(a)	Médico	-0,055	0,111	0,243	1	0,622	0,947
	Enfermería	0,467	0,111	17,624	1	0	1,596
	Constante	-3,368	0,458	53,975	1	0	0,034
	Terapia	0,014	0,01	1,858	1	0,173	1,014
Paso 3(a)	Enfermería	0,467	0,111	17,554	1	0	1,595
	Constante	-3,532	0,32	121,833	1	0	0,029
Paso 4(a)	Enfermería	0,457	0,111	17,079	1	0	1,58
	Constante	-3,377	0,293	132,872	1	0	0,034
Ulceras por presión		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
	Terapia	-0,013	0,01	1,53	1	0,216	0,987
	Medico	0,053	0,099	0,287	1	0,592	1,054
Paso 1(a)	Enfermería	0,357	0,099	13,002	1	0	1,429
	Nutrición	0,585	0,533	1,204	1	0,272	1,795
	Constante	-3,367	0,639	27,735	1	0	0,034
	Terapia	-0,012	0,01	1,47	1	0,225	0,988
Paso 2(a)	Enfermería	0,358	0,099	13,072	1	0	1,43
	Nutrición	0,583	0,533	1,195	1	0,274	1,791
	Constante	-3,202	0,558	32,921	1	0	0,041
	Terapia	-0,012	0,01	1,427	1	0,232	0,988
Paso 3(a)	Enfermería	0,367	0,099	13,896	1	0	1,444
	Constante	-2,677	0,262	104,057	1	0	0,069
Paso 4(a)	Enfermería	0,372	0,099	14,237	1	0	1,451
	Constante	-2,788	0,248	125,905	1	0	0,062
Infección de vías urinarias.		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	Terapia	-0,004	0,011	0,114	1	0,736	0,996

	Médico	-0,106	0,101	1,108	1	0,293	0,899
	Enfermería	0,218	0,112	3,791	1	0,052	1,244
	Nutrición	0,106	0,486	0,047	1	0,828	1,112
	Constante	-2,442	0,593	16,943	1	0	0,087
	Terapia	-0,004	0,011	0,111	1	0,739	0,996
Paso 2(a)	Médico	-0,106	0,101	1,112	1	0,292	0,899
	Enfermería	0,22	0,112	3,903	1	0,048	1,247
	Constante	-2,348	0,405	33,567	1	0	0,096
Paso 3(a)	Médico	-0,109	0,101	1,161	1	0,281	0,897
	Enfermería	0,222	0,112	3,952	1	0,047	1,248
	Constante	-2,376	0,397	35,726	1	0	0,093
Paso 4(a)	Enfermería	0,219	0,112	3,842	1	0,05	1,245
	Constante	-2,7	0,269	100,601	1	0	0,067

Tabla N° 10: Método de pasos hacia atrás de las variables reingreso hospitalario, úlceras por decúbito e infección de vías urinarias.

De acuerdo al modelo anterior, la variable independiente que se sitúa en el paso cuatro en cada una de las tres ecuaciones es “consulta de enfermería”, de lo cual se puede inferir la importancia que esta tiene en la atención de los usuarios con secuelas de evento cerebrovascular en el domicilio.

El análisis del presente modelo permite identificar la necesidad de organizar procesos de atención domiciliario en donde se articulen los diferentes profesionales de la salud, con un enfoque en donde el profesional de enfermería mantenga una supervisión continua y permanente, evitando la aparición de eventos adversos en el proceso de atención.

De acuerdo con Guirao-Goris⁵⁴ la metodología de cuidados en atención domiciliaria debe centrarse en el abordaje del binomio paciente/cuidador, abordando diferentes patrones funcionales, entre los que se encuentran percepción y control de la salud, nutricional metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, sueño y descanso, cognitivo perceptual, rol y relaciones, así como, adaptación y tolerancia al estrés.

Lo anterior direcciona el cuidado del enfermo crónico hacia la prevención terciaria de la enfermedad con enfoque al entrenamiento del cuidador y mitigación de los riesgos latentes en el proceso de atención domiciliaria.

⁵⁴Guirao-Goris JA, Ruiz A, Alonso A, Cardona JV, Costa E, Dasí MJ, Soler J, Perpiñá MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004

5.4. Recomendaciones para mejorar la gestión clínica en programas de atención domiciliaria, para usuarios con secuelas de Evento Cerebrovascular:

Una vez realizado el análisis de cada uno de los determinantes identificados en la gestión clínica de atención domiciliaria para usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular y revisada la literatura en torno a modelos de atención domiciliaria y gestión clínica, es necesario realizar una serie de recomendaciones, con el objetivo de garantizar altos niveles de calidad a las personas que reciben este servicio, para lo cual, se presenta el siguientes esquema:



Figura N° 1: Elementos identificados en la gestión clínica del programa de atención médica domiciliaria de usuarios con secuelas de ECV.

En este modelo se identifican cinco áreas claves: el apoyo en autocuidado, el sistema de salud, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. La atención a pacientes con

secuelas de enfermedad cerebrovascular discurre en marco multidimensional que permite estructurar y analizar la mejora de la atención. Sin embargo, aún cuando amplias revisiones demuestran que la intervención de algunos de sus componentes, solos o en combinación, mejoran la calidad de la atención, los resultados clínicos o el uso de recursos pueden potenciarse, interviniendo los que sean determinantes en cada contexto. Para el caso de este estudio, los determinantes identificados luego de la revisión descriptiva e inferencial son: úlceras por presión, polimedicación y entrenamiento al cuidador.

Área de mejoramiento	Úlceras por presión.
Dominio sistemas de información clínica	<p data-bbox="683 779 964 816">Recomendaciones</p> <p data-bbox="683 835 1479 1087">Implementación de sistemas de evolución o involución objetiva de las úlceras por decúbito, así como del riesgo de desarrollar las mismas. Por ej. Escala de Northon, Braden y PUSH (<i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i>).</p> <p data-bbox="683 1167 1479 1255">Llevar un registro preciso y completo de todas las valoraciones de riesgo, realizadas a cada individuo.</p> <p data-bbox="683 1335 1479 1688">Las intervenciones, con detalles sobre quién debe proveer el cuidado, cada cuanto, que suministros y equipos son necesarios y como debe ser asumido el cuidado deben ser registradas en forma individual, escrita y medible. Además los resultados de la intervención del cuidado de la piel y los ajustes deben ser documentados.</p>

Apoyo en la toma de decisiones	Contar con guías de intervención para la atención basada en evidencia de las personas con úlceras por presión. En el momento se encuentra disponible la guía de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.
Diseño de los servicios	Establecer proceso de atención basados en la condición funcional de los usuarios, su riesgo de alteraciones de la integridad cutánea, el cual involucre adecuaciones en la estructuralidad de los servicios, tiempo de entrenamiento al cuidador, valoración periódica del riesgo y detección temprana de la aparición de úlceras.
Apoyo en el autocuidado	Capacitación al paciente y/o su cuidador, sobre mecanismos para la prevención de lesiones cutáneas asociadas al decúbito, así como, los factores asociados a la aparición de úlceras por decúbito. Por ej. Malnutrición.
Sistema de salud	Incluir dentro del plan de beneficios del sistema de aseguramiento en salud, con la tecnología en salud adecuada para la prevención y rehabilitación de las úlceras por decúbito, disminuyendo tiempo de rehabilitación de los tegumentos alterados con el uso de dispositivos de alta tecnología (hidrocoloides, alginatos, factores de estimulación epidérmica, etc.).

Área de mejoramiento	Polimedicaion.
Dominio	Recomendaciones
Sistemas de información clínica	<p>Establecer mecanismos de captura de los usuarios que recibe más de tres medicamentos, concomitantemente, para establecer la población diana de un programa de control de la polimedicaion en pacientes con secuelas de ECV.</p> <p>Realizar análisis conjunto entre el médico tratante y un químico farmacéutico, haciendo uso de bases de datos electrónicas, que permitan establecer las interacciones medicamentosas de los fármacos consumidos por cada usuario.</p> <p>Revisar la prescripción de fármacos realizadas por médicos externos al programa, haciendo uso del concepto de “médico de enlace” con el fin de evitar la redundancia y las interacciones entre los medicamentos recetados.</p>
Apoyo en la toma de decisiones	<p>Establecer guías de manejo en conjunto con el servicio farmacéutico para evitar la prescripción de medicamentos con interacciones potencialmente riesgosas.</p> <p>Hacer uso de sistemas de información en línea, tales como <i>drug information online</i> (http://www.drugs.com/) con el objetivo de estandarizar el análisis fármaco epidemiológico de la población.</p>

Diseño de los servicios	Disponer de médicos de enlace, los cuales se encarguen de unificar el manejo médico de la población, garantizando uniformidad de la información clínica, consumo de medicamentos e interacciones entre los mismos.
Apoyo en el autocuidado	Educar al paciente y/o cuidador en torno al concepto de polimedicación, administración segura de medicamentos y auto-prescripción, con el objetivo de concientizar en torno al fenómeno de polimedicación y las potenciales complicaciones derivadas del mismo.
Sistema de salud	Establecer sistemas de pesquisa en red, con el objeto de aumentar el número de puntos dentro de la red de atención en donde se logre identificar polimedicación e interacciones medicamentosas. Por ej, sistemas de farmacovigilancia en droguerías y aseguradores.

Área de mejoramiento	Entrenamiento al cuidador.
Dominio	Recomendaciones
Sistemas de información clínica	<p>Establecer registros de las intervenciones que se realizan orientadas a la disminución de la carga subjetiva del cuidador.</p> <p>Realizar registro de la medición objetiva del cansancio del cuidador, a través de instrumentos estandarizados y validados para tal fin. (Por ej. escala de Zarit) y realizar seguimiento y monitoreo de sus valores.</p>

Apoyo en la toma de decisiones	Establecer mecanismos de identificación de la sobrecarga del cuidador a través de escalas validadas para este fin, así como, definir un protocolo de intervención multidisciplinaria que contemple el entrenamiento en habilidades instrumentales y el abordaje psicoterapéutico del cuidador cansado.
Diseño de los servicios	Establecer como parte integral del modelo de atención las intervenciones psicoeducativas, las intervenciones psicoterapéuticas, los grupos de ayuda mutua y los sistemas de apoyo formal y entrenamiento por enfermería para el adiestramiento en habilidades instrumentales de cuidado.
Apoyo en el autocuidado	Fomentar las actividades de autocuidado físico y emocional del cuidador principal, garantizando el acompañamiento de un cuidador secundario y una red de apoyo adecuada que permita el “respiro del cuidador” con el objetivo de disminuir el cansancio asociado al cuidador del individuo enfermo.
Sistema de salud	Diseñar modelos de atención en donde se encuentre incluido el cuidador como parte integral del equipo de atención en salud, garantizando el reconocimiento de sus derechos desde una perspectiva jurídica, legítima e integral.

6. CONCLUSIONES

Una vez realizó el análisis de la información, teniendo en cuenta lo planteado en el marco metodológico, es posible formular las siguientes conclusiones del presente trabajo de investigación.

1. La enfermedad cerebrovascular es una de las causas más importantes de morbilidad en Bogotá D.C. generando dependencia funcional, que conlleva a la necesidad de prestar atención médica domiciliaria para la atención de secuelas motoras, psicológicas, visuales, auditivas, cognitivas, entre otras.
2. La atención médica domiciliaria es una modalidad de prestación de servicios de salud en crecimiento, que garantiza atención por medicina, enfermería, psicología, nutrición y rehabilitación integral para usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular, manteniendo la calidad de vida y la prevención terciaria de complicaciones, asociadas a la progresión de la enfermedad.
3. El diseño de un programa de atención médica domiciliaria precisa de un modelo de gestión clínica que respondan a las necesidades de la población objeto de su atención, considerando aquellas condiciones que determinan la calidad de los servicios interviniéndolas para lograr los mejores resultados en salud posibles, por lo que es necesario revisar las características de la población, así como la estructura del programa para definir aquellos principios que orientan las metas asistenciales denominándolas “determinantes en la gestión clínica del programa de atención domiciliaria”.

4. Se realizó la revisión del modelo de gestión clínica de un programa de atención médica domiciliaria en Bogotá D.C. la cual cuenta con una población de 3132 usuarios, de los cuales 803 usuarios presentaban como diagnóstico de ingreso al programa “secuelas de enfermedad cerebrovascular”, considerándose aptos para adelantar la presente investigación.

5. Una vez revisado los referentes teóricos en torno a programas de atención domiciliaria y gestión clínica, se realizó la revisión de los siguientes determinantes de la atención de la población objeto de estudio: edad, nivel de independencia funcional, factores de riesgo poblacional (úlceras por presión, uso de sonda vesical, uso de sonda de gastrostomía, consumo de heparinas de bajo peso molecular, consumo de cumarínicos y otros anticoagulantes orales, y uso de traqueostomía), sobrecarga del cuidador, polimedicación y calidad de vida, así como, las características estructurales del programa, relacionando la carga de servicios en comparación con los resultados clínicos.

6. Se realizó un análisis descriptivo de los determinantes de la atención, encontrando los siguientes hallazgos de importancia; el 50% de la población se encuentra en condiciones de dependencia funcional total, el mayor número de usuarios (297) se encuentra en un rango de edad entre los 81 y los 90 años, el factor de riesgo más prevalente en la población es la presencia de úlceras por presión, seguido por uso de sonda vesical a permanencia, el 59% de la población refiere estar en un rango de no sobrecarga del cuidador familiar, el 86.55% de la población cumple con criterios de polimedicación, y el 63,28% de los usuarios manifiesta no ser capaz de cuidar de sí mismo, lo cual afecta notablemente su calidad de vida de acuerdo a la escala de medición.

7. Con relación a la estructura del programa se realizó un análisis de visitas por profesionales de salud en el periodo de estudios, acorde a su capacidad funcional. Se encontró un promedio de 3.10 visitas de médico, 1.98 visitas por profesional de enfermería, 0.93 visitas por nutrición y 0.93 visitas por psicología. El análisis del proceso de rehabilitación domiciliaria, se realizó de forma global, encontrando 8101 sesiones de rehabilitación en el período de estudio, con la siguiente distribución: terapia física 46%, terapia respiratoria 25%, terapia del lenguaje 16% y terapia ocupacional 13%.

8. Se realizó un análisis estadístico inferencial, haciendo uso de la prueba estadística regresión logística, con el fin de determinar la relación entre la estructura del servicio y los factores de riesgo identificados como prevalentes en el ejercicio descriptivo, por lo que se analizó la presencia de infección de vías urinarias, la aparición de úlceras por presión y reingresos hospitalarios con relación a las consultas por médico domiciliario, enfermería en domicilio, nutrición y rehabilitación en casa. Encontrando la mayor significancia estadística en la consulta de enfermería con relación a cada una de las variables resultado sometidas en la prueba, asociándolas a la cultura de entrenamiento al cuidador, propio de esta disciplina.

9. De acuerdo a lo anterior, se realizó recomendaciones de mejoramiento en torno a las cinco dimensiones propuestas en el marco teórico, para el abordaje de la condición crónica (sistemas de información clínica, apoyo en la toma de decisiones, diseño en la provisión de los servicios, apoyo en el autocuidado y condiciones de ayuda del sistema de salud) en relación a los determinantes identificados con mayor impacto en la calidad del programa en tres dimensiones específicas: polimedicación, úlceras por presión y entrenamiento al cuidador.

10. Se realiza una presentación gráfica de los determinantes identificados, las dimensiones de intervención para la construcción de programas de gestión de la condición crónica por secuelas de evento cerebrovascular en domicilio, con el fin de considerar su intervención, en cada una de las instituciones que prestan servicios de salud en condiciones similares a las presentadas en este documento.

7. RECOMENDACIONES

1. Se debe establecer un sistema de gestión del riesgo clínico para la aparición de eventos adversos en la atención médica domiciliaria, tales como úlceras por presión, infección de vías urinarias asociada a dispositivos invasivos, interacciones medicamentosas, las cuales tienen una alta prevalencia en la población objeto de estudio.
2. Se debe ajustar la estructura de los servicios a determinantes tales como dependencia funcional, carga del cuidador, estado nutricional y presencia de factores de riesgo en cada uno de los individuos ingresados en el programa de atención médica domiciliaria.
3. Se sugiere realizar estudios específicos enfocados en el problema de polimedicación de la población analizada, ya que su alta incidencia deriva en complicaciones del estado de salud y sobrecostos para el aseguramiento de dichos usuarios.
4. Acorde al resultado de los estudios de regresión logística, se sugiere implementar modelos de atención con fuerte orientación hacia la consulta de enfermería, por el factor protector que esta demostró en la aparición de determinantes como: infección de vías urinarias, reingreso hospitalaria y úlceras por decúbito.

8. BIBLIOGRAFIA

1. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. y Profamilia. Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2001. Mayo 2011.
2. ALONSO MARTÍNEZ JL, LLORENTE DIEZ B, ECHEGARAY AGARA M, URBIETA ECHEZARRETA MA, GONZÁLEZ ARENCIBIA C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *AnMed Interna (Madrid)* 2001; 18: 248-254.
3. ARDON CENTENO, Nelson y JARA, María Inés. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en Salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Postgrados en Administración en Salud y Seguridad Social, Facultad de Enfermería. Primera edición; 2005.
4. BARRANTES-MONGE M, GARCÍA-MAYO EJ, GUTIÉRREZ-ROBLEDO LM, MIGUEL-JAIMES A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49supl 4:S459-S466.
5. BARRERA LUCY Y OTROS. Cuidando a los Cuidadores de personas con enfermedad crónicas. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2010. ANAZ J.M y otros. Gestión Sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes, Fundación Mapfre y ed. Diaz de Santos, Madrid 2010, pág. 105
6. BARRY PJ, O'KEEFE N, O'CONNOR KA, O'MAHONY D. Inappropriate prescribing in the elderly: A comparison of the Beers criteria and the improved prescribing in the elderly tool (IPET) in acutely ill elderly hospitalised patients. *J Clin Pharm Ther.* 2006;31:617-26. 29.

7. BOGOTA D.C. Secretaria Distrital de Salud y Universidad Nacional de Colombia. Lineamientos de la política Publica de prevención de Enfermedades Crónicas en Bogota D.C. 2002.
8. BROWN LJ, POTTER JF, FOSTER BG. Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. J Am GeriatrSoc 1990; 38: 455-460.
9. BUITRAGO-ECHEVERRI, MARÍA TERESA; ORTIZ-RODRÍGUEZ, SANDRA PATRICIA; ESLAVA-ALBARRACÍN, DANIEL GONZALO. Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010,pp. 59-77. Pontificia Universidad JaverianaBogotá, Colombia.
10. COLEMAN K, REID R, JOHNSON E, HSU C, ROSS T, FISHMAN P, LARSON E. Implications for Reassigning Patients for the Medical Home: A Case Study. Annals of Family Medicine Pag 493-498. 2010.
11. DONABEDIAN, Avedis. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica, un texto introductorio. Perspectivas en salud publica. México: Edición numero 10, Instituto Nacional de Salud Publica de México; 1994. P. 12
12. ELLEN NOLTE AND MARTIN MCKEE. Caring for people with chronic conditions.A health system perspective.World Health Organization. 2008. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
13. ESPAÑA. Ministerio de la Sanidad y Consumo. Estudio APEAS, estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación. 2008.
14. FERRER ARNEDO C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Doyma.Junio 2006 1.612.
15. GOBIERNO DE ESPAÑA. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España, 2008.

16. GUIRAO-GORIS JA, RUIZ A, ALONSO A, CARDONA JV, COSTA E, DASÍ MJ, SOLER J, PERPIÑÁ MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004
17. HARRIS R, TONI A, GARY G. The effectiveness, acceptability and costs of hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. Journal of Health Services Research and Policy. Jul 2005;10.3. Pag 158.
18. HARRIS R, TONI A, GARY G. The effectiveness, acceptability and costs of hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. Journal of Health Services Research and Policy. Jul 2005;10.3. Pag 158.
19. HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO. CONSENSUS Panel on the Stroke Rehabilitation System 2007. A report from The Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System to the Ministry of Health and Long-Term Care. 2007. Disponible en:
http://www.cesnstroke.ca/professional_content/documents/SRSCP_FULL_REPORT_FINAL_20070430.PDF
20. IÑIGUEZ, ANTONIO. Modelo de dirección de calidad, citado por PADRÓN GUTIÉRREZ, Cruz Estela. Calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización de la IPS pública de II nivel de atención de Valledupar-Cesar. [Tesis de maestría]. Cesar: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2006.
21. JORDAN J, OSBORNE R. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. Rapid on line Publication. NOV. 2006. Pag 2.
22. JURAN, JOSEPH M. Manual de calidad de Juran. Capítulo II ¿Qué es calidad?, Volumen I. Pág. 22. Madrid: Ed. McGraw Hill; 2001.
23. KERQUELEN, CARLOS. Gestione el mejoramiento de sus procesos clínicos. Centro de Gestión Hospitalaria y Fundación Corona. 2001.

24. LINDSAY E. NICOLLE. Urinary Tract Infections in Long-Term-Care Facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 22, No. 3 (March 2001), pp. 167-175. Published by: The University of Chicago Press.
25. MEJÍA, BRAULIO. Gerencia de Procesos, para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Bogotá D.C: ECOE Ediciones; cuarta edición ampliada; 2003. P. 4.
26. MÉXICO. GOBIERNO FEDERAL. vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en primer nivel de atención. *Catálogo Maestro de Guías Clínicas*. Consejo de Salubridad Federal. México, 2009.
27. MORRIS ME, WATTS JJ, IANSEK R ET AL. Quantifying the profile and progression of impairments, activity, participation, and quality of life in people with Parkinson disease: protocol for a prospective cohort study *BMC Geriatric* 2009
28. ORTUN, RUBIO. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Ed. Elsevier Masson. Colección economía de la salud y Gestión Sanitaria. 2007.
29. QUINTANILLA, Heriberto Calidad y sus utilidades. México: Ediciones castillo; 2002. P. 20.
30. REESE DR, GROSS AM, SMALLEY DL, MESSER SC. Caregivers of Alzheimer's disease and stroke patients: immunological and psychological considerations. *Gerontologist* 1998; 34: 534-540.
31. RENDERS CM, VALK GD, GRIFFIN S, WAGNER EH, EijkJThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
32. Resolución No 008430 de 1993 (4 de octubre 1993) República de Colombia, Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud.

33. RL BUSHARDT, EB MASSEY, TW SIMPSON., ET AL. Polypharmacy: Misleading, but manageable. *ClinInterv. Aging.*3, 383–389 (2008) 5. NA Masoodi, Polypharmacy: To err is human, to correct divine. *BJMP.* 1, 6–9.
34. SANROMA, PEDRO. Hospitalización Domiciliaria. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Cap. 1. Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria. 2011.
35. SHEIKH JI, YESAVAGE JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *ClinGerontol* 2006; 5: 165- 172.
36. SMITH B, APPLETON S, ADAMS R, SOUTHCOTT A, RUFFIN R. Atención domiciliaria por medio de enfermería domiciliaria para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: *La Cochrane Library Plus*, Número 2, 2002. Oxford.
37. SUTER PAULA Y COLB. The home based chronic care model: redesigning home health for high quality care delivery. *Chronic Respiratory Care.* 2011. Vol 08, Pag 43-52.
38. STUIJT CC, FRANSSSEN EJ, EGBERTS AC, HUDSON SA. Appropriateness of prescribing among elderly patients in a Dutch residential home: Observational study of outcomes after a pharmacist-led medication review. *Drugs Aging.* 2008;25: 947–54.
39. TEMES, JOSE. Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. *Arbor CLXX.* Octubre, 2001. Pág. 367.
40. THOMAS E, STUDDERT L, BURSTIN H. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care.* Volume 38 pag 261. 2000.
41. TORRA BOU I, RUEDA J, SOLDEVILLA JJ, MARTÍNEZ F, VERDÚ J. primer estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2000.