



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia

**CARACTERIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE EXTENSIÓN HOSPITALARIA EN UN  
CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE BOGOTÁ, COLOMBIA ENTRE 2022 Y 2023**

**AUTORES**

**MÓNICA ALEJANDRA ORTIZ MOJICA  
LUZ ADRIANA URBINA MORENO  
LINA TATIANA ZEA JARA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

**BOGOTÁ, AÑO 2024**



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia

**CARACTERIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE EXTENSIÓN HOSPITALARIA EN UN  
CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE BOGOTÁ, COLOMBIA ENTRE 2022 Y 2023**

**Trabajo de investigación para optar al título de  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**Presentado por**

Mónica Alejandra Ortiz Mojica  
Monicaa.ortiz@urosario.edu.co  
Luz Adriana Urbina Moreno  
Luz.urbina@urosario.edu.co  
Lina Tatiana Zea Jara  
Lina.zea@urosario.edu.co

**Tutor metodológico**

Karen Julieth Moreno Medina  
kmoreno@lacardio.org

**Tutor temático**

Fredy Giovanni Bautista Molano  
Fbautista@lacardio.org

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA  
BOGOTÁ, AÑO 2024**

## TABLA DE CONTENIDO

1.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.1	Planteamiento del problema .....	3
1.2	Justificación .....	4
1.3	Pregunta de investigación .....	5
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1	Antecedentes y situación actual en Colombia de los Programas de Medicina Domiciliaria .....	6
2.2	Definición de la atención domiciliaria.....	7
2.3	Modalidades de los Programa de Medicina Domiciliaria.....	8
2.4	Consideraciones éticas de los Programa de Medicina Domiciliaria .....	10
2.4	Marco normativo nacional .....	10
2.5	Descripción del Programa Institucional de Medicina Domiciliaria.....	11
	<b>2.5.1 Evaluación para el ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria .....</b>	<b>12</b>
	<b>2.5.2 Recepción y revisión de solicitudes .....</b>	<b>13</b>
	<b>2.5.3 Prestación del servicio y seguimiento al paciente.....</b>	<b>14</b>
3.	OBJETIVOS .....	16
3.1	Objetivo general.....	16
3.2	Objetivos específicos .....	16
4.	DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
4.1	Enfoque metodológico de la investigación .....	17
4.2	Tipo de estudio.....	17
4.3	Población de referencia .....	17
4.4	Criterios de observación y medición .....	17
4.5	Criterios de inclusión .....	17
4.6	Criterios de exclusión.....	18
4.7	Fuente de información .....	18
4.9	Tabla de variables .....	19
4.9	Plan de análisis .....	21
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	22
6.	RESULTADOS.....	23
7.	DISCUSIÓN.....	27

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
9. CRONOGRAMA .....	30
10. PRESUPUESTO.....	31
11. REFERENCIAS .....	33

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

La hospitalización domiciliaria representa un modelo de atención médica que ofrece cuidados hospitalarios a pacientes en su hogar, en lugar de en un entorno hospitalario convencional (1). Este enfoque busca proporcionar una atención más personalizada y centrada en el paciente, reduciendo los riesgos asociados con la hospitalización convencional y promoviendo una recuperación más cómoda y rápida. Además, permite optimizar los recursos sanitarios, contribuyendo a reducir, los costos de hospitalización al disponer de más camas (2).

Algunos estudios destacan la relevancia tanto del impacto económico como del emocional asociados a la hospitalización. Los elevados costos hospitalarios pueden ser considerablemente significativos, abarcando tarifas por alojamiento, honorarios médicos y servicios adicionales como pruebas diagnósticas y medicamentos. Esta carga financiera puede resultar abrumadora para muchas familias, especialmente en regiones donde el acceso a atención médica asequible es limitado (3,4). generando estrés emocional y ansiedad tanto para el paciente como para sus familiares, derivados de la prolongada separación del entorno familiar y la carencia de la intimidad y comodidades que ofrece el hogar (5).

Por otra parte, la sobreocupación de los hospitales es un problema que afecta la calidad de atención médica y la recuperación de los pacientes (6). La creciente demanda de servicios médicos ha generado una saturación de los hospitales, lo que resulta en un ambiente propicio para el desarrollo del síndrome de hospitalismo. Este se refiere a los efectos negativos que experimentan los pacientes al ser hospitalizados durante largos períodos, tales como el aislamiento, la falta de privacidad y la pérdida del contacto con su entorno familiar y social (7). Adicionalmente, la sobrecarga de trabajo del personal médico y la falta de recursos afecta la calidad de atención, incrementando el riesgo de infecciones nosocomiales y prolongando los tiempos de espera (1).

La implementación de la hospitalización domiciliaria podría aliviar esta sobreocupación, permitiendo que los pacientes sean atendidos en la comodidad de sus hogares, disminuyendo así los índices de hospitalización y mejorando la experiencia y recuperación de los pacientes. En el caso de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio en Bogotá, durante el periodo 2022-2023, se implementó un programa de hospitalización domiciliaria con el objetivo de continuar con la atención, cuidado y manejo del paciente en su hogar. Este programa se desarrolla en un entorno familiar, donde el paciente puede permanecer en su ambiente cotidiano mientras recibe atención médica de calidad.

Este enfoque no solo beneficia al paciente y a su familia al proporcionar mayor comodidad, sino que también puede contribuir a una recuperación más efectiva al permitir la participación del paciente en su cuidado y rehabilitación. Además, se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, considerando sus condiciones clínicas y el entorno domiciliario, para garantizar una atención de calidad y segura fuera del hospital.

Por lo anterior, este estudio espera proporcionar una visión integral de la población atendida en el programa de hospitalización domiciliaria, lo que permitirá identificar patrones, necesidades específicas y áreas de mejora en la prestación de servicios de salud domiciliaria. Estos hallazgos serán de utilidad para diseñar intervenciones más efectivas y tomar decisiones informadas para mejorar la calidad y el alcance de este tipo de programas, tanto en la Fundación Cardioinfantil-LaCardio como en el ámbito más amplio de la salud domiciliaria en Bogotá.

## 1.2 Justificación

La hospitalización domiciliaria representa una alternativa innovadora y eficiente frente a la hospitalización tradicional, ofreciendo múltiples beneficios tanto para los pacientes como para el sistema de salud. Este estudio es relevante porque busca caracterizar el programa y los pacientes de hospitalización domiciliaria de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio en Bogotá, proporcionando datos esenciales que permitirán optimizar y mejorar continuamente este modelo de atención.

En términos económicos, la hospitalización domiciliaria ha demostrado ser significativamente más rentable que la hospitalización convencional. Según una revisión sistemática publicada en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, los costos promedio fueron AUD 1764 para la hospitalización domiciliaria frente a AUD 3775 para la hospitalización tradicional, con una diferencia de AUD -2011 por episodio de atención (8). Además, la reducción de complicaciones como las infecciones nosocomiales, que son menos frecuentes en el entorno domiciliario, contribuye a disminuir los costos adicionales asociados a tratamientos prolongados y complicaciones médicas (9).

Desde una perspectiva clínica, la hospitalización domiciliaria no solo reduce los costos, sino que también mejora los resultados de salud de los pacientes. Este modelo de atención permite una recuperación más rápida y cómoda, al mantener a los pacientes en un entorno familiar y reducir el estrés asociado a la hospitalización prolongada (10).

La implementación de programas de hospitalización domiciliaria también tiene un impacto positivo en la gestión de recursos hospitalarios. Al liberar camas y reducir la sobrecarga en los hospitales, se mejora la capacidad de respuesta ante emergencias y se optimiza el uso de los recursos disponibles (11). Esto es especialmente relevante en contextos de alta demanda de servicios de salud, donde la eficiencia en la gestión de recursos puede marcar una diferencia significativa en la calidad de la atención médica.

Además, este estudio permitirá identificar patrones y necesidades específicas de los pacientes atendidos en el programa de hospitalización domiciliaria, lo que contribuirá a diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas. La caracterización detallada de los pacientes y del programa proporcionará una base sólida para futuras mejoras, asegurando que la implementación de este modelo sea cada vez más eficiente y beneficiosa tanto en términos económicos como clínicos.

El grupo directivo del programa de extensión domiciliaria y todos sus miembros se beneficiarán del producto de este estudio, dando pie a la creación de estudios analíticos a futuro los pacientes incluidos en el programa accederán a una hospitalización domiciliaria

humanizada y de calidad. La realización de este estudio no representa gastos para la Fundación Cardioinfantil-LaCardio y no implica riesgos para los pacientes y su entorno familiar, siendo el primer estudio de caracterización realizado desde la creación del Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio.

En conclusión, apoyar y desarrollar este proyecto es crucial para mejorar la atención domiciliaria y optimizar los recursos de salud en Bogotá. Los resultados de este estudio no solo beneficiarán a los pacientes y sus familias, sino que también proporcionarán información valiosa para futuras investigaciones y políticas de salud, promoviendo un sistema de salud más sostenible y centrado en una atención humanizada al paciente.

### **1.3 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características de los pacientes y el Programa de Medicina Domiciliaria de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio durante el período 2022– 2023

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes y situación actual en Colombia de los Programas de Medicina Domiciliaria

En la antigüedad, desde Hipócrates, se tienen registros de la atención en domicilio como se encuentra en un fragmento del juramento hipocrático: "En toda casa que yo visite iré solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres u hombres, sean ellos libres o esclavos...". Hipócrates (400 a. C.) (12).

En la edad media y renacimiento los textos relatan que la atención domiciliaria era una forma de cuidado médico reservada a la clase privilegiada y los hospitales y/o monasterios eran los destinos para la atención de las personas pobres o menos favorecidas que eran considerados una amenaza para la sociedad o quienes no contaban con una familia que los pudiera atender durante su proceso de enfermedad y/o muerte (13).

Con el objetivo de controlar la creciente población afectada por la tuberculosis, en 1920 en Brasil, el control de los pacientes a domicilio comenzó a ser regulado por el Departamento Nacional de Salud Pública, basado en las normas del Servicio de Profilaxis de la Tuberculosis, y realizado principalmente por enfermeras visitadoras. En 1963 se consolida el Programa de Medicina Domiciliaria en el Hospital Público de San Pablo (14).

Los orígenes de la hospitalización domiciliaria como se conoce hoy se remontan al año 1947, en el hospital Montefiore en Nueva York, el cual estableció un Programa de Medicina Domiciliaria para que los pacientes pudieran terminar su recuperación en casa con el apoyo del hospital base el cual incluía los servicios de rehabilitación, enfermería y trabajo social. En 1951 un proyecto similar surgió en Francia y a partir de ese año en todo Europa (1). En 1981 la hospitalización domiciliaria llegó a Madrid España al hospital general universitario Gregorio consolidándose como una herramienta fundamental para la descongestión de los servicios (15).

El desarrollo de la hospitalización domiciliaria en Europa ha sido muy irregular por eso la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1966 el programa *From Hospital to Home Health Care* (del hospital a la atención de salud en el hogar), con el objetivo de estandarizar, promover y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial (16).

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de hospitalización domiciliaria orientados a realizar seguimiento a los pacientes quirúrgicos con alta temprana, de igual modo en 1987 en los hospitales de Montreal iniciaron una prueba piloto que consistía en la administración de antibiótico parenteral en el domicilio del paciente (16).

En Colombia es escasa la información sobre el nacimiento del Programa de Medicina Domiciliaria, sin embargo, cuando en el año 1993 se inicia el sistema general de seguridad social en el país las instituciones aseguradoras y prestadoras de salud vieron la



necesidad la creación de un Programa de Medicina Domiciliaria, así como la invención del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OACD) el cual se implementó en el año 2020.

Expertos en el tema hablan de 15 años tomando como referencia los programas en Francia y Canadá, desde su inicio los servicios que con mayor frecuencia se prestaban eran los de oxígeno domiciliario, manejo del dolor en fase terminal y patologías crónicas de pacientes con impedimento para el desplazamiento. La atención domiciliaria ha venido evolucionando rápidamente ahora en la actualidad se cuenta con servicios más complejos como ventilación mecánica ambulatoria, monitorización electrocardiográfica y de presión arterial a través de la telemedicina (17).

Según el informe del año 2023 del OACD en regiones como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, la cobertura de los servicios alcanza 60% o más. Sin embargo, en regiones como Tolima, Risaralda, Quindío y Boyacá, la cobertura es inferior al 20%, esta inequidad en el acceso a la atención domiciliaria está relacionado con la falta de cobertura de los servicios de atención domiciliaria por parte de los planes de salud, ausencia de infraestructura y recursos humanos en los territorios rurales y zonas dispersas.

## **2.2 Definición de la atención domiciliaria**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Medicina Domiciliaria se describe como la entrega de servicios de atención médica en el entorno del hogar. Esta modalidad puede abarcar desde un enfoque holístico donde un equipo multidisciplinario coordina la atención, hasta una visita única para realizar un procedimiento específico. Es decir, la hospitalización domiciliaria puede variar en su alcance y complejidad, adaptándose a las necesidades y condiciones de cada paciente (18). Esta modalidad de atención, como describe el OACD, busca resolver problemas de salud en el domicilio con el respaldo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud, involucrando activamente a la familia (19).

Los beneficios de la atención domiciliaria incluyen la humanización de la atención, la mejora del bienestar del paciente, la educación en salud, mejor comunicación médico – paciente familia, menor riesgo de complicaciones relacionadas con la atención sanitaria (infecciones, síndrome de hospitalismo, etc.) menor costos y un uso más eficiente de los recursos del sistema (1).

Este modelo de atención también promueve el autocuidado por parte del paciente, que se define como el conjunto de acciones llevadas a cabo por una persona en pro de su propia salud o bienestar. Según el principio de autonomía, los individuos tienen la capacidad de tomar decisiones relativas a su salud. La atención domiciliaria empodera a los pacientes y a sus cuidadores en su proceso (1).

### 2.3 Modalidades de los Programa de Medicina Domiciliaria

La atención domiciliaria es una forma de ofrecer servicios de salud fuera del hospital, diseñada para manejar a pacientes agudos o crónicos en su propio hogar bajo criterios específicos. Implica llevar a cabo actividades y procedimientos de salud en la casa del paciente con la colaboración de profesionales, técnicos o auxiliares de salud, así como la participación fundamental de la familia o cuidador. Este tipo de atención requiere un plan personalizado, con el objetivo de mantener al paciente en su entorno habitual, aliviando sus síntomas y asegurando su bienestar (20).

La atención domiciliaria debe ser atendida por un grupo multidisciplinario según las necesidades y limitaciones del paciente y su familiar/cuidador. La identificación de las principales condiciones y tratamientos candidatos al programa, junto a un entorno domiciliario adecuado, son claves para su éxito (1).

Existen diversos modelos asistenciales de hospitalización domiciliaria, sin embargo, cada país define sus protocolos según sus recursos, infraestructura y necesidades de los pacientes. Independientemente de la modalidad existe unanimidad en los criterios de inclusión a los programas los cuáles son (16):

- Aceptación voluntaria del paciente y la familia tras recibir información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio.
- Existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado activo del paciente en el domicilio o un profesional especializado contratado para tal fin.
- Las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria (excepto paliativos y crónicos) tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo. Deben existir momentos de ingreso y de alta.
- Se deben proporcionar los recursos técnicos y de otro tipo necesarios para que los pacientes reciban cuidados de calidad.
- El servicio de atención domiciliaria debe estar bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios como los hospitales, servicios sociales y de atención primaria.

En Colombia, el anexo técnico número 1 de la resolución 2680 del 2007 incluye los niveles de complejidad de la hospitalización domiciliaria de la siguiente manera:

- Hospitalización domiciliaria de baja complejidad  
El médico general o un profesional de enfermería son los responsables de la coordinación del programa, podrán ser prestados por IPS que lo habiliten y que hayan habilitado servicios hospitalarios que garanticen la referencia y contra referencia a servicios hospitalarios institucionales cuando el paciente lo requiera. Debe tener disponibilidad de auxiliares de enfermería para el cuidado del paciente y el recurso humano correspondiente si se ofrecen servicios de rehabilitación.
- Hospitalización de mediana complejidad  
Además de la baja complejidad, esta modalidad ofrece auxiliar de enfermería permanente en el domicilio del paciente. El control hospitalario y la monitorización del paciente puede ser realizado por médico general. Disponibilidad de médico

especialista o subespecialista y de otros profesionales del área de la salud que se requieran (17).

Así mismo, es fundamental el entrenamiento al familiar/cuidador, enfocado a cumplir las exigencias que requiere el paciente. Este entrenamiento debe ser impartido durante la hospitalización y continuado en el domicilio por un personal entrenado, usando lenguaje fácil en su comprensión. Se debe educar en: 1. Aspectos básicos sobre el programa de atención domiciliaria, 2. Descripción de la enfermedad y sus posibles complicaciones, 3. Administración de tratamiento y manejo de dispositivos médicos (si lo requiere el paciente) (1).

En un estudio realizado en Sídney, Australia, caracterizaron 7118 pacientes con condiciones agudas que egresaron a atención domiciliaria durante los años 2017 y 2019. El 78% recibieron manejo intravenoso, 11% manejo de drenajes quirúrgicos, 5% rehabilitación, 4% terapia puente de anticoagulación y el 1% recibieron antibiótico intraperitoneal. El 2% de los pacientes tuvieron reingreso al servicio de urgencias, el promedio de duración del programa fue de 7 días. Según el estudio, las tasas de presentación a urgencias de los pacientes con hospitalización domiciliaria han disminuido desde 2017, 3,4 % (IC95% 2,7-4,2%), 2018 2,1% (IC95% 1,5-2,8%) y 2019 1,8% (IC95% 1,3-2,4%), valor de p para la tendencia <0,001, demostrando las ventajas del programa al evitar estancias prolongadas intrahospitalarias innecesarias (21).

En España, durante los años 2012 y 2013, realizaron un estudio prospectivo en el cual comparaban un grupo de pacientes en manejo domiciliario para la infección de vías urinaria y el otro grupo en manejo convencional intrahospitalario. Se evidenció que los pacientes tratados en el domicilio presentaban menos factores de riesgo para IVU complicada (58.7% vs. 83.3% en el grupo hospitalizado  $p < 0.0001$ ). Los resultados fueron similares, pero hubo un desenlace interesante, los pacientes en el domicilio presentaron menos episodios de confusión aguda comparados con el grupo hospitalizado (0.8% vs. 8.3%) (16).

En Japón se realizó un estudio entre el año 2018 y 2020, en el cual comparaban las dosis de opioide oral entre pacientes que recibían cuidados paliativos en el domicilio vs. el hospital. Fueron elegidos 209 pacientes (48 en domicilio y 161 en hospital), el grupo de atención domiciliaria tenía una edad media (74.8 años), la media de dosis equivalente de opioide a los 7 y 14 días antes del fallecimiento fue numéricamente mayor en el grupo de atención domiciliaria (72,8 mg/día y 53,0 mg/día, respectivamente) que en el grupo de atención hospitalaria (57,7 mg/día y 35,7 mg/día). No se encontraron otras diferencias significativas en el consumo de opiáceos entre los dos grupos. Sin embargo, llama la atención la tasa numéricamente más alta de uso de opioides en el grupo de atención domiciliaria lo que justificaría una mayor investigación (22).

El papel del cuidador es fundamental para que los Programas de Medicina Domiciliaria sean un éxito, por este motivo en Indonesia en el 2021 se determinó la eficacia de la intervención de atención domiciliaria sobre la capacidad de la familia para llevar a cabo los cuidados en casa. Éste estudio mostró que la intervención de atención domiciliaria es eficaz para mejorar la capacidad de la familiar para realizar atención domiciliaria, así como la independencia de los ancianos con demencia. Además, la capacidad de la familia

para realizar cuidados en el hogar tuvo efecto sobre la independencia de los ancianos con demencia (23).

## **2.4 Consideraciones éticas de los Programa de Medicina Domiciliaria**

Existen cuestiones éticas que son comunes a la atención domiciliaria y hospitalaria, sin embargo, se reconocen ciertas diferencias según el ámbito de asistencia. Una de las principales es entorno a la intimidad personal y del hogar. La intimidad es uno de los aspectos que define a la persona, por tanto, resguardar la intimidad del paciente implica reconocerlo como sujeto, sin reducirlo a la condición de enfermo o a la de su condición de salud. Es necesario construir un vínculo de confianza entre el personal del equipo y el paciente – familia, pero sin que esto vulnere la intimidad personal y del hogar (24).

Se pueden establecer tres categorías diferenciales y principales de la atención domiciliaria: intimidad del hogar, intimidad personal en relación del hogar, intimidad personal con relación al hogar e intimidad compartida en el hogar. El profesional de salud se involucra activamente en la última (25).

Los principios clásicos de una buena práctica profesional, como la confidencialidad, la no maleficencia, la beneficencia y la autonomía puede tener un alto grado de consenso entre los profesionales de la salud, pero no es suficiente, las obligaciones éticas en salud no se resumen en estos principios. El equipo de salud debe procurar actuar conforme a la singularidad del hogar para optimizar la no – maleficencia, así como compartir el cuidado con miembros de la familia del paciente para fomentar la beneficencia (24).

## **2.4 Marco normativo nacional**

En Colombia, las leyes y resoluciones sobre hospitalización domiciliaria son fundamentales para establecer reglas que aseguren una atención médica de calidad en el hogar del paciente. Estas normativas buscan garantizar que todas las personas, sin importar dónde vivan o su situación económica, puedan recibir la atención médica que necesitan en su hogar (26).

- La Ley 1733 de 2014 regula los servicios de cuidados paliativos, reconociendo la importancia de proporcionar una atención integral y de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas o terminales, lo que incluye la opción de recibir cuidados en su propio hogar (27).
- La Ley 1751 de 2015 establece el marco general para la protección del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos, asegurando el acceso a servicios de atención médica domiciliaria cuando sea necesario para preservar o mejorar la salud del paciente (28).
- La Resolución 5171 de 2017 regula la clasificación única de procedimientos en salud, mientras que la Resolución 839 de 2017 se encarga de organizar y conservar las historias clínicas, aspectos cruciales para garantizar la adecuada documentación y seguimiento de la atención médica prestada en el hogar del paciente (26).

- La Resolución 3280 de 2018 establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y para la Población Materno Perinatal, contribuyendo así a la articulación de los servicios de salud en el ámbito domiciliario y fortaleciendo la atención integral de las personas en situación de vulnerabilidad (29).
- La Resolución 2654 de 2019 trata sobre la telesalud en Colombia, permitiendo la prestación de servicios de salud a distancia, facilitando el monitoreo y la atención médica remota de los pacientes en sus hogares (30).
- La Resolución 3100 de 2019 establece criterios de inscripción y habilitación de servicios de salud, garantizando que las instituciones que ofrecen hospitalización domiciliaria cumplan con los estándares de calidad y seguridad requeridos para su funcionamiento (31).
- La Resolución 276 de 2019 define las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, siendo esencial en la implementación de Programa de Medicina Domiciliaria, asegurando la continuidad y la integralidad de la atención médica, especialmente para poblaciones vulnerables como las mujeres embarazadas y los recién nacidos (32).
- Por último, con la entrada en vigor de la Ley 2297 de 2023, el gobierno busca garantizar que las personas con discapacidad que necesiten asistencia para realizar sus actividades diarias cuenten con un cuidador que les brinde apoyo en su desarrollo (33).

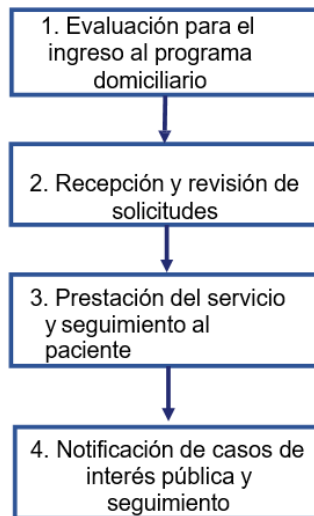
## **2.5 Descripción del Programa Institucional de Medicina Domiciliaria**

Durante el seguimiento del paciente en el medio intrahospitalario, se ha identificado que en ocasiones no es necesario que el paciente permanezca en un ambiente hospitalario para continuar con su tratamiento médico, curaciones de heridas o rehabilitación. Es así como nace el Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio en convenio con Clínicos IPS, teniendo como objetivo continuar la atención, el cuidado y el manejo del paciente en su domicilio, con las ventajas que esto implica: menor riesgo de infección y mayor confort que supone el hogar ya que se reintegra al paciente a su entorno familiar.

A partir de la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y terapeutas, orientado a la atención integral del paciente, el Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio busca prestar servicios de salud a los pacientes que cumplan con los criterios para continuar con su manejo y/o rehabilitación en casa, disminuir los riesgos de infección inherentes a la atención en salud en el ámbito hospitalario y brindar mayor confort durante su proceso de recuperación, y mejorar el indicador giro-cama en el servicio de hospitalización de LaCardio.

El desarrollo del programa inicia con la identificación de las necesidades del paciente de acuerdo con su plan de manejo y el cumplimiento de los criterios de ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria validados por el servicio tratante durante el proceso de atención del paciente en LaCardio

## Flujo del proceso Extensión Hospitalaria



### 2.5.1 Evaluación para el ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria

#### 2.5.1.1 Notificación al servicio tratante:

La jefe de referencia, a través de la auditoría concurrente, la plantilla de predicción de alta temprana y la revista médica, identifica a los pacientes susceptibles para ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria. Una vez que se identifica al paciente, la jefe del programa notifica al servicio tratante, que se encarga de definir el cumplimiento de los criterios de ingreso.

#### 2.5.1.2 Revisión de los criterios de ingreso y envío para Programa de Medicina Domiciliaria

El servicio tratante y trabajo social deben verificar que el paciente candidato al programa cumpla con los criterios de inclusión. Una vez se comprueban se solicita al especialista el plan de manejo en la historia clínica. Según la frecuencia de aplicación del medicamento endovenoso puede ser: baja, mediana o alta complejidad. Posteriormente, el área de referencia y contrarreferencia notificará a la jefe de enfermería de CLINICOS IPS la solicitud.

#### Criterios de inclusión:

- No SIRS en las últimas 48 horas.
- Estabilidad hemodinámica.
- No requerimiento de inotrópicos, vasodilatadores (inodilatadores), vasopresores en infusión endovenosa.

- Requerimiento de manejo antibiótico
- Estabilidad del medicamento requerido no menor a 4 horas.
- Posibilidad de infusión continua de al menos 6 horas.
- Requerimiento de terapia puente.
- No resultado crítico electrolítico.
- Vía alimentación definida.

#### **Criterios de exclusión:**

##### Clínicos:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Inestabilidad neurológica.
- Paciente PAD crónico.
- Requerimiento de oxígeno alto flujo.
- Soporte ventilatorio.
- Soporte Hemodinámico.

##### Paciente:

- No aceptación del paciente y/o familiar No red de apoyo familiar
- No cuidador idóneo
- Domicilio en precarias condiciones
- Fuera de cobertura geográfica

### **2.5.2 Recepción y revisión de solicitudes**

La jefe de enfermería es la encargada de recibir la solicitud de ingreso al programa vía correo electrónico, se suministran en el mismo los datos de identificación del paciente, datos de domicilio, datos del cuidador, plan de manejo y tratamiento. La jefe de enfermería debe garantizar respuesta a la solicitud de acuerdo con la promesa de servicio en un tiempo no mayor a 3 horas.

#### **2.5.2.1 Valoración**

La jefe de enfermería recibe la solicitud y procede a realizar la validación de proceso seguro: Paciente correcto, Patologías correctas, Esquema de manejo correcto, Aceptación correcta. La jefe de enfermería del programase dirige a la habitación del paciente en el hospital y verifica el cumplimiento de los criterios de inclusión. Si el paciente no cumple con los criterios, la jefe de enfermería genera nota administrativa a LaCardio informando los motivos de no aceptación y qué requerimientos debe cumplir el paciente para incluirlo al Programa de Medicina domiciliaria

En caso de que el paciente cumpla con todos los criterios, la jefe de enfermería presenta ante agendamiento, vía correo electrónico a los pacientes para ingreso al programa, reportando actividades médicas, enfermería y de apoyo, según frecuencia de tratamiento del paciente para iniciar con la programación de consultas en el domicilio, se solicita y gestiona el alistamiento de insumos (operador logístico, espacio físico en) y medicamentos ante la farmacia.

### **2.5.2.2 Programación de consultas**

El agente de ruteo recibe el correo de presentación de paciente por parte de jefe de enfermería, y realiza programación de consultas domiciliarias (mitad del ciclo y al final para egreso), establece comunicación con paciente un día antes, con el familiar o cuidador y realiza confirmación de la consulta domiciliaria, garantizando que el responsable se encuentre en el domicilio. notifica la modalidad de consulta, valoraciones de controles (presencial) valoraciones prioritarias (telefónicas o presencial según pertinencia medica), profesional de la salud que va a realizar la consulta y recomendaciones. relaciona en el sistema Data ruta los campos según la fecha programada e informa al jefe de enfermería la programación de consulta.

### **2.5.3 Prestación del servicio y seguimiento al paciente**

#### **2.5.3.1 Prestación del servicio domiciliario**

El profesional de la salud correspondiente se dirige al domicilio del paciente, portando correctamente sus elementos de protección personal, confirma los datos del paciente y realiza la consulta de acuerdo con el paquete de manejo y tratamiento definido, desarrollando la atención de acuerdo con los protocolos establecidos, registra la atención en la historia clínica del sistema de información de LaCardio, brinda al paciente información de contacto ante cualquier eventualidad de servicios médicos y/o de apoyo a los teléfonos y/o correos disponibles.

#### **2.5.3.2 Seguimiento al paciente**

Si el paciente se comunica al *call center* de manera prioritaria, informando alteraciones de estado en su salud, se debe informar al profesional de la salud disponible para que haga valoración médica telefónica. El profesional de la salud disponible determina si se requiere realizar programación de valoración e informa a la jefe de enfermería PHD. El jefe de enfermería PHD informa a programación según lo reportado por el profesional de la salud.

Si el profesional de la salud del operador logístico disponible identifica que el paciente se encuentra en estado de salud crítico, solicita al auxiliar administrativo la activación de referencia y contrarreferencia. Si el profesional de la salud disponible identifica que el paciente se encuentra en estado de salud de emergencia se debe activar a la línea de atención 123, informa a la auxiliar administrativa para que reporte el caso ante LaCardio. El líder médico realiza seguimiento al paciente para verificar estado de salud, evaluación y si se requiere realizar valoración.

#### **2.5.3.3 Egreso del Programa de Medicina Domiciliaria**

Si el paciente cumple satisfactoriamente con el esquema de tratamiento ordenado, sin ningún tipo de novedad médica, se debe garantizar la programación de una valoración para egreso. El profesional de la salud envía las fórmulas médicas y respectivas órdenes



de control de la especialidad tratante post egreso al paciente. La generación de incapacidades médicas por parte del programa se genera desde su fecha de ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria hasta la finalización según pertinencia médica y por un lapso no superior a 30 días. El jefe de enfermería de referencia informa a LaCardio, el paciente que egresa satisfactoriamente del Programa de Medicina Domiciliaria En caso de que el paciente no cumpla satisfactoriamente con el tratamiento, profesional de la salud realiza asesoría especializada y paraclínicos

#### **2.5.3.4 Notificación de fallecimiento en el domicilio**

En caso de fallecimiento del paciente en el domicilio, el familiar puede realizar la notificación para generar certificados de defunción a través de la línea telefónica y/o correo electrónico disponibles y el operador logístico notificará ante LaCardio.

#### **2.5.3.4 Notificación de casos de interés pública y seguimiento**

Si en la consulta el profesional detecta en el paciente un caso de interés de salud pública, debe diligenciar la ficha de notificación en plataforma de salud pública SIVIGILA con el usuario asignado.

#### **2.5.3.5 Seguimiento a registros clínicos**

Todos los procesos realizados por el operador logístico están sujetos de verificación por parte de LaCardio. LaCardio capacitará al personal en sus procesos, protocolos, guía de práctica clínica y notificación de eventos de interés público.

#### **2.5.3.6 Clasificación PQRSF**

El ingreso de quejas, peticiones, reclamos y sugerencias atribuibles a el operador logístico se notificarán a través del aplicativo para la atención de PQRSF, ALMERA. Una vez ingresa la PQRSF a el operador logístico, el agente de servicio del área de Atención al Usuario, direccionada según su clasificación.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Describir las características de los pacientes y el Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio en Bogotá durante el período 2022 – 2023.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes admitidos al programa.
- Establecer la frecuencia de los diagnósticos de ingreso al Programa de Medicina Domiciliaria.
- Determinar el tiempo de estancia hospitalaria y duración de los planes de extensión hospitalaria según el plan de manejo.
- Establecer la tasa de reingreso de los pacientes según la patología del paciente.
- Describir el nivel de satisfacción de los pacientes, familiares y/o cuidadores.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 Enfoque metodológico de la investigación**

Cuantitativo, se utilizó la estadística descriptiva como principal herramienta de análisis

### **4.2 Tipo de estudio**

Estudio de corte transversal.

### **4.3 Población de referencia**

Pacientes vinculados a los Programas de Medicina Domiciliaria que tuvieron egreso durante octubre 2022 a octubre 2023.

### **4.4 Criterios de observación y medición**

Se observaron las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio, haciendo énfasis en sexo, edad y asegurador. Con relación a las características clínicas, se identificaron los principales grupos de patologías de los pacientes admitidos al programa, tratamiento, duración, frecuencia del reingreso, el motivo por el cual reingresa a la institución y la satisfacción percibida por el paciente o sus familiares con la calidad de la atención recibida.

### **4.5 Criterios de inclusión**

Se incluyeron los registros de pacientes que cumplieron los criterios clínicos y administrativos para ingreso en el plan de medicina domiciliaria.

- Adultos y niños incluidos en el programa de medicina domiciliaria en 2022 y 2023
- Pacientes con estabilidad hemodinámica en las últimas 48 horas
- Vía de alimentación definida
- Requerimiento de manejo antibiótico
- Requerimiento de terapia puente
- Pacientes con domicilio en Bogotá
- Pacientes con las siguientes EPS: nueva eps y compensar

#### **4.6 Criterios de exclusión**

- Registros de pacientes que requieren un plan de atención crónico domiciliario.
- Registro de pacientes que requieren programa paliativo domiciliario.
- Registro de pacientes quienes previa hospitalización estaban con un proveedor de medicina domiciliaria diferente al de LaCardio debido a que al momento del egreso continúan con el mismo proveedor.

#### **4.7 Fuente de información**

Se utilizaron dos fuentes de información principales, la fuente primaria fue la historia clínica del paciente de la cual se extrajeron las variables clínicas de los pacientes, y una fuente de información secundaria, la base de datos del Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio, de la cual se extrajeron las variables de interés para el estudio. La fuente secundaria corresponde a los cuestionarios o herramientas aplicadas a los participantes del programa durante su atención y seguimiento, que incluyen la encuesta de experiencia de paciente que mide la satisfacción con el programa.

La información disponible que se utilizó para la recolección de datos en este proyecto ha sido previamente recolectada por personal capacitado del Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio, lo que disminuye el riesgo de sesgos de recolección.

Los análisis se realizaron en el programa estadístico Jamovi.

#### **4.8 Tamaño de muestra**

Se incluyeron todos los registros del Programa de Medicina Domiciliaria, en total 342 se incluyeron aquellos que cumplían los criterios de selección durante el período de octubre 2022 y octubre 2023.

## 4.9 Tabla de variables

Nombre de la variable	Definición	Tipo y nivel de medición	Operacionalización
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa, continua	#
Sexo	Sexo biológico	Cualitativa, nominal	0=Masculino 1=Femenino
Riesgo social	Valoración por el grupo de trabajo social	Cualitativa, nominal	0= No tiene intervención por el grupo de TS 1= Sin Riesgo 2= Riesgo alto 3= Riesgo moderado
Asegurador	Entidad promotora de salud a la cual está afiliado el paciente	Cualitativa, nominal	0= Compensar P.O.S. 1= Compensar PGP Cardiovascular 2= Compensar plan complementario 3= Nueva EPS S.A. 4= Seguros del Estado 5= Sociale Verzekeringsbank - SVB
Patologías	Infecciones del sistema nervioso central y/o periférico Infecciones del sistema respiratorio Infecciones del sistema cardiovascular Infecciones del sistema gastrointestinal Infecciones del sistema genitourinario Infecciones de piel y tejidos blandos Infecciones del sistema osteomuscular Enfermedades tromboembólicas	Cualitativa, nominal	0= Ninguna 1= Infección de vías urinarias 2=Infección de tejidos blandos 3= Neumonía adquirida en comunidad 4= Absceso del intestino 5= Osteomielitis 6= Endocarditis 7= Infección de las vías biliares 8= Sepsis / bacteriemia 9= Fiebre 10= Infección gastrointestinal 11= Trombosis intracardiaca 12= Fibrilación auricular 13= Infecciones por herpes 14= Insuficiencia cardiaca congestiva 15= Infarto agudo de miocardio 16= EPOC 17= Rechazo de trasplante 18= Embolia pulmonar. 19= Otras

Nombre de la variable	Definición	Tipo y nivel de medición	Operacionalización
Fecha de ingreso a la Cardio	Día de ingreso a la Cardio	Cuantitativa discreta	DD/MM/AA
Fecha de egreso de la Cardio	Día de egreso de la Cardio	Cuantitativa, discreta	DD/MM/AA
Fecha de ingreso al programa	Día de ingreso al programa	Cuantitativa, discreta	DD/MM/AA
Fecha de egreso del programa	Día de finalización del programa	Cuantitativa, discreta	DD/MM/AA
Tratamiento dentro del PHD	Tipo de tratamiento que generó el programa de extensión	Cualitativa, nominal	0= Ninguno 1= Manejo con antibiótico 2= Terapia puente de anticoagulación 3= Rehabilitación aguda
Reingreso	Retorno a la institución durante el programa y/o las 72 horas posteriores al egreso	Cualitativa, nominal	0= No 1= Si
Motivo de reingreso	Razón por la que el paciente retorna a la instrucción	Cualitativa, nominal	0= No aplica 1= Condición clínica del paciente 2= Disfunción del dispositivo médico 3= Administración inoportuna del tratamiento 4= Evento adverso asociado a la atención 5= Otro
Nivel de satisfacción de pacientes, cuidador y/o familiar	El CSAT es un indicador de satisfacción el cual se obtuvo de las encuestas de experiencia del paciente al finalizar el programa de medicina domiciliaria.	Cualitativa ordinal	0= No aplica 1=Muy insatisfecho 2=Insatisfecho 3=Neutro 4=Satisfecho 5=Muy satisfecho
Antecedentes	Antecedentes relevantes	Cualitativa, nominal	0=Ninguno 1= Cardiopatía isquémica 2=Insuficiencia cardiaca 3=Arritmia cardiaca 4=Diabetes mellitus 5=Enfermedad renal 6=Enfermedad pulmonar obstructiva 7=Hipotiroidismo 8=Cirrosis hepática

#### **4.9 Plan de análisis**

El análisis de los registros de los pacientes que participaron en el Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio se llevó a cabo para garantizar la objetividad de los resultados y evitar posibles sesgos de información. Este análisis abarcó el periodo comprendido entre octubre de 2022 y octubre de 2023.

Para identificar las características sociodemográficas más frecuentes de los pacientes, se realizó un análisis univariado que incluyó el cálculo de medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas. En el caso de las variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, tales como la media, la mediana, la desviación estándar y el rango intercuartílico, dependiendo de si estas variables seguían una distribución normal. Para determinar la normalidad de las variables continuas, se emplearon pruebas estadísticas como la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

La descripción de los principales diagnósticos de ingreso al programa también se abordó mediante un análisis univariado. En este caso, se aplicaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión, como la media, la mediana, la desviación estándar y el rango intercuartílico, para las variables continuas, según corresponda. Para determinar el tiempo de estancia hospitalaria y la duración de los planes de extensión domiciliaria en función del plan de manejo, se utilizó un análisis univariado centrado en medidas de tendencia central y dispersión, como la media, la mediana y la desviación estándar, dependiendo de la distribución de las variables continuas.

La tasa de reingreso según la patología se presenta como un porcentaje desglosado por patología. Finalmente, para describir el nivel de satisfacción de los pacientes, familiares y/o cuidadores, se empleó un análisis univariado. Los resultados se presentan en forma de puntajes promedio, porcentajes de satisfacción y gráficos que reflejen la distribución de las respuestas.

#### **4.10 Control de errores y sesgos**

A pesar de que la información de la base de datos del programa de hospitalización domiciliaria de LaCardio fue recolectada por personal capacitado, se puede presentar sesgo de información, por este motivo se revisaron las historias clínicas de los pacientes con el propósito de verificar la información.

## 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1993, artículo 11, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo, ya que no se realizará contacto con los participantes y se utilizará como fuente de información primaria la historia clínica y secundaria la base de datos del Programa de Medicina Domiciliaria, donde no se accederá a identificar a los participantes de la investigación.

El desarrollo de este proyecto se plantea sobre tres principios éticos declarados en el informe de Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia. La información analizada de los participantes en el estudio y los resultados de la investigación no tendrán otro fin, sino dar información relevante para retroalimentar el programa según la creación de planes de mejora y la realización de estudios analíticos a futuro.

Este proyecto se tramitará con los comités institucionales de la Fundación Cardioinfantil-LaCardio de Bogotá. Se da constancia de que el proyecto respeta los derechos de autor y el software que se utilice en el análisis de resultados tendrá la respectiva licencia.

La base de datos del estudio se manejará a través de la plataforma REDCap y tendrá acceso sólo para usuarios con credenciales (usuario y contraseña) pertenecientes al equipo investigador. La base de datos se mantendrá almacenada hasta por 5 años, posteriormente se procederá a su correcta eliminación de acuerdo con los lineamientos institucionales. Respecto a la privacidad y confidencialidad de la información, se registrará únicamente el documento de identificación de los pacientes y no se incluirán datos de contacto o identificación adicionales. Cada registro tendrá un número de identificación consecutivo asignado por la plataforma REDCap y para el análisis de los datos la base será descargada sin la información de identificación.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional. El estudio se realizará con un manejo estadístico imparcial y responsable. No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

Según los criterios consignados en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 esta investigación puede considerarse sin riesgo.



## 6. RESULTADOS

Se revisaron 342 historias clínicas del Programa de Medicina Domiciliaria de LaCardio en Bogotá durante el período 2022–2023, de las cuales 25 correspondían a pacientes pediátricos (menores de 18 años). La descripción de las características sociodemográficas y clínicas se realizará por grupo poblacional como se muestra a continuación.

### **Población pediátrica**

Las características sociodemográficas más frecuentes se describen en la tabla 1. Al evaluar el riesgo social, el 96% de los pacientes no fue valorado por trabajo social, solo uno recibió valoración siendo clasificado con un riesgo moderado.

El diagnóstico más frecuente en el programa fue la otitis media aguda, con un 24% de los casos, seguido por neumonía bacteriana no especificada (12%) e infecciones del tracto urinario (12%). Las patologías infecciosas representaron la mayor proporción de los ingresos en esta población, identificándose diagnósticos como infecciones gastrointestinales (8.0%) y otitis media crónica (8.0%). Se destacan condiciones quirúrgicas como apendicitis aguda y complicaciones relacionadas, aunque el 36% de los diagnósticos en este grupo tuvieron frecuencias individuales menores al 4.0%.

El 100% de los pacientes ingresados al programa utilizaron un esquema de manejo antibiótico, sin embargo, solo uno de ellos recibió también rehabilitación aguda.

Dentro del grupo de antibióticos, las cefalosporinas fueron las más frecuentes, con ceftriaxona utilizada en el 56% de los pacientes y cefepime en el 4%. Les siguieron las penicilinas y sus derivados, como piperacilina/tazobactam en el 8% y penicilina G en el 4%. También se emplearon carbapenémicos, aminoglucósidos y antifúngicos, cada uno con una frecuencia del 4%.

La estancia hospitalaria de la población pediátrica presentó una media de 9.32 días (DE=14.3) mientras que la duración promedio en el programa de medicina domiciliaria fue de 6 días (DE=2.92). Se registró un caso con estancia hospitalaria de 0 días, debido a que el programa de medicina domiciliaria se inició directamente desde la consulta externa.

Un paciente reingresó con infección gastrointestinal (G009, 50.0% de reingreso en este grupo). Las condiciones clínicas fueron también la única causa de reingreso.

Al evaluar el nivel de satisfacción con el programa, un 92% (23) de los pacientes o de sus familiares no diligenciaron el cuestionario, el 8% (2) se encontró "Muy satisfecho".

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas y clínicas de la población pediátrica del plan de hospitalización domiciliaria.

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	16 (64)
<b>Edad (media, DE)</b>	6.9 (5.13)
<b>Asegurador</b>	
Compensar P.O.S.	13 (52)
Compensar plan complementario	2 (8)
Nueva EPS S.A.	10 (40)
<b>Antecedentes</b>	
Enfermedad Renal	1 (4)

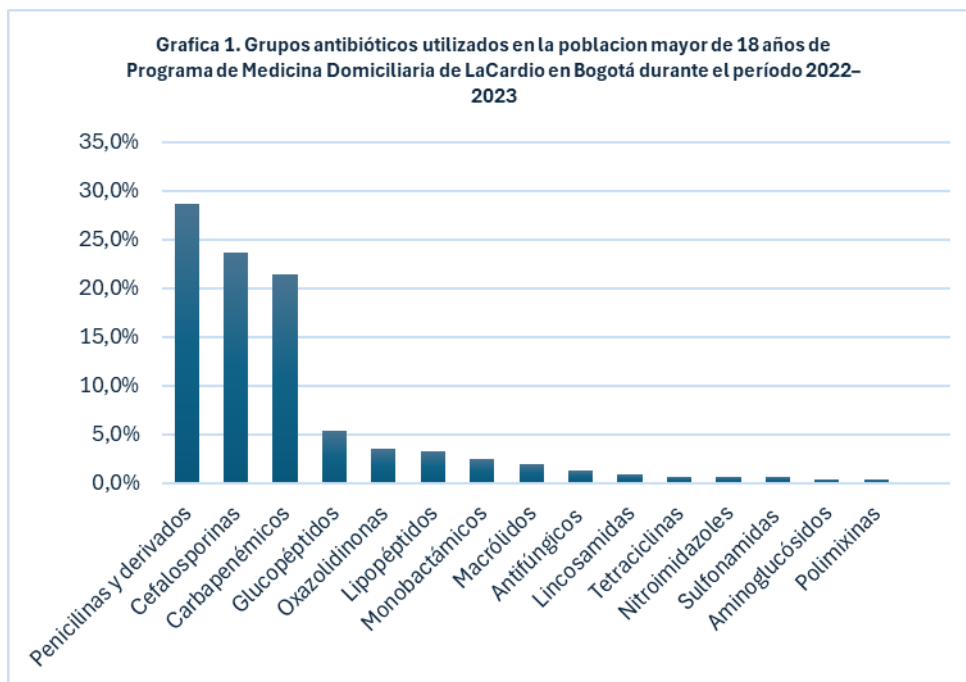
### **Población adulta**

Las características sociodemográficas más frecuentes se describen en la tabla 2. Al evaluar el riesgo social, el 89% de los pacientes no fue valorada por trabajo social, el 6.6% fue clasificada como “Sin riesgo”, el 3.2% “Riesgo moderado” y el 1.3% “Riesgo alto”.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: infecciones del tracto urinario (28.4%), neumonía bacteriana no especificada (6.0%), neumonía no especificada (5.0%) y septicemia, con los códigos CIE-10 relacionados A41.5 (3.2%) y A41.9 (3.5%).

El 93.1% de los pacientes ingresaron al programa con el objetivo de continuar el manejo antibiótico, el 32.5% con el propósito de realizar terapia de rehabilitación aguda integral, y el 6.6% en plan de realizar terapia puente de anticoagulación con Warfarina y Enoxaparina.

Los grupos de antibióticos más utilizados se describen en la gráfica 1.



En la población mayor de 18 años la estancia hospitalaria tuvo una media de 9.02 días (DE=7.34) mientras que la duración promedio en el programa de medicina domiciliaria fue de 6.68 días (DE=6.00). Se identificaron dos casos con 0 días de estancia en el programa: en el primero, el paciente finalizó el tratamiento con antibióticos el mismo día de su aceptación, lo que impidió que el sistema registrara un día completo; en el segundo caso, el paciente reingresó al programa el mismo día de su egreso de LaCardio.

La tasa de reingreso fue del 14.5% (46 casos), con diagnósticos frecuentes como infecciones del tracto urinario (N390, 14.4%) y neumonía bacteriana (J159, 10.5%) presentando tasas moderadas de reingreso, mientras que patologías como shock séptico (R572, 57.1%) e insuficiencia cardíaca (I500, 66.6%) evidenciaron mayores probabilidades de reingreso. Las principales causas de reingreso en este grupo fueron las condiciones clínicas del paciente (80.4%), seguidas por la administración inoportuna de tratamientos y disfunción de dispositivos médicos.

Al evaluar el nivel de satisfacción con el programa, un 67% (214) de los pacientes o de sus familiares no diligenciaron el cuestionario. El 23% (73) se encontró "Muy satisfecho", el 6.6% (21) "Satisfecho", el 1.6% "Neutro", el 0.6% "Insatisfecho" y el 0.6 "Muy insatisfecho".

Tabla 2. Distribución de las características sociodemográficas y clínicas de la población adulta del plan de hospitalización domiciliaria.

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	158 (49.8)
<b>Edad</b> (mediana, RIC)	75, (62-84)
<b>Asegurador</b>	
Compensar P.O.S.	137 (43.2)
Compensar PGP Cardiovascular	10 (3.2)
Compensar plan complementario	3 (0.9)
Nueva EPS S.A.	165 (52.1)
Seguros del Estado	1 (0.3)
Sociale Verzekeringsbank - SVB	1 (0.3)
<b>Antecedentes</b>	
Cardiopatía Isquémica	41 (12.9)
Insuficiencia Cardíaca	36 (14.5)
Arritmia Cardíaca	37 (11.7)
Diabetes Mellitus	90 (28.4)
Enfermedad Renal	50 (15.8)
EPOC	62 (19.6)
Hipotiroidismo	70 (22.1)
Cirrosis hepática	9 (2.8)
Hipertensión arterial	96 (30.3)

## 7. DISCUSIÓN

El propósito del estudio es ofrecer una descripción de los pacientes y del Programa de Medicina Domiciliaria de la Fundación Cardioinfantil – LaCardio. Los resultados resaltan aspectos importantes sobre las características sociodemográficas, clínicas y desenlaces de los pacientes, lo cual aporta información clave para identificar oportunidades de mejora en la implementación del programa.

La caracterización sociodemográfica de la población adulta y pediátrica nos permite adoptar un enfoque integral orientado a las necesidades del paciente. En este sentido, la implementación de modelos como Medicina Domiciliaria tiene un impacto significativo en la experiencia de los pacientes y sus cuidadores, influyendo en su sensación de seguridad y control(34). En el caso de la población adulta del estudio, cuya mediana de edad fue de 75 años, resulta necesario un abordaje terapéutico multidisciplinario liderado por el equipo de geriatría.

En la población pediátrica, la edad promedio fue de 6.9 años, predomina la patología de la vía aérea superior. Si bien el manejo integral puede fortalecerse con el apoyo del grupo de terapia respiratoria, estos pacientes requieren una vigilancia clínica estricta y minuciosa, lo que limita su ingreso temprano al programa de hospitalización domiciliaria.

Se observó una distribución equitativa entre hombres y mujeres en los adultos. Como era de esperarse, en esta población existe una mayor prevalencia de antecedentes crónicos como hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin embargo, resulta llamativo que, a pesar de que la Fundación Cardioinfantil– La Cardio está especializada en el ámbito cardiovascular, los antecedentes cardiovasculares no son los predominantes en este grupo de pacientes. Esto evidencia que la fundación atiende una amplia diversidad de patologías que requieren un enfoque integral y multidisciplinario.

El análisis de los diagnósticos más frecuentes resalta la habilidad del programa en el manejo de las patologías infecciosas, se demostró que tanto para adultos como para niños fue el grupo de diagnósticos más prevalentes. En la población adulta, las principales infecciones identificadas fueron las de la vía urinaria y las neumonías bacterianas. Se podría plantear la hipótesis de una posible asociación entre estas infecciones y la institucionalización de los pacientes o evaluar qué tipo de atención reciben los adultos por parte de sus cuidadores y/o familia en casa, lo que abre la oportunidad de ampliar el estudio para confirmar o descartar esta asociación. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que destacan el manejo ambulatorio como una alternativa viable en este tipo de condiciones clínicas. En un estudio retrospectivo realizado en 2019 en Tel Aviv, con una muestra de 1311 pacientes, se identificaron como diagnósticos más prevalentes la celulitis, las infecciones de vías urinarias y la neumonía, con una incidencia del 43%,31%y 26%, respectivamente. Además, el grupo etario más representativo correspondió a pacientes mayores de 81 año(35).

La duración promedio de la estancia hospitalaria es semejante entre la población pediátrica y la de adultos, lo que refleja un uso adecuado de los recursos disponibles y una transición eficiente del hospital al hogar. Esto pone de manifiesto la importancia de trabajar en estrategias que permitan reducir aún más el tiempo de hospitalización,

siempre garantizando los estándares de calidad en la atención. Al mismo tiempo, es fundamental fortalecer los programas de seguimiento domiciliario (ideal con la misma especialidad intrahospitalaria), asegurando que los pacientes reciban una atención continua que favorezca su recuperación en un entorno familiar seguro y adecuado, con el objetivo de minimizar el riesgo de reingresos. En una revisión sistemática realizada el 2023 comparaba el alta temprana en programa de medicina domiciliaria vs. hospitalización tradicional, el grupo de atención domiciliaria no mostró diferencias significativas en comparación con la atención habitual, con una diferencia media de 0,02(IC del 95%: -0,98 a 1,03) y baja heterogeneidad ( $I^2=8\%$ )(36).

La tasa de reingreso (14.5%) constituye un indicador importante de la calidad del programa. Las dos condiciones que presentaron mayores tasas de reingreso fueron shock séptico e insuficiencia cardiaca, probablemente debido a la complejidad de estas patologías y a la frecuente recurrencia de problemas clínicos en los pacientes. Se recomienda un estudio predictivo de reingreso temprano en pacientes complejos y con estancias prolongadas. Asimismo, el programa debe ser más riguroso en la selección de los pacientes para garantizar su seguridad y minimizar los reingresos.

En relación con la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores, los resultados indican que el 23% de los encuestados manifestaron estar “muy satisfechos”, mientras que el 67% no respondió la encuesta. Esta situación resalta la importancia de organizar la implementación de las encuestas a final del programa, con el fin de obtener la percepción de todos los participantes y así mejorar el proceso del programa para aumentar la confianza de los pacientes, familiares y cuidadores a la institución.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como estudio descriptivo, los resultados no nos permiten establecer relaciones causales ni extrapolar los hallazgos a otros contextos. Además, la recopilación retrospectiva de datos podría haber introducido sesos de información. Sin embargo, el uso de una base de datos estructurada y la revisión de historias clínicas contribuyen a minimizar estos riesgos.

Se identificaron áreas de mejora como, la baja proporción de pacientes valorados por trabajo social, este escenario pone de manifiesto la necesidad de fortalecer esta intervención idealmente al inicio de la atención intrahospitalaria del paciente para identificar tempranamente las necesidades sociales de los pacientes con el fin de no obstaculizar el ingreso al programa. Otra futura intervención es ampliar la cobertura del programa a patologías de mayor complejidad, asegurando un seguimiento médico más riguroso.

Entre las fortalezas del programa, se destaca la participación de un equipo de multidisciplinario, que garantiza un abordaje integral y personalizado.

El programa de Medicina Domiciliaria podría representar una alternativa eficiente y efectiva que, con alta probabilidad, contribuiría a mejorar la comodidad del paciente y a promover una recuperación más humanizada, segura y centrada en sus necesidades. Asimismo, su implementación tiene el potencial de optimizar los recursos del sistema de salud, reducir costos y mitigar, en cierta medida, la sobreocupación de camas hospitalarias, lo que favorecería una atención más accesible y equitativa.

**9. CRONOGRAMA**

<b>No. actividad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>
1	Revisión bibliográfica	Abril	Mayo
2	Escritura del marco teórico	Mayo	Julio
3	Sometimiento comité ética	Septiembre	Octubre
4	Recolección de datos	Octubre	Noviembre
5	Análisis de datos	Noviembre	Noviembre
6	Redacción de informe final	Noviembre	Diciembre
7	Entrega de informe final	Diciembre	Febrero



## 10. PRESUPUESTO

Rubro	Financiadore (si aplica)	Contrapartida	Valor total
Personal Científico	N/A	\$ 6.400.000	\$ 31.680.000
Equipos	N/A	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
Materiales e insumos	N/A	\$ 400.000	\$ 400.000
Servicios técnicos	N/A	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Publicaciones	N/A	\$ 2.150.000	\$ 2.150.000
Viajes	N/A	\$ 0	\$ 0
Gastos administrativos	N/A	\$ 0	\$ 0
Pólizas/seguros de cumplimiento	N/A	\$ 0	\$ 0
<b>Total</b>			\$ 36.730.000

Presupuesto				
Personal científico				
Personal (hr/sem)	Descripción	No. de meses	Valor unitario	Valor total
Investigadores principales	5 horas a la semana / 250.000 por semana	8 meses	\$ 8.000.000	\$ 24.000.000
Tutor metodológico	2 horas a la semana/ 160.000 por semana	8 meses	\$ 5.120.000	\$ 5.120.000
Tutor temático	1 hora a la semana/80.000 por semana	8 meses	\$ 2.560.000	\$ 2.560.000

Equipos				
Equipo	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computador	Uso de computador para recolección de datos y análisis de datos.	1	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000

Materiales e Insumos				
Materiales	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Material Bibliográfico	Rubros correspondientes a la compra de artículos para revisión bibliográfica y elaboración de			\$ 400.000

	marco teórico.			
--	----------------	--	--	--

<b>Servicios técnicos</b>				
<b>Servicio técnico</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
Traducción	Rubros correspondientes a la traducción del documento final	1	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000

<b>Publicaciones</b>				
<b>Publicación</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
Publicación revista indexada	Rubros correspondientes a los costos de publicación en revista open access	1	\$ 2.150.000	\$ 2.150.000

<b>Viajes</b>				
<b>Viajes</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

<b>Gastos administrativos</b>				
<b>Gastos admin.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad/tiempo</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

<b>Pólizas/seguros de cumplimiento</b>				
<b>Pólizas/seguros</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

## 11. REFERENCIAS

1. Batlle A, Aldemira A, Agúndez B, Cabrera I, Esquerdo E, López S, et al. Home hospitalization of the acute patient: a new approach to care. *An Pediatría Engl Ed.* noviembre de 2023;99(5):329-34.
2. Parker G, Spiers G, Gridley K, Atkin K, Birks Y, Lowson K, et al. Systematic review of international evidence on the effectiveness and costs of paediatric home care for children and young people who are ill. *Child Care Health Dev.* enero de 2013;39(1):1-19.
3. Ucha-Samartm M, Pichel-Loureiro A, Vázquez-López C, Payero MÁ, Parente DP, de Castro NML. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. *Farm Hosp.* 1 de enero de 2013;37(1):59-64.
4. Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit.* febrero de 2014;28(1):48-54.
5. Santamaría Benhumea AM, Herrera Villalobos JE, Sil Jaimes PA, Santamaría Benhumea NH, Flores Manzur MÁ, del Arco Ortiz A. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Rev Med E Investig.* 1 de julio de 2015;3(2):134-40.
6. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: BOARDING AND MORTALITY. *Acad Emerg Med.* diciembre de 2011;18(12):1324-9.
7. síndrome-hospitalismo [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome-hospitalismo>
8. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Hospitalización domiciliar para evitar el ingreso en hospital - Edgar, K - 2024 | Cochrane Library. [citado 7 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub3/full/es>
9. Trillo Calvo E. Hospitalización domiciliar: el hospital en casa. *Med Fam SEMERGEN.* 1 de octubre de 2011;37(8):442-3.
10. Rojas-Goldsack MF, Lyng T, Aguilera X, Herrera J, Leiva JP, Mena V, et al. Hospitalización domiciliar: aspectos conceptuales y su aplicación en el Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Descripción de funcionamiento y su rol durante la primera ola de la pandemia COVID-19. *Rev Médica Chile.* abril de 2022;150(4):532-40.
11. Mas MÀ, Santaèugènia S. Hospitalización domiciliar en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatría Gerontol.* 1 de enero de 2015;50(1):26-34.
12. Universidad de La Salle. Repositorio institucional: [ciencia.lasalle.edu.co](http://ciencia.lasalle.edu.co) [Internet]. Disponible en:

[https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1105&context=esp\\_gerencia\\_de\\_mercadeo](https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1105&context=esp_gerencia_de_mercadeo)

13. Suarez Cuba MÁ. ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. Rev Médica Paz. 2012;18(2):52-8.
14. Revista Gaúcha de Enfermagem. SciELO Brasil [Internet]. Disponible en: <https://www.scielo.br/jj/rgenf/a/PQfZFvrydtbqqLktB5NxvYH/?format=pdf&lang=en>
15. Domínguez BM. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. Hosp Domic. 30 de enero de 2017;1(1):7-9.
16. Revista Panamericana de Salud Pública. SciELO [Internet]. 2001;10(1):45-55. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n1/45-55/es>
17. Universidad CES. Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud [Internet]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/6252/Revisión%20del%20estado%20del%20arte%20de%20la%20atención%20domiciliaria%20en%20salud?sequence=8&isAllowed=y>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recursos Humanos en Salud [Internet]. 2003. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966408/2003\\_ops\\_hr\\_26\\_es.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966408/2003_ops_hr_26_es.pdf)
19. Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD). Servicios de atención domiciliaria [Internet]. Disponible en: <https://ocad.acisd.com.co/dominios/servicios-de-atencion-domiciliaria/>
20. Universidad El Bosque. Repositorio institucional [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/067a7638-c445-4162-a636-008ed1c78393/content>
21. Hecimovic A, Matijasevic V, Frost SA. Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney. BMC Health Serv Res. 26 de noviembre de 2020;20(1):1090.
22. Iwata H, Hamada S, Harada H, Kusaka K. A comparison of opioid dose between home palliative care and hospital palliative care. BMC Prim Care. 23 de enero de 2024;25:33.
23. Sya'diyah H, Nursalam, Mahmudah, Efendi F. Effectiveness of home care intervention on family ability to do caregiving at home and increase the independence among elderly with dementia. J Public Health Res. 16 de agosto de 2022;11(3):22799036221115774.
24. Santos LR, Leon CGRMP de, Funghetto SS. Principios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16:855-63.
25. Revista Latinoamericana de Bioética. SciELO Colombia [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v19n2/2462-859X-rlb-19-02-9.pdf>

26. Marco normativo en atención domiciliaria [Internet]. OCAD. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://ocad.acisd.com.co/dominios/contexto-normativo/indicador-marco-regulatorio-en-inscripcion-domiciliaria/>
27. Ley 1733 de 2014 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>
28. Ley 1751 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
29. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
30. Resolución 2654 de 2019 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf)
31. Resolución 3100 de 2019 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)
32. Resolución 276 de 2019 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>
33. Ley 2297 de 2023 Congreso de la República de Colombia [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143777>
34. Pediatric Nursing Journal. Elsevier [Internet]. Disponible en: <https://www.pediatricnursing.org/action/showPdf?pii=S0882-5963%2824%2900258-6>
35. BMJ Open. National Center for Biotechnology Information (NCBI) [Internet]. 2024;14(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11580287/pdf/bmjopen-14-11.pdf>
36. BMC Public Health. National Center for Biotechnology Information (NCBI) [Internet]. 2024;24:3463. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11184809/pdf/12916\\_2024\\_Article\\_3463.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11184809/pdf/12916_2024_Article_3463.pdf)