



+



# Hospitalización a domicilio

Dr. Pablo Gallardo Schall  
Médico Geriatra



# + INDICE



- 1. INTRODUCCIÓN*
- 2. MODELO ASISTENCIAL  
GERIÁTRICO*
- 3. RESEÑA HISTÓRICA*
- 4. DE LA TEORÍA A LA  
EVIDENCIA*
- 5. UNA MIRADA PRÁCTICA*
- 6. CONCLUSIONES*

# 1. INTRODUCCION

Se entiende por asistencia geriátrica al conjunto de niveles de atención, que desde una óptica sanitaria y social, debe garantizar la calidad de vida de los ancianos de un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social.

El antes y el después en los servicios de atención



Servicio único

Gasolina



Servicio múltiple

Gasolina  
Comida  
Lavacoches  
Tienda  
Cajero

*Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39(3):193-205*

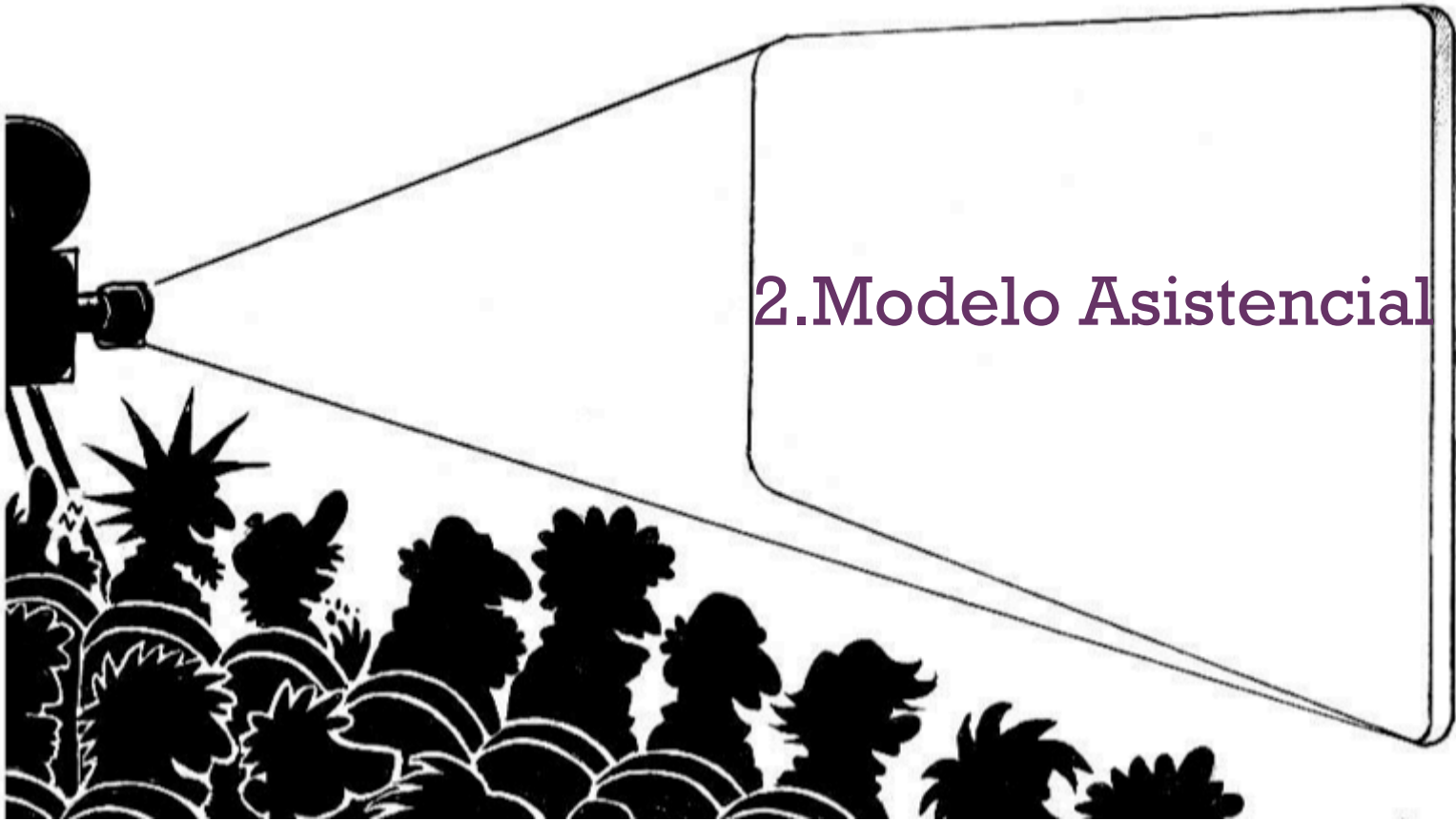


# 1. INTRODUCCION



Clásicamente la atención sanitaria al anciano se basa en los siguientes principios básicos:

- **Cuidados preventivos (fragilidad y deterioro funcional)**
- **Cuidados progresivos (Fase aguda de la enfermedad hasta los cuidados de soporte)**
- **Cuidados continuados y coordinados con otros niveles asistenciales, que aseguren la readaptación en su entorno habitual con la mayor calidad de vida posible.**

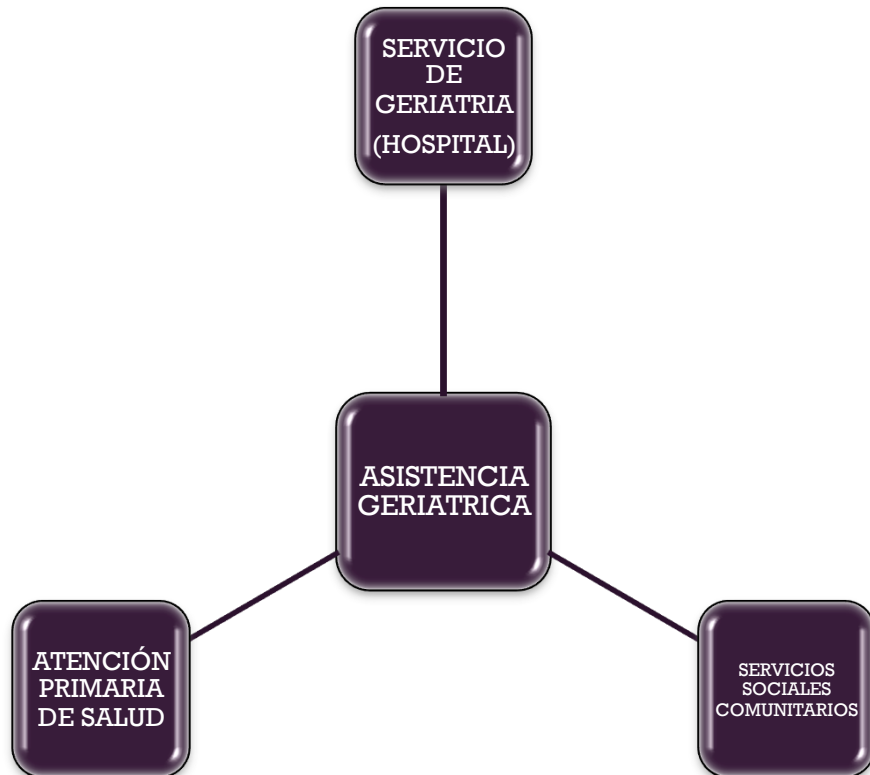


## 2. Modelo Asistencial



# 2. Modelo asistencial geriátrico

SÍNDROMES Y CUIDADOS EN EL PACIENTES GERIATRICO. F. GUILLÉN. 2DA EDICIÓN. 2008



## ATENCIÓN SANITARIA

1. ASISTENCIA PRIMARIA
2. ASISTENCIA HOSPITALARIA
  - 2.1 UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN:
    - UGA
    - UME O URF
    - ULE
  - 2.2 UNIDADES ESPECIFICAS
    - HOSPITAL DE DÍA
3. PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
4. HOSPITALES DE APOYO

## ATENCIÓN SOCIAL

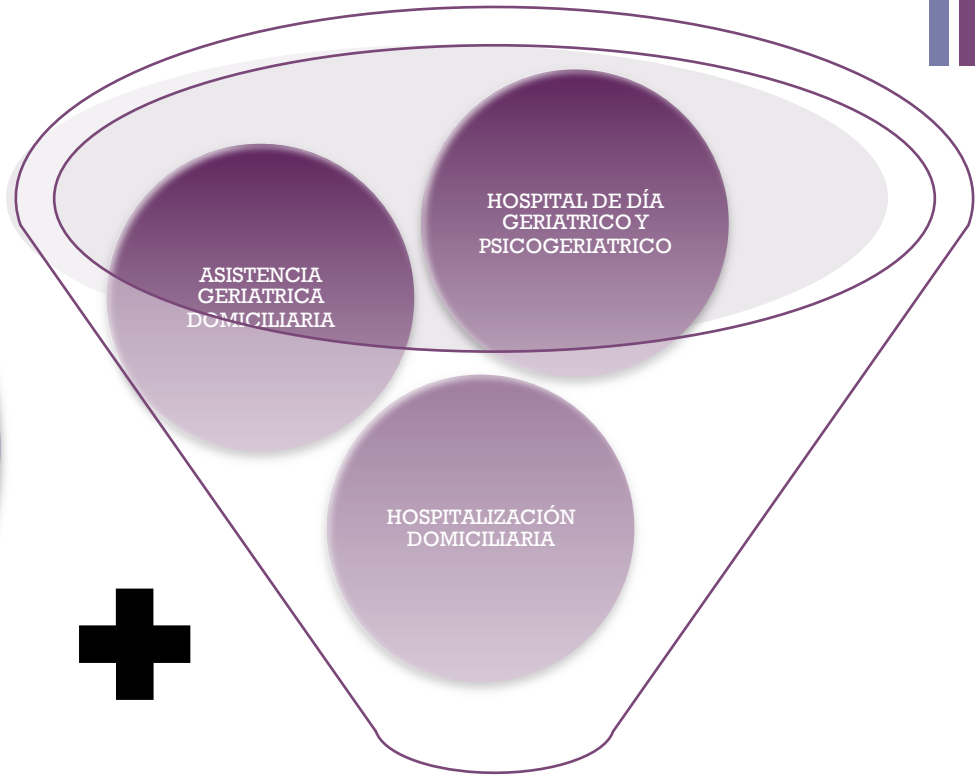
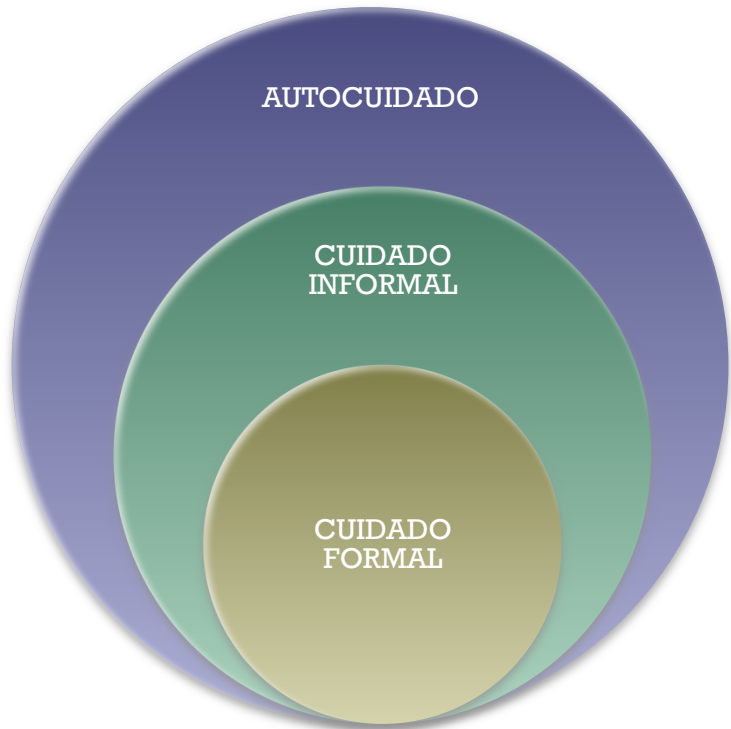
1. CUIDADOS EN LA COMUNIDAD
2. CUIDADOS DOMICILIARIOS
3. CUIDADOS RESIDENCIALES
4. CUIDADOS INTERMEDIOS

## ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

CENTROS SOCIOSANITARIAS



# 2. CUIDADOS GERIATRICOS COMUNITARIOS

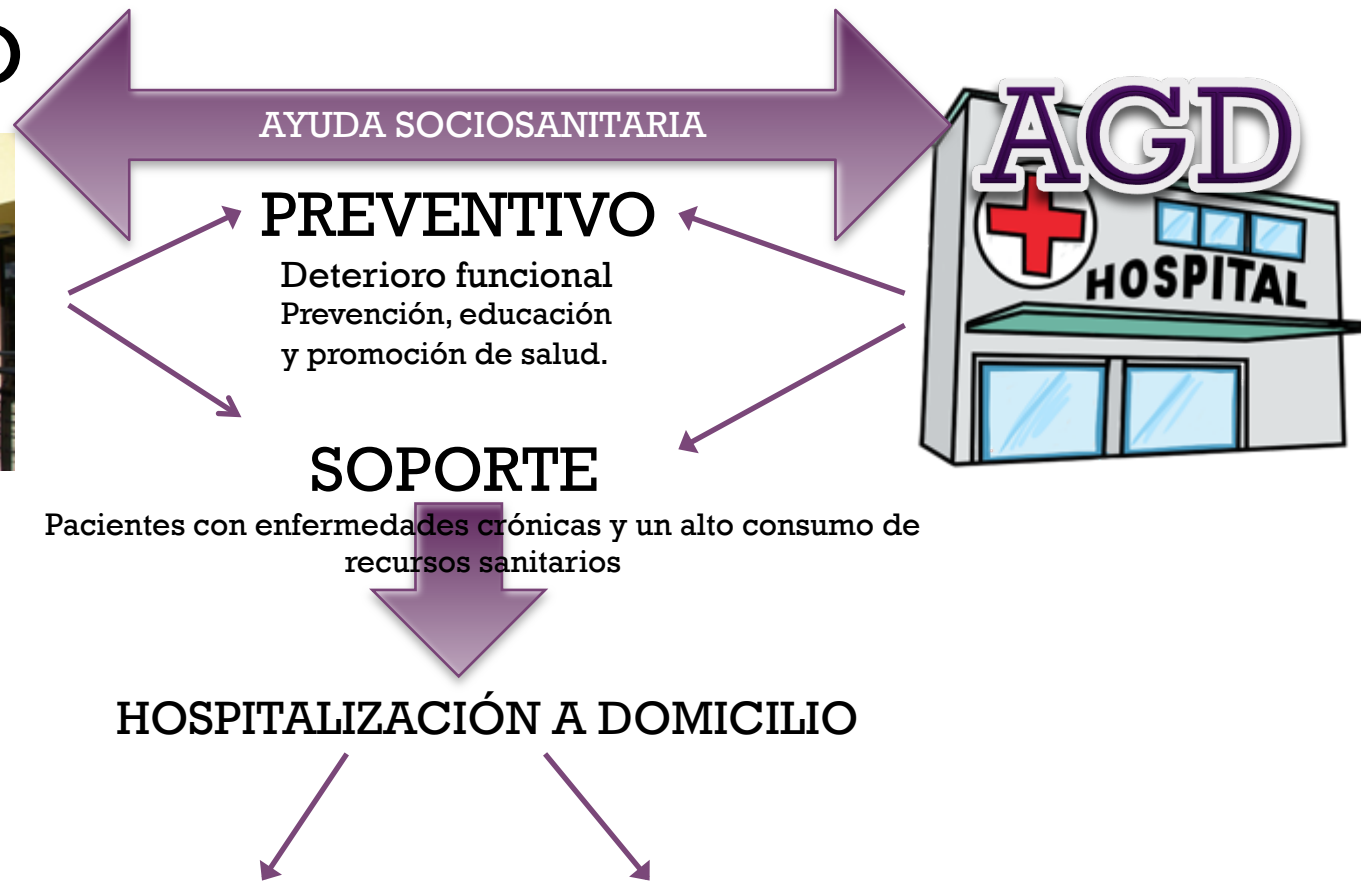


**AUXILIARES DE GERIATRÍA**  
AYUDA A LA REALIZACIÓN DE LAS ABVD  
SD. DEL CUIDADOR.  
SD. DEL STRESS DEL TRASLADO



**PACIENTE**

# 2. ATENCION GERIATRICA A DOMICILIO



AYUDA SOCIOSANITARIA

AGD



HOSPITAL

**PREVENTIVO**

Deterioro funcional  
Prevención, educación  
y promoción de salud.

**SOPORTE**

Pacientes con enfermedades crónicas y un alto consumo de recursos sanitarios

**HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**FACILITADOR**

**SUSTITUTIVO**

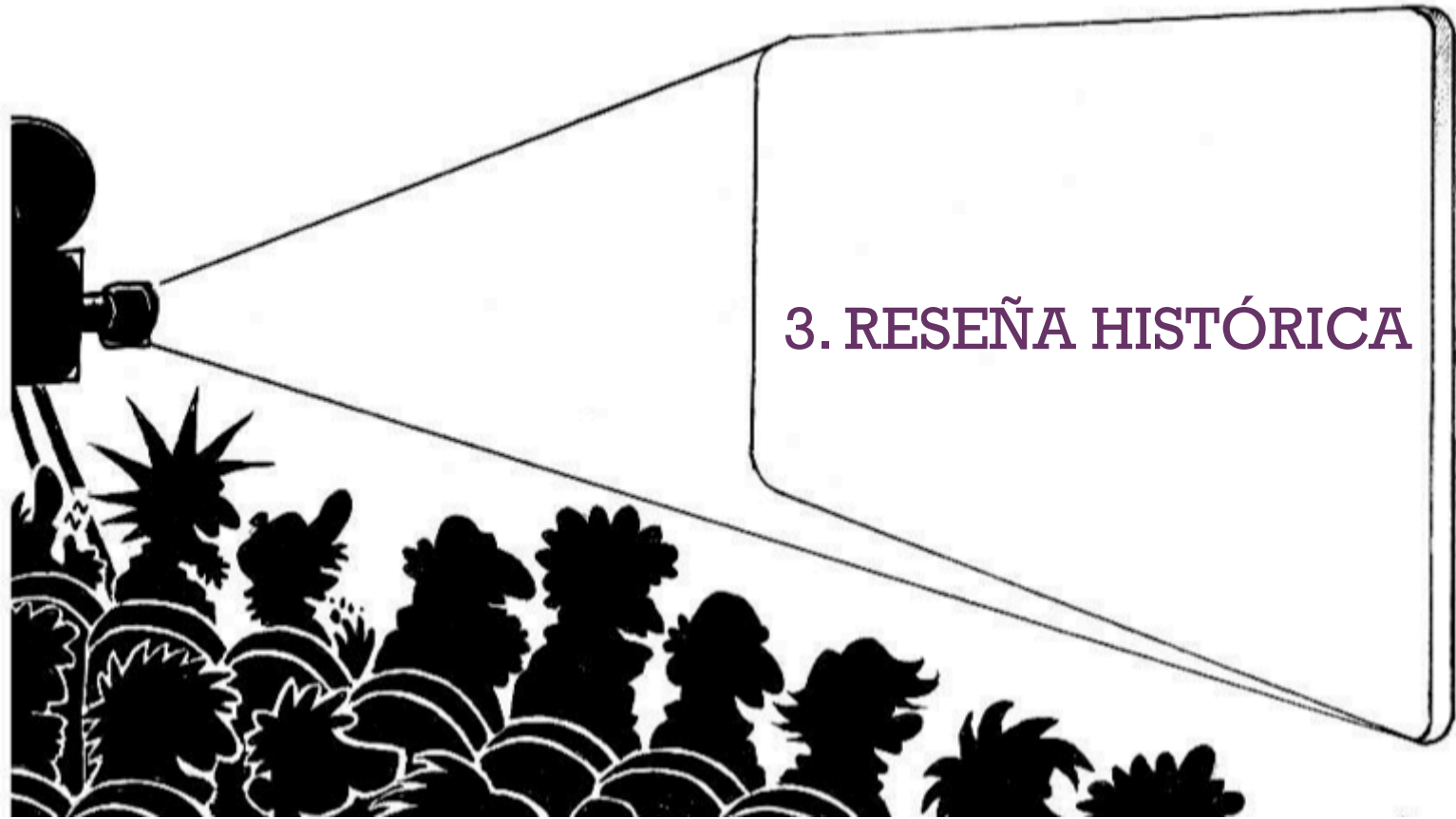
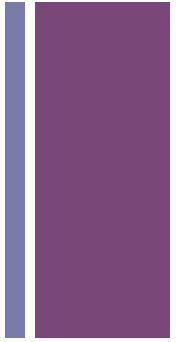
1. Disminuir la estancia media hospitalaria.
2. Evitar reingresos hospitalarios inadecuados
3. Intentar aumentar la calidad de vida de enfermos crónicos





**+ La población que potencialmente se beneficiaría de este nivel asistencial son los siguientes**

- 1. Ancianos de alto riesgo con procesos crónicos invalidantes, que ya no pueden desplazarse a la consulta ambulatoria. En este grupo el objetivo es evitar ingresos innecesarios por falta de cobertura básica.**
- 2. Ancianos que frecuentan los servicios de urgencias pero no cumplen criterios de ingreso hospitalario y que, al mismo tiempo, desbordan las posibilidades del médico de atención primaria.**
- 3. Ancianos que precisan de un control exhaustivo precoz tras el alta hospitalaria.**
- 4. Pacientes paliativos oncológicos.**



# + 3. Reseña Histórica

En 1947. El Dr. Ephraim Bluestone, del Hospital Montefiore Ubicado en el Bronx de New York.

Pone en marcha la primera Unidad del Home Health Care, como una extensión del propio hospital hacia el domicilio del paciente.

Objetivo: Descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente mas humano y favorable a su recuperación.



# + 3. Reseña Histórica

- En Canadá, en la década del 60. Comenzaron a funcionar unidades de H a D para pacientes dados de alta tempranamente tras una intervención quirúrgica, y en 1987 algunos hospitales de Montreal empezaron a administrar tratamientos antibióticos parenterales en el domicilio.
- En Europa, en 1951 el Dr. Siguier establece la primera Unidad de L'hospitalisation a Domicile francesa en el Hospita Tenon de París.
- En el Reino Unido comenzó en 1965 Hospital Care at Home.
- En Alemania (Haüslische Krankenpflege).
- En Suecia (hospital Based at Home) década del 70,
- En Italia (Ospedalizzazione a Domicilio) a principios de la década 1980.

# + 3. Reseña Histórica



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

- En Chile los primeros intentos comenzaron en el año 1996, sin embargo, sólo en el año 2002, nació como un programa impulsado por el Ministerio de Salud de Chile y a la fecha, existen en pocas instituciones publicas equipos con pequeños números de pacientes en esta modalidad y solo se desarrolla masivamente a nivel de atención primaria de salud, como un sistema de atención multidisciplinario para usuarios postrados y en equipo de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.



- Llegando al punto de que en 1996 la oficina europea de la OMS inicia el programa From Hospital to Home Health Care, dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención.



La OMS incluye a la H. a D. dentro del concepto más general de servicios domiciliarios, que define como:

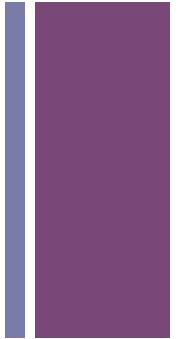
La provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte.

Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías:

- Promoción
- Prevención
- Terapéuticos
- Rehabilitación
- Cuidado crónicos y paliativos.

Una buena definición de hospitalización domiciliaria sería:

«Trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación, como tratamiento, en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico»





## 4. DE LA TEORÍA A LA EVIDENCIA





# 4. DE LA TEORÍA A LA EVIDENCIA

- Aproximadamente entre el 25 y el 35% de los pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos para el tratamiento de una enfermedad médica o quirúrgica pierden independencia en una o más actividades de la vida diaria (AVD)

Medicine. 2010;10(62):4291-9



- Las causas más importantes de la pérdida de capacidad funcional tras ingreso hospitalario, es la edad avanzada, las puntuaciones bajas en la prueba Minimental al ingreso y una peor situación funcional previa, entre otras.

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60:1576-80)



# 4. DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA



Online article and related content current as of October 7, 2009.

## Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis

Andreas E. Stuck; Matthias Egger; Andreas Hammer; et al.

JAMA. 2002;287(8):1022-1028 (doi:10.1001/jama.287.8.1022)

### CARACTERÍSTICAS:

17 ARTÍCULOS; 18 ESTUDIOS(13 EUROPEOS, 4 NORTEAMERICANOS Y 1 AUSTRALIANO)

13.400 PACIENTES

EDAD MEDIA ENTRE 72,7 Y 81,6 AÑOS.

Reduce un 34% la institucionalización

Figure 3. Effect of Preventive Home Visits on Functional Impairment

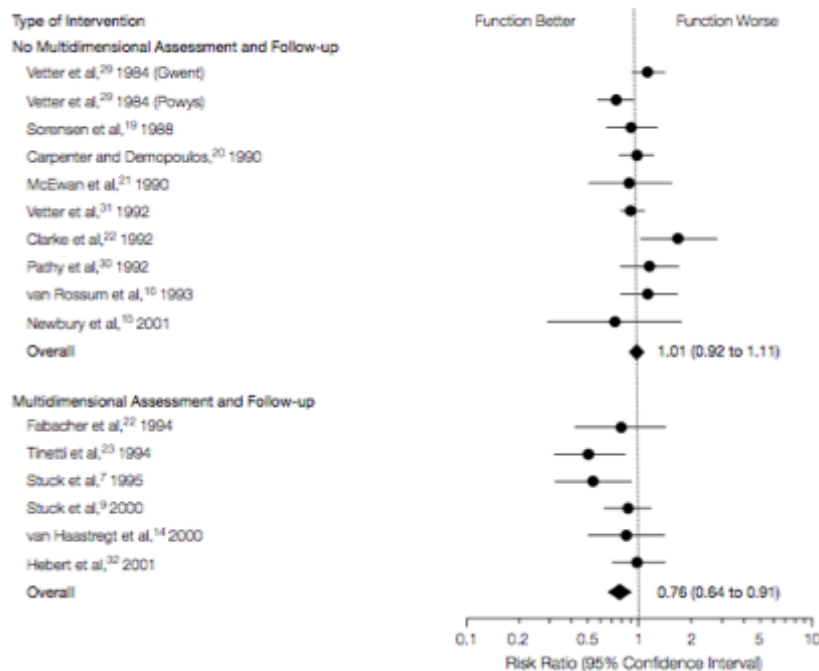
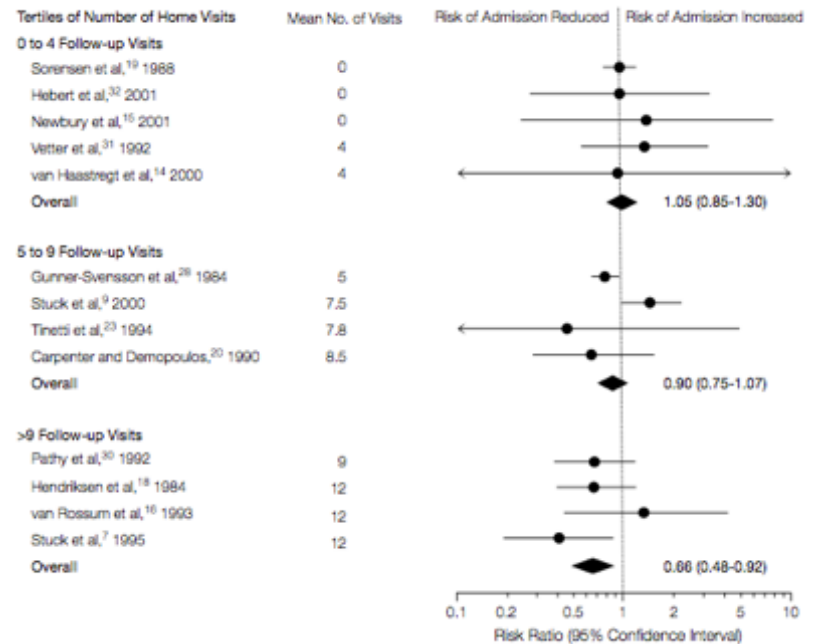


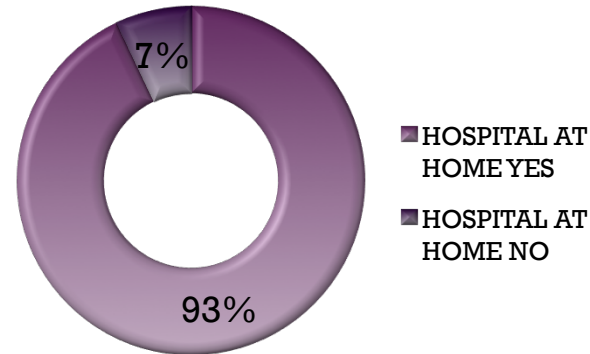
Figure 2. Effect of Preventive Home Visits on the Risk of Nursing Home Admission





# 4. DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA

- En el Presbyterian Health Care, en Albuquerque. Encuestó a los pacientes sobre elegir entre ser hospitalizado o recibir atención comparable en el hogar. **93% optó por quedarse en casa.** JAMA, July 11, 2012—Vol 308, No. 2
- De acuerdo con una estudio publicado en Health Affairs: **Los costos de la hospitalización Domiciliaria fue un 19% menor**, respecto a los hospitalizados, en gran parte debido que fueron "dados de alta" con mayor rapidez y tenían menos pruebas diagnósticas, sin perjuicio en la mortalidad como reconsulta
- **Una reducción del 38% en la mortalidad a los 6 meses para los pacientes en casa en comparación con la atención hospitalaria.** Shepperd S et al. CMAJ. 2009; 180 [2]: 175-182.



Annals of Internal Medicine

IMPROVING PATIENT CARE

## Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients

Bruce Liff, MD; Lynda Burton, ScD; Scott L. Mader, MD; Bruce Naughton, MD; Jeffrey Burl, MD; Sharon K. Inouye, MD, MPH; William B. Greenough III, MD; Susan Guido, RN; Christopher Langston, PhD; Kevin D. Frick, PhD; Donald Steinwachs, PhD; and John R. Burton, MD

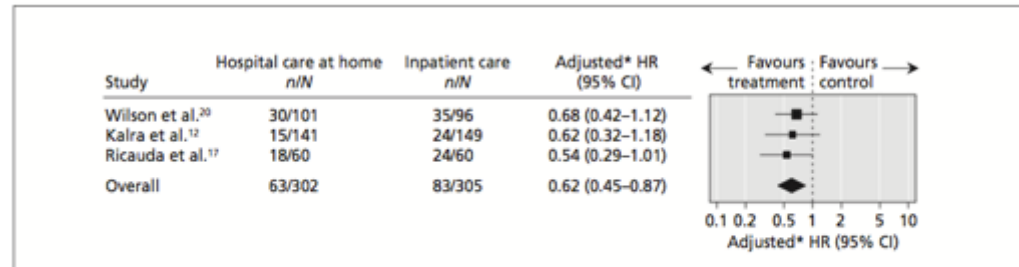


Figure 3: Fixed-effects meta-analysis of individual patient data: mortality at 6 months. Adjusted for age and sex. The N values represent the numbers of participants for which the trialists provided follow-up data (at our request); in some cases these values were less than the numbers of participants initially recruited (as stated in Appendix 2, available at [www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/2/175/DC2](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/2/175/DC2)).



# 4. DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA

- Una menor incidencia de episodios confusionales cuando el tratamiento médico o rehabilitador se realiza en la casa del paciente

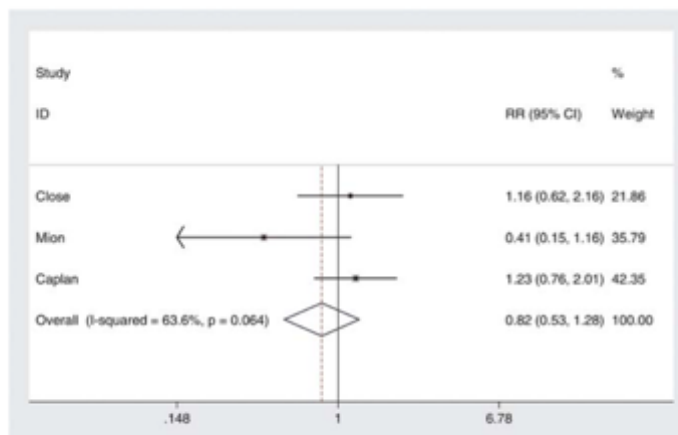
Age Ageing. 2006;35: 53–60.

Age and Ageing 2011; 40: 436–443 © The Author 2011. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.  
doi: 10.1093/ageing/afq060 All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com  
Published electronically 26 May 2011

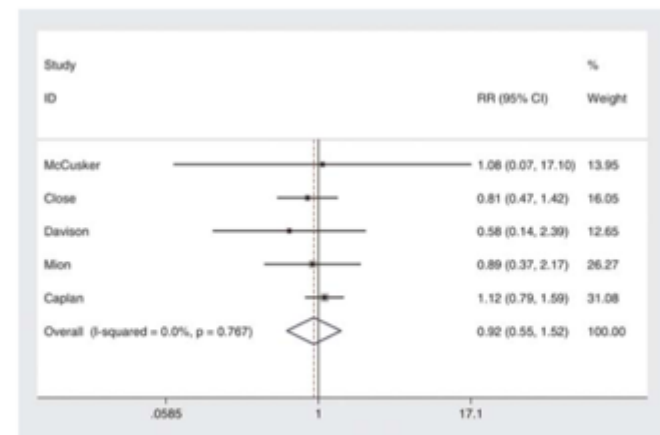
## A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'

SIMON PAUL CONROY<sup>1</sup>, TONY STEVENS<sup>2</sup>, STUART G. PARKER<sup>3</sup>, JOHN R. F. GLADMAN<sup>2</sup>

	Home rehabilitation group	Hospital rehabilitation group	P-value
Acute LOS [mean (SD)]	18.73 (11.39)	17.03 (8.68)	0.4530
Rehabilitation LOS [mean (SD)]	15.97 (9.37)	23.09 (19.41)	0.0164
Total length of episode of care from admission to end of rehabilitation [mean (SD)]	34.91 (15.37)	40.09 (23.22)	0.1889
Hospital bed days [mean (SD)]	20.31 (12.45)	40.09 (23.22)	<0.0001
FIM at end of rehabilitation [mean (SD)]	105.47 (17.06)	103.69 (20.30)	0.6569
MMSSE at end of rehabilitation [mean (SD)]	23.79 (6.53)	23.71 (6.28)	0.9538
GDS at end of rehabilitation [mean (SD)]	8.38 (5.94)	9.42 (6.61)	0.4524
Days of delirium (positive CAM) during acute phase [n (%)]	3 (1.4)	2 (2.5)	0.6156
Days of delirium during rehabilitation [n (%)]	3 (0.6)	12 (3.2)	0.0029
Odds ratio for delirium in home rehabilitation group during rehabilitation phase (95% CI)	0.17 (0.03–0.65)		
Days of probable CAM during rehabilitation [n (%)]	15 (2.9)	21 (5.6)	0.0564
Days of possible CAM during rehabilitation [n (%)]	54 (10.2)	41 (10.9)	0.7422
Costs			
Acute phase	A\$12,185 (A\$8,940) £3,157 (£3,786)	A\$10,629 (A\$6,659) £4,498 (£2,818)	0.5103
Rehabilitation phase	A\$5,961 (A\$3,210) £2,523 (£1,347)	A\$14,413 (A\$12,631) £6,100 (£3,345)	<0.0001
Total	A\$18,147 (A\$9,816) £7,680 (£4,154)	A\$25,042 (A\$15,041) £10,598 (£6,365)	0.0109
Follow-up			
FIM at 1 month [mean (SD)]	100.93 (22.68)	105.47 (17.06)	0.3602
FIM at 6 months [mean (SD)]	102.96 (23.80)	106.35 (14.43)	0.5324
MMSE at 1 month [mean (SD)]	23.89 (6.42)	24.52 (5.97)	0.6648
MMSE at 6 months [mean (SD)]	23.22 (6.90)	25.18 (5.01)	0.2377
GDS at 1 month [mean (SD)]	8.84 (6.07)	8.17 (5.73)	0.6282
GDS at 6 months [mean (SD)]	7.80 (5.60)	7.14 (3.96)	0.6235
Patients readmitted within 28 days after end of rehabilitation [n (%)]	13 (21)	8 (24.2)	1.0000
Mortality to 6 months [n (%)]	15 (23.4)	7 (21.2)	1.0000



Institutionalisation at final follow-up for CGA interventions in patients being discharged from urgent care settings.



Mortality at final follow-up for CGA interventions in patients being discharged from urgent care settings.

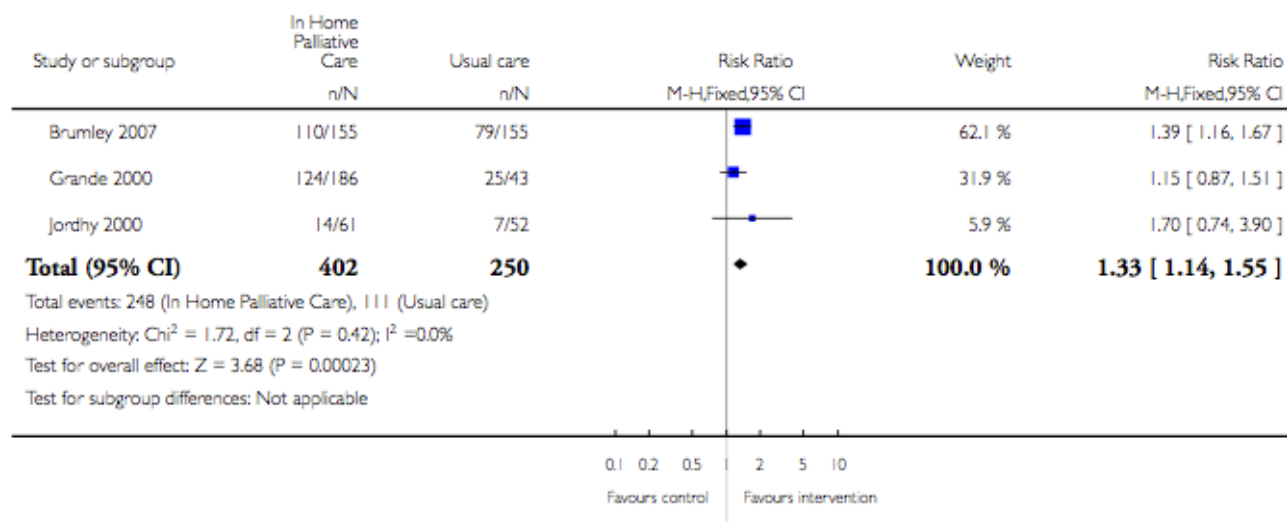


## Hospital at home: home-based end of life care (Review)

Shepperd S, Wee B, Straus SE



- Proporcionar atención domiciliaria al final de la vida reduce la probabilidad de muerte en el hospital ?





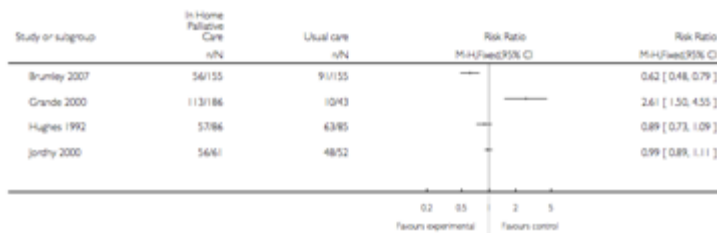
THE COCHRANE  
COLLABORATION®

- Qué efectos tiene sobre los síntomas del paciente, la calidad de vida, los costos del servicio de salud y los cuidadores en comparación con la hospitalización o la atención paliativa?

Study	Heading 1
Brumley 2007	Controlling for survival, age, severity of illness and primary disease Adjusted mean cost T=\$12,670 sd \$12,523 C=\$20,222 sd \$30,026 Average cost per day incurred by those on intervention arm (\$95.30) was significantly lower than that of comparator group (\$212.80) ( $t = -2.417$ ; $P = .02$ ).

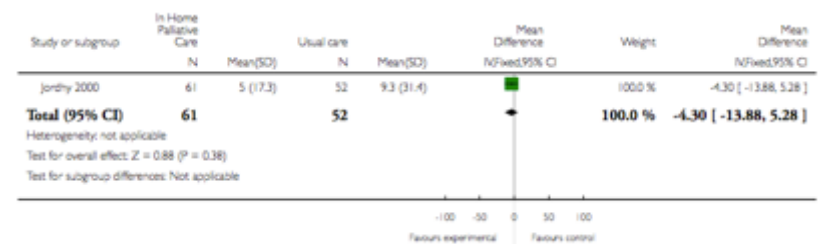
Analysis 1.11. Comparison 1 Patient outcomes, Outcome 11 Admitted to hospital.

Review: Hospital at home: home-based end of life care  
Comparison: 1 Patient outcomes  
Outcome: 11 Admitted to hospital



Analysis 1.17. Comparison 1 Patient outcomes, Outcome 17 Number of inpatient days.

Review: Hospital at home: home-based end of life care  
Comparison: 1 Patient outcomes  
Outcome: 17 Number of inpatient days





# DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA



- Todas las evidencias apuntan a los programas de integración; hasta el punto que permiten afirmar que los ingresos hospitalarios evitables y los reingresos son indicadores inequívocos de la fragmentación de los sistemas de salud.
- Programas de atención integrada de Torbay
- State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) initiative. Han logrado una disminución de más del 10% de las readmisiones por insuficiencia cardíaca.





# 4. DE LA TEORIA A LA EVIDENCIA



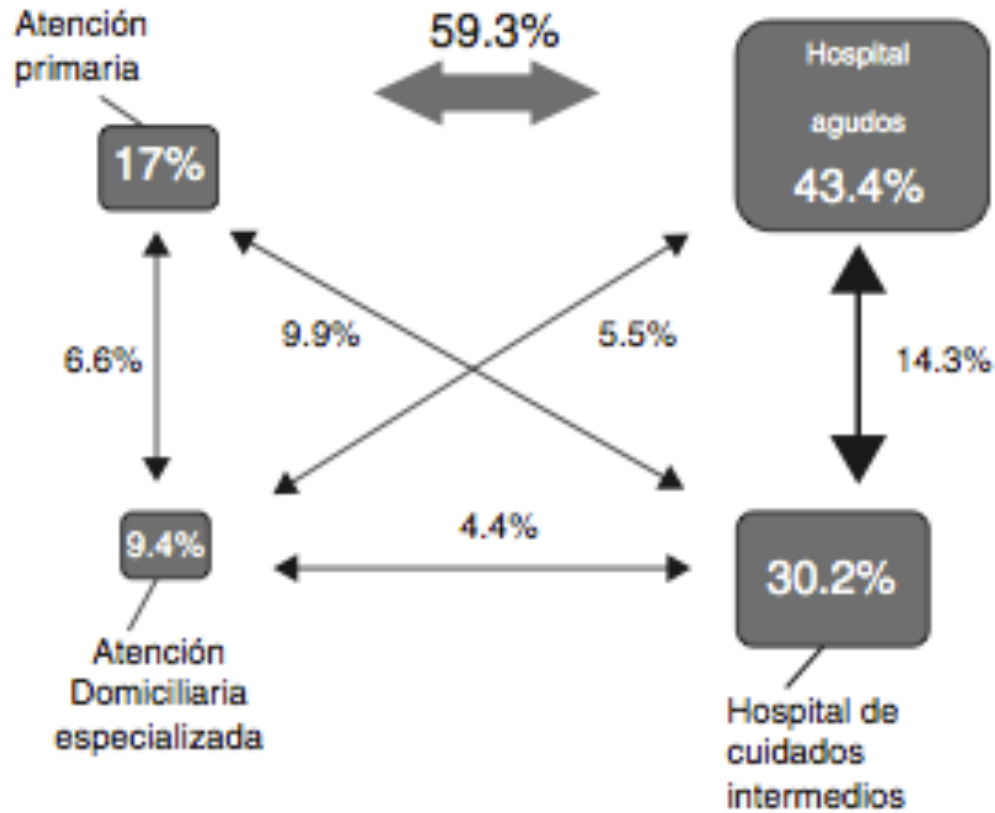
## REVISIÓN

### Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría<sup>☆</sup>

Miquel Àngel Mas<sup>a,b,\*</sup> y Sebastià Santaeugènia<sup>a,b</sup>

Autor y año	Disciplinas implicadas	Duración de la intervención (días)	Variables incluidas (en negrita las variables con diferencias relevantes)	Resultados destacados (grupos domiciliarios versus controles hospitalarios)
Palmer Hill et al. 2000 <sup>46</sup>	E/A/F	No identificada	Variables clínicas y <b>satisfacción</b>	<u>Mayor satisfacción del usuario</u>
Patel et al. 2008 <sup>47</sup>	E/M	7	Variables clínicas, reingresos, calidad de vida y <b>costes</b>	<u>Coste por paciente inferior</u>
Richards et al. 1998 <sup>48</sup>	E/F/TO/A	17	Calidad vida, funcionalidad, <b>uso de recursos</b> , mortalidad y costes	Mayor duración de la intervención. Mayor nivel de involucración en decisiones
Rodgers et al. 1997 <sup>49</sup>	F/TO/L/A/TS/E/M	56	Ubicación, <b>uso de recursos</b> , mortalidad, funcionalidad, salud general y estrés del cuidador	<u>Menor estancia hospitalaria. Diferencias no significativas en función, salud general y estrés del cuidador</u>
Rudd et al. 1997 <sup>50</sup>	F/TO/L/A/M	Hasta 90	Funcionalidad, variables clínicas, estrés del cuidador, <b>uso de recursos y satisfacción del paciente</b>	Reducción de la estancia hospitalaria. Mayor satisfacción del paciente
Siggeirsdottir et al. 2005 <sup>51</sup>	F/TO/E	Hasta 14	<b>Uso recursos, calidad de vida, variables clínicas y funcionalidad</b>	Menor estancia hospitalaria. Mayor calidad de vida y menos complicaciones
Skwarska et al. 2000 <sup>52</sup>	E/M	7	Variables clínicas, <b>uso de recursos</b> , satisfacción y <b>costes</b>	Menor coste por paciente. Estancia media superior en la rama domiciliaria
Widén-Homqvist et al. 1998 <sup>53</sup>	F/TO/L/M/TS	Hasta 120	Funcionalidad, <b>uso recursos</b> , variables clínicas, satisfacción y <b>calidad de vida</b>	Menor estancia hospitalaria. Menos complicaciones. Mejor calidad de vida
Ziden et al. 2008 <sup>54</sup>	F/TO/A/E/M/TS/D	Hasta 21	Variables clínicas y <b>funcionalidad</b>	<u>Mayor movilidad y mejor recuperación funcional</u>
Harris et al. 2005 <sup>55</sup>	M/E/TO/F/TS/A	9	Funcionalidad, calidad de vida, variables clínicas, uso de recursos, <b>satisfacción, sobrecarga del cuidador y costes</b>	Mayor nivel de satisfacción del usuario. Menor sobrecarga del cuidador. Menor coste
Hernandez et al. 2003 <sup>56</sup>	E/M	Hasta 56	Mortalidad, <b>uso de recursos, calidad de vida, costes, satisfacción y conocimiento/automanejo de la enfermedad</b>	Menor tasa de visitas a urgencias. Mayor calidad de vida. Menor coste por paciente. Mayor satisfacción del usuario con mejor automanejo y conocimiento de su enfermedad
Shepperd et al. 1998 <sup>57</sup>	E/F/TO/L/M	Menos de 10 días	Salud general, funcionalidad, variables clínicas, <b>calidad de vida</b> , uso de recursos, mortalidad, carga cuidador, <b>preferencias de atención y costes</b>	Mayor calidad de vida en grupo PTC. Mayor preferencia de atención excepto en grupo EPOC







## 5. UNA MIRADA PRÁCTICA

# SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO





# 5. UNA MIRADA PRÁCTICA



- **El objetivo principal:** Una Asistencia de base Hospitalaria en el propio domicilio con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados médicos y evitar el uso indebido de los recursos sanitarios por parte de una población que no se beneficia de las visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- **Criterios de Ingreso:** Los pacientes atendidos son mayores de 75 años, y deben presentar un perfil de paciente geriátrico con pluripatología, polifarmacia, patología crónica limitante al domicilio, enfermedades terminales no oncológicas y oncológicas, y problemática social.
- Se excluyen pacientes crónicos que se encuentran en situación de estabilidad y que presentan un bajo riesgo de utilización de recursos sanitarios, aplicando en geriatra de gestor de casos en AP.
- **ÁREA DE COBERTURA**
- El radio de acción en la actualidad es de Toledo capital y un radio de 35-40 Km. Que incluye unos 400.000 habitantes.

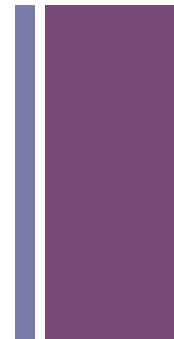
# + UNA MIRADA PRÁCTICA

## ■ RECURSOS HUMANOS

- Jefe de Sección: uno, compartido con el resto de la Sección.
- Médicos Geriatras: dos.
- Becados: un número variable (entre ninguno a dos).
- DE y Auxiliares: tres enfermeras y dos auxiliares.
- Supervisora de enfermería: una compartida.
- Trabajadora social: una compartida.
- Kinesiólogo y Terapeuta ocupacional:?
- Conductores: dos o tres, según día. (2 furgonetas y 1 auto)



# 5. UNA MIRADA PRACTICA



## ■ ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

Valoraciones AGD	2010
Total de valoraciones	318
Origen EAP (%)	29,5
Origen UGA.(%)	21,4
Origen Geriatria no UGA. (%)	12,8
Origen Urgencias. (%)	29,5
Origen HVS. (%)	32,1
Destino a EAP. (%)	7,8
Destino: ingreso en AGD (%)	87,2

Pacientes atendido en AGD	2010
Total de pacientes	434
Paliativos no oncológicos y oncológicos (%)	51,9
Crónico domicilio (%)	20,9
Control postalta y cambio de nivel (%)	23,7
Meses en activo	3,6

Altas AGD	2010
Total de pacientes	278
Estancia media (meses)	6,6
Nº de visitas médicas por paciente	4,7
Nº de visitas de enfermería por paciente	11,6
Cambio de nivel asistencial (%)	56
Exitus totales	200
Exitus en casa (%)	77
Exitus en hospital (%)	24,5%



# 5. UNA MIRADA PRACTICA



## RESULTADOS:

- Reducir los ingresos hospitalarios en un 55%.
- Reducción de las visitas a urgencias en un 28%.
- Las estancias hospitalarias se veían reducidas en un 69,55%, en los ingresos inevitables.
- Nuestra labor de apoyo al cuidador principal, que es quien lleva la carga principal del cuidado del paciente, consiguiendo que el 77,97% de los pacientes atendidos entre los años 2000 y 2010 muriesen en su casa.



# 5. UNA MIRADA PRACTICA



- El costo de una visita promedio de un paciente ingresado en la Unidad es de 204 euros, (unos 140.000 pesos) más económico que lo que sería un coste diario de estancia hospitalaria en HVV: unos 385 euros según nuestros cálculos.

Trends in Emergency Room Department Usage by Elderly Patients in our Hospital. Should We keep Closing our Eyes and Do Nothing?. European Geriatric Medicine 2S (2011) S1

A Functional Approach to Non-oncologic Palliative Elderly in Toledo, Spain. European Geriatric Medicine 2S (2011) S39

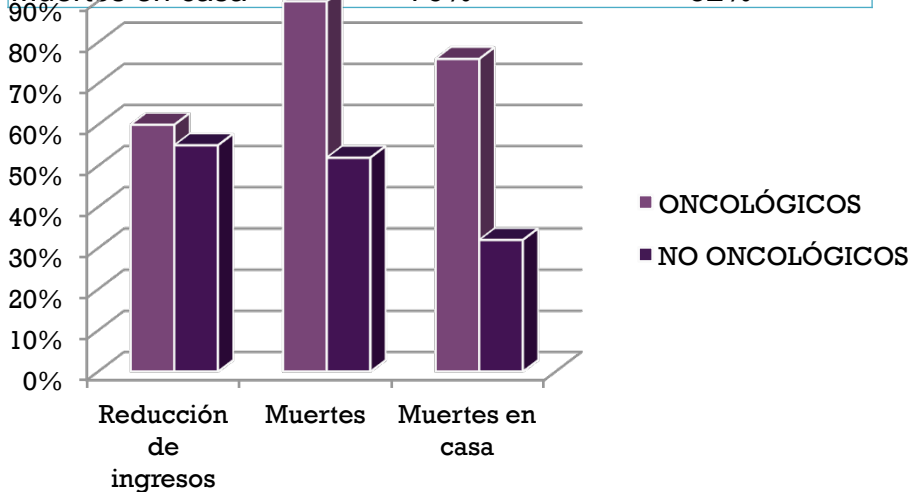




# 5. UNA MIRADA PRACTICA

## Palliative Oncologic Patients Die at Home and Palliative Non-oncologic Patients Die in the Hospital

CARACTERES	ONCOLÓGICOS	NO ONCOLÓGICOS
Reducción de ingresos	60%	55%
Muertes	90%	52%
Muertes en casa	76%	32%

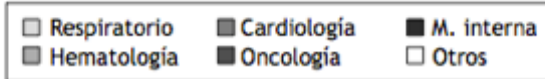
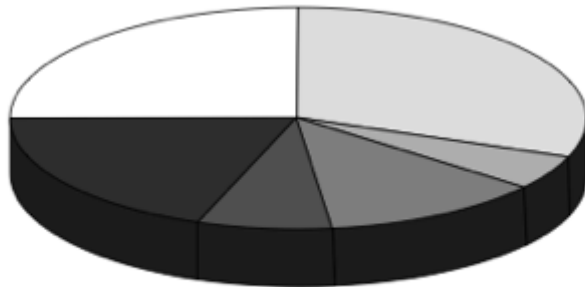


- Estudiamos el número de hospitalizaciones de pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en nuestra unidad.
- Resultados: Se estudiaron 519 pacientes.
- De los pacientes oncológicos(281): Número de hospitalizaciones antes de su ingreso en GHC fue 1,34 (SD 1,32, IC 95% 1,16-1,46) y después de la admisión fue de 0,5 (DE 0,9; IC del 95% 0,44 hasta 0,65).
- Los pacientes no oncológicos(238): Número de hospitalizaciones antes de GHC era 1,94 (DE 1,84; IC del 95%: 1,61 a 2,07) ) y después de GHC fue 0,8 (SD 1,4, IC 95% 0,7 a 1,075)

**Conclusiones:** A pesar de que los pacientes oncológicos y pacientes frágiles con múltiples enfermedades crónicas avanzadas comparten síntomas similares al final de la vida, es más fácil de mantener a los pacientes oncológicos en su casa hasta que mueren. Probablemente, esto se debe a que **en los pacientes no oncológicos es más difícil determinar si una recaída es irreversible o no. Creemos que con un mejor apoyo y educación a los principales cuidadores podemos mejorar el logro de los objetivos de la gestión.**



# 5. UNA MIRADA PRÁCTICA



ORIGINAL

## Los futuros pacientes en la ley de dependencia

Pablo Alfredo Gallardo<sup>a</sup>, Daniel Solano<sup>a,b,\*</sup>, Iker Gangoit<sup>a</sup> e Iñigo García<sup>a</sup>

**Tabla 1** Ayuda para las actividades básicas de la vida diaria

	n.º	%
Un familiar	65	46
Familiar + 1 cuidador con formación	41	29
Familiar + 1 empleada doméstica	3	2
Un cuidador formado	32	23
Una empleada doméstica	0	0
Un vecino o amigo	0	0
Total	141	100

**Tabla 2** Lugar donde viviría la dependencia

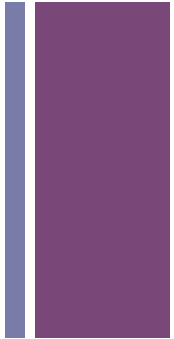
	n.º	%
Domicilio propio	107	76
Domicilio de un familiar	4	3
Residencia	18	12,5
Apartamentos tutelados	2	1,5
Domicilio propio o familiar y centro de día	9	7
Otro	0	0
Total	141	100

10. Usted, por deterioro cognitivo (explicar), ¿consideraría que las elecciones tomadas en las anteriores preguntas fueran incluidas en un testamento o consentimiento informado?

Sí	87%	No	
----	-----	----	--



# 5. UNA MIRADA PRÁCTICA



- Para efectuar la atención, el Complejo Hospitalario San José, cuenta con un total de 557 camas y destina 357 de estas a usuarios con patologías médico quirúrgicas, con un índice riesgo dependencia, caracterizado por el moderado riesgo y alta a moderada dependencia. (*Unidad de gestión de cuidados, 2010*).

**Paciente cumple los  
criterios de  
Hospitalización  
Domiciliaria**



**Envío de Interconsulta a  
Hospitalización  
Domiciliaria.**

*3 enfermeras    médico?*

*1 técnico        T.O?*

*1 secretaria    KNT ?*

Pielonefritis aguda.

- ITU multiresistente

- Neumonía adquirida en la comunidad con o sin patología crónica, incluye

paciente institucionalizado, IIH con o sin requerimiento de oxígeno, sin insuficiencia respiratoria grave.

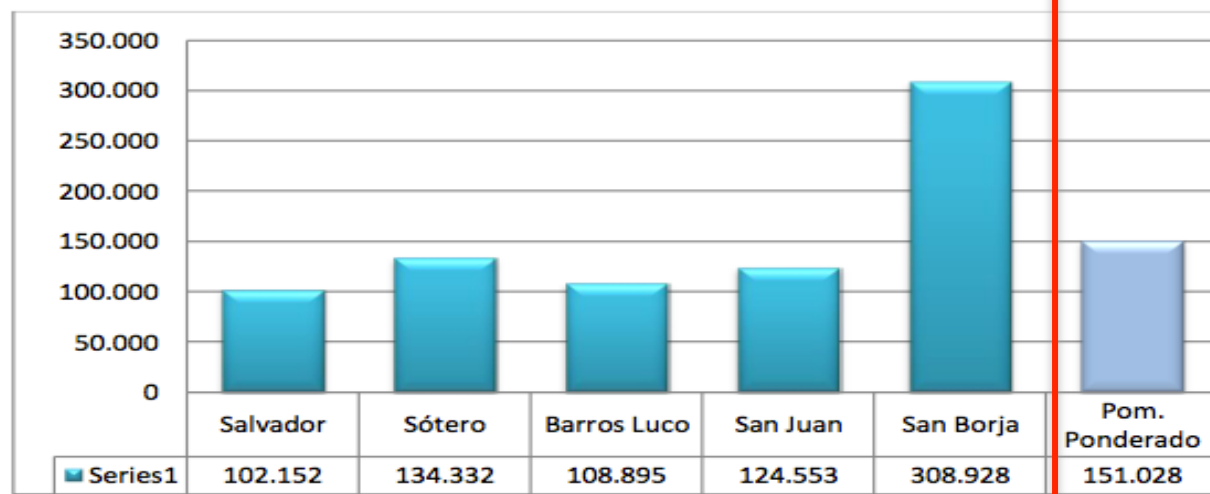
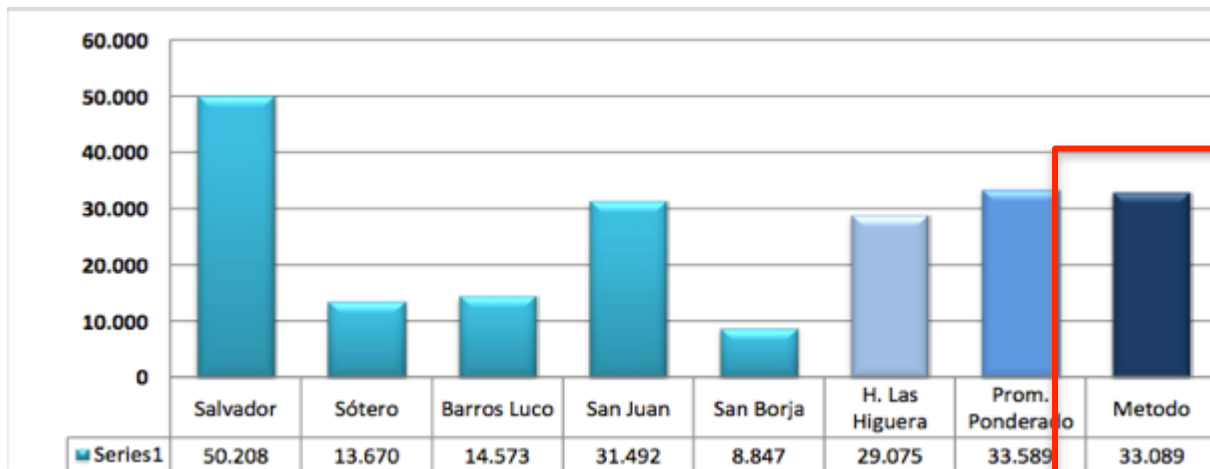
- Erisipela o Celulitis.
- Cuidados Paliativos



# Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria

ID: 730566-12-LP13

## Ministerio de Desarrollo Social





# Conclusiones



El desarrollo de **nuevos modelos de atención alternativa a la hospitalización convencional**, como es la **hospitalización domiciliaria**, surge de la situación demográfica y sanitaria actual y emerge de una sólida evidencia científica internacional.

La investigación de esquemas de hospitalización domiciliaria integral, la **medicina geriátrica** tiene una **oportunidad**, dada su experiencia en el **trabajo interdisciplinar** y en la realización de **intervenciones complejas**, como son las **tomas de decisiones**.

**MUCHAS GRACIAS!!!!**