el hospital de día geriátrico

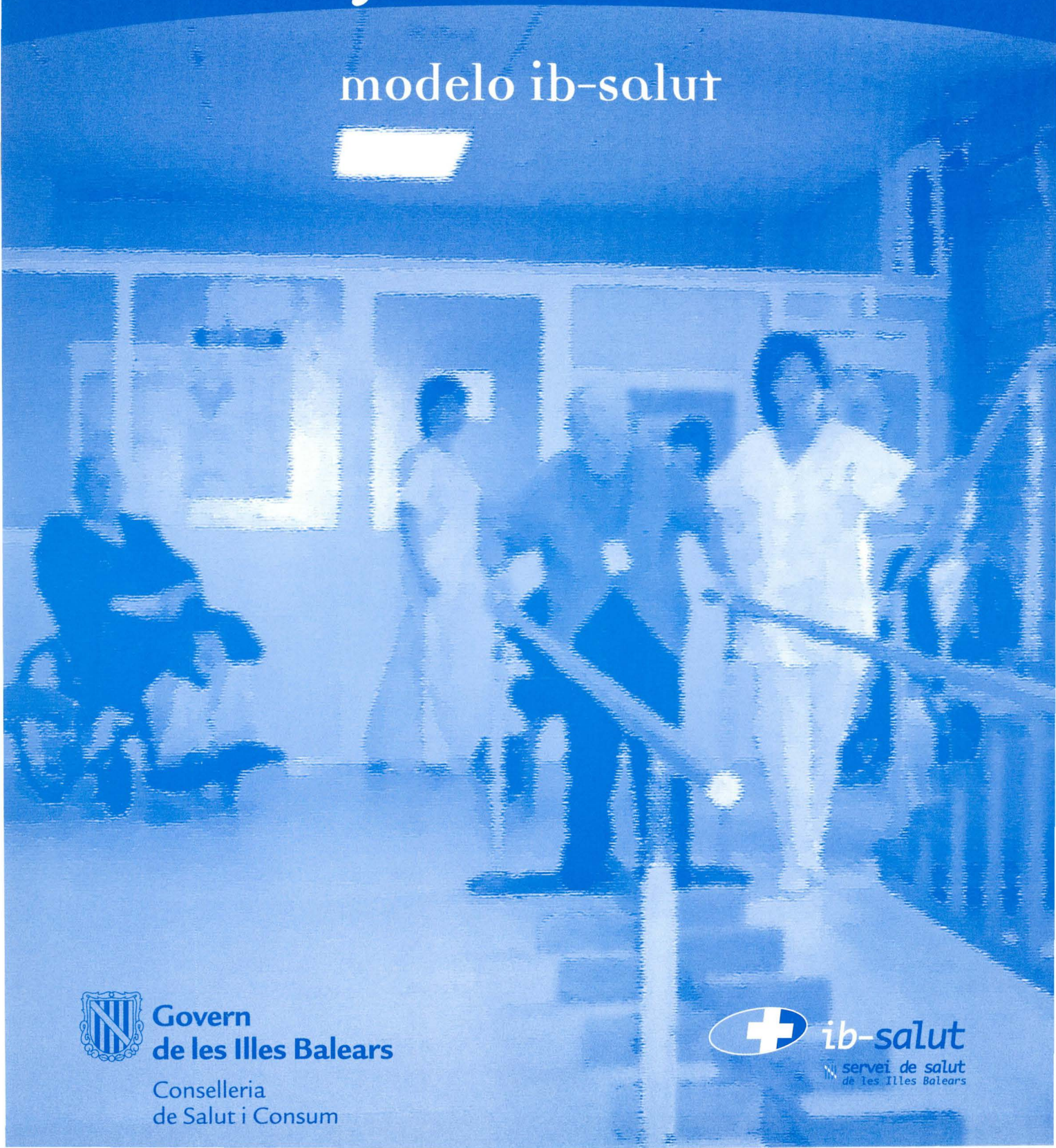
modelo ib-salut

Govern
de les Illes Balears
Conselleria
de Salut i Consum

ib-salut
servei de salut
de les Illes Balears

el hospital de día geriátrico

modelo ib-salut



Govern
de les Illes Balears
Conselleria
de Salut i Consum

ib-salut
servei de salut
de les Illes Balears

ib-salut
servei de salut de les Illes Balears

Igual que el tratamiento de los pacientes requiere, cada vez más, del trabajo coordinado de profesionales de los distintos niveles asistenciales, asímismo ocurre con la definición de las nuevas prestaciones y sus circuitos.
Buena prueba de ello lo constituye la composición del equipo de trabajo que ha hecho posible que el funcionamiento del nuevo recurso, Hospital de Día Geriátrico, sea a día de hoy, ya una realidad. Un equipo de trabajo que ha contado con profesionales de la Dirección Asistencial de ib-salut, de los Hospitales (como centros prescriptores), de ESAD (como centro gestor y en representación de AP como unidad adicional de prescripción) y de los Hospitales de la Cruz Roja, de San Juan de Dios y de GESMA (como centros para prestar la asistencia descrita) y sin los cuales nada de todo esto habría sido posible.

Dirección de proyecto

- **Luis Alegre Latorre**, Director Asistencial de ib-salut
- **Pablo Tobajas Rúber**, Subdirector Asistencial de AP y 061 de ib-salut

Equipo de trabajo

- **Marta Verdaguer Vidal**, en representación de ESAD
- **Yolanda Muñoz Alonso**, en representación de ESAD
- **Miguel Oliver Ramón**, en representación del Hospital de la Cruz Roja
- **Maria Maura Argos**, en representación del Hospital de la Cruz Roja
- **Nicolas Flaquer Terrasa**, en representación del Hospital San Juan de Dios
- **Isabel López Fernández**, en representación del Hospital San Juan de Dios
- **Bernardino Comas Díaz**, en representación del Hospital Fundación Son Llàtzer
- **María Rosa López Burgos**, en representación del Hospital Fundación Son Llàtzer
- **Pedro Nadal Frías**, en representación del Hospital Fundación de Manacor
- **Marina Payeras Mas**, en representación del Hospital Fundación de Manacor
- **María Villalonga Comas**, en representación del Hospital de Son Dureta
- **Margarita Riera Fiol**, en representación del Hospital de Son Dureta
- **Javier de Pablo Marín**, en representación de la Dirección Asistencial del ib-salut

PRESENTACIÓN

El Plan de Salut de las Illes Balears para el periodo 2003-2007 propone recoge entre sus objetivos "mejorar la salud de la población, mejorar la calidad de vida, aumentar la esperanza de vida en estado de buena salud, mejorar la capacidad funcional y favorecer la inserción de aquellas personas que lo necesiten" con independencia del proceso patológico del que se trate.

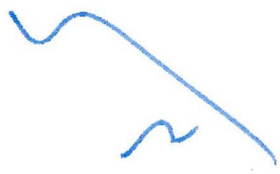
En este sentido, el Servei de Salut de las Illes Balears, Ib-salut, va a poner en marcha un nuevo recurso, el Hospital de Día Geriátrico, con el objetivo de ofrecer una nueva alternativa en el tratamiento del paciente anciano frágil, que supla el vacío actual existente entre la hospitalización convencional y el tratamiento únicamente ambulatorio de este tipo de pacientes.

La existencia de este nuevo circuito de derivación que aparece descrito en el presente documento nace del trabajo conjunto de profesionales atención primaria y especializada y se desarrolla siguiendo criterios basados en la evidencia científica.

La calidad de esta nueva prestación está garantizada por la experiencia de nuestros profesionales en la gestión y prestación de servicios similares, así como por el desarrollo de sistemas de información que coordinen y evalúen dichas prestaciones.

Queremos mejorar la accesibilidad y prestaciones al colectivo de pacientes que más lo necesitan, ancianos frágiles, para favorecer su tratamiento integral y el mantenimiento del mayor nivel de autonomía posible, al ofrecer la asistencia de un centro especializado evitando los inconvenientes de la institucionalización derivados del ingreso convencional en dichos centros.

Sólo me queda agradecer vuestra colaboración e implicación en la confianza de que la creación de este recurso sea útil para conseguir el objetivo común que perseguimos con todas las iniciativas puestas en marcha: que los servicios sanitarios que ofrecemos estén a la altura de los que nuestros ciudadanos nos exigen.



Sergio Bertrán Damián
Director General de Ib-salut

ÍNDEX

1. ANTECEDENTES 5

2. HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO 7
2.1. Tipología de paciente: EL ANCIANO FRÁGIL 7
2.2. Cartera de servicios del Hospital de Día Geriátrico. 7
2.3. Áreas. 9
2.4. Funciones. 9
2.5. Ventajas. 10
2.6. Objetivo General 10
2.7. Objetivos Específicos. 10

3. GESTIÓN DE CASOS 11
3.1 Circuito de derivaciones 11
3.1.1. Criterios de inclusión 12
3.1.2 Criterios de exclusión 12
3.2 Comisión Gestora de Casos 13
3.3. Gestión del transporte programado 13

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN 14

5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA 15

ANEXO 1: Informe de derivació 17
ANEXO 2: Criterios de inclusión y exclusión 19
ANEXO 3: DATOS DE CONTACTO 20

1. Antecedentes

El modelo asistencial actual está basado en el trabajo multidisciplinar de diversos tipos de servicios y unidades para garantizar una prestación integral de las necesidades del paciente, disponiendo de cada vez mas recursos para afrontar el nuevo escenario de demanda asistenciales de la población.

"El aumento de la esperanza de vida está llevando aparejada una mejora de las condiciones con que se va llegando a edades avanzadas pero también aumenta la posibilidad de llegar a edades, más avanzadas aún, donde se hacen más frecuentes las enfermedades más incapacitantes.", tal y como aparecía recogido recientemente en el Boletín Informativo del INE donde se analizaba la evolución de la población durante la última década.

En este contexto, los Hospitales de Día Geriátricos constituyen una de las respuestas del sistema sanitario, ya que, además de favorecer el mantenimiento de los pacientes ancianos en sus domicilios, sin recurrir a la institucionalización, también contribuyen a la satisfacción de sus necesidades, persiguiendo, en definitiva, conservar al máximo su autonomía y mejorar su calidad de vida. De esta manera, se consigue un alivio en la carga de trabajo de los familiares y cuidadores.

Los Hospitales de Día Geriátricos tienen como misión principal rehabilitar las facultades físicas y mentales de los pacientes ancianos, utilizando diversos tipos de terapias, como son: los cuidados de enfermería, la terapia ocupacional, la fisioterapia, psicomotricidad, musicoterapia, etc..

El objetivo asistencial del ib-salut va dirigido a proporcionar, mediante dicho servicio, el abordaje integral tanto diagnóstico como terapéutico, de los pacientes susceptibles, consiguiendo menor deterioro funcional y menor número de ingresos tanto hospitalarios como en residencias.

Por lo tanto, el continuum asistencial entre el hospital de agudos, los hospitales de día y la atención primaria, es eficaz ya que obtiene una importante recuperación funcional de los usuarios, lo que permite el retorno a su domicilio en la mayor parte de casos.

Además de los Hospitales de Día Geriátricos, los recursos en los que el ib-Salut basa la asistencia al paciente de edad avanzada son:

- El hospital de agudos y la atención primaria fundamentalmente como grandes demandadores de éste servicio aproximadamente a partes iguales.
- El ESAD, como equipo multidisciplinar de atención primaria, que gestiona ingresos en hospitales de día y hospitales de cuidados medios en comisión mixta con HSJD y HCR en el primer caso y con los hospitales de GESMA (HG y HJM) en segundo lugar.
- Las unidades de hospitalización de larga estancia concertadas (HSJD y HCR), sin olvidar las consultas externas de geriatría dependientes de los hospitales.
- Las UVASS que desarrollan su actividad en los Hospitales.

Así pues, el Hospital de Día Geriátrico permite disponer de escalón intermedio en la asistencia al paciente frágil entre atención primaria y la hospitalización convencional con el fin de proteger al anciano en el seno de su familia, medio habitual mientras sea posible, con la máxima capacidad funcional y el mayor nivel de independencia posibles, potenciando la asistencia ambulatoria y evitando institucionalización de los pacientes y sus inconvenientes.

En este sentido, el ib-salut postula al ESAD como agente principal en la coordinación de forma interdisciplinar y gestor de este servicio, atendiendo a la estrategia de que es a atención primaria a quién le corresponde asegurar que el abordaje de estos pacientes tenga un carácter integral a lo largo de todo el proceso psicobiológico del individuo.

Además, el ESAD aporta el valor añadido de tener una perspectiva amplia del trabajo diario con pacientes con un *perfil susceptible*, que requieren tratamiento continuado, con ingresos en otros niveles asistenciales (como las unidades de media estancia, unidades de agudos, consultas externas y cuidados paliativos) y siempre en estrecha relación con los centros de Atención Primaria.

Por tanto, lo que se expone en el presente documento es el funcionamiento del nuevo circuito de derivación de pacientes susceptibles al Hospital de Día Geriátrico que, desde este momento, está a disposición de los profesionales de ib-salut, en concierto con los Hospitales de la Cruz Roja y San Juan de Dios, a través de una comisión mixta gestionada por ESAD y compuestas por profesionales de los hospitales de agudos (prescriptores) y de larga estancia (receptores) de dichos pacientes y que permitirá valorar cada paciente en función de la fase de su enfermedad y tratar cada situación clínica, individualizando el tratamiento, racionalizando los recursos necesarios para obtener el mayor éxito terapéutico posible.

2. Hospital de día geriàtrico

Es un nivel asistencial de funcionamiento interdisciplinario exclusivamente diurno, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico con incapacidad física y/o deterioro cognitivo *leve*, para recibir tratamiento y/o valoración geriátrica *integral*. Su finalidad es completar la rehabilitación de enfermos que residen en sus domicilios, así como el control médico y de enfermería de la comorbilidad de pacientes con pluripatología moderada a severa. **La estancia máxima acordada será de 3 meses**.

2.1. Tipología de paciente: EL ANCIANO FRÁGIL

Una característica del envejecimiento es la progresiva pérdida de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, en sus diferentes órganos y sistemas, haciéndole más vulnerable ante situaciones de estrés y por lo tanto más vulnerable ante la enfermedad.

La cualidad de fragilidad asignada a un anciano, dentro de la clínica geriátrica, supone atribuirle la presencia de una situación de alto riesgo de deterioro, fundamentalmente en forma de incapacidad. Son pacientes con riesgo de perder esta estabilidad precaria hacia una situación de incapacidad y dependencia ante un agente o proceso externo que actúe sobre ellos. Su menor reserva o resistencia ante diferentes agresiones les llevarán con mayor o menor rapidez a la pérdida de autonomía.

Son varias dimensiones las que pueden influir para poner a nuestro paciente en situación de fragilidad:

- Situación y soporte social.
- Aspectos clínicos con la presencia de diferentes enfermedades, fundamentalmente crónicas, que han modulado la forma de envejecer de nuestro paciente.
- Ubicación del paciente por necesidad de hospitalización o de cuidados en instituciones residenciales.
- Situación basal funcional que condiciona su nivel de autonomía personal.

Los ancianos frágiles son pacientes en los que están presentes algunas de estas características:

- Presencia de patología múltiple o patología crónica con alto poder incapacitante.
- Cierto grado de incapacidad que dificulta el autocuidado personal, precisando ayuda en la realización de actividades básicas de la vida diaria: alimentación, deambulación, continencia, baño, vestido, uso del retrete.
- Mayores de 80 años.
- Presencia de deterioro cognitivo.
- Polimedicación.
- Aislamiento social. Soledad. Pobreza.
- Viudedad reciente.
- Cambio de domicilio reciente.
- Haber sido hospitalizado recientemente. Situación que es causa potencial de deterioro funcional y pérdida de autonomía en el anciano.

El reconocimiento de estos pacientes y la intervención precoz sobre ellos es determinante sobre su ya alto riesgo de dependencia. Una vez desarrollada una dependencia o deterioro de la situación basal del paciente debemos valorar las capacidades de recuperación del mismo, que tipo de tratamiento necesita, su duración y donde debe realizarse.

El tratamiento de rehabilitación juega un papel fundamental en el éxito terapéutico del paciente de edad avanzada y de aquí la importancia que los hospitales de día otorgan a este especto, contando con servicios específicos para la aplicación del mismo.

2.2. Cartera de servicios del Hospital de Día Geriátrico.

1. Servicio médico y geriátrico
   - Se realizarán valoraciones geriátricas integrales, ayudándonos de escalas de

valoración, que nos permitirán diagnosticar síndromes geriátricos y ver la evolución y mejora del paciente, tanto desde una perspectiva física, psíquica y funcional.

La valoración diagnóstica se orientará a clarificar las causas de la dependencia tanto la adquirida como la basal previa, así como a establecer su potencial rehabilitador.

- Se definirá el perfil del paciente, identificando si el Hospital de Día Geriátrico es el recurso idóneo para sus necesidades, y se valoraran posibles alternativas asistenciales.
- Se estableceran unos objetivos y un plan terapéutico individualizados.
- Se definiran grupos terapéuticos según los perfiles de los pacientes ingresados en cada momento.
- Se diseñará y monitorizará la realización de un taller de memoria con fines preventivos y terapéuticos en los casos de deterioro cognitivo leve.
- Tutela de la historia clínica con el debido soporte del personal administrativo.
- Se supervisará y hará un seguimiento semanal del paciente (de sus enfermedades concomitantes, tratamientos farmacológicos, alimentación...)
- Es importante la función preventiva, controlando precozmente los procesos que pueden deteriorar su calidad de vida.
- Planificará y dirigirá las reuniones interdisciplinarias de equipo.
- Favorecerá el máximo rendimiento del equipo interdisciplinar fomentando la coordinación y sinergias entre los distintos profesionales.

2. Cuidados de enfermería

Control y administración de medicación, toma de constantes, otros cuidados como:

- Valoración de diagnósticos enfermeros y realización de planes de cuidados.
- Cura de úlceras por presión.
- Entrenamiento en autocuidados:
  - Medidas higiénicas a horas fijas para preservar buenos hábitos (para prevenir incontinencia del paciente).
  - Cambio de sondas.
  - Control de glucemias.
- Reforzar conocimientos y habilidades sobre autocuidados a los pacientes y de manejo a los cuidadores: manejo de ostomias, hábitos dietéticos, control glucémico y cuidado de los pies en diabéticos, otros problemas del pie, uso y mantenimiento de protesis dentarias, medidas para evitar reacciones adversas a medicamentos en pacientes polimedicados, taller de aerosolterapia, manejo de ciertos problemas conductuales como la ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria...
- Suplencia de aquellas AVD básicas y instrumentales irrecuperables.

3. Terapia ocupacional

- Ayudará a alcanzar el grado máximo de autonomía en las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria, así como potenciar todas aquellas habilidades que aún poseen e intentar preservarlas el mayor tiempo posible .
- Trabajará con especial dedicación psicomotricidad fina.
- Realizará propuestas de adaptación del entorno con herramientas, materiales y actividades, de acuerdo con las necesidades del anciano y con su contexto social y cultural, y con su medio domiciliario.
- Planificará que los métodos y procedimientos terapéuticos se desarrollen en un entorno seguro (incluyendo el medio domiciliario).
- Desarrollo de habilidades sociales: preparar al paciente y su familia para reintegrarlos en su medio habitual.

Estas funciones se planificarán de forma individual según la situación de cada paciente, o el nivel de deterioro cognitivo y con objetivos y métodos terapéuticos específicos.

4. Fisioterapia

Su objeto es la recuperación de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria: recuperando funciones perdidas (por ejemplo recuperación de la marcha para pacientes con inmovilidad, fractura de cadera) o para el mantenimiento de la movilidad en pacientes con otras enfermedades invalidantes (Parkinson, artrosis, etc):

- Valoración de la movilidad, fuerza y tono musculares de los grupos neuromusculares.
- Valoración de articulaciones: deformidades, arcos articulares.
- Valoración del equilibrio, trasferencias y la deambulación.
- Terapias rehabilitadoras tanto individualmente como en grupo.
- Ejercicio físico: tablas de flexibilidad, estiramiento, entrenamiento muscular.

5. Actividades generales

Muestran efecto beneficioso en el control de trastornos conductuales: Acogida, acomodación, actividades recreativas, actividades lúdicas.

6. Programas de asesoramiento familiar.

Habrá unos horarios fijos de visita para ser informados de la evolución del paciente y evolución de la enfermedad. También mensualmente se informará.

7. Servicio de comedor

Se ofrecerán dos comidas principales (desayuno y comida). Se incluirán los diferentes tipos de dieta según necesidades del paciente.

8. Trabajo Social

La Trabajadora Social se encargará de realizar las valoraciones de ingreso, junto con el médico responsable, con el fin de aceptar a los solicitantes del Hospital de Día y priorizar los ingresos.

Una vez que están ingresados en estancia diurna se vuelve a valorar, con todo el equipo interdisciplinar, las necesidades que el paciente y su familia pueden tener.

En caso de que requieran hacer solicitud de ingreso en residencia, ayudas en el domicilio, ayudas económicas, información o asesoramiento, el facultativo realizará, a través de interconsulta, la demanda a la trabajadora social.

Una vez que el paciente es dado de alta se vuelve a hacer una última valoración social de la situación en la que se encontrará en el domicilio o destino de residencia.

2.3. Áreas.

1. Área clínica
   - Área de consultas.
   - Sala de curas-consulta de enfermería.
   - Una cama de hospitalización de un día.

2. Área de recuperación funcional
   - Gimnasio-sala de terapia ocupacional y actividades de la vida diaria.

3. Área social
   - Comedor-sala de estar

2.4. Funciones.

- Valoración geriátrica integral de pacientes complejos.
- Manejo de síndromes geriátricos.
- Seguimiento clínico de las altas hospitalarias o situaciones de enfermedades inestables.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.

- Solicitud o tramitación de Residencias, ayudas económicas, SAD,...
- Tratamiento psicológico en caso de petición del facultativo

2.5. Ventajas.

- Mejorar la situación funcional de los ancianos
- Permite una supervisión estrecha y prolongada de los enfermos que lo requieren.
- Proporciona alivio a los cuidadores habituales del paciente.
- Garantiza la realización de controles clínicos y analíticos de forma fluida en pacientes de riesgo.
- Reduce los ingresos y reingresos hospitalarios de los pacientes y posibilita altas tempranas con mayor seguridad.
- Distribuye mejor los recursos asistenciales disponibles mejorando su eficiencia.
- Separa la actividad terapéutica hospitalaria del concepto hostelero.
- Coordinación entre niveles.

2.6. Objetivo General.

Ofrecer una respuesta adecuada, consensuada con los profesionales implicados en la atención integral del anciano frágil en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, que permita mejorar la asistencia sanitaria de este tipo de pacientes, mejorando su recuperación funcional y autonomía.

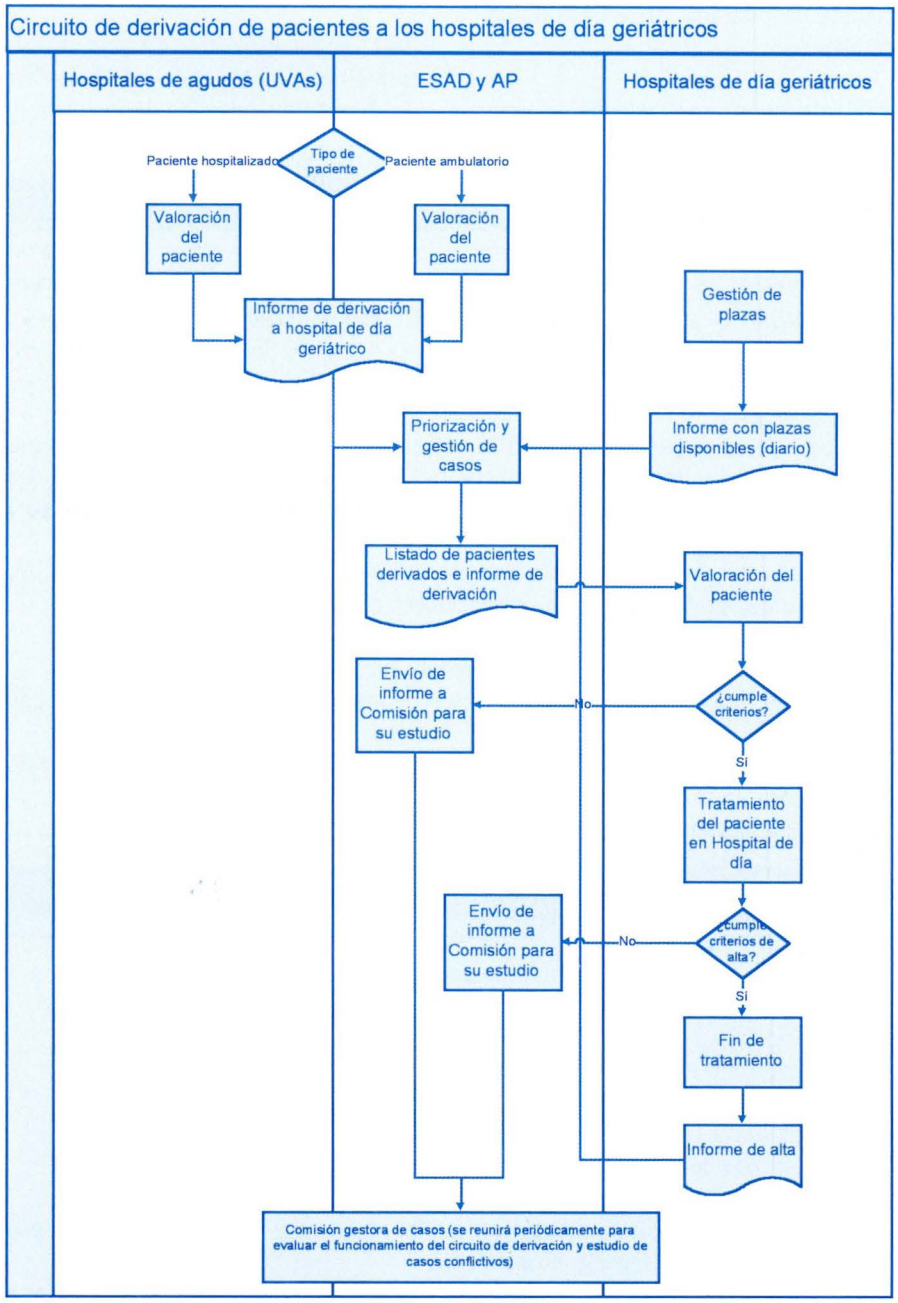
2.7. Objetivos Específicos.

- Completar la recuperación funcional de los pacientes que han sufrido deterioro durante un ingreso hospitalario y presentan un grado de incapacidad leve-moderada, es decir, no cumplen criterios de ingreso en un hospital de media estancia
- Completar el tratamiento o estabilización de pacientes con enfermedad aguda que requieren control estrecho y continuado
- Completar la fase de diagnóstico rápido de pacientes con pluripatología y/o limitaciones funcionales, manteniéndoles bajo control hospitalario pero sin ingreso
- Evitar el ingreso o reingreso de pacientes inestables que habitualmente acuden a las consultas externas del hospital o centros de salud
- Prestar educación sanitaria al paciente y sus familiares dentro de programas específicos orientados por patologías

3. Gestión de casos

3.1 Circuito de derivaciones

Para la gestión de los pacientes desde los centros de origen AP y AE (Hospital de Son Llàtzer, Hospital de Son Dureta y Hospital de Manacor) se propone el circuito de derivación que representamos a continuación:



El circuito se inicia con la valoración del paciente por el médico que esté a su cargo, que podrá ser un médico general perteneciente a un Centro de Salud, si se trata de un paciente ambulatorio o un médico especialista hospitalario, si se trata de un paciente hospitalizado.

Para que el paciente pueda ser incluido en este circuito es necesario cumplimentar un informe con una serie de campos y valoraciones determinadas (VER ANEXO 1), y su envío a ESAD a través de los canales dispuestos para ello.

Una vez recibidos los informes, ESAD es la responsable de la priorización de los enfermos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.1.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 65 años que precisan recuperación funcional con criterios de reversibilidad.
  - Afectados por enfermedad cerebrovascular en fase de recuperación funcional.
  - Síndrome de inmovilidad.
  - Fracturas óseas en fase postquirúrgica.
  - Amputaciones.
  - Patología cardiaca subaguda: insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica.
  - Trastornos metabólicos: obesidad, diabetes... Con complejidad de manejo sociosanitario.
  - Caídas de repetición, trastornos del equilibrio y deambulación: Enfermedad de parkinson que precise rehabilitación de la marcha.
  - Trastornos mentales: valoración y tratamiento de depresiones y demencias incipientes.
  - Educación del cuidador principal en pacientes discapacitados físicos.
  - Ancianos que precisen cuidados de enfermería.
  - Cura de úlceras en pacientes funcionalmente recuperables.
  - Personas mayores que precisen reeducación de las actividades de la vida diaria básicas y instrumentales.
- Descarga y cuidados sociales (no supondrá más de un 5% de los ingresos y la duración máxima de asistencia será de tres meses).

3.1.2. Criterios de exclusión

- El paciente no desea participar del proceso de recuperación funcional
- Paciente menor de 65 años.
- Deterioros funcionales severos crónicos previos. (Indice de Barthel: inferior 40%)
- Paciente con deterioro cognitivo moderado –severo. (GDS mayor de 4)
- Alteraciones psíquicas que cursen con alteración del comportamiento.
- Deterioro agudo grave que requiera ingreso.
- No tolerar el proceso de recuperación funcional intensivo.
- Persona mayor sin apoyo social o familiar.
- Personas con problemas médicos complejos, que precisen de una vigilancia médica especializada y continua en situación de ingreso hospitalario.
- Si no se acepta los periodos pactados por parte de la familia, cuidador principal o el paciente.

Asimismo, y en función de las plazas disponibles en cada uno de los hospitales de día, ESAD es la encargada de la asignación de pacientes a cada uno de ellos: Hospital de la Cruz Roja, Hospital Gral. (Gesma), de San Juan de Dios y otros de Gesma (como H.G.) que pudieran incorporarse.

Una vez tramitada la derivación, el paciente es valorado nuevamente por los profesionales del hospital de día, con el fin de pautar el tratamiento más adecuado en cada caso (si por cualquier motivo, en esta valoración, el paciente no cumpliera criterios de ingreso en hospital de día el caso será remitido a ESAD, junto con los motivos que justifican esta decisión, para su estudio en siguientes comités).

Finalmente, una vez el paciente es dado de alta, el hospital de día informará a ESAD de la misma para que se pueda dar por cerrado el episodio.

Si el paciente fuera susceptible de prolongar el tratamiento (por un plazo nunca superior a los 3 meses), el hospital de día enviará un documento justificativo de dicha necesidad para que sea revisado de nuevo por la Comisión Gestora de Casos.

Por último, si durante la rehabilitación del paciente en el hospital de día geriátrico, éste sufriera la reagudización de algún proceso clínico susceptible de ser tratado en un centro de cuidados medios podrá recibir dicho tratamiento en el propio hospital concertado. Quedan excluidos de este circuito especial, por tanto, los procesos agudos en los que exista riesgo para la vida del paciente como por ejemplo IAM, ictus en fase aguda o neumonía complicada).

3.2 Comisión Gestora de Casos

Para la correcta gestión de casos ESAD formará parte de en comisión mixta con los hospitales de agudos y con los de larga estancia que conciertan su hospital de día, del nivel asistencial orientado al paciente y a su fase de enfermedad en el que se trata cada situación clínica, lo que permitirá individualizar el tratamiento de cada caso, racionalizar los recursos necesarios para el mismo y obtener el mayor éxito terapéutico posible.

Por tanto, en el caso de pacientes susceptibles de ingreso en hospital de día, será el ESAD quien lidere la gestión de las plazas convenidas, junto con un responsable clínico de cada hospital de agudos y a un responsable clínico del hospital de día concertado.

Para alcanzar una buena valoración de ingreso y posterior eficacia del tratamiento realizado al paciente por trabajo en equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajador social, fisioterapeuta y otros), la Comisión que gestiona dichos ingresos debe recoger la valoración integral del anciano previa (diagnóstico clínico, funcional, mental y social) realizada por el EAP o servicio hospitalario de agudos. Se valorará que en una fase posterior también los hospitales de media estancia puedan ofrecer el servicio de hospital de día geriátrico.

3.3. Gestión del transporte programado

La valoración de la necesidad de transporte programado para este tipo de pacientes y su solicitud será responsabilidad del médico que prescribe la necesidad de tratamiento en Hospital de Día Geriátrico (médico de atención primaria o atención especializada).

Dicha solicitud será remitida (junto con el informe de derivación) a ESAD quién será responsable de su tramitación al 061, una vez aprobada la derivación del paciente al Hospital de Día correspondiente.

Por último, en el Hospital de Día el paciente será valorado para pautar el tratamiento más apropiado, y en función de las necesidades de cada paciente, el médico del Hospital de Día será el responsable de tramitar al 061 las nuevas necesidades de transporte sanitario programado del paciente. Igualmente, será el médico responsable en el Hospital de Día el que habrá de notificar al 061 cualquier cambio en la fecha de finalización del transporte sanitario como consecuencia de una evolución del paciente diferente de la esperada.

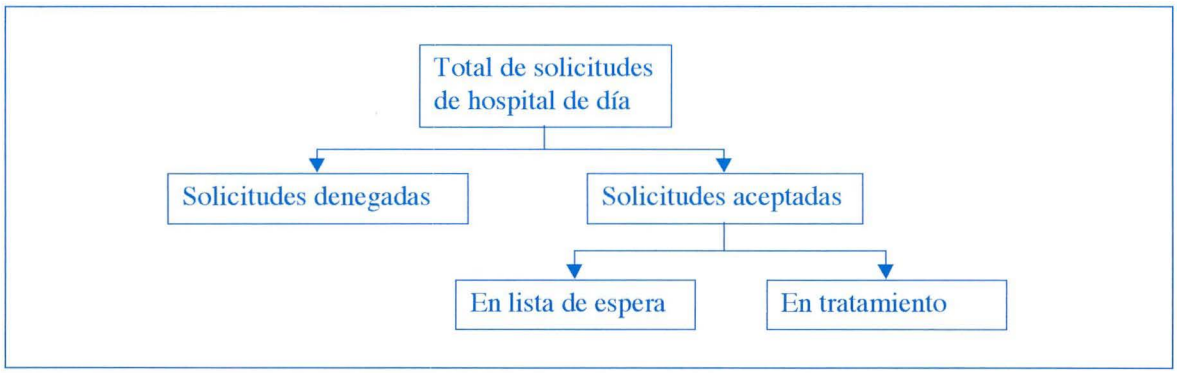
4. Sistemas de información

Un aspecto fundamental a la hora de poner en marcha una nueva prestación es contar con la información necesaria para garantizar su adecuado funcionamiento, así como, para conocer el impacto de su puesta en marcha en conjunto del sistema sanitario, para saber si cumple o no los objetivos para los que fue puesta en marcha.

En este sentido, desde la Subdirección de SSII y con la colaboración de todos los profesionales involucrados en la creación del circuito de derivación de pacientes al Hospital de Día Geriátrico se ha diseñado un registro de información que nos permitirá conocer aspectos tales como:

- Datos del paciente: sexo y edad
- Datos de procedencia del paciente
- Motivo de la solicitud del ingreso en Hospital de Día Geriátrico
- Situación del paciente dentro del circuito de derivación: en espera de tratamiento, aceptado o denegado
- Fecha de solicitud de ingreso, de valoración del paciente y de inicio y fin del tratamiento
- Nº de días (sesiones) de tratamiento
- Centro en el que se realiza el tratamiento
- Necesidad de ambulancia

De esta manera será posible medir con carácter mensual los indicadores relativos al funcionamiento del circuito de derivación (que aparecen recogidos en la gráfica adjunta), cuyos totales se podrán desglosar a su vez en función: del origen del paciente, la edad, el sexo y del motivo que origino la necesidad del tratamiento..



Asimismo, será posible tener información relativa a otros aspectos, como son:

- Uso de ambulancia
- Demoras de la lista de espera
- Tiempo para iniciar el tratamiento desde su solicitud
- Porcentajes de utilización del recurso Hospital de Día Geriátrico.

5. Bibliografía consultada

1. Formación médica acreditada para médicos de atención primaria. Dr. José Sabán Ruiz Médico internista del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y profesor asociado de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, Dr. Carlos Rodríguez Pascual: Sección de Geriatría del Hospital do Mexoeiro de Vigo. Pontevedra.

2. Manual de Geriatria. Salgado,A. Guillen, F. Ed. Salva (1990)

3. Programa de Atención a personas Mayores. INSALUD (1999)

4. Geriatria en Atención Primaria. Ribera Casado, JM. Cruz Jentoft, J (1998)

5. Atención al anciano en el medio sanitario. Ribera, JM Gil Gregorio,P (1998)

6. Grupo del anciano de semFYC. Programa del anciano: Valoración geriátrica; Síndromes geriátricos. Colección Programas básicos de salud. semFYC DOYMA. Madrid 2000.

7. Universidad Autónoma de Madrid, curso 2002-2003. Atención al anciano en Atención Primaria.

8. Revisión del PAPPS 2003: actividades de prevención en el anciano.

9. Forster A; Young J; Langhorne P.; Systematic review of day hospital care for elderly people BMJ 1999; 318 :837-841.

10. Brocklehurst JC.; The development and present status of day hospitals. Ageing. 1979; Suppl: 76-9.

ANEXO 1: Informe de derivació

Data valoració:		
Nom:	**Cognoms:**	
Data naix.	**Edat:**	**Sexe: M - F**
Domicili:		
Població:	**Tfn.:**	
Nº S.S.:	**DNI:**	

Procedència

HUSD F	HSLL	HM	
HG	HJM	HSJD	HCR
Servei / Unitat:		Cuidador principal:	
Centre de Salut:	U.B.S:	Metge de Capçalera:	

Motiu(s) de la demanda d'ingrés:

Valoració geriàtrica integral	☐	Maneig de Sindromes geriàtriques	☐
Rehabilitació	☐	Cures d'infermeria	☐
Educació sanitària al cuidador	☐	Social	☐

Avaluació Clínica

1.Diagnòstic principal .....(data:../../..)

2*(Altres diagnòstics)*.....	5.....
3.....	6.....
4.....	7.....
Hàbits tòxics:.....	Observacions.....

Tractament actual:

Fàrmac	Dosis /dia	Fàrmac	Dosis /dia

Alèrgies: .....

Dades d'exploració destacables:.....

.....

.....

.....

.....

Nº **Caigudes** (darrers 6 mesos)..... .....

Oida: ☐ Normal ☐ Afectada ☐ Audifon

Visió: ☐ Normal ☐ Afectada ☐ Ulleres

Nutrició : ☐Normal ☐ Problem. Alimentació ☐ Probl. Fase oral

☐ Disf. líquids-sòlids ☐ SNG ☐ Gastrostomia/ jejunostomia/ ileostomia

Eliminació: ☐ Ostomia ☐ Sonda vesical ☐ Colector ☐ Bolquers

Dolor: 0. Absència 1 .Lleu 2. Moderat 3. Sever 4. Incapacitant Tractat: SI /NO

Pell: ☐ Deshidratació ☐ Risc úlceres

Presència úlceres: ☐ Pressió ☐ Tumoral ☐ Vascular

Activitats Bàsiques de la **Vida Diària** (ABVD) ***Index de Barthel***

Activitat	Punt.	Basal	Ingres	Actual	Activitat	Punt	Basal	Ingrés	Actual
Alimentació					**Control vesical**				
Independent	**10**				Cap problema	**10**			
Amb ajuda	**5**				Algun accident	**5**			
Depenent	**0**				Incontinent	**0**			
Bany					**Us del WC**				
Independent	**5**				Independent	**10**			
Depenent o supervisat	**0**				Amb ajuda	**5**			
					Totalment depenent	**0**			
Higiene personal					**Trasllat llit-cadira**				
Independent	**5**				Independent	**15**			
Depenent	**0**				Mínima ajuda/supervisat	**10** **5**			
					Gran ajuda per mourerse	**0**			
					No pot seure				
Vestir-se / desvestir.					**Deambulació**				
Independent	**10**				Independent (50 m)	**15**			
Amb ajuda	**5**				Ajuda / Supervisat	**10**			
Depenent	**0**				Cadira rodes (50m.)	**5**			
					Depenent	**0**			
Control anal					**Escales**				
Cap problema	**10**				Independent	**10**			
Algun accident	**5**				Ajuda / Supervisió	**5**			
Incontinent	**0**				Depenent	**0**			

Puntuació total: **/ /**

Avaluació cognitiva. ***SPMQ de Pfeiffer.***

Instruccions puntuació: Error= 1 punt Resposta correcta= 0 punts	**Puntuació**
1. ¿Quina és la data d'avui?	
2. ¿Quin dia de la setmana és avui?	
3. ¿En quin lloc us trobeu?	
4. ¿Quin és el seu número de teléfon (o adreça si no en teniu)?	
5. ¿Quina edat té?	
6. A on ha nascut?	
7. Quin és el nom del president del Govern (Espanyol ò Balear)?	
8. Quin és el nom de l'anterior president del Govern (Esp. ò Balear)?	
9. Quin és el primer cognom de la seva mere?	
10. Resteu 3 de 20 i seguiu de 3 en 3 fins el final?	
Total	

Sindromes Geriàtriques:

☐ Alteració Neurosensorial

☐ Immobilitat ☐ Incontinèn. urinària / fecal ☐ Sdm.Confusió*(delirium)*

☐ Malnutrició ☐ Caigudes/Alt. deambulació ☐ Iatrogènia

☐ *Ulceres pressió* ☐ *Depressió* ☐ *Deterioració cognitiva*

ANEXO 2: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 65 años que precisan recuperación funcional con criterios de reversibilidad.
  - Afectados por enfermedad cerebrovascular en fase de recuperación funcional.
  - Síndrome de inmovilidad.
  - Fracturas óseas en fase postquirúrgica.
  - Amputaciones.
  - Patología cardiaca subaguda: insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica.
  - Trastornos metabólicos: obesidad, diabetes... Con complejidad de manejo sociosanitario.
  - Caídas de repetición, trastornos del equilibrio y deambulación: Enfermedad de parkinson que precise rehabilitación de la marcha.
  - Trastornos mentales: valoración y tratamiento de depresiones y demencias incipientes.
  - Educación del cuidador principal en pacientes discapacitados físicos.
  - Ancianos que precisen cuidados de enfermería.
  - Cura de úlceras en pacientes funcionalmente recuperables.
  - Personas mayores que precisen reeducación de las actividades de la vida diaria básicas y instrumentales.
- Descarga y cuidados sociales (no supondrá más de un 5% de los ingresos y la duración máxima de asistencia será de tres meses).

Criterios de exclusión

- El paciente no desea participar del proceso de recuperación funcional
- Paciente menor de 65 años.
- Deterioros funcionales severos crónicos previos. (Indice de Barthel: inferior 40%)
- Paciente con deterioro cognitivo moderado –severo. (GDS mayor de 4)
- Alteraciones psíquicas que cursen con alteración del comportamiento.
- Deterioro agudo grave que requiera ingreso.
- No tolerar el proceso de recuperación funcional intensivo.
- Persona mayor sin apoyo social o familiar.
- Personas con problemas médicos complejos, que precisen de una vigilancia médica especializada y continua en situación de ingreso hospitalario.
- Si no se acepta los periodos pactados por parte de la familia, cuidador principal o el paciente.

ANEXO 3: Datos de contacto

Con el fin de facilitar el contacto con las instituciones y personas responsables del circuito de derivación de pacientes a los Hospitales de Día Geriátricos a continuación se adjunta una tabla con los datos de contacto más relevantes.

Institución	Personas de contacto	Correo	Teléfono
ESAD	Marta Verdaguer Vidal Yolanda Muñoz Alonso	esad@ibsalut.caib.es	971 212 390
Hospital de la Cruz Roja	Miguel Oliver María Maura Argos		971 751 445
Hospital San Juan de Dios	Nicolás Flaquer Terrasa Isabel López Fernández		971 265 854
Hospital Son Llàtzer	María Rosa López Burgos	rlopez@hsll.es	871 202 000 (ext. 1038/1368)
Hospital Manacor	Marina Payeras Mas	mpayeras@hospitaldemanacor.org	971 847 078
Hospital Son Dureta	María Villalonga Comas	mvillalonga@hsd.es	971 175 438
GESMA H.G.	Pedro Vidal Taberner	pvidal@gesma.caib.es	971 21 20 14
H.J.M.	Matías Poblador	mpoblador@gesma.caib.es	971 21 21 46