

Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat



Grup d'HaD i Geriatria
Comunitària
SCGiG



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARIS





Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

Junta de la SCGiG

President	Marco Inzitari
Vicepresident	Jordi Amblàs Novellas
Secretari	Íngrid Bullich Marín
Tresorer	Josep Martos Gutiérrez
Vocalia assistencial	M ^a Esther Roquer Fanlo
Vocalia de Residències	Montse Blasco Rovira
Vocalia biològica i gestió de TIC	Francesc Riba Porquet
Vocalia clínica	Esther Francia Santamaria
Vocalia de docència	Anna Renom Guiteras
Vocalia social	Daniel López Gómez

Citar aquest document com:

Grup de Treball d'Hospitalització Domiliària i Geriatria Comunitària de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat, gener 2020

Revisors

Dr. Jordi Amblàs i Dr. Marco Inzitari



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

Grup de Treball d'Hospitalització Domiliària i Geriatria Comunitària de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.

Membres del Grup de Treball

- Olga Alonso.** Treballadora Social. Parc Sanitari Pere Virgili.
Cristina Arnal. Geriatra. Parc Sanitari Pere Virgili.
Patricia Diez-Cascón González. Metgessa de família. CAP les Corts
Sara Gámez Vera. Infermera. Badalona Serveis Assistencials
Montserrat Hernandez. Fisioterapeuta. Parc Sanitari Pere Virgili.
Miquel Àngel Mas. Geriatre. Direcció Clínica Territorial de Cronicitat Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut.
Mónica Mesas. Infermera. Parc Sanitari Pere Virgili.
Sonia Pérez. Infermera. Parc Sanitari Pere Virgili.
Ingrid Pineda. Treballadora social. Parc de Salut Mar.
Patricia Romero Candel. Infermera. HU Germans Trias i Pujol.
Nadia Stasi. Geriatra. Programa d'Atenció al Pacient Pluripatològic d'Assistència, Hospital de Barcelona.

Coordinadora

Rosa Ana Sabaté. Geriatra. Parc de Salut Mar.

Secretària

Helena Manjón. Geriatra. HU Germans Trias i Pujol.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

Índex de continguts

1. **Introducció**
2. **Hospitalització domiciliària territorial en el sistema integrat del futur**
3. **Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica (HaD geriàtrica)**
 - 3.1. Justificació
 - 3.2. Base científica
 - 3.3. Població candidata a rebre'n atenció
 - 3.4. Modalitats d'intervenció
 - 3.4.1 Substitució d'ingrés hospitalari
 - 3.4.1.1. Procedència
 - 3.4.1.2. Perfil dels pacients
 - 3.4.2 Escurçament d'ingrés hospitalari
 - 3.4.2.1. Procedència
 - 3.4.2.2. Perfil dels pacients
 - 3.5. Criteris d'ingrés
 - 3.6. Descripció del model
 - 3.6.1. Composició bàsica de l'equip interdisciplinari
 - 3.6.2. Pla de treball
 - 3.6.2.1. A l'ingrés
 - 3.6.2.2. Durant l'ingrés
 - 3.6.2.3. A l'alta
 - 3.6.2.4. Treball interdisciplinari
 - 3.6.2.5. Coordinació amb professionals de diferents àmbits assistencials i alta
4. **Recomanacions d'implementació del model**
5. **Conclusió**
6. **Annex**
7. **Referències**



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

1. INTRODUCCIÓ

El creixent nombre de pacients d'edat avançada, amb fragilitat, múltiples condicions cròniques i en situacions de malaltia avançada (PCC i MACA), porta a que el sistema sanitari hagi de replantejar estratègies per tal d'abordar la situació, oferint una atenció millorada tant pel que fa a la salut (atenció centrada en la persona) com a l'eficiència i la gestió de la complexitat. En el nostre entorn, l'atenció dels pacients complexos suposa fins al 40% de les despeses sanitàries, que són majoritàriament en relació a l'ingrés hospitalari (Amblàs 2013).

És conegut que l'hospitalització convencional comporta un augment de les complicacions en els pacients grans amb fragilitat i complexitat. La immobilitat i deprivació sensorial, en un entorn desfavorable, porten a un augment de la probabilitat de patir davallada funcional, delirium, alteració en el control d'esfínters, alteracions nutricionals, pèrdua de massa muscular, entre altres, més enllà de l'esperable per la pròpia malaltia aguda (Creditor 1993). Aquesta situació comporta un pitjor pronòstic i un augment de l'estada hospitalària, a més d'un risc de no retorn a casa. Les mesures d'entorn, la mobilització precoç i el suport nutricional són algunes de les actuacions que es duen a terme per evitar els factors iatrogènics relacionats amb l'hospitalització, d'aquí la importància del treball interdisciplinari. En aquest sentit, l'atenció en Unitats de Geriatria d'Aguts, com a paradigma de treball interdisciplinari basat en la Valoració Geriàtrica Integral (VGI), millora el pronòstic en pacients amb processos mèdics (Baztán 2009). Aquest tipus d'intervencions també s'han demostrat eficaces en les unitats d'hospitalització intermèdia de la xarxa sociosanitària (Colprim 2013). Així, les intervencions geriàtriques en unitats d'hospitalització específiques han mostrat major probabilitat de seguir viu i a domicili fins a un any després de l'atenció (Ellis 2017).

L'hospitalització a domicili (HaD) apareix fa dècades com a alternativa a l'hospitalització convencional (Conley 2016), demostrant ser una alternativa segura en aquest perfil de pacients tant en la modalitat de facilitació d'alta de les unitats d'hospitalització com d'evitació/substitució d'ingrés hospitalari convencional (Caplan 2012; Shepperd 2016, Gonçalves-Bradley 2017). A Catalunya, i a l'estat Espanyol (Cuxart Mèlich 2012), l'HaD ha nascut i crescut de manera heterogènia, sovint en relació a determinades trajectòries d'atenció hospitalària, com ara les del tractament de patologies infeccioses. En els últims anys s'estan fent avenços en la construcció d'un marc regulador de futur que incentivi a promoure el desenvolupament de l'HaD, de manera homogènia a tot el territori, més enllà de les trajectòries vinculades a les unitats d'hospitalització. S'està impulsant l'activitat de l'hospitalització a domicili territorial, potenciant un marc comú que permeti arribar a un major nombre i perfils de malalts, a partir d'una cartera de serveis que pugui ser útil pel sistema integrat català. La relació Atenció Primària-hospitalització domiciliària ha de ser central per mantenir els pacients complexos a la comunitat quan pateixen crisis de salut, especialment en patologia crònica.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

Des de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia defensem un model d'atenció domiciliària adaptat al malalt d'edat avançada amb fragilitat i complexitat amb crisis de salut agudes i subagudes, on la geriatria hi té un paper clau en la definició d'alternatives a l'ingrés hospitalari convencional. Són fonamentals tant la selecció dels malalts tributaris d'ingrés domiciliari, com l'adequat diagnòstic i maneig d'aquest per mitjà de la VGI. En l'expansió del model d'HaD geriàtrica hi veiem diverses oportunitats, entre les que destaquen aconseguir un bon maneig clínic comunitari dels malalts grans durant les crisis de salut, com a alternativa a l'hospitalització convencional, amb diversos plus de qualitat afegits respecte l'hospitalització a domicili clàssica:

- Donar la continuïtat al diagnòstic situacional fet des d'Atenció Primària pel maneig de les aguditzacions.
- Fer una aproximació integrada sanitària i social, de la complexitat en el moment de crisis de salut i postcrisi.
- Valorar la complexitat des de totes les dimensions de la persona gran.
- Assegurar una continuïtat del pla de cures amb els diferents dispositius comunitaris.
- Oferir una hospitalització polivalent adaptada amb la possibilitat de treballar diferents aspectes de rehabilitació funcional, tant d'una manera preventiva com de tractament.

L'objectiu d'aquest document és donar a conèixer i definir unes bases comunes que permetin estandarditzar la metodologia del model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica, evidenciada en diferents treballs científics en pacients malalts grans amb fragilitat i complexitat. Aquest consens, s'ha establert a partir de la feina d'un grup d'experts de diferents disciplines vinculats a unitats d'HaD catalanes, en línies assistencials que usen el model integral geriàtric.

En el document, s'expliquen les característiques diferencials del model, respecte l'HaD clàssica, definint unes premisses bàsiques de funcionament, a partir de l'evidència internacional disponible sobre el model. Amb la consolidació del model, aquest s'hauria de posar a l'abast de les estratègies de planificació de l'atenció integrada territorial (compartida amb diferents actors del sistema, i en especial amb els equips d'Atenció Primària), per tal d'evitar els ingressos potencialment prevenibles i facilitar el retorn a la comunitat després d'atenció hospitalària dels pacients d'edat més avançada, amb fragilitat i cronicitat complexa.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

2. EL PAPER DE L'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI TERRITORIAL EN EL SISTEMA INTEGRAT DEL FUTUR

L'estructura d'atenció hospitalària geriàtrica establerta en les darreres dècades a partir d'unitats d'hospitalització aguda (en hospitals d'aguts) i intermèdia (hospitals/centres sociosanitaris) és un dels valors del sistema català, clau per a la consolidació del mateix en la provisió d'atenció integrada centrada en les persones amb fragilitat i complexitat. Les unitats geriàtriques d'aguts i les unitats geriàtriques d'atenció intermèdia estan obertes a l'accés des d'Atenció Primària i dels dispositius comunitaris. Amb tot, cal buscar un desenvolupament similar d'unitats geriàtriques a la comunitat que treballin per a la gestió de crisis agudes i subagudes, com a suport del manteniment dels pacients a domicili.

Segons diverses necessitats del sistema, l'hospitalització a domicili del malalt gran, hauria de respondre en diferents sentits (Mas 2015):

- Alternativa a l'hospitalització geriàtrica aguda, per aquells casos aguts seleccionats, en què sigui segura l'atenció a domicili, amb la participació dels pacients i cuidadors.
- Alternativa a l'hospitalització geriàtrica intermèdia, per aquells casos subaguts o aguts amb necessitats de continuïtat d'intervenció geriàtrica amb component rehabilitador de curta durada i bon pronòstic.
- Suport en el maneig de crisis de salut agudes i subagudes seleccionades en l'àmbit residencial.
- Suport en el maneig de crisis de salut agudes i subagudes ateses pels dispositius d'Atenció Primària en l'atenció de persones amb fragilitat i cronicitat complexa.

3. MODEL D'HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA INTEGRAL GERIÀTRICA (HAD GERIÀTRICA)

3.1. JUSTIFICACIÓ

En les últimes dècades l'atenció especialitzada geriàtrica formada per equips interdisciplinaris, utilitzant la VGI en els diferents nivells assistencials (hospitalització aguda, intermèdia o comunitat), han demostrat beneficis consistents en la mortalitat, la davallada funcional i les alteracions cognitives en població gran de risc (Pilotto 2017). La gestió de crisis en el pacient d'edat avançada a domicili per unitats HaD que usen la VGI també s'ha evidenciat amb resultats favorables en els últims anys. Diversos estudis recents demostren que la intervenció interdisciplinària per equips geriàtrics redueix les complicacions, a més a més de millorar el grau de satisfacció per part del cuidadors, i tenir un impacte en els costos pel sistema (Mas 2015).

Així, definim l'HaD geriàtrica com una HaD especialitzada formada per equips interdisciplinaris que es caracteritza per l'ús de la metodologia clínica de la VGI amb un funcionament similar a la de les unitats d'hospitalització geriàtrica (agudes i intermèdies) convencionals.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

3.2. BASE CIENTÍFICA

Disposem d'evidència científica del model d'HaD geriàtrica en les dues modalitats d'hospitalització a domicili: evitació d'ingrés (substitució de l'hospitalització convencional) i facilitador d'alta (escurçament de l'estada en unitat d'hospitalització).

- En la modalitat d'evitació d'ingrés, diversos grups americans i australians han demostrat que l'hospitalització domiciliària portada per geriatres s'associa a una menor incidència de síndromes geriàtriques (com ara confusió, retenció aguda d'orina, restrenyiment i incontinència) (Caplan 1999). També aconsegueixen una milloria funcional en activitats instrumentals de la vida diària, respecte l'hospitalització convencional, sense diferències en els esdeveniments adversos (Caplan 2005, Leff 2009). Un grup italià (Ricauda 2004, Tibaldi 2004, Ricauda 2008, Tibaldi 2009) ha demostrat, que l'HaD és eficaç en el maneig d'altres complicacions durant l'ingrés (com ara trastorns conductuals, úlceres per pressió, alteració en l'estat nutricional o en l'estat d'ànim), amb un impacte positiu en qualitat de vida. Aquest impacte clínic, s'ha vist associat també a disminució dels reingressos hospitalaris per altres causes no relacionades amb l'ingrés previ durant els mesos posteriors de seguiment (Ricauda 2008, Tibaldi 2009). Aquest fet fa pensar en el possible efecte de la valoració i intervenció interdisciplinària geriàtrica durant la gestió de les aguditzacions i complicacions postagudes, pel fet d'intervenir de manera holística, facilitant la continuïtat de cures a domicili pels professionals d'Atenció Primària referents (Mas Bergas 2018). L'estada mitjana dels pacients ingressats als dispositius d'HaD geriàtrica va ser lleugerament més alta que els de l'hospitalització convencional aguda, pel fet d'integrar la intervenció funcional a domicili per fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals, però cap dels pacients atesos a domicili requeriria d'ingrés posterior per rehabilitació funcional a l'alta d'HaD. Prop de 2 de cada 10 malalts ingressats a hospitalització convencional requeririen d'ingrés a unitats d'atenció intermèdia per a rehabilitació després d'alta de la unitat d'hospitalització aguda. Aquest fet, retarda el retorn a domicili dels pacients més vulnerables. Evitar l'ingrés convencional per mitjà de l'HaD geriàtrica podria millorar aquesta situació.

- En la modalitat de facilitació d'alta, en pacients amb processos aguts discapacitants (ictus o fractura de fèmur), la intervenció HaD geriàtrica ha demostrat reducció de les estades, sense augment de complicacions ni reingrés (Closa 2017, Mas 2018, Mas 2019) i reducció dels dies d'hospitalització i disminució de la incidència de delirium (Caplan 2006), entre d'altres.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

Globalment, l'evidència científica ens mostra la potencialitat del model d'HaD geriàtrica, en:

- Reducció de complicacions durant l'ingrés, com ara el delirium o la davallada funcional, entre d'altres síndromes geriàtriques.
- Millora dels resultats de salut posteriorment a l'alta.
- Descens dels costos directes respecte l'hospitalització convencional.
- Reducció dels dies d'estada i reingressos, respecte l'hospitalització convencional.

Sembla que el model integral geriàtric afavoreixi l'aproximació holística a les necessitats durant l'ingrés, pontenciant una atenció individualitzada i adaptada a necessitats complexes, el suport i l'educació terapèutica a pacients, famílies i cuidadors, i facilitant la continuïtat assistencial postcrisi (Mas Bergas 2018).

3.3. POBLACIÓ CANDIDATA A REBRE'N ATENCIÓ

- Pacients d'edat avançada identificats com a fràgils, especialment si presenten síndromes geriàtriques tipus caigudes, davallada funcional o deteriorament cognitiu.
- Pacients d'edat avançada identificats com PCC.
- Pacients d'edat avançada identificats com a MACA.

3.4. MODALITATS D' INTERVENCIÓ

3.4.1. SUBSTITUCIÓ D'INGRÉS HOSPITALARI

Pacients que requereixen atenció hospitalària, i són derivats des d'un dispositiu diferent a la unitat d'hospitalització convencional.

3.4.1.1. PROCEDÈNCIA

- Dispositius de l' hospital: urgències i dispositius ambulatoris.
- Equip d'Atenció Primària i dispositius de la comunitat.

3.4.1.2. PERFILS DE PACIENTS

- Pacients en situació de crisi al domicili (malaltia aguda/subaguda i/o descompensació de malaltia crònica).
- Pacients amb demència i trastorns conductuals aguts/subaguts de maneig complex.

3.4.2. ESCURÇAMENT D'INGRÉS HOSPITALARI

Pacients derivats des de les unitats d'ingrés convencional per finalitzar el tractament de complexitat hospitalària aguda o intermèdia al seu domicili.

3.4.2.1. PROCEDÈNCIA

- Unitats d'hospitalització.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

3.4.2.2. PERFIL DE PACIENTS

- Pacients amb patologia aguda i complexitat hospitalària (infecciosa i no infecciosa).
- Patologia crònica aguditzada.
- Pacient post-quirúrgic.
- Pacients amb processos aguts discapacitats, tant mèdics com quirúrgics.

3.5. CRITERIS D' INGRÉS

- Criteris d'ingrés hospitalari.
- Absència de criteris de monitorització intensiva.
- Domicili dins de la l'àrea d'influència (territori).
- Existència d'un cuidador principal capaç, adequat a les necessitats del pacient.
- Domicili amb telèfon o mòbil.
- Acceptació del recurs per part de pacient i família/cuidador.
- Condicions òptimes d'higiene i seguretat al domicili.

3.6. DESCRIPCIÓ DEL MODEL

Diversos treballs publicats en els darrers anys a nivell internacional han evidenciat una adaptació del model d'HaD geriàtrica al sistema de salut català (Mas 2016, Mas 2018). En aquests s'ha utilitzat una metodologia de treball molt similar a la de les unitats d'hospitalització geriàtrica aguda i intermèdia, a partir un equip interdisciplinari que té com eina de treball la VGI i la coordinació entre els diferents àmbits assistencials, amb els objectius d'evitar la fragmentació en l'atenció del pacient gran fràgil i complex, millorar la qualitat i l'eficiència del sistema sanitari en la resposta a les seves crisis.

3.6.1. COMPOSICIÓ BÀSICA DE L'EQUIP INTERDISCIPLINARI

- Geriatre/a: Metge/ssa de la unitat. Té expertesa en pacient gran fràgil, crònic complex i amb malaltia avançada amb risc de davallada funcional i discapacitat amb l'objectiu de tractar i atendre de manera interdisciplinària i holística les patologies actives i les síndromes geriàtriques.
- Infermeria geriàtrica: L'infermer/a és el professional sanitari que té per objectiu tenir cura de les persones ateses. L'actuació i funcionament d'infermeria geriàtrica depèn de les competències de la seva professió infermera. Tenen com a objectiu: a. Avaluar i planificar els plans d'atenció individualitzats mitjançant un mètode sistemàtic i organitzat, executant tècniques i procediments d'infermeria; b. Desenvolupar accions a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica, reforçant els nivells de prevenció; c. Donar una atenció integral i coordinada mitjançant el treball interdisciplinari; d. Donar una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

de la pràctica.; e. Incorporar a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió i fer present el compromís professional amb la societat a través de la participació i la implicació; f. Assessorar, guiar i empoderar als pacients i familiars en l'hospitalització a domicili.

- Fisioterapeuta: La Fisioteràpia és una professió sanitària, tal com recull la LOPS (Llei 44/2003 d'Ordenació de les Professions Sanitàries). Els fisioterapeutes avaluen, plantegen i duen a terme programes de rehabilitació (tractament) per millorar i recuperar les funcions motores, maximitzar el moviment, alleujar les síndromes doloroses i tractar i prevenir les alteracions físiques associades a malalties, lesions i altres discapacitats. Apliquen un ampli ventall de tècniques, com el moviment i els mitjans físics. També desenvolupen i implementen programes de prevenció i detecció de malalties i trastorns físics comuns. La Fisioteràpia implica la interacció entre el fisioterapeuta, els pacients, altres professionals de la salut, famílies, cuidadors i comunitats.

- Terapeuta ocupacional. És la professió sanitària regulada a la L.O.P.S. (Llei d'Ordenació de les professions sanitàries), que mitjançant la valoració de les capacitats i problemes físics, psíquics, sensorials i socials de l'individu, pretén, amb un adequat tractament, capacitar-lo per assolir el major grau d'independència possible en la seva vida diària, contribuint a la recuperació de la seva malaltia i/o facilitant l'adaptació a la seva discapacitat.

- Treballador/a social. El treballador social sanitari és el professional de l'equip interdisciplinari que coneix les mancances i necessitats socials que incideixen en el procés salut-malaltia, identifica les xarxes familiars i socials, i promou la utilització dels recursos disponibles, a través d'accions d'investigació, planificació i programació, educació social, promoció, prevenció, assessoria social i gestió de recursos socials i/o sanitaris, orientades a la recuperació de la salut i a la participació d'individus, grups i comunitats, en les institucions sanitàries.

Vetllarà per a que es faci una valoració sociofamiliar de tots els pacients ingressats a l'HaD (excepte els que es troben institucionalitzats) amb l'objectiu d'identificar, de manera precoç, els pacients amb necessitats d'intervenció social per vinculació al territori, servei d'ajuda a domicili, teleassistència, dependència.

Tot i que aquests són els professionals que més freqüentment componen un equip d'HaD geriàtrica en els diferents esquemes internacionals revisats, segons els perfils de pacients i intervencions, es podrien incorporar altres disciplines a l'equip interdisciplinari.

3.6.2. PLA DE TREBALL

L'annex mostra com es realitza el treball de les diferents disciplines durant l'hospitalització a domicili, dividit en tres parts: al moment d'ingrés, durant l'ingrés, i a l'alta. Les unitats d'HaD que vulguin aplicar el model integral geriàtric hauran de garantir una sèrie d'activitats distribuïdes en aquestes tres etapes.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

3.6.2.1. A L'INGRÉS

- S'identificarà el risc individual i les potencials complicacions associades al grau de fragilitat i complexitat de cada persona.
- Es recopilarà la informació de la història clínica i es revisarà el tractament farmacològic.
- Es realitzarà la valoració integral del pacient i del seu entorn cuidador, tenint en compte la situació basal i en el moment de l'ingrés, per a la elaboració d'un pla de cures multidimensional a partir del diagnòstic situacional actualitzat.
- S'avaluarà sistemàticament la capacitat funcional i cognitiva, i també la capacitat de cures de l'entorn cuidador, a més de la necessitat de tractament rehabilitador derivats de la possible pèrdua d'autonomia associada al procés agut desencadenant.
- S'establiran objectius terapèutics realistes amb el pacient i la família, consensuats amb els equips de referència del pacient.

3.6.2.2. DURANT L'INGRÉS

- Durant l'atenció per hospitalització domiciliària es revisaran els problemes detectats i s'aniran adequant els objectius i el pla de cures segons l'evolució.
- Es realitzaran reunions interdisciplinàries per consensuar el pla terapèutic.
- S'executaran les tècniques d'infermeria i es fomentaran les estratègies d'acompanyament del malalt i de la família, amb enfoc bio-psico-social.
- S'ajudarà al cuidador per a evitar la sobrecàrrega realitzant un seguiment de la situació social del pacient.
- Es treballarà la reeducació de la marxa i la potenciació de la màxima funcionalitat.
- Es promourà l'empoderament del malat per a assolir els objectius establerts.

3.6.2.3. A L'ALTA

- Es confirmarà l'estabilitat clínica dels malalts i s'elaborarà l'informe d'alta i de continuïtat assistencial.
- Es reforçaran les intervencions portades a terme durant l'ingrés i es resoldran dubtes.
- Es valoraran les capacitats funcionals, cognitives i el nivell d'autonomia assolit per tal de donar continuïtat als tractaments realitzats des d'Atenció Primària.
- Es farà coordinació sistemàtica del pla d'atenció amb els serveis de salut bàsics i serveis socials per al seguiment posterior.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

3.6.2.4. TREBALL INTERDISCIPLINARI

- Els problemes durant l'ingrés s'han de posar en comú en reunió interdisciplinària conjunta (metges-infermers-terapeutes-treballadors socials).
- La reunió interdisciplinària inicial s'ha de dur a terme en els primers dies de l'ingrés.
- La periodicitat de les reunions haurà de ser la que es consideri segons la situació del pacient: cada 24-48h en cas de pacient agut i setmanal en cas de pacient postagut, per tal de realitzar i monitoritzar un pla terapèutic únic, amb els objectius d'intervenció per a cada un dels problemes detectats.
- Cal un registre específic que inclogui els problemes, objectius i intervencions per a cada un dels casos.
- A l'alta han de quedar reflectits el pla de treball realitzat, amb els objectius assolits, l'evolució dels problemes i les necessitats o recursos a l'alta, en un informe interdisciplinari que s'ha de fer arribar als Equips d'Atenció Primària de referència, per assegurar el continuïtat assistencial sanitari en transicions efectives post alta de la unitat.

3.6.2.5. COORDINACIÓ AMB PROFESSIONALS DE DIFERENTS ÀMBITS ASSISTENCIALS I ALTA

Els diferents professionals de l'equip buscaran la màxima comunicació i coordinació amb els professionals de l'equip d'atenció primària referent. Anteriorment a l'alta, es realitzarà i enviarà el full de continuïtat assistencial ("tipus Pre-alt"), mínim amb 48h d'antelació. També podrà considerar-se activar els recursos de continuïtat habitual (hospital de dia, rehabilitació domiciliària, PADES, etc.) que procedeixen en cada cas.

Passes a seguir per garantir la continuïtat assistencial:

1. Establir una data d'alta, consensuada en la reunió interdisciplinària i amb el pacient i cuidador principal.
2. Coordinació amb els diferents professionals de l'Equip d'Atenció Primària.
3. Informar de la necessitat de continuïtat assistencial 24-48h abans de l'alta.
4. El dia de l'alta s'entregarà l'informe d'alta actualitzat per tots els membres de l'equip, la recepta electrònica actualitzada i, en cas que fos necessari o no s'hagi entregat abans, les prescripcions ortopèdiques o d'altres productes necessaris.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

4. RECOMANACIONS D'IMPLEMENTACIÓ DEL MODEL

En els malalts d'edat avançada amb risc de complicacions (per fragilitat o complexitat -PCC/MACA-), s'hauria de garantir l'activació ràpida des dels dispositius d'Atenció Primària i de la comunitat, a domicili particular i a residència, de dispositius d'HaD geriàtrica adaptats com a alternativa a l'atenció hospitalària convencional, sempre que sigui possible. A més, si el malalt ha sigut atès en l'àmbit de l'hospital, la facilitació d'alta a domicili hauria de tenir en compte l'activació d'HaD geriàtrica sempre que sigui possible.

En aquests pacients el paper de l'HaD geriàtrica s'hauria de centrar en donar resposta a crisis de la comunitat, bé per accés directe des del domicili, o després d'una estada, el més curta possible, a l'hospital.

L'atenció a crisis de salut de les persones grans amb fragilitat i complexitat, hauria d'utilitzar la mateixa metodologia desenvolupada i validada en les unitats geriàtriques d'hospitalització aguda i intermèdia:

- Treball interdisciplinari per un equip de professionals sanitaris i socials especialitzats en geriatria.
- Ús de la VGI.
- Consens d'intervencions complexes, monitorades regularment per l'equip en reunions interdisciplinàries.

El risc de complicacions dels pacients d'edat avançada amb fragilitat i complexitat, requereix que quan s'activa l'HaD, el dispositiu que es responsabilitzi de l'atenció pugui garantir la provisió del model integral d'HaD geriàtrica.

Proposem quatre vies, complementàries, per a l'expansió del model:

- La incorporació de professionals especialistes en geriatria en les unitats HaD existents.
- La formació en geriatria dels professionals de les diferents disciplines de les unitats HaD existents.
- L'obertura de noves unitats d'HaD geriàtrica des de serveis de geriatria.
- La col·laboració entre professionals d'atenció primària i equips interdisciplinaris especialitzats en geriatria per assegurar la continuïtat assistencial de malalts grans vulnerables, sempre que es garanteixin recursos específics d'HaD.

5. CONCLUSIÓ

Aquest document pretén mostrar la utilitat d'un model integral d'HaD portat per equips interdisciplinaris geriàtrics, en la gestió de crisis de pacients d'edats avançada amb fragilitat i complexitat. A la vegada planteja que aquests recursos d'HaD geriàtrica, amb professionals de múltiples disciplines amb formació especialitzada en geriatria, haurien d'estar disponibles en els serveis d'HaD territorials, per poder ampliar la resposta al nombre creixent de pacients



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat

d'edat avançada, amb alt risc de complicacions. L'accés directe a HaD geriàtrica des dels dispositius d'Atenció Primària i de la comunitat, o la facilitació d'alta de les unitats d'hospitalització, és clau pel manteniment dels pacients grans vulnerables a la comunitat i la minimització de riscos.

Segons l'evidència disponible revisada pel nostre grup d'experts, veiem com els esquemes d'HaD proveïts per equips interdisciplinaris geriàtrics, amb l'ús de la VGI, s'adapten al malalt gran de risc, en definir intervencions complexes que abarquen holísticament les necessitats dels pacients i del seu entorn cuidador, tant des de la perspectiva sanitària com social, amb l'objectiu d'afavorir la reinserció a la vida comunitària postcrisi, amb autonomia i qualitat de vida.

La consolidació d'aquest model d'HaD adaptat a les persones grans vulnerables, hauria de permetre ajudar en la planificació de les estratègies d'atenció integrada territorial a persones grans identificats com a fràgils, PCC i MACA.



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat



Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica
per a l'atenció de persones d'edat avançada
amb fragilitat i complexitat

6.ANEX. Treball multidisciplinari d'un equip estàndard d'HaD geriàtrica, dividit per disciplines, en les tres fases de la intervenció complexa

Metge/ssa geriatre/a	Infermeria geriàtrica	Treballador/a social		Fisioterapeuta	Terapeuta ocupacional
<ul style="list-style-type: none"> Recopilació història clínica. Exploració física. Pla diagnòstic i terapèutic. Revisió medicació crònica. Ús d'escalles de Valoració Geriàtrica Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> Presa de constants (ECG si cal). Avaluació i planificació dels plans d'atenció individualitzats (nutrició, disfàgia, continència i hàbit intestinal, ànim, integritat cutània, son). Establir diagnòstics d'infermeria i estratègies de prevenció. Educació sanitària. Assessorar i guiar els pacients i familiars en la rutina de l'hospitalització a domicili. Ús d'escalles de Valoració Geriàtrica Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> Valoració sociofamiliar. Valoració capacitats del cuidador principal. Potenciar, orientar i gestionar recursos propis. Coordinar, orientar i gestionar de recursos de la comunitat. Ús d'escalles de Valoració Geriàtrica Integral. 	Al moment d'ingrés	<ul style="list-style-type: none"> Valoració específica de fisioteràpia segons patologia. Valorar i assessorar mobilitat funcional i transferències. Assessorar sobre productes de suport en la deambulació. Reeducació de la marxa. Educació sanitària pacient i família en deambulació i prevenció de caigudes. Establir objectius de tractament acordats amb pacient i família. Ús d'escalles de Valoració Geriàtrica Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> Valoració específica de teràpia ocupacional. Valoració de l'entorn i assessorament de personal sanitari i adaptacions al domicili. Entrenament i assessorament de la realització de les activitats de vida diària a pacient i família. Educació sanitària en prevenció de caigudes. Establir objectius de tractament acordats amb pacient i família. Ús d'escalles de Valoració Geriàtrica Integral.
<ul style="list-style-type: none"> Diagnòstic, pronòstic i prevenció. Revisió de medicació. Revisar mesures de prevenció secundària. Planificació de l'alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Executar tècniques i procediments d'infermeria (ECG, analítiques, fàrmacs iv, INR, etc). Seguiment i reforç dels plans d'atenció individualitzada. Educar sobre medicació. Ajudar a prevenir la sobrecàrrega del cuidador. Reforçar estils de vida saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguiment de la situació social del pacient. Realitzar un primer diagnòstic social de la situació del pacient i proposta d'intervenció. Informar del pla de treball amb el pacient-família en cas d'intervenció. Plantejament d'estratègies d'acompanyament al pacient i/o família des d'una perspectiva bio-psico-social, si cal. Coordinació amb l'equip i la xarxa per a la valoració i activació de recursos socials durant l'ingrés i a l'alta. 	Durant l'ingrés	<ul style="list-style-type: none"> Aprenentatge d'exercicis actius i autoassistits específics. Realització de teràpia manual i aplicació d'agents físics en funció de les necessitats. Treball d'equilibri estàtic i dinàmic i reeducació de la marxa per interiors. Valorar la viabilitat de la deambulació per exteriors amb el producte de suport necessari. Empoderament del pacient incentivant el seguiment del pla de fisioteràpia a casa per assolir els objectius establerts. Valoració de la possibilitat de introducció de TIC's en el tractament. Treball conjunt de fisioteràpia i teràpia ocupacional en l'entrenament d'activitats comunitàries. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrenament de les transferències, activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. Promoure l'aprenentatge de les activitats funcionals recomanades. Valorar i entrenar els productes de suport necessaris a les activitats de la vida diària. Valorar necessitat de l'ús de fèrulers i confecció/assessorament d'aquestes. Valorar material de suport en relació a l'assessorament de productes de suport i adaptacions. Empoderament a pacient i família per tal de promoure l'adquisició de l'autonomia al domicili Valoració de la possibilitat de introducció de tecnologies d'informació i comunicació en el tractament.
<ul style="list-style-type: none"> Realitzar informe d'alta d'hospitalització Actualització de la recepta electrònica Coordinar-se amb els professionals referents de salut. Sol·licitar continuïtat de rehabilitació comunitària en cas que sigui necessari. 	<ul style="list-style-type: none"> Completar informe de continuïtat assistencial per enviar a EAP abans de l'alta. Informe d'alta d'infermeria. Coordinar-se amb els professionals referents de salut. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar les intervencions portades a terme durant l'ingrés i orientar en els dubtes que sorgeixin al pacient i/o família. Coordinar-se amb els serveis socials bàsics i professionals referents de salut. Realitzar informe social, si s'escau, on es reculli la intervenció realitzada i les Escalles de Gijón i Escala ECISACH-BCN PSMAR. 	A l'alta	<ul style="list-style-type: none"> Valorar i fer recomanacions finals sobre deambulació, escales i exteriors. Orientar sobre continuïtat de recurs de fisioteràpia adient en cas de necessitat. 	<ul style="list-style-type: none"> Fer valoració específica de teràpia ocupacional a l'alta (segons capacitats funcionals i cognitives i nivell d'autonomia) Donar recomanacions finals per tal de donar continuïtat al tractament realitzat.



7. REFERÈNCIES

Amblàs Novellas J, Panicot JE, Pueyo CB, Brunet NM, Lucchetti d'Aniello GE, et al. Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(6):290-296.

Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b50.

Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, et al. A meta-analysis of «hospital in the home». *Med J Aust* 2012;197:512-9.

Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, Coconis J, Board N, Brown A. Hospital in the home: A randomised controlled trial. *Med J Aust* 1999;170:156-60.

Caplan GA, Coconis J, Woods J. Effect of hospital in the home treatment on physical and cognitive function: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2005; 60 (8):1035-8.

Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing* 2006; 35:53-60.

Closa C, Mas MÀ, Santaèugènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital at home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative to Usual Hospital-Based Care. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(9):780-4.

Colprim D, Martin R, Parer M, Prieto J, Espinosa L, et al. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(4):300-302.

Conley J, O'Brien CW, Leff BA, Bolen S, Zulman D. Alternative Strategies to Inpatient Hospitalization for Acute Medical Conditions: A Systematic Review. *JAMA Intern Med* 2016;176(11):1693-1702.

Creditor, MD. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-223.

Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc)* 2012;138(8):355-60.

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD006211.

Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD000356.

Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med* 2005;143(11):798-808.



Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Greenough WB 3rd, et al. Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:273-8.

Mas MÀ, Santaèugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;50(1):26-34.

Mas Bergas, Miquel Àngel. Hospital-at-home complex intervention tailored to older patients with disabling acute processes: evaluation of clinical factors for effectiveness on early discharge and admission avoidance strategies. Tesi. Doctorat. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Medicina. 2018.

Mas MÀ, Closa C, Santaèugènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care programme for older patients with orthopaedic conditions: Early community reintegration maximising physical function. *Maturitas* 2016;88:65-9.

Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaèugènia SJ, Miralles R. Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care. *Age Ageing* 2017;46:925-931.

Mas MÀ, Santaèugènia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gámez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(10):860-863.

Mas MÀ, Closa C, Gámez S, Inzitari M, Ribera A, Santaèugènia SJ, et al. Home as a Place for Care of the Oldest Stroke Patients: A Pilot from the Catalan Stroke Program. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(9):1979-1981.

Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(2):192.e1-192.e11

Ricauda NA, Bo M, Molaschi M, Massaia M, Salerno K, Amati D, et al. Home hospitalisation service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: A randomised trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:278-83. 29

Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafiotti C, Marinello R, Zanocchi M, et al. Substitutive «hospital at home» versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:493-500.

Tibaldi V, Aimonino N, Ponzetto M, Stasi MF, Amati D, Raspo S, et al. A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: Behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004:431-6.

Tibaldi V, Isaia G, Scarafiotti C, Gariglio F, Zanocchi M, Bo M, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: A prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169:1569-75.

Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD007491.

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



Sr. Enric Clarella

l'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 · 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 · Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

<http://scgig.cat/>

Documents publicats



2020

Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de
persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat