



**PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.  
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ, 2010.**

**Autoras:**

Enfermera, Constanza Lizama Sepúlveda.  
Enfermera, Silvana Santander Azar.

**Santiago, 23 de abril 2010.  
Actualizado, 6 mayo 2010.**

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.  
UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS.  
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.



## **Introducción.**

El Complejo Hospitalario San José, como único hospital base del área norte de Santiago, posee una población asignada de 737.130 personas, de las cuáles 475.507 corresponden a beneficiarios de FONASA. (*Cuenta pública, Complejo Hospitalario San José, 2008*).

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*).

El número de usuarios que a diario se hospitalizan, a través de la unidad de emergencia, bordea los 28. Lo que genera sobre demanda de camas hospitalarias y motiva un replanteamiento del modelo de Hospitalización, que incluya, la de tipo domiciliaria, anteriormente desarrollado en la institución.

El modelo de Hospitalización Domiciliaria, no sólo es un beneficio desde el punto de vista de optimización del recurso cama médico quirúrgica, sino que también lo es desde la perspectiva del usuario enfermo y su entorno, principalmente por tener el constante apoyo profesional y técnico, en su propio hogar.

El siguiente documento presenta el nuevo programa de hospitalización domiciliaria de Complejo Hospitalario San José en su primera etapa de implementación, la que comenzó el jueves 23 de abril del año 2010.



## **Marco Conceptual.**

### **Desarrollo de la hospitalización domiciliaria en Complejo Hospitalario San José, años 1998 -2010.**

Los primeros intentos de los servicios de salud públicos, por establecer la hospitalización domiciliaria, comenzó 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 otras instituciones publicas algunos 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.

Una de las primeras experiencias de hospitalización domiciliaria, fue la llevada a cabo por la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San José. Esta unidad realizó las visitas domiciliarias de sus usuarios beneficiarios desde el año 1998 y hasta el año 2003, cuando comenzó a trabajar coordinadamente con los equipos de postrados de los consultorios del área norte de Santiago, los que asumieron una atención en domicilio basada en las indicaciones médicas y de enfermería de la Unidad de alivio del dolor y con insumos clínicos y farmacológicos proporcionados por esta misma. Esta modalidad se lleva a cabo hasta la fecha y ha sido exitosa y sustentable en el tiempo, debido a que se realiza capacitación anual a los equipo de postrados de los consultorios del SSMN y se mantiene un fluido contacto entre ambos equipos.

Con este sistema coordinado entre la atención secundaria de CDT Eloisa Díaz y la atención primaria, se logra dar atención a la población adulta mayor en condiciones de postración, que para el año 2009 se estimó que correspondía a 3060 personas. De no mantener este sistema de atención, se impactaría aún más la demanda por atención de la unidad de emergencia y por lo tanto de camas, de tipo médico quirúrgicas.

Otra experiencia en hospitalización domiciliaria, en el Complejo Hospitalario San José, se llevó a cabo entre los años 2001 y 2007 y se basó en la entrega de atención de enfermería en el hogar, a pacientes egresados del hospital que tuviesen domicilio en el área urbana del Servicio de Salud metropolitano Norte (SSMN), un familiar o cuidador responsable y padecieran de una patología quirúrgica que permitiese un alta precoz. (*Salvo, San Miguel, Concha, 2001*).

Pese a que, durante su primer año de desarrollo esta experiencia tuvo una muy buena respuesta de la comunidad, su permanencia no fue sustentable en el tiempo, por razones que se desconocen.

### **Definición de la Hospitalización domiciliaria.**

Europa ha sido pionera en la hospitalización domiciliaria y plantea varias definiciones, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

*“La Hospitalización a Domicilio es una alternativa asistencial del área de la salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”.Francia.*

*“La hospitalización en domicilio es aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente”. (Marañón, Madrid).*

El complejo Hospitalario San José, tomando como base las experiencias extranjeras, nacionales y locales para el desarrollo de la hospitalización domiciliaria, la define como:

*“Un modelo asistencial que asegura al usuario una atención de similares características a la prestada, en salas médico quirúrgicas de hospitalizados. Este modelo considera un conjunto de actividades asistenciales y de cuidados que se otorga a personas enfermas, en su propio domicilio, adaptando la infraestructura doméstica, para la entrega de prestaciones, por parte del equipo de salud, dentro de las que se encuentran, evaluación médica y de enfermería, realización de procedimientos de enfermería, administración de medicamentos, control de signos vitales, entres otras.”*

La hospitalización domiciliaria es una comprobada y eficiente herramienta terapéutica, que permite asistir en su hogar, a la mayoría de las personas que cursan enfermedades agudas, sub agudas en fase de recuperación, o paliativas, complementando la hospitalización.

Para su desarrollo, requiere de un equipo de salud interdisciplinario, con competencias determinadas, que les permita la atención de enfermos de cuidados de baja, mediana o alta complejidad. Este equipo debe enfocarse a aquellos problemas de salud, que no pueden ser resueltos por el equipo de

atención primaria y que requieren una presencia constante y de mayor frecuencia del equipo de salud tratante. Sus intervenciones siempre deben ser transitorias y limitadas en el tiempo. Al término de esta intervención debe ser capaz de enlazar al usuario a la atención primaria o secundaria, según corresponda.

**Se ha considerado como primera posibilidad la implementación de cuidados domiciliarios y no la hospitalización domiciliaria, lo que incluye tratamientos y procedimientos que actualmente obligan a la hospitalización tradicional, que pueden realizarse con visitas una o más veces al día otorgadas por profesionales y técnicos, así como también la hospitalización domiciliaria en hogares de adultos mayores que cuenten con la infraestructura y equipo de salud.**

### **Ventajas y desventajas de la hospitalización domiciliaria.**

La hospitalización domiciliaria, presenta muchas ventajas, dentro de las cuales se pueden destacar las siguientes:

- Mantiene o reincorpora precozmente al enfermo en su entorno habitual, su hogar y al lado de su familia.
- Disminuye o evita los efectos nocivos de la hospitalización prolongada.
- Disminuye o evita la posibilidad de hacer infecciones intra hospitalarias.
- Disminuye o evita el trauma psicológico de la hospitalización.
- Altera de forma mínima la dinámica del grupo familiar.
- Facilita la participación activa de la familia en la recuperación del enfermo a través de capacitación.
- Disminuye los costos de hospitalización.
- Optimiza el uso de las camas hospitalarias.
- Disminuye las rehospitalizaciones.

Las desventajas de la hospitalización domiciliaria que se reportan, sólo tienen relación con la ausencia de descripción formal de esta, así como la falta de registro de las distintas experiencias nacionales en hospitalización domiciliaria, a nivel de sistema público de salud.

La ausencia de descripción formal de un programa de hospitalización domiciliaria, toma especial relevancia para el Complejo Hospitalario San José, que apostará a un sistema de atención de salud innovador, que se enfocará en la atención de ciertas patologías agudas en el propio hogar del paciente.



## **PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, PRIMERA ETAPA.**

### **1. Propósito:**

Contribuir a mejorar la calidad de atención del Complejo Hospitalario San José, a través de un nuevo modelo de atención, que permitirá el tratamiento y recuperación de una patología aguda en el propio domicilio.

### **2. Objetivos:**

- Disminuir los tiempos de espera de cama para los usuarios que requieren hospitalización institucionalizada.
- Disminuir los costos que implican la recuperación institucionalizada de una patología aguda.
- Fortalecer nexos con la atención primaria, para seguimiento de usuarios recuperados de una patología aguda.

### 3. Recursos Humanos:

- **Atención directa:**

Equipo Humano	Horas semanales	total horas semanales	Número	Valor	Costo Mensual	Horas coordinación Semana	horas colación semanal	horas VD semanal	rendimiento / hora	Nº atenciones semanales	Nº atenciones mensuales	valor atención
EU G ° 7	22	22	1	734.899	734.899	22	0					
EU G °14	44	44	1	792.402	792.402	5	5	31	2	31		
EU G °14	44	44	2	792.402	1.584.804	7	7	70	2	70		
TP G °23	44	168	4	265.806	1.063.224	14	14	140	1	140		<b>1.899</b>
KINE G °15°	44	44	1	765.747	765.747	5	5	34	1	34	136	<b>5.630</b>
MEDICO	22	22	1	559.024	559.024	0	0	22	2	44	176	<b>3.176</b>
SECRETARIA	44	44	1									
<b>TOTAL</b>												

- **Para la coordinación se requiere:**

1. Médicos especialistas con horas asignadas al programa (Internista, Broncopulmonar, Urólogo, Neurólogo, Cirujano y Palitivista.)
2. Enfermera Coordinadora.
3. Secretaria.

### 4. Recursos Físicos:

**Oficina** implementada, con escritorios, computadores, impresoras, citófonos.

Se usará para el trabajo administrativo y para la entrevista con los familiares o cuidadores del paciente.

**Registros** específicos del programa (\*\*). Se detallan más adelante.

#### **Insumos clínicos.** (\*\*)

(\*\*) Programación de insumos cargados a centro de costo de programa de hospitalización domiciliaria. Con sistema de pedido semanal, debido a que este se debe ajustar al número de usuarios en atención.



### **Medicamentos e Insumos:**

No son susceptibles de programación, son dependientes del número de usuarios en el programa, de la situación basal y de la indicación médica del paciente.

### **Oxígeno:**

Será parte de los recursos que se requieran para la recuperación de los pacientes, en el caso de dependencia previa de Oxígeno o de requerimiento de Oxígeno para el manejo de una patología respiratoria aguda.

Su solicitud se coordinará con unidad broncopulmonar y bajo el protocolo de Oxígeno domiciliario.



## **5. Descripción del Programa de Hospitalización domiciliaria, Primera etapa.**

### **Perfil de los usuarios beneficiarios:**

La atención de salud en domicilio, es posible de llevar a cabo, con toda persona adulta, que habite una vivienda con condiciones estructurales básicas para su recuperación. Así como también con una familiar o cuidador responsable, que acepte participar, junto con el usuario y el equipo de salud en las actividades que favorezcan la recuperación de la salud. En el caso de usuarios autosuficientes, según riesgo dependencia, es el mismo usuario el que consentir, ser hospitalizado en su domicilio.

En esta primera etapa o marcha blanca del programa de hospitalización domiciliaria, el Complejo Hospitalario ha hecho una proyección del perfil de usuario que se incorpore, el que debe contar con los requisitos anteriormente descritos, y el diagnóstico de una patología aguda, con o sin patología de base. En el caso de presentar el usuario, una patología de base, esta debe encontrarse en tratamiento y estabilizada. También los usuarios que se consideran se hayan definido como no recuperables y de manejo conservado.

En la primera etapa de este programa se ofrecerá este nuevo servicio a usuarios de las comunas correspondientes a Independencia, Conchalí y Recoleta.

Dentro de las patologías que se seleccionarán para la marcha blanca, del programa se encuentran:

- 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

La incorporación, de otras patologías, así como de usuarios de otras comunas, que no son las mencionadas, no está excluida, si las condiciones lo permiten.

### **Requisitos del usuario beneficiario:**

1. Aceptación voluntaria del paciente y la familia o cuidador responsable con consentimiento informado (anexo 2).
2. Apoyo familiar, con un cuidador responsable.
3. Condiciones mínimas de vivienda cuando se requiera.

### **Ejecución de la Hospitalización domiciliaria:**

#### **Procedimiento de ingreso de pacientes a Programa de Hospitalización Domiciliaria.**

Se hará por Enfermera/o, ya sea por recepción de interconsulta, por aviso telefónico de médicos y enfermeras o por visita diaria en las unidades hospitalarias, según perfil de riesgo dependencia, asociado a la edad y patología. Es decir, si un usuario figura hospitalizado, siendo adulto mayor y contando como cuadro de base con un diagnóstico de postración, será candidato a entrar a este programa, si tiene red de apoyo y familiares en domicilio.

El ingreso al programa será con la metodología de una consulta integral, con una duración de una hora.

#### **La Enfermera/o:**

- Hará el ingreso con la metodología de una consulta integral, con duración aproximada de 1 hora.
- Visitará la unidad del paciente.
- Evaluará el estado general, conversará con él y con su familiar o cuidador y revisará su historia clínica, para identificar el diagnóstico actual y tratamiento a seguir.
- Realizará entrevista al paciente (si su estado de conciencia lo permite) y del familiar o cuidador responsable, para indicar las características del programa.

- Leerá en voz alta el consentimiento informado y explicará cada una de sus partes al paciente y a su familiar o cuidador, siempre que sea posible la hospitalización en domicilio.
- Se pondrá en contacto con médico tratante de paciente, quien llenará interconsulta a hospitalización domiciliaria, registrará en historia clínica y en receta autocopiativa, el tratamiento a seguir en domicilio.

En la etapa de marcha blanca y por aún no contar con médico del programa, se trabajará con médico de turno de urgencia, de alivio del dolor y cuidados paliativos y especialistas tratantes: urólogo, broncopulmonar, microbiólogo e internista, se propone **modalidad, especialista de llamada.**

Luego, de lo anterior la enfermera del programa:

- Realizará el registro de ingreso a programa de hospitalización domiciliaria y educación de los cuidados en domicilio, al paciente (si su estado de salud lo permite) y a familiar o cuidador responsable.
- Programará y registrará:
  - Número de visitas por profesional.
  - Horario aproximado de las visitas.
  - Fecha probable de alta de acuerdo a paquetización.

La educación de cuidados en domicilio debe considerar:

- Reposo indicado y prevención de riesgos, según se establece en protocolos de prevención de caídas y de prevención de úlceras por presión, de Complejo Hospitalario San José.
- Régimen indicado.
- Cuidados de los accesos, ya sean venosos o subcutáneos.
- Horarios de administración de medicamentos por vía oral. En este programa, si el usuario requiere administración de medicamentos por vía endovenosa, será la enfermera/o o Técnico Paramédico quien lo haga.
- Si requiere administración subcutánea se capacitará al familiar o cuidador responsable.

### Técnico Paramédico del equipo:

- Controlará signos vitales del paciente antes del traslado.
- Retirá de farmacia, medicamentos, sueros u otros que el usuario debe llevar a su domicilio y preparará paquete de insumos clínicos, que el usuario requerirá para su hospitalización en domicilio. Todo quedará registrado en hoja de cargo de insumos del programa.
- El paciente y su acompañante si es necesario se trasladará a Sala de Alta hasta la llegada de la ambulancia.

### Secretaria del programa:

- Preparará ficha de usuario hospitalizado, lo que considera:
  - ficha de ingreso al programa,
  - hoja de indicaciones médicas institucional,
  - hoja de programación de actividades de enfermería,
  - hoja de evolución para registro de atenciones médicas, de enfermería o técnico paramédico.
- Copiará cada uno de los registros de la historia clínica, que usuario tendrá en su domicilio.
- Cambiará la condición, en sistema informático hospitalario según corresponda.
- Coordinará ambulancia para su traslado.
- Digitalará la hoja de cargo de insumos y todos los datos del usuario en planilla del programa.
- Coordinará interconsultas o rescatará informes de laboratorio, imagenología, entre otros, que hayan quedado pendientes al momento del traslado.

## **Visitas en Domicilio:**

### Visita Enfermería.

Esta será en frecuencia descrita para cada patología y según necesidad, será similar a la realizada en usuarios hospitalizados con patología aguda o con cuidados paliativos.

Se registrará en historia clínica:

- Valoración de Enfermería.
- Plan de Enfermería.
- Evaluación de intervenciones, principalmente enfocadas a la recuperación de la salud.
- La educación a usuario y familiar o cuidador
- Prevención en salud.

Para las visitas de control y tratamiento se considera una hora, incluyendo el tiempo de traslados.

### Visita Técnico Paramédico.

Está enfocada a los siguientes procedimientos:

- Control de signos vitales.
- Administración de medicamentos programados.
- Realización de actividades registradas por la enfermera en plan.
- Registro de lo realizado.
- Refuerzo de educación.
- Llamado por consulta a enfermera/o.

Se considera una hora, para el control y tratamiento, lo que incluye el tiempo de traslados.

### Visita Médica.

Esta será en frecuencia descrita para cada patología, será similar a la realizada en usuarios hospitalizados con patología aguda y cuidados paliativos.

Se registrará en historia clínica:

- Indicaciones médicas en hoja autocopiativa, para control de fármacos.
- Evaluación médica.
- Plan terapéutico.
- Ingreso, alta, derivaciones, interconsultas.
- Considera un tiempo de una hora, incluyendo traslados.

### Alta médica y de enfermería.

1. Se entregarán indicaciones en forma verbal y escritas:

- Medicamentos
- Régimen
- Reposo y ejercicio
- Control (nivel en que continuará, lugar, fecha, hora y nombre profesional)

2. Epicrisis médica y de enfermería

3. Informe para Atención de enfermería en salud.

4. Cuestionario de satisfacción usuaria.



## **Anexo N° 1:**

En el contexto de los derechos del usuario a estar en conocimiento de su situación de salud y a la confidencialidad de su diagnóstico, el paciente, será trasladado a su domicilio, con una historia clínica, que sólo contará con los registros que a continuación se detallan.

Se considera, que el ingreso al programa, posee toda la información relevante que el usuario requiere en el caso que sea visitado por cualquier miembro del equipo de Hospitalización Domiciliaria, o en caso de requerir traslado a alguna Institución de Salud.

### **Historia clínica:**

- **Ingreso al programa.**
- **Indicaciones médicas** (hoja autocopiativa, para copia de receta de farmacia).
- **Hoja de evolución clínica.**
- **Exámenes de laboratorio.**
- **Informes de exámenes de imágenes.**
- **Hoja de cargo de insumos.**
- **Hoja de Epicrisis médica y de enfermería en duplicado.**
- **Hoja de registro de administración y control de tratamiento.**

Una vez que el usuario es dado de alta de Hospitalización Domiciliaria, se le entregará una epicrisis médica y de enfermería de ésta (copia) y los registros anteriores, exceptuando los exámenes, se adjuntarán a Historia clínica de Complejo Hospitalario, para luego ser llenado el registro DEIS para unidad de estadística y devuelta a Unidad de Archivo.



## Anexo N° 2:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

Unidad: \_\_\_\_\_

#### I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_

Rut : \_\_\_\_\_

#### II. INFORMACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de \_\_\_\_\_ (parentesco) del paciente \_\_\_\_\_ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que el doctor \_\_\_\_\_ me ha explicado que la conclusión del análisis de antecedentes, datos de historia clínica, examen físico, historia clínica y pruebas diagnósticas debo (debe) ser hospitalizado(a). Me ha manifestado que tal determinación está fundamentada en un diagnóstico inicial de: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que entregue influirá en la orientación del diagnóstico, seguimiento y éxito del tratamiento. También comprendo que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes y procedimientos que pueden resultar incómodos y dolorosos, los cuales acepto en la medida en que sean necesarios para la recuperación. No obstante en aquéllos que representen un riesgo mayor y en el caso de intervenciones quirúrgicas otorgaré mi consentimiento sólo cuando me sea entregada la información necesaria para tomar una decisión.

#### **El médico me ha explicado e informado:**

1. Las posibles consecuencias en caso de negarme a realizar los exámenes diagnósticos, los procedimientos y tratamientos propuestos, solicitándome asumir la responsabilidad de ellas, y que ello no significa que pierda los derechos para una atención posterior.
2. Que el tratamiento no garantiza la mejoría de la enfermedad.
3. Que en esta institución en que voy (va) a ser atendido(a) participa personal en formación que coopera en la atención bajo la responsabilidad y supervisión directa y presencial del profesional guía o docente.





4. Que esta institución realiza investigaciones científicas con uso de historias clínicas, las cuales sólo pueden ser tomadas para estudio si el presente consentimiento ha sido firmado y si el comité de ética en investigación del hospital aprueba la investigación propuesta y que en tal caso tanto la institución como el investigador garantizan la confidencialidad del contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente.
5. **Que en caso de ser necesario podría ser trasladado a otra institución** con la que exista convenio para completar estudio y/o tratamiento, para lo cual me solicitarán la autorización escrita y que ello será informado en forma inmediata a mi familiar o cuidador responsable.
6. **Que en caso de ser posible la hospitalización será en mi propio domicilio.**

Doy constancia que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual, estudio y tratamiento de la enfermedad, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente.

**III. AUTORIZACIÓN** (Como resultado de la información recibida).

1. ACEPTO \_\_\_\_\_ NO ACEPTO \_\_\_\_\_

La hospitalización, las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos que conlleva la hospitalización.

Y (si o no) \_\_\_\_\_ autorizo que los datos de la historia clínica sean utilizados en investigaciones de carácter científico en las condiciones en que me fueron explicadas.

\_\_\_\_\_  
Paciente, Familiar, Cuidador o Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma y Nombre del Médico

**Uso de huella dactilar:** Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un familiar, cuidador o testigo o, quien en constancia firma junto a mi huella.

\_\_\_\_\_  
Paciente, Familiar, Cuidador o Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma y Nombre del Médico



**Anexo N° 3:**

**A U T O R I Z A C I O N   D E   T R A S L A D O**

YO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

EN PLENA CAPACIDAD DE MIS FACULTADES MENTALES Y CONSIDERANDO MI ACTUAL ESTADO DE SALUD.

AUTORIZO MI TRASLADO A: \_\_\_\_\_

PARA CONTINUAR MI TRATAMIENTO MEDICO EN DICHA INSTITUCION.

POR LO TANTO ESTOY DE ACUERDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER TRASLADADO.

\_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA MEDICO

**NOTA:** SOLO LLENAR EN CASO DE QUE EL USUARIO NO TENGA LAS FACULTADES MENTALES Y/O FISICAS PARA AUTORIZAR SU TRASLADO.

YO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

AUTORIZO EL TRASLADO DE MI FAMILIAR A: \_\_\_\_\_

PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO MEDICO EN DICHA INSTITUCION.

POR LO TANTO, ESTOY DE ACUERDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SEA TRASLADADO.

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA MEDICO



#### **Anexo N°4:**

##### **Modalidades de atención en domicilio:**

Usuario hospitalizado con patología:

- Autovalente (puede realizarse también como diurna por horas)
- Semivalente
- Postrado
- Paliativo.

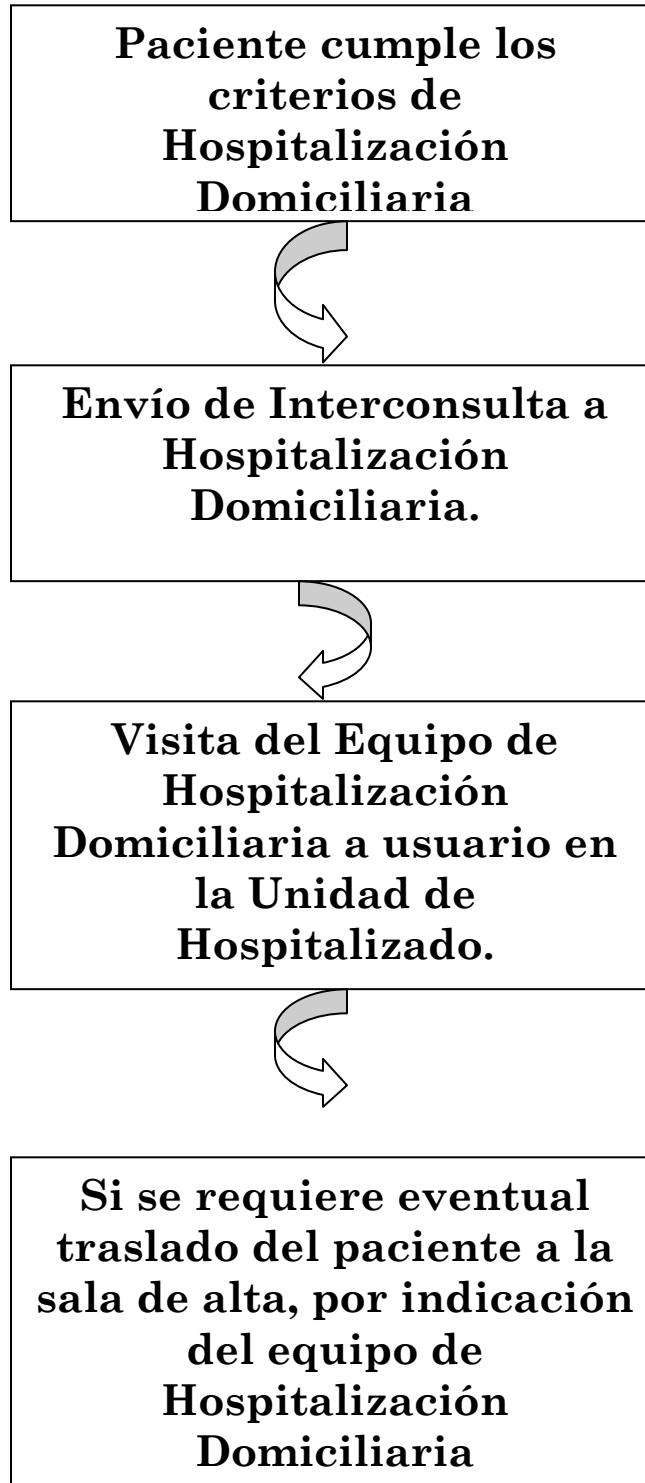
#### **Anexo N°5:**

**Canasta de atención por patología en documento anexo.**



PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.  
UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS.  
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.

## Flujograma de Derivación a HD





## **I Etapa:**

El 23 de abril del año en curso, se dio inicio al período de marcha blanca del ***Programa de Hospitalización Domiciliaria***, del Complejo Hospitalario San José.

Su propósito es contribuir a mejorar la calidad de atención de los usuarios, de este centro asistencial, a través de un nuevo modelo de atención, que permita el tratamiento y recuperación de una patología aguda, en el propio domicilio.

Durante el período de marcha blanca, los **criterios de inclusión** de usuarios al programa, son los siguientes:

- **Residir en las comunas de:** Independencia, Conchalí y Recoleta.
- **Documento de Consentimiento informado firmado**, de aceptación voluntaria de este sistema de hospitalización, por el paciente, si su condición lo permite o de familiar o tutor responsable.
- **Red de apoyo**, ya sea familiar o institución social.
- **Diagnóstico médico de:**
  - Pielonefritis aguda e Infección urinaria multiresistente, médico referente Dr. Mauricio Olea, y Dr.
  - Neumonía adquirida en la comunidad, referente Dra. Roldán,
  - Erisipela o celulitis, médico referente Dr. Rocabado y jefe turno urgencia.
  - Cuidados Paliativos, médico referente Dra. Francisca Pino
- **Con requerimientos de:**
  - Tratamiento antibiótico ev (endovenoso) o c/24 horas
  - Tratamiento analgésico sc (subcutáneo)
  - Hidratación subcutánea
  - Requerimiento de oxígeno por naricera o mascarilla de bajo flujo hasta 3 ltx'

La incorporación, de otras patologías, así como de usuarios de otras comunas, que no son las mencionadas, no está excluida, si las condiciones lo permiten.

Se adjunta ***flujograma de derivación*** de usuarios a este programa y documento de **consentimiento informado institucional**. (La instalación de la oficina de Hospitalización Domiciliaria aun no ha sido definida, temporalmente contactarse con la Unidad de Gestión del Cuidado al 280474)

## **Referencias bibliográficas:**

1. López Perona, Francisco, Enfermero. Lic. En Antropología Social y Cultural. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia “Enfermería Global”, Revista electrónica semestral de enfermería. ISSN 1695-6141 / N° 3 Noviembre 2003. Adm.-



Gestión-Calidad. Qué es una Unidad de Hospitalización Domiciliaria y la introducción a su gestión.

2. ORB, Angélica y SANTIAGOS, Alicia. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. *Cienc. enferm.* [online]. jun. 2005, vol.11, no.1 [citado 04 Abril 2008], p.9-15. Disponible en la World.http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-95532005000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
3. Cancernet – Universidad de Chile. “Planificación del cuidado de transición (PDQ@) <http://bitmed.med.uchile.cl/Summary.html/CDR256656.html>. - Última revisión septiembre 2007
4. Profesor Marcos Gómez Sancho, Pascual López Antonio, López Imedio Eulalia, Arranz Carrillo de Albornoz Pilar “Avances en Cuidados Paliativos” Edita Gabinete de Asesoramiento y formación sociosanitaria, S. L. año 2003