



ISSN-L: 2530-5115



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.86>

Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesiología en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río

Description and economic impact of patients with respiratory diseases admitted in Home Hospitalization Unit with kinesiology indication in Dr. Sótero del Río Hospital

Francisco Freire Figueroa¹, Viviana Marín Navarro¹

1. Complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile.

Correspondencia/Correspondence

Francisco Freire Figueroa
f.freire.figueroa@gmail.com

Conflicto de Intereses/Competing interest

El autor y la autora del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

Recibido/Received

16.09.2019

Aceptado/Accepted

27.09.2019

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Freire Figueroa F, Marín Navarro V. Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesiología en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río. *Hosp Domic.* 2019;3(4):243-54

RESUMEN

Introducción: Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) nacen con el principal objetivo de descongestionar las salas hospitalarias, brindando a los usuarios un ambiente más humano y favorable para su recuperación y contribuyendo en el ahorro de la estancia hospitalaria.

Objetivo: Describir el quehacer del Kinesiólogo en el tratamiento de los pacientes con patologías respiratorias en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de usuarios ingresados a UHD con indicación de kinesiólogía respiratoria o que hayan requerido de esta prestación durante los meses de enero a diciembre de 2018. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel y el programa Minitab 17.0.

Resultados: De un total de 4.650 usuarios ingresados, el 21,3% contaba con indicación médica de kinesiólogía respiratoria, de los cuales el 73,4% eran adultos y el 26,6% pediátricos. Se realizaron un total de 8.744 visitas con un promedio para adultos de $10,9 \pm 13,03$ y para pediátricos de $5,6 \pm 3,3$. El promedio de estadía fue de $13,9 \pm 20,06$ días. Las intervenciones kinésicas específicas realizadas fueron oxigenoterapia (71,9%), nebulización (61%), aspiración de secreciones (30%), manejo de ventilación mecánica no invasiva (6%) y manejo de traqueostomía (3%). Respecto al impacto económico, se calculó un ahorro sólo en este grupo de usuarios de un 69,1% del total de la unidad.

Conclusión: La hospitalización domiciliaria ha demostrado ser una herramienta útil y económicamente eficiente a la hora de optimizar los recursos en salud. Se deja en manifiesto que el profesional de kinesiólogía contribuye esencialmente en las UHD, donde la mayoría de los ingresos son a causa de patologías respiratorias.

Palabras clave: Enfermedades Respiratorias; Kinesiólogía Aplicada; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provistos por Hospital; Fisioterapeutas.

ABSTRACT

Introduction: Home Hospitalization Units (UHD) were created with the main purpose of decongest hospital wards, providing patients with a more human and favorable environment for their recovery and also contributing to hospital stay savings.

Objective: To describe the work of Kinesiologist in the treatment of patients with respiratory diseases in

Methods and Material: A retrospective descriptive study of patients admitted in UHD with indication of respiratory kinesiology or that have required it between the months of January to December 2018. For the statistical analysis, Microsoft Excel and the Minitab 17.0 program were used.

Results: Of a total of 4,650 inpatients, only 21.3% had the medical indication of respiratory kinesiology (73.4% were adults and 26.6% pediatric). A total of 8,744 visits were made with an average for adults of 10.9 ± 13.03 and for pediatric of 5.6 ± 3.3 . The average stay was 13.9 ± 20.06 days. The specific kinesthetic interventions performed were oxygen therapy (71.9%), nebulization (61%), secretion aspiration (30%), non-invasive mechanical ventilation management (6%) and tracheostomy management (3%). Regarding the economic impact, saving was calculated in 69.1% only in this group of patients out of the total in the unit.

Conclusion: Home hospitalization has proven to be a useful tool and economically efficient when optimizing health resources. It is clear that kinesiology professional contributes essentially to UHD, where most of the income is due to respiratory pathologies.

Keywords: Respiratory Tract Diseases; Kinesiology, Applied; Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Physical Therapists.

INTRODUCCIÓN

Hospitalización Domiciliaria

Las primeras prestaciones hospitalarias a domicilio surgen en el año 1947 en el Hospital del Bronx Nueva York, Estados Unidos, con el concepto de "Home Health Care" como una extensión de los servicios otorgados en el hospital hacia la casa del paciente, con el principal objetivo de descongestionar las salas del hospital y brindar a los usuarios un ambiente más humano y favorable para su recuperación. En Europa, la primera experiencia fue en el año 1951 en el Hospital Tenon de París. En Canadá surgió en el año 1987 como experiencia piloto en 3 hospitales públicos. Llegando al punto en que, en 1996 la oficina europea de la organización mundial de la salud (OMS) inicia el programa "From Hospital to Home Health Care", dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención (1,2,3,4). Esta modalidad de atención ha sido replicada en varios países, incluido en Latinoamérica como Colombia, Argentina y Chile.

Existen múltiples definiciones de la hospitalización domiciliaria. La OMS, la define como: «La provisión de los servicios de salud por parte de cuidadores formales e informales en el hogar con el fin de promover, restablecer o mantener al máximo nivel el confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías de promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación y cuidados crónicos paliativos» (2,3,4). Otra buena definición de hospitalización domiciliaria sería «trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesaria para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación del paciente y su familia en el proceso terapéutico» (2). La Hospitalización domiciliaria, tiene la capacidad de dispensar atenciones y cuidados de rango hospitalario en el domicilio (2,5,6). Nace con el objetivo de ser una «modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde el usuario recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital» (3,7). A pesar de que no existe un modelo en común de hospitalización a domicilio. Diversos autores han publicado experiencias positivas tanto en estudios controlados, como en no controlados (8) en los países en los cuales ha sido implementado.

Es muy importante, además, diferenciar la hospitalización domiciliaria de la atención domiciliaria. La primera es una modalidad de atención que depende del hospital con atención similar en recursos y complejidad para procesos agudos, estables, acotados en el tiempo. A diferencia de la atención domiciliaria que depende de la atención primaria y entrega cuidados a largo plazo, habitualmente en usuarios crónicos (3,6).

Beneficios de la hospitalización Domiciliaria

La mayoría de los estudios muestran que la hospitalización domiciliaria es factible, efectiva y una eficiente herramienta terapéutica (8) con múltiples beneficios. Para el hospital, representa un ahorro en las estancias hospitalarias (2, 5), un alivio de la saturación asistencial, una optimización del recuso cama (3) y una disminución en el número de infecciones asociadas a la atención de salud (1,2,5). Para el paciente, representa la entrega de un trato personalizado, ya que la atención se adapta a la realidad de cada persona, fomenta el autocuidado y empodera a los cuidadores en temas relacionados a la salud (1,3), principalmente en aquellos portadores de enfermedades crónicas (9,10). Además, existe un grupo etario que se ve más beneficiado con la hospitalización domiciliaria, los adultos mayores. En ellos, se puede observar un menor número de episodios de delirium, menores cuadros depresivos, menor deterioro nutricional, un mayor bienestar psicológico e incluso

un descanso más reconfortante (2). Evitando o disminuyendo el impacto de la hospitalización en su capacidad funcional y nivel de independencia, ya que muchas veces, existen adultos mayores que previo a la hospitalización eran autovalentes y se convierten en personas dependientes al alta, llegando incluso a la dependencia severa o postración, lo cual finalmente aumenta el gasto que debe realizar el sistema de salud por aquel paciente.

Hospitalización Domiciliaria en Chile

En Chile, el uso de camas hospitalarias corresponde a un número significativo de recursos destinados a la salud pública (3) como consecuencia de esto se elaboran propuestas de bajo costo como lo es el hospital de día y la hospitalización domiciliaria los cuales permiten una optimización de recursos en pacientes de menor complejidad. A través de los años han existido diversos intentos de establecer hospitalizaciones domiciliarias, las cuales aparecen y desaparecen de forma intermitente según los recursos disponible en el momento. Finalmente, este modelo se implementa formalmente a través del Ministerio de Salud (MINSAL) en diez hospitales públicos desde el año 2011 (3). En nuestro caso, el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, ha desarrollado la Unidad de Hospitalización domiciliaria (UHD), desde el año 2007 con la presencia del kinesiólogo desde sus inicios (4), abarcando a la población beneficiaria del sistema público de salud, pertenecientes a las comunas de Puente alto (568,106 habitantes) y Pirque (26,521 habitantes) (11) con continuidad hasta el día de hoy.

Enfermedades respiratorias en Chile

En nuestro país, las enfermedades del sistema respiratorio constituyen la tercera causa de muerte y la segunda causa de egreso hospitalario en mayores de 65 años. Estas, alcanzan su máximo durante los meses de invierno (12). Dentro de las enfermedades respiratorias, una de las más prevalente corresponde a la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), la cual tiene una baja mortalidad en pacientes ambulatorios (menor a 1,5%). Sin embargo, en aquellos usuarios que requieren hospitalización, la mortalidad llega a ser entre un 10-25%, lo que representa un problema de salud pública y un alto costo económico (13). Otra enfermedad prevalente es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en la cual estudios han mostrado que se puede tratar a personas que tienen EPOC a través de programas de hospitalización domiciliaria, durante los procesos de agudización, con el consiguiente ahorro de la estancia hospitalaria (8). El EPOC es una de las enfermedades más frecuentemente tratadas en las hospitalizaciones domiciliarias (3).

Kinesiología en la Unidad de Hospitalización domiciliaria (UHD)

La kinesiología dentro de la UHD del Hospital Sótero del Río abarca muchas áreas, sin embargo, en esta oportunidad nos enfocaremos en aquellas aplicables en pacientes con enfermedades respiratorias. El equipo de kinesiología está compuesto por nueve kinesiólogos. De los cuales, uno actúa como coordinador, gestionando la frecuencia de las visitas según los requerimientos del paciente, la gestión y coordinación con otros programas dentro del hospital o programas a nivel nacional como lo son el de ventilación mecánica no invasiva (AVNI) y el de oxígeno domiciliario (POD), entre otras cosas.

Dentro de las intervenciones kinésicas respiratorias, está la utilización y titulación de oxigenoterapia, manejo de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), manejo de pacientes con traqueostomía

(TQT), técnicas kinésicas, permeabilización y ventilación de la vía aérea y programas de rehabilitación enfocados a patologías respiratorias, las cuales son aplicables en el domicilio (2).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con datos recolectados de las fichas clínicas de todos los usuarios ingresados a la UHD con indicación médica de Kinesiólogía y con diagnóstico de enfermedad respiratoria o que haya requerido oxigenoterapia, desde enero hasta diciembre del año 2018. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel y el programa Minitab 17.0. SPSS.

Este trabajo fue realizado siguiendo los requerimientos para estudios indicados por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) La revisión de datos clínicos se realizó guardando la confidencialidad de éstos.

RESULTADOS

Caracterización de los usuarios

Para el ingreso de los usuarios a la UHD debieron cumplirse criterios tanto clínicos como sociales. En lo clínico, no debió presentar alteraciones hemodinámicas que requieran monitorización continua (4) y sin indicadores de alguna complicación de gravedad dentro de su proceso médico o quirúrgico (3). Desde lo social, debió comprender y aceptar los términos y condiciones de la unidad, haber contado con un tutor/cuidador mayor de 18 años responsable que fuera apoyo a la UHD, haber pertenecido al sistema público de salud, haber tenido domicilio dentro de las comunas que abarcan el Hospital Sótero del Río, y haber contado con las condiciones de vivienda mínima para que se pudiera entregar una atención de salud de forma segura (4, 10).

De un total de 4.650 usuarios ingresados a la UHD el año 2018, el 21,3% (N=983) contaba con indicación médica de kinesiólogía respiratoria. De los cuales el 73,4% eran adultos (N=722) y el 26,6% correspondían a usuarios pediátricos (N=262). Se liberaron 81.084 días-cama de los cuales el 15,4% (12.524 días) correspondió a usuarios con patologías respiratorias con indicación médica de Kinesiólogía. Eso es muy importante a considerar, sobre todo en los meses más críticos del año, los meses de invierno, donde hubo un aumento considerable en el ingreso de usuarios con diagnósticos de patologías respiratorias.

El promedio de la edad fue $74.8 \pm 15,6$ años. Un 52,1% (N=513) perteneció al género femenino y 47,8% (N=470) al género masculino. El promedio de estadía fue de $13.9 \pm 20,06$ días (adultos $16,7 \pm 20,16$ y pediátricos de $6,5 \pm 20,02$). En relación a la localización geográfica de residencia el 84,9% (N=881) pertenecían a la comuna de Puente Alto; el 4,6% (N=46) a Pirque y el 2,6% (N=26) pertenecían, excepcionalmente a otras comunas (La Florida, La Pintana y La Granja). En cuanto a previsión de salud, el 99,1% (N=975) de los usuarios pertenecieron a Fonasa siendo la categoría más predominante la letra B (66,3%). En cuanto al nivel educacional formal, se midió solo en usuarios adultos en el cual un 53% contaban solo con nivel básico, 29% nivel medio, 9% nivel superior y un 9% no cuenta con educación formal. Es importante considerar que la mayoría los usuarios con patologías respiratorias atendidos por kinesiólogía fueron categorizados como complejo agudos (54,1%), seguido de intermedio agudo (43,2%) y por último básico agudo (2,6%) mediante criterios médicos enfocados en si el usuario requiere una o más visitas en el día, visita de uno o más

profesionales a la vez, oxigenoterapia, elementos invasivos, comorbilidades etc. Solo el 8,2% de los usuarios (N=81) tuvo complicaciones respiratorias, y solo el 3% (N=29) requirió el traslado a urgencias.

Los diagnósticos médicos de los usuarios se clasificaron según la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Estos, se pueden ver de forma detallada en la figura 1 para los adultos y en la figura 2 para usuarios pediátricos. Es importante señalar que el 73,3% de los usuarios adultos ingresaron con patologías clasificadas como J15, J44 y J99 las cuales correspondían a Neumonía bacteriana, EPOC y afecciones del sistema circulatorio con complicaciones respiratorias, y el 90% de los ingresos pediátricos, ingreso con patologías clasificadas como J21, J20, J46, J22 y J12, las cuales correspondieron a Neumonía Viral, SBO, Crisis Asmática, Bronquiolitis y Bronquitis Aguda.

Figura 1. Distribución de patologías más prevalentes en adultos de la UHD

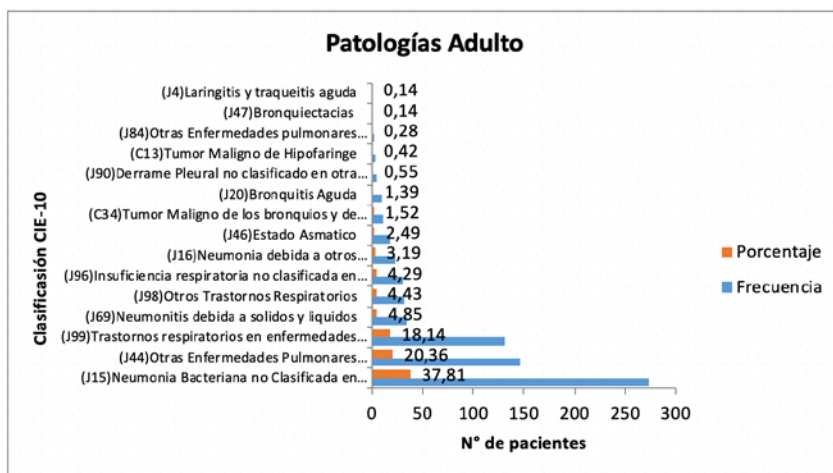
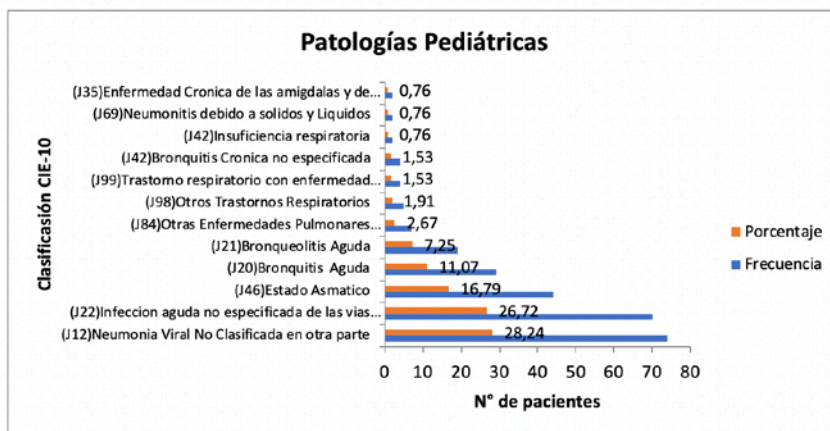


Figura 2. Distribución de patologías más prevalentes en pediatría de la UHD



Del total de usuarios que se atendieron, el 8,2% (N=81) tuvo alguna complicación en domicilio, de aquellos solo el 35% (N=29) fue por complicaciones respiratorias no tratables en domicilio y que requirió derivación al servicio de urgencias. Fallecieron 87 pacientes de los cuales el 79,3% (N=69) correspondieron a fallecimientos esperados (Limitación del esfuerzo terapéutico).

La distribución de ingresos durante el año se pueden observar en la figura 3 en usuarios adultos y figura 4 para usuarios pediátricos. La distribución que se observó es acorde con la realidad del país donde durante los meses de invierno se produce un incremento en el número de usuarios con alguna enfermedad de tipo respiratoria, sin embargo, esto es aún más marcado en los usuarios pediátricos, probablemente debido a que es más esperable encontrar adultos con enfermedades respiratorias crónicas que sufren exacerbaciones o descompensaciones durante todo el año.

Figura 3. Distribución del número de ingresos en usuarios adultos con enfermedad respiratoria

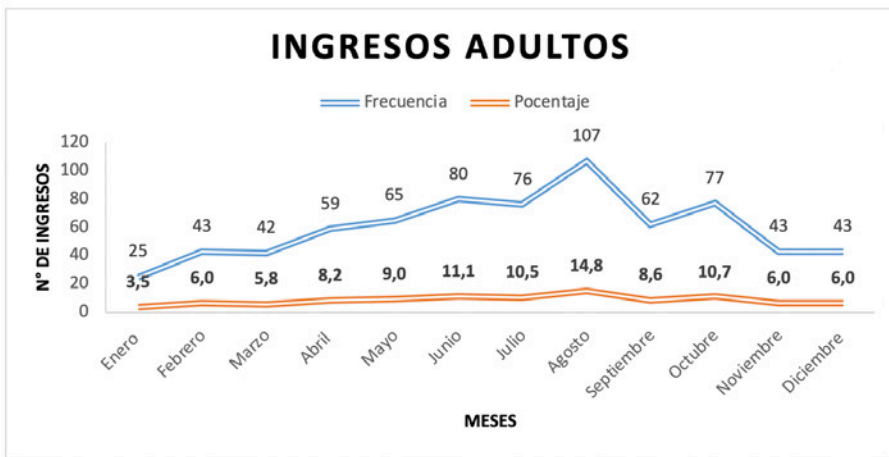
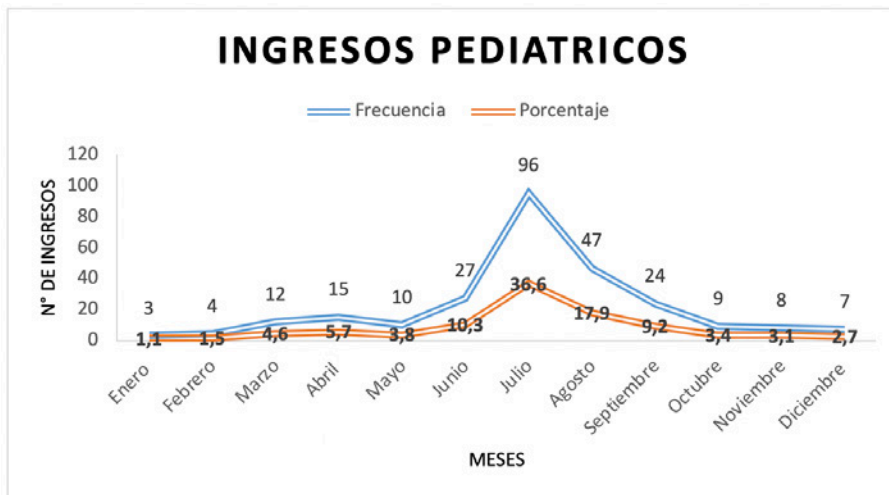


Figura 4. Distribución del número de ingresos en usuarios pediátricos con enfermedad respiratoria



Intervención del equipo de kinesiología respiratoria

Las prestaciones de kinesiología en usuarios con patologías respiratorias consistió en diversas intervenciones como son el manejo de VMNI (6% del total de usuarios); oxigenoterapia, donde 707 usuarios ingresaron con esta indicación (78,2% adultos y 17,6% pediátricos), siendo el promedio de días de utilización de $12,9 \pm 20,7$ días para adultos y $3,4 \pm 3,2$ días para usuarios pediátricos. El 4% del total de los usuarios necesitó la gestión para ingresar a un programa de Oxígeno domiciliario (POD). Un 25% de los usuarios requirió de toma de muestra de secreciones bronquiales (cultivo de secreciones y baciloscopias) contribuyendo así al diagnóstico y manejo médico, manejo de traqueostomía (3%), considerando educación a familias, cambio de cánula y decanulación; aspiración de secreciones (30%); nebulización (61%) que considero broncodilatadores (Beta adrenérgicos y anticolinérgicos), soluciones hipertónica y en menor medida administración de antibióticos y adrenalina, además el 100% requirió al menos una técnica kinésica respiratoria según los requerimientos de cada usuario.

Se realizó un total de 8.744 visitas con un promedio para usuarios adultos de $10,9 \pm 13,03$ visitas y para usuarios pediátricos de $5,6 \pm 3,3$ visitas. En adultos, las visitas se realizaron según los requerimientos de cada usuario, a diferencia de pediatría donde las visitas se realizaron de forma diaria, en ambos grupos etarios según criterios clínicos los usuarios podían ser visitados más de una vez al día. Durante el tiempo en UHD, quien visito más al usuario con patología respiratoria es el kinesiólogo, tomando decisiones y realizando seguimiento a la evolución clínica de forma periódica. Siempre realizando un trabajo en conjunto con médicos y otros profesionales de la unidad.

Servicios derivantes, Costos asociados y Ahorro hospitalario

La distribución de ingresos según el servicio que deriva a los usuarios se muestra en la figura 5 para adultos y figura 6 para pediátricos. En ambos grupos etarios se puede observar que los servicios que más derivan a la UHD son la unidad de emergencia Adulto con un 35,6% (N= 257) y la unidad de emergencia infantil con 48,1% (N=126). Lo cual es coincidente con estudios que mencionan la hospitalización domiciliaria como una alternativa efectiva a la alta demanda de las unidades de emergencia (3).

Figura 5. Servicios derivantes adulto: UEA: Unidad de Emergencia Adulto (35,6%); MQ: Médico Quirúrgico (31,7%); UCP: Unidad de Cuidados Paliativos (6,7%); UTI: Unidad de Tratamiento Intermedio (0,55%); UCI: Unidad de paciente crítico (0,55%); Cirugía (0,69%); Medicina Aguda (12,7%); Medicina Básica (8,3%); Medicina Interna (0,14%), Neurología (0,43%), Pensionado (0,14%), Pre Alta (0,14%), Pre- Hospitalización (2,2%)

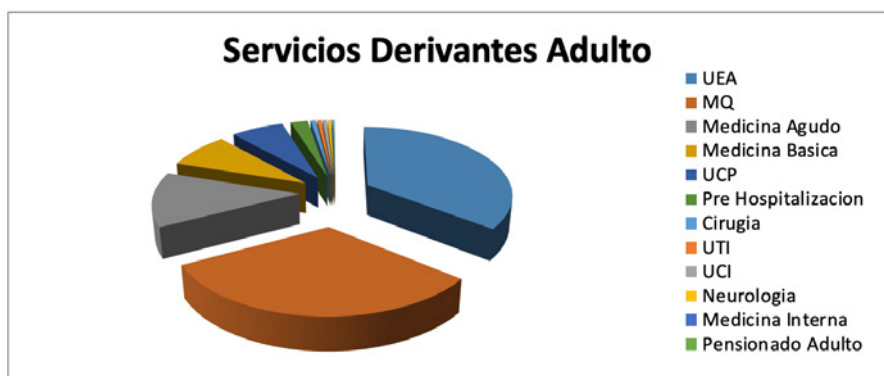
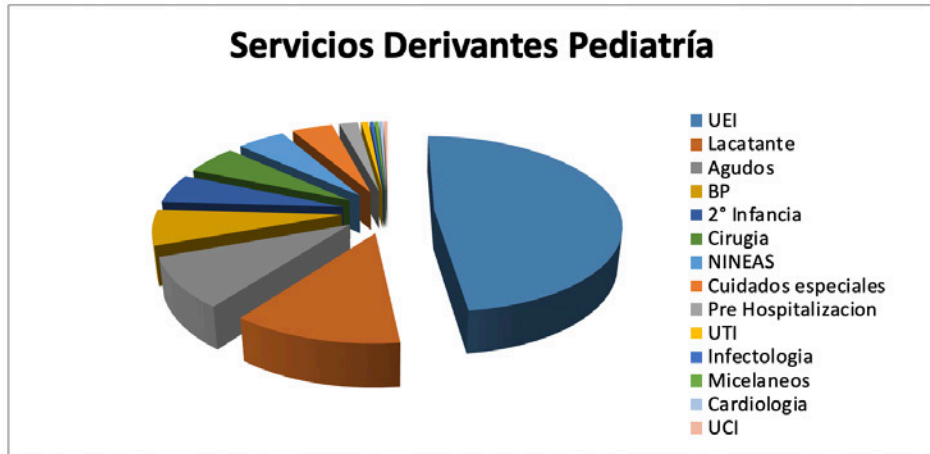


Figura 6. Servicios derivantes Pdiatría: UEI: Unidad de Emergencia Infantil (48,1%); BP: Broncopulmonar (6,4%); NINEAS: Niños con necesidades especiales (4,9%); Agudos (9,1%); Cardiología (0,38%); Cirugía (5,3%); Cuidados Especiales (4,2%); Infectología (0,38%); Lactante (12,3%); Misceláneos (0,38%); Pre Hospitalización (1,9%); Segunda Infancia (5,3%); UTI: Unidad de tratamiento intermedio (0,76%); UCI: Unidad de Cuidados Intensivos (0,38%)



Con respecto a los costos asociados, en la tabla 1 se muestra el detalle del valor día cama según complejidad, días de estadía según complejidad y el valor total de estadía si el usuario hubiese continuado hospitalización de manera tradicional, valor en pesos Chilenos (CLP)

Tabla 1

Tipo de Cama	Días total en UHD	*Valor día cama Hosp. Tradicional (CLP)	*Valor total estadía en Hosp. Tradicional (CLP)
Critica	94	431.280	40.540.320
Intermedia	130	207.270	26.945.100
Básica	12370	96.300	1.191.231.000

*Valores según arancel Fonasa año 2017

Basándose en lo anterior y considerando que el valor día cama de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Sotero del Rio fue de \$18.340 pesos, se calcula un ahorro de \$1.027.742.460 pesos (tabla 2) solo en usuarios respiratorios con indicación de kinesioterapia lo que es equivalio a un 69,1% (\$1.487.080.560 pesos, valor ahorrado total de UHD) del ahorro total que genero la unidad de hospitalización domiciliaria al Hospital.

Tabla 2

Cama posiblemente utilizada	Gasto en Hospitalización tradicional (CLP)	Gasto en UHD (CLP)	Ahorro (CLP)
Critica	40.540.320	1.723.960	38.816.360
Intermedio	26.945.100	2.384.200	24.560.900
Básica	1.191.231.000	226.865.800	964.365.200
Total	1.258.716.420	230.973.960	1.027.742.460

La sustentabilidad económica de esta modalidad de atención depende de muchos factores como los son la distribución de recursos humanos, la complejidad de los usuarios, la distribución geográfica de la población, el apoyo clínico del hospital de base y la integración de este modelo dentro del complejo hospitalario. Sin embargo, estos y otros factores, no son considerados al momento de realizar el cálculo final, lo cual no permite obtener datos exactos de la verdadera capacidad, desempeño y sustento técnico económico que permita corregir y fortalecer esta actividad (3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La creación de una nueva infraestructura sanitaria debe sopesarse con la posibilidad de redistribuir las camas hospitalarias y optimizar los recursos sanitarios disponibles, no saturando el hospital con usuarios que pueden recibir atención en su propio domicilio (5). Ante esto, la Hospitalización domiciliar surge y se consolida como una alternativa a la hospitalización tradicional. Ha demostrado ser una herramienta útil y económicamente eficiente a la hora de optimizar los recursos económicos en salud, especialmente en lugares críticos, como lo son las unidades de urgencia. Un metaanálisis realizado el año 2012 demostró que la hospitalización domiciliar es más económica que la hospitalización tradicional (4).

El Kinesiólogo respiratorio es un profesional altamente capacitado en el manejo de distintas patologías respiratorias y el encargado de seleccionar distintas técnicas tanto de mejoramiento de la ventilación como de limpieza bronquial, teniendo en cuenta la patología pulmonar de los usuarios de manera individual, los factores clínicos, funcionales, ambientales y sociales y los conceptos fisiológicos subyacentes, logrando intervenir en los factores ambientales y sociales de manera in situ. Eligiendo además, la técnica más adecuada para cada persona, requiriendo una comprensión sólida de las bases fisiológicas de cada técnica, permitiendo que la atención sea mejor y más personalizada (14).

Debido a lo anteriormente expuesto, es que ratificamos el trabajo de la kinesiólogía respiratoria como especialidad relevante en las unidades de hospitalización domiciliar, donde la mayoría de los ingresos se producen por patologías asociadas al sistema respiratorio. Además, consideramos que la hospitalización domiciliar enmarca al usuario lo más cercano a un modelo biopsicosocial, considerándola por algunos autores como la salud del futuro (5).

Actualmente, no todos los hospitales del sistema de salud público chileno cuentan con alguna de hospitalización domiciliaria o algo similar. Si bien, en este trabajo se especifica acerca de aquellos usuarios que requirieron kinesioterapia en patologías respiratorias, la información se puede extrapolar hacia el resto de los usuarios que ingresan a la unidad.

Consideramos que esta debería ser una propuesta a nivel nacional con normas y estándares mínimo que permitan entregar una salud de calidad hacia los usuarios y que se puedan asegurar los recursos para que esta sea una alternativa definitiva a la hospitalización tradicional. Incluyendo al kinesiólogo como parte de esta propuesta. Esperamos además contar con metas e indicadores en un corto mediano plazo que nos permita ir mejorando y creciendo a través de los años.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopez Perona F. Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. *Enfermería Global*. 2003;2(2):1-8.
2. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S1):S39-S50. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.012; PMID: 19501428
3. Ortega Palavecinos M. Descripción del modelo de hospitalización domiciliaria de un hospital público de Chile [Tesis de Grado]. Santiago de Chile, Chile: Escuela de Gobierno y Gestión Pública, Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2018.
4. Pavlovic A, Calderón Ó, Muñoz E, Cárcamo M, Trián J, Morales K. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. *Acta Med Colomb*. 2016;41(3),187-90.
5. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(8):355-60. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.04.008; PMID: 21696788
6. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10(1):45-55. DOI: 10.1590/s1020-49892001000700007; PMID: 11558249
7. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida) [monografía en Internet]. Barcelona, España: La Biblioteca Cochrane Plus del Centro Cochrane Iberoamericano; 2008 [accedido el 24 sep 2019]; Disponible en: <http://bit.ly/2kOLT54>
8. Díaz Lobato S, González Lorenzo F, Gómez Mendieta MA, Mayoralas Alises S, Martín Arechabala I, Villasante Fernández-Montes C.. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. *Arch Bronconeumol*. 2005;41(1):5-10. DOI: 10.1016/s1579-2129(06)60387-x; PMID: 15676129
9. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic*. 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
10. Hernández-Velásquez GM, Mosquera-Gómez LE, Pinzón-Rondón ÁM, Escobar JS, Guzmán-Prado Y. Hospitalización domiciliaria pediátrica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt en Bogotá, Colombia: enero a julio, 2013. *Médicas UIS*. 2016;29(3),43-8. DOI: 10.18273/revmed.v29n3-2016004

11. Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, Instituto Nacional de Estadísticas. Biblioteca del congreso nacional de Chile (sede Web), Santiago: BCN (citado el 30 de Enero 2019) Reportes comunales 2017. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Pirque#Poblaci.C3.B3n_total_Censo_2002_y_Censo_2017
12. Olmos C, Mancilla P, Martínez L, Astudillo P. Epidemiología de las consultas respiratorias de adultos en Santiago de Chile desde 2003 a 2008. *Rev Med Chile.* 2015;143(1),30-8. 6 DOI: 10.4067/S0034-98872015000100004; PMID: 2586026
13. Dintrans K, Andrade CL, Sánchez J E, Mendoza J. Neumonía adquirida en la comunidad en adultos, en el curso de la campaña de invierno 2003 en el Hospital San Juan de Dios. *Rev Chil Enf Respir.* 2015;21(1),15-22. DOI: 10.4067/S0717-73482005000100003
14. McIlwaine M, Bradley J, Elborn JS, Moran F. Personalising airway clearance in chronic lung disease. *Eur Respir Rev.* 2017;26(143). pii: 160086. DOI: 10.1183/16000617.0086-2016; PMID: 28223396