

# HOSPITALIZACION A DOMICILIO

*Jorge Gutiérrez Dubois*

Responsable del Programa de Hospitalización a Domicilio.  
Area de Salud de Tudela. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

## **Definición:**

alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio cuidados similares a los hospitalarios:

- Diagnósticos y terapéuticos
- Generalmente profesionales del ámbito hospitalario
- Período limitado en el tiempo

## **Introducción**

### ***Historia***

- 1947: Hosp. Guido Montefiore (NY)
- 1951: Hospital Tenon (Paris) y 1957 (Santè Service)
- Década de los 60: extensión (Canadá, GB, Suecia, Alemania, Italia)
- España:
  - 1981: Hospital Provincial de Madrid
  - 1983: Cruces (Primero de INSA-LUD)
  - 1989: I Jornadas de Atención a Domicilio (Ministerio de Sanidad)
  - 2007: I Unidad de HaD Navarra: Hospital Reina Sofia de Tudela.

- 2008: Unidad de HaD de Pamplona

## **Cartera de servicios**

### ▪ **Alta temprana:**

- Atención de pacientes agudos o subagudos
- Cuidados similares a los hospitalarios
- Estancia media similar a planta hospitalaria
- Alta temprana desde servicios hospitalarios
  - Pacientes agudos
  - Crónicos reagudizados
  - Quirúrgicos

### ▪ **Cuidados especializados:**

- Pacientes estables
- Procedimientos terapéuticos complejos
  - Quimioterapia
  - Nutrición enteral
  - Ventilación mecánica

### ▪ **Soporte:**

- Valoración a pacientes complejos a petición de AP.

### **Criterios de ingreso:**

- **Sociales:**
  - Cuidador principal
  - Teléfono de contacto
- **Médicas:**
  - Estabilidad clínica del paciente
  - Necesidad de cuidados – tratamientos complejos
  - Diagnóstico
- **Geográficas:**
  - 30 minutos de asistencia
- **Voluntariedad**

### **HaD: pros y contras**

- **Ventajas:**
  - Punto de vista científico:
    - Ausencia de infecciones nosocomiales
    - Evitar hospitalismo
    - Disminución de sd confusional agudo
- **Punto de vista psicosocial:**
  - Mejora de la relación médico - paciente
    - Facilidad de comunicación
    - Mayor intimidad y comodidad
  - Integra a la familia en el cuidado del enfermo
  - Promueve educación sanitaria
  - Evita desplazamientos de los familiares
- **Ventajas:**

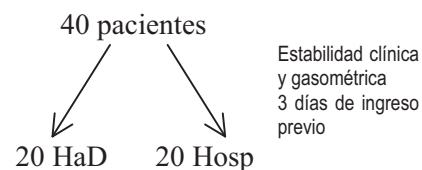
- Gestión de recursos
  - Disminución de costes
  - Facilita acceso de hospital de agudos a quien realmente lo necesita
  - Conexión entre atención primaria - hospital

- **Desventajas:**

- Científicas:
  - No es un hospital
- Psicosociales:
  - Carga para familiares
    - Absentismo laboral
    - Ansiedad por atender a un enfermo
  - Carga económica: contratación de personal auxiliar.

### **HaD y medicina basada en evidencia**

- **Evidencia débil**
- **Cada vez más estudios**
  - EPOC:



- Resultados<sup>3</sup>:
  - No diferencias en mortalidad ni ingresos en 1 mes
  - Menor estancia media en HaD
  - Menor número de acciones urgentes en HaD

<sup>3</sup> Díaz Lobato et al. Arch Bronconeumol. 2005; 41(1);5-10

- Menor número de recaídas en HaD en un mes
- Mayor abandono de tabaco en un mes.
- Insuficiencia cardíaca

### Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes

Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>1</sup>, José Regalado de los Cobos<sup>2</sup>, Elena Altuna Basurto<sup>3</sup>, Juan Miguel Cía Ruiz<sup>2</sup>, Fernando Aros Borau<sup>1</sup> y Pedro Lopetegui Eraso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

<sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. España.

TABLA 1

#### Criterios de derivación de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) al Servicio de Hospitalización a Domicilio

- Desde el Servicio de Urgencias
- Pacientes con IC conocida y descompensada en estadio III de la NYHA (entendiendo por conocida aquella IC con un diagnóstico etiológico, con una evaluación pronóstica y un seguimiento evolutivo de al menos 2 años)
  - Pacientes con IC en estadio IV sin opción de tratamiento etiológico corrector si, tras su estancia en urgencias, se considera no indicado su ingreso hospitalario (mejoría durante su estancia en urgencias, ausencia de datos de gravedad, situación de terminalidad)
  - Pacientes con varias enfermedades que es preciso controlar (broncopatía crónica, síndrome febril, diabetes mellitus descontrolada, trastorno iónico o de función renal que precisa control analítico seriado)
- Desde consulta externa o planta de hospitalización
- Los criterios de derivación son básicamente los mismos que para urgencias añadiendo:
- Pacientes con cardiopatía crónica conocida, en situación clínica estable, pero que persisten en estadio III/IV, con varias agudizaciones recientes que han precisado ingreso o visita a urgencias
  - Pacientes con IC grave en situación terminal para cuidados paliativos

IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association.

- Resultados
  - Estancia media de 9,8 días (GF III) y de 16,5 días (GF IV)
  - Mortalidad de 3,8%
  - Altas (77,9%)
  - Menor frecuencia de visitas a Urgencias a posteriori
  - Menor número de ingresos hospitalarios.
- Conclusión:

- Alternativa a hospitalización tradicional.
- Enfermedades infecciosas

### Antibioterapia intravenosa en domicilio. Estudio de 515 casos

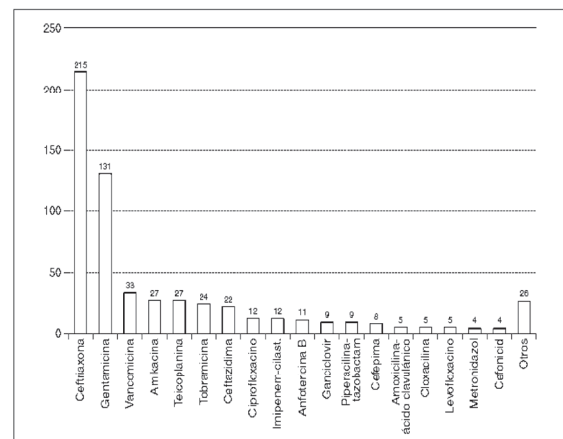
Humberto Mendoza-Ruiz de Zuazu<sup>1</sup>, Javier Casas-Arrate<sup>2</sup>, Carlos Martínez-Martínez<sup>3</sup>, Itzar de la Maza<sup>1</sup>, José Regalado de los Cobos<sup>2</sup> y Juan Miguel Cía-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. España.

TABLA 1. Distribución anual de los diagnósticos que han requerido AID en UHD

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total (%)
<b>Infección urológica</b>	16	21	35	60	41	45	218 (42)
<b>Infección respiratoria</b>	20	20	22	24	24	23	133 (26)
<b>Bacteriemia o sepsis</b>	5	5	5	3	8	5	31 (6)
<b>Osteoarticular</b>	4	6	8	7	8	4	37 (7)
<b>Piel y partes blandas</b>	4	1	1	2	4	13	25 (5)
<b>Fiebre en neutropenia</b>	5	0	0	6	4	7	22 (4)
<b>Endocarditis</b>	2	2	2	3	2	3	14 (3)
<b>Citomegalovirus</b>	2	5	0	0	1	1	9 (2)
<b>Otros</b>	3	4	7	5	4	3	26 (5)
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>80</b>	<b>110</b>	<b>96</b>	<b>104</b>	<b>515</b>

AID: antibioterapia intravenosa en domicilio; UHD: unidades de hospitalización a domicilio.



### RESULTADOS:

- 79% Evolución favorable
- 7% Reingreso Hospital
- 90% procedentes de Urgencias evolución favorable
- Conclusión:
  - HaD alternativa a hospitalización tradicional.

### **HaD CONCLUSIONES**

- HaD es una alternativa válida a la Hospitalización convencional, sin que se produzca una disminución de la calidad de la atención sanitaria
- Existen ventajas: mayor humanidad, comodidad, menor coste...etc
- Siempre hay que tener en cuenta la voluntariedad del paciente y de la familia
- No hay que verlo como un sistema para aliviar la presión asistencial en los hospitales