

EDITORIAL

Hospitalización a domicilio: Oportunidades y necesidades

Home hospitalisation: Opportunities and needs

María Isabel González Anglada*, Cristina Garmendia Fernández y Leonor Moreno Núñez

Hospitalización a Domicilio, Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alorcón, Madrid, España

Recibido el 2 de febrero de 2023; aceptado el 3 de febrero de 2023

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2023

La hospitalización a domicilio (HAD) es una modalidad asistencial o conjunto de actividades y cuidados prestados desde el hospital a pacientes en su domicilio, cuando no precisan de la estructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa, tratamientos intravenosos o técnicas complejas. Los equipos de HAD integran a médicos, enfermeras y otros profesionales del hospital, en coordinación con atención primaria, con los dispositivos sociosanitarios y con otras unidades¹. Los avances tecnológicos han ayudado a incrementar su seguridad y expansión².

La HAD aparece como modalidad asistencial en 1947, en Nueva York, destacando la importancia del domicilio como escenario terapéutico. Diez años más tarde, la Organización Mundial de la Salud fijaba su posición a favor de la extensión de las actividades hospitalarias más allá de los muros del centro y promovía la atención especializada en el domicilio. Desde entonces, la HAD se desarrolló de forma amplia en Canadá, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Suiza y Australia. En España se inició en 1981 en el hospital Gregorio Marañón y rápidamente siguieron otros grandes hospitales¹: Cruces en

1983, Virgen del Rocío en Sevilla y Marqués de Valdecilla en Santander, ambos en 1984, General Yagüe en Burgos (1985), Juan Canalejo en La Coruña (1987). Después de un estancamiento, en los últimos años se ha desplegado ampliamente en País Vasco, Cataluña, Valencia, con un rápido incremento en todas las comunidades autónomas durante y tras la pandemia de COVID-19.

Los servicios de HAD se dirigen fundamentalmente a dos ámbitos de atención: 1) modelo de evitación del ingreso³, y 2) modelo de alta precoz⁴. En ambos esquemas de HAD es fundamental la vinculación con el hospital de agudos y que se prescinda de la cama hospitalaria. Sin embargo, puede haber grandes diferencias en cuanto a los pacientes atendidos en las distintas HAD: patologías médicas agudas o crónicas descompensadas, patologías quirúrgicas, atención en residencias, quimioterapia domiciliaria, rehabilitación tras ictus, etc. También se encuentran diferencias en la composición de los equipos (enfermeras, médicos, fisioterapeutas, etc.), en el número de visitas, la asistencia fuera de las horas laborales, los servicios médicos proporcionados (medicación i.v., oxigenoterapia, curas, etc.). Estas diferencias son relevantes a la hora del análisis y comparación entre estudios publicados⁵.

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el avance científico-técnico hace

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mganglada@salud.madrid.org
(M.I. González Anglada).

que la necesidad de cuidados especializados hospitalarios sea cada vez mayor. La HAD ha demostrado su eficiencia y disminución de costes respecto a la hospitalización convencional en numerosos estudios^{3,4}. Es una atención segura con una menor tasa de infecciones nosocomiales y otras complicaciones asociadas a la hospitalización convencional. Un reciente metaanálisis demuestra una menor mortalidad y reingresos en enfermedades crónicas reagudizadas⁵. En estos pacientes crónicos, la HAD proporciona además de los cuidados hospitalarios en el domicilio, educación para la salud, conocimiento práctico y estrategias para el afrontamiento de la enfermedad y sus descompensaciones. Todo ello conlleva una elevada satisfacción de pacientes y familia, menores índices de depresión y ansiedad y mayor calidad de vida⁶. En los pacientes ancianos, la HAD ha demostrado mejorar su nutrición, disminuir el *delirium* y la depresión y la institucionalización al año⁷.

La HAD permite optimizar los recursos sanitarios e incrementar la capacidad del hospital. Durante la pandemia de COVID-19, los centros provistos con HAD han podido expandir la asistencia a estos pacientes, evitando ingresos o reduciendo estancias, siendo capaces de atender también un mayor número de pacientes sin COVID-19 tanto en HAD como en hospitalización convencional⁸.

Sin embargo, todavía resulta difícil abrir una nueva unidad de HAD. La viabilidad de un programa de hospitalización a domicilio depende de su financiación, del análisis del coste del servicio y su potencial capacidad de ahorro. La evaluación del coste por estancia en HAD es compleja por los diferentes modelos de HAD, la escasa codificación de procesos e información de costes.

Cuando un gestor se propone poner en marcha un dispositivo de HAD debe tener en cuenta que los recursos para su inicio y sostenibilidad dependen del número de usuarios y de la carga de trabajo. La estimación de la carga de trabajo dependerá del modelo de HAD que vaya a desarrollar y del tipo de pacientes y cuidados.

El estudio de Vrotsou et al.⁹ analiza los factores que más influyen en la carga de trabajo en HAD. Mediante un estudio de consenso Delphi llevado a cabo en las 10 unidades de HAD del País Vasco, se encuentra que el lugar de residencia (rural o urbano), el estado de salud y la situación social del paciente, así como la asistencia sanitaria prestada en el hogar son los más relevantes. Dentro del estado de salud se engloba el diagnóstico principal (CIE-10), su gravedad (*Worthing Physiological Scoring System*), comorbilidad (índice de Charlson) y estado funcional (Barthel). Comorbilidad y estado funcional también se han asociado en otros trabajos a reingreso hospitalario desde el domicilio.

Existen pocas publicaciones que analicen la carga de trabajo en HAD como lo muestra un reciente metaanálisis de los mismos autores¹⁰, donde recogen factores predictores fundamentalmente asociados con modelos de cuidados de enfermería y, aunque pueden ser extensibles a todos los profesionales de la HAD, se necesitan estudios en los que se incluyan médicos y otros profesionales como el de Vrotsou et al.⁹

Los factores identificados en el estudio de Vrotsou et al.⁹ permiten construir una herramienta de predicción de carga de trabajo profesional en la HAD y, de esa forma, lograr una mejor adecuación de recursos y ganar eficiencia, colaborando en la sostenibilidad del dispositivo.

En resumen, la HAD permite una mayor ambulatorización de procesos médicos y quirúrgicos, proporciona intensidad de cuidados, fomenta la continuidad asistencial, la atención multidisciplinar y se adapta a los cambios. La HAD se posiciona como la mejor alternativa para cuidados hospitalarios, ya que humaniza la atención, la centra en el paciente, la ajusta a sus necesidades, es próxima, segura y excelente y contribuye a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Bibliografía

1. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic*. 2017;1(1):7-9, <http://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v1i1.8>.
2. Levine DM, Paz M, Burke K, Beaumont R, Boxer RB, Morris CA, et al. Remote vs In-home Physician Visits for Hospital-Level Care at Home A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2022;5(8):1-13, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.29067>.
3. 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.
4. 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.
5. Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2021;11:e043285, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>.
6. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):1-15, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0129282>.
7. Shepperd S, Butler C, Craddock-Bamford A, Ellis G, Gray A, Hemsley A, et al. Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons?: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2021;174(7):889-98.
8. Nogués X, Sánchez-Martínez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-home expands hospital capacity during COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:939-42.
9. Vrotsou K, Orive-Calzada M, González N, Vergara I, Pascual-Fernández N, Guerra-López C, et al. Factores relacionados con la carga de trabajo en hospitalización a domicilio: estudio de consenso Delphi. *J Healthc Qual Res*. 2022, <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.09.001>.
10. Cordero-Guevara JA, Parraza-Díez N, Vrotsou K, Machón M, Ortuño E, Onaindia-Ecenarro MJ, et al. Factors associated with the workload of health professionals in hospital at home: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:704, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08100-4>.