

Hospitalización Domiciliaria y Cirugía Mayor Ambulatoria

Carlos Martínez-Ramos

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.
Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040-Madrid.
cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen: En este trabajo se analizan las circunstancias sanitarias y socioeconómicas que dieron lugar al origen y desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria. Se analizan las características y los objetivos de la Hospitalización Domiciliaria y se establecen las diferencias existentes con la Atención Primaria Domiciliaria. Finalmente se analizan las posibilidades de asociar la Hospitalización Domiciliaria con la Cirugía Mayor Ambulatoria y se describen las ventajas que se derivan de esta asociación.

Palabras claves: Hospitalización Domiciliaria. Atención Primaria Domiciliaria. Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía sin Ingreso.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido una serie de cambios en la sociedad que están influyendo directamente en el sistema sanitario. La evolución del entorno socioeconómico, el envejecimiento de la población y la aparición tanto de nuevas tecnologías médicas como las tecnologías de la información y comunicación, están modificando la estructura sanitaria de los países desarrollados.

La evolución demográfica de estos países está dando lugar a la consolidación de poblaciones cada vez de mayor edad, con un crecimiento neto de las personas mayores de 80 años. El [envejecimiento de la población](#) origina un incremento de los costes de la atención sanitaria como consecuencia del aumento del número de personas en donde se produce la mayor prevalencia de incapacidad física y de dependencia socio-sanitaria. La elevación de los costes se deriva, fundamentalmente, del consumo de recursos hospitalarios que se produce en esta población.

Los servicios hospitalarios suponen más del 60 % del gasto sanitario total de España. En este sentido hay que tener en cuenta que todos los ingresos y estancias hospitalarias que no sean necesarios, no solo suponen un consumo de recursos evitable sino que, además, constituyen un riesgo adicional para los pacientes ya que no solo no le aportan beneficios sino que pueden producirle complicaciones tales como las infecciones nosocomiales.

Además del envejecimiento de la población, hay que tener en cuenta otros factores tales como el incremento de la [población asegurada](#), la proliferación de [pacientes crónicos](#), el aumento del [nivel de información y renta](#) de la población. Todos estos factores tienen una gran repercusión en un sistema sanitario caracterizado por la [gratuidad](#), lo cual confiere a los usuarios una enorme capacidad de uso. El primer efecto que se deriva de esta situación es la tendencia al [consumo excesivo de los recursos sanitarios](#), intensificándose de esta manera la presión asistencial.

Asimismo, estos factores inciden en el nivel de [exigencia de la población](#). La sociedad cada vez reclama al sistema sanitario más agilidad, mayor bienestar y mejor trato personal. En definitiva, más calidad asistencial.

En la actualidad, y como consecuencia de esta conjunción de factores se presentan, cada vez con más frecuencia, propuestas alternativas a la organización tradicional de los servicios de salud debido a la necesidad de que estos servicios funcionen con mayor eficiencia y eficacia. Entre estas alternativas se encuentran las nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias que giran alrededor de la idea del bienestar del paciente para restablecer, en la medida de lo posible, su estado óptimo de salud.

Uno de los aspectos de esta actividad innovadora hospitalaria es el de potenciar y dar preferencia a la asistencia ambulatoria y, de esta manera, favorecer la transferencia del paciente desde el hospital a su domicilio junto a su entorno familiar, no solo para mejorar la atención del mismo sino también para lograr una utilización más eficiente de los recursos hospitalarios.

Es decir, estas innovaciones asistenciales van a procurar, cada vez de una manera más perfeccionada, alejar el menor tiempo posible a los pacientes de su entorno familiar y social. Con ello, se evita, por un lado, someter al paciente a un ingreso hospitalario innecesario y, por otro, se permite a la propia organización sanitaria que realice un uso más adecuado y racional de la totalidad de sus recursos (camas hospitalarias, personal, recursos tecnológicos...). Entre estas innovaciones asistenciales destaca la [Hospitalización Domiciliaria](#), que junto con la [Cirugía Mayor Ambulatoria](#) y las [Consultas de Alta Resolución](#) constituyen actualmente los nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria.

Actualmente se está asistiendo a un gran desarrollo de los programas de [Hospitalización Domiciliaria \(HD\)](#) ya que son numerosos los pacientes que se benefician de estos programas. Este incremento se debe principalmente a los siguientes factores:

- Lo inadecuado del hospital para tratar los problemas no agudos.
- La tendencia actual a considerar un error que un paciente deba permanecer en el hospital sólo para recibir medicación intravenosa, si por lo demás se encuentra estable, lo que se consideraba, hasta hace relativamente poco tiempo, un motivo ineludible para permanecer ingresado en el hospital.

- La mejoría actual de la calidad de la vivienda, en general, y de los medios de transporte y comunicación, en particular, todo lo cual favorece la posibilidad de tratamiento en el propio domicilio del paciente.
- La posibilidad de que el paciente pueda elegir donde quiere tratarse.
- La posibilidad de evitar complicaciones propias del hospital, fundamentalmente las infecciones nosocomiales.
- El aumento progresivo de la población de edad avanzada, con dificultad para acceder al hospital.
- El elevado coste del tratamiento y de la cama hospitalaria en los centros altamente tecnificados.

Hoy en día se reconoce que el sistema de HD se traduce en una mejor atención ya que el paciente dispone de más intimidad y comodidad, posibilidad de horarios propios de comida y sueño, proximidad de la familia, amigos y vecinos, lo que provoca una mayor satisfacción tanto del paciente como de sus familiares, durante el tratamiento. Estas ventajas son aún más notables cuando se trata de personas de edad avanzada, las cuales sufren en mayor grado el ambiente hospitalario y echan más en falta su entorno familiar.

También se asocia con una mejor evolución clínica en algunas enfermedades, así como con la reducción de las complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria.

Por otro lado, al acortar los períodos de internamiento en los hospitales aumenta la disponibilidad de camas y permite un uso más adecuado y racional de los recursos, lo que tiende a disminuir el gasto en salud. Los costes de la HD son menores que las inversiones necesarias para incrementar las camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el coste por estancia es menor en la HD que en la hospitalización tradicional.

Una cuestión importante es no confundir la Hospitalización Domiciliaria con la atención sanitaria que se realiza en el domicilio del paciente por los equipos de Atención Primaria y que se denomina [Atención Primaria Domiciliaria \(APD\)](#) y que está destinada a pacientes incluidos en algún tipo de programa o asistencia especial de salud (puede incluir elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud) o que, debido a su estado de aislamiento o a sus precarias condiciones de salud, requieran asistencia general (vigilancia y seguimiento crónico en el domicilio). Este modelo excluye tratamientos y cuidados complejos.

Para diferenciar ambas prestaciones sanitarias existen características concretas que las identifican. Unas son de tipo organizativo y otras de tipo asistencial.

Por lo que respecta a las **características de tipo organizativo**, la Atención Domiciliaria (AD) correspondiente a la Atención Primaria tiene como objetivo prevenir la hospitalización, mientras que el de la Hospitalización a Domicilio es sustituir a ésta. En la AD los profesionales y los enfermos dependen del equipo de Atención Primaria, mientras que en la HD dependen del hospital. La tipología de los enfermos es también diferente, la AD atiende tanto a pacientes agudos como crónicos, en tanto que la HD sólo atiende a pacientes con enfermedades agudas de una cierta complejidad.

Respecto a las **características de tipo asistencial**, en la AD el enfermo no tiene criterios de ingreso en el hospital y en la HD sí. En el primer caso las actividades son propias de la Atención Primaria y en el segundo, del hospital. Las técnicas y el tratamiento son más complejos e intensos en el caso de la HD que en la AD. Las técnicas y recursos de la HD se contraponen a las de la AD, donde se usan básicamente los recursos del nivel primario para mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible. El seguimiento de los pacientes es limitado en el tiempo en el caso de la HD, mientras en la AD puede ser ilimitado. Por último, la AD dedica más tiempo a la prevención y a la educación que la HD.

En cualquier caso, y al margen de las diferencias existentes entre estas dos prestaciones, para que la Hospitalización a Domicilio se desarrolle plenamente es imprescindible que exista una adecuada coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. En este sentido, la HD puede considerarse como un puente entre el hospital y la Atención Primaria, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de la atención sanitaria.

EVOLUCION HISTORICA DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

La modalidad de la HD fue inaugurada en el año 1947 por el Dr. Bluestone en el **Hospital Montefiore** de Nueva York, Estados Unidos, concibiéndose como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones originales para crear esta primera Unidad de HD en el mundo eran, por un lado, el descongestionar las salas hospitalarias y, por otro, el poder brindar a los pacientes un ambiente mucho más humano y favorable para su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Norteamérica como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados y adecuados a los sistemas sanitarios de los diferentes países.

A partir de los años 60 comenzaron a funcionar servicios de HD en Canadá, orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se llevaron a cabo, en 1987, experiencias piloto bautizadas con el nombre de "**Hôpital extra-mural**" y que consistían en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

En Europa, y más concretamente en Francia, el **Hospital de Tenon** en París fue el primero en crear, en el año 1951, una Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Más tarde,

en 1957, se estableció en la misma ciudad el “[Santé Service](#)”, organización no gubernamental sin ánimo de lucro, que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. La HD en Francia no fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a la hospitalización tradicional hasta el mes de octubre del año 1992.

En otros países de Europa la HD tardó casi una década en empezar a desarrollarse. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de “[Hospital Care at Home](#)” (Atención Hospitalaria en el Domicilio). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia se originó a comienzos de los años ochenta, con el nombre de “[Ospedalizzazione a Domicilio](#)”.

El desarrollo de la HD en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Para intentar paliar esta situación, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa “[From Hospital to Home Health Care](#)” (“Del hospital a la atención de salud en el domicilio”), destinado a promover, estandarizar y registrar, lo más adecuadamente posible, esta modalidad asistencial.

En el año 1981 tuvo lugar la primera experiencia en España, concretamente en el [Hospital Provincial de Madrid](#). Más tarde se abrieron Unidades de Hospitalización a Domicilio en el [Hospital de Cruces de Baracaldo](#) (Vizcaya), en el [Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” de Santander](#), en el [Hospital “Virgen del Rocío” de Sevilla](#), en el [Hospital “General Yagüe” de Burgos](#), en el [Hospital “Juan Canalejo” de La Coruña](#), etc. En Cataluña, a finales del año 2000, el Instituto Catalán de la Salud, principal proveedor sanitario de la comunidad, desarrolló el programa “[La Salud en Casa](#)”.

En 1983, el Senado Español aprobó una moción en la que se reconocía la necesidad de crear las Unidades de Hospitalización Domiciliaria en la Seguridad Social. Las Unidades de H.D. vienen mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985, haciéndolas depender de las Direcciones de Enfermería. Posteriormente vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad dentro de la Asistencia Especializada y, por último, en el año 1987 en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, donde se reasignan a la Dirección Médica de los hospitales.

Los criterios generales que enmarcan la implantación y el funcionamiento de las unidades de HD en los diferentes países se sustentan en dos aspectos concretos. La justificación inicial para establecer la HD fue la de aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y la de humanizar más la atención al paciente. Posteriormente, otro criterio que justificó también la introducción de esta modalidad asistencial fue el de reducir los costes hospitalarios.

En España la creación de los servicios de HD fue motivada por la saturación de los hospitales y por el intento de racionalizar el gasto sanitario. Se caracterizó desde el inicio

por un crecimiento anárquico, alimentado por proyectos individuales, sin un plan general que permitiera unificar conceptos y establecer criterios, por lo menos entre las diversas comunidades autónomas. La transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas españolas también contribuyó a este desarrollo desigual de la HD en todo el país.

Una de las diferencias más características entre países en donde se utiliza la HD, estriba en el hecho de cómo se relacionan entre sí las dos modalidades conocidas de servicios de salud en el propio domicilio de los pacientes: la Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria a Domicilio (APD). En países como Alemania, Francia y Estados Unidos, el concepto de Atención Domiciliaria integra a la vez los dos aspectos: la AD y la HD. Sin embargo en otros países como Canadá, España, Reino Unido y Suecia, la HD aparece como una modalidad asistencial distinta de la APD.

DEFINICIÓN DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

En la literatura existen, por un lado, múltiples y diferentes definiciones de la HD como modalidad de atención sanitaria y, por otro, controversias acerca del marco en el que debe funcionar. Sin embargo parece haber consenso respecto a que su función primordial sería la de “brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital”. Dicho de otra forma, la HD estaría indicada para aquellos pacientes que necesitan asistencia especializada pero sin que sea necesario su ingreso en un hospital. El enfermo se considera, a todos los efectos, como ingresado en el hospital, de manera que el centro hospitalario es el responsable del paciente y debe garantizar la eficacia y la calidad de su asistencia. La Hospitalización a Domicilio es pues un servicio asistencial más del hospital y, por tanto, debe disponer de la infraestructura diagnóstica y terapéutica propia de los centros hospitalarios.

Las diferentes definiciones de Hospitalización a Domicilio se han elaborado básicamente en función, en primer lugar, del modelo del centro que lo pone en práctica, en segundo lugar de las características de la comunidad a la que presta servicio y, en tercer lugar, de las relaciones que se mantienen con los diversos niveles asistenciales.

Para unos es “un conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el Hospital convencional”.

Para otros “es una alternativa asistencial del Área de 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”.

Otras definiciones son:

“Actividad asistencial llevada a cabo con recursos humanos y materiales similares a los hospitalarios, realizada en el propio domicilio del paciente”.

“Modelo asistencial capaz de dispensar en su casa, un conjunto de cuidados médicos y de enfermería de nivel hospitalario a pacientes que, sin precisar de la permanencia física en el hospital, necesitan atención de una intensidad tal que supera la capacidad asistencial del Equipo de Atención Primaria”.

“Recurso sanitario específico que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos tendrían que permanecer hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente”.

Se reconoce clásicamente que la población enferma, en general, desea permanecer siempre que sea posible en sus propios domicilios. El domicilio representa el entorno habitual en el que se desarrolla la vida normal de las personas y el permanecer en el mismo en condiciones adecuadas, está vinculado conceptualmente a la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida que la que se obtiene cuando se está hospitalizado.

El "domicilio", con el adecuado apoyo sanitario y social, es en muchos casos el "mejor lugar terapéutico" y la opción más deseada por el propio paciente y por su familia. En consecuencia, la misión fundamental de la HD sería la de mejorar la calidad asistencial consiguiendo mantener, o reubicar precozmente, en el domicilio al mayor número posible de pacientes que lo necesiten y que lo deseen, mediante un soporte asistencial especializado. En términos operativos, la HD actuaría como equipo de soporte del Hospital de Agudos, como equipo de soporte de la Atención Primaria y, en algunos casos, como unidad de valoración y ubicación de pacientes en su mejor "lugar terapéutico" a disposición de cualquier sistema sanitario de la comunidad que lo demande.

Por tanto la HD constituye una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin acortar, o en su caso evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado de Hospitalización Domiciliaria. La HD es una alternativa excelente a la hospitalización convencional, cada vez más extendida en los centros hospitalarios.

El equipo de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria debe estar dotado de personal que trabaje en un hospital convencional y que conozca todos los mecanismos del mismo, para así poder ofrecer a estos pacientes los mismos cuidados y oportunidades que al resto de pacientes ingresados en el hospital. Ésta es una de las características que diferencia la Hospitalización a Domicilio de la Atención Primaria a Domicilio, debiéndose considerar la HD como un servicio más de la hospitalización.

El personal sanitario que habitualmente constituye una Unidad de HD está formado por:

- Médico coordinador.
- Médico asistencial.
- Supervisión de enfermería.
- Enfermería asistencial.
- Auxiliar de enfermería.
- Auxiliar administrativo.
- Fisioterapeuta.
- Trabajador social.

La enfermería ha de ser personal con suficiente experiencia tanto médica como quirúrgica. Se recomienda que la relación enfermería/facultativo sea de 3/1.

En el caso de los facultativos se considera indistintamente como calificación idónea, tanto la especialidad de Medicina Interna como la de Medicina Familiar y Comunitaria. Todos los profesionales son asalariados del hospital donde se ubica la HD. La financiación de la unidad de HD es pública y todos los servicios son gratuitos. Todos estos recursos dependen de la dirección médica del hospital.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Los objetivos esenciales que han de cumplir los programas de hospitalización domiciliaria son:

- Mejorar el confort y la calidad de vida del paciente así como la calidad asistencial, ya que se presta la asistencia sanitaria en el medio habitual del enfermo. De esta manera se respeta su intimidad, se facilita el trato personal, se favorecen los autocuidados, se potencia la independencia sociofamiliar y se aportan elementos de bienestar.
- Evitar ingresos innecesarios para eliminar los riesgos de la hospitalización, especialmente la infección intrahospitalaria, así como las consecuencias derivadas de la desconexión del medio familiar y social.
- Mejorar la utilización de los recursos ya que disminuye o evita las estancias innecesarias, libera camas que pueden ser utilizadas por otros enfermos y acorta el tiempo de espera de pacientes pendientes de ingreso hospitalario. Permite la reorganización asistencial de determinados servicios hospitalarios, adecua la tecnología y los medios terapéuticos a la enfermedad y permite racionalizar los costes.
- Mejorar la interrelación entre la Atención Primaria y la hospitalaria porque el lugar donde actúa la Hospitalización a Domicilio es la vivienda del enfermo, escenario asistencial común con la Atención Primaria. De esta actuación compartida se beneficia el enfermo. Además, la tecnología que aporta el hospital

por medio de la hospitalización a domicilio es un soporte válido para el médico y la enfermera de la Atención Primaria.

- Facilitar la educación para la salud porque la asistencia se desarrolla en el medio natural del enfermo, lo que permite que se pueda actuar sobre la salud y los autocuidados. Además la educación sanitaria se puede realizar tanto sobre los enfermos como sobre sus familiares.
- Contener el gasto sanitario gracias a la mejoría en la relación coste-beneficio frente a la hospitalización tradicional, especialmente si se inscribe dentro del proceso de una reforma asistencial de los hospitales y en patología de alta frecuencia y coste.

Los principios fundamentales que debe tener en cuenta cualquier programa de HD, pueden resumirse en los siguientes:

- La HD no es un sustituto del hospital, sino más bien un complemento a la atención prestada en el mismo.
- La selección de candidatos debe ser muy meticulosa y centrada en la cantidad y complejidad de cuidados a administrar, más que en la patología en sí misma.
- Los resultados obtenidos con los programas de HD son mejores cuando más concreto es el problema a tratar.
- Es fundamental la información adecuada a pacientes y familiares.
- Es esencial la valoración de las necesidades sociales que influyan en el mantenimiento del paciente en su casa.
- La familia debe asumir una parte de la actividad que en el hospital realizan los profesionales.

CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Son susceptibles de la HD aquellos pacientes cuyo estado no justifica la estancia en el hospital, pero que necesitan una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de personal facultativo especializado, sobre todo de enfermería. A estos pacientes se les proporcionan todos los cuidados, tratamiento, pruebas analíticas, ECG, citaciones, RX, etc., como si estuviesen ingresados en el hospital. Si surgiese alguna complicación o empeoramiento no controlable en la situación domiciliaria del paciente, volvería al centro hospitalario.

La modalidad de la Hospitalización a Domicilio debe cumplir una serie de requisitos y características:

- **Transitoriedad.** Se refiere al hecho de que la hospitalización a domicilio está destinada a pacientes que sufren procesos agudos y, por tanto, el seguimiento del enfermo tiene una duración limitada en tanto no se produzca la circunstancia del alta, bien sea por “exitus”, por mejoría o curación, por estabilización, por reingreso al hospital o por transferencia a la Atención Primaria.
- **Diagnóstico bien establecido.** El proceso que justifica el ingreso del paciente en la unidad tiene que estar bien definido, en forma de diagnósticos establecidos o bien de problemas por resolver.
- **Estabilidad clínica.** El paciente debe encontrarse en una situación estable, en la medida en que sus indicadores clínicos y biológicos no hagan previsible una evolución desfavorable.
- **Complejidad clínica.** Los enfermos atendidos en la unidad de hospitalización a domicilio requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del hospital, lo cual implica un cierto grado de complejidad.
- **Intensidad de las curas.** La intensidad de las curas y los cuidados que el paciente requiera tendrán que poder ser asumidos por el equipo de hospitalización a domicilio, tanto en diversidad como en frecuencia.
- **Voluntariedad.** Para ingresar en la unidad es necesaria la aceptación voluntaria por parte del paciente y de su familia o del cuidador, después de haber recibido la información adecuada sobre el tipo de asistencia que se le ofrece. El enfermo debe ser capaz y tiene que estar dispuesto a dar el consentimiento informado por escrito y cumplir con los requisitos establecidos por la Unidad de Hospitalización a Domicilio.
- **Existencia de un soporte familiar.** Es necesaria la presencia de una persona, familiar o no, que esté en condiciones de colaborar con el equipo médico y de enfermería en las atenciones que requiera el enfermo una vez que éste se encuentre en su domicilio. Por tanto, es imprescindible la existencia de un cuidador principal.
- **Condiciones socio-familiares mínimas.** Es un elemento imprescindible para que la hospitalización a domicilio se desarrolle con éxito. Se tendrá en cuenta las condiciones de la vivienda del paciente: disponibilidad de teléfono y de ascensor, equipamientos que posea, condiciones de movilidad interna, higiene, alimentación, etc.
- **Adecuada coordinación con los otros niveles asistenciales.** Es imprescindible que las unidades de Hospitalización a Domicilio se complementen y coordinen con el resto de los servicios del hospital y con los otros niveles asistenciales sanitarios y sociosanitarios (Atención Primaria, programa de atención a domicilio, equipo de soporte, etc.).

Una interpretación poco rigurosa de estos aspectos puede comportar una serie de riesgos como la sobreprotección del paciente, la duplicidad asistencial y la cronicidad de los procesos.

Como regla general, la decisión de ingresar un paciente en el programa de HD, además de basarse en el cumplimiento de estos requisitos, se adopta en consonancia con dos grandes modelos. Un primer modelo está determinado por la procedencia de los pacientes, donde se incluyen aquellos grupos de pacientes que tienen la posibilidad de ser dados de alta tras un período de hospitalización convencional de corta duración, seguido por una HD y posteriormente un alta definitiva.

Un segundo modelo agrupa a los pacientes que, si no existiese el servicio de HD, serían ingresados en el hospital tradicional. El procedimiento o mecanismo más adecuado para que se ingrese el paciente en HD según este modelo debería seguir el siguiente orden:

Domicilio → Médico de familia/Servicio de urgencia → Admisión en HD → Alta definitiva y/o reenvío al Médico de familia (Atención Primaria).

Si bien en principio no debería haber una lista previa de perfiles y diagnósticos de pacientes candidatos a ser ingresados en una unidad de HD (lo más adecuado sería aplicar un criterio basado en las características epidemiológicas y sociodemográficas de la población de referencia y del hospital o centro de salud del área sanitaria), algunos estudios clasifican a los servicios de HD según los trastornos más susceptibles de ser incluidos en estos tipos de programas. Los pacientes más frecuentes en HD son:

- **Pacientes con situaciones agudas:** enfermedades infecciosas, neumonías, pielonefritis, aplasias tras la quimioterapia y antibioticoterapia domiciliaria por vía intravenosa, enfermedades vasculares, enfermedades neurológicas, pacientes con nutrición parenteral y pacientes con ventilación mecánica a domicilio.
- **Pacientes con procesos crónicos reagudizados:** EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), cardiopatías, hepatopatías crónicas, SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), cirrosis hepática, neoplasias y enfermedades terminales.
- **Pacientes con procesos quirúrgicos:** postoperatorio inmediato de cirugía menor y media, postoperatorio tardío y complicaciones de cirugía mayor, postoperatorio de cirugía traumatológica y ortopédica, y el tratamiento de grandes escaras y úlceras cutáneas.

El ingreso en la unidad se inicia a demanda del médico responsable del paciente, quien solicita una interconsulta a la Unidad solicitando su ingreso en la misma. Se procede entonces a una valoración conjunta del paciente por parte de los profesionales de la unidad indicándose la pertinencia o no del ingreso. Cuando sea necesario, se contará con la valoración complementaria del trabajador social, que evaluará la situación

socio-familiar, para asegurar la idoneidad del tratamiento en el domicilio. Previamente al ingreso, la familia y el propio paciente, tendrán que aceptarlo voluntariamente.

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

La posibilidad de asociar la Hospitalización Domiciliaria a la Cirugía Mayor Ambulatoria permite complementar y potenciar la actividad de ésta última al poder aprovechar la infraestructura funcional así como al personal sanitario de las Unidades de HD. Dicha situación puede repercutir muy positivamente en diferentes aspectos.

Por lo que respecta a los pacientes, algunos pueden rechazar esta forma de cirugía ambulatoria puesto que en ella el paciente es dado de alta pocas horas después de finalizada la intervención quirúrgica para regresar a su domicilio, en donde ha de transcurrir el periodo postoperatorio. En los casos en los que el paciente pueda tener dudas o temor ante esta situación, la Hospitalización Domiciliaria lo haría desaparecer ante la seguridad que le proporcionaría el seguimiento postoperatorio en su propio domicilio por el personal de estas Unidades.

En otros casos permitiría ampliar los criterios de selección en la Cirugía Mayor Ambulatoria y así podrían incluirse procedimientos que, aun estando establecidos para esta forma de cirugía, requieren una mayor prolongación de los cuidados postoperatorios hospitalarios por diferentes causas derivadas, por ejemplo, de la edad avanzada del paciente, de la existencia de patologías asociadas, de casos en los que el paciente está tomando medicaciones específicas, etc. y que de no existir la posibilidad de la HD serían excluidos de la Cirugía Ambulatoria.

En otras ocasiones se podrían incluir, en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, pacientes que de no existir la asociación de la HD no podrían serlo por la existencia de determinadas características en los procedimientos quirúrgicos a realizar, tales como aquellos en los que estén previstas pérdidas hemáticas importantes que puedan hacer necesario la realización de una transfusión, o las intervenciones que precisen cuidados postoperatorios complicados (existencia de drenajes de alto débito, por ejemplo), o aquellos en los que se prevea la existencia de dolor postoperatorio no controlable con analgesia por vía oral y que requiera la vía parenteral, o los que necesiten la administración postoperatoria de antibióticos por vía intravenosa, etc.

También podrían incluirse aquellos casos en donde la existencia simultánea de varias patologías susceptibles de Cirugía Mayor Ambulatoria puede impedir que se realicen de esta manera (procesos herniarios múltiples, por ejemplo).

Por otro lado, esta asociación permitiría incluir intervenciones de creciente complejidad quirúrgica sobre las que en la actualidad no existe acuerdo unánime respecto a lo adecuado de su realización mediante Cirugía Ambulatoria y entre las que podemos considerar la colecistectomía laparoscópica, el tratamiento laparoscópico del reflujo gastro-esofágico, la cirugía del tiroides, la cirugía neoplásica de la mama, etc.

La asociación de la Hospitalización Domiciliaria y la Cirugía Mayor Ambulatoria necesitaría lógicamente el establecimiento de protocolos conjuntos para determinar con claridad y precisión los criterios de selección de estos pacientes y los procedimientos quirúrgicos que podrían incluirse, así como el circuito asistencial que habrían de seguir y, por supuesto, establecer las actuaciones protocolizadas a realizar por los componentes de ambos tipos de Unidades.

Para concluir, hay que recordar que la HD, que surgió inicialmente como una forma de reducción de estancias hospitalarias y por tanto de costes, ha demostrado además ser un sistema capaz de mejorar la calidad de la asistencia por realizarse de un modo personalizado en el entorno familiar y social del enfermo, lo que es especialmente beneficioso para aquellos pacientes que ingresan en el hospital con mucha frecuencia, de ahí que en la mayoría de las Unidades existentes en España, se asista a enfermos con patologías crónicas evolutivas y con frecuentes reagudizaciones, en los que se busca evitar el ingreso hospitalario o reducir su duración. De este modo, se obtiene un beneficio adicional al disminuir las posibles complicaciones directamente relacionadas con la permanencia en el hospital (delirio, infecciones).

La Hospitalización a domicilio es pues una opción asistencial que ha demostrado su gran utilidad. Sin embargo y a pesar de estar perfectamente definidas sus funciones, indicaciones, organización y rentabilidad, para la mayoría de los profesionales sanitarios continúa siendo todavía una actividad no del todo bien conocida.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Bluestone, E.M. 1954. The principles and practice of home care. JAMA, 155:1379-82.

Busquet, X.; Porta, M.; Jarrod, M, y col. 1994. La atención domiciliaria al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. Aten Primaria, 13: 291-297.

Contel, S.J.C. 2000. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria. 25:22-28.

Cueto, J. 2003. Hospitalización a domicilio: concepto y actividad. Disponible en: <http://www.geocities.com/paliastur/had.html>

Espinosa, J.M.; Benítez, M.A.; Pascual, L.; Duque, A. 2000. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria. Atención Primaria, Documento 15. Barcelona: semFYC.

Hernández, R.M.; Rubio, G.A.; Navarro, E.; y col. 1999. Propuestas de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. Cuadernos de gestión, 5:31-38.

- Lefevre, A. 1996. L'Hospitalisation à domicile. Soins, 609:6-9.
- López, I.; Baydal, R.1999. Hospitalización a domicilio. Una alternativa a la hospitalización convencional. Líneas de futuro. Rev Neurol Esp, 29:673-7.
- Marrades, R.M.2001. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial? Arch Broconeumol, 37:157-59.
- Menéndez, A.G. 1995. La hospitalización a domicilio. Una alternativa a la hospitalización convencional. Medicina Integral, 25:151-55.
- Mitre, R.M.; Morales, M.; Llopis, A.; y col. 2001. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud, 10:45-55.
- Mitre, R.M.; Morales, M.; Sette, J.; y col. 2002. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Rev Panam Salud, 11:253-60.
- Montserrat, P.A.; Cuxart, A.; Quilez, F. 2002. La hospitalización a domicilio. Una alternativa asistencial. JANO, 63:28-38.
- Moreno, R.; Torrubia, P.; Rodeles, R.; Mainar, P. 2002. Hospitalización a domicilio. Medicina General, 45:438-439.
- Segura, C.J.C. 1999. Hacia un modelo de atención a domicilio. Cuadernos de gestión, 5:1-4.

Recibido: 10 julio 2009.

Aceptado: 27 julio 2009.