

Cejudo Díaz, Ildefonso\*

## \*Servicio de Hospitalización a Domicilio

### (1) PREÁMBULO

A pesar de un apoyo inicial de la administración (\*37), en la mayoría se las comunidades autonómicas (CCAA), la aparición de las unidades de hospitalización a domicilio (UHAD) se ha debido más al esfuerzo de los distintos hospitales que a la existencia de políticas que favorecieran la racionalización y optimización de la atención domiciliar hospitalaria. La actual situación de crisis económica brinda nuevamente una oportunidad para que las autoridades sanitarias apuesten por esta línea de actuación.

Desde una perspectiva histórica fue E.M Bluestone, del Hospital Guido Montefiore de Nueva York, quien en 1947 creó una división en el hospital como extensión del mismo en el domicilio del paciente y así nació la primera unidad de hospitalización a domicilio (UHAD). Otras experiencias similares siguieron en Canadá, Francia, Alemania, Gran Bretaña y Suiza entre los años cincuenta y sesenta. En España fue el doctor José Sarabia, quien a mediados del año 1981 puso en funcionamiento el primer servicio de hospitalización a domicilio (HADO) en el entonces Hospital Provincial de Madrid el cual sirvió de inicio para el desarrollo y expansión del resto de unidades existentes en la actualidad.

### (2) DEFINICIONES CONCEPTUALES

#### 2.1.- Atención Domiciliaria

Se define como el conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales que se desarrollan en el domicilio. Su concepción es integral y el secreto de su adecuado funcionamiento se basa en la coordinación y continuidad de la cartera de servicios que confluyen en ella. En esa cartera de servicios se puede distinguir -en función del grado de medicalización, tecnologías, duración y complejidad de los cuidados- diferentes niveles asistenciales.

#### 2.2.- Atención Domiciliara Hospitalaria

Identificada como Hospitalización a Domicilio, se caracteriza por proporcionar cuidados de intensidad y/o complejidad equiparables a los dispensados en el hospital, depende estructuralmente de los hospitales, es prestada por profesionales especializados a tal fin y engloba diversos esquemas asistenciales en función de las características de los cuidados, duración de los mismos y objetivo perseguido.

#### 2.3.- Atención Domiciliaria de Atención Primaria

Prestada por servicios de Atención Primaria (AP) y que se define por proporcionar cuidados de baja intensidad y complejidad, a pacientes que permaneciendo estables en su enfermedad necesitan de forma continua ser atendidos en su domicilio.

#### 2.4.- Servicio de Ayuda a Domicilio

Prestada en España por iniciativa de las administraciones públicas, y sobre todo de lillas corporaciones locales. La gestión y prestación del servicio suele correr a cargo de las organizaciones de carácter no lucrativo, mercantiles ó cooperativas con quienes se suscriben conciertos de servicios con los respectivos ayuntamientos. La organización y coordinación suele estar a cargo de trabajadores sociales. La intensidad el servicio depende del estado de necesidad, organización que lo presta, disponibilidad presupuestaria, etc.

### (3) CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

- Es una opción, por tanto requiere **Aceptación voluntaria** por parte del paciente y de la familia lo que requiere una Información previa.
- **Transitoriedad** de los procesos atendidos, por tanto precisa un diagnóstico establecido y una situación estable.
- **Adaptabilidad** al sistema de trabajo de la unidad (horario, residencia).
- Necesidad de Apoyo familiar (existencia de "**cuidador principal**").
- **Prestaciones** similares al entorno hospitalario (personal, medicación, etc.).
- Facilidad de **conexión** con el equipo asistencial (telefonía)

### (4) VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

#### Ventajas a nivel clínico

Reduce las infecciones nosocomiales, fenómenos de hospitalismo, episodios de confusión mental y/o depresión en los ancianos.

#### Ventajas a nivel psicosocial

Mejora y humaniza la relación entre el personal sanitario y el paciente, respeta la intimidad e incrementa la comodidad además de preservar los horarios de las propias actividades, evita desplazamientos y estancias en el hospital de los familiares, con el consiguiente ahorro económico,

facilita la comunicación entre el personal sanitario con sus familiares, integra a la familia en el proceso curativo y promueve las actividades de educación sanitaria.

#### **Ventajas a nivel de gestión de recursos**

Facilita el acceso hospitalario a los procesos agudos al mejorar el índice rotación enfermo-cama. Disminuye los costos marginales de la hospitalización convencional. Facilita la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, favoreciendo la comunicación entre profesionales y asegura la continuidad asistencial.

### **(5) FINALIDAD**

#### **5.1 Asistencial**

De lo expuesto anteriormente se deduce que la finalidad principal de la HAD es asegurar el tratamiento más efectivo y eficaz posible, en el propio entorno socio-familiar, con una oferta de atención personalizada que potencia su autonomía funcional y personal.

Diferenciamos tres Niveles de Actuación

- a) *Modelo de alta precoz.* Pacientes procedentes del área de hospitalización, con la finalidad de disminuir la estancia media.
- b) *Modelo de sustitución.* Pacientes procedentes de urgencias, consultas, atención primaria y centros sociosanitarios, con la finalidad de evitar la hospitalización convencional.
- c) *Modelo de hospital de día.* Pacientes que precisan de atención o realización de técnicas de nivel hospitalario, pero no de hospitalización (recambio de PEG, medicación iv, etc).

Queda en manos de la UHAD la evaluación inicial, confirmar el diagnóstico, decidir la aceptación o rechazo del seguimiento en domicilio, y continuar el tratamiento hasta el momento del alta.

#### **5.2 Docente**

La unidad de HADO reúne una serie de condiciones que hacen de ella el lugar idóneo para ser incluida en los planes docentes, tanto de pregrado como en la formación de los facultativos y en las escuelas de enfermería. Por un lado, da la oportunidad de contrastar las propias expectativas con el mundo real y, por otro, trabajar con un equipo multidisciplinar también contribuye a reforzar la formación

Abarca tres áreas perfectamente diferenciadas:

- a) *Formación de pregrado y posgrado.* Con periodos de rotación por la unidad, como parte integrante de la misma, de médicos residentes de medicina de familia, medicina interna y alumnos de la escuela de enfermería, todos ellos, en el último año de formación.
- b) *Formación conjunta con el personal de atención primaria.* Dada la vinculación creciente entre la UHAD y atención primaria, parece necesario, tanto para el personal médico como de enfermería, la realización de sesiones, jornadas, reuniones, etc, con el fin de unificar criterios, conocimientos y afianzar actitudes terapéuticas conjuntas
- c) *Formación propia para el personal de la UHAD.* Dando preferencia a áreas de contenido institucional, de gestión y finalmente de avances técnicos y científicos.

#### **5.3 Investigación**

El desarrollo y evolución de la UHAD precisa de una investigación adicional que de soporte a su expansión, dado la escasa reglamentación y normalización de la propia HAD. Trabajaremos en:

- a) Registros de datos clínicos que nos permitan comparar las distintas modalidades de HAD.
- b) Demostrar las hipótesis sobre las ventajas de la HAD para la institución (costes, etc) y para el paciente (satisfacción, resultados, etc)
- c) Integrarse y promover estudios de carácter provincial, autonómico, nacional e internacional, tanto en campos de gestión como en estudios técnicos y clínicos.

#### **5.4 Coordinación**

Si en la HAD, *la atención especializada rebasa los límites físicos* del edificio hospitalario para conseguir un *plan terapéutico individualizado* en donde el escenario de actuación es el propio domicilio, no cabe duda que la labor "de puente" facilita la coordinación entre la atención hospitalaria y atención primaria.

### **(6) ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO**

La unidad de HAD puede considerarse, funcionalmente, como un hospital en miniatura sin barreras arquitectónicas, que proporciona la mayor parte de los cuidados y funciones que se realizan dentro de un hospital junto a otras, que le son propias. Debe de estar ubicado dentro del recinto hospitalario con instalaciones y diseños adecuados para el número de personas que componen la unidad.

### 6.1 Metodología, cálculo de necesidades de personal y medios

Al no existir recomendaciones o guías en este campo, tanto a nivel nacional como internacional, para el cálculo de necesidades utilizaremos:

- Los datos de actividad previos del complejo hospitalario (del que forme parte)
- Y las perspectivas de actividad y crecimiento

A modo de ejemplo: Los datos utilizados para los cálculos se extraen de actividad del año de un Complejo Hospitalario (CH).

#### 6.1.1 Ingresos previstos

Nº de ingresos CH/año.. 27011

Nº de ingresos HADO/año.. 1100 (4.1% del total del CH)

Previsto aumentar hasta el 5.% que supone.. 1460

#### 6.1.2 Cuantificación de la carga de trabajo

##### Premisas:

a.- En un radio de acción urbano se cuantifica, el peso por paciente, de la siguiente manera:

- Paciente médico, Peso=1.227846543
- Paciente quirúrgico, Peso=0.476349429
- Paciente Cuidados Paliativos, Peso=1.159059621
- Hospital de día, Peso=0.283746605

b.- Equipo de HADO

- Cada equipo formado (de forma ideal)

1. 1 Medico + 2 DUES

2. 2 vehículos

- Carga máxima de trabajo por Equipo

1. Peso=10.000000000 +/- 2 punto

2. Equivalente a 7 pacientes médicos + 7 pacientes quirúrgicos

- Por ejemplo, cuatro equipos supone mantener ingresados entre 40 y 50 pacientes, con una estancia media de 10 días

### 6.2 Datos referentes a la estructura física y funcional

Una unidad de HAD dispondrá de las siguientes estructuras:

**Zona** de despachos médicos y de enfermería con equipos informáticos correspondientes.

- a) Despacho medico coordinador: con mesa de trabajo y mesa auxiliar para reuniones para unas cuatro personas.
- b) Despachos médicos, al menos uno por sector (cuatro en la actualidad): con mesa de trabajo y mesa auxiliar para una reunión de cuatro personas.
- c) Despacho de la supervisora: con mesa de trabajo y mesa auxiliar para una reunión de cuatro personas.

**Zona** de terapéuticas cortas, observación y de alta rápida.

Zona destinada a valorar, explorar pacientes ambulatorios o que acuden al hospital para realizar exploraciones complementarias y adaptada para realizar curas complejas y administrar medicación iv (hospital de día).

**Zona** de almacén: Necesario para material ofimático, fungible, medicación..etc.

**Área de apoyo al personal.** Donde se incluyen:

- i) Sala de biblioteca y sesiones clínicas.
- ii) Dormitorios (de evolucionar a cubrir las 24h de presencia física)
- iii) Aseos y vestuarios.

Esta distribución estructural, adaptada a la función, permite afrontar un crecimiento de la demanda sin tener que realizar continuas obras o cambios de ubicación, simplemente realizaremos cambios funcionales adecuados a la demanda.

### **6.3 Organización Funcional**

La organización funcional se debe de asentar en dos conceptos:

1. Integración y coordinación de la diversas áreas implicadas en la atención de los pacientes subsidiarios de hospitalización a domicilio, bajo una misma doctrina asistencial, es decir, con capacidad de mover y transferir al paciente al nivel que corresponda durante su proceso, de manera fluida y sin trabas administrativas.
2. Concreción de los circuitos asistenciales adecuados al nivel de riesgo de cada paciente.

Estos puntos nos facilitan definir el área de cobertura, horario de actuación, funcionalidad y cartera de servicios, de la UHAD.

#### **6.3.1 Área:**

Hay que tener en cuenta varios factores a la hora de definir un área de cobertura, como son: la facilidad de acceso al hospital; los núcleos de mayor afluencia hospitalaria; los recursos de la Unidad; la cartera de servicios, etc....

En general se admite que la isócrona máxima no sea mayor de 30 minutos de desplazamiento respecto al hospital, pudiendo variar según zona geográfica, orografía, rural...etc...

#### **6.3.2 Horario:**

Los pacientes ingresados en la UHAD deben tener una cobertura asistencial de 24 horas los 365 días del año (homologable a una hospitalización convencional). Lo más habitual es que entre las 8 horas y las 21 horas la atención esté cubierta por las UHAD (según sus recursos y organización interna) y que el tramo horario restante (de 21 horas a 8) lo sean por el 061.

Funcionalmente, la actividad asistencial debería hacerse fundamentalmente en turno de mañana, dejando las tardes para eventualidades concretas ó situaciones imprevistas; ello determinará una distribución más adecuada de los recursos existentes.

#### **6.3.3 Funcionalidad**

Siempre que el área de cobertura lo permita es aconsejable la distribución por zonas ó sectores, asignando a un equipo la responsabilidad de los pacientes de cada una de ellas, procurando, según la carga asistencial en cada momento, que sea lo más equitativa posible.

Dependiendo de los recursos humanos y de la categoría de pacientes y/ó procesos asistenciales, es conveniente fijar un tope en cuanto a capacidad asistencial, lo cual redundará en beneficio de todo el sistema.

Los circuitos de derivación y la selección de pacientes son deseables que los realice un equipo concreto, de preferencia intrahospitalaria, y que suele recaer, si los recursos humanos lo permiten, en el médico que ejerce como responsable ó coordinador/a de la unidad y supervisor/a de enfermería.

#### **6.3.4 Criterios de inclusión**

1. Criterios Médicos:

Diagnóstico establecido

Estabilidad clínica

Solicitud por parte del médico responsable del paciente

Protocolo asistencial consensuado

Requerir tratamiento ó criterio de rango hospitalario

2. Otros criterios:

Consentimiento Informado (de voluntariedad)

Cuidador fiable y responsable (de voluntariedad)

Teléfono domiciliario (criterio social)

Condiciones higiénico-sanitarias en domicilio adecuadas (criterio social)

Pertenecer al área geográfica en la que se desarrolla la actividad asistencial (criterio geográfico)

### 6.3.5 Proceso en régimen de hospitalización a domicilio (HADO)

#### Solicitud de ingreso

Contacto con la Unidad de HADO:

- *Vía telefónica*
- *Hoja de Interconsulta*

#### *FASE DE RECEPCIÓN (Plan de coordinación, destinado a los solicitantes)*

- Paciente acompañado de su cuidador
- Paciente y cuidador informados
- Informe con diagnóstico y tratamiento
- Médico remitente identificado
- No demorar para el domicilio procedimientos que se puedan realizar en el hospital (retirada de vías periféricas si no se prescribe tratamiento intravenoso, retirada de sondas vesicales que no sean necesarias,...)
- Adherencia a los criterios de ingreso en HADO
- Material necesario solicitado (gases medicinales, etc.) para preparar el alta de la sala de hospitalización.

#### *FASE DE HOSPITALIZACIÓN*

##### 1) Preingreso

- Valoración médica y de enfermería con elaboración de lista de problemas
- Entrevista al cuidador principal
- Plan de necesidades de materiales, medicación, formación del cuidador, apoyo social o institucional
- Plan de cuidados de enfermería

##### 2) Ingreso

- Abrir Hª. Clínica (modelo ¿)
- Registro de medicación (ficha de pautas terapéuticas)
- Programar visitas a domicilio (la 1ª visita conjunta, médico y enfermera)
- Pruebas complementarias
- Renovación de material y medicación
- Interconsultas

##### 3) Prestaciones generales

- Visitas médicas y de enfermería
- Plan terapéutico
- Suministro y control de medicación
- Suministro de material sanitario
- Gestión en la Tramitación de pruebas complementarias intrahospitalarias
- Gestión en la Tramitación de Consultas
- Manejo de vías y reservorios

- Cateterización de vías periféricas
- Manejo de drenajes
- Manejo de ostomías
- Sondajes
- Educación Sanitaria

#### 4) Alta

- Fin del protocolo
- Estabilidad clínica
- Empeoramiento
- Claudicación del cuidador
- Falta de condiciones mínimas
- Ingreso programado
- Encuestas

#### **FASE DE TRANSFERENCIA (Plan de coordinación enfocado a los destinatarios)**

- Implantación y adherencia a los protocolos de alta y derivación
- Equipo receptor identificado
- Paciente acompañado de su cuidador
- Paciente y cuidador informados
- Informe médico con diagnóstico y tratamiento actualizado
- Informe de continuidad de cuidados si precisa
- Recomendaciones al alta
- Informe social, si precisa
- Recordatorio, en el informe de alta, de las próximas citas.
- Médico de UHAD identificado
- Historia clínica cumplimentada

#### **6.3.6 Cartera de Servicios**

Se aceptan pacientes con las siguientes patologías:

##### **Indicaciones Médicas no Oncológicas**

- Enfermedades crónicas reagudizadas (EPOC, IC,...etc.)
- Infecciones agudas (neumonías, pielonefritis, celulitis, etc.)
- Esclerosis múltiple y otras enfermedades. neurológicas (Tratº I.V.).
- T.V.P.

##### **Indicaciones Oncológicas-Paliativos**

- Control de síntomas, dolor...
- Enfermos en situación terminal...

##### **Indicaciones quirúrgicas**

- Alta precoz postquirúrgica
- Ulceras tórpidas y pié diabético
- Seguimiento de postoperatorios complicados

##### **Otras**

- Tratamientos vía parenteral prolongados

#### **6.3.7 Procedimientos en domicilio**

##### **Diagnósticos**

- Electrocardiografía

- Pulsioximetría
- Extracciones analíticas:
  - Hematología
  - Bioquímica, Inmunología, Hormonas
  - Bacteriología
- Niveles plasmáticos de medicamentos
- Líquido articular
- Paracentesis

#### **Terapéuticos**

- Oxigenoterapia
- Aerosolterapia (broncodilatadora y antibiótica)
- Curas de todo tipo de heridas
- Paracentesis evacuadora
- Toracocentesis paliativa
- Tratamientos endovenosos
- Medicación intramuscular y subcutánea
- Ventilación mecánica

#### **Otros**

- Recambio de sondas y cánulas

#### **(7) BIBLIOGRAFIA:**

- Moción sobre hospitalización a domicilio. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado, II legislatura, 11 de mayo de 1983;26:379-82.
- Sanroma Mendizábal, P. San Pedro García, I. González Fernández, CR, Baños Canales MT. Libro de la SEHAD. Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y procedimientos 2011.
- Programa de hospitalización a domicilio. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de planificación Sanitaria. Madrid 1988.
- Cuxart Mèlich, A. Estrada Cuxart, O. Med Clin (Barc) 2012;138(8):355-360.
- Álvarez Hernández, M. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Plan Funcional de HADO 2010.
- Cejudo Díaz, I. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Plan Estratégico de HADO 2012.