



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Beneficios de la Atención y
Hospitalización Domiciliaria en pacientes
geriátricos y crónicos.**

Alumno/a: Guerra Pajares, Marta

Tutor/a: Dña Julia García Iglesias

Junio, 2017

ÍNDICE

ÍNDICE	pág. 1
RESUMEN	pág. 2
INTRODUCCIÓN	pág. 3
○ Evolución histórica	pág. 3
○ ¿Qué es la Atención Domiciliaria?	pág. 5
○ Características y tipos de la Atención Domiciliaria	pág. 5
○ Modalidades de la Atención Domiciliaria	pág. 6
○ Pacientes susceptibles de Atención Domiciliaria	pág. 7
○ Familia y Cuidador principal	pág. 8
○ Beneficios de la Atención Domiciliaria	pág. 9
○ Aplicaciones de enfermería basadas en la Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC's) y Teleasistencia	pág. 10
○ Enfermera gestora de casos	pág. 12
○ Hospitalización Domiciliaria	pág. 13
JUSTIFICACIÓN	pág. 16
OBJETIVOS	pág. 16
MATERIAL Y MÉTODOS	pág. 17
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	pág. 20
CONCLUSIONES	pág. 24
BIBLIOGRAFÍA	pág. 25

RESUMEN

Introducción: Los cambios sociodemográficos, marcados por el envejecimiento poblacional, han convertido nuestra comunidad autónoma y España en general, en escenario inevitable de un crecimiento imparable de la dependencia.

Nuevas modalidades asistenciales se están implantando en nuestra sociedad como respuesta a “nuevas” patologías prevalentes: la visita domiciliaria y la hospitalización domiciliaria son tipos de prácticas profesionales que están recibiendo cada vez más atención y supone una ampliación de la oferta de servicios sanitarios. De este modo se obtiene un beneficio social y económico, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios, y un beneficio para la familia y el propio paciente.

Objetivo: Conocer los beneficios que aportan, tanto a los profesionales como a los pacientes, la hospitalización a domicilio y atención a domicilio.

Material y métodos: Revisión bibliográfica.

Resultados y discusión: Una intervención planificada de enfermería, con una valoración integral individualizada disminuye los reingresos en pacientes geriátricos. La Hospitalización a Domicilio (HaD) ha demostrado que juega un papel muy importante en el suministro de cuidados de rango hospitalario a pacientes crónicos reagudizados en su domicilio, lo que mejora la calidad de vida de estos y evita los reingresos hospitalarios. La Hospitalización Domiciliaria, es pues, una alternativa para aminorar los costos, frente al costo de la hospitalización tradicional.

Conclusiones: La Hospitalización Domiciliaria, es una opción asistencial que ha demostrado su utilidad y a pesar de estar definidas sus funciones, indicaciones, organización y rentabilidad, para la mayoría de los profesionales sanitarios, continúa siendo una actividad no bien conocida.

Palabras clave: Atención Domiciliaria (AD), Hospitalización Domiciliaria (HD), Paciente geriátrico, Paciente crónico.

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliar se constituye como un medio idóneo para detectar las necesidades del paciente en todos sus aspectos, valorando el entorno y evaluando posibles deficiencias. De este modo se obtiene un beneficio social y económico, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios, así como otras instituciones y recortando la estancia media de los mismos. También podemos hablar de un beneficio para la familia, constituyendo un importante apoyo para esta, y un beneficio para el propio paciente, permitiéndole continuar en su medio habitual con unos niveles de cuidados semejantes a los que podría recibir en una institución cerrada. ⁽¹⁾

En los últimos años existe un renovado interés por el domicilio como lugar de atención al paciente ⁽²⁾. El envejecimiento de la población, debido a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida, y a la disminución de la tasa de mortalidad, ha hecho que este interés aumente y que el cuidado de las personas mayores se convierta en una necesidad sociosanitaria prioritaria. ⁽³⁾

La hospitalización a domicilio, especialmente desarrollada en el norte de nuestro país, es una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en un hospital, es una alternativa a la hospitalización tradicional con beneficios para los pacientes permitiendo la participación de éstos y su familia en los cuidados, y disminuyendo las clásicas complicaciones del ingreso hospitalario (infecciones nosocomiales, delirium, etc.) reduciendo así el gasto sanitario. ⁽⁴⁾

Evolución histórica

La visita domiciliar nació junto a la cama del enfermo, era la única forma de asistencia médica, y desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial, reservada además a los pocos privilegiados que se la podían permitir. Esta práctica data desde hace mucho tiempo, como lo que cuentan algunos relatos históricos; por ejemplo, en los papiros egipcios de más de 2500 años de antigüedad. ⁽⁵⁾

En los albores del siglo XX, los servicios de asistencia sanitaria eran muy deficitarios en España, dependiendo en gran medida de instituciones benéficas privadas y de la labor de las diversas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de enfermos, como las

Hijas de la Caridad o las Siervas de María. En este contexto la Cruz Roja Española decide fundar, por iniciativa de la reina Victoria Eugenia, un cuerpo de enfermeras a semejanza de otros países de Europa, con la finalidad de desarrollar funciones de voluntariado sociosanitario: El Cuerpo de Damas Enfermeras, que en 1918 ayudaría a la aparición del Cuerpo de Enfermeras profesionales. ⁽⁶⁾

Al mismo tiempo, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la sanidad española alcanzaría un importante grado de madurez. La promulgación de la Instrucción General de Sanidad de 1904, permitió sentar las bases de la nueva administración sanitaria. El segundo gran impulso vendría con la promulgación, en 1925, del Estatuto y Reglamento de Sanidad provincial, al disponer la organización unificada de las distintas estructuras sanitarias que habían ido surgiendo de la promulgación de la instrucción de 1904. Toda esta actividad renovadora se vería completada por la reforma sanitaria que se llevó a cabo durante la Segunda República (1931-1939), en especial las iniciativas que se tomaron bajo la dirección de Marcelino Pascua Martínez, el entonces Director General de Sanidad (1931-1933). ⁽⁷⁾

Así mismo, durante la Segunda República apareció la figura de la enfermera visitadora sanitaria, mediante la creación del Cuerpo de Enfermeras Visitadoras, cuya denominación refleja la relación del movimiento sanitario en España con el anglosajón (relación que se observa también en el convenio suscrito entre España y la Fundación Rockefeller de Estados Unidos 1914-1939). ⁽⁸⁾

A día de hoy, los cambios sociodemográficos, marcados por el envejecimiento poblacional, han convertido España, en escenario inevitable de un crecimiento imparable de la dependencia. En España más de cinco millones de personas presentan algún tipo de discapacidad, de las que casi dos millones tienen más de 65 años. Este tipo de personas son las que más utilizan los servicios sociales y sanitarios disponibles. Más del 50% de las estancias hospitalarias corresponden a personas mayores de 65 años, con niveles de dependencia mayores y tasas de frecuentación y hospitalización por encima de la media (lo que significa un aumento de los gastos hospitalarios), y un aumento de la demanda de Atención Domiciliaria, con la que se disminuyen los ingresos hospitalarios y, por lo tanto, los gastos. ⁽⁹⁾

¿Qué es la Atención Domiciliaria?

La Atención Domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio de pacientes que, debido a su estado de salud o a su dificultad de movilidad, no se pueden desplazar al Centro de Salud u Hospital que les corresponde. El desarrollo técnico que hace disponible la tecnología “móvil” (como oxigenoterapia, dispositivos intravenosos, monitores...), permite ofrecer asistencia sanitaria en el domicilio fuera del Centro de Salud o de Centros Hospitalarios y atender al enfermo de forma integral en diferentes momentos de la enfermedad. Además, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar, a detectar situaciones de riesgo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. ⁽¹⁰⁾

Características y tipos de la Atención Domiciliaria.

La Atención a Domicilio es uno de los servicios de salud que, por las características especiales del paciente, se ha de realizar en el domicilio de éste ⁽²⁾. Algunas de las características de la Atención Domiciliaria son las siguientes:

- Es un proceso enmarcado dentro del concepto de atención longitudinal y continuada.
- Se realiza en el domicilio del paciente.
- El núcleo de atención lo constituyen el enfermo y sus cuidadores, tanto familiares como informales.
- Debe proporcionar una atención biopsicosocial.
- Los recursos para este tipo de atención son fácilmente movilizables al domicilio.

Es diferente a la Asistencia Urgente a Domicilio, en que los recursos sanitarios se desplazan puntualmente al domicilio de la persona que ha demandado la asistencia, para resolver un problema de salud de manera preferente, que imposibilita la presencia física del paciente en el Centro de Salud u Hospital. ⁽²⁾

La Atención Domiciliaria tiene una serie de objetivos, como son:

- Control de síntomas.
- Educación sanitaria:
 - Cuidados.

- Uso de medicación.
- Apoyo al paciente y a la familia, acompañando en el proceso de la enfermedad.
- Coordinar con otros profesionales que intervengan en el proceso.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo y de la familia. ⁽¹¹⁾

Las enfermeras realizan un conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar, a través de un conjunto de tareas específicas, donde aplican conocimientos científico-técnicos ⁽¹²⁾. Algunos de los procedimientos son:

Procedimientos que realiza la enfermera en el domicilio	
• Oxigenoterapia	• Curas
• Nebulizadores	• Tratamiento subcutáneo
• Paracentesis evacuadora	• Constantes
• Extracciones	• Cuidados ostomías
• Toma de cultivos	• Glucemia
• Sondajes	• Otros

Tabla 1. Procedimientos que realiza la enfermera en el domicilio. ⁽¹¹⁾

Modalidades de Atención a Domicilio.

Los cambios sociales, económicos y tecnológicos de los últimos años, ocasionaron y ocasionan transformaciones significativas en los formatos de organización del trabajo, como también en las modalidades de los servicios prestados a la población, así como en la forma de pensar hacer y vivir del ser humano, desafiándolo a enfrentar cuestiones relativas a la vida, al trabajo y al proceso de salud y enfermedad. ⁽¹³⁾ En la siguiente tabla se muestran los distintos tipos de atención que hay según unos determinados ítems.

MODALIDADES DE ATENCIÓN A DOMICILIO				
Según la iniciativa	Según el fin	Según la dependencia	Según la financiación	Según la tipología del paciente
A demanda	Asistencial	Atención domiciliaria atención primaria	Pública directa	Atención a personas en fase aguda
Programada	Investigadora		Pública concertada	Atención a enfermos crónicos
	Educadora	Atención domiciliaria social	Privada	Atención postclínica
	Administrativa	Hospitalización domiciliaria	Filantrópica	Atención geriátrica
				Cuidados paliativos

Tabla 2. Modalidades de Atención a Domicilio. ⁽²⁾

Pacientes susceptibles de atención domiciliaria.

El cuidado en el domicilio de las personas incapacitadas temporal o permanentemente, eleva la calidad asistencial ofrecida por el sistema de salud mejorando la calidad de vida de los pacientes respecto a los cuidados hospitalarios o institucionales. El domicilio puede convertirse en el entorno habitual e ideal para el cuidado de estos pacientes. ⁽²⁾

En este apartado se describen algunos de los pacientes que reúnen las condiciones necesarias para recibir atención domiciliaria:

1. Paciente Geriátrico:

Se considera paciente geriátrico a aquel que cumple al menos tres de los siguientes requisitos:

- Edad superior a 75 años.
- Pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal tiene características incapacitantes.
- Existe patología mental o afectiva acompañante o predominante.
- Hay problemática social en relación con su estado de salud. ⁽²⁾

2. Paciente con insuficiencias orgánicas severas:

El porcentaje de pacientes recluidos en su domicilio, cuyo principal problema es una insuficiencia orgánica, es del 30%, siendo las más frecuentes la insuficiencia cardíaca (IC), la insuficiencia respiratoria (EPOC), la insuficiencia hepática (IH) y la insuficiencia renal (IR).

Resulta fundamental la colaboración de la familia con el equipo asistencial, y la existencia de un cuidador principal. El objetivo final es mantener al paciente clínicamente estable el mayor tiempo posible, detectando precozmente las descompensaciones, para adoptar medidas de corrección que eviten agravamientos sintomáticos y hospitalizaciones. ⁽²⁾

Familia y Cuidador Principal.

La familia es el pilar básico para la provisión de cuidados del paciente crónico. Sin su participación activa es difícil alcanzar los objetivos del plan de cuidados, ya sean curativos o paliativos. Aunque los miembros de la familia deban repartirse lo más equitativamente posible las responsabilidades del cuidado del paciente, en la realidad se identificará a la persona que llevará el mayor peso de la atención. La enfermedad y el cuidado del enfermo crónico en domicilio puede conllevar una serie de alteraciones familiares.

Las familias que acogen a un paciente que precisa de cuidados domiciliarios, tienen unas necesidades que cubrir como la necesidad de una información clara, necesidad de compañía y apoyo emocional. La familia debe ser tratada, junto con el paciente, como una unidad, y en ellos realizaremos una escucha de sus demandas, informando puntual y continuamente sobre su evolución, se hará un entrenamiento de las tareas a realizar dando apoyo psicoemocional individual y grupal.

Aquella persona que llevará el mayor peso del cuidado del paciente, sea familia o no, se le denomina Cuidador Principal, aquel que asume las responsabilidades reales y tiene disposición para atender al enfermo. Hay que evitar la sobrecarga del cuidador principal, que es un estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen del cuidado del enfermo.

Por todo lo expuesto, la repercusión en la salud bio-psico-social del colectivo de familiares cuidadores es tan notable que, constituye un grupo de riesgo que hay que atender y cuidar, no solo para que tengan un nivel de calidad de vida aceptables, sino también para que puedan continuar con su labor de proveedores de atención y cuidado de sus familiares. ⁽²⁾

Beneficios de la Atención Domiciliaria.

La Atención Domiciliaria permite generar una mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar, además de una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar. A su vez, permite identificar problemas y necesidades expresados y ocultos, y el desarrollo de actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.⁽¹⁴⁾

1. Beneficios para la familia:

- a. Proporciona los cuidados al paciente.
- b. Mayor autonomía.
- c. Satisfacción por la participación activa.
- d. Facilita el proceso de duelo.
- e. Respeto a la voluntad del paciente. ⁽¹¹⁾

2. Beneficios para el paciente:

- a. El mantenimiento de su papel social y familiar.
- b. Dispone de tiempo.
- c. Mantiene su intimidad.
- d. Puede realizar actividades ocupacionales.

- e. Ambiente conocido y agradable.
- f. Facilidad para conservar su autonomía el mayor tiempo posible. ⁽¹¹⁾

Aplicaciones de enfermería basadas en Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC's) y Teleasistencia.

Las tecnologías de la Información y Comunicación, actualmente, aportan al sistema de salud grandes avances y cambios significativos en los mismos, la aplicación de estas en la enfermería, ha logrado que el cuidado brindado por el personal de salud sea cada vez más actualizado e informado de los avances tecnológicos e informáticos que a diario van surgiendo.

Las estrategias, cuidados, intervenciones y actividades propias del enfermero, con el uso de la tecnología y la informática, garantizan cada día un cuidado integral y humano en donde el principal beneficiado es el paciente, de igual forma se fortalece el vínculo enfermera-paciente debido a que un profesional o trabajador de la salud actualizado estará en la capacidad de brindar un cuidado de calidad y proporcionar seguridad y confianza en los sujetos.

Las **TIC's** son tecnologías de la información y de comunicaciones, constan de equipos de programas informáticos y medios de comunicación para reunir, almacenar, procesar, transmitir y presentar información en cualquier formato, es decir, voz, datos, textos e imágenes. ⁽¹⁵⁾

Podemos encontrar las siguientes aplicaciones de las TIC's en enfermería que nos ayuden a implementar cuidados domiciliarios permitiendo potenciar acciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, todo bajo una perspectiva integral.

1. Servicios de teleconsulta/diagnóstico domiciliario:

- a. Teleseguimiento → Permite el desarrollo de la consulta sin el desplazamiento del paciente. Gracias a la aplicación de las vídeo cámaras se puede establecer un contacto visual y auditivo entre el paciente y el profesional, con la ventaja de que éste se puede realizar con mayor frecuencia, también permite hacer educación sanitaria individual dirigida al paciente y su entorno. **Ejemplo:** “Pedro habla a

través de una videocámara con su médico de familia y conversan sobre la evolución del estado de salud. El médico decide cambiarle la medicación, registra las anotaciones en su historia electrónica y le emite la receta electrónica con los nuevos medicamentos.”

2. Servicios de telehospitalización a domicilio:

- a. Telemonitorizar → Permite establecer una vigilancia continua de las constantes vitales del paciente. Este sistema completa las posibilidades que ofrece la teleconsulta. **Ejemplo:** “Pedro realiza las medidas de tensión y glucosa en sangre y las envía, para su análisis, a su enfermera.” Gracias al tensiómetro y al glucómetro es posible llevar a cabo una telemonitorización de estos niveles sin necesidad de que el paciente se desplace.
- b. Telecontrol domiciliario → Posibilita el control remoto de los elementos que intervienen en la teleconsulta, es un sistema de gestión remota de los dispositivos médicos instalados en el domicilio del paciente.
- c. E-compliance → Es un sistema que facilita el control, por parte del profesional, de la toma de medicación del paciente, permite una evaluación de la adherencia al tratamiento y un mejor ajuste de éste. Tiene una función de agenda que facilita la toma de medicación evitando los frecuentes olvidos. **Ejemplo:** “Pedro recibe una notificación en el móvil de que tiene empezar con su nueva medicación”.
- d. Telealarma → Es la más usada. Le proporciona al paciente la tranquilidad de poder acceder de forma inmediata a unos profesionales, tan solo pulsando un botón que suele estar en un colgante o en una pulsera. **Ejemplo:** “Pedro ha sufrido una caída en el baño y ha pulsado el medallón que siempre lleva colgado en el cuello para que acudan a ayudarlo. La empresa de teleasistencia, que le ofrece soporte las 24 horas del día, le ve a través de la cámara que tiene el en baño y envía una ambulancia de inmediato.”
- e. Teleasistencia social → Es similar a la teleasistencia médica, pero en este caso la comunicación remota tiene un carácter generalmente preventivo de apoyo al paciente o a su familia. ⁽¹⁾ Hace un seguimiento telefónico periódico a las personas, informan sobre los recursos sociales

que existen y pueden ser útiles, y orienta hacia recursos básicos de atención social. ⁽¹⁶⁾

Es necesario conjugar el uso de las TIC con medidas que favorezcan el contacto directo entre los pacientes y evitar su aislamiento social. Uno de los riesgos del uso de las TIC está relacionado con la confidencialidad de una información accesible permanentemente desde un domicilio, una residencia o un centro hospitalario. Pero la aplicación de las TIC implica la superación de unas barreras que tienen mucho que ver con el desconocimiento tecnológico de los profesionales y de los pacientes. ⁽¹⁾

Enfermera gestora de casos.

La continuidad asistencial presenta algunas dificultades ya que, en cada uno de los niveles asistenciales, atención primaria (AP), atención especializada (AE) y sociosanitaria; se actúa de forma independiente y aislada; por lo tanto, para atender al ciudadano de forma integral, deberíamos incorporar o al menos establecer una relación teniendo en cuenta a otros profesionales como los servicios sociales, que deberían actuar de forma coordinada con los servicios de salud.

La Enfermera Hospitalaria de Enlace (ECH) es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos, entendido éste, como proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados. ⁽¹⁷⁾

Hospitalización Domiciliaria.

La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa asistencial del sector salud, que consiste en un modelo organizativo 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 de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. ⁽¹⁸⁾

En Castilla y León, este modelo asistencial, solo se practica en Burgos, León, Valladolid, Zamora y Palencia (sólo paliativos). Uno de los recursos con los que cuenta el Sacyl para descongestionar la ocupación en los hospitales, son los ingresos a domicilio, un servicio que, hasta el momento, solo se desarrolla en estas cinco provincias.

La hospitalización domiciliaria se confirma como una alternativa adecuada para el tratamiento de determinado tipo de pacientes. En su mayoría son quirúrgicos, pero también se destina a crónicos, tratamientos endovenosos, cura de heridas complicadas y, en ocasiones, a cuidados paliativos.

Enviar el paciente a casa es más barato, además de evitar el riesgo de contagios de las llamadas enfermedades hospitalarias. También tiene un efecto terapéutico, ya que acelera la curación del enfermo al encontrarse en un clima mucho más cálido y familiar, contando con los cuidados y asistencia de personal sanitario especializado ⁽¹⁹⁾.

VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA		
Pacientes y sus familiares	Hospital	Sistema de salud
Mejor atención, participación y responsabilización.	Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles.	Incremento de la eficacia y la efectividad mediante una asistencia más humanizada.
Mejor calidad de vida, intimidad y bienestar.	Aumento en rotación y disponibilidad de camas.	Uso más eficiente de los recursos sanitarios.
Asistencia personalizada y más humanizada.	Reducción de estancias innecesarias.	Posibilidad de integrar y mejorarlas relaciones entre los diferentes niveles asistenciales.
Educación para la salud.	Acortamiento de los periodos de internamiento.	Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social.
Prevención de desinserción social y hospitalismo psíquico.	Reducción presupuestaria.	

Tabla 3. Ventajas de la hospitalización domiciliaria. ⁽¹⁸⁾

Entre los problemas que conlleva este tipo de asistencia es que se necesita una infraestructura adecuada y un equipo sanitario específico, tanto a nivel de profesionales, como de equipamientos (vehículos, material sanitario, etc). ⁽¹⁹⁾

En la UHD (Unidad de Hospitalización Domiciliaria), el ingreso se caracteriza por su transitoriedad, complejidad e intensidad. Los pacientes candidatos a ingresar en UHD son aquellos que presentan estabilidad clínica de una patología médica y/o quirúrgica constatada por un profesional, con diagnóstico establecido, que requiera ingreso

hospitalario sin precisar de la tecnología hospitalaria de alto nivel. Así mismo aquellos casos en los que el domicilio sea “el mejor lugar terapéutico”. (20)

JUSTIFICACIÓN

Debido al envejecimiento de la población, y a que los pacientes geriátricos son, en su gran mayoría, pluripatológicos, aumentan los ingresos hospitalarios de éstos y, por lo tanto, los gastos sanitarios. Para reducir estos ingresos y estos gastos se puede recurrir, según unos criterios, al ingreso a domicilio, que además es beneficioso para el paciente. Este trabajo se eligió para conocer si realmente tanto la atención domiciliaria como la hospitalización a domicilio, eran beneficiosas en cuanto a la comodidad del paciente, la disminución de ingresos y la disminución de gastos.

Hasta el momento no hay mucha evidencia científica sobre éstos beneficios, por lo que, este tema, necesita de una mayor investigación.

Además, se pretende familiarizar a la población con los TIC's, ya que son unas tecnologías que ayudan a mejorar el bienestar, tanto del paciente como del profesional.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer los beneficios que aportan, tanto a los profesionales como a los pacientes, la hospitalización a domicilio y atención a domicilio.

Objetivos específicos:

- Verificar que, estas nuevas formas de asistencia disminuyen los ingresos hospitalarios y los costes.
- Detallar la importancia que tiene la hospitalización a domicilio y la atención domiciliaria para mejorar la calidad de vida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión bibliográfica. La búsqueda bibliográfica se inició en el mes de marzo de 2017 y finalizó en el mes de abril de 2017, con el fin de documentarse acerca de los beneficios que aporta la atención domiciliaria y la hospitalización domiciliaria.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se utilizaron distintas bases de datos electrónicas, a través de palabras clave en inglés mediante los Dec's (Descriptor en ciencias de la salud), que fueron "Home visit", "nursing", "home care services" y "hospital-based", y el operador booleano "AND", así como los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión:

- Artículos en español o inglés.
- Artículos de 10 años de antigüedad, a excepción de algunos artículos que por relevancia de la información se amplió el rango de antigüedad.
- Disponibilidad de texto completo gratuitamente.

Criterios de exclusión:

- Menores de 14 años.
- Puérperas.
- Artículos sobre enfermedades agudas.
- Pacientes oncológicos.
- Pacientes post-quirúrgicos.

BASES DE DATOS:

Dialnet

Se utilizaron los descriptores "Atención especializada" AND "Hospital", se obtuvieron 16 artículos, tras leer los resúmenes de dichos artículos se escogió uno.

Con el descriptor "Atención domiciliaria", se obtuvieron 578 artículos, se aplicaron los criterios de inclusión obteniéndose 22 artículos, de los cuales, una vez leídos los resúmenes, se escogió y utilizó uno.

Pubmed

Utilizando los descriptores “Home visit” AND “Nursing”, se obtuvieron 2162 artículos, para reducir el número de artículos utilizamos los criterios de inclusión, obteniendo 178 artículos, se siguió acotando la búsqueda y se utilizaron dos artículos.

Con el descriptor “Home care services hospital-based”, se encontraron 2443 artículos, que se quedaron en 94 al utilizar los criterios de inclusión, se siguió reduciendo la búsqueda, se escogieron tres artículos, pero solo uno fue utilizado.

Scielo

Utilizando los descriptores “Hospital” AND “Domicilio” AND “Cuidados”, se obtuvieron 32 artículos, se escogieron 2 de ellos, y sólo se utilizó uno.

Con los descriptores “Cost of home care” se encontraron 110 artículos, que se redujeron a 96 aplicando los criterios de inclusión, a través de los filtros se redujo más el número de artículos y se escogió y se utilizó un artículo.

Elsevier

Con los descriptores “Domicilio” AND “Paciente geriátrico”, se obtuvieron 473 artículos, que mediante los criterios de inclusión y exclusión disminuyó el número de artículos, y se utilizó solamente uno.

Utilizando los descriptores “Domicilio” AND “EPOC”, se obtuvieron 1622 artículos, aplicando los filtros se quedaron en 89 artículos, se sigue acotando la búsqueda, y se escogió y utilizó uno.

Otras fuentes

También se han utilizado otras fuentes de información, como Guías de actuación clínica, artículos de periódicos, revistas, el portal de salud de Castilla y León, Google, etc. Artículos que se encontraron fuera de las bases de datos y que aportaban información relevante para este trabajo.

DIALNET		
"Atención especializada" AND "Hospital"	Artículos seleccionados	1
	Artículos utilizados	1
"Atención domiciliaria"	Artículos seleccionados	1
	Artículos utilizados	1

Tabla 4. Dialnet. Elaboración propia.

PUBMED		
"Home visit" AND "Nursing"	Artículos seleccionados	2
	Artículos utilizados	2
"Home care services" hospital-based"	Artículos seleccionados	3
	Artículos utilizados	1

Tabla 5. Pubmed. Elaboración propia.

SCIELO		
"Hospital" AND "Domicilio" AND "Cuidados"	Artículos seleccionados	2
	Artículos utilizados	1
"Cost of home care"	Artículos seleccionados	1
	Artículos utilizados	1

Tabla 6. Scielo. Elaboración propia.

ELSEVIER		
"Domicilio" AND "Paciente geriátrico"	Artículos seleccionados	1
	Artículos utilizados	1
"Domicilio" AND "EPOC"	Artículos seleccionados	1
	Artículos utilizados	1

Tabla 7. Elsevier. Elaboración propia.

RESULTADOS Y DISCUSION

1. Paciente geriátrico:

El colectivo de ancianos presenta una importante demanda de cuidados, derivada de la existencia de problemas activos que generan la dependencia. Los grupos de población de mayor edad han experimentado un fuerte crecimiento en cuanto a la frecuentación hospitalaria y, por lo tanto, de los reingresos hospitalarios, muchos de los cuales se pueden evitar. Uno de los puntos clave sería reducir la tasa de reingresos y el tiempo hasta el reingreso.

Cano.A y col, en un ensayo clínico controlado y no aleatorizado, realizado en el área sanitaria de Madrid quisieron evaluar la eficacia de la planificación del alta hospitalaria y seguimiento en atención primaria de pacientes mayores de 65 años para disminuir la tasa de reingresos, y la reducción del tiempo hasta el reingreso. Entre los criterios de inclusión se encontraban: anciano frágil o de alto riesgo, que se pudiera contactar telefónicamente, orientados y conscientes, etc. Se dividieron en grupo de intervención y grupo de control. De los participantes solo el 29,9% reingresó siendo mayor el reingreso en el grupo control, demuestran que una intervención planificada de enfermería con una valoración integral individualizada disminuye los reingresos en mayores de 65 años. ⁽²¹⁾

Occelli.P y col, en un ensayo multicéntrico prospectivo de cuña escalonada aleatorizado realizado en dos hospitales universitarios de Francia, tuvieron como objetivo evaluar el impacto de un programa de transición de cuidado de hospital a casa para los ancianos ingresados en unidades de corta estancia en pacientes de 75 años o más. El programa se realizó en tres etapas durante 14 meses: 1) Durante la estancia del paciente en el hospital; 2) El día del alta; 3) Durante cuatro semanas después del alta. La conclusión a la que llegaron es que las intervenciones de transición de tres pasos (es decir, las intervenciones de puente) que involucran a un profesional especialmente asignado parecen ser las más efectivas para reducir el riesgo de reingreso hospitalario. ⁽²²⁾

2. Paciente con insuficiencias orgánicas severas:

El envejecimiento de la población suele llevar aparejado el sufrimiento de enfermedades crónicas, muchas veces en forma de pluripatología, que pueden generar fragilidad, discapacidad y, en último término, dependencia. La agravación de aquéllas y/o la interconurrencia de otros procesos agudos hacen que el anciano necesite cuidados hospitalarios. La hospitalización a domicilio (HaD) ha demostrado que puede jugar un papel importante en el suministro de cuidados de rango hospitalario a estos pacientes en su propia casa, lo que mejora la calidad de vida de estos y evita también los reingresos hospitalarios.

Stewart. S y col, en un estudio prospectivo, combinado y secundario de tres ensayos aleatorios de cuidados en el domicilio. Buscaron el impacto global de una intervención domiciliaria dirigida por enfermeras y multidisciplinaria adaptada a pacientes hospitalizados con formas crónicas de cardiopatía de diversos tipos (cardiopatía, pero no insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular pero no IC e IC). Los tres ensayos tenían las mismas características, pero pacientes con distintas afecciones cardíacas crónicas, con un total de 1226 participantes en los tres ensayos. Siete días después de darles el alta la enfermera realiza una visita domiciliaria, se ve el perfil del hogar, se hace un seguimiento telefónico, etc. En comparación con el tratamiento estándar, los pacientes con intervención domiciliaria alcanzaron una supervivencia libre de eventos significativamente prolongada (90,1% [intervalo de confianza del 95%, 88,2-92,0] frente al 87,2% [intervalo de confianza del 95%, 85,1-89,3] días vivo y fuera del hospital ; P = 0,020). Estos datos proporcionan apoyo adicional para la aplicación de intervenciones domiciliarias tras el alta en pacientes con formas crónicas de enfermedad cardíaca. ⁽²³⁾

Wong.R.C y col, en un estudio prospectivo, se intentó evaluar el impacto del programa de atención avanzada en el hogar (ACP) sobre la utilización de la atención de la salud en pacientes en fase terminal de IC. Se analizaron los datos de todos los participantes, se recogieron datos de entrevistas telefónicas y de los detalles de las visitas domiciliarias, etc. Llegaron a la conclusión de que el programa de atención previa en el hogar es potencialmente efectivo para reducir la utilización de la atención de la salud en pacientes en fase terminal de

IC, principalmente mediante la reducción de las rehospitalizaciones de IC y, probablemente, en el ahorro de costos. ⁽²⁴⁾

Díaz Lobato.S y col, han realizado un estudio prospectivo, controlado y aleatorizado en grupos paralelos con el fin de evaluar la eficacia de un programa de hospitalización domiciliaria (HD) en pacientes ingresados en el hospital por agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los dos grupos eran: hospitalización convencional u hospitalización domiciliaria, y llegaron a demostrar que un programa de HD controlado desde el hospital, con participación de neumólogos y personal de enfermería, en enfermos ingresados con exacerbación de la EPOC que cumplen unos requisitos de estabilidad clínica y gasométrica, permite la recuperación del paciente sin un aumento en la tasa de reingresos, recaídas o fracasos terapéuticos. ⁽²⁵⁾

Andújar.A y col, realizan un estudio observacional, con el objetivo de evaluar la necesidad de la visita domiciliaria como instrumento fundamental en el tratamiento de Diálisis Peritoneal a la hora de valorar el entorno. Realizaron una encuesta a todos los pacientes que estaban en el programa y a los que iniciaron la técnica de diálisis, pasados unos meses, durante la visita domiciliaria, el enfermero observa algunos parámetros de la encuesta (vivienda, entorno familiar, etc.). Tras obtener los resultados llegaron a la conclusión de que la visita domiciliaria antes de la instauración del tratamiento en el domicilio, además del apoyo que se ofrece al paciente/familia, ayuda a la correcta distribución y realización de los recambios peritoneales, evitando entre otros, las potenciales complicaciones que pueden derivarse por la falta de higiene. ⁽²⁶⁾

3. Coste-efectividad de la hospitalización domiciliaria:

La Hospitalización a Domicilio es una práctica asistencial que, para la mayoría de los profesionales sanitarios, es una actividad poco conocida. Es una actividad que aporta cuidados en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo confort, funcionalidad y salud, dando así mayor calidad de vida al paciente y optimizando los recursos sanitarios.

Restrepo.C y col, en un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, con el fin de valorar el costo del servicio de hospitalización domiciliaria en comparación a la hospitalización institucional, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y los días estancia. Se realizó entre los meses de enero a diciembre y se agruparon en seis enfermedades comunes en el perfil epidemiológico de hospitalización domiciliaria e institucional. Llegaron a la conclusión de que la hospitalización a domicilio es una alternativa para aminorar los costos, ya que se encontró que el costo de la hospitalización domiciliaria fue el 18% del total del costo de la hospitalización tradicional. ⁽²⁷⁾

CONCLUSIONES

- En cuanto al paciente geriátrico, una intervención planificada de enfermería con una valoración integral individualizada en el domicilio tras el alta hospitalaria, disminuye los reingresos en mayores de 65 años. Y una intervención de puente (es decir, la transición del paciente desde el hospital a su casa) mediante un seguimiento tras el alta, disminuye el riesgo de reingreso hospitalario.
- Los pacientes con formas crónicas de insuficiencia cardíaca, EPOC y diálisis peritoneal que, tras el alta, reciben una intervención domiciliaria, tienen una supervivencia más prolongada, una disminución en la tasa de reingresos, recaídas o fracasos terapéuticos y un ahorro de costos para el sistema sanitario.
- La Hospitalización Domiciliaria es una buena alternativa para mejorar la calidad de vida del paciente en cuanto a su bienestar, comodidad e intimidad, reduce además los costes sanitarios al reducir los días de estancia y los ingresos evitables.
- Sería bueno conocer el grado de satisfacción del paciente en cuanto a la Hospitalización Domiciliaria, cómo se sienten, y conocer también, cómo avanza esta alternativa en un futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iruzubieta Barragán FJ. La Atención Domiciliaria. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Universidad de la Rioja. 2006: 211-230.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de la buena práctica clínica en Atención Domiciliaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Consejería de Sanidad y Consumo. Protocolo de Visita Domiciliaria. Extremadura: Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.
4. San José A, Pérez López J, Alemán Llansó MC, Rodríguez González E, Chicharro Serrano ML, Jiménez Moreno X, et al. Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano: Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la Atención Primaria de salud del territorio. Rev Clin Esp. 2008; 208: 182-186.
5. Cubillos X. Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. Medwave. 2007; 7.
6. Mas M, Siles González J, Pulido Mendoza R. ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española?. Metas de enfermería. 2015; 18: nº 8.
7. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez ME. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. Dynamis. 1995; 15: 151-176.
8. Diario médico [internet]. Madrid: Diario Médico; 2013 [acceso 8 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/elenfermeroperplejo/2013/06/30/los-origenes-de-la-enfermeria-de-salud-publica-el-cuerpo-de-enfermeras-visitadoras-sanitarias/>

9. Consejería de Salud. Guía de Atención Domiciliaria. Málaga: Consejería de Salud: 2006.
10. Portal de Salud en Castilla y León [internet]. Valladolid: Portal de Salud en Castilla y León; [acceso 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>
11. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la región de Murcia [internet]. Murcia: Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la región de Murcia; [acceso 4 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/Competencias_en_Cuidados_Paliativos_Nivel_basico_Area_III/5_La_Visita_Domiciliaria.pdf
12. Enfermería [internet]. Enfermería; 2010 [acceso 8 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://rosario-enfermeria.blogspot.com.es/2010/12/visita-domiciliaria.html>
13. Marqués Weykamp J, Heckler de Siqueira HC, Cecagno D. Modalidades de atención a domicilio del Sistema Único de Salud (SUS) articuladas a las Redes de Atención a la Salud. Enfermería Global. 2016; 15: nº 3.
14. Velasco A, Duran M. La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia. Red ULA. [Internet]. 2003 [acceso el 12 de febrero de 2017]. Disponible en: http://webdelprofesor.ula.ve/medicina/asdruve/materias/enfermeria_comunitaria1/Visita%20Domiciliaria%20.pdf

- 15.**Aplicaciones de Enfermería basadas en Tics [internet]. Estados Unidos: Aplicaciones de Enfermería basadas en Tics; 2013 [acceso 14 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://nursing1104.blogspot.com.es/>
- 16.**Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. BOE nº 242 de 7 de octubre de 2011.
- 17.**García Abad MP. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. REDUCA. 2010; 2: nº 1.
- 18.**Mitre Cotta RM, Suárez Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Ramón Real E, Días Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. 2001; 10: 45-55.
- 19.**Diario de Burgos. La hospitalización domiciliaria sube a 3.500 pacientes pese a atascarse años su ampliación. Diario de Burgos. 2015 Enero 28; Sección Actualidad.
- 20.**Hospital Universitario del Vinalopó. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Valencia: Hospital Universitario del Vinalopó.
- 21.**Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. ELSEVIER. 2008; 40: 291-295.
- 22.**Ocelli P, Touzet S, Rabilloud M, Ganne C, Bourdy SP, Galamand B, et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. BMC Geriatrics. 2016; 16: nº 1: 57.

- 23.** Stewart S, Wiley JF, Ball J, Chan YK, Ahamed Y, Thompson DR, et al. Impact of Nurse-Led, Multidisciplinary Home-Based Intervention on Event-Free Survival Across the Spectrum of Chronic Heart Disease: Composite Analysis of Health Outcomes in 1226 Patients From 3 Randomized Trials. 2016; 10: 1867-1877.
- 24.** Wong RC, Tan PT, Seow YH, Aziz S, Seow SC, Seah A, et al. Home-based advance care programme is effective in reducing hospitalisations of advanced heart failure patients: a clinical and healthcare cost study. Ann Acad Med Singapore. 2013; 42: nº 9: 466-471.
- 25.** Díaz Loabato S, González Lorenzo F, Gómez Mendieta MA, Mayoralas Alises S, Martín Arechabala I, Fernández Montes CV. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. Archivos de Bronconeumología. 2005; 41: nº 1: 5-10.
- 26.** Andújar A, Gruart P, Vilarnau F, Andújar J. La visita domiciliaria: Herramienta fundamental para la Diálisis Peritoneal. Revista SEDEN. 2003; 6: nº 3: 21-24.
- 27.** Restrepo C, Echevarría JC, Manrique RD, Valencia JE. Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. CES Medicina. 2010; 23: nº 1: 27-35.