

ORIGINALES

**HOSPITALIZACION A DOMICILIO:
EXPERIENCIA DE DOS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO**

J. Arranz Pérez, J. Tejedor Muñoz

Instituto Nacional de la Salud
Hospital "Del Río Hortega". Valladolid.

RESUMEN

Se expone la experiencia del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital "Del Río Hortega", de Valladolid, durante los años 1988 y 1989.

Se pone de relieve la utilidad de esta Unidad Asistencial al reducir el tiempo de estancia del enfermo en el Hospital porque acorta la estancia postoperatoria en determinadas patologías quirúrgica (hernias, coleditiasis, apendicitis) y permite dar el alta hospitalaria más precoz en pacientes con patología terminal y procesos crónicos, disminuir los costes de la asistencia sanitaria y reintegrar al enfermo a su medio familiar más pronto.

Palabras Clave: Hospitalización a domicilio.

ABSTRACT

Home Hospitalization: Two Years of Operating Experience

It is shown the working experience of the home hospitalization unit belonging to "Del Río Hortega" Hospital, in Valladolid, during the years 1988 and 1989.

The profit of this Care Unit is emphasized, as it reduces the patient's length of stay in the Hospital, for it shortens the postoperative period in some specific surgical pathologies (hernias, coleditiasis, appendicitis) and allows an earlier hospital discharge in case of terminal pathologies and cronical diseases, makes it possible to reduce the health care-costs and to return the patient to his family environment sooner.

Key Words: Home hospitalization.

INTRODUCCION

La Hospitalización a Domicilio (H.D.) es una modalidad asistencial conocida y aplicada desde hace muchos años en distintos países del mundo¹ y también, aunque con menor experiencia, en varios hospitales españoles^{2, 3}. Después de varios años de funcionamiento en estos hospitales, consideramos abrir una Unidad de H.D. en el Hospital "Del Río Hortega", dotado con 589 camas en funcionamiento y cuyo ámbito de influencia es el área I de salud (272.000 habitantes) para que sirviera

como complemento a la hospitalización convencional.

El fundamento sanitario de la H.D.⁴ es la prestación de cuidados a pacientes que, habiendo sido atendidos en el hospital, pueden ser susceptibles de disminuir la duración de la estancia, siempre y cuando se les preste un apoyo de asistencia especializada hasta su alta definitiva; así se lograría reintegrar al paciente lo antes posible a su medio familiar y social, tendría mayor bienestar psíquico, una alimentación más habitual para él, mejor descanso nocturno, sin dependencia de horarios estrictos y en un ambiente más aséptico, evitando el hospitalismo bacteriológico y psíquico, así como las estancias hospitalarias caras, largas e innecesarias. En el enfermo terminal se le proporciona una muerte más

Correspondencia:
Don Jesús Arranz
Hospital Comarcal de Medina del Campo
Ctra. de Peñaranda, s/n
47.400, Valladolid
(983) 802958

digna al estar en su medio y rodeado de sus familiares.

MATERIAL Y METODOS

Hemos procedido a la revisión de los dos años (1988 y 1989) de funcionamiento de la Unidad de H.D., analizando los datos asistenciales, patologías atendidas y actividades realizadas, recogidos en la estadística mensual elaborada, y en los costes globales de dicha Unidad, que comenzó a funcionar en noviembre de 1987 con enfermos quirúrgicos, ampliándose a pacientes con patología médica en abril de 1988.

El ámbito de actuación de esta Unidad abarca a todos los pacientes ingresados en el Hospital y que tienen su domicilio en el municipio de Valladolid y pueblos periféricos de la ciudad, como Laguna de Duero, Puente Duero, La Flecha (168.000 habitantes).

La Unidad cuenta con unos recursos humanos y materiales y dispone de un protocolo de ingreso.

a) Recursos humanos

Se inicia la actividad de la Unidad de H.D. con un médico coordinador a tiempo parcial, dos enfermeras y la colaboración de la asistente social, a demanda. Se amplía a tres enfermeras en el mes de abril de 1988, al afianzarse la Unidad con un mayor número de pacientes a atender.

La actividad de la Unidad se realiza en jornada de mañana.

La metodología general de trabajo es la siguiente:

* 8-9,30 horas: Reunión de todo el equipo para comentar la evolución de cada paciente y marcar las pautas a seguir; preparación del material, medica-

ción, etc., preciso para el día y cumplimentación de la hoja de ruta.

* 9,30-13,30 horas: Visita domiciliaria por parte de las enfermeras a los pacientes asignados.

* 13,30-15 horas: Visita a los pacientes hospitalizados que se ha solicitado interconsulta a la Unidad, para su conocimiento y aprobación por el médico coordinador; cumplimentación de los impresos de la historia clínica y realización del informe de alta.

b) Recursos materiales

La Unidad cuenta con un local en la planta baja del Hospital.

Dispone de 24 juegos de curas con el instrumental adecuado, material desechable para las mismas, la medicación necesaria, suministrada a través del Servicio de Farmacia, maletines para el transporte, E.C.G. portátil y teléfono directo.

c) Pautas de ingreso en la Unidad de H.D.

Para el ingreso de un paciente en el programa de H.D. se exigen una serie de requisitos:

- 1.º Que el enfermo haya sido ingresado y diagnosticado en el Hospital.
- 2.º El ingreso en la unidad debe ser aceptado totalmente por el paciente y/o la familia, ya que será esta última la encargada de cuidar y velar, junto con los integrantes de la Unidad, de la evolución del paciente.
- 3.º Que el enfermo haya pasado la crisis de agudización del proceso por el cual nos es remitido.

- 4.º Hoja de interconsulta del Facultativo hospitalario responsable del paciente, con solicitud de inclusión en el programa de H.D.
- 5.º Diagnóstico de enfermería sobre las necesidades del paciente y las posibilidades de administrarle los cuidados en su domicilio.

RESULTADOS

a) Datos asistenciales y de actividad

El número total de pacientes nuevos, atendidos en la Unidad, ha sido de 434 pacientes (cuadro núm. 1), con un total de 14.001 estancias.

CUADRO 1
Datos asistenciales y de actividad

	<i>Año 1988</i>	<i>Año 1989</i>
— N.º de pacientes nuevos	236	198
— Promedio de pacientes nuevos/mes	20	17
— N.º total de estancias	6.114	7.887
— Promedio de estancias/mes	510	657
— N.º de reingresos en Hospital	8	15
— N.º de fallecidos en domicilio	12	5
— N.º interconsultas por Servicios:		
* Cirugía General	201	155
* Cirugía de Cupo	7	19
* Urología	16	8
* Medicina Interna	6	10
* Ginecología	6	0
* Otros Servicios	0	6
— Patologías:		
* Herniorrafias	86	58
* Procesos terminales	29	16
* Colectomías	26	16
* Procesos crónicos	24	26
* Apendicectomías	14	20
* Absesos	25	23
* Otros procesos	32	39
— Actividades de Enfermería:		
* N.º de curas	3.721	3.683
* N.º de aplicaciones tratamiento	277	137
* N.º de tomas de constantes	137	120
* N.º de extracciones analíticas	80	97
* N.º de técnicas (sondajes)	54	139
—N.º medio de visitas/paciente/semana	2,6	3

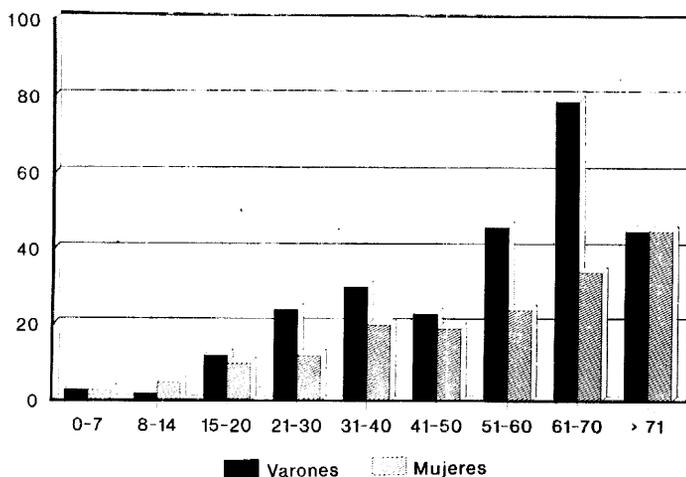
El número de enfermos que precisaron reingreso en el Hospital fue de 23 en los dos años. Las causas fueron en pacientes diagnosticados de procesos terminales (once) y de procesos crónicos (nueve), por agravamiento de su enfermedad, y sólo por complicaciones (abceso) de las intervenciones quirúrgicas en tres pacientes.

Los motivos de fallecimiento en domicilio fueron en once enfermos por procesos terminales (neoplasias) y seis en enfermos diagnosticados de procesos crónicos (AVC, arteriopatías).

La procedencia de las hojas de interconsulta por servicios fue fundamentalmente del Servicio de Cirugía General (82 %), el resto de Cirugía de Cupo (6 %), Servicio de Urología (5,5 %), Servicio de Medicina Interna (3,7 %) y otros Servicios (2,8 %).

En cuanto a la distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes atendidos en la Unidad se muestran en la figura 1. Los varones fueron 264 (60,8 %) y las mujeres 170 (39,2 %). Los pacientes > 50 años representan el 64 por 100 del total de enfermos atendidos en la Unidad.

FIGURA 1
Distribución por edad y sexo

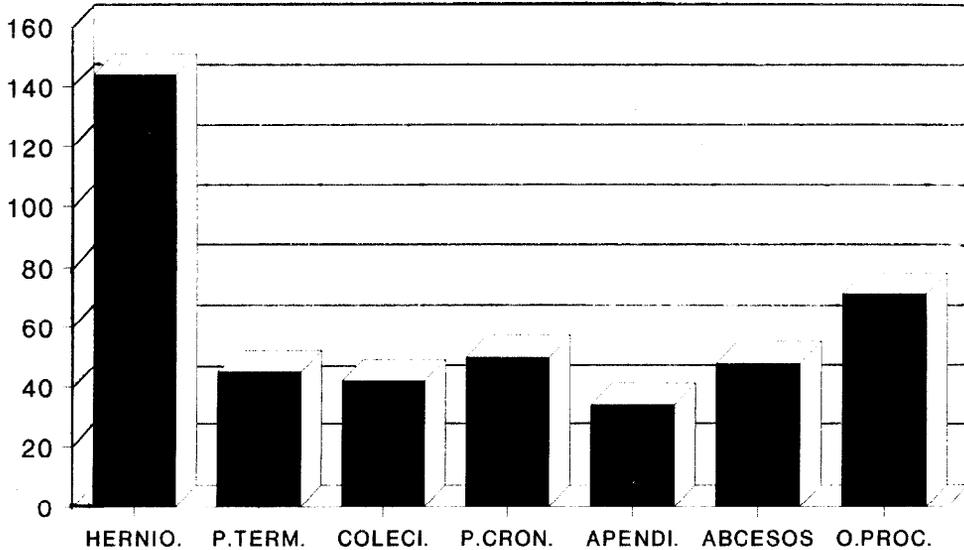


Los grupos de patologías se muestran en la figura 2. Las herniografías representan el 33 por 100 de los procesos atendidos en la Unidad, siendo la patología más frecuente en todos los grupos de edades, a excepción del grupo de edad > 71 años, cuyas patologías son los procesos terminales (10,3 %) y crónicos (11,5 %). El grupo de patologías incluidos en abscesos fueron el 11 por 100, las colecistectomías el 9,7 por 100, las apendicectomías el 7,8 por 100. El 72 por 100 de los pacientes operados de hernias, apen-

dicitis y patologías incluidas en abscesos fueron dados de alta hospitalaria entre 48 y 72 horas después de ser intervenidos; el resto (28 %) y el 86 por 100 de los intervenidos de colecistitis lo fueron entre el tercer y cuarto día después de la intervención.

Se registraron las siguientes actividades por el personal de Enfermería: 7.404 curas, 414 aplicaciones de tratamientos, 257 tomas de constantes, 177 extracciones analíticas y 193 técnicas (sondajes).

FIGURA 2
Patologías



■ PATOLOGIAS

b) Valoración económica

Los gastos ocasionados en la Unidad han sido los siguientes:

	<i>Año 1988</i>	<i>Año 1989</i>
* Gastos de personal	8.643.658	9.162.668
* Gastos de farmacia	686.050	713.814
* Gastos de material fungible	500.820	1.227.484
* Gastos de transporte	1.152.000	1.229.330
* Otros gastos	460.000	529.300
Total de gastos	11.389.328	12.862.596

El gasto medio por paciente ha sido de 48.260 en el año 1988, de 64.692 en el año 1989, siendo el gasto medio por estancia de 1.732 pesetas.

DISCUSION

De los resultados reseñados destaca el importante número de pacientes procedentes del Servicio de Cirugía General

con patologías quirúrgicas (hernias, apendicitis, coleditiasis, abscesos) que reducen su estancia postoperatoria al ser atendidos por la Unidad de H.D., frente a las estancias postoperatorias, por estas mismas patologías, de los pacientes que siguen siendo atendidos por el servicio hospitalario y cuya estancia media fue de 8 días. La disminución de la estancia media en el servicio de Cirugía aumentó

el índice de rotación de este área quirúrgica^{5,6}.

Igualmente, para el resto de la patología (proceso de crónica evolución y terminales) es útil la H.D. porque reduce estancias hospitalarias, al atender a estos pacientes en su domicilio por no precisar de la infraestructura hospitalaria, siempre y cuando los pacientes reciban calidad asistencial óptima (curas, tratamientos, etc.) dentro del entorno social y familiar.

En cuanto a la distribución por edades de los pacientes atendidos en la Unidad, creemos se corresponde con la de los enfermos ingresados en el Hospital.

El coste económico de la estancia/día en la Unidad resulta muy inferior al coste de la estancia hospitalaria, similar al de otros autores⁷ y reflejado en toda la bibliografía consultada.

La H.D. posibilita, o debe hacerlo, el enlace entre la Atención Especializada y la Atención Primaria al acercar el Hospital hasta el domicilio del paciente, para que, posteriormente, sea el Centro de salud el que preste la asistencia a los enfermos crónicos y no subsidiarios de atención especializada y quede la H.D. para aquellos pacientes que requieran dicha atención.

AGRADECIMIENTO

A las Enfermeras Señoritas S. Herrador, F. Renedo y M.^a L. González, por su trabajo en y por la Unidad de H.D.

BIBLIOGRAFIA

1. Federación Nacional de Establecimientos de Hospitalización a Domicilio en Francia. Memoria 1987.
2. Sarabia J. Implantación de la Asistencia a Domicilio en España, su evolución y situación actual; metodología de trabajo. componentes del Equipo y actividades. I Jornada de Asistencia a Domicilio en el Area de salud: noviembre 1988; Madrid: I JADAS. 1989.
3. Castaños I, Damborenea D, Fernández A, Salan J, Urcoala D. Hospitalización a Domicilio: Análisis de cuatro años de funcionamiento. III Jornadas sobre optimización en los Servicios Sanitarios. EADA: mayo 1988; Barcelona: III JOSS. 1989
4. European Health Council. Council of Europe. The provision of medical and nursing care for the elderly at home. Stros Sowy, 1986.
5. García C, Reguilón C, Santamaría I, Díaz A, Güemes M, García E. Nuevas formas de asistencia especializada: hospitalización a domicilio. Gestión Hospitalaria 1990; 1: 45-50.
6. Carames J, De Miguel J, San Martín J, Silva M, Pellicer C, Cerviño F. La Hospitalización a Domicilio como una nueva modalidad de asistencia hospitalaria. 7.^o Congreso Nacional de Hospitales; San Sebastián 1989.
7. Melero JM, León D, Navarro A. Análisis comparativo del coste por proceso en hospitalización a domicilio y hospital. I Jornada de Asistencia a Domicilio en el Area de Salud; noviembre 1988; Madrid: I JADAS, 1989.