

Protocolo de hospitalización a domicilio.

Martín Gómez C

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Martínez Velado E

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Alvarez Navia F

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Cruz Guerra NA

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Hernández Pérez G

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Chimeno Viñas MM

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: cmartingom@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Objetivos: Elaboración de un protocolo de inclusión, exclusión, alta y reingreso de pacientes en la Unidad de Hospitalización a Domicilio dependiente del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de la necesidad de establecimiento del protocolo, así como enumeración de los criterios mencionados correspondientes a las diferentes patologías subsidiarias de inclusión en el mismo.

Resultados: Se establece una protocolización de los aspectos mencionados de cara al incremento de la calidad asistencial de la Unidad.

Conclusiones: Se resalta la importancia de los cuidados domiciliarios en el contexto de un funcionamiento protocolizado de la Unidad mencionada.

PALABRAS CLAVE

Cuidados domiciliarios. Protocolo. Criterios.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HAD) es una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin acortar, o en algunos casos evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado o Servicio de Hospitalización Domiciliaria ⁽¹⁾

TIPO DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

Son susceptibles de Hospitalización a Domicilio aquellos pacientes cuyo estado no justifica alargar la estancia en el hospital pero que necesitan una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de personal facultativo y de enfermería especializado⁽²⁾. Se le proporciona al paciente todos los cuidados, tratamiento, pruebas analíticas, ECG, citaciones, Rx,... como si estuviese ingresado en el hospital. Si surgiese alguna complicación o empeoramiento no controlable en la situación del paciente, volvería al centro sanitario.

JUSTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

El objetivo de la Hospitalización Domiciliaria es el entorno de la asistencia especializada y debido a que el objetivo de la sanidad es el paciente, se le debe ofrecer asistencia sanitaria de alta Calidad, junto con la Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente en su domicilio y/o entorno familiar, ya que el paciente estará contento si se siente seguro, protegido; y por tanto se le debe informar y tranquilizar⁽³⁾.

La Hospitalización a Domicilio tiene la finalidad de optimizar los recursos del hospital, y sincronizar con las distintas especialidades para tener más eficacia en los resultados, con dos objetivos fundamentalmente⁽³⁾:

Objetivos Generales: Mejorar la calidad humana de la asistencia especializada.

Objetivos Específicos: Estimular el bienestar de los pacientes de la Asistencia Especializada en su entorno familiar, evitando así el estrés de la estructura rígida del Hospital, no sólo para él sino para todo su componente familiar.

VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

Para el paciente:

- Dar atención y calidad sanitaria igual al hospital.
- Obtener, lo antes posible, el mayor grado de autonomía por parte del paciente eliminando la dependencia hospitalaria.
- Eliminar el riesgo nosocomial.

- Fomentar la autonomía y la independencia del paciente.
- Autoresponsabilización en el proceso de recuperación del paciente.
- Aumentar su comodidad y bienestar.
- Acelerar la recuperación funcional.
- Mejorar la relación sanitario-paciente-familia.
- Conservar la intimidad.
- Conseguir Educación Sanitaria.

Para la familia:

- Mayor participación e información.
- Comodidad en la atención familiar al paciente.

Para el hospital:

- Movilización de camas.
- Acortar la estancia media de los pacientes.
- Aumentar la Calidad Asistencial.
- Menor incidencia de infección nosocomial.
- Racionalizar los recursos.
- Mejorar la Eficiencia del hospital.
- Disminuir la estancia media del hospital.
- Reducir el coste por proceso.
- Hacer de puente entre hospital/equipo de Atención Primaria.

CONDICIONES DE INGRESO.

El ingreso ha de ser aceptado por el paciente y familia previa explicación del procedimiento y de las ventajas que se pretenden obtener⁽¹⁾.

Como condiciones indispensables se citan⁽¹⁾:

- Ingreso previo del paciente en el hospital, o a través de consultas externas para realizar un diagnóstico.
- Consentimiento expreso de colaboración por escrito por parte del paciente o familiar.
- Condiciones socio-familiares adecuadas para llevar a cabo el seguimiento y tratamiento del proceso.
- Domicilio en zona de cobertura.
- Solicitud de colaboración por parte de su facultativo responsable por medio de una Hoja de Interconsulta o contacto telefónico.
- Valoración clínica y social por parte del facultativo de la Unidad junto con su facultativo responsable.

Puede haber rechazo al ingreso en la Unidad en caso de ⁽¹⁾:

- .- Negativa del paciente o familiar a dicho ingreso.
- .- No estar médicamente indicado el ingreso.
- .- Problemas sociales que lo impidan.
- .- No necesitar de la asistencia especializada.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

La Unidad de Hospitalización a Domicilio deberá contar con un médico y tres enfermeros. Dispondrá asimismo de recursos materiales como son :

- .- Despacho con comunicación telefónica y acceso intranet.
- .- Teléfono fijo en el despacho con acceso directo al exterior.
- .- Ordenador e impresora.
- .- Teléfonos móviles: uno para cada miembro de la Unidad.
- .- Maletines con material, fundamentalmente de enfermería.
- .- Medicación a cargo de la farmacia hospitalaria.
- .- Coche propio para el desplazamiento.
- .- Maletín de urgencia para el automóvil.

HORARIO.

El equipo de enfermería trabaja de lunes a domingo en horario de 8 a 22 horas, realizando turnos de mañana y tarde con sus correspondientes descansos. En cada turno de trabajo el teléfono móvil se encontrará disponible.

El médico tendrá un horario de trabajo de lunes a viernes de 8 a 15 horas, durante el cual mantendrá disponible su teléfono.

METODOLOGÍA DE TRABAJO/ PROCESO ASISTENCIAL.

Los servicios hospitalarios, mediante hoja de interconsulta o comentario telefónico, solicitan el ingreso del paciente en HAD. Tras ello, el equipo de Hospitalización a Domicilio realiza la valoración del paciente (clínica, cuidados, situación socio-familiar), decidiendo su inclusión o rechazo en el programa, siempre con el consentimiento del paciente y familiares.

Al paciente/familia se le entrega la documentación en la que se incluye una copia del consentimiento en la que figura la manera de contactar con el personal de HAD (ver Anexos) y funcionamiento de la Unidad, que también será explicado verbalmente en el momento del ingreso en la Unidad. Se realiza la historia clínica completa, plan de tratamientos y cuidados. En este primer contacto se le hace entrega de una copia de la historia clínica (copia de historia de ingreso, copia de órdenes de medicación y copia de consentimiento firmado) que será recogida al alta hospitalaria, así como la medicación que deberá tomar hasta la primera visita.

La hoja de contenido de la historia clínica se compone de los siguientes documentos:

- .- Gráfica (impresa si es necesario o en el programa GACELA).
- .- Hoja de evolución médica.
- .- Hoja de evolución de enfermería (impresa o en el programa GACELA).
- .- Hoja de ingreso administrativo.
- .- Solicitud de propuesta de ingreso.
- .- Volantes de pruebas de laboratorio.
- .- Informes de alta.

Al día siguiente tiene lugar la primera visita conjunta de médico-enfermero, y se programan las visitas sucesivas.

La Unidad cubre todos los días del año y junto con el Servicio de Urgencias del Hospital y Urgencias Extrahospitalarias todas las horas del día.

Las vías de alta de la Unidad son el alta definitiva, cuidados continuados por Atención Primaria o servicios sociales, o rehospitalización.

INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO ⁽⁴⁾.

De manera general las indicaciones de ingreso en HAD son:

Indicaciones médicas:

- .- Patología infecciosa aguda: Endocarditis. Neumonías. Osteomielitis. Artritis. Gastroenteritis. Infección del tracto urinario. Pielonefritis. Celulitis. Abscesos. Meningitis...
- .- Patología aguda no infecciosa: Trombosis venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar...

- .- Patología crónica reagudizada/descompensada:
Cardiopatía. Broncopatía. Hepatopatía.
Enteropatía. Polipatología en el anciano. Diabetes.
SIDA...

Pacientes con patología quirúrgica:

- .- Complicaciones postquirúrgicas: De la herida y/o de patologías médicas asociadas. Retirada de puntos de sutura...
- .- Manejo y retirada de drenajes de cualquier ubicación. Control y cura de drenajes...

Procedimientos diagnósticos:

- .- Electrocardiograma.
- .- Pulsioximetría.
- .- Monitorización no invasiva.
- .- Extracciones analíticas.
- .- Análisis de orina.

Procedimientos terapéuticos:

- .- Oxigenoterapia.
- .- Aerosolterapia: broncodilatadora y antibiótica.
- .- Ventilación mecánica.
- .- Nutrición enteral y parenteral.

Perfusiones intravenosas.

En concreto se hace hincapié en algunas indicaciones por su especial importancia en el ámbito de la Hospitalización a Domicilio y por reducir considerablemente la estancia media hospitalaria del paciente:

- .- Paciente anciano, paciente pluripatológico.
- .- Aerosolterapia y terapia inhalada.
- .- Neumonía que requiera ingreso hospitalario pero con pacientes clínicamente estables.
- .- Ventilación mecánica no invasiva y seguimiento de la misma en domicilio.
- .- Enfermedad tromboembólica venosa.
- .- Inicio de anticoagulación y reinicio tras retirada.
- .- Realización de exploraciones complementarias de manera preferente.
- .- Infecciones asociadas a catéter.
- .- Infecciones por gérmenes resistentes que requieran aislamiento hospitalario.
- .- Colecistitis aguda.
- .- Diverticulitis aguda.
- .- Infecciones osteoarticulares e infección de prótesis articulares.
- .- Control domiciliario de pacientes con neutropenia.

- .- Analgesia postoperatoria domiciliaria.
- .- Profilaxis de enfermedad tromboembólica.
- .- Diabetes mellitus mal controlada.
- .- Tratamientos endovenosos ⁽⁵⁾.
- .- Transfusión de hemoderivados y plaquetas.
- .- Tratamientos con bolus de corticoides.
- .- Tratamientos con Fe intravenoso.
- .- Tratamiento con gammaglobulina intravenosa.
- .- Tratamiento con ácido zoledrónico.
- .- Realización de técnicas del tipo de toracocentesis, paracentesis evacuadora,...
- .- Tratamiento del enfermo crónico.

PROCESO DOCENTE.

Programa de rotación para MIR de Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria.

Pre y postgrado de enfermería.

Programas de reciclaje para Atención Primaria.

Pregrado de licenciatura en Medicina.

Docencia pregrado.

Rotación de estudiantes de medicina y enfermería en período de formación pregrado. Rotatorio donde se forma a los estudiantes de enfermería. Por otro lado, formación en el manejo de los cuidados a pacientes en esta alternativa asistencial, adiestramiento en las técnicas y procedimientos propios de cada estamento incluidos en la cartera de servicios.

Docencia postgrado.

Participación en la docencia postgrado del programa MIR con rotación por la Unidad durante un periodo de dos meses de Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y, de forma voluntaria y durante un mes, de Médicos Internos Residentes de Medicina Interna, quienes participan activamente en la actividad asistencial, docente (sesiones) e investigadora (trabajos de investigación) si procede de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, estando la Unidad abierta a la rotación de MIR de otras especialidades y de otras Comunidades, a través de la Unidad Docente del Hospital.

Formación postgrado.

Participación en programas de formación continuada del hospital. El personal de la Unidad debe participar de forma activa en la actividad docente general del hospital tanto en sesiones

hospitalarias como en cursos o jornadas organizadas, así como en la elaboración y participación activa en cursos ofertados al área de salud sobre HAD.

Participación en programas de formación continuada.

Rotación de médicos y enfermeras integrantes de nuevos equipos de HAD.

Rotación de médicos y enfermeras de equipos de Atención Primaria del área de salud.

Participación en la organización y realización de cursos y másteres relacionados con la disciplina de HAD y patología relacionada.

Sesiones de servicio.

Es muy importante la formación del personal de nueva incorporación al trabajo en la Unidad, así como la elaboración de un programa anual de formación continuada relacionado con la cartera de servicios de la Unidad, su estrategia y las necesidades detectadas entre los diferentes profesionales a partir de la realización de una encuesta dirigida.

Durante el programa anual de formación es aconsejable realizar:

- .- Sesiones clínicas interdisciplinares, llevadas a cabo tanto por los profesionales de la Unidad como por personal del hospital.
- .- Sesiones teóricas y talleres para personal de enfermería de la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera J A, Garde C, Goenaga M A, Millet M, Barral C, Crespo J M, et al. Manual de Hospitalización a Domicilio [internet]. San Sebastián: Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario Donostia. [acceso 1 de junio de 2015]. Disponible en: <https://foietes.files.wordpress.com/2010/10/mensual-de.pdf>
2. Alberdi Lavín MA, Corral Albarreal J, Dueñas Puebla JC, Sanroma Mendizábal P, Ugarteburu González A. Diagnóstico de situación de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria: HUMV, 1984-2009. Máster de Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios, Curso 2008-2009. Santander: Universidad de Cantabria, 26 de Junio de 2009.
3. López Perona F. Qué es la unidad de Hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. Enferm Glob [internet]; 2013 [acceso 1 de junio de 2015]; (3): 1-8. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/624/650>
4. Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández C R, Baños Canales M T. Hospitalización domiciliaria. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla; 2011.
5. Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Ramallo VJ, coordinadores. Protocolos Tratamiento Antimicrobiano Domiciliario Endovenoso (TADE). Madrid: Elsevier-Doyma, Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); 2008.