



## Editorial

## Hospitalización a domicilio en neumología: gestión eficiente con elevada satisfacción de los pacientes



## Home Hospitalization in Pulmonology: Efficient Management and High Patient Satisfaction

En los últimos años se han desarrollado modelos sanitarios para optimizar los cuidados y racionalizar el gasto de los pacientes con enfermedad respiratoria. La hospitalización a domicilio (HADO) y el alta precoz con supervisión (ESD), con frecuencia evaluados conjuntamente en metaanálisis, evitan ingresos y acortan la estancia media en pacientes seleccionados, con una calidad de cuidados recibidos similar a la proporcionada por la hospitalización convencional (HC) y asociado a una menor tasa de mortalidad y reintegro<sup>1-4</sup>. Además, facilitan el bienestar de los pacientes y reducen el riesgo de infección nosocomial<sup>5</sup>. Según un estudio reciente, la combinación de HADO y telemonitorización permitiría tratar en su domicilio a la mayoría de los pacientes con EPOC, disminuyendo las visitas a urgencias y reduciendo en un 60% el número de pacientes ingresados en HC<sup>4</sup>. HADO y ESD son seguras y eficaces no solo para el tratamiento de la EPOC agudizada, sino también para otros pacientes con sintomatología respiratoria, como la insuficiencia cardíaca descompensada<sup>6</sup>, las infecciones respiratorias en pacientes con enfermedad neuromuscular<sup>7</sup> o el tromboembolismo pulmonar en pacientes hemodinámicamente estables<sup>8</sup>. Estudios realizados en diversos países con sistemas sanitarios distintos y diferentes estructuras organizativas de HAD/ESD coinciden en un menor coste de estas frente a la HC, incluso en pacientes de mayor edad, con exacerbaciones más graves o peor estado basal<sup>2-5,9</sup>. El grado de satisfacción, rapidez en la recuperación y calidad percibidas tanto por los cuidadores como por los pacientes tratados en régimen de HADO y ESD es elevado, manifestando un elevado porcentaje que esta modalidad de ingreso sería la preferida por ellos en futuras agudizaciones<sup>2-4,10</sup>.

Sin embargo, a pesar de que todo parecen ventajas y que son recomendadas por las guías clínicas como alternativa a la HC<sup>11-14</sup>, HADO/ESD son infrecuentemente elegidas como modalidad de ingreso. Dismore et al. identifican posibles causas en un estudio reciente<sup>10</sup>: las razones esgrimidas por los pacientes incluyen el temor a encontrarse solos durante la noche, el retraso en la atención médica en comparación con la HC en caso de complicaciones o la percepción de estigmatización que supondría el apoyo de servicios sociales; en otros casos, cuestiones de privacidad hacen que la presencia de extraños en su domicilio resulte inconveniente. Algunos pacientes consideran el ingreso en HC como una oportunidad de relacionarse con otra gente o de intentar el abandono del hábito tabáquico. Por otro lado, parece que los facultativos seguimos percibiendo la HC como más segura para el paciente, así como la

oportunidad de proporcionar un descanso a los cuidadores en caso de claudicación familiar. La elaboración de protocolos de derivación con criterios claros y consensuados por todos los servicios implicados contribuiría sin duda a reducir la aparente desconfianza hacia esta modalidad asistencial, con las indudables ventajas que supone tanto para los pacientes/familiares como para el sistema sanitario.

Diferentes modelos y organización de HADO/ESD en cuanto a infraestructura, profesionales involucrados, número de visitas realizadas, soporte telefónico, acceso a servicios como rehabilitación o apoyo social han resultado eficientes siempre que se cumplan criterios de inclusión claros, se den determinadas condiciones sociosanitarias y se cuente con el apoyo de las familias. La atención compartida de los equipos de HADO con la atención primaria podría garantizar la continuidad asistencial, siempre y cuando se diferencie la atención de procesos agudos y las necesidades de atención de los enfermos crónicos, para evitar conflictos de competencias y no dar lugar a prestaciones que ya asuma la atención primaria.

Es nuestro turno.

### Bibliografía

- González-Barcala FJ, Pose-Reino A, Paz-Esquete JJ, De la Fuente-Cid R, Masa-Vázquez LA, Álvarez-Calderón P, et al. Hospital at home for acute respiratory patients. *Eur J Intern Med.* 2006;17:402–7.
- Echevarría C, Brewin K, Horobin H, Bryant A, Corbett S, Steer J, et al. Early supported discharge/Hospital at home for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A review and meta-analysis. *COPD.* 2016;13:523–33.
- Echevarría C, Gray J, Hartley T, Steer J, Miller J, Simpson AJ, et al. Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: A non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation. *Thorax.* 2018;73:713–22.
- Miron-Rubio M, Ceballos-Fernández R, Parras-Pastor I, Palomo-Iloro A, Fernández-Félix BM, Medina-Mirallas J, et al. Telemonitoring and home hospitalization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Rev Respir Med.* 2018;12:335–43.
- Aimonino R, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zanonchi M, et al. Substitutive “hospital at home” versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *J Amer Geriatr Soc.* 2008;56:493–500.
- Voudris KV, Silver MA. Home hospitalization for acute descompensated heart failure: Opportunities and strategies for improved health outcomes. *Healthcare (Basel).* 2018;6, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare6020031>.
- Vianello A, Savoia F, Pipitone E, Nordio B, Gallina G, Paladini L, et al. Hospital at Home for neuromuscular disease patients with respiratory tract infection: A pilot study. *Respir Care.* 2013;58:2061–8.
- Stein PD, Matta F, Hughes M. National trends in home treatment of acute pulmonary embolism. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2018;24:115–21.

9. Bourbeau J, Granados D, Roze S, Durand-Zaleski I, Casan P, Köhler D, et al. Cost-effectiveness of the COPD patient management european trial home-based disease management program. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2019;14:645–57.
10. Dismore LL, Echevarria C, vanWersch A, Goibson J, Bourke E. What are the positive drivers and potential barriers to implementation of hospital at home selected by low-risk DECAF score in the UK: A qualitative study embedded within a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9:e026609, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026609>.
11. British Thoracic Society Guideline Development Group. Intermediate care-Hospital-at-Home in chronic obstructive pulmonary disease: British thoracic society guideline. *Thorax*. 2007;62:200–10.
12. Wedzicha JA, Calverley PMA, Albert RK, Anzueto A, Criner GJ, Hurst JR, et al. Prevention of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J*. 2017;50:1602265.
13. NICE. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: Diagnosis and management. NG 115. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018. [consultado 19 Ago 2019] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115>.
14. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. *Arch Bronconeumol*. 2017;53 Supl 1:S2–64.

María García Sanz<sup>a,\*</sup>, Liliana Doval Oubiña<sup>b</sup>  
y Francisco Javier González Barcala<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital do Salnés, Vilagarcía de Arousa,  
Pontevedra, España

<sup>b</sup> Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital do Salnés,  
Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

<sup>c</sup> Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de  
Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maytegsanz@gmail.com](mailto:maytegsanz@gmail.com) (M. García Sanz).