

NOTA DE PRENSA

MANEJO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Médicos internistas defienden la hospitalización a domicilio del paciente pluripatológico como alternativa a la hospitalización convencional por su efectividad y seguridad

- España tiene 131 unidades de Hospitalización a domicilio (HAD) que operan con una distribución desigual entre CC.AA. y la falta de un registro estatal impide saber el número anual de altas al año
- Aunque no todo tipo de pacientes es candidato a ingresar en esta modalidad asistencial, el paciente que más se beneficia de la HAD es el paciente añoso, frágil, con cronicidad y pluripatología
- Las unidades son multidisciplinarias y llevan el hospital al domicilio del paciente para brindarle allí cuidados de rango hospitalario
- La hospitalización a domicilio es una modalidad asistencial que permite a los pacientes recibir cuidados similares a los que obtendrían en un hospital, pero en la comodidad de su hogar.
- La SEMI trabaja en un Documento de Consenso o recomendaciones sobre el Manejo de la IC en pacientes en HAD para los clínicos y para optimizar y hacer esta atención más cercana, segura y eficiente

25 de octubre de 2024. – Los médicos internistas sostienen que la tendencia de tratar al paciente pluripatológico en la modalidad de hospitalización a domicilio atención (HAD) irá al alza y crece como una alternativa más a la convencional, que, en determinados casos puede suponer diversos beneficios para el paciente, como una menor tasa de infecciones nosocomiales, menos cuadros de síndrome confusional y un mayor empoderamiento del paciente y de su familia en su cuidado. Además, esta modalidad asistencial conlleva unos excelentes resultados de salud, si se realiza una adecuada selección del paciente, y una optimización de los recursos hospitalarios, según han puesto de manifiesto en el [45º Congreso Nacional de Medicina Interna-19º Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna \(SOCAMI\)](#), de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), en Las Palmas (Canarias) del 24 al 26 de octubre.

En la mesa redonda “Manejo del paciente crónico y pluripatológico en HAD. ¿Es un paciente diferente del de planta de hospitalización convencional?”, moderada por la Dra. **Pilar Cubo Romano**, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina, en Parla (Madrid), todos los ponentes han coincidido en señalar que no existe un registro estatal de altas de HAD al año, por lo que no se conoce la cifra exacta de altas.

El **Dr. Abel Mujal Martínez**, jefe clínico de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí, de Sabadell (Barcelona), ha dicho que **“las altas varían mucho entre hospitales y están muy relacionados con el tamaño y el número de personal que forma la unidad. Hay hospitales que dan 2.000 o, incluso, casi 3.000 altas al año de esta modalidad asistencial. Así, el Parc Taulí, dio casi 1.100 altas de HAD en 2023, actividad que ha aumentado un 35% en lo que llevamos de 2024 y un 58% en los dos últimos años”**.

“Es innegable que hay un aumento progresivo del número de unidades de HAD en España, donde, en el mapa de este año, ya se contabilizan unas 131 unidades, aunque con una gran diferencia entre comunidades autónomas, ya que algunas tienen un elevado número de unidades en su territorio y otras, muy pocas o incluso ninguna, porque no se apuesta a nivel institucional por ellas. Nos queda mucho camino por recorrer”, denuncia el Dr. Mujal.

El Hospital Parc Taulí está inmerso en un proyecto transformador de acuerdo con el modelo de atención integrada social y sanitaria del Departament de Salut de Cataluña. Es un programa dirigido a las personas mayores con poca autonomía personal y con falta de cuidador. Este tipo de paciente por sus características personales tienden a permanecer más tiempo en las plantas de hospitalización convencional y suelen frecuentar más veces y más tiempo los servicios de urgencias no pudiendo beneficiarse de un ingreso en HAD o de un alta hospitalaria más precoz. **La falta de un cuidador es la principal limitación para ingresar a un paciente en HAD o para acortar su estancia en urgencias o en un centro sociosanitario.**

De esta manera, el Hospital Universitari Parc Taulí está preparando para iniciarse en 2025 un proyecto que incluye un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) transitorio compuesto por un cuidador a domicilio además de soporte tecnológico y digital para una mejor telemonitorización del paciente. De ahí que, al incorporar las nuevas tecnologías al cuidado del paciente en su domicilio, la denominación sea de **“SAD 4.0”**.

Este **equipo SAD 4.0** que atenderá al paciente en su domicilio **además del cuidador, puede incluir un equipo compuesto por un enfermero, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un trabajador social si el paciente lo necesita.**

Perfil de los pacientes y profesionales en el domicilio

Los pacientes que se beneficiaran de este SAD transitorio 4.0 serán los mayores de 65 años que viven solos, sin familiares o con cuidadores que no pueden ejercer su función por sobrecarga o por no estar presentes. Serán pacientes **ingresados en urgencias del hospital, en planta de hospitalización convencional o en el sociosanitario del hospital. Este proyecto se ha pensado para pacientes con 8 procesos asistenciales muy frecuentes:** la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) exacerbada, insuficiencia cardiaca (IC) descompensada, procesos asociados a la demencia, infecciones que requieran

antibioterapia endovenosa, ictus, cura de heridas complejas, fracturas o prótesis articulares o procesos de final de vida.

El cuidador del SAD 4.0 realizará las tareas domésticas, la cura de heridas, el control de la medicación, la monitorización del estado de salud y el seguimiento de la evolución. Además, este cuidador conjuntamente con los otros miembros del SAD 4.0 realizarán un **plan de atención individualizado integrado (PAII) para el paciente que permitirá un "acompañamiento holístico en su domicilio, reduciendo las estancias en el hospital, potenciando la HAD en el caso de que el paciente la necesite y evitará las recaídas y reingresos hospitalarios, mejorando por tanto su bienestar"**, dice el Dr. Mujal. En este SAD tendrán un papel muy importante los kits de monitorización y sensorización (balanzas, tensiómetros, pulsioxímetros, etc.) que permitirán controlar la evolución del paciente y estarán integrados en una plataforma SAD 4.0.

Todo este proyecto será evaluado con numerosos indicadores de eficacia, seguridad y coste-eficiencia que realizará una empresa externa. Empezará el proyecto en enero del 2025.

El **Dr. Manuel Mirón Rubio**, del Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Torrejón (Madrid), ha confirmado que no se dispone de una cifra concreta, de pacientes en HAD, y ha añadido que los perfiles de **pacientes** atendidos en domicilio pueden clasificarse en pacientes agudos, como aquellos con procesos infecciosos o enfermedad tromboembólica; crónicos descompensados, por ejemplo con insuficiencia cardiaca o EPOC; postquirúrgicos y paliativos. Además, **"hay unidades monográficas de pacientes de pediatría. Los pacientes que nos encontramos ahora en el domicilio y los que nos encontraremos cada vez más en el futuro son personas mayores y de más complejidad, con más patologías y más severas"**.

La SEMI considera paciente crónico complejo aquel que tiene múltiples enfermedades, con una alta fragilidad y alto grado de descompensación, un alto grado de discapacidad o dependencia, y que requiere polifarmacia y cuidados sociales y familiares complejos, con enfermedades crónicas no controladas y necesita un seguimiento estrecho y ajustes continuos. **"Este paciente necesita una atención integral y absolutamente coordinada, a fin de evitar descompensaciones e ingresos hospitalarios"**, ha dicho el Dr. Mirón. **"Estamos ante un cambio de paradigma. El modelo hospitalario centrado en atender a pacientes agudos, cuyo problema de salud queda resuelto al recibir el alta hospitalaria debe cambiar hacia otro en el que debemos ser más incisivos en el seguimiento y monitorización para lo cual habrá que apoyarse en herramientas de telemedicina"**.

Mirón ha destacado que **"la HAD es una corriente que refleja una necesidad: tenemos que transferir buena parte de los cuidados agudos que se han prestado en los hospitales a los domicilios de los hospitales, por motivos diversos. Así, algunos estudios han observado que**

los pacientes atendidos en el domicilio presentan menos complicaciones que en el hospital, como infecciones nosocomiales, o cuadros de confusión y delirio, lo que implica un menor riesgo de caídas y uso medicación, que a su vez evita efectos secundarios asociados, como la somnolencia, a su vez asociada al riesgo de broncoaspiración. Por tanto, se evita una cadena de complicaciones que claramente se ve menos en los domicilios y **los resultados en salud son incluso mejores en el domicilio**".

"Según los estudios, **gracias a esta modalidad asistencial, se optimizan más los recursos hospitalarios**, porque al atender a los pacientes en su domicilio se liberan camas y aumenta la capacidad en los hospitales de atender a pacientes más graves, sin tener que invertir en infraestructuras. Además, **resulta menos costosa desde el punto de vista económico**, lo que va a favorecer su desarrollo, en un marco de restricciones presupuestarias. Y **la satisfacción del paciente y el cuidador son mayores**, si bien el paciente debe encargarse más de su autocuidado y conocer más su enfermedad, y **el cuidador tiene mayor responsabilidad que en el hospital, pues se le considera una integrante clave, parte del equipo de la HAD**, ya que se responsabiliza de los cuidados domésticos y sociales del paciente (su alimentación, higiene, ejercicio, etcétera) e, incluso, los profesionales le delegan tareas".

El **Dr. David Nicolás Ocejo**, coordinador médico de la Hospitalización a Domicilio del Hospital Clínic de Barcelona, ha corroborado que **"la falta de un modelo homogéneo de HAD en los primeros años de su nacimiento en España (años 80) y el posterior desarrollo asimétrico en las diferentes CCAA hace que hoy no exista un modelo único a nivel estatal**, siendo este **uno de los grandes retos** del modelo HAD en España en los próximos años". Nicolás ha presentado un proyecto basado en la creación de equipos de respuesta rápida dependientes del servicio de HAD para actuar en el domicilio de los pacientes pluripatológicos con una agudización. Para ello, ha incidido en que debe haber una buena **"coordinación entre los equipos de atención primaria (AP) y HAD para identificar los pacientes crónicos pluripatológicos** con exacerbaciones que requieren ingresos hospitalarios y frecuentes visitas a urgencias" y en que para acogerse a este novedoso programa de evitación de ingreso **"estos tienen que cumplir algunos criterios, como son tener un cuidador formal o informal, no requerir o no ser candidato a ingreso en UCI/intermedios, tener un diagnóstico de presunción claro, y vivir en el área de acción de la HAD"**. De esta manera los pacientes las HAD ofrecen una atención hospitalaria integral y multidisciplinar no diferible (<4h en algunos casos) en el domicilio del paciente, evitando el paso por urgencias".

"La hospitalización a domicilio permite poner realmente al paciente y su entorno en el centro de la atención sanitaria, empoderándolo e incidiendo de manera determinante en la educación sanitaria relativa a la enfermedad. **Para ingresar un paciente en HAD se debe de realizar una evaluación cuidadosa no solo de la parte clínica, sino también de la parte**

social, identificando el cuidador principal (formal o informal), capacitándole y dándole las herramientas necesarias para asumir los cuidados que sean necesarios durante el ingreso. Es importante también en HAD evaluar de manera sistemática la experiencia de pacientes y cuidadores, para detectar posibles sobrecargas”, ha destacado.

Propuesta de manejo de la IC en la HAD

En el congreso de la SEMI también se ha dado a conocer que **esta sociedad está trabajando en un Documento de Consenso o Recomendaciones sobre el Manejo de la IC en pacientes en hospitalización a domicilio.** La **Dra. María Ruiz Castellano**, médico internista miembro de la SEMI y Jefa de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Navarra (HUN), ha explicado que el manejo de los pacientes con IC - enfermedad muy prevalente en España- en el entorno de la HAD representa una opción cada vez más demandada y efectiva para reducir ingresos hospitalarios prolongados, disminuir las complicaciones asociadas a la hospitalización convencional y mejorar la calidad de vida del paciente. **“Desde la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio -SEHAD- y la SEMI hemos identificado la necesidad de desarrollar un documento de consenso que unifique criterios y buenas prácticas en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca en HAD, con el objetivo principal de proporcionar pautas basadas en la evidencia y la experiencia clínica, que permitan optimizar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes, promoviendo una atención integral y personalizada”.**

Los **aspectos clave y destacables de esta propuesta** son definir los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes con IC en programas de HAD, los protocolos de seguimiento y monitorización en el domicilio, la optimización del tratamiento farmacológico y no farmacológico en el entorno domiciliario, la coordinación interdisciplinar entre los servicios hospitalarios y los equipos de hospitalización a domicilio, y la formación y empoderamiento del paciente y su entorno en el manejo de la enfermedad.

“El documento busca ser una guía práctica tanto para los clínicos que ya trabajan en la hospitalización a domicilio como para aquellos que desean implementar este modelo en sus servicios. Creemos firmemente que este documento contribuirá significativamente a mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca y a optimizar los recursos sanitarios, ofreciendo una atención más cercana, segura y eficiente”, según la Dra. Ruiz.

Por su parte, el **Dr. José Pérez Silvestre, coordinador del GT de IcyFA de la SEMI,** ha añadido que este es un **trabajo multidisciplinar de la SEMI,** en el cual participan diferentes grupos de trabajo, como el **grupo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación auricular, grupo de Hospitalización a Domicilio, grupo de Crónicos y el de Paliativos.**

Programa científico: <https://congresosemi.com/semi2024>

SEMI Sostenible: <https://congresosemi.com/semi2024/recursos-semi/semi-sostenible> y <https://congresosemi.com/semi2024/recursos-semi/novedades-congreso>

Web oficial del Congreso: <https://congresosemi.com/semi2024>

Sobre el 45º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)-19º Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna (SOCAMI)

Más de 2.400 médicos internistas participarán en este [congreso](#) en el Palacio Expomeloneras de Maspalomas (Canarias). Es el **evento médico-científico de referencia de la Medicina Interna española**. Entre los principales ejes temáticos del Congreso, figuran: novedades diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la insuficiencia cardíaca y el riesgo vascular; en enfermedades infecciosas; en diabetes, obesidad y nutrición; en EPOC; en enfermedades autoinmunes y minoritarias; en enfermedad tromboembólica venosa; en alcoholismo; en cronicidad, pluripatología y abordaje del paciente de edad avanzada; en osteoporosis; en hospitalización a domicilio, asistencia compartida, cuidados paliativos, sedación paliativa y atención al final de la vida; en ecografía clínica; en inteligencia artificial y *big data* médico, telemedicina y eHealth, entre otros temas de relevancia; así como sobre el papel del médico internista, como especialista en el abordaje integral del paciente crónico, complejo y/o pluripatológico que ingresa en el hospital.

Sobre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI):

La [Sociedad Española de Medicina Interna \(SEMI\)](#) integra a más de **8.000 médicos internistas** de toda España. Entre sus objetivos prioritarios, se encuentran el de potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos grupos de trabajo que conforman parte de la Sociedad. En la actualidad, son un total de **21 los grupos o subgrupos monográficos de patologías prevalentes** o áreas de interés dentro de la Medicina Interna, especialidad médica que se define por la visión global del paciente y desempeña un papel central en la atención a los pacientes crónicos complejos. Para más información, visita www.fesemi.org y sigue su actualidad en [Twitter](#), [Facebook](#), [LinkedIn](#) e [Instagram](#).

Más información y gestión de entrevistas:

Montse Llamas / Sonia Joaniquet

Ala Oeste Comunicación

montse@alaoeste.com / 636 82 02 01

sonia@alaoeste.com / 663 84 89 16

Óscar Veloso

Responsable de comunicación de SEMI

oscar.veloso@fesemi.org / 648 16 36 67