

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA INFECCIOSA

[5.- Circuitos asistenciales en HAD](#)

Andima Basterretxea (UHD H Cruces)

Estamos asistiendo a una transformación de los sistemas sanitarios debido al creciente impacto que supone el envejecimiento de la población, el aumento de las patologías crónicas y los imparable costes de la asistencia sanitaria al que contribuyen los constantes avances tecnológicos (nuevos fármacos, cirugía mínimamente invasiva-robótica). Todo ello está obligando a plantear nuevos modelos de gestión. Probablemente sean los hospitales los centros en los que visualicemos los próximos años unos cambios más profundos. La tendencia es a que se conviertan en centros altamente especializados para el diagnóstico y el tratamiento, buscando un equilibrio con estancias reducidas. En este contexto, se prevé un incremento de los recursos destinados a la ambulatorización de procesos con un posicionamiento favorable de las Alternativas a la Hospitalización Convencional (Hospitalización a Domicilio, Hospitales de Día, Cirugía ambulatorizada...). pueden contribuir enormemente a la reorientación futura de los hospitales de agudos.

La Hospitalización a Domicilio (HAD) surge en los años 80 en España como un recurso asistencial con la pretensión de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario ofreciendo cuidados especializados de calidad al paciente en el confort de su hogar.

La HAD está destinada a acortar o evitar las estancias hospitalarias, ofreciendo un conjunto de cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario a los pacientes en su propio domicilio hasta el alta médica. Las características principales de su actuación son la transitoriedad, la complejidad y la intensidad de los cuidados.

Grandes series de pacientes tratados avalan la seguridad y eficacia de esta modalidad asistencial con una reducción significativa de gastos a igualdad de complejidad del proceso y todo ello con unas encuestas de satisfacción de los pacientes altamente positivas.

CARTERA DE SERVICIOS

Gracias a los avances de la medicina y tecnología, hoy en día se pueden realizar en el domicilio multitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que, hasta hace no tanto, eran de uso exclusivo en el hospital. El acceso a las determinaciones de Laboratorio y de Radiodiagnóstico son similares al que dispondría un paciente en régimen de ingreso hospitalario. En cuanto a los procedimientos terapéuticos destacaríamos la administración de terapias endovenosas, fluidoterapia, terapia transfusional, nutrición artificial (enteral y parenteral), oxigenoterapia, aerosolterapia y ventilación mecánica. Otras prestaciones que se practican de forma habitual por parte de los equipos de HAD serían las curas complejas con terapias avanzadas, paracentesis y toracocentesis, administración de quimioterapia. La ecografía domiciliar se presenta como una técnica de gran valor para la aproximación diagnóstica (Patología trombótica, infecciosa) y de apoyo terapéutico (acceso vascular ecoguiado, drenaje de colecciones...).

CIRCUITOS ASISTENCIALES EN HAD

Pese a que existe una gran heterogeneidad en cuanto a los modelos organizativos dentro de la HAD podríamos enumerar los siguientes como los circuitos asistenciales más comúnmente empleados en nuestra actividad.

1- TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA EN EL DOMICILIO (PROGRAMAS TADE)

Supone la principal línea de tratamiento en HAD con un desarrollo imparable debido, entre otros, a la comercialización de antimicrobianos con posologías de administración más favorables, la protocolización de procesos y la progresiva implantación de programas de uso racional de antibióticos (PROA).

La Terapia antimicrobiana Domiciliaria Endovenosa (TADE) es un modelo alternativo al ingreso hospitalario empleado para el tratamiento de infecciones moderadas y severas que pretende acortar o evitar estancias hospitalarias. La eficacia, seguridad y satisfacción por parte de los pacientes de esta modalidad de tratamiento ha sido refrendada en multitud de trabajos desde hace 40 años. También está bien documentado el ahorro económico que supone en relación a la hospitalización convencional.

Para el éxito de los programas TADE es imprescindible atender a aspectos como: una adecuada selección del paciente y del proceso infeccioso a tratar, y sobre todo, ofreciendo una estrecha monitorización del proceso infeccioso (controles clínicos y analíticos, atención cuidadosa del acceso vascular y elección de la modalidad de infusión más idónea) con un acceso inmediato por parte del equipo en caso de aparición de complicaciones.

2- ATENCION AL PACIENTE POSQUIRURGICO

La atención al paciente posoperado constituye una de las señas de identidad de la atención de muchas Unidades de HAD desde su comienzo. Desde el abordaje del paciente posquirúrgico no complicado: seguimiento del pooperatorio de la cirugía herniaria en programas de Cirugía Mayor

Ambulatoria (CMA), protésica articular..., hasta la atención la paciente quirúrgico complicado, bien por problemas en relación a la herida (dehiscencias, infecciones, hematoma) y/o de la cirugía: manejo de fístulas, abscesos, drenajes, sondas y ostomías.

Una patología que requiere una alta especialización es el control posoperatorio del **Paciente Trasplantado**.

El **Pie Diabético** se muestra como una patología compleja, en la que concurren numerosos profesionales y que requiere unos cuidados posoperatorios intensos (curas avanzadas, antibioterapia)

Numerosas unidades de HAD participan en circuitos asistenciales de la moderna Cirugía de “Fast- Track” (Colon, gástrico...)

3- CUIDADOS PALIATIVOS

Se considera la HAD como un recurso específico en el abordaje de pacientes al final de la vida (enfermedad oncológica y también la no oncológica evolutiva avanzada). El lugar preferente para la atención de este tipo de pacientes, y donde más tiempo deberá pasar es su propio domicilio bajo atención directa de su Equipo de Atención Primaria. A lo largo de su evolución, de forma más o menos frecuente según la complejidad, surgirán crisis de necesidad que motivarán la derivación del enfermo. Es en estas situaciones de alta complejidad cuando intervendrían los equipos de soporte especializado como la HAD.

4- CRONICIDAD

Se están desarrollando numerosos planes para la atención a estos pacientes. De forma coordinada con otros profesionales (especialistas médicos, servicios de Urgencias, enfermeras de enlace, enfermeras de competencias avanzadas, sistemas de telemonitorización...) y guiándonos por criterios de complejidad en la atención, los profesionales de HAD están capacitados para el abordaje de complicaciones que surgen en el seguimiento de patologías como el **EPOC**, la **Insuficiencia Cardíaca**, la atención al **Paciente Pluripatológico**.

Un frecuente motivo de consulta a las unidades de HAD es el del tratamiento de las **úlceras crónicas**, sobreinfectadas o para el empleo de técnicas avanzadas en curas para su cicatrización.

Un escenario habitual de actuación son los **Centros Residenciales** en los que las Unidades de HAD ofrecen evaluación diagnóstica y soporte de tratamiento (enfermedades infecciosas, curas complejas, soporte transfusional, paracentesis evacuadoras).

5- PATOLOGIA AGUDA

Principalmente desarrollados en colaboración con los **Servicios de Urgencia** hospitalarios de cara a evitar ingresos. Patologías susceptibles de tratamiento domiciliario, una vez diagnosticadas y tras un periodo prudente de estabilización, podrían ser: la enfermedad tromboembólica, enfermedades infecciosas (ITU, neumonía, infección de piel y partes blandas, diverticulitis aguda, fractura vertebral y de pelvis) y las agudizaciones de procesos crónicos.

NUEVOS ESCENARIOS

En los próximos años vislumbraremos, con toda seguridad, nuevos escenarios para la atención de pacientes que indefectiblemente modularán la actividad de los profesionales de HAD. Desde una situación privilegiada para la coordinación asistencial, deberemos estar preparados para trabajar en Organizaciones Sanitarias Integradas, desarrollar actividades no presenciales y de telemonitorización, promover programas de Paciente Activo (autocuidados y autoadministración de medicación...). Todo ello orientado a mejorar los resultados en salud garantizando la Seguridad del paciente y su Continuidad Asistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. [Shepperd S](#). Hospital at home versus in-patient hospital care [Cochrane Database Syst Rev](#).
2. Landers SH. [Why health care is going home](#). N Engl J Med. 2010 Oct 28;363(18):1690-1
3. Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Ramallo VJ, eds. Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso. Madrid: Elsevier-Doyma; 2008,77- 86