

Eva Ángeles Sánchez Martos

**Hospitalización a Domicilio en el paciente agudo
Impacto sobre su calidad de vida y percepción de la calidad
asistencia**



TRABAJO DE FIN DE MASTER

Dirigido por el Dr. Francesc Valls Fonayet

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería

Tarragona

2021-2022

Contenido

1	INTRODUCCIÓN	3
2	MARCO CONCEPTUAL/TEÓRICO	5
2.1	¿Qué es la Hospitalización a Domicilio?.....	5
2.1.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	6
2.1.2	Equipos profesionales	7
2.1.3	Otras características presentes en estas unidades	8
2.1.4	El horario de cobertura de estas unidades	8
2.1.5	Complejidad asistencial	9
2.1.6	Características y modelos	10
2.1.6	Perfil del paciente que ingresa en HaD	10
2.1.7	Origen del paciente.....	11
2.1.8	Respuesta de HaD a la solicitud de ingreso.....	12
2.1.9	Atención y asistencia del equipo de HaD.....	13
2.1.10	Recursos y equipación de estas unidades	13
2.2	Inserción social de la Hospitalización a Domicilio	14
2.3	Calidad de vida	17
2.4	Calidad asistencial.....	18
3	REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA Y ANTECEDENTES	19
3.1	Estrategia de revisión bibliográfica	19
3.1.1	Tesauros y operador booleano	19
3.1.2	Diagrama de flujos de la búsqueda.....	20
3.1.3	Selección de trabajos.....	20
3.1.4	Resultados de la búsqueda.....	21
3.1.5	Evaluación de la calidad	21
3.1.6	Análisis de los resultados de la búsqueda:	22
3.2	Estado de la cuestión	28
4	APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.....	30
5	OBJETIVO E HIPÓTESIS	32
5.1	Objetivo general.....	32

5.2	Objetivo específico	32
5.3	Hipótesis.....	33
6	METODOLOGÍA	34
6.1	Diseño.....	34
6.2	Población y muestra.....	34
6.2.1	Población objetivo/diana	34
6.2.2	Población de estudio/accesible.....	35
6.2.3	Diseño del muestreo	35
6.2.4	Tamaño muestral.....	35
6.2.5	Criterios de inclusión y exclusión	35
6.3	Variables e instrumentos	36
6.3.1	Variables de resultado	36
6.3.2	Variables secundarias.....	36
6.4	Instrumentos y recogida de información	37
6.4.1	Instrumento segmentación demográfica.....	37
6.4.2	Instrumento Índice de comorbilidad de Charlson (anexo-2).....	37
6.4.3	Instrumento SERVQUAL en versión SERVQHOS.....	37
6.4.4	Instrumento QOLQ el EQ-5D-3L	38
6.4.5	Instrumento relación de la persona de soporte con el paciente	39
6.4.6	Instrumento ICUB 97.....	39
6.4.7	Instrumento valoración que hace la persona que da soporte de sus cuidados.	40
6.5	Plan de análisis:	40
7	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
8	APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA SALUD.....	43
9	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
10	BIBLIOGRAFÍA.....	45
11	CRONOGRAMA/ PLAN DE TRABAJO	52
11.1	Cronograma- Diagrama de Gantt.....	52
11.2	Procedimiento o Cuaderno de investigación	52
12	PRESUPUESTO	55
13	ANEXOS.....	57
13.1	Anexo-1.	57
13.2	Anexo 2.....	58
13.3	Anexo 3.....	60
13.4	Anexo 4.....	63

13.5	Anexo 5.....	66
13.6	Anexo-6	69
13.7	Anexo-7	72
13.8	Anexo-8-	73
13.9	Anexo 9. Variable incidencias durante el ingreso:	76
13.10	Anexo 10. Variable efectividad:	76
13.11	Tablas de artículos bibliográficos destacados	77

RESUMEN:

Recientemente se han desarrollado nuevos modelos sanitarios para optimizar la atención y racionalizar los costos en el tratamiento de pacientes en la Hospitalización Convencional (HC) estaríamos hablando de la Hospitalización a Domicilio (HaD). Se ha medido la eficacia y la eficiencia. Pero no se ha medido cómo influye un ingreso en HaD en el paciente y su entorno. El ingreso del paciente agudo en el programa de Hospitalización a Domicilio influye en la calidad de vida y el nivel de satisfacción con la asistencia recibida.

Objetivo: Describir el impacto del programa de HaD en el paciente agudo y su entorno, en la calidad de vida y la satisfacción. Analizar el nivel de calidad de vida y satisfacción de los pacientes ingresados en HaD y en HC. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal entre pacientes agudos ingresados en HaD del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell durante el año 2022-2023. La población diana serán los pacientes en proceso agudo que precisen de un ingreso hospitalario y realicen el tratamiento en HaD por evitación de ingreso o por alta precoz. La población de estudio será aquel subconjunto de la población diana que cumplirá con estos criterios de selección y sea accesible. Variable dependiente: la calidad de vida y la satisfacción del paciente y su entorno. Variables independientes: La valoración de la asistencia sanitaria recibida. Las cargas que asumirá la persona de soporte Variable operacional paciente: Los criterios de segmentación demográfica, y de salud. Variable operacional calidad asistencial percibida: el cuestionario SERVQHOS-E. Variable operacional enfermedad- calidad de vida el cuestionario QOLQ el EQ-5D-5. Método y recogida de datos constará de dos etapas: Características de la muestra y la asistencia recibida. Opinión del paciente.

Palabras clave: Hemos utilizado los MeSH “home care services, hospital based”; “Hospital to Home Transition”. “Quality of Life” “Quality of Health Care”

ABSTRACT:

Recently new healthcare models have been developed to optimize care and rationalize costs in the treatment of patients in Conventional Hospitalization (HC) we would be talking about Home Hospitalization (HaD). Effectiveness and efficiency have been measured however, how a HaD admission influences the patient and his environment has not been measured. The admission of the acute patient to the Home Hospitalization program influences the quality of life and the level of satisfaction with the care received. Objective: To describe the impact of the HaD program on the acute patient and his or her environment, on quality of life and satisfaction. To analyze the level of quality of life and satisfaction of patients admitted to HaD and HC. Methodology: Cross-sectional descriptive study among acute patients admitted to HaD at the Hospital Universitario Parc Taulí in Sabadell during the year 2022-2023, the target population will be patients in acute process who require hospital admission and undergo treatment in HaD to avoid admission or early discharge. The study population will be that subset of the target population that meets these selection criteria and is accessible. Dependent variable: quality of life and satisfaction of the patient and his/her environment. Independent variables: The assessment of the health care received. The burdens to be assumed by the support person Operational patient variable: Demographic and health segmentation criteria. Operational variable perceived quality of care: the SERVQHOS-E questionnaire. Operational variable disease-quality of life the QOLQ questionnaire the EQ-5D-5. Method and data collection will consist of two stages: Characteristics of the sample and the care received. Patient's opinion.

Keywords: We used the MeSH "home care services, hospital based"; "Hospital to Home Transition".
"Quality of Life" "Quality of Health Care".

1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han buscado diferentes modelos asistenciales que dieran una alternativa a la Hospitalización Convencional (HC) del paciente en proceso agudo. En esta búsqueda figura la Hospitalización a Domicilio (HaD) que nació como una modalidad asistencial basada en proporcionar una atención de hospital por profesionales de hospitalización y con tratamiento de rango hospitalario activo durante un periodo de tiempo limitado. Está reconocida oficialmente en España desde 1985 por la Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social (1)

Este proyecto pretende investigar cómo influye en la calidad de vida de un paciente agudo el hecho de realizar una asistencia de rango hospitalario en una unidad de Hospitalización a Domicilio y que nivel de satisfacción muestra con la atención recibida.

Históricamente se han encontrado indicios de asistencia médica en el domicilio del paciente desde el SXVI al XIX a través de Bueno Vergara (2) en su artículo “La asistencia domiciliaria en sus raíces históricas. Estudio de caso: Alicante en el siglo XVIII” que nos habla de las malas condiciones de esos centros, su mala administración y lo que suponía la separación de la familia cuando las personas estaban enfermas. El autor encuentra vestigios de Servicios de Hospitalización a Domicilio, como alternativa al hospital, mediante la contratación de médicos que atendían a sus pacientes en sus casas.

Pero no es hasta mediados del SXX cuando aparecen los primeros indicios de Hospital Home (HH) como modelo asistencial en el Hospital Universitario Guido Montefiore de Nueva York, sería el año 1947, y llegará a nuestro país en el 1981, año en que el antiguo Hospital Provincial de Madrid (en la actualidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón) pone en marcha la primera unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) en España.

Aceptamos como modelo la definición la que contempla el *Servei Català de Salut* (juny.2020), cuando acepta la definición internacional de este sistema asistencial, “és el recurs hospitalari que ofereix al pacient, al seu domicili, tractament mèdic i infermer en igual quantitat i qualitat que a l'hospital” (3).

Hoy en día, con los avances de la medicina y la mejora en la calidad de vida de la población, no solo se ha conseguido una longevidad de los asegurados sanitarios, sino que también se ha conseguido una mayor supervivencia en personas con enfermedades crónicas importantes que en otra época de la historia habrían sido incompatibles con la vida. Esto ha comportado un aumento de la demanda de servicios sanitarios y la prolongación de estos en el tiempo (4) y con ello otras formas de atender al paciente a lo largo de su vida y su cronicidad. Nos estamos refiriendo a lugares donde vivir como las residencias geriátricas, donde convalecer antes de volver a casa o como las unidades de larga estancia (4) que proporcionan cuidados en un periodo más largo de tiempo a pacientes que por las características de su enfermedad, los condicionantes familiares y de su entorno, no es posible darles el alta para volver a su domicilio, aunque utilicemos todos los recursos disponibles por nuestra sociedad/comunidad. Todos ellos dirigidos a atender al paciente en su retorno.

Si en sociedades anteriores a la actual había valores que eran muy importantes como la religión, la familia, la tierra o la propiedad y el trabajo, en nuestra sociedad actual se han incorporado valores de gran importancia como la calidad de vida y la calidad asistencial en el mundo de la sanidad. Con el aumento de la demanda ha tomado más fuerza la necesidad de disponer de esos servicios y además que sean de calidad. Por otra parte, la asistencia sanitaria cada vez tiene que hacer frente a una población más envejecida y crónica que gracias a los diferentes avances científicos, cada día es más numerosa.

Estos avances científicos podrían verse como un aspecto negativo para los sistemas de salud y asistencia a las personas enfermas ya que aumentan la demanda de personas con enfermedades crónicas que presentan necesidad de asistencia, pero también podrían constituir una oportunidad para difundir otros sistemas de asistencia hospitalaria, sistemas donde las nuevas tecnologías permitan la autoadministración de tratamientos endovenosos en domicilio (5) y los electrocardiograma (6) se hagan con tan solo dos dedos de la mano, pero también donde los cuidados tengan una visión más holística, más transcultural (7) y de mayor calidad.

Producto de la necesidad de dar respuesta a esta necesidad asistencial surge la modalidad asistencial de Hospitalización a Domicilio (H a D) como alternativa a la Hospitalización Convencional (HC).

Podría ser la HaD una respuesta al aumento de la demanda por parte de los servicios de salud, en concreto de ámbito hospitalario

Para ello sería importante nuestro estudio, donde pretendemos conocer la opinión del paciente que acude a estos servicios de Hospitalización a Domicilio, que le aporta al paciente y al cuidador el ser ingresado en HaD en lugar de un ingreso en HC y en que podemos mejorarlos para que el paciente pueda recibir una atención de más calidad y con ello reducir complicaciones y reagudizaciones.

Cuando el paciente está ingresado en el hospital se encuentra fuera de lo que es su entorno habitual. Lo sacamos del lugar donde se ha producido la enfermedad, lo traemos a nuestro entorno hospitalario, estructurado por leyes médicas y sanitarias y lo curamos o lo estabilizamos para posteriormente devolverlo a ese entorno de donde ha venido y que muchas veces es origen de un nuevo ingreso por agudización. Todo ello porque hemos tratado la enfermedad, pero no a la persona. En Hospitalización a Domicilio eso no es así. No puedes ver solamente la enfermedad porque te encuentras en el domicilio del paciente.

Por otra parte, recibimos al paciente en el momento en que tiene más presente las consecuencias de su enfermedad con lo que está más receptivo a realizar cambios que no lo devuelvan a esa pérdida de salud. De esta manera la HaD se convierte en una herramienta ideal para influir tanto en hábitos como en costumbres. Actuamos de forma holística y transcultural.

2 MARCO CONCEPTUAL/TEÓRICO

A lo largo de la historia reciente de la medicina, según *Lain Estralgo* (8), se puede ver cómo la pérdida de salud comporta el abandono del domicilio o zona de confort de la persona enferma, para acudir al lugar donde reside la sabiduría u hospital, con la esperanza de volver a su casa curado.

2.1 ¿Qué es la Hospitalización a Domicilio?

A la hora de definir la HaD nos adherimos a la definición propuesta por la Dra. Beatriz Massa Domínguez (De la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio-SEHAD). Según ella *“la HAD es «una alternativa asistencial que consiste en un modelo organizado capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario (proporcionados por profesionales de salud y recursos materiales del propio hospital), tanto en calidad como en cantidad a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan de vigilancia activa y asistencia compleja” (9).*

Pero si queremos realizar una definición menos oficial, más personal y cargada de muchos años de experiencia en este sistema asistencial, podríamos definirla como una asistencia en tres dimensiones del paciente agudo. Atención física, psíquica y social.

Como servicio sanitario que se incorpora nuevo al sistema asistencial la HaD ha encontrado a veces barreras burocráticas que obstaculizan el crecimiento de estos servicios principalmente por la utilización de telemedicina en los casos de seguimiento de pacientes crónicos (10)

Se da asistencia al paciente agudo estable que cumple unos criterios de ingreso en HaD.

2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Son un resumen de los requisitos que debe cumplir los enfermos para poder ser ingresados en este sistema asistencial aceptados por las sociedades profesionales y el *Servei Català de Salut*. Se trata de una manera de seleccionar al paciente que se puede beneficiar de una asistencia en HaD sin que ello suponga un riesgo vital para él.

Criterios clínicos de ingreso del paciente en Hospitalización a Domicilio (4) según el *Servei Català de Salut* (juny.2020) ya consultado con anterioridad:

- Pacientes de todas las edades. Hay que tener en cuenta que las unidades de HaD pediátricas están en desarrollo en estos momentos y las existentes, hasta ahora, dan soporte al paciente pediátrico crónico en el ámbito del domicilio.
- Disponga de un diagnóstico establecido y ausencia de criterio de monitorización intensiva. Hace referencia a que el paciente disponga de un diagnóstico claro de ingreso. Por ejemplo: *“Sobreinfección respiratoria por pseudomona en tratamiento endovenoso domiciliario con meropenem 1gr cada 8 horas”*. El

paciente puede tener más diagnósticos, pero el que motiva el ingreso y requiere tratamiento agudo es ese. Si solo contara con la reagudización de su insuficiencia respiratoria pero no se conociera la causa no ingresaría en HaD hasta que esta no fuera establecida.

- Domicilio dentro del área de influencia o territorio del hospital de referencia y que cumpla con un isócrono de 30-40 minutos. Está pensado para dar respuesta en caso de incidencia o agudización inesperada. se basa en las isócronas que marca el Servicio de Emergencias Médicas (11).
- Disponga de un cuidador o cuidadora principal capaz, adecuado a las necesidades de cuidados del paciente. En pacientes jóvenes o con un alto grado de autonomía este criterio se valorará de forma individualizada.
- Domicilio con teléfono fijo o móvil y con condiciones higiénicas adecuadas.
- Aceptación del recurso por parte del paciente y el cuidador o cuidadora y/o familia. La aceptación del recurso ha de quedar claramente explícita en el informe del ingreso y alta en el sistema informático.
- Debe contar con la aceptación del equipo de Hospitalización a Domicilio.

Criterios de exclusión:

El incumplimiento de los criterios de inclusión

Alteraciones conductuales graves como son agitación, conductas violentas,...

Riesgo de suicidio.

2.1.2 Equipos profesionales

Son equipos profesionales interdisciplinarios con capacidad adecuada a la intensidad terapéutica que requiere el paciente, con capacidad para interactuar y coordinarse clínicamente con otros servicios, recursos y niveles asistenciales (12). Los equipos están formados por un mínimo de dos profesionales de medicina y cuatro enfermeras /enfermeros en jornada completa. La N de profesionales viene condicionada en función de la N de pacientes y el nivel de intensidad de intervención en el domicilio que se requiera.

Dan soporte los 7 días de la semana las 24 horas del día.

Se incorporan, según las necesidades del paciente, otros profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeuta, rehabilitador, terapeuta ocupacional, etc.

Se dispone de circuitos claros y de coordinación rápida con el hospital de agudos y con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

2.1.3 Otras características presentes en estas unidades

Disponen de instrumentos y medios de conectividad (13) que le permiten acceso a la historia clínica del paciente y hacer consulta y registro en el momento a través de la información compartida del Sistema de Salud .

Permiten la incorporación de otros profesionales en el ámbito de HaD de acuerdo a las necesidades de cada servicio. Así podemos encontrar profesionales como cirujanos, internistas, neumólogos, oncólogos o médicos de familia o comunitaria etc. Siempre siguiendo las necesidades de esa unidad en concreto.

Deben ser profesionales con una formación y una experiencia clínica mínima y suficiente para el medio donde se va a realizar la asistencia.

2.1.4 El horario de cobertura de estas unidades

El horario es de 24 horas al día, el también llamado 7/24, los 365 días del año. Con lo que se equipara al horario de asistencia de nivel hospitalario.

También está garantizada la visita al domicilio en caso de necesidad y en cualquier momento y por ello se garantiza la respuesta telefónica mediante un miembro del equipo durante las 24 horas del día.

También se garantiza la presencia diurna (de 8h-20h) de médico y enfermera y la cobertura localizable nocturna (de 20h a 8h) y atención presencia, si se precisa, por los profesionales.

Todas estas generalidades vienen condicionadas tanto por las características de la población que atienden, como de los recursos y los dispositivos sanitarios que disponen y las estrategias establecidas entre estos con la finalidad de dar una isócrona de atención definida entre 30/40 minutos como máximo según los condicionantes del territorio y las comunicaciones viarias.

2.1.5 Complejidad asistencial

La HaD se trata de un sistema asistencial que sustituye la asistencia que podría darse en un hospital. Esto la diferencia de otros sistemas de atención en domicilio como puede ser los que provienen de la actuación de Atención Primaria y que en Catalunya se denominan ATDOM o servicios privados o de ayuntamiento de cuidados en el domicilio.

Por ello los pacientes de la HaD cuentan con unas características de:

- *Complejidad.* Son pacientes con problemas de salud agudos que requieren de unos conocimientos profesionales a nivel de especialista.
- *Intensidad.* Necesitan de una necesidad e intensidad de cuidados e intervenciones por parte de los profesionales que don de rango hospitalario.
- *Temporalidad.* Los pacientes son atendidos por periodos de tiempo definidos en relación a sus problemas de salud agudos o reagudizados.
- *Territorialidad.* Las unidades de HaD están vinculadas a un centro hospitalario de referencia.
- *Complementariedad.* Las unidades de HaD no invaden otras modalidades asistenciales como las realizadas por los centros de Atención Primaria (ATDOM, PADES, HD) ya que sustituyen solo y exclusivamente el periodo de ingreso hospitalario del paciente. Permite que cada equipo desarrolle su rol dentro del cuidado del paciente en el domicilio de éste.
- *Beneficios* de la HaD sobre la Hospitalización Convencional. Se han descrito una alta satisfacción por parte del paciente, la evitación de efectos adversos asociados a las estancias hospitalarias como son las infecciones nosocomiales,

entre otros, la disponibilidad de camas en los centros sanitarios para pacientes que no puedan realizar un ingreso en HaD.

2.1.6. Características y modelos.

Hay dos modalidades de ingreso del paciente en las unidades de HaD.

- La denominada **alta precoz** o Hospital to Home Transition y transitional care consiste en continuar con la atención hospitalaria que recibe el paciente, pero en el domicilio de éste, acortando el periodo que debería permanecer en la hospitalización convencional. Va dirigida tanto a enfermos médicos como quirúrgicos. Se cree a través de las sociedades de hospitalización a domicilio (SEHAD- SCBHAD) que correspondería al 40 % de las altas de HaD. Proporciona reducción de los días de ingreso hospitalario.
- Otra modalidad de ingreso en HaD es la de **evitación de ingreso** hospitalario. Son los ingresos que se realizan desde dispositivos diferentes a la HC como puede ser el servicio de urgencias, Atención Primaria, Hospital de Día, PADES, etc. Va dirigido a pacientes que requieran atención de intensidad hospitalaria por un proceso agudo. Las sociedades profesionales antes mencionadas consideran que correspondería al 60% de los ingresos en HaD. Proporciona la evitación total del ingreso hospitalario.

2.1.6 Perfil del paciente que ingresa en HaD

- Paciente médico en modalidad de evitación de ingreso/ alta precoz:

Es el paciente con patología aguda de alta complejidad, infecciosa o no infecciosa, médica o quirúrgica en tratamiento conservador. También incluye al paciente con patología crónica agudizada.

Diagnósticos médicos más frecuentes	
Patología crónica agudizada	MPOC, insuficiencia cardiaca, asma, bronquiectasias, etc.
Patología aguda /Patología infecciosa	Gripe, neumonía, celulitis, COVID-19, Infecciones de vías urinarias, etc.
Patología no infecciosa	Trombosis venosa profunda, trombo embolismos pulmonar, etc.
Enfermos complejos o de edad avanzada	Pacientes frágiles con procesos agudos o con sustitución de un alta intermedia

Diagnósticos quirúrgico más frecuentes	
Post quirúrgico simple	Apendicetomía, mastectomía, etc.
Post quirúrgico complicado	Por comorbilidad de base, infecciones de herida quirúrgica, seromas, dehiscencias, fistulas, drenajes, etc.
Pre quirúrgico	Paciente con necesidad de tratamiento hospitalario complejo previo. Nutrición parenteral, transfusión, feroterapia endovenosa, preparación quirúrgica, etc.
Paciente crónico complejo o de edad avanzada afectado de proceso quirúrgico agudo	Procesos agudos incapacitantes u orto geriátricos que tengan como alternativa una hospitalización intermedia

2.1.7 Origen del paciente

Como hemos dicho con anterioridad los pacientes ingresan en HaD por dos vías de acceso.

- Una tiene como objetivos la sustitución del ingreso hospitalario o **evitación del ingreso.**

En este dispositivo el paciente puede ingresar en HaD procedente de los diferentes dispositivos asistenciales menos las unidades de hospitalización.

El paciente ha de necesitar una atención de rango hospitalario por un proceso agudo.

Vías de ingreso:

- Desde un dispositivo del hospital: urgencias hospitalarias, consultas externas, hospital de día i unidades de diagnóstico rápido.
- Dispositivos de salud comunitaria: Atención Primaria, Centro de Urgencias de Atención Primaria, Atención Primaria de crónicos, Paliación-PADES, equipos de soporte a residencias geriátricas, etc.

- Otra vía de ingreso tiene como objetivo reducir los días de ingreso en palta de hospital o **alta precoz**.

En este dispositivo el paciente ingresa en HaD procedente de un dispositivo de hospitalización convencional.

El paciente ha de necesitar una atención de rango hospitalario por un proceso agudo.

Este sistema proporciona acortamiento de las estancias en el hospital.

Vías de ingreso:

- Servicios médicos y quirúrgicos del hospital excepto urgencias hospitalarias, consultas externas, hospital de día i unidades de diagnóstico rápido

2.1.8 Respuesta de HaD a la solicitud de ingreso

Una vez estabilizado el paciente de su proceso agudo, el médico referente hace su solicitud de traslado del paciente a HaD. Dicha solicitud se hace por vía telefónica con el médico o la enfermera de HaD que pertenecen al equipo de valoración de la HaD.

- Tiempo de respuesta a la solicitud de HaD:
Ha de ser de 24-48horas hábiles desde el momento que se hace la solicitud y el ingreso del paciente en HaD. Cuando esta solicitud se hace desde los dispositivos hospitalarios.
Estaríamos hablando de **alta precoz**.

Ha de ser de 24 horas hábiles desde el momento que se hace la solicitud y el ingreso del paciente en HaD. Cuando esta solicitud se hace desde urgencias u otros dispositivos asistenciales. Estaríamos hablando de **evitación de ingreso**.

- Se comprobará por el equipo de valoración de la HaD que el paciente cumple los criterios de inclusión.
- Se le propondrá al paciente y al cuidador. Se le explicará en qué consiste, en que esperamos su colaboración, que buscamos conseguir en su mejora de salud.
- Si el paciente y el cuidador aceptan prepararemos todo el dispositivo para su traslado a casa.

2.1.9 Atención y asistencia del equipo de HaD

Una vez ingresado el paciente en la unidad de HaD se procede a realizar la primera visita del equipo asistencial referente de médico y enfermera o enfermero dentro de las 24h posteriores a su ingreso en HaD (13).

Cada paciente recibe una carencia de visitas adecuadas a sus características y a las necesidades que determinan su patología y/o tratamiento.

El paciente y el cuidador disponen del número de teléfono de contacto directo con su equipo asistencia de HaD asignado para poder realizar consultas, dar alertas o manifestar dudas.

En caso de no precisar visita diaria el día que no recibe visita por parte de su equipo asistencial de HaD se realiza un contacto telefónico para comprobar que todo va como se ha previsto y que no presentan dudas o incidencias.

Se procederá, por parte de los profesionales, al registro en la historia clínica del paciente todo lo referente a su asistencia, evolución etc.

2.1.10 Recursos y equipación de estas unidades

La HaD dispone de los mismos recursos que el hospital para realizar diagnósticos y tratamientos. En el supuesto de aquellas técnicas que no se pueden realizar en el

domicilio como puede ser un diagnóstico de imagen, el paciente es trasladado al hospital de forma puntual.

- Para diagnóstico:

En el domicilio se pueden disponer de una serie de recursos para realizar diagnósticos: electrocardiografía, espirometría, paracentesis, toracentesis, pulsioximetría, co-oximetría, ecografía, recogida de muestras y analíticas. Disponen de DEA.

- Para tratamiento:

En el domicilio se pueden disponer de una serie de recursos para realizar tratamientos: oxigenoterapia, aerosol terapia de broncodilatadores y antibióticos, tratamientos endovenosos a caída, con bombas electrónicas o dispositivos elastoméricos, transfusiones de componentes sanguíneos, ferroterapia endovenosa, cura y manejo de ostomías y traqueostomía, ventilación mecánica BIPAP y CPAP, digito punción, nutrición enteral por sonda nasogástrica o invasiva por gastrostomía percutánea, jejunostomía, nutrición parenteral, drenajes quirúrgicos, drenajes pleurales, sondajes vesicales, recambio de bolsas y cánulas, paracentesis, cura de heridas complejas, tratamientos de heridas con terapia de presión negativa y soporte vital avanzado.

2.2 Inserción social de la Hospitalización a Domicilio

A lo largo de la historia de la HaD se han dedicado muchos esfuerzos en definir y analizar estos servicios con la finalidad de darles forma y explicarlos a la comunidad científica y asistencial y con ello conseguir financiación para su funcionamiento (14,15) Se podría decir que en los más de 40 años que lleva instaurada la HaD en nuestro país hemos pasado de ser una “*alternativa asistencial de carácter hospitalario*” según el Dr. González – Ramallo , en el año 2000, a ser considerada “*como una modalidad asistencial consolidada y generalizada, que permite dar una atención al paciente digna, equitativa, próxima, ajustada a sus necesidades, segura y excelente. Contribuye a la sostenibilidad del sistema y acerca la atención especializada al escenario terapéutico natural que es el propio domicilio*” definición dada por los miembros del *Proyecto HAD 2020* (12).

Hoy en día se trata de un sistema asistencial aceptado y asumido por la mayoría de los centros hospitalarios y otras sociedades como la *Societat de Geriatria Comunitària de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia* (16).

Se trata de un sistema asistencial, ampliamente consolidado en países como Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia, España, Reino Unido, Francia, Suecia, Alemania e Italia. Lugares donde tenemos constancia que figura implementada la Hospitalización a Domicilio/ Hospital Home desde hace años por los estudios realizados dentro de este sistema asistencial (17). En su mayoría dirigidos a valorar costes al Sistema Sanitario o al Medicare en los países anglosajones (18), algunas veces, midiendo la calidad de vida.

También tenemos detractores de este sistema asistencial. Profesionales que lo ven relegado a los picos asistenciales.

A finales de 2019 apareció un nuevo tipo de virus, el Sars-CoV-2, que originó una pandemia definida el 11 marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la enfermedad de COVID-19 (19). Su sintomatología respiratoria originó un aumento de la demanda de asistencia hospitalaria (20). En definitiva, se puso a prueba el sistema sanitario mundial (21). Pero la pandemia de la COVID acabó con todo ello. Los centros de Atención Primaria se vieron desbordados y hasta los hospitales sufrieron el desbordamiento ante la demanda.

En el Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) un hospital comarcal de 800 camas y que da soporte a más de 400.000 asegurados, el 14 de marzo de 2020 había ingresados 45 pacientes con diagnóstico COVID-19 pero el día 28 del mismo mes había 535 pacientes con ese diagnóstico.

Entre las unidades hospitalarias que atendieron a estos pacientes se encontró la Hospitalización a Domicilio. Esta modalidad asistencial hizo posible que un paciente que requiere atención de rango hospitalario por COVID pudiera ser atendido en su domicilio por profesionales del hospital (médico y de enfermería) (22).

En un principio, estas unidades dieron soporte al hospital atendiendo pacientes en sus domicilios mediante el sistema de alta precoz. Posteriormente se reinventaron desdoblándose en dos equipos uno llevaba paciente COVID y el otro permanecía con paciente no COVID (23) o hacían seguimiento telefónico de pacientes para evitar el ingreso hospitalario (24).

En el caso del Hospital de Sabadell Parc Taulí pasamos de dar soporte al hospital a convertir un Hotel en Hospital creando una nueva equipación asistencial la de Hotel Medicalizado (25) con 400 camas de hospital y que tenía como finalidad atender a pacientes agudos estables diagnosticados de infección por Sars-CoV-2. En otros lugares se habilitaron pabellones deportivos o de exposiciones, destinados a pacientes que no podían hacer aislamiento en casa.

La asistencia se realizaba por personal médico y de enfermería con la ayuda de estudiantes de cuarto de carrera y licenciados en medicina pendientes de MIR. En ambos casos la actividad asistencial de estos profesionales se equiparó a una residencia, en caso de los médicos, y a las prácticas de último año, en el caso de las enfermeras.

Los palos de suero fueron las lámparas de la habitación. El oxígeno llegó en bombonas de dos metros de alto. Las habitaciones disponían de cuarto de baño. Nos pareció una mejora en la calidad asistencial si lo comparamos con los baños comunitarios de un polideportivo. Sobre todo cuando los pacientes sufrían episodios de diarreas y vómitos o después de un episodio de pico febril o cuando una ducha se convierte en un bien preciado, después de dos días hacinado en el servicio de urgencias.

Creamos sistemas de prevención de contagio especiales para las condiciones del hotel. Se acondicionaron los recursos a las necesidades de los profesionales. Se identificaron ascensores como limpios y sucios. Un dentista nos dejó un maletín de paros. Desde el hospital llegó la uni-dosis de farmacia y el material básico para urgencias médicas. Dispusimos de electrocardiógrafo y ordenadores con conexión a la estación clínica.

En tan solo 48h tomamos las decisiones de organización y se puso en marcha el Hotel Medicalizado con la llegada de los primeros 20 pacientes. Esta facilidad de respuesta se debió en gran medida a nuestra experiencia en ejercer la asistencia sanitaria en el medio habitual de los pacientes. Unimos calidad de vida (dentro del contexto de la pandemia) calidad asistencial (no tuvimos fallecidos y de los 60 profesionales que dieron asistencia, nadie se infectó) en COVID-19.

En la actualidad se sigue dando soporte al hospital con los pacientes diagnosticados de infección Sars-CoV-2 en tres niveles: A los que presentan secuelas de infección en forma de lesiones por presión o insuficiencia respiratoria. A los que tienen enfermedades

crónicas estables que presentan dicha infección. En la administración de tratamiento para minimizar las complicaciones de la infección.

2.3 Calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (26) por tanto si queremos medir la asistencia sanitaria recibida por los enfermos debemos tener en cuenta la valoración que hace el enfermo de su calidad de vida además de la gravedad de su enfermedad.

Desde la OMS se define la calidad de vida como "la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" (27). Podríamos decir que se trata de un concepto amplio compuesto por la interacción de parámetros como la salud, el estado mental o psicológico, los niveles de independencia como individuo y las interrelaciones tanto socio/culturales como personales y ambientales.

Cada vez es más relevante el poder medir la calidad de vida en su relación con la salud de nuestros pacientes tanto como el analizar la eficacia y la efectividad de la asistencia sanitaria que se le ofrece. Estaríamos hablando de los llamados CVRS o Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En el sistema de asistencia convencional, como puede ser el centro hospitalario o la Atención Primaria, ésta medición se encuentra con algunos obstáculos como la falta de tiempo de los profesionales, la disponibilidad de espacios tranquilos donde cumplimentarlos y la diversidad sociodemográficas y transculturales de los pacientes.

En los servicios de HaD no se dan estas limitaciones. El espacio tranquilo lo da el domicilio del paciente, el tiempo lo proporciona también él, generalmente se tratan de cuestionarios tipo test auto administrados. Por otra parte los profesionales de HaD están habituados a adaptarse a las características de cada paciente para facilitar su autonomía.

Para valorar la calidad de vida necesitamos cuestionarios que se puedan administrar de manera rápida y sencilla pero también deben ser fiables y estar validados. El EuroQol-5D (EQ-5D) fue diseñado para cumplir con estas características. Su objetivo, entre otros, fue que pudiera valorar diferentes condiciones vitales, por diferentes vías de administración (correo, entrevista, auto administración) y para diferentes tipos de estudios desde coste efectividad a la medición y asignación de recursos.

Dentro de los instrumentos que miden la calidad de vida y en concreto aquellos que también miden su relación con la salud encontramos el Quality of Well-Being Scale⁴, el Health Utilities Index⁵ o el 15-D6 pero no están adaptados ni validados para usarlos en España.

El EuroQol-5D (EQ-5D) permite que sea aplicado en pacientes sanos y enfermos. Es la persona la que hace la valoración de su calidad de vida física y social. Ha sido utilizado tanto para medir incumplimiento terapéutico en patología crónica vascular, respiratoria o artrosis de rodilla a para valorar la salud después de una intervención sanitaria comunitaria para distribuir recursos en sanidad.

2.4 Calidad asistencial

Por otra parte la medición de la calidad percibida por los usuarios se ha convertido en un objetivo clave de las instituciones que buscan la excelencia mediante la mejora continua de sus servicios. Según Llinás (28) surge para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas. Su concepto proviene del latín *qualitis o qualitatis* y define un conjunto de cualidades o características de una persona o cosa. J. Juran (29) fija "la calidad" como "aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias". Deming, la basa en las características del sujeto que la juzga (30); Crosby, la relaciona con el cumplimiento de los requisitos del cliente (31).

La norma ISO 8402 fue dada a conocer en 1986. En ella se define calidad como "el conjunto de características de una entidad le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas"(32).

Los servicios sanitarios y la Hospitalización a Domicilio entre ellos, también son evaluables y también buscan la excelencia en sus servicios. Consistiría en evaluar el acceso de los pacientes a los mejores medios, infraestructuras y materiales con la finalidad de conseguir la máxima calidad posible. En España esta calidad sanitaria está definida por el Sistema Nacional de Salud (SNS) como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario" (33). Por su lado la definición que proporciona la OMS "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en

cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (33) .Se utiliza el concepto de calidad en salud para estudiarlos y cuando se consigue o se tiene se habla de acreditación (34). En los países anglosajones, donde la sanidad es suministrada por empresas aseguradoras es habitual pedir al cliente/paciente que conteste una encuesta de satisfacción sobre el servicio recibido. En las sociedades occidentales el Sistema de Salud, las Empresas Prestadoras de Salud y la satisfacción de los usuarios hacen equilibrios entre calidad de servicios sanitarios y la rentabilidad del proceso asistencial.

3 REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA Y ANTECEDENTES

3.1 Estrategia de revisión bibliográfica

Se ha realizado búsqueda bibliográfica consultando una selección de bases de datos bibliográficos para identificar Revisiones Sistemáticas (RS) partiendo de Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA) que persigan nuestros objetivos. Nuestra estrategia de búsqueda ha sido pacientes ingresados en HaD que han recibido tratamiento agudo en esta modalidad asistencial comparado con pacientes de HC y el impacto de dicho ingreso.

La búsqueda fue llevada a cabo durante los meses de septiembre a diciembre del año 2021. Los artículos consultados se encuentran en PubMed, Scielo, Dialnet, Google Académico.

3.1.1 Tesoros y operador booleano

MeSH	DeCS	Operador booleano
“home care services, hospital based”	"Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital"	AND
“Hospital to Home Transition”	Transitional Care	
“Quality of Life”	“Quality of Life” Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS	
“Quality of Health Care”	“Quality of Health Care” Calidad de la Atención de Salud	

3.1.2 Diagrama de flujos de la búsqueda

Palabras clave: hospitalización a domicilio, experiencia, percepción, actitudes, puntos de vista, enfermera, enfermería, calidad de vida

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Nº articulo encontrados	Nº artículos utilizados
PUBMED	Home hospitalization OR Home hospitalization AND experience AND quality of life Home hospital OR home hospital		
GOGEL ACADEMICO	Hospitalización a domicilio AND calidad de vida AND experiencia AND enfermería (calidad asistencial/ asistencia recibida)		
Dialnet	Hospitalización a domicilio AND calidad de vida AND enfermería (calidad asistencial/ asistencia recibida)		
SCIELO	Hospitalización a domicilio AND calidad de vida AND enfermería (calidad asistencial/ asistencia recibida)		

Filters applied: Meta-Analysis, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, in the last 5 years

3.1.3 Selección de trabajos

Hemos realizado una selección siguiendo los principios de validez, relevancia y aplicabilidad para valorar la calidad de aquellas RS de ECA con publicación más reciente de mayor calidad y alcance. Ha sido realizado por un solo evaluador.

3.1.4 Resultados de la búsqueda.

Buscador	DeCS	Encontrados	Preseleccionados	Elegidos
PubMED	Hospital to Home Transition AND "Quality of Life"	72	40	8
	"home care services, hospital based"AND "Quality of Life"	16	16	6
	"home care services, hospital based"AND "Quality of Health Care"	3	0	0
	Hospital to Home Transition AND "Quality of Health Care"	5	0	0
Google Academic	Hospital to Home Transition AND "Quality of Health Care"	2380	2	1
	"home care services, hospital based"AND "Quality of Health Care"	7	1	1
	Hospital to Home Transition AND "Quality of Life"	17300	7	0
	"home care services, hospital based" AND "Quality of Life"	37	2	0
Dialnet	Hospital to Home Transition AND Quality of Health Care	4	2	1
	home care services, hospital based AND Quality of Health Care	33	4	2
	Hospital to Home Transition AND "Quality of Life"	5	1	0
	home care services, hospital based AND Quality of Life	25	5	1
Scielo	Hospital to Home Transition AND "Quality of Health Care	4	1	1
	"home care services, hospital based"AND "Quality of Health Care"	3	2	0
	Hospital to Home Transition AND Quality of Life	3	1	0
	Home care services, hospital based AND Quality of Life	1	0	0

3.1.5 Evaluación de la calidad

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica se incluyeron en la revisión un total de 23 artículos: 14 de Pubmed, 2 de Google Académico, 4 de Dialnet y 1 de la Biblioteca

Virtual SciELO. Los artículos no incluidos no cumplían los criterios de la búsqueda, se presentaban duplicados o no se centraban en el tema que se quiere investigar.

El criterio seguido para incluir los RS de ECA ha sido: tener definidos los criterios de inclusión, que la búsqueda estuviera realizada más de dos bases de datos bibliográficos y que den información sobre las variables de nuestro estudio.

- Artículos de mayor calidad:

Hemos localizado 7RS de ECA publicados hasta 2022.

El investigador que más ha publicado sobre el tema ha sido Sasha Shepperd

El tema más investigado ha sido la modalidad de evitación de ingreso con 5 de los 7 artículos encontrados. Frente a la modalidad de alta precoz con solo 1 artículo.

Las patologías más investigadas en la modalidad de evitación de ingreso han sido la EPOC (22,23) y la insuficiencia cardiaca (20), 6 estudios valoraron patología médica principalmente en ancianos y 2 incluyeron pacientes con ictus. En la modalidad de alta precoz la edad media era de 65 años todos ellos ingresados en HC con patología aguda.

- Artículos de calidad moderada:

Hemos identificado 61 artículos. Presentaron diferentes criterios de inclusión entre ellos.

3.1.6 Análisis de los resultados de la búsqueda:

Tras la realización de la búsqueda de artículos de carácter científico en las bases de datos de Ciencias de la Salud se van a exponer los resultados encontrados con la finalidad de comprobar si cumplen los objetivos marcados.

- **Shepperd, Sasha**, y col realizaron varias revisiones para estudiar Hospital Home como medio para evitar el ingreso hospitalario en el paciente agudo que de otra amnera requeriría ingreso en el hospital. Objetivos Determinar la efectividad y el costo del tratamiento de los pacientes con internación hospitalaria domiciliaria en comparación con el hospital para pacientes hospitalizados cuidado. Métodos de búsqueda Se realizaron búsquedas en el

Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, otras dos bases de datos y dos registros de ensayos el 2 de marzo de 2016. Se verificaron las listas de referencias de los artículos elegibles. Se buscaron estudios no publicados mediante el contacto con proveedores e investigadores que se sabía que estaban involucrados en el campo. . Criterio de selección Ensayos controlados aleatorios que incluyeron participantes a partir de los 18 años. Estudios que comparan la evitación del ingreso en el hospital domiciliario con atención hospitalaria aguda. Recogida y análisis de datos Se siguieron los procedimientos metodológicos estándar esperados por Cochrane y la Práctica y Organización Efectivas de la Atención (EPOC) Se realizó un metanálisis de los ensayos que compararon intervenciones similares e informaron resultados comparables con datos suficientes, solicitó datos de pacientes individuales a los investigadores y se basó en los datos publicados cuando no estaban disponibles. Utilizamos el enfoque GRADE para evaluar la certeza del cuerpo de evidencia para los resultados más importantes. Resultados principales Se incluyeron 16 ensayos controlados aleatorios con un total de 1814 participantes; tres ensayos reclutaron participantes con enfermedad obstructiva crónica enfermedad pulmonar, dos ensayos reclutaron participantes que se recuperaban de un accidente cerebrovascular, seis ensayos reclutaron participantes con un problema médico agudo. La satisfacción con la atención médica recibida puede mejorar con la evitación de la admisión al hospital en el hogar (646 participantes, evidencia de certeza baja); pocos estudios informaron el efecto sobre los cuidadores. Cuando los gastos del cuidador informal eran excluidos, la evitación de la admisión en el hospital domiciliario puede ser menos costosa que la admisión en una sala de agudos del hospital; hubo variación en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria; en un ensayo que reclutó a personas mayores con diversos problemas de salud, hasta un aumento medio de 15,90 días.

- **Levine, David M ; Paz, Mary ; Burke, Kimberly ; Schnipper, Jeffrey L** Realizaron comparaciones bivariadas y regresión logística multivariable para identificar las características de los pacientes que no acceden a ingresar en HaD. Resultados clave fueron seleccionados 248 pacientes y 157 (63%) rechazaron el ingreso. Los pacientes que rechazaron y que accedieron tenían una edad similar (mediana de edad, 74 frente

a 75 años; $p = 0,27$), sexo (32 % frente a 36 % mujeres; $p = 0,49$) y raza/origen étnico ($p = 0,26$). En el análisis multivariable, los pacientes tenían significativamente más probabilidades de rechazar el ingreso si eran atendidos antes en el hospital comunitario en comparación con el centro médico académico (53 % frente a 42 %; OR ajustado, 2,2 [IC del 95 %, 1,2 a 4,2]) y si eran solteros (37 % frente a 24 %; OR ajustada, 2,5 [IC 95 %, 1,2 a 5,1]). Se formularon 10 categorías cualitativas que describen las razones por las que los pacientes finalmente se negaron. Muchos pacientes se negaron porque sentían que era más fácil permanecer en el hospital (20 %) o se sentían más seguros en la HC que en su casa (20 %). Conclusiones Los pacientes que se negaron a ingresar en HAD tenían características sociodemográficas similares a las de los que sí ingresaron, excepto el estado de pareja, y la mayoría de las veces declinaron por las percepciones sobre la seguridad en el hogar y la facilidad de permanecer en el hospital.

- **Sonia Jiménez y col.** Realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la aceptación por parte del paciente de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias. Estudio de cohortes prospectivo observacional de pacientes que reunían criterios de ingreso en HC, podían responder a una entrevista y disponían de un cuidador. La variable dependiente fue la predisposición a aceptar o no un ingreso en HaD. Como variables independientes se recogieron aspectos demográficos, factores de su estado de salud-comorbilidad y de su enfermedad actual, y percepciones psicosociales relacionadas con la HaD. La relación entre variables se estableció por análisis de regresión logística múltiple. Se realizaron 129 entrevistas. La predisposición a aceptar un ingreso en HaD fue del 71%. Sólo las percepciones psicosociales del paciente, con independencia de sus aspectos demográficos e incluso de su estado de salud actual y comorbilidad, se relacionaron con la predisposición a aceptar un ingreso en HaD en concreto las condiciones del domicilio
- **Caplan GA, y cia** realizaron una búsqueda con el objetivo de evaluar el efecto de los servicios de "hospital en el hogar" (HITH) que sustituyen significativamente el tiempo de hospitalización sobre la mortalidad, las tasas de reingreso, la satisfacción del paciente y del cuidador y los costos. Fuentes de datos: MEDLINE, Embase, Social Sciences Citation Index, CINAHL, EconLit, PsycINFO y Cochrane Database of Systematic Reviews, desde la fecha más

antigua en cada base de datos hasta el 1 de febrero de 2012. Selección de estudios: ensayos controlados aleatorios (ECA) que comparan la atención HITH con tratamiento hospitalario para pacientes mayores de 16 años. Extracción de datos: dos evaluadores revisaron de forma independiente los estudios potencialmente relevantes y los datos se extrajeron mediante una plantilla de recopilación y una lista de verificación. Síntesis de datos: 61 ECA cumplieron los criterios de inclusión. La atención HITH condujo a una reducción de la mortalidad (odds ratio [OR], 0,81; IC del 95 %, de 0,69 a 0,95; $P = 0,008$; 42 ECA con 6992 pacientes), tasas de reingreso (OR, 0,75; IC del 95 %, de 0,59 a 0,95; $P = 0,02$; 41 ECA con 5372 pacientes) y coste (diferencia de medias, $-1567,11$; IC del 95 %, $-2069,53$ a $-1064,69$; $P < 0,001$; 11 ECA con 1215 pacientes). No se observó heterogeneidad para los datos de mortalidad, pero se observó heterogeneidad para los datos relacionados con las tasas de reingreso y el costo. La satisfacción del paciente fue mayor en HITH en 21 de 22 estudios, y la satisfacción del cuidador fue mayor en seis de ocho estudios; la carga del cuidador fue menor en ocho de 11 estudios, aunque no significativamente (diferencia de medias, 0,00; IC del 95 %, $-0,19$ a $0,19$). Conclusión: HITH se asocia con reducciones en la mortalidad, las tasas de reingreso y el costo, y aumenta la satisfacción del paciente y del cuidador, pero no cambia la carga del cuidador.

- **V.J.Gonzalez Ramallo y col**, realizaron un estudio sobre la utilidad de la hospitalización a domicilio en las enfermedades nosocomiales. Las enfermedades nosocomiales causan un aumento de la estancia hospitalaria precisando tratamientos antibióticos de larga duración. Confirmaron que el tratamiento en hospitalización domiciliaria es una alternativa efectiva para disminuir las enfermedades nosocomiales, también hay evidencia sobre las ventajas clínicas y la calidad de vida del paciente, además se hizo referencia a la disminución de costes en hospitalización domiciliaria. La principal limitación que plantean en el estudio es que el paciente se encuentre inestable clínicamente, que las condiciones de su domicilio no sean las adecuadas y la posible sobrecarga del cuidador.

- **John P. Nabagiez y col**, iniciaron un programa de asistencia médica a domicilio (PAHC), con la finalidad de disminuir las tasas de reingreso hospitalario. En el estudio participaron pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Realizaron visitas al domicilio en el segundo y quinto día posterior a la intervención quirúrgica. Durante el periodo que va de agosto de 2009 al mes de septiembre de 2011, recibieron cirugía vascular a 1013 pacientes de los cuales 701 se les dio el alta directamente en el domicilio. El grupo control eran 361 pacientes y el grupo de PAHC eran 340 pacientes con una tasa de reingreso hospitalario del 25% aproximadamente. Las características basales fueron comparables en ambos grupos. Se comparó el número de pacientes que reingresaron por día postoperatorio, la diferencia entre los grupos control y la PAHC fue más alta en las dos primeras semanas postoperatorias. Las causas de readmisión fueron: infecciosas, vasculares, gastrointestinales, etc. El estudio demostró que al realizar visitas a domicilio se redujo la tasa de reingreso hospitalario postoperatorio de 30 días en un 25% en pacientes que fueron dados de alta a domicilio. Se redujeron los reingresos por causas infecciosas, cardíacas, pulmonares y neurológicas. La intervención más frecuente fue los ajustes de medicación, hipoglucemias y antibióticos.
- **Balaguer A y col**, realizaron una revisión bibliográfica de estudios controlados aleatorios y cuasi aleatorios sobre el tratamiento con antibióticos intravenosos para adultos y niños con fibrosis quística en HaD en comparación con HC. Utilizaron 18 estudios pero solo incluyeron 1 para informar de los resultados. Participaron pacientes con un rango de edad entre 10 y 41 años con sobreinfección por P.Aureuginosa. Evaluaron los resultados a los 0,10 y 21 días después de comenzar el tratamiento. No se encontraron diferencias significativas para los resultados clínicos, complicaciones o efectos secundarios. Quedó demostrado que los pacientes de HaD recibieron antibióticos en dosis más bajas. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la disnea y el estado emocional.
- **Garabedian C y col**, realizaron un estudio prospectivo durante dos años de mujeres con embarazos complicados por la rotura prematura de membranas que se manejaron en el HC y en HaD. Se propusieron como criterios de inclusión en HaD: embarazo único, parto entre las 24-35 semanas de gestación, ausencia de

corioamnionitis, estabilidad clínica, dilatación cervical menos a 3 centímetros y domicilio dentro del área geográfica del hospital. Participaron 32 mujeres en el grupo de HaD y 24 en el grupo de HCEl periodo de latencia fue superior en HAD que en HC, en contra partida las pertenecientes a HAD recibieron menos antibióticos incluso cuando la tasa de corioamnionitis fue parecida y los días en reanimación neonatal fueron menores. En cuanto a los resultados obstétricos no hubo diferencias significativas.

- **Marta Germán Díaz y col**, llevaron a cabo un estudio para verificar la evidencia disponible sobre el empleo de sellados con antisépticos y antibióticos en pacientes pediátricos con nutrición parenteral a domicilio (NPD). Actualmente, la nutrición parenteral es el tratamiento de elección para pacientes con síndrome de intestino corto que supone un aumento de la estancia hospitalaria. Las infecciones del catéter venoso central siguen siendo una de las principales complicaciones en estos pacientes. Con ello aumentan la morbilidad y la mortalidad y suponen un alto coste hospitalario ante el aumento de días de ingreso y de tratamiento. A pesar de que se han probado muchas estrategias para prevenir la infección, parece ser que ninguna ha sido suficientemente efectiva. Se han empleado agentes como el EDTA y el citrato sódico, también se utilizaron sellados con antibióticos con el riesgo de la aparición de resistencias. Los últimos estudios exponen el uso de sellados antimicrobianos sólo en pacientes con un historial de Infecciones asociadas al catéter (IAC).
- **Abel Mujal Martínez** basó su tesis doctoral sobre la efectividad y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en pacientes derivados desde el servicio de urgencias por infecciones a bacterias multirresistentes en población anciana. Los tratamientos fueron administrados mediante bombas de infusión elastomérica por el propio paciente o el cuidador mediante el sistema llamado TADE. La efectividad fue evaluada por el número de reingresos hospitalarios y la seguridad por el número de efectos adversos y complicaciones provocadas por un mal control de la infección del acceso. Tras la realización del estudio en los 3 grupos de pacientes la duración del tratamiento y la estancia media en HaD fueron similares. Los pacientes ancianos recibieron cambios en el tratamiento antibiótico y en las tasas de reingreso por mal control de la infección respecto a los pacientes más jóvenes. El estudio concluyó que el TADE administrado en

bomba elastomérica resultó seguro y efectivo en las 3 poblaciones estudiadas con la administración de varias dosis diarias y utilizando biterapias y triterapias endovenosas a la vez. La tasa de reingreso hospitalario no supero el 10%.

3.2 Estado de la cuestión

Los estudios que hemos localizado van dirigidos a valorar o consolidar este sistema asistencial desde el punto de vista de costes al Sistema Sanitario o al Medicare en los países anglosajones, algunas veces, midiendo *la calidad de vida* de los pacientes según el número de pasos al día que realizaban (35). Algunos trabajos estudian las barreras burocráticas que obstaculizan el crecimiento de estos servicios por la utilización de telemedicina en pacientes crónicos (36). En su mayoría son estudios dirigidos a valorar su experiencia con pacientes de diferentes patologías, tanto médicas como quirúrgicas (37). Analizan la viabilidad de este sistema comparándolo entre sí (38) o valorando el impacto clínico comparándolo con la Hospitalización Convencional (HC) (39). Dándoles el nombre de *ingresos intermedios* entre Hospital y Domicilio mientras defienden la existencia de la HaD (40).

Después están los metanálisis con búsquedas de Ensayos Controlados en MEDLINE, EMBASE y otras bases de datos mediante los registros Cochrane Central buscando hasta artículos no publicados en estas bases contactando con los proveedores. Todos ellos sobre la efectividad, la eficacia y los costes de estos servicios al evitar el ingreso del paciente en el Hospital Convencional (41) y donde aseguran que ofrecen una atención profesional igual que en el hospital y durante un tiempo limitado. Se asocia con reducciones en la mortalidad, tasas de reingreso y costos, con aumento de la satisfacción del paciente y el cuidador pero sin cambios en la carga del cuidador, todo ello medido con los cuestionarios de satisfacción de las aseguradoras médicas habituales (42).

También encontramos estudios dirigidos a dos tipos de ingreso en Hospitalización a Domicilio: Por una parte están los estudios orientados a analizar el sistema de *evitar el ingreso* en Hospital Convencional desde urgencias. Para ello presentan estudios que afirman que el 71% de los pacientes solicitan el ingreso en Hospitalización a Domicilio en cuanto pasa el pico agudo de su enfermedad (43) o se basan en lo que “*supone para el paciente y el cuidador un ingreso en Hospitalización Convencional*” (44) para defender la HaD.

En el mismo grupo están los que valoran patologías frecuentes como la Insuficiencia Cardíaca Aguda (45), la enfermedad respiratoria crónica agudizada (46) o los ingresos de ancianos y sus riesgos de desorientación o agudización de las demencias (47) Llegando a hacer metanálisis al respecto (48).

Otros estudios van orientados a analizar el sistema de *favorecer el alta precoz* desde el Hospital o *Hospital to Home Transition* y hablan de “transitional care” donde ponen de manifiesto una demanda por parte de los pacientes y cuidadores de unos mecanismos que faciliten la transición del hospital al domicilio y se habla de la necesidad de promover la implicación del paciente y el cuidador en la toma de decisiones previas al alta (49) a lo que también se unen algunas publicaciones de enfermería dirigidas a los enfermos más vulnerables (50). Hay otros estudios que tienen como referente el paciente crónico (51) o el anciano (52).

Por último están las publicaciones de *los detractores* de este sistema asistencial. En un principio los profesionales de los Centros de Atención Primaria de nuestro país se mostraron reticentes y algunas veces publicaron artículos hablando de HaD con una gran falta de conocimientos (53). Se ofrecía que este sistema asistencial fuera relegado a los picos estacionales de asistencia. Los más honestos valoraron, en la Hospitalización a Domicilio, la duración de la atención, la complejidad, la intensidad o la rapidez de respuesta que los Centros de Atención Primaria no podían ofrecer y lo hacían para defender la llamada Atención Domiciliaria a largo plazo (en Catalunya llamada ATDOM) que atiende a domicilio a los pacientes que no se pueden trasladar al Centro de Salud, que tiene carácter indefinido, una intensidad de visitas pequeña, de baja complejidad y con respuesta programada(54).

Actualmente estos recelos han tendido a desaparecer o minimizarse con la finalidad de poner al “*paciente en el centro del sistema asistencial*” y proporcionarle en cada momento lo que más necesita. Hoy en día se trabaja para que pacientes frágiles o complejos con patologías agudas, asumibles en el domicilio, no lleguen ni al servicio de urgencias y los ingresos se realicen desde *el salón de casa del enfermo* (55).

4 APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

La búsqueda bibliográfica ha ido orientada a localizar estudios que recojan la opinión del paciente. ¿Cómo repercute un ingreso de Hospitalización a Domicilio en su calidad de vida y la del cuidador? ¿Qué opinan sobre estos servicios asistenciales?

Hemos encontrado estudios de costes (34), de eficacia y de eficiencia, midiendo reingresos y mortalidad (47) o de todo a la vez (36). Pero no se han encontrado investigaciones que nos hablen del impacto que causa un ingreso de estas características en el paciente y su entorno de convivencia.

Como profesionales de la salud que tenemos al paciente en el centro de nuestros cuidados y que buscamos progresar en proporcionar unos cuidados de máxima calidad creemos que tiene una gran importancia el conocer mejor como repercutimos en la calidad de vida del paciente con la HaD y en que podemos mejorar nuestros cuidados. Esto nos lleva a emplear instrumentos que por una parte están validados y reconocidos para nuestros fines mientras que por la otra nos aporta información dimensionada de todo aquello que podemos conocer y mejorar en el paciente ingresado en HaD y HC.

La bibliografía encontrada nos induce a pensar que existe una relación entre el ingreso en Hospitalización a Domicilio y la mejora de la calidad de vida del paciente agudo y su percepción de la calidad asistencial recibida.

Nuestro proyecto busca ir más allá de conocer si reingresa o fallece para validar si la HaD es efectiva o eficaz. Buscamos incorporar la voz del paciente y su experiencia para mejorar. Como dijo Sir Kelvin “Lo que no se mide no se conoce y lo que no se conoce se degrada”. La percepción de nuestros pacientes no puede caer en ese olvido.

Por otra parte, nuestras sociedades, en continuo cambio, están incluyendo en su día a día la presencia de nuevas tecnología que facilitan la intercomunicación de forma rápida y efectiva de los diferentes sistemas de atención al enfermo. Hace tan solo dos años la comunicación con Atención Primaria se producía a través de una consulta presencial a día de hoy las consultas presenciales son solo para lo físicamente necesario. Esto facilita que la hospitalización en casa pueda ser efectiva sin el temor de que ante una incidencia durante el ingreso en HaD nadie pueda dar una respuesta efectiva. Es interesante conocer cómo vive el paciente esa faceta de la asistencia en casa. Si le compensa, esa posible inquietud, el hecho de poder disponer de una intimidad que en la HC no se da y donde ha

de compartir la habitación con extraños, los sonidos de la convivencia son continuos y su libertad individual está condicionada por las normas del centro hospitalario.

Desde el punto de vista del profesional nos encontramos con un paciente sensibilizado con su enfermedad porque se encuentra en la fase aguda. Eso nos facilita la intervención con el proceso educativo ya que el paciente es más receptivo a nuestra intervención. Cuando entras en el domicilio recibimos una serie de información sobre el paciente que no disponemos desde la consulta. Esa información la podemos convertir en cambios para la salud adecuados y personalizados para el paciente.

Por otra parte, hemos encontrado bibliografía que intentaba analizar las cargas que sufre el cuidador de un paciente agudo en casa. ¿Pero hemos valorado las cargas que le suponen a un cuidador tener al paciente en el hospital? Hemos dado por sentado que el familiar deja al paciente y es liberado de su cuidado pero no nos hemos preguntado qué le supone tener que acudir diariamente al hospital a cuidarlo o hacerle una visita. Por no hablar de los cuidadores que se ingresan con el paciente, en cada proceso, sin tener en cuenta que las habitaciones del hospital no están acondicionadas para ello, durmiendo en una butaca, comiendo de cafetería, en el mejor de los casos, sin ver a los hijos, los nietos o a los animales de compañía. ¿A ellos también les compensan, esa posible inquietud, el hecho de poder disponer del paciente en casa?

Este estudio nos puede aportar información sobre los instrumentos que vamos a utilizar para medir la opinión del paciente, su aplicabilidad en nuestros servicios y su repercusión en una mejora de estos. Podrían ser incorporados, de forma continuada, a la documentación de nuestros centros hospitalarios con la finalidad de proporcionar una asistencia de mayor calidad y mejorar nuestros servicios.

El estudio se realizará en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona, Catalunya, España) donde se producen anualmente aproximadamente 800 altas a pacientes agudos ingresados en esta modalidad asistencial. Cuenta con la experiencia del equipo investigador de 23 años en esta unidad pionera a nivel de Catalunya. Busca ser novedosa al tratarse de un estudio cuantitativo sobre la aportación que hace la HaD al paciente mediante una asistencia personalizada. Éticamente no se privará a nadie de un ingreso en HaD ni a la inversa si así lo desean por el hecho de ser incluidos o no en la investigación.

Como todo lo nuevo que llega a nuestra sociedad, este sistema asistencial ha tenido que demostrar su eficacia y su eficiencia a los sistemas ya establecidos.

- Este estudio aportará la voz de los usuarios de la Hospitalización a Domicilio, la valoración que hacen de su experiencia.
- Como sistema asistencial que ponemos al paciente en el centro de la atención sanitaria nos permitiría *conocer para avanzar* en este sistema asistencial.
- Siguiendo la línea de mejorar para avanzar, nuestro estudio puede servir como instrumento para justificar la inclusión de los cuestionarios empleados en la recogida de datos dentro de la Estación Clínica del centro para posteriores estudios o bases de datos.
- Puede ser un estudio relevante a la hora de crear políticas sanitarias basadas en las personas, crear bases para estudiar que aporta la HaD a los profesionales o al sistema que será mi tesis de doctorado.

5 OBJETIVO E HIPÓTESIS

5.1 Objetivo general

El objetivo general de este proyecto de investigación es describir qué impacto tiene para el paciente agudo y su entorno su participación en el programa de Hospitalización a Domicilio, en relación con la calidad de vida y el grado de satisfacción con la calidad asistencial recibida.

5.2 Objetivo específico

Este objetivo general se desagrega en los siguientes objetivos específicos:

- 5.2.1 Conocer la calidad de vida y el nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria recibida, del paciente y la persona que le da soporte.
- 5.2.2 Conocer las cargas de cuidados que asumirá la persona que da soporte y la repercusión que tienen en su vida.
- 5.2.3. Analizar si los instrumentos utilizados pueden ser incorporados a nuestra institución para proporcionar un conocimiento del usuario que facilite mejorar nuestros sistemas de salud.
- 5.2.4. Conocer las necesidades reales de nuestros pacientes para mejorar su asistencia.

5.3 Hipótesis

La revisión del estado de la cuestión nos lleva a plantear la hipótesis de esta investigación: El ingreso del paciente agudo en el programa de Hospitalización a Domicilio se vincula con una mejora en la calidad de vida percibida (porque el paciente vuelve a su espacio de confort, entre otros motivos), y en el nivel de satisfacción con la asistencia recibida (porque se mantiene el nivel terapéutico y los cuidados son personalizados). Todo ello reflejado en los días de estabilidad clínica durante la estancia en HaD, la presencia de complicaciones nosocomiales y los días transcurridos hasta una nueva reagudización.

En líneas generales el paciente vuelve a su espacio de confort. Ello comporta un estado de tranquilidad y seguridad que no se encuentra en un espacio como es el hospital. Facilita el descanso, dificulta la desorientación en ancianos, devuelve el contacto social a la persona y el regreso a su cultura de cuidados.

A nivel terapéutico se mantiene como en el hospital. Se integra el tratamiento agudo dentro de los hábitos del paciente y entorno. El tratamiento crónico se repasa y se adapta a la situación vital de la persona enferma, de forma personalizada, de acuerdo con sus creencias, y con ello se hace más perdurable en el tiempo y disminuye las reagudizaciones o descompensaciones al producirse una integración de dicho tratamiento crónico en el día a día del paciente. Por otra parte reducimos falsas creencias, se dan indicaciones a nivel de las capacidades del paciente y se busca apoyo en la comunidad de la persona enferma para que le ayuden en su seguimiento.

En el contexto de riesgo nosocomial éste se reduce o no se tiene, al encontrarse el paciente fuera del centro hospitalario. Es sabido, por todos, que los productos de limpieza y desinfección del hospital han comportado la presencia de microorganismos resistentes a una amplia variedad de tratamientos. El paciente que se encuentra ingresado en el hospital está mucho más expuesto a una infección por estos microorganismos que el paciente que lo está en su casa. Por otra parte las posibles infecciones que pueda tener en su domicilio son más susceptibles a tratamientos que las anteriormente descritas.

6 METODOLOGÍA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scielo, Google Académico. Hemos filtrado en PubMed por fecha de publicación lo publicado en los últimos cinco años; por tipo de estudio los Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review. En Scielo hemos filtrado por publicado en España en las revistas Hospitalización a Domicilio e Index de enfermería. En Google Académico lo hemos hecho por cualquier idioma y por español en los últimos tres años. Todo ello con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento que hay publicado sobre este sistema asistencial a nivel mundial, qué aporta a la calidad de vida del paciente y qué opinión tiene éste de la Hospitalización a Domicilio.

Hemos utilizado los MeSH “home care services, hospital based”; “Hospital to Home Transition”. “Quality of Life” “Quality of Health Care”

La mayoría de los estudios localizados son estudios Originales, de Opinión o de Casos. La gran mayoría publicados en inglés y en Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y España, aunque hay un artículo bibliométrico que han realizado al respecto Sanz-Valero J y Wanden-Berghe C ¹¹, entre otros, que localizaron publicaciones en Reino Unido, Francia, Suecia, Alemania e Italia. Lugares donde tenemos constancia que figura implementada la Hospitalización a Domicilio/ Hospital Home desde hace años.

6.1 Diseño

Se realizará un estudio descriptivo transversal que se llevará a término entre los pacientes agudos candidatos a ingreso en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell durante el año 2022-2023.

6.2 Población y muestra

6.2.1 Población objetivo/diana

La población diana de nuestro proyecto de investigación serán los pacientes en proceso agudo que precisen de un ingreso hospitalario y realicen el tratamiento en Hospitalización a Domicilio, por cualquiera de estos dos motivos:

- Ingreso por alta precoz (que tendrán su origen en pacientes ingresados en régimen de Hospitalización Convencional).
- Evitación de ingreso (que tendrá su origen en el servicio de Urgencias, Atención Primaria y Hospitales de día o Consultas externas).

6.2.2 Población de estudio/accesible

La población de estudio será aquel subconjunto de la población diana que cumpla con estos criterios de selección y sea accesible, por haber ingresado en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell durante el año 2022-2023.

6.2.3. Diseño del muestreo

Para seleccionar la muestra se aplicará un modelo de muestreo probabilístico aleatorio simple a partir de los registros de ingreso en la unidad de HaD, generado por secuenciación informática. Mediante este tipo de muestreo, toda la población de estudio tiene la misma probabilidad de ser seleccionada, por lo que se alcanza una mayor cota de validez externa que facilita la extrapolación de los resultados a la población diana.

6.2.4. Tamaño muestral

Para la estimación de la muestra necesaria se parte de una población de 863 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión que corresponden a una media de la N de ingresos de los años anteriores. Se ha utilizado el aplicativo GRANMO de cálculo del tamaño muestral para estimaciones poblacionales, con un nivel de confianza del 95%, una precisión (margen de error) del $\pm 4\%$ y asumiendo el supuesto de máxima indeterminación ($p=q=0,5$), con un tamaño muestral previsto de $n = 355$.

6.2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión serán:

- Que sean pacientes mayores de edad.
- Que cumplan el criterio clínico de Hospitalización a Domicilio (precisen de una asistencia sanitaria de rango hospitalario).
- Que se encuentren estables de su proceso agudo.
- Que dispongan de un cuidador o persona de apoyo en el domicilio.
- Que accedan a ser ingresados en régimen de Hospitalización a Domicilio, durante el periodo que va de septiembre del año 2022 a septiembre del 2023 en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell,
- Serán excluidos los que no cumplan criterio de ingreso en Hospitalización a Domicilio, no acepten participar en el estudio o dispongan de limitaciones para contestar los cuestionarios.

6.3 Variables e instrumentos

6.3.1 Variables de resultado

Se establecen dos variables de resultado: la calidad de vida y la satisfacción del paciente y su entorno (entendiendo por entorno a la persona que le da soporte en su vida de forma habitual ya sea pareja, familia, cuidador formal, amigo o vecino).

6.3.2 Variables secundarias

Hay muchas variables de aquí que formen parte de las variables de resultado. Serán la valoración que realizará el paciente de la asistencia sanitaria recibida. Las cargas de cuidados que asumirá la persona de soporte. La valoración de la calidad de vida de ambos.

- Variables operacionales paciente: Se creará una hoja de registro para incluir datos demográficos, siguiendo los criterios de segmentación demográfica, y de salud (Índice de comorbilidad de Charlson), así como el número de días hasta reagudización. Los recogidos en los criterios de segmentación demográfica y el Índice de comorbilidad de Charlson harán referencia al momento de entrar en el estudio. El número de días hasta reagudización se medirá a la semana y al mes del alta. Se entendería como fallo terapéutico.

- Variables de la persona de soporte: Relación con el paciente (pareja, familia, cuidador formal, vecino, amigo). Se recogerá el primer día de asistencia en el domicilio y busca conocer la relación de la persona que da soporte con el paciente.

Cuestionario ICUB97: Cuidados que presta el cuidador. Se recogerán durante los días de ingreso en HaD por el personal que realiza la asistencia.

Cuestionario ICUB97: Repercusiones del cuidar en el cuidador. Valoración que hace la persona de soporte de sus cuidados. Se le pasará el cuestionario a la persona que da soporte durante los días de ingreso entre el 5 y 7 día.

Se ha considerado que la estancia media de un paciente, en estas unidades, es de 14 días con lo que correspondería al periodo de mayor agudización y mayor desconfianza con el sistema.

- Variables operacionales calidad asistencial percibida que se medirá con el cuestionario SERVQHOS-E basado en el modelo SERVQUAL.

Dicho cuestionario se pasará dos veces. La primera vez se le entregará por escrito en el momento de salir del hospital hacia el domicilio y el paciente valorará su estancia en la Hospitalización Convencional.

A los 15 días del alta se le llamará por teléfono, a una hora acordada y escogida por el paciente, y se le volverá a realizar las preguntas del cuestionario por personal instruido que no ha intervenido en la asistencia directa al paciente.

- Variables operacionales enfermedad- calidad de vida se medirá con el cuestionario QOLQ el EQ-5D-3L.
Durante el ingreso en el intervalo entre el 5-7 día se le pasará, en papel, dicho cuestionario al paciente y podrá entregarlo en el momento del alta de HaD en un sobre. Con ello buscamos preservar la intimidad del paciente favoreciendo que su respuesta sea más sincera.
- Variable incidencias durante el ingreso: Medirá valores como complicación, reingreso o exitus durante el ingreso en HaD.
- Variable efectividad: Medirá los días transcurridos hasta la reagudización para conocer la efectividad de dichos sistema sanitario.

Las fechas se han considerado adecuadas basándonos en la estancia media de los ingresos en estas unidades que oscila sobre los 14 días.

6.4 Instrumentos y recogida de información

Se han escogido como instrumentos de investigación tres cuestionarios validados y ampliamente utilizados para medir los objetivos de nuestro estudio.

6.4.1 Instrumento segmentación demográfica

Se utilizará para la recogida de datos demográficos mediante un documento (anexo-1) donde se medirá edad, sexo, etnia, religión, nacionalidad, nivel de educación y estatus social del paciente.

6.4.2 Instrumento Índice de comorbilidad de Charlson (anexo-2)

Es un instrumento que fue creado por Mary E. Charlson; Peter Pompei en 1987 con la finalidad de pronosticar la esperanza de vida de los pacientes pluripatológicos (60). Utilizado con frecuencia durante la valoración clínica del paciente, que analiza la presencia de 19 patologías o alteraciones físicas que se ponderan dando una valoración total en forma de suma para calcular el pronóstico de comorbilidad y mortalidad a un año vista de un paciente (61).

6.4.3 Instrumento SERVQUAL en versión SERVQHOS

Tiene su origen en la búsqueda de herramientas analíticas para medir la calidad de los servicios prestados. En 1985 apareció SERVQUAL (Service Quality) (62) creado por los profesores Parasuraman, Berry y Zeithaml. Para su creación se basan en las diferencias que existen entre las expectativas de los usuarios y lo que reciben. La diferencia entre ambas se denomina gap o falla que corresponde a aquello que se puede mejorar. Fue aplicado por primera vez para valorar servicios sanitarios en 1997 pasando a denominarse SERVQHOS (63,64, 65) Su versión en

español fue validada en 2010 por Barragan y Manrique (66) en los servicios de enfermería de Boyacá, Colombia. Desde entonces es ampliamente utilizado en la gestión sanitaria. Es un instrumento muy utilizado en todas las instituciones sanitarias para medir la calidad de los servicios, midiendo expectativas y percepciones de usuarios en base a cinco dimensiones como son: Fiabilidad o habilidad del profesional. Sensibilidad o disposición para ayudar. Seguridad o conocimientos. Empatía o atención individualizada. Elementos como la apariencia física y los materiales empleados (66). Permite evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de salud recibidos una vez han sido dados de alta es decir en el pos-egreso. Es un modelo publicado por primera vez en 1988 y fue sometido a cambios por varios autores para adaptarlo a diferentes campos donde se precise medir el nivel de satisfacción, conocer las expectativas de los usuarios y determinar cómo valoran el servicio que se les ofrece. En este estudio utilizaremos el cuestionario SERVQHOS-E que es una adaptación al ámbito hospitalario en España (66). Consta de 19 preguntas divididas en tres partes donde 10 preguntas valoran la calidad subjetiva y 9 valoran la calidad objetiva.

- En la primera el paciente puntúa dentro de una escala Likert donde 1 corresponde a “la asistencia ha sido mucho peor de los que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”.
- En la segunda parte se pregunta sobre la satisfacción global, la disposición del profesional, la cortesía, la seguridad, la capacitación y el trato personalizado. Se puntúa con una escala Likert donde 1 es la más baja y 5 es la máxima puntuación. Se hacen dos preguntas dicotómicas para determinar si conocen el nombre de la enfermera y el médico referentes.
- La tercera parte valora el nivel de satisfacción con los cuidados recibidos por el mismo método de alternar escala de Likert y respuestas dicotómicas.

A los pacientes cuyo origen sea **Ingreso por alta precoz**, se les proporcionará el cuestionario SERVQHOS-E (anexo-3) al ingreso en Hospitalización a Domicilio con la finalidad de que valoren la atención recibida en Hospitalización Convencional y se les volverá a pasar el cuestionario SERVQHOS-E (anexo-4), al ser alta definitiva por medio de llamada telefónica por personal instruido que no ha participado en la asistencia.

A los pacientes cuyo origen sea **Evitación de ingreso** solo pasarán el SERVQHOS-E (anexo-4) al ser alta definitiva.

6.4.4 Instrumento QOLQ el EQ-5D-3L

Fue creado por un grupo de investigadores europeos llamados EuroQol (<http://www.euroqol.org/>) con la finalidad de crear un índice de medición de salud y de calidad de vida en cinco dimensiones más relevantes como son la movilidad, el autocuidado, actividades habituales, dolor o malestar y

ansiedad/ depresión. Valoradas en tres niveles de gravedad cada una que va de ausencia del problema, algún problema y problema incapacitante. También se utiliza la escala analógica EVA.

En 1990 se creó el EQ-5D partiendo del EuroQol como un instrumento de medición de la calidad de vida percibida. Se trataba de un instrumento auto administrado sencillo de responder que tenía problemas para discriminar pequeños cambios en los estados de salud. Por ese motivo en 2009 se creó EQ-5D-3L (67) (anexo-5)

El cuestionario consta dos partes:

- La primera valora el estado de salud en cuanto a las cinco dimensiones mencionadas dando tres niveles de gravedad.
- La segunda parte valora el malestar emocional utilizando una escala analógica EVA donde 0 indica no presencia de malestar y 10 un elevado nivel de malestar emocional.

6.4.5 Instrumento relación de la persona de soporte con el paciente

Utilizamos una escala de Likert para identificar la relación de ayuda entre paciente y persona de soporte en el domicilio del paciente (anexo-6)

6.4.6 Instrumento ICUB 97

La mayoría de los cuestionarios que miden la carga y el cansancio del cuidador provienen del campo de la psicología, sociología, antropología o psiquiatría. Ninguno sigue el marco teórico de la enfermería. La evaluación de las consecuencias del cuidar se inició en los años sesenta. En 1980 se publicó la Burden Interview de Zarit donde se mide la carga y sobre carga del cuidador. Le sucedieron Montgomery (1985) Stetz (1986), Kosberg(1986), Hplroyd(1987) Novak(1989) Vitalino (1989) Oberst (1989), Lawton(1989), Bass(1990) Strawbridge (1991), Given(1992), Ferrel (1995) Hughes(1996), Fernandez(2002), Muela(2002) ICUB97 (2000). Posteriormente apareció el Índice de esfuerzo del cuidador (Robinson-2005) Fernandez, Farran (2006).

ICUB 97 es un cuestionario validado, creado por Fuentelsaz Gallego C (68) para identificar los cuidados prestados por los cuidadores y las repercusiones que pueden ocasionar en el cuidador. Está basado en las necesidades de Virginia Henderson. Fue validado en 1997(69,70) y desde entonces utilizado para valorar las repercusiones de cuidar en los cuidadores familiares (71).

Consta de dos partes:

- La primera valora los cuidados que presta el cuidador. Contiene 48 ítems referentes a cuidados prestados (anexo-7).

- La segunda parte contiene 42 ítems que hacen referencia a las consecuencias que tiene en el cuidador el cuidar siguiendo el mismo marco teórico de Virginia Henderson y sus catorce necesidades (anexo-8).

Se ha escogido este cuestionario en lugar de otros más utilizados, como es la escala de Zarit, por su orientación a valorar las actividades básicas y dado que el paciente que ingresa en Hospitalización a Domicilio es un paciente en fase aguda.

6.4.7 Instrumento valoración que hace la persona que da soporte de sus cuidados.

Utilizamos una escala de Likert para identificar cómo valora la persona de soporte su actividad durante el ingreso del paciente (anexo-9).

6.5 Plan de análisis:

El Plan de análisis (72) de este proyecto de investigación se fundamenta en las siguientes líneas:

- a) En primer lugar, un enfoque descriptivo (medidas de tendencia central, de dispersión y de forma para variables medidas a nivel cuantitativo, y frecuencias y proporciones para variables medidas a nivel categórico) para identificar las características de la muestra y las puntuaciones y resultados obtenidos en cada una de las escalas que forman parte del cuestionario.
- b) En segundo lugar, un análisis de la fiabilidad de cada una de las escalas para identificar su consistencia interna (mediante el estadístico alfa de Cronbach).
- c) En tercer lugar, el estudio de la asociación bivariante entre las variables que forman parte de la investigación, principalmente con relación a las dos variables de resultado. Para este proceso se emplearán las siguientes pruebas estadísticas:

- El estadístico χ^2 de Pearson para los contrastes de asociación entre variables categóricas. Además, se contemplan también otros indicadores complementarios: riesgos relativos, coeficientes de asociación nominal y ordinal y análisis de residuos.
- Contrastos de medias cuando la variable dependiente sea medida a nivel cuantitativo y la independiente sea categórica. Concretamente, la t de Student para muestras independientes cuando se disponga de dos categorías (o su correspondiente prueba no paramétrica, U de Mann Whitney, si no se cumplen los

requisitos establecidos), y una ANOVA (Kruskal-Wallis) en caso de más de 2 categorías.

- El estudio de la correlación (Pearson, Spearman) en los análisis bivariantes entre dos variables medidas a nivel cuantitativo.
- El análisis pre-post de la escala de SERVQHOS-E (anexo-3) y SERVQHOS-E (anexo-4) que se pasará al ingresar en HaD procedente de HC y a los 15 días del alta de HaD.

d) La construcción de modelos multivariantes, desde análisis de reducción de información (factoriales, componentes principales), hasta análisis de clasificación y de regresión múltiple.

Los datos recogidos serán tabulados en una hoja Excel y el análisis de estos se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS v27.

7 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación médica, a lo largo de su historia, ha ido evolucionando con la búsqueda de unos valores más éticos o respetuosos y el ámbito donde se desarrollan estas investigaciones.

Cuando dicha investigación se desarrolla en el ámbito de la salud engloba una amplia cantidad de aspectos que van desde la financiación a los derechos de los seres vivos entre muchos otros.

Esta evolución obliga a los investigadores a mantenerse al día de los cambios que se produzcan en todos estos aspectos y sobre todo en los valores éticos de sus estudios.

Por esta razón los investigadores de nuestro estudio dispondrán de formación en bioética actualizada mediante el seguimiento de la formación interna que imparte el hospital y en concreto el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Si bien las inquietudes por la ética en la investigación toman importancia después de ser conocidas las investigaciones médicas de la II Guerra Mundial, el término de bioética es acuñado más recientemente por V R Potter⁵¹ Basándose en las ideas de Aldo Leopold y en su obra *Bioethics; Brigde to the future* fomentará la creación de una nueva disciplina, la bioética como puente entre dos disciplinas hasta ahora antagonistas la ciencias y las humanidades.

Dicha disciplina ha sido definida de muchas maneras pero la más aceptada es la de Reich (1978a) que resalta *la dedicación a preservar los valores y principio morales* en la investigación en salud.

Nosotros seguiremos, en nuestra investigación, los principios bioéticos en medicina de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, surgidos del informe Belmont *Principles of Medical Ethics* y ratificados por la Declaración de Helsinki.

Se someterá el estudio al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell

Se anonimizará la muestra mediante la asignación de un número de orden que solo el Investigador Principal podrá relacionar con el paciente.

Se creará, para el paciente, un documento informativo sobre el estudio, su finalidad y en que consiste su participación (anexo-10) En dicho documento se recogerá nuestro agradecimiento por el tiempo que dedicará a contestar los cuestionarios.

Dispondrá del teléfono de contacto del Investigador Principal para las dudas que puedan surgir durante el estudio o con posterioridad. Podrá finalizar su vinculación con el proyecto en el momento que lo desee.

Finalmente, se pedirá el consentimiento informado antes de iniciar cualquier tipo de recogida de datos personales o clínicos del paciente.

8 APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA SALUD

La modalidad asistencial de Hospitalización a Domicilio nació a mediados del siglo pasado en Estados Unidos un poco más tarde en París y posteriormente en Reino Unido bajo el nombre de Atención Hospitalaria en el Hogar. Durante los años setenta se extendió por Alemania y Suecia hasta que en los años ochenta llegó a Italia y España a través del Hospital de Cruces de Vizcaya que se convirtió en el primer hospital del INSALUD que realizaba Hospitalización a Domicilio. Llegó a Catalunya a principios de los años noventa en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona y posteriormente Hospital Arnau de Vilanova de Lleida y Hospital Parc Taulí de Sabadell en 1998. Se adoptó como alternativa a la HC delante de las demandas sociales por las listas de espera y el colapso, casi continuado, de los servicios de urgencias de los hospitales. Se aplicó en los pacientes que eran considerados estables clinicamente pero que todavía no podían ser dados de alta hospitalaria porque debían hacer tratamientos o curas complejas. Posteriormente se le buscó una argumentación económica.

Con nuestro estudio vamos a analizar, el impacto que causa esta modalidad asistencial en el paciente escuchándolo directamente a él. Los conocimientos generados por esta investigación nos servirán para orientar el tipo de intervenciones y seguimientos en el paciente de HaD. Podremos ofrecerle a la persona enferma un servicio asistencial más adecuado a sus necesidades. Optimizaremos los recursos asistenciales al destinar a cada persona enferma aquello que necesita en cada momento de su asistencia sanitaria. Los instrumentos podrán ser incluidos en la cartera de escalas de valoración del paciente.

9 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Es difícil conocer las limitaciones del estudio antes de comenzar su realización. No obstante, planteamos distintos retos a los que deberemos hacer frente. Uno de ellos es que, dado que la investigación utiliza instrumentos que requieren un tiempo por parte del paciente y el cuidador,

esto puede comportar, por sí solo, una limitación dada su situación. Por ello deberemos planificar estrategias para minimizar esta limitación (adecuar el tiempo destinado a contestar los cuestionarios, flexibilizar el momento y lugar que les sea más cómodo realizarlo, etc.).

Prevedemos encontrar respuestas influenciadas, ya sean positiva o negativa, por el hecho del retorno del paciente a su zona de confort y el aspecto psicosocial y emocional que ello comporta. El servicio de Hospitalización a Domicilio puede suponer para el paciente un retorno a su domicilio, pudiendo repercutir en la valoración que haga de los servicios sanitarios recibidos. Por otra parte el ingreso en estos servicios es voluntario, si el paciente no quiere ingresar en HaD sigue con su tratamiento en HC. Esto, que en principio puede suponer un sesgo de la muestra, nos puede ayudar a pulir el perfil del paciente candidato a ingreso en HaD. Conoceremos que tipo de pacientes son los que sí aceptan ingresar y podremos saber que hay que modificar para facilitar que los que han dicho no cambien de opinión, haciendo más equitativa este sistema asistencial.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 44, 8/5/1985. p. 5503-5.
2. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic*. 2017; 1(1):21-34.
3. Estrada O, Massa B, Ponce MA, Mirón M, Torres A, Mujal A et al. Proyecto HaD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic*. 2017;1(2):93-117.
4. Casanovas-Guitart, Cristina, Hernández Carcereny, Carmel Villegas Bruguera, Eulàlia B.2 Aloy Punzano, Joan Ricart Conesa, Assumpta Guarga Rojas, Àlex Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya. Alternativa a l'hospitalització convencional. Servei Català de la Salut. Juny de 2020
5. <https://www.medicalexpo.es/prod/baxter/product-78000-875180.html>
6. https://www.alivecor.es/kardiamobile61?gclid=EAAlaIQobChMIk7OOgeWB-AIVQ8TVCh0a-QrgEAAYASABEgJm8_D_BwE
7. Leininger M. (1998). Special research report: dominant culture care (EMIC) meanings and practice findings from Leininger's theory. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 9(2), 45–48. <https://doi.org/10.1177/104365969800900207>
8. Laín Estralgo la Historia de la medicina (1978)
<http://www.cervantesvirtual.com/obra/historia-de-la-medicina/>
URI: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcqj991>
9. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic*. 2017;1(1):7-9.
10. Leff, Bruce. “Defining and Disseminating the Hospital-at-Home Model.” *Canadian Medical Association journal (CMAJ)* 180, no. 2 (2009): 156–157.
11. de Santiago-Nocito A, García-Lledó A, Casas-Pinillos M. Influencia de la dispersión y el envejecimiento de la población sobre la realización de algunos

- procedimientos comunes en personas de edad avanzada. *Revista clínica española*. 2013;213(3):138–44.
12. González-Ramallo VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*.2002;118:659–64.
 13. Karlsen C, Ludvigsen MS, Moe CE, Haraldstad K, Thygesen E. Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2017;15(12):2913–80.
 14. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica ,indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic*. 2017; 1(1):21-34.
 15. Hernández C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care*. 2015;15:e006. Published 2015 Mar 30. doi:10.5334/ijic.2018
 16. Grup de Treball d'Hospitalització Domiciliària i Geriatria Comunitària de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat. Gener 2020
 17. Cai S, Grubbs A, Makineni R, Kinoshian B, Phibbs CS, Intrator O. Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Jul;66(7):1392-1398. doi: 10.1111/jgs.15382. Epub 2018 Apr 20. PMID: 29676782
 18. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, Diamond K, Pu CT, Schnipper JL. Atención domiciliaria a nivel hospitalario para adultos con enfermedades agudas: ensayo controlado aleatorizado. *Ann Intern Med*. 21 de enero de 2020; 172 (2): 77-85. doi: 10.7326 / M19-0600. Publicación electrónica del 17 de diciembre de 2019 PMID: 31842232.
 19. Coloma E, Nicolás D. Hospital at Home units in the post-COVID 19 era. *Eur J Clin Invest*. 2020 Nov;50(11):e13390. doi: 10.1111/eci.13390. Epub 2020 Sep 14. PMID: 32852794; PMCID: PMC7460947.
 20. Batah SS, Fabro AT. Pulmonary pathology of ARDS in COVID-19: A pathological review for clinicians. *Respir Med*. 2021 Jan;176:106239. doi:

- 10.1016/j.rmed.2020.106239. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33246294; PMCID: PMC7674971.
21. Subirana Helena, Borrell Núria, Domènech Ana, Fraga Alicia, Grau Isaura, Castellví Jordi. Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. Hosp. domic. [Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Ene 30]; 5(1): 9-16.
22. Hospital germanstrias Me atenderan en casa
<http://www.hospitalgermanstrias.cat/es/web/guest/hospitalizacion-domicilio>
23. El medico interactivo <https://elmedicointeractivo.com/la-hospitalizacion-a-domicilio-cobra-protagonismo/https://elpais.com/espana/catalunya/2021-04-16/un-hospital-instalado-en-casa.html>
<https://www.canarias7.es/sociedad/salud/la-hospitalizacion-a-domicilio-ha-liberado-miles-de-camas-durante-la-pandemia-EJ9290969>
24. Díez-Sánchez Beatriz, Delgado-Capel María, Echeverría-Bermúdez Patricia, Bonet-Papell Gloria. Reestructuración del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol para el manejo de pacientes COVID y no COVID ingresados durante la pandemia del COVID-19 en España. Hosp. domic.
25. Carod Pérez C, Carrau E, Sola J, De Alfonso N, Ávila A, Alonso G, Gené E Nuevos dispositivos sanitarios en la pandemia COVID-19: uso de hoteles para hospitalización. Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias. Emergencias-2021_33_3_225-228-228.pdf
26. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
27. <https://www.who.int/tools/whoqol>
28. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema. Salud Uninorte 2010; 26(1): 143-54
29. Juran JM (Joseph M., Gryna FM, Vallhonrat Bou JM. Juran, J. M. 1904-2008 . Quality control handbook. Castellà Manual de control de la calidad. 4a ed. Madrid [etc: McGraw-Hill; 1993.
30. Deming E. Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos; 1989.

31. Crosby P. La Calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad. México: McGraw Hill; 1987.
32. <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0013715>
33. Conferencia Internacional en seguridad de pacientes retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España (SNS) : 15-16 de noviembre 2006, Madrid. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad de S.N.S.; 2006.
34. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista médica herediana. 2015;12(3):75
35. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, Diamond K, Pu CT, Schnipper JL. Atención domiciliaria a nivel hospitalario para adultos con enfermedades agudas: ensayo controlado aleatorizado. *Ann Intern Med.* 21 de enero de 2020; 172 (2): 77-85. doi: 10.7326 / M19-0600. Publicación electrónica del 17 de diciembre de 2019 PMID: 31842232.
36. Segrelles Calvo G. Telemonitorización domiciliaria en pacientes con EPOC grave : telemedicina en la EPOC : programa PROMETE. Saarbrücken: PUBLICIA; 2016.
37. Hernández C, Aibar J, Seijas N, et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *Int J Integr Care.* 2018;18(2):12. Published 2018 May 16. doi:10.5334/ijic.3431
38. Mas, Miquel À, Marco Inzitari, Sergi Sabaté, Sebastià J Santaeugènia, and Ramón Miralles. "Hospital-at-Home Integrated Care Programme for the Management of Disabling Health Crises in Older Patients: Comparison with Bed-Based Intermediate Care." *Age and ageing* 46, no. 6(2017): 925–931
39. Shepperd, Sasha, Steve Iliffe, Helen A Doll, Mike J Clarke, Lalit Kalra, Andrew D Wilson, Daniela C Gonçalves-Bradley, and Sasha Shepperd. "Admission Avoidance Hospital at Home." *Cochrane library* 2016, no. 9 (2016): CD007491–CD007491
40. Caplan, Gideon A, Nur S Sulaiman, Dee A Mangin, Nicoletta Aimonino Ricauda, Andrew DWilson, and Louise Barclay. "A Meta-analysis of 'hospital in the Home.'" *Medical journal of Australia* 197, no. 9 (2012): 512–519

41. Shepperd, Sasha, Steve Iliffe, Helen A Doll, Mike J Clarke, Lalit Kalra, Andrew D Wilson, Daniela C Gonçalves-Bradley, and Sasha Shepperd. "Admission Avoidance Hospital at Home." *Cochrane library* 2016, no. 9 (2016): CD007491–CD007491
42. Caplan, Gideon A, Nur S Sulaiman, Dee A Mangin, Nicoletta Aimonino Ricauda, Andrew D Wilson, and Louise Barclay. "A Meta-analysis of 'hospital in the Home.'" *Medical journal of Australia* 197, no. 9 (2012): 512–519.
43. Jiménez, Sònia, Sira Aguilò, Victor Gil, Albert Antolín, Sergio Prieto, Ernest Bragulat, Blanca Coll-Vinent, Òscar Mirò, and Miquel Sánchez. "Los factores psicosociales determinan la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias." *Gaceta sanitaria* 24, no. 4 (2009): 303–308.
44. Marrujo-Pérez, Karina Jazmín, Luz Verónica Berumen-Burciaga, Yadira Mejía-Mejía, and Domingo Palacios-Ceña. "El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo." *Enfermería clínica* 26, no. 2 (2016): 102–110.
45. Miró, Ò, M.P López Díez, P Llorens, M Mir, M.L López Grima, H Alonso, V Gil, P Herrero-Puente, J Jacob, and F.J Martín-Sánchez. "Frecuencia, perfil y resultados de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda que ingresan directamente en hospitalización a domicilio desde urgencias." *Revista clínica española* 221, no. 1 (2021): 1–8.
46. García Sanz M, Doval Oubiña L, González Barcala FJ. Home Hospitalization in Pulmonology: Efficient Management and High Patient Satisfaction. *Arch Bronconeumol (EnglEd)*. 2020 Aug; 56(8):479-480. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2019.10.019. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31761490
47. Pouw MA, Calf AH, van Munster BC, Ter Maaten JC, Smidt N, de Rooij SE. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2018 Mar 27; 8(3):e020332. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020332. PMID: 29593022; PMCID: PMC5875621.
48. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015; 10:e0129282

49. NAYLOR, MARY D. “Transitional Care of Older Adults.” Annual review of nursingresearch 20, no. 1 (2002): 127–147.
50. Malley AM. A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. Journal of clinical nursing. 2017;26(13-14):2016–24.
51. Allen J. User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People from Hospital to Home: A Meta-Synthesis. Qualitative health research. 2017;27(1):24–36.
52. DeCaporale-Ryan LN. Hospital to Home: A Geriatric Educational Program on Effective Discharge Planning. Gerontology & geriatrics education. 2014;35(4):369–79.
53. Contel, J.C. “La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable.” Atención primaria 24, no. 3 (1999): 162–168.
54. Escarrabill, J. “La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional.” Atención primaria 30, no. 5 (2002): 304–309
55. https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2021-12-09/futuro-hospitalizacion-salon-casa_3337403/
56. García-García, José Antonio, Arturo Reding-Bernal, and Juan Carlos López-Alvarenga. “Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica.” Investigación en educación médica 2, no. 8 (2013): 217–224.
57. Gálvez Toro, Alberto. Enfermería basada en la evidencia : cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. 2a ed. Granada: Fundación Índex, 2007.
58. Grove, Burns, Gray. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2013.523 p.
59. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. 6th Ed. México: McGraw-Hill/ Interamericana; 2014. 415 p.
60. Mary E. Charlson; Peter Pompei; Kathy L. Ales; C.Ronald MacKenzie (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. , 40(5), 0–383. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8
61. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. Journal of clinical epidemiology. 1994;47(11):1245–51.

62. Parasuraman, Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–.
63. Mira Solves, Buil Aina, J. ., Rodríguez-Marín, J., & Aranaz Andrés, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta sanitaria*, 11(4), 176–189. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(97\)71296-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(97)71296-2)
64. Cabello, E., & Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, 23(2), 88-95. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003
65. Adriana Numpaque-Pacabaque, and Anderson Rocha-Buelvas. “Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud/SERVQUAL and SERVQHOS models for the evaluation of quality of health services: a literature review.” *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia* 64, no. 4 (2016): 715–.
66. Julián Andrés Barragán Becerra, & Fred Gustavo Manrique-Abril. (2010). Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances En Enfermería*, 28(2), 48–61
67. Ramos-Goñi JM, Craig BM, Oppe M, Ramallo-Fariña Y, Pinto-Prades JL, Luo N, Rivero-Arias O. Handling Data Quality Issues to Estimate the Spanish EQ-5D-5L Value Set Using a Hybrid Interval Regression Approach. *Value Health*. 2018 May;21(5):596-604. doi: 10.1016/j.jval.2017.10.023. Epub 2017 Dec 2. PMID: 29753358.
68. Roca Roger, M., Ubeda Bonet, I., Fuentelsaz Gallego, C., López Pisa, R., Pont Ribas, A., García Viñets, L., & Pedreny Oriol, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares [Impact of caregiving on the health of family caregivers]. *Atencion primaria*, 26(4), 217–223. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78650-1](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78650-1)
69. Gallego, Roger, M. R., Bonet, I. Ú., Viñets, L. G., Ribas, A. P., Pisa, R. L., & Oriol, R. P. (2001). Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of nonprofessional caregivers of dependent persons. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 548–554. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01679.x>

70. <https://www.bibliopro.org/buscador/316/cuestionario-de-calidad-de-vida-de-los-cuidadores-informales>
71. Chirveches-Pérez, Roca-Closa, J., Puigoriol-Juventeny, E., Úbeda-Bonet, I., Subirana-Casacuberta, M., & Moreno-Casbas, M. T. (2014). Cuidados e implicaciones en los cuidadores de pacientes quirúrgicos en el domicilio. *Enfermería clínica*, 24(6), 330–338. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.07.005>
72. Lleixà Fortuño, & Montesó Curto, P. (2015). *Investigació en infermeria : teoria i pràctica*. Publicacions URV.

11 CRONOGRAMA/ PLAN DE TRABAJO

11.1 Cronograma- Diagrama de Gantt

Actividad	Inicio	Final	01/02/2022	01/03/2022	01/04/2022	01/05/2022	01/06/2022	01/07/2022	01/08/2022	01/09/2022	01/10/2022	01/11/2022	01/12/2022	01/01/2023	01/02/2023
Elaborar doc datos	01/02/2022	01/05/2022	█												
Solicitud de permisos	01/03/2022	01/06/2022		█											
Cuaderno recog datos	01/04/2022	01/05/2022			█										
Elabora Consent informado	01/03/2022	01/04/2022		█											
Solicitud al paciente	01/04/2022	01/08/2022			█										
Seudonimización muestra	01/04/2022	01/08/2022		█											
Recog datos HC/ obser.partic	01/04/2022	01/08/2022			█										
Datos admí tratamiento	01/04/2022	01/08/2022			█										
Adminis.cuestionarios	01/04/2022	01/08/2022			█										
Inicio análisis resultados	01/08/2022	01/09/2022						█							
Resultados definitivos	01/09/2022	01/11/2022							█						
Difusión resultados.	01/11/2022	01/02/2023										█			

11.2 Procedimiento o Cuaderno de investigación

En el servicio de Hospitalización a Domicilio se recibe la solicitud de ingreso de un paciente agudo cuya procedencia puede ser el alta precoz o la evitación de ingreso.

El equipo de valoración del servicio valora que el paciente cumple los criterios de ingreso: Se encuentra clínicamente estable. Vive en la zona de influencia del centro hospitalario. Dispone de una persona de soporte en el domicilio y teléfono. Acepta ingresar en este sistema asistencial.

- Captación de pacientes para el estudio:

Equipo de valoración de Hospitalización a Domicilio (HaD):

Solicitará la participación del paciente en el estudio mediante la hoja informativa y de forma verbal. (anexo10).

Le ofrecerá el consentimiento informado (anexo10).

Si acepta se le entregará el instrumento **SERVQHOS (anexo3)** para valorar su experiencia previa al ingreso en HaD.

- 2. Recogida de datos

Equipo asistencial asignado al paciente:

Recogerá los datos demográficos mediante el **Instrumento segmentación demográfica (anexo1)**.

Realizará una valoración de pronóstico de comorbilidad y mortalidad siguiendo el **Instrumento Índice de comorbilidad de Charlson (anexo2)**

Identificará a la persona que dará soporte en la atención al paciente en domicilio (pareja, familia, cuidador formal, vecino, amigo) y le entregará el **Instrumento ICUB 97 (anexo7, 8)** para valorar el soporte realizado y la carga que supone para el cuidador.

La persona de soporte realizará una valoración de sus cuidados mediante el **Instrumento valoración del soporte de sus cuidados (anexo-9)**.

Recogerá el **Instrumento SERVQHOS (anexo3)**.

Entregará y recogerá el **Instrumento QOLQ el EQ-5D-3L (anexo5)** sobre calidad de vida del paciente.

Entre el día 10 y 15 del alta de Hospitalización a Domicilio el paciente recibirá una llamada de nuestros encuestadores donde se le volverá a aplicar el **Instrumento SERVQHOS (anexo4)** para valorar la atención recibida en HaD. Dando por concluida la recogida de datos directos.

La consulta de la Historia Clínica del paciente será utilizada exclusivamente para recoger datos que nos ayuden a determinar el valor del **Instrumento Índice de comorbilidad de Charlson** que se le puede asignar al paciente.

- Recopilación y análisis de los datos.
- Comunicación y difusión de los resultados

12 PRESUPUESTO

El proceso de intervención profesional queda dentro del proceso asistencial habitual.

La recogida de datos y reuniones del equipo quedan fuera del horario laboral, se realizarán en espacio de coworking y se pagaran desplazamiento y dieta. Para la recogida de datos se precisará de tres tabletas con conexión a la estación clínica del hospital valoradas en 700€ cada una. Un teléfono para contactar con el paciente para realizar la encuesta al alta de HaD. Para el análisis de los datos precisaremos de soporte especializado en investigación en salud. El resto del presupuesto lo destinaremos a hacer divulgación y publicación de los resultados en revistas, jornadas, congresos y medios de comunicación.

Presupuesto	Concepto	Importe
	Pago de dietas de las reuniones	700
	Compra material informático	3000
	Pago conexión internet	200
	Pago teléfono	100
	Coworking	1000
	Desplazamientos	200
	Soporte de análisis de datos	2000
	Coste divulgación congresos	4000
	Coste divulgación publicación	4000
	Total:	15200

13 ANEXOS

13.1 Anexo-1.

Criterios de segmentación demográfica:

Edad	
------	--

Sexo/genero	Hombre		Mujer		No binario		No contesta	
-------------	--------	--	-------	--	------------	--	-------------	--

Etnia	
-------	--

Religión	
----------	--

Nacionalidad	
--------------	--

Nivel educación	elemental		Primarios		Profesionales		Universitarios	
-----------------	-----------	--	-----------	--	---------------	--	----------------	--

Estatus social	Bajo		Medio		Alto		No contesta	
----------------	------	--	-------	--	------	--	-------------	--

13.2 Anexo 2

Índice de comorbilidad de Charlson

Patología	Valor asignado
Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Hipertensión arterial	+1
Disnea nocturna paroxística o de esfuerzo y ha respondido a digitálicos, diuréticos o agentes reductores de la pos carga	+1
Enfermedad vascular periférica Claudicación intermitente o bypass anterior por insuficiencia arterial crónica, antecedentes de gangrena o insuficiencia arterial aguda, o aneurisma torácico o abdominal no tratado (≥ 6 cm)	+1
Antecedentes de accidente cerebrovascular con poco o ningún residuo y ataques isquémicos transitorios	+1
Demencia Déficit cognitivo crónico	+1
Enfermedad pulmonar crónica Problemas respiratorios	+1
La enfermedad de úlcera péptica Cualquier historial de tratamiento para la enfermedad de la úlcera o historial de sangrado de la úlcera	+1
Diabetes mellitus controlada con dieta	0
Diabetes mellitus sin complicaciones	+1
Diabetes mellitus con daño terminal	+2
Hemiplejia	+2
Enfermedad de tejido conectivo	+1
Enfermedad del hígado	+1 moderado
Enfermedad del hígado Grave = cirrosis e hipertensión portal con antecedentes de hemorragia por várices, moderada = cirrosis e hipertensión portal pero sin antecedentes de hemorragia por várices, leve = hepatitis crónica (o cirrosis sin hipertensión portal)	+3 severo
Enfermedad Renal Crónica moderada a severa Grave = en diálisis, estado posterior al trasplante de riñón, uremia, moderada = creatinina >3 mg/dl (0,27 mmol/l)	+2
Tumor solido localizado	+2
Tumor solido metastásico	+6
Leucemia	+2
Linfoma	+2
SIDA	+6
Edad	Valor asignado
<50 años	0
50-59 años	+1
60-69 años	+2
70-79 años	+3

≥ 80 años	+4
-----------	----

13.3 Anexo 3

Cuestionario SERVQHOS-E para Hospitalización Convencional

Con este cuestionario se le pide que valore su experiencia en el servicio de Hospitalización de este hospital.

1. La calidad de la asistencia sanitaria ha sido:

Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como se lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
-------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------

2 El personal de hospitalización

Puntúe de 1 al 5 siendo 1 la peor valoración y 5 la mejor.

2.1 La apariencia (limpieza y uniforme) de las enfermeras ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2 El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3 La disposición del personal por ayudarle cuando lo necesitaba ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4 La confianza (seguridad) que el personal trasmite ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5 La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6 La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7 El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8 La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.9 La información que las enfermeras proporcionan ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.10 La información que las enfermeras proporcionan a los familiares ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.11 ¿Conoce el nombre de la enfermera que lo atiende habitualmente en Hospitalización?

SI	NO
----	----

2.12 ¿Conoce el nombre del médico que lo atiende habitualmente en Hospitalización?

SI	NO
----	----

3 Indique el nivel de satisfacción con los cuidados recibidos

3.1 ¿Cuál es su nivel de satisfacción general con los cuidados sanitarios que ha recibido?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
-----------------	-----------------	------------	----------------

3.2 ¿Recomendaría este servicio a otras persona?

Sin dudarlo	Tengo dudas	Nunca
-------------	-------------	-------

3.3 ¿Si pudiera elegir repetiría su ingreso en Hospitalización de este hospital?

Sin dudarlo	Tengo dudas	Nunca
-------------	-------------	-------

3.4 ¿Le han realizado pruebas en Hospitalización sin su permiso?

SI	NO
----	----

3.5 ¿A su juicio ha estado ingresado en Hospitalización?

Menos de lo necesario	El tiempo necesario	Más de lo necesario
-----------------------	---------------------	---------------------

3.6 ¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

SI	NO
----	----

13.4 Anexo 4

Cuestionario SERVQHOS-E

Con este cuestionario se le pide que valore su experiencia en el servicio de Hospitalización a Domicilio.

1. La calidad de la asistencia sanitaria ha sido:

Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como se lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
-------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------

2 El personal de hospitalización a domicilio (HaD)

Puntúe de 1 al 5 siendo 1 la peor valoración y 5 la mejor.

2.1 La apariencia (limpieza y uniforme) de las enfermeras ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2 El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3 La disposición del personal por ayudarle cuando lo necesitaba ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4 La confianza (seguridad) que el personal trasmite ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5 La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.6 La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.7 El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.8 La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.9 La información que las enfermeras proporcionan ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.10 La información que las enfermeras proporcionan a los familiares ha sido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.11 ¿Conoce el nombre de la enfermera que lo atiende habitualmente en Hospitalización a Domicilio?

SI	NO
----	----

2.12 ¿Conoce el nombre del médico que lo atiende habitualmente en HAD?

SI	NO
----	----

3 Indique el nivel de satisfacción con los cuidados recibidos

3.1 ¿Cuál es su nivel de satisfacción general con los cuidados sanitarios que ha recibido?

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
-----------------	-----------------	------------	----------------

3.2 ¿Recomendaría este servicio a otras persona?

Sin dudarlo	Tengo dudas	Nunca
-------------	-------------	-------

3.3 Si pudiera elegir repetiría su ingreso en Hospitalización a Domicilio

Sin dudarlo	Tengo dudas	Nunca
-------------	-------------	-------

3.4 ¿Le han realizado pruebas en Hospitalización a Domicilio sin su permiso?

SI	NO
----	----

3.5 ¿A su juicio ha estado ingresado en Hospitalización a Domicilio?

Menos de lo necesario	El tiempo necesario	Más de lo necesario
-----------------------	---------------------	---------------------

3.6 ¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

SI	NO
----	----

13.5 Anexo 5

Cuestionario de salud EUROQOL-5D-3L

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

1. No tengo problemas para caminar
2. Tengo algunos problemas para caminar
3. Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

1. No tengo problemas con el cuidado personal
2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
3. Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades cotidianas (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

1. No tengo problemas para realizar mis actividades todos los días
2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
3. Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

1. No tengo dolor ni malestar
2. Tengo moderado dolor o malestar
3. Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

1. No estoy ansioso/a ni deprimido/a
2. Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
3. Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Termómetro de autovaloración del estado de salud

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado
de salud
imaginable

EVA Malestar 0-10 (screening)

Puntúe de 0 a 10 en qué grado presenta **malestar emocional** en la **actualidad**, siendo 0 la no presencia de malestar y 10 un elevado malestar emocional.

Si usted ha puntuado entre 6-10, por favor, indique si alguno de estos elementos le ha supuesto un problema a lo largo de la última semana, incluyendo hoy:

- **Problemas prácticos o logísticos** (ej. económicos, transporte...)

Sí

No

- **Problemas familiares** (ej. pareja, hijos pequeños o mayores a cargo)

Sí

No

- **Problemas emocionales** (ej. ansiedad, depresión)

Sí

No

- **Problemas físicos** (pérdida de autonomía, secuelas tratamientos)

Sí

No

- **Problemas religiosos/espirituales** (ej. pérdida de sentido)

Sí

No

13.6 Anexo-6

Relación con el paciente

Nº. Identificación. Paciente	Pareja	Familiar	Cuidador/a formal	Amigo/a	Vecino/a

Cuestionario ICUB97: Cuidados que presta el cuidador

Oxigenación Adecua las condiciones del hogar Le ayuda y/o le practica rehabilitación respiratoria Le administra tratamiento	Nutrición Le compra los alimentos Le cocina los alimentos Le prepara una dieta especial Le da la comida Lo alimenta por sonda	Eliminación Lo acompaña al lavabo Le pone la cuña Le cambia los pañales Le administra medicación/enemas para regular el tránsito intestinal
Movimiento Lo acompaña a los servicios sanitarios Le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón Le practica cambios posturales	Descanso y sueño Lo vigila en sus horas de descanso Le administra medicación para dormir	Vestirse y desvestirse Le ayuda a escoger la ropa y el Calzado adecuados Le ayuda a vestirse y desvestirse Lo viste y lo desviste
Termorregulación Adecua la temperatura del hogar Le vigila la temperatura corporal Le administra medicación para regular la temperatura	Higiene y protección de la piel Supervisa la higiene del enfermo y del hogar Le realiza la higiene del cabello y/o pies Le corta las uñas de los pies Le realiza la higiene de la boca Le realiza toda la higiene Le previene las lesiones de la piel Le cura las lesiones de la piel	Evitar peligros Adecua las condiciones del hogar Lo vigila para que no se accidente Supervisa la autoadministración de medicamentos Le administra la medicación
Comunicarse	Vivir según sus creencias	Trabajar y realizarse Le ayuda a distribuirse su tiempo

<p>Hace de intermediario entre el enfermo y los sanitarios</p> <p>Le hace compañía</p> <p>Es le depositario de las inquietudes del enfermo</p> <p>Utiliza la comunicación no verbal para comunicarse con el enfermo</p>	<p>Le facilita poder vivir según sus creencias y valores</p>	<p>Le administra sus recursos materiales</p> <p>Toma decisiones por el enfermo</p>
<p>Recreación</p> <p>Le acompaña a pasear</p> <p>Le proporciona entretenimiento</p> <p>Le facilita poder realizar sus aficiones</p>	<p>Aprender</p> <p>Le proporciona recursos para poder aprender</p> <p>Le enseña cómo mejorar su salud y bienestar</p> <p>Le enseña el manejo de su enfermedad</p>	

Cuestionario ICUB97: Repercusiones del cuidar en el cuidador

<p>Oxigenación</p> <p>Tiene sensación de falta de aire</p> <p>Fuma mas</p> <p>Ha empezado a fumar</p>	<p>Nutrición</p> <p>Come a destiempo</p> <p>Ha perdido el apetito</p> <p>Tiene malas digestiones</p> <p>Ha perdido/aumentado peso</p> <p>Bebe más alcohol</p>	<p>Eliminación</p> <p>Tiene alteraciones en el ritmo intestinal</p> <p>Tiene alteraciones en el ritmo menstrual</p> <p>Toma laxantes</p>
<p>Movimiento</p> <p>Practica menos actividad física</p> <p>Se le hinchan los pies/piernas</p> <p>Tiene dolor de espalda</p> <p>Toma anlgésicos para el dolor</p>	<p>Descanso y sueño</p> <p>Está más cansado</p> <p>Duerme/descansa menos</p> <p>Se despierta a menudo</p> <p>Toma medicación para dormir</p>	<p>Vestirse y desvestirse</p> <p>Tiene dificultades para vestirse como lo hacia habitualmente</p>
<p>Termorregulación</p> <p>Tiene dificultades para mantener la temperatura corporal</p>	<p>Higiene y protección de la piel</p> <p>Dedica menos tiempo al cuidado personal</p>	<p>Evitar peligros</p> <p>Siente desinterés por su entorno</p> <p>Se nota irritado</p> <p>Se nota más nerviosos</p> <p>Se siente impotente</p> <p>Se siente ansioso</p> <p>Está deprimido</p> <p>Toma medicamentos</p> <p>Toma medidas de autoprotección</p>
<p>Comunicarse</p> <p>Come a parte del resto de la familia</p>	<p>Vivir según sus creencias</p> <p>Han cambiado sus creencias y valores</p>	<p>Trabajar y realizarse</p> <p>Tiene dificultades para distribuirse su tiempo</p>

<p>Tiene menos relaciones sociales Tiene dificultades para expresar sus sentimientos Tiene alteraciones en la vida sexual</p>		<p>Tiene dificultades para promocionarse laboralmente Trabaja menos tiempo fuera del hogar Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar Ha abandonado su trabajo Se ha alterado su vida familiar Sea reducido su economía</p>
<p>Recreación Tiene menos tiempo libre Ha modificado sus actividades de ocio</p>	<p>Aprender Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar Tiene dificultades para satisfacer sus necesidad de aprender</p>	

13.7 Anexo-7

Instrumento valoración del soporte de sus cuidados.

1- ¿Cuido usted de nuestro paciente durante su estancia en el hospital?

Sí	No

2- Valore el desplazarse al hospital a cuidarlo. Si ha contestado Sí a la 1 pregunta.

Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como se lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
-------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------

3- Valore el cuidarlo en casa.

Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como se lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
-------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------

13.8 Anexo-8-

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio:

Descripción del impacto del programa de ingreso del paciente agudo en Hospitalización a Domicilio en su calidad de vida y su percepción de la calidad asistencial recibida

Código

Investigador principal: Eva A: Sánchez Martos

Centro: Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de Investigación.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Le agradecemos de antemano el tiempo que nos dedica.

Estamos realizando un estudio sobre su experiencia asistencial en Hospitalización a Domicilio o en Hospitalización Convencional.

Le invitamos a participar en el estudio porque se le ha ofrecido ingresar en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su enfermera ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

Su participación en el estudio se limita a dejar que recojamos datos de su asistencia hospitalaria y contestar a dos cuestionarios uno ahora y otro al ser dado de alta.

La información que nos proporciones nos ayudará a mejorar nuestro sistema asistencial.

El participar en este estudio no le aportará molestias ni riesgos. Nosotros nos limitaremos a anotar nuestra intervención.

Nos comprometemos al cumplimiento del Reglamento 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo la persona responsable del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran. Los Comités de Ética de la Investigación podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 5 años tras su finalización. La base legal que legitima el tratamiento de sus datos es su consentimiento y el artículo 9.2 del Reglamento.

De acuerdo al Reglamento, usted tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad). Para ejercitar sus derechos, diríjase al Delegado de Protección de Datos, cuyo contacto figura al final de este apartado. Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si el participante quiere saber más al respecto, puede contactar por correo electrónico con el Delegado de Protección de Datos del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell en: dpd@tauli.cat

CONTACTO EN CASO DE DUDAS

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con la enfermera Eva Ángeles Sánchez Martos de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell mediante el correo electrónico: esanchez@tauli.cat o el teléfono 937231010 ext 45035

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

Descripción del impacto del programa de ingreso del paciente agudo en Hospitalización a Domicilio en su calidad de vida y su percepción de la calidad asistencial recibida

Código

Yo, _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con <<nombre del investigador>>

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la participante

Fecha: ____ / ____ / ____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el participante)

Firma del investigador

Fecha: ____ / ____ / ____

13.9 Anexo 9. Variable incidencias durante el ingreso:

Medirá valores como complicación, reingreso o exitus durante el ingreso en HaD.

n	Complicación: Sí =1; No=0	Reingreso: Sí =1; No=0	Exitus: Sí =1; No=0

13.10 Anexo 10. Variable efectividad:

Medirá los días transcurridos hasta la reagudización para conocer la efectividad de dichos sistema sanitario.

n	Reagudización: < 15 día = 1 >15 días-1 mes=2 >1 mes-2 meses=3 >2 meses-3 meses=4 >3 meses-6 meses=5	Exitus: < 15 día = 1 >15 días-1 mes=2 >1 mes-2 meses=3 >2 meses-3 meses=4 >3 meses-6 meses=5

13.11 Tablas de artículos bibliográficos destacados

Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, Diamond K, Pu CT, Schnipper JL. Atención domiciliaria a nivel hospitalario para adultos con enfermedades agudas: ensayo controlado aleatorizado. Ann Intern Med. 21 de enero de 2020; 172 (2): 77-85. doi: 10.7326 / M19-0600. Publicación electrónica del 17 de diciembre de 2019 PMID: 31842232.	<p>La atención sustitutiva a nivel hospitalario en el hogar de un paciente puede reducir el costo</p> <p>Comparar los resultados de la atención hospitalaria domiciliaria versus la atención hospitalaria habitual para los pacientes que requieren ingreso.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p> <p>Atención aguda en el hogar, incluidas visitas domiciliarias de enfermeras y médicos, medicamentos intravenosos, monitoreo remoto, comunicación por video y pruebas en el punto de atención. Se midieron costos primarios de médicos y enfermeras. Costos secundarios el uso que se hizo de ellos .Todo durante 30 días</p>	91 pacientes ingresados desde urgencias. 41 en HH y 48 en HC	<p>El costo medio ajustado del episodio de cuidados agudos fue 38% (IC del 95%, 24% a 49% más bajo para los pacientes domiciliarios que para los pacientes de control</p> <p>los pacientes domiciliarios tenían menos pedidos de laboratorio (mediana por ingreso, 3 frente a 15), estudios de imágenes (mediana, 14% frente a 44%) y consultas (mediana, 2% frente a 31%)</p> <p>Los pacientes domiciliarios pasaron una menor proporción del día sedentarios (mediana, 12% frente a 23%) o acostados (mediana, 18% frente a 55%) y fueron readmitidos con menos frecuencia dentro de los 30 días (7% frente a 23%).</p>	<p>La hospitalización sustitutiva domiciliaria redujo el costo, el uso de la atención médica y los reingresos, al tiempo que aumentó la actividad física en comparación con la atención hospitalaria habitual.</p>
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
Hamline MY, Speier RL, Vu PD, Tancredi D, Broman AR, Rasmussen LN, Tullius	Las transiciones del hospital al hogar son oportunidades	Se realizaron búsquedas en 7 bases de datos	Los criterios de inclusión fueron: (1) disponibles	Se encontraron 70 artículos.	Utilidad de un paquete de alta pediátrica para reducir el uso de

<p>BP, Shaikh U, Li ST. Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis. Pediatrics. 2018 Nov;142(5):e20180442. doi: 10.1542/peds.2018-0442. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30352792; PMCID: PMC6317574.</p>	<p>críticas para promover la seguridad del paciente y la atención de alta calidad</p> <p>se determina qué intervenciones pediátricas de alta hospitalaria afectan el uso posterior de la atención médica o la satisfacción de los padres</p>	<p>bibliográficas y 5 revistas pediátricas</p> <p>dos revisores extrajeron de forma independiente los datos mediante formularios Cochrane modificados de recopilación de datos y evaluaron la calidad mediante listas de verificación Downs y Black modificadas</p>	<p>en inglés, (2) centrados en niños menores de 18 años, (3) datos pediátricos informados por separado de los datos de adultos, (4) no centrados en recién nacidos normales o embarazo, (5) intervención de alta implementada en el ámbito hospitalario, y (6) resultados del uso de la atención médica o satisfacción del cuidador. Se excluyeron revisiones, estudios de casos y comentarios.</p>	<p>Las intervenciones mejoraron la satisfacción, las intervenciones redujeron el uso de manera variable</p>	<p>la atención médica</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
<p>Levine DM, Pian J, Mahendrakumar K, Patel A, Saenz A, Schnipper JL. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Qualitative Evaluation of a Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2021 Jul;36(7):1965-1973. doi: 10.1007/s11606-020-06416-7. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33479931; PMCID: PMC8298744.</p>	<p>Se ha demostrado que la atención sustitutiva a nivel hospitalario en el hogar de un paciente ("hospital domiciliario") reduce el costo. faltan las perspectivas de los pacientes para ayudar a explicar cómo y por qué intervenciones como el hospital domiciliario logran muchos de estos resultados</p> <p>Aclarar y explicar las percepciones de los pacientes sobre la atención hospitalaria domiciliaria versus la atención</p>	<p>Evaluación cualitativa de un ensayo controlado aleatorio hospital tradicional ("control") versus hospital domiciliario ("domicilio"), incluidas visitas domiciliarias de enfermeras y médicos, medicamentos intravenosos, monitoreo remoto, comunicación por video y pruebas en el lugar de atención</p> <p>Análisis de contenido temático de entrevistas semiestructuradas. Los miembros del equipo desarrollaron una</p>	<p>36 pacientes hospitalizados (19 domiciliarios; 17control).</p>	<p>3 dominios: factores clínicos, factores que promueven la curación y</p> <p>Factor 1: -Fueron similares en ambos grupos. -Los pacientes domiciliarios identificaron una mayor continuidad de la atención.</p> <p>Factor2: -Los pacientes domiciliarios describieron un locus de control en torno a su sueño, actividad y comodidad ambiental del que carecían los pacientes de control</p> <p>Factor 3:</p>	<p>Los pacientes domiciliarios tuvieron mejores experiencias con su equipo de atención,</p>

	hospitalaria tradicional	estructura de codificación a través de un enfoque multi-fásico, utilizando un método comparativo constante		Domiciliarios experimentaron procesos y logística más eficientes, en admisión y el uso de tecnología. Ambos notaron dificultades con la planificación del alta.	
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, Pham TDX, O'Brien J. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. BMC Health Serv Res. 2018 Dec 12;18(1):956. doi: 10.1186/s12913-018-3771-9. PMID: 30541530; PMCID: PMC6291980.	<p>Los pacientes crónicos y mayores de 65 años tienen más posibilidades de reingreso después de 79 días de un periodo de hospitalización</p> <p>Objetivo evaluar la efectividad comparativa de las intervenciones de atención de transición en los reingresos hospitalarios no planificados dentro de los 28 días, 12 semanas y 24 semanas posteriores al alta hospitalaria</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p> <p>La inclusión tener 65 años o más, admitidos con diagnóstico médico y tenían al menos un factor de riesgo de readmisión.</p> <p>-Asignados al azar en cuatro grupos: atención estándar, programa de ejercicios solamente, visita domiciliaria de la enfermera y seguimiento telefónico (N-HaT), o programa de ejercicios y visita domiciliaria de la enfermera y seguimiento telefónico (ExN-HaT).</p> <p>Se evaluaron las habilidades sociodemográficas, de salud y funcionales al inicio, a los 28 días, a las 12 semanas y a las 24 semanas.</p>	<p>n= 222 participantes que fueron reclutados de salas médicas en dos hospitales metropolitanos en Australia</p> <p>La medida de resultado primaria fue el reingreso hospitalario no planificado, que se definió como cualquier ingreso hospitalario por una causa imprevista o no planificada.</p>	<p>los grupos ExN-HaT o N-HaT tuvieron 3.6 veces y 2.6 veces, respectivamente, una probabilidad significativamente menor de tener una readmisión no planificada 28 días después del alta</p> <p>Los participantes en los grupos ExN-HaT o N-HaT tenían 2,13 y 2,63 veces menos probabilidades, respectivamente, de tener una readmisión no planificada en las 12 semanas posteriores al alta</p> <p>A las 24 semanas después del alta, no hubo diferencias significativas entre los grupos.</p>	Las intervenciones de atención de transición multifacéticas en entornos hospitalarios y comunitarios son beneficiosas, con tasas de readmisión hospitalarias más bajas observadas en aquellos que reciben más componentes de intervención de transición, aunque solo en las primeras 12 semanas.
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
Backman C, Chartrand J, Dingwall O, Shea B. Effectiveness of person- and family-centered care transition interventions: a systematic review protocol. Syst Rev. 2017 Aug 8;6(1):158. doi: 10.1186/s13643-017-0554-z. PMID: 28789708;	La transición del hospital a casa es importante para mantener el sistema sanitario. Las transiciones de atención ineficaces pueden ser causadas por una alta incidencia de eventos adversos posteriores al alta, por una mala comunicación con	Revisión sistemática con Manual Cochrane y un formato de informe estandarizado: para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA). Estrategia de búsqueda bases de datos: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Registro	Los resultados del estudio. Sintetizado y reportado. También se evaluará el riesgo de sesgo	Esta revisión sistemática resumirá y presentará la base de pruebas para las intervenciones de transición de la atención centradas en la persona y la familia Servirá de base para futuras investigaciones y sentará las bases	Revisión sistemática

PMCID: PMC5549363.	los pacientes y / o por una transferencia de información inadecuada entre los proveedores del hospital al hogar. El objetivo analizar críticamente el conjunto de pruebas con respecto a la efectividad de las intervenciones de transición , la atención centradas en la persona y la familia sobre la calidad de la atención y la experiencia de los pacientes.	Cochrane Central de Ensayos Controlados y Grupo Cochrane de Consumidores y Comunicación. Se extraerán los datos que incluyen la referencia completa, los objetivos, la población objetivo, la descripción de la intervención y la intervención de control, las medidas de resultado, el diseño, la duración del período de seguimiento posterior a la intervención y	y la calidad de los estudios.	para más estudios empíricos sobre las transiciones de cuidados centrados en la persona y la familia. Específicamente, los resultados de esta revisión sistemática pueden informar el desarrollo de medidas para monitorear las transiciones seguras y efectivas centradas en la persona y la familia del hospital al hogar.	
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Kaymaz D, Candemir İ, Ergün P, Demir P. Hospital-at-home for chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: Will it be an effective readmission avoidance model? Clin Respir J. 2021 Jul;15(7):716-720. doi: 10.1111/crj.13348. Epub 2021 Jun 14. PMID: 33683828.	El objetivo del presente estudio fue analizar la efectividad de HAH en pacientes con exacerbaciones de EPOC.	El número de hospitalización del paciente, ingreso a urgencias, asistencia ambulatoria no programada y tiempo de estadía en el hospital (día) se registraron antes y después de un período de un año de HAH.	206 pacientes con exacerbaciones de EPOC que ingresaron en emergencias (ER) recibieron el modelo HAH entre enero de 2008 y marzo de 2010	Después de un año del ingreso en HAD el número de pacientes que tuvieron hospitalización, ingreso a urgencias, tasas de asistencia ambulatoria no programada disminuyó 41,3%, 54,4%, 49,5% Conclusiones: Los modelos de HAH, son necesarios para mejorar la salud de los pacientes con EPOC, así como para manejar mejor su condición en términos de carga de enfermedad. Los médicos deben considerar esta forma de manejo, especialmente porque existe una presión creciente sobre la necesidad de camas para pacientes hospitalizados en Turquía	

Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
<p>Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. <i>BMJ Open</i>. 2021 Jan 29;11(1):e043285. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043285. PMID: 33514582; PMCID: PMC7849878.</p>	<p>Objetivos: Proporcionar una descripción general de la seguridad y la eficacia de Hospital-at-Home (HaH) según el tipo de programa (alta asistida temprana (ESD) vs evitación de la admisión (AA)), e identificar el modelo con mayor evidencia para abordar la clínica, duración de la estancia (LOS) y resultados de costos.</p>	<p>Revisión sistemática de revisiones realizando una búsqueda en PubMed, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Web of Science y Scopus (enero de 2005 a junio de 2020) para revisiones sistemáticas en inglés que evaluaran HaH. Se extrajeron datos sobre los resultados primarios (mortalidad, reingresos, costes, LOS), resultados secundarios (resultados del paciente / cuidador) e indicadores de proceso. La calidad de las revisiones se evaluó mediante la Evaluación de múltiples revisiones sistemáticas-2. No hubo protocolo registrado.</p>	<p>Entre las revisiones que incluyeron ambos tipos de programas (ESD / AA), las revisiones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica revelaron una menor mortalidad (RR 0,65-0,68) y reingresos posteriores a HaH (RR 0,74-0,76) pero hallazgos poco claros para el uso de recursos</p>	<p>Se identificaron diez revisiones sistemáticas (cuatro de alta calidad, cinco de calidad moderada y una de baja calidad). Las revisiones se clasificaron según tres casos de uso. Las revisiones de ESD generalmente revelaron una mortalidad (RR 0,92-1,03) y reingresos (RR 1,09-1,25) comparables a la atención hospitalaria, una estancia hospitalaria más corta (DM -6,76 a -4,44 días) y resultados poco claros para los costos. Las revisiones de AA observaron una tendencia hacia una menor mortalidad (RR 0,77; IC del 95%: 0,54 a 1,09) y costos, y reingresos comparables o menores (RR 0,68-0,98).</p>	<p>Conclusiones Para los pacientes adecuados, HaH generalmente da como resultado resultados clínicos similares o mejorados en comparación con el tratamiento hospitalario, y merece una mayor atención en los sistemas de salud con limitaciones de capacidad y costos crecientes. Las comparaciones preliminares sugieren la priorización de los modelos AA sobre la ESD debido a los posibles beneficios en los costos y los</p>
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/conclusiones	Frase a citar
<p>Knight T, Harris C, Mas MA, Shental O, Ellis G, Lasserson D. The provision of hospital at home care: Results of a national survey of UK hospitals. <i>Int J Clin Pract</i>. 2021 Dec;75(12):e14814. doi: 10.1111/ijcp.14814. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34510673.</p>	<p>Hospital en el hogar (HaH) replica elementos de la atención hospitalaria en la comunidad, para facilitar el manejo seguro de un amplio espectro de enfermedades agudas en el</p>	<p>La encuesta incluyó preguntas diseñadas para cuantificar la cantidad de hospitales que ofrecieron HaH. Cuando estaba presente, se hicieron para</p>	<p>Auditoría comparativa de la Society for Acute Medicine encuesta de atención que se realiza anualmente en el Reino Unido</p>	<p>Un total de 130 hospitales aportaron datos. Disponían de HaH el 46,9% (n = 61) de las unidades. La mayoría de estos servicios, el 83,3% (n =</p>	<p>Conclusiones: Pocos hospitales de agudos en el Reino Unido tienen acceso a un servicio hospitalario a domicilio capaz de replicar</p>

	entorno habitual del paciente. Se desconoce hasta qué punto se ha adoptado este modelo de atención en el Reino Unido	aclarar las características del servicio de HaH : mano de obra, pruebas de diagnóstico e intervenciones. Esta información se utilizó para construir una imagen de la prestación de servicios de HaH a escala nacional.	La participación está abierta a todos los hospitales del Reino Unido que reciben pacientes médicos con malestar agudo.	50) fueron dirigidos por enfermeras. La capacidad de proporcionar una revisión médica en el hogar se informó en el 23,3% (n = 14). La mayoría de los servicios podrían proporcionar antibióticos intravenosos en el hogar, pero el acceso a otras intervenciones simples, como diuréticos intravenosos u oxígeno suplementario agudo, es limitado.	elementos esenciales de la atención hospitalaria. Nuestro estudio sugiere un cambio organizativo en la prestación de cuidados agudos y se requeriría una inversión significativa para establecer un acceso equitativo a la atención hospitalaria a domicilio en el Reino Unido.
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Achanta A, Velasquez DE, Grabowski DC. Hospital at home: paying for what it's worth. <i>Am J Manag Care.</i> 2021 Sep;27(9):369-371. doi: 10.37765/ajmc.2021.88739. PMID: 34533906.	A medida que adoptamos cada vez más el programa Atención hospitalaria aguda en el hogar y servicios similares en el hogar, es crucial definir mejor el valor de estos programas y sus tasas de reembolso adecuadas.	Marco centrado en el costo, la calidad y la equidad Los informes de calidad deben usar métricas específicas para pacientes hospitalizados y atención médica domiciliaria, métricas de procesos centradas en la equidad y métricas de resultados ajustadas al riesgo, y herramientas validadas específicas de enfermedades. Los costos deben medirse de manera integral y uniforme mediante el uso de costos basados en actividades basadas en el tiempo y considerar los costos de	Cuidadosa selección de pacientes, el modelo de hospital en el hogar	Reembolso sostenibles para los programas de hospitalización domiciliaria,	

		oportunidad del cuidador. También vale la pena considerar los aspectos personales, sociales, técnicos, y el valor de asignación al determinar el valor y las tasas de reembolso subsiguientes de os programas de hospital en el hogar			
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Scott J, Abaraogu UO, Ellis G, Giné-Garriga M, Skelton DA. A systematic review of the physical activity levels of acutely ill older adults in Hospital At Home settings: an under-researched field. Eur Geriatr Med. 2021 Apr;12(2):227-238. doi: 10.1007/s41999-020-00414-y. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33058019; PMCID: PMC7557152	Identificar, evaluar y sintetizar la evidencia existente que informa los niveles de actividad física de los pacientes mayores con enfermedades agudas en un entorno de " Hospital en el hogar " y compararlo con pacientes con características similares tratados en un entorno hospitalario tradicional.	Revisión por pares Se diseñó una estrategia de búsqueda para las bases de datos MEDLINE, CINAHL, AMed, PEDRO, OT Seeker y Cochrane. Los resultados de la búsqueda fueron el título, el resumen y el texto completo revisados por dos investigadores independientes. Los datos se extrajeron con formulario personalizado y se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo mediante la herramienta de evaluación para estudios transversales.	Pacientes hospitalizados	6 estudios de pacientes hospitalizados cumplieron los criterios de inclusión. Los pacientes mayores tratados en entornos hospitalarios que serían elegibles para los servicios de Hospital at Home pasaron el 6,6% de su día activo y realizaron solo 881,8 pasos diarios. Se informaron cambios funcionales en cuatro estudios y se informaron tanto la mejoría como el declive durante el ingreso.	Hay una falta de investigaciones publicadas sobre los niveles de actividad física de los adultos mayores con enfermedades agudas en entornos de Hospital at Home.
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Pouw MA, Calf AH, van Munster BC, Ter Maaten JC, Smidt N, de Rooij SE. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. BMJ Open. 2018 Mar 27;8(3):e020332. doi: 10.1136/bmjopen-2017-	Un ingreso hospitalario agudo es un evento de vida estresante para las personas mayores, particularmente para aquellas con deterioro cognitivo	Ensayo de viabilidad aleatorizado y no ciego Se evaluará la calidad de la atención y las ventajas y desventajas del programa de atención del Hospital a	Paciente de edad de 65 mas – Deterioro cognitivo, diagnosticado previamente Acude al servicio de urgencias con una enfermedad	Reducir los ingresos hospitalarios no deseados en pacientes mayores con deficiencias cognitivas y facilitando la centralización del paciente	Hacen falta estudios que midan otros valores que no son los clínicos

<p>020332. PMID: 29593022; PMCID: PMC5875621.</p>	<p>objetivo evaluar la viabilidad de realizar un ensayo controlado aleatorizado en términos de reclutamiento, uso y aceptabilidad de la atención hospitalaria en el hogar para pacientes mayores con deterioro cognitivo.</p>	<p>Domicilio en comparación con la atención hospitalaria habitual. Muestra aleatoria Las mediciones se realizarán al inicio del estudio, durante la admisión, al alta y a los 3 y 6 meses después de la evaluación basal.</p>	<p>aguda definida – Ingres hospitalario obligatorio pero no se espera que presente una emergencia Vivir a la zona de captación del hospital El cuidador informal está presente y capacitado. La casa es apta para atención hospitalaria a domicilio</p>	<p>La atención al paciente en la ubicación preferida es un objetivo digno de perseguir Promover que les personas vivan de manera independiente en su casa Ensayo anterior y una revisión reciente han confirmado que pacientes de bajo riesgo con enfermedades agudas médicas presenatn impacto positivo en la satisfacción del paciente y con seguridad con menores cotes hospitalarios.</p>	
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
<p>Cai S, Grubbs A, Makineni R, Kinoshian B, Phibbs CS, Intrator O. Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program. J Am Geriatr Soc. 2018 Jul;66(7):1392-1398. doi: 10.1111/jgs.15382. Epub 2018 Apr 20. PMID: 29676782.</p>	<p>Objetivos: Examinar las readmisiones hospitalarias, los costos, la mortalidad y las admisiones en hogares de ancianos de los veteranos que recibieron servicios de Hospital-in-Home (HIH</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo Incluyó a los veteranos que recibieron servicios de HIH como una alternativa a la atención hospitalaria entre el 1 de octubre de 2012 y el 30 de noviembre de 2015, y los veteranos que no eran de HIH que fueron hospitalizados por condiciones similares en el VAMC de Cincinnati durante el mismo período. Identificamos a 138 veteranos que utilizaron los servicios de HIH y 694 veteranos</p>	<p>Lugar: Centro Médico de Asuntos de Veteranos de Cincinnati (VAMC) Costos de un episodio agudo (servicios de HIH frente a pacientes hospitalizados) y probabilidad de reingreso al hospital, muerte o admisión en un asilo de ancianos dentro de los 30 días posteriores al alta de los servicios de HIH u hospitalizaci</p>	<p>Los costos promedio por persona fueron \$ 7,792 para los servicios de HIH y \$ 10,960 para la atención hospitalaria tradicional (P <0,001). Los veteranos de HIH tenían menos probabilidades de usar un hogar de ancianos dentro de los 30 días posteriores al alta (3,1%) que los veteranos que no eran de HIH (12,6%) (P <0,001). Las tasas de reingreso a los treinta días y la mortalidad</p>	<p>Conclusiones Se proporcionó servicios agudos en hogares de veteranos a un costo más bajo y con menor probabilidad de uso en hogares de ancianos después del alta. La implementación más amplia de este modelo de prestación innovador puede beneficiar a los adultos mayores que necesitan atención al tiempo que reduce los costos del sistema de salud</p>

Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Hecimovic A, Matijasevic V, Frost SA. Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney. BMC Health Serv Res. 2020 Nov 26;20(1):1090. doi: 10.1186/s12913-020-05941-9. PMID: 33243232; PMCID: PMC7690027.	Se ha demostrado constantemente que HaH mejora los resultados de los pacientes y reduce los costos de atención médica objetivo describir las características y resultados de los servicios de HaH en todo el SWSLHD.	Características de los pacientes remitidos a HaH entre enero de 2017 y diciembre de 2019, las indicaciones de HaH y las tasas de representación al servicio de urgencias hospitalarias (SU).	Pacientes de HaH	Entre enero de 2017 y diciembre de 2019 hubo 7118 derivaciones a los servicios de HaH mediana de edad de 56 La mayoría fueron medicamentos intravenosos venosos (IV) (78%, n = 5552), seguidos del manejo del drenaje posoperatorio (11%, n = 789), rehabilitación en el hogar RiTH) (5%, n = 334), terapia anticoagulante puente (4%, n = 261) y medicación intraperitoneal (1%, n = 100). Acudieron a urgencias estando en HaH, en 172 (2%). La media de ingreso HaH fue de 7 días (IQR 4-16).	Las tasas de presentación al servicio de urgencias para pacientes con HaH han disminuido desde 2017, 3,4% (IC del 95%: 2,7-4,2%), 2018 2,1% (IC del 95%: 1,5-2,8%) y 2019 1,8% (IC del 95%: 1,3-2,4%)), valor p para tendencia <0,001
Referencia bibliográfica	Hipótesis/objetivo	Metodología	Población	Resultados/ conclusiones	Frase a citar
Foley OW, Ferris TG, Thompson RW, Heng M, Ricciardi R, Del Carmen MG, Safavi KC. Potential impact of hospital at home on postoperative readmissions. Am J Manag Care. 2021 Dec 1;27(12):e420-e425. doi: 10.37765/ajmc.2021.88797. PMID: 34889584.	El impacto potencial de un programa de HAH para los pacientes readmitidos dentro de los 60 días posteriores a la operación y describimos las características	Estudio transversal Identificamos el número de reingresos que pueden haber sido elegibles para HAH, recopilamos información descriptiva y estimamos el margen	731 reingresos cumplieron los criterios de inclusión para HAH (30,1%)	\$8.8 millones de beneficios, sin incorporar el costo de HAH.	La HaD representa una oportunidad significativa para mejorar la experiencia del paciente y generar ingresos hospitalarios.

		financiero que podría haberse generado si los reingresos elegibles se hubieran desviado a HAH.			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--