



V-253. - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DADOS DE ALTA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DURANTE SUS PRIMEROS MESES DE APERTURA

A. Franco Moreno¹, M. Patiño Rodríguez¹, V. Martínez Díaz¹, D. Bello Bernal¹, M. García Navarro¹, M. Mirón Rubio², A. Palomo Iloro², I. Sanz Acevedo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Hospitalización a Domicilio. Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz (Madrid).

Resumen

Objetivos: La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una modalidad asistencial que presta en el domicilio los cuidados médicos y de enfermería propios del hospital. Aunque el hospital es el principal recurso para el tratamiento de enfermos en la fase aguda de su enfermedad, la HaD permite que, en algunos casos y pasado unos días de estabilización en una planta de hospitalización convencional, la atención al enfermo continúe en su domicilio.

Métodos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes remitidos desde el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Torrejón en régimen HaD desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012. Se analizaron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y de desenlace. El análisis se realizó con el programa SPSS para Windows v.15.

Resultados: El total de altas en nuestro servicio en el año 2012 fue de 2.992, de los cuales 225 pacientes fueron dados de alta en régimen de HaD (7,52%). El 63,40% de estos pacientes eran varones siendo la media de edad global de 74 ± 13 años. Los principales motivos de ingreso en HaD fueron: EPOC descompensado (21,24%), infección urinaria (17,50%), infección respiratoria (14,43%), neumonía (11,86%), insuficiencia cardiaca (8,82%), bacteriemia (7,14) y celulitis (2,69%). Las infecciones representaron el 68,62% de las altas en régimen de HaD. La detección de microorganismos resistentes a múltiples antimicrobianos durante el ingreso hospitalario en estos pacientes fue elevada; en el 21% de las infecciones urinarias se aisló un microorganismo productor de betalactamasas de espectro extendido y en el 18% de las infecciones respiratorias se documentó un microorganismo multirresistente, permitiendo la HaD el alta precoz de estos casos. La estancia media en HaD fue de 8,97 días (desv. típ. 4,36) con una estancia mínima de 1 día y una estancia máxima de 24,25 días. El porcentaje de altas definitivas por buena evolución fue del 84,41% con un porcentaje de reingresos a los 30 días del 11,09%. El índice de mortalidad en HaD fue del 0,31% siendo en nuestro servicio del 0,06% para el mismo periodo de tiempo. Los motivos responsables del reingreso fueron el empeoramiento clínico (18%) y la insuficiencia respiratoria (15%). La estancia media de los pacientes reingresados (4,6 días; DE = 4,2) fue menor que en los que fueron dados de alta sin complicaciones (8,97 días; DE = 3,5). La incidencia del síndrome confusional agudo en los pacientes en HaD disminuyó 2,4 veces de media ($p < 0,001$) respecto a los pacientes ingresados en régimen de hospitalización convencional. Igualmente, la adquisición de nuevas infecciones fue

menor en el grupo de pacientes atendidos en HaD (2,1 veces de media; $p < 0,005$) comparado con los pacientes tratados en el hospital.

Discusión: En nuestro hospital la HaD es una alternativa eficaz a la continuación de la asistencia hospitalaria de nuestro servicio, asumiendo procesos complejos tanto agudos como crónicos reagudizados. Permite la estrategia de alta precoz en patologías altamente prevalentes como son las enfermedades cardiorrespiratorias y en enfermedades emergentes como las infecciones producidas por bacterias multirresistentes.

Conclusiones: La integración de la HaD con nuestro servicio permite acortar estancias facilitando altas precoces y aumentando la disponibilidad de camas. Además disminuye las clásicas complicaciones asociadas al ingreso hospitalario como las infecciones nosocomiales y el delirium.