



Hospitalización a domicilio;

**Revisión bibliográfica de la estrategia de
'hospitalización a domicilio' en el Sistema Nacional de
Salud de España en tiempos de COVID-19.**

**Universidad de La Laguna, 4º Grado en Enfermería, Sede de
Tenerife**

Facultad de Ciencias de la Salud, Sección Enfermería

Curso académico 2020/21

Trabajo Fin de Grado

Autor:

Jorge Manuel Afonso Portocarrero
alu0101014197@ull.edu.es

Tutora:

Ana M^a Arricivita Verdasco



Agradecimientos...

Agradecer a la Universidad de La Laguna, al Hospital Universitario de Canarias y al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria por la coordinación y esfuerzo ofrecido para facilitar a los estudiantes de la IX promoción (2017-2021) de Grado en Enfermería poder realizar su formación con todo lo que ello significa a pesar de las dificultades sobrevenidas los últimos años.

Agradecer a Ana María Arricivita Verdasco por ofrecer su experiencia y dedicación a esta tutorización y poder hacer en momentos difíciles, cristalino lo oscuro. Agradecer a TODO el equipo de trabajo y personal profesional de la Universidad de la Laguna en particular a todo el equipo docente del Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna gracias por su paciencia, motivación y criterio. Ha sido un privilegio poder recibir su guía y ayuda en mi formación.

Agradecer a todos y cada una de las personas de mi familia, amigos, conocidos que han aportado su apoyo y confianza durante los momentos más difíciles. Sin ellos no habría sido posible.

En general a todas las personas que fueron partícipes, de manera directa o indirecta aportando mucho o poco en mi camino como estudiante. Ha sido una enorme satisfacción y orgullo poder participar y formarme como profesional sanitario.

Espero poder devolver el favor en algún momento

Muchas gracias.



Resumen

La elaboración de este trabajo tiene como finalidad realizar una breve revisión bibliográfica para dar a conocer y analizar la estrategia de hospitalización alternativa empleada por el sistema nacional de salud tanto para la liberación y descongestión de los hospitales de tercer nivel como para la gestión y optimización de los recursos materiales debido a la actual situación de pandemia mundial declarada desde el 11 de marzo de 2020. Hablamos de la *'hospitalización a domicilio'*, un método quizás lo bastante investigado y estudiado por las diferentes instituciones sanitarias pero no lo suficientemente cimentado para ejecutar y llevar a cabo por los diferentes administraciones públicas del mundo. Durante esta época, el colapso de los hospitales ha sido más que evidente y la demanda de este tipo de sistema se convierte en casi una necesidad tras la reciente pandemia mundial ocasionada por el nuevo Coronavirus. La *'hospitalización a domicilio'* tiene como finalidad la capacidad de ofrecer los cuidados que generalmente se brindan en los centros hospitalarios en los propios domicilios de los pacientes. Este sistema hace necesario la colaboración y estratificación de los diferentes niveles sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada) y actúa como nexo entre estas dos entidades para conseguir, gracias a su cooperación, una mejora de calidad en la asistencia a los usuarios. Los multitudinarios cambios sociodemográficos y avances de la ciencia a lo largo de la historia y los acontecimientos vividos durante el año 2020 llevan a pensar que este sistema es una fundada alternativa a la hospitalización convencional ya que permitiría una racionalización y optimización de recursos materiales y aportaría una mejor organización de los recursos humanos existentes proporcionando de esa manera una mejora global.

Palabras clave | Hospitalización | domicilio | Hospital | Home | Covid-19 |



Abstract

The purpose of preparing this work is to carry out a brief bibliographic review to publicize and analyze the alternative hospitalization strategy used by the national health system both for the release and decongestion of third-level hospitals due to the management and optimization of material resources due to the current global pandemic situation declared since March 11, 2020. We talk about 'hospitalization at home', a method perhaps sufficiently researched and studied by the different health institutions but not sufficiently established to implement and carried out by the different public administrations of the world. During this time, the collapse of hospitals has been more than evident and the demand for this type of system becomes almost a necessity after the recent global pandemic caused by the new Coronavirus. The purpose of 'home hospitalization' is the ability to offer the care that is generally provided in hospital centers in the patients' own homes. This system requires the collaboration and stratification of the different health levels (Primary Care and Specialized Care) and acts as a link between these two entities to achieve, thanks to their cooperation, an improvement in the quality of care for users. The massive sociodemographic changes and advances in science throughout history and the events experienced during the year 2020 lead us to think that this system is a well-founded alternative to conventional hospitalization since it would allow a rationalization and optimization of material resources and would provide a better organization of existing human resources thus providing a global improvement.

Key words | Hospitalización | domicilio | Hospital | Home | Covid-19 |



ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Hospitalización a domicilio.....	2
1.2 Desarrollo histórico de la hospitalización a domicilio	3
1.3 Covid-19	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS	6
4. METODOLOGÍA.....	7
4.1 Localización y recopilación de fuentes bibliográficas.....	8
4.2 Esquema general de artículos incluidos	9
5. RESULTADOS Y DESARROLLO.....	12
5.1 Funcionamiento de hospitalización a domicilio.....	12
5.2 Hospitalización a domicilio en tiempos COVID-19. (España).....	14
5.3. Hospitalización a domicilio en tiempos COVID-19 (Internacional)....	17
6.CONCLUSIONES.....	18
7.BIBLIOGRAFÍA.....	21



1.INTRODUCCIÓN

En la actualidad, casi la totalidad de los individuos de la sociedad demanda, en mayor o menor medida, asistencia sanitaria. Los frutos de la división del trabajo, el ahorro y la inversión han permitido que miembros de la comunidad se especialicen tanto en el suministro como en el desarrollo de avances tecnológicos, científicos y culturales.

En los últimos siglos hemos presenciado una progresiva «institucionalización» de la medicina, con el concurso del Estado en su provisión y con la aparición de grandes complejos hospitalarios centralizados en los que se provee asistencia sanitaria de gran especialización médica y tecnológica. No obstante, este desarrollo trajo consigo algunas consecuencias indeseadas, tal y como apunta *González Ramallo*:

“Junto a indudables ventajas derivadas de los avances de la ciencia médica y el desarrollo tecnológico, la «institucionalización» de la asistencia ocasiona problemas de deshumanización, trastorna gravemente la vida cotidiana del paciente y su familia, al tiempo que encarece la prestación de servicios sanitarios.” (1)

Dadas las necesidades de atención especializada hospitalaria crónica o transitoria prolongada de un número considerable de pacientes (y, en ocasiones, de miembros de su familia o cuidadores), muchos de ellos «viven» prácticamente en el hospital. Para algunos, su entorno vital se circunscribe, en muchos casos, a habitaciones de apariencia fría e institucional, a diáfanos pasillos con sillas transitados por profesionales y a salas con aparataje tecnológico. Además, el complejo hospitalario que, en general, dispone de recursos muy limitados para hacer frente a una enorme demanda de asistencia sanitaria, debe de soportar la presión económica que comporta ofrecer estancias hospitalarias y de hacerlo respetando de estándares éticos y de calidad.

Además, hemos asistido, a lo largo del último siglo, a un crecimiento pronunciado de la esperanza de vida y a una inversión de la pirámide demográfica (2). Este hecho supone un cambio importante en muchos ámbitos de la sociedad, pero supone un reto de especial trascendencia para el sistema sanitario. Como resultado de este paradigma, cada vez hay más pacientes de edad avanzada con pluripatología crónica (3) que demandan una cantidad creciente de recursos sanitarios (4). Esta circunstancia, y las anteriormente mencionadas, suponen un reto de magnitud creciente para las instituciones de salud.

En su ánimo por encontrar modelos que pudieran ofrecer mejores soluciones la situación descrita, tanto del lado de la calidad asistencial al paciente como de la optimización de recursos del hospital, los responsables de gestión hospitalaria exploraron nuevas estrategias de racionalización de los recursos asistenciales de rango hospitalario,



apoyándose también en el proceso en nuevos avances tecnológicos y científicos. Ejemplos de estrategias que cristalizaron con buen resultado en este contexto y cuya aplicación en la actualidad está razonablemente generalizada son la hospitalización domiciliaria (HAD, de ahora en adelante) o la telemedicina (1). Estas dos estrategias comparten como característica definitoria que pivotan alrededor del paciente (servicio sanitario) y no alrededor del espacio donde se presta el servicio (cama hospitalaria) (3). La HAD, a diferencia de la telemedicina, implica el desplazamiento físico de profesionales especializados desde las instalaciones del sistema de salud hasta el domicilio del paciente para proveer el servicio.

Este trabajo se propone poner el foco de manera específica el estudio de la HAD (y no el de telemedicina), que expongo en mayor detalle en los apartados que siguen.

1.1. Hospitalización a domicilio

Encontrar una definición comúnmente aceptada de HAD es una tarea que reviste complejidad y que excede el propósito de este trabajo. No obstante, lo anterior, ofrecemos algunas definiciones con el objetivo de facilitar su comprensión y de clarificar el concepto al que haremos referencia el resto del trabajo.

Si bien existe un punto de partida en torno al concepto de provisión de servicios de rango hospitalario en el domicilio del paciente, la materialización concreta que estos servicios toman puede ser muy distinta dependiendo de una multiplicidad de factores que le son propios a cada hospital y a las necesidades de la comunidad que atienden. Tratando de crear un marco de referencia, (5) identifican una serie de rasgos definitorios que les son propios a la mayoría de unidades de HAD:

1. El enfermo es tratado en su domicilio de una enfermedad aguda cuya gravedad hace precisa la hospitalización.
2. El tratamiento requiere una tecnología de rango hospitalario.
3. Tanto el hospital como el sistema de salud aceptan que los enfermos que se hallan en esta situación mantienen la dependencia del hospital.
4. La dispensación de medicamentos, los estudios de imagen, los exámenes morfológicos y los otros servicios se efectúan con la misma prontitud que se aplica a los enfermos ingresados.
5. La atención médica y los cuidados de enfermería en el domicilio los ofrecen profesionales adscritos a la UHAD con una cobertura horaria amplia y una continuidad asistencial las 24 horas.
6. La asistencia se efectúa de una forma coordinada y similar a la del enfermo ingresado en una cama del hospital.



7. Esta actuación hace con el consentimiento de los enfermos.
8. Su finalidad es el ahorro de estancias hospitalarias, bien sea por la evitación del ingreso (patrón de sustitución) bien por el acortamiento del mismo (patrón de alta precoz)

Una definición alternativa es la ofrecida por *González Ramallo*, que definen la HAD como:

“Una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados por los hospitales. Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital de agudos en cualquiera de sus áreas”. (1)

Las unidades de HAD son un servicio más del hospital y, como tal, se encuentran bajo la supervisión de los responsables de gestión sanitaria, que son quienes deciden en término último su configuración en distintos parámetros (patologías atendidas, profesionales que conforman el equipo, dotación tecnológica, etc.), teniendo en cuenta la demanda y necesidades específicas que de ellos depende satisfacer.

La heterogeneidad de las unidades de HAD, que puede suponer un reto difícil de afrontar para quien se propone definirla, no tiene por qué ser necesariamente un problema (ni su estandarización un objetivo deseable, necesariamente). Existe una tendencia creciente a la flexibilidad y a la integración multidisciplinar pues esta permite dar un servicio más personalizado y adaptado a las necesidades específicas del paciente. Las necesidades son distintas y esto requiere respuestas adaptadas y consecuentemente diferenciadas.

1.2. Desarrollo histórico de la hospitalización a domicilio

Numerosos son los autores que a lo largo del tiempo han querido dar sentido y enmarcar lo que realmente define la hospitalización a domicilio. A pesar de la diversidad de definiciones que podemos obtener, todos ellos coinciden en que este ‘modelo’ de asistencia sanitaria obedece a antecesores modelos y teorías enfermeras cuyo fin es encontrar evidencia científica donde el proceso de atención gire entorno al paciente y su círculo más cercano y prime la importancia de la relación entre profesional-paciente.

Como apuntan G. Alonso y J. Escudero La hospitalización a domicilio (HAD) <<*Se muestra como una alternativa asistencial capaz de proporcionar en el domicilio, a determinados pacientes, niveles de diagnóstico los cuidados y tratamientos propios del hospital, con mayor comodidad e intimidad para éste*>>. (6)

La hospitalización a domicilio (HAD) tuvo su origen en 1947 en el Hospital Universitario Guido Montefiore de Nueva York de la mano del Dr. Bluestone cuando decidió realizar una



extensión de su propio hospital con el principal propósito de descongestionar el hospital y con el ánimo de proporcionar a los pacientes la oportunidad de recibir tratamiento en su entorno familiar en el cual el paciente se encontrara en un clima psicológico más apropiado y hacer así que las dificultades de acceso a la atención sanitaria que tenían los ciudadanos de los estratos más bajos de la sociedad fueran resueltas. (6) (7) (8)

La idea de la HAD atravesó el Atlántico y llegó a asentarse en Europa unos años más tarde. En el año 1951 en el hospital de Tenon de París con el nombre de *hôpitalisation à domicile* (9). Seguidamente en el año 1957 se creó en esta misma ciudad el *Santé Service*, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro que en la actualidad sigue prestando asistencia sociosanitaria a pacientes crónicos y terminales. A finales de la década de los años sesenta terminó por implantarse en diversos países con diferentes nombres: hospital care at home o hospital at home en Gran Bretaña, hospital extra-mural en Canadá, hospital based at home en Suecia, trattamento a domicilio u ospedalizzazione a domicilio en Italia y hausliche krankenpflege en Alemania.

Actualmente HAD cumple 40 años desde el inicio de la primera Unidad de Hospitalización a Domicilio en España cuando en el año 1981, el antiguo Hospital Provincial de Madrid (en la actualidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón) pone en marcha la primera unidad de hospitalización a domicilio en España. El inicio y desarrollo de este modelo asistencial ha sido errático. La falta de apoyo con una apuesta decidida, la inexistencia de un plan unidireccional y la ausencia de apoyo que la administración estatal ofreció a esta modalidad llevó al cierre de algunas unidades y al estancamiento de este modelo de cuidados. (7)

A pesar de lo comentado anteriormente, Según un informe publicado por Proyecto HAD 2020, se constata que había en España en 2015 un total de 110 unidades de hospitalización domiciliaria que prestaban servicios asistenciales de rango hospitalario a una cantidad comprendida entre los 90000 y los 120000 pacientes (10). En casi estos 70 años de lucha, la HAD se ha propuesto conseguir un marco definitorio que la incorpore e incluya dentro de los modelos organizativos sanitarios tanto a nivel internacional como nacional. Este ha sido el principal lastre con el que ha tenido que coexistir este modelo alternativo de asistencia dificultando la generación de evidencia científica en todos los aspectos y su comparación con la hospitalización convencional. (7)

La instauración de la Sociedad Española de HAD (SEHAD) en el año 2006 declaró un gran avance en el desarrollo nacional de la HAD. A pesar de contar con apoyo inicial de las administraciones públicas en diversas CC.AA. la distribución geográfica por CC.AA. es bastante difusa. El desarrollo de las unidades de hospitalización a domicilio en las



diferentes regiones autonómicas ha sido mayoritariamente gracias al alzamiento, esfuerzo y lucha por parte de los hospitales y no a la existencia de políticas que favorecieran la racionalización y optimización de la atención domiciliar especializada. (1)

La actual situación de crisis económica y sanitaria que atraviesa España ofrece, una vez más, una oportunidad para que aquellas autoridades sanitarias que no apostaron firmemente por este modelo apoyen y potencien esta línea de atención. La existencia de este modelo común y diferenciado en nuestro país supone un activo que deberá ser empleado a fondo en los próximos años para potenciar la expansión de la HAD.

1.3. COVID-19

En el mes de diciembre de 2019, la República Popular China, identifica en wuhan un nuevo virus procedente de la familia de los coronavirus, actualmente conocido con el nombre de Sars-Cov-2, causante de una nueva enfermedad que autoridades sanitarias definieron en un primer momento como “neumonía vírica” causante de un síndrome respiratorio agudo severo, responsable de la enfermedad por COVID-19.

A finales del año 2019 las autoridades chinas reportan un problema de salud público por la rápida expansión de este virus en su población y por su mayor capacidad letal. Para principios de 2020 el virus ya se había extendido a un gran número de países y el 11 de marzo de ese mismo año la Organización Mundial de la Salud declara una pandemia global. Dada su capacidad para evolucionar a cuadros críticos de afectación pulmonar en una cantidad considerable de los pacientes infectados, su tratamiento requiere de hospitalización, cuidados intensivos y equipamiento médico sofisticado (dispositivos de ventilación mecánica), caro y escaso.

Esta capacidad del virus, unida a su gran facilidad para contagiarse y al desconocimiento de su tratamiento, produjo un aumento súbito de la demanda de atención médica de rango hospitalario e intensiva. Muchos hospitales se vieron saturados al punto de tener que establecer criterios éticos para seleccionar en triaje a qué pacientes se destinaban los escasos recursos disponibles, con el drama social que ello conlleva para los pacientes peor atendidos. La expectativa de todos los responsables de sistemas de salud nacionales de que esta situación pudiera generalizarse y agravarse movió a las autoridades sanitarias y políticas a buscar fórmulas para evitar llegar a ese punto. Una de las principales ha sido el esfuerzo intensivo por reducir los contagios, declarando confinamientos u obligando al uso de mascarillas y gel hidroalcohólico, por ejemplo. En paralelo, se ha intentado aumentar la capacidad asistencial hospitalaria del sistema sanitario dotando de más camas, profesionales, equipamiento, etc.

2. JUSTIFICACIÓN

El colapso de los hospitales ha sido más que evidente en esta era de pandemia mundial y la demanda de recursos sanitarios ha sufrido un despampanante incremento y, a su vez, ha azotado los distintos modelos y sistemas sanitarios de todo el mundo. Es por esto que este tipo de sistema asistencial junto con otras estrategias sanitarias elaboradas por los organismos gubernamentales se convierte, de un día para otro, en casi una necesidad y es que, La 'hospitalización a domicilio', desde su primera aparición en la historia tiene como finalidad la capacidad de ofrecer los cuidados que generalmente se brindan en los centros hospitalarios en los propios domicilios o entorno de los pacientes y ofrece respuesta a la necesidad de descongestionar el servicio sanitario y de mejorar la eficiencia en la gestión de recursos, que como sabemos son bien limitados, dos factores que han devenido vital importancia durante este ciclo de pandemia de COVID-19.

La realización de esta breve revisión bibliográfica toma como justificación principal la gran importancia adquirida durante este último año, la asistencia a domicilio que ofrecen los hospitales de tercer como alternativa a la hospitalización convencional. Hablamos de la '*hospitalización a domicilio*', un método quizás lo bastante investigado y estudiado por las diferentes instituciones sanitarias pero no lo suficientemente cimentado para ejecutar y llevar a cabo por los diferentes administraciones públicas de cada país que conforma el mundo.

Es por esto que, el planteamiento generado, tras la interpretación de estos factores, será exponer y analizar los cambios sufridos y describir las nuevas estrategias planteadas por las diferentes unidades de hospitalización a domicilio para paliar la situación actual a consecuencia de la pandemia de covid-19.

3. OBJETIVOS

En esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una recopilación, análisis y discusión de publicaciones científicas con el objeto principal de ofrecer respuesta a la siguiente cuestión:

- Describir los cambios y las nuevas estrategias planteadas por los servicios de HAD como consecuencia de la pandemia de COVID-19

También se ha querido profundizar en objetivos más específicos dando réplica a aspectos como:

- Realizar una breve descripción del significado hospitalización domiciliaria y de cómo funciona o debería funcionar el modelo de sistema alternativo a la hospitalización convencional junto con un análisis de los objetivos perseguidos.



- Identifica criterios que deben cumplirse para la inclusión en los programas de las unidades de HAD.
- Describir las estrategias planteadas y ejecutadas por las administraciones sanitarias internacionales.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ajusta a los parámetros metodológicos de una revisión bibliográfica, que consisten en la aplicación de un procedimiento estructurado de localización y recuperación de información relevante sobre un tema de interés científico y en su posterior análisis y discusión. El resultado final de este proceso es plasmado en un documento que sirve al lector para mejorar su conocimiento y comprensión del tema abordado.

En nuestro estudio, dicho procedimiento estructurado se desarrolló a través en las siguientes etapas:

1. Correcta acotación del objetivo de estudio
2. Localización y recopilación de fuentes bibliográficas
 - a. Correcta acotación de descriptores de búsqueda y palabras clave
 - b. Búsqueda por descriptores en bases de datos
 - c. Selección de fuentes aplicando criterios de inclusión y exclusión
3. Estudio y análisis de las fuentes seleccionadas
4. Síntesis de información y redacción del trabajo

La primera línea de trabajo consistió en la correcta delimitación del objetivo de estudio descrito en el epígrafe anterior. Para ello, se decidió acotar el objeto de estudio tomando en consideración tres criterios:

En primer lugar, se tomó la decisión de considerar única y exclusivamente la hospitalización a domicilio, considerada como servicio de atención especializada con base en el hospital SDF, excluyendo servicios sanitarios proveídos fuera de distancia tales como “telemedicina” o “servicios comunitarios” o Home-based Primary Care” que, si bien son servicios proveídos fuera de las instalaciones hospitalarias, tienen matices bien distintos al de la HAD,

En segundo lugar, se tuvo en consideración un criterio de circunscripción geográfica de los servicios de HAD, valorando acotarlos al ámbito nacional de origen de los autores (España) o internacional. Finalmente se optó por ofrecer una revisión de ámbito internacional dado

que hacerlo solucionaba un problema que tenía la circunscripción nacional, a saber, la poca abundancia de artículos científicos al respecto como consecuencia de lo reciente de la pandemia de COVID-19, a fecha de publicación de este artículo. Para extraer estas conclusiones realizamos previamente un proceso de screening en varias bases de datos usando u omitiendo el descriptor “Spain” que nos permitió sacar conclusiones sobre los resultados de búsqueda.

En tercer y último lugar, se valoró si era pertinente evaluar los servicios de HAD durante la pandemia de COVID-19 en relación al tratamiento a domicilio de los pacientes con esta enfermedad, o en relación a cómo la pandemia había impactado en la actividad habitual de tratamiento de otras enfermedades de este tipo de unidad. Se decidió incluir ambas actividades, pues constituye precisamente el objetivo de estudio de este trabajo ofrecer una mirada completa e integral del servicio de HAD durante la crisis del coronavirus.

4.1. Localización y recopilación de fuentes bibliográficas

Una vez definido claramente el objetivo, la segunda etapa de este estudio consistió en la creación de una base documental de artículos relevantes para la revisión bibliográfica. Para ello, se localizaron y recopilaron fuentes bibliográficas en bases de datos especializadas utilizando descriptores relacionados con el objetivo de estudio.

Para la elección de descriptores relevantes se identificó en primer lugar la categoría *Mesh* (Medical Subject Headings) asociada a hospitalización a domicilio, que es: “Home Care Services, Hospital-Based”. Este descriptor es, además, el más utilizado en las búsquedas bibliográficas de HAD, de acuerdo con Benjamín Palomo Linares, Julia Sánchez Tormo, Rubén Palomo Linares (11). La National Library of Medicine (NLM), entidad que administra el tesoro de vocabulario controlado *Mesh*, define esa categoría como:

<<Hospital-sponsored provision of health services, such as nursing, therapy, and health-related homemaker or social services, in the patient's home>>.

Posteriormente, se identificó la categoría DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud) asociada y se encontró una coincidencia con el descriptor “Servicios de atención a domicilio”, que la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), entidad administradora de este tesoro, define como:

<<Servicios de salud comunitaria y SERVICIOS DE ENFERMERIA, que proporcionan múltiples servicios coordinados de atención al paciente en su domicilio. Estos servicios de atención de salud a domicilio son proporcionados por una enfermera visitante, agencias de atención domiciliaria, HOSPITALES o grupos comunitarios organizados que utilizan

personal profesional para la administración de cuidados. Difiere de los CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD, que son proporcionados por no profesionales>>.

Estos dos descriptores se combinaron usando el operador booleano “AND” con los descriptores “COVID-19”, “SARS-CoV-2” y/o “coronavirus” para acotar la búsqueda al objeto de estudio. Además, se utilizaron otras palabras clave y/o operadores booleanos para afinar las búsquedas durante el proceso de consulta de bases de datos.

Para la selección de artículos relevantes tras las búsquedas preliminares se utilizaron tres criterios de inclusión y/o exclusión:

1. **Relevancia:** sólo se tuvieron en cuenta artículos que tuvieran relevancia directa con la hospitalización a domicilio (tal y como definimos en la introducción), excluyendo todos aquellos que tuvieran que ver con ámbitos diferentes, como la telemedicina.
2. **Temporal:** sólo se tuvieron en cuenta artículos con fecha de publicación del 2020 o 2021, fecha de inicio y desarrollo de la pandemia de COVID-19
3. **Revisión:** se ha seguido un criterio de priorización de artículos de revisión frente a estudios focalizados en ámbitos o patologías muy específicos.

4.2. Esquema general de artículos incluidos

Siguiendo los pasos descritos anteriormente se ha podido ejecutar una gran filtración de documentación a través de la lectura de los resúmenes/abstract y conclusiones de los artículos, seleccionando y obteniendo así aquella bibliografía que se considerara de gran relevancia para el desarrollo del cuerpo de esta memoria los cuales dispongo detalladamente en el cuadro siguiente:

Título	Autor	Año	Buscador	Palabras clave
'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'	Beatriz Díez Sánchez María Delgado Capel Patricia Echeverría Bermúdez Gloria Bonet Papell	2021	SciELO	Hospitalización a domicilio / Covid-19 / España



'Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19'	Abel Mujal Martínez, José Regalado de los Cobos, María Ruiz Castellano, Manuel Mirón Rubio, Andima Basterretxea Ozamiz, Oriol Estrada Cuxart, Magdalena Fernández Martínez de Mandojana, M. ^a Montserrat Gómez Rodríguez de Mendarozqueta, Miguel Angel Ponce González, Ana María Torres Corts, Carmina Wanden-Beghe, Beatriz Massa Domínguez	2020	SciELO	Hospitalización a domicilio / Covid-19 / España
'Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19'	Helena Subirana Magdalena, Núria Borrell, Ana Domènech, Alicia Fraga, Isaura Grau, Jordi Castellví	2021	SciELO	Hospitalización a domicilio / Covid-19 / España
'La Hospitalización a Domicilio en la enfermedad del COVID-19'	Carmina Wanden-Berghe, Javier Sanz-Valero	2020	SciELO	Hospitalización a domicilio / Covid-19 / España
'Hospital at Home units in the post-COVID 19 era'	Emmanuel Coloma, David Nicolás	2020	PubMed	Hospital at home / Covid-19
'Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic'	Xavier Nogués, Francisca Sánchez-Martínez, Xavier Castells, Adolfo Díez-Pérez, Rosa Ana Sabaté, Irene Petit, Ariadna Brasé, Juan Pablo Horcajada, Roberto Güerri-Fernández, Julio Pascual	2021	PubMed	Hospital at home / Home Care / Covid-19



'Hospital at home for the management of COVID-19: preliminary experience with 63 patients'	Juan M. Pericàs, David Cucchiari, Orla Torralardona-Murphy, Júlia Calvo, Júlia Serralabós, Elisenda Alvé, Aleix Agelet, Judit Hidalgo, Eduarda Alves, Eva Castells, Nuria Seijas, Carme Hernández, Marta Bodro, Celia Cardozo, Emmanuel Coloma, David Nicolás, Hospital Clínic 4H Team	2021	PubMed	Hospital at home / Home Care / Covid-19
'From Hospital to Home: An Intensive Transitional Care Management Intervention for Patients with COVID-19'	Irene Borgen, Martha C Romney, Nicole Redwood, Belynda Delgado, Patricia Alea, Brian H George, Jennifer Puzifferro, Lina Shihabuddin	2021	PubMed	Hospital at home / Home Care / Covid-19
'Adapting a Hospital-at-Home Care Model to Respond to New York City's COVID-19 Crisis'	David J. Heller, Katherine A. Ornstein Linda V. DeCherrie, Pamela Saenger, Fred C. Ko, Carl Philippe Rousseau, Albert L. Siu	2020	PubMed	Hospital at home / Home Care / Covid-19
'A Novel Virtual Hospital at Home Model during the COVID-19 Pandemic'	Patrick P. Ryan, Kellie L. Hawkings, Stacey Altman, Lisa Granatowski, Bradley D. Shy, Jeremy Long, Rebecca L. Hanratty	2020	PubMed	Hospital at home / Covid-19

Además, se ha reforzado la búsqueda bibliográfica para aclaración de conceptos generales y de funcionamiento de estas unidades de hospitalización con documentos de mayor antigüedad seleccionados de las múltiples búsquedas a través de las bases de datos PubMed/Medline, SciELO, Dialnet, Medes, Scencedirect empleando como motor de búsqueda principal el recurso electrónico de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna (BULL) Punto Q. Además, se ha extendido la búsqueda a textos científicos de revistas electrónicas del campo de la salud, así como de información relacionada con el tema principal a través de organizaciones y sociedades españolas (SEHAD) con actividad



vinculada al mismo. También se realizó una búsqueda libre en el buscador Scholar Google que quedó finalmente descartada por no encontrar forma útil de acotar los resultados.

5. RESULTADOS Y DESARROLLO

5.1. Funcionamiento de las unidades de hospitalización a domicilio.

La bibliografía existente aclara, por un lado, múltiples y diferentes definiciones de HAD como sistema alternativo de atención sanitaria ‘especializada’ y, por otro, no puede aclarar con firmeza una definición estricta acerca del marco de actuación, generando así controversias de jurisprudencia con respecto a la asistencia brindada por las gerencias de Atención Primaria. Sin embargo, desde sus inicios en el año 1947, parece haber consenso entre autores coincidiendo entre todos respecto a que la función principal de este tipo de asistencia sería la de ofrecer al paciente cuidados de enfermería, en su domicilio o entorno en igualdad de condiciones que las que podría recibir en un hospital convencional. Esto define que, la HAD estaría indicada en aquellos pacientes que necesitan asistencia especializada ofrecida en un primer momento por los hospitales convencionales, manteniendo la condición de ‘hospitalizado’ a todos los efectos, pero sin ingreso hospitalario, siendo responsable de sus cuidados y de la calidad asistencial la institución sanitaria de referencia a la que pertenezca adscrita la unidad de HAD en cuestión. (12)

Es importante diferenciar la HAD de la atención domiciliaria que realizan las unidades de atención primaria (APD) que, como conocemos, siempre estará orientada a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Para establecer una clara diferenciación de ambos modelos existen varias características (organizativas y asistenciales) que ayudan a separar y distinguir los marcos de actuación de ambos modelos. (12)

- a) **Características organizativas;** el modelo de atención primaria busca ‘prevenir’ el ingreso hospitalario mientras que el modelo de HAD sustituye este por ingreso en el domicilio. El personal profesional que presta sus servicios en la atención domiciliaria depende de la gerencia de atención primaria, mientras que en el modelo de la HAD dependen directamente del hospital al que esté adscrito la unidad.
- b) **Características asistenciales;** el tipo de paciente varía de un modelo a otro, siendo en la atención domiciliaria aquellas personas con enfermedades agudas y crónicas que requieren de una actuación por parte del equipo profesional ‘ilimitada’ donde los recursos empleados son básicos para mantener el “confort” y la prevención de enfermedades. Por otro lado, la HAD ofrece sus cuidados a aquellas personas con enfermedades agudas que cumplen determinados criterios de



inclusión y además que requieran la utilización de recursos materiales y técnicas de mayor complejidad.

Una vez expuestas estas características definitorias, plantearemos los principios y objetivos que deben cumplir las unidades de HAD;

PRINCIPIOS

- La HD no sustituye un ingreso hospitalario, actúa como complemento a la atención dispensada por la institución sanitaria.
- El perfil del paciente que puede beneficiarse de este modelo debe ser elegido en relación a los cuidados necesitados más que en la patología, obteniendo mejores resultados cuando se trata de un problema muy concreto.
- El paciente y la familia deben ser informados adecuadamente durante todo el proceso.
- Contemplar las necesidades sociales que repercutan en el mantenimiento del paciente en su domicilio.
- Implicación de la familia en los propios cuidados

OBJETIVOS

- Ofrecer calidad asistencial dejando a un lado la 'despersonalización' que sufre o que puede llegar a sentir un paciente en el momento del ingreso en la institución sanitaria.
- Disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales, así como aquellas consecuencias que puedan surgir del hecho de la separación de su entorno familiar y social.
- Facilita la educación sanitaria fomentando el autocuidado.
- Optimización de recursos sanitarios.
- Contención del gasto sanitario.

Dicho esto, es importante destacar que, tanto atención primaria como las unidades de HAD, aunque en principio pueden parecer dos unidades completamente independientes, necesitan la una de la otra para coordinar y ejecutar sus funciones. Es necesario la cooperación entre ambos organismos pues la HAD a día de hoy se puede considerar un nexo entre los distintos niveles de atención sanitaria existente en nuestro país (primaria y especializada) (12) (13)

Además de todo lo descrito anteriormente el perfil de ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización a domicilio debe cumplir una serie de requisitos. Son objeto de ingreso



en HAD, por un lado, aquellos pacientes que atisban posibilidad ser dados de alta tras un ingreso hospitalario de corta duración y por otro aquellos pacientes que de no existir HAD, serían ingresados en régimen convencional. Como indica el autor Carlos Martínez Ramos el procedimiento obedecería a regla general siguiente: (12)

‘Domicilio → Médico de familia / Servicio de urgencias → Admisión en HD → Alta definitiva y/o reenvío al Médico de familia (Atención Primaria)’.

Asimismo, son perfiles de pacientes recomendados para HAD aquellos en los que no exista justificación evidente para permanecer en el hospital más que una vigilancia activa sobre todo por parte del personal de *ENFERMERÍA*. Son requisitos y características preceptivas para considerar ingreso en HAD;

- Estancia limitada en la unidad, bien sea por resolución del problema, éxitus o derivación a equipos de AP.
- La enfermedad debe estar bien definida para realizar un plan de actuación específico que solvante el problema.
- Paciente con una comprobada estabilidad que indique pensar a priori la improbabilidad de un suceso evolutivo desfavorable.
- Consentimiento informado, el paciente debe ser capaz de recibir información sobre la asistencia que se brinda debiendo aceptar voluntariamente junto con su familia o cuidador principal.
- Soporte familiar o cuidador principal dispuesto a colaborar con el equipo de asistencia sanitaria
- Infraestructura adecuada, condiciones del domicilio, disponibilidad de medios de comunicación, de movilidad etc.
- Coordinación con otros equipos de asistencia del propio hospital o externos.

5.2 Hospitalización a domicilio en tiempos COVID-19. (España)

Sólo transcurre un año desde la aparición en nuestras vidas de la enfermedad COVID-19 y es por esta razón por la que en la actualidad existe una escasa, corta literatura y bibliografía al respecto. Aun así, son evidente los cambios sufridos en todos y cada uno de los modelos y sistemas sanitarios de los diferentes países europeos y del mundo teniendo que generar rápidamente adaptaciones a sus modelos y protocolos para minimizar el impacto ocasionado por las condiciones sobrevenidas en esta última pandemia mundial. En este caso la ‘hospitalización a domicilio’ ha jugado con un papel fundamental activando y pres-tando sus servicios a aquellos pacientes que por no cumplir criterios de ingreso hospitalario



o bien para mitigar el problema fundamental de déficit de camas hospitalarias por verse superada la capacidad real de las unidades especiales de hospitales de tercer nivel se ha optado por tener que realizar un seguimiento de la enfermedad en sus propios domicilios. (14) (15)

Como apuntan los autores Mujal A, Regalado J, Ruiz M, Mirón M, Basterretxea A, Estrada O, "la Hospitalización a Domicilio (HAD) es una alternativa asistencial del Área de Salud consistente en un modelo organizativo capaz de dispensar a pacientes en su propio domicilio un conjunto de actividades y cuidados sanitarios con complejidad, intensidad y duración comparables a los de una hospitalización convencional cuando todavía precisan de una vigilancia activa y una asistencia compleja." Esta definición sugiere un apoyo efectivo para las unidades de atención primaria y un alivio para los hospitales de tercer nivel haciendo posible la salvaguarda de un número de camas efectivas para aquellos casos que por su complejidad y criterios de gravedad requieran ingreso en unidades especiales o en otras unidades cuyos recursos no puedan ser prestados de otra forma. (16)

La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD), con un reciente estudio de previsión epidemiológica que ocasiona la enfermedad covid-19 establece un plan de actuación para aquellas comunidades autónomas que dispongan de unidades de hospitalización a domicilio en activo y poder realizar los seguimientos desde estas unidades generando así una serie de beneficios tanto para las unidades de hospitalización convencional como para frenar las medidas de propagación y contagio de enfermedades en general y de la covid-19 en particular, que explico de la siguiente manera;

- Permite disponibilidad de camas para aquellos casos más graves y que precisan hospitalización con prioridad, debido a la gravedad, a la hora de uso de recursos materiales.
- Minimiza el número de contactos de trabajadores sanitarios con el paciente.
- Disminuye los costes del ingreso hospitalario y de material de aislamiento.
- El paciente es aislado y tratado en su entorno domiciliario, recibiendo un trato más personalizado y proporcionándole durante el ingreso mayor intimidad, comodidad y bienestar a la vez que se favorece el autocuidado.
- Se integra a los cuidadores en el proceso asistencial, proporcionándoles mejor información y educación sanitaria y evitándoles desplazamientos al hospital.
- Descenso de casos de infecciones nosocomiales, síndromes confusionales y el deterioro funcional en los pacientes mayores durante el ingreso.



Generalmente para poder optar a llevar el seguimiento de las enfermedades en domicilios es preceptivo cumplir unos criterios de ingreso generales (descritos anteriormente) que la SEHAD establece para determinadas enfermedades y tipos de pacientes. En este caso como se trata de la enfermedad COVID-19 requiere una revisión y nueva valoración de requisitos que, en este caso, aprueba y establece el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social los cuales detallo a continuación; (16) (17)

- El lugar de aislamiento debe ser destinado única y exclusivamente a este fin además de disponer de una correcta ventilación, con posibilidad de designar un baño para uso exclusivo del aislado, o en caso contrario desinfectar con lejía de uso domiciliario tras su uso.
- Disponibilidad de comunicación telefónica directa con autoridades sanitarias para el informe y evolución de síntomas.
- No deberá haber convivientes con condiciones de salud que supongan una vulnerabilidad: personas con edad avanzada, deterioro funcional, enfermedades crónicas, inmunodeprimidas, embarazadas.

Sino se reúnen los criterios exigibles para realizar el aislamiento de forma adecuada, se indica que podrán ser atendida por la unidad de HAD en lugares específicamente habilitados para ello por las administraciones sanitarias correspondientes obedeciendo los protocolos elaborados para su ejecución.

Uno de los ejemplos más claros de los que dispone la bibliografía española actualmente consiste en un estudio sobre la '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 en España' (18) y es que ante esta situación de emergencia sanitaria no han sido los únicos los que han tenido que realizar readaptaciones en sus protocolos y estrategias de actuación para poder seguir dando cobertura a la población española y optimizar la capacidad de los hospitales convencionales para el uso de aquellos pacientes que realmente su gravedad lo indicara. Esta situación asistencial ha obligado a las unidades de HAD realizar un aumento de sus capacidades, tanto en número de camas como en personal profesional de enfermería y medicina. (19) (20)

El protocolo seguido por parte del 'Hospital Universitario Germans Trias i Pujol' para hacerse cargo de pacientes COVID (una vez que cumplían requisitos para ingreso en HAD) ha consistido en entrega de hoja informativa con el protocolo de actuación de la unidad, teléfonos de contacto y además se realiza la entrega de un dispositivo de medición de



oximetría en sangre. Además, se recomendó la descarga de la aplicación móvil COVIDapp para realizar el seguimiento de forma remota. El personal de enfermería era el encargado de realizar la primera visita al domicilio del paciente en cuestión y decidir bajo su criterio que el domicilio cumplía las condiciones para realizar el seguimiento desde HAD. Se realizaba un registro de síntomas y signos vitales entre una y dos veces por día que se monitorizaban automáticamente a través de la app mencionada o por vía telefónica en el caso de que los pacientes no poseyeran la agilidad o medios correspondientes para realizar el registro con estos dispositivos. Si los pacientes ejecutaban el registro telemáticamente de manera adecuada, la aplicación mandaba una alerta al personal sanitario cuando se detectaba que desarrollaban signos o síntomas propios de la enfermedad COVID-19 programando así una visita para evaluación clínica dentro de las 12-24 horas siguientes. El resto del seguimiento era exclusivamente telemático. Sólo se realizaban visitas al domicilio por parte del personal de enfermería si era preceptivo realizar exploraciones complementarias de tipo analíticas, extracción de muestras PCR, electrocardiograma, gasometría o para administración de tratamiento vía parenteral y realización de curas.

5.3. Hospitalización a domicilio en tiempos COVID-19 (Internacional)

No solo el Sistema Nacional de Salud de España ha sido el que se ha visto implicado en la readaptación y formulación de estrategias de cambio debido a las circunstancias sobrevenidas de emergencia sanitaria. Las potencias económicas mundiales también han visto como sus sistemas sanitarios sufrían un castigo sin miramientos.

Multitud de empresas sanitarias de los EE.UU han aprovechado la oportunidad para lanzar modelos y estrategias para combatir y reducir los efectos e impacto que ha ocasionado la enfermedad COVID-19. Un ejemplo de ellos es el modelo publicado por los autores Patrick P. Ryan, Kellie L. Hawkins, Stacey Altman, Lisa Granatowski, Bradley D. Shy, Jeremy Long and Rebecca Hanratty 'Virtual Hospital Home' (21) que consiste en proporcionar a aquellos pacientes, que bajo criterio médico leve de infección por coronavirus se les proporcionaba un dispositivo de oximetría en sangre y un medidor de tensión arterial para llevar a cabo desde el domicilio registros diarios por sistemas de telefonía y llevar a cabo así seguimientos de evolución de la infección a distancia manteniendo las medidas de aislamiento. Este sistema sirvió de referencia en los Estados Unidos de América permitiendo una mejora en la gestión de capacidades hospitalarias tanto por la posibilidad que se abría a las unidades de urgencias sanitarias para derivación de este perfil de paciente como para gestionar un alta hospitalaria precoz a pacientes con COVID-19 con la seguridad que recibirían control y seguimiento de la enfermedad desde su domicilio.

Otro ejemplo es el modelo que empleó la ciudad de Nueva York, 'Completing Hospitalization at Home (CHaH)' (22) que consistió en derivar a estas unidades pacientes con infección por coronavirus ya ingresados en el hospital y que aún continuaban con necesidades de atención continuada (medicación intra-venosa por ejemplo).

Atravesando el Océano Índico llegamos a Australia, donde el recurso empleado por los hospitales de Australasia fue el 'Hospital-in-the-Home (HITH)' (23) que definiendo una serie de objetivos diana para minimizar el impacto que ocasionaba la pandemia en la región pudieron ganar tiempo para planificar nuevas vías clínicas para la atención de pacientes COVID.

No importa la parte del mundo de la que se hable o el nombre empleado para referirse a los programas de HAD, lo que importa es que estas unidades se han comportado como referencia para disminuir la congestión y la demanda de servicios sanitarios y reducir el impacto ocasionado en los hospitales convencionales por el nuevo coronavirus.

6. Conclusiones

El transcurso del tiempo, desde el inicio en la historia del concepto de 'Hospitalización a domicilio', hasta la fecha, ha evidenciado que este modelo asistencial aporta a los modelos sanitarios actuales múltiples beneficios tanto en gestión como en economía siendo en este último año de pandemia mundial un momento clave para dejar entre ver la proyección que posee el planteamiento y uso de estas estrategias propuestas por las unidades de HAD como sistemas de apoyo a hospitales de atención especializada.

Así pues, los casos en donde se cumplen los criterios generales para inclusión en los servicios de HAD, no cabe duda que aporta ventajas como una sólida alternativa a la hospitalización convencional, existiendo evidencia acerca de dichas ventajas en lo que respecta a la eficacia del servicio, seguridad en los cuidados y trato al paciente y al alto nivel de satisfacción de este servicio. Las circunstancias clave que hacen que esta alternativa suponga que la balanza se incline hacia claro apoyo de los modelos sanitarios autonómicos españoles se corresponden con garantizar una adecuada selección de los pacientes de HAD y la disposición de un equipo experimentado en atención de casos complejos en el domicilio. Asimismo, volvemos a encontrar evidencia que ratifica que a los beneficios asistenciales hay que añadir además un ahorro de costes en recursos sanitarios respecto a la hospitalización convencional.

Asimismo, estas ventajas que ofrecen los modelos de HAD, frente al incremento insostenible que ha sufrido el país con respecto a la incidencia y número de casos de



personas contagiadas de COVID-19 que sobrepasan claramente la capacidad asistencial habitual de los centros hospitalarios, ponen de manifiesto la decisión adoptada por la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio que plantea como opción de incluir dichas unidades en el manejo de estos pacientes y son varias las comunidades autónomas que se han acogido a esta enmienda para implicar a sus HAD en los dispositivos de atención a pacientes con coronavirus. (17)

Los autores de proyecto HAD2020 se han encargado de la confección de una serie de argumentos (24) que destacan los puntos fuertes que ofrece la HAD como alternativa emergente. Algunos de ellos son;

- Humaniza la atención, trato personalizado y directo con el paciente y su familia.
- Atención centrada en el paciente (sujeto activo del proceso). Otorga autonomía en los autocuidados y seguridad en el manejo del paciente crónico complejo en el domicilio. Educa para la etapa posterior al alta.
- Proporciona intensidad de cuidados. Dispone de una capacidad de intervención elevada, de rango hospitalario. Permite acortar o incluso evitar el ingreso en hospitalización convencional.
- Fomenta la continuidad asistencial, favoreciendo la coordinación con atención primaria así como la respuesta a las necesidades de la misma en pacientes que requieran cuidados complejos tratando de evitar el ingreso hospitalario.
- Atención multidisciplinar. El equipo implicado en los cuidados abarca diferentes ámbitos asistenciales.
- Disminuye la iatrogenia.
- Es efectiva, Los resultados obtenidos tras la atención de pacientes correctamente seleccionados, son equiparables a los resultados obtenidos en régimen convencional
- Es satisfactoria, así lo reflejan las encuestas elaboradas por las unidades con un alto porcentaje de satisfacción
- Es eficiente. Su coste por estancia es sensiblemente inferior a la modalidad del régimen convencional situando entre un 15%-80% el porcentaje de ahorro en recursos sanitarios.
- Responde a un servicio flexible, atendiendo cuestiones médicas, quirúrgicas, intervencionistas, etc.).

Expuesto lo anterior, solo cabe decir que la hospitalización a domicilio se ha descrito como un modelo útil para acortar estancias hospitalaria y se basa en dos principios principales;



evitar los ingresos hospitalarios y permitir una alta precoz, liberando así camas hospitalarias y generando una optimización de recursos sanitarios en una época en la cual corresponden con un bien escaso y altamente demandado. (25)



7. Bibliografía

1. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002;118(17):659-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302724883>
2. López Casanovas G, Mosterín Höpping A. El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit [Internet]. 2008; 22:43-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760746>
3. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Med Clin (Barc) [Internet]. 2005;124(16):620-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305718352>
4. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis González A, Días Ricós JA, Ramón Real E. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud TT - Home hospitalization in light of demographic changes and new health challenges. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002;11(4):253-61. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400007&lang=en
5. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. [Hospital at home: an opportunity for change]. Med Clin (Barc). abril de 2012;138(8):355-60.
6. Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010; 33:97-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272010000200012&nrm=iso
7. Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. Hosp a Domic. [Internet] 2017; 1:7. [citado 2021 de Abril 2]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/8-44-2-PB.pdf>
8. Minardi Mitre Cotta R, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Días Ricós JA. [Home hospitalization: background, current situation, and future prospects]. Rev Panam Salud Publica. 2001 Jul;10(1):45–55.



9. Balasuriya A. Hospital at Home – are hospitals going home? J Ceylon Coll Physicians. 2019; 50:69.
10. González MA. Importancia de la hospitalización a domicilio en el paciente respiratorio crónico. Hosp a Domic. 2019; 3:135.
11. Palomo Linares B, Sánchez Tormo J, Palomo Linares R. Indización y uso de los Descriptores MeSH en Hospitalización a Domicilio. Hosp a Domic. 2017;1(2):83.
12. Martínez C. Hospitalización Domiciliaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. Reduca [Internet]. 2009;1(1):356–69. disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/68/97>
13. Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Atención Primaria [Internet]. 2002;30(5):304–9. disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670279032X>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención en el domicilio a pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves y gestión de sus contactos [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [citado 2021 abril 22]. Disponible en: <https://bit.ly/3dLbceV>
15. Coloma E, Nicolás D. Hospital at Home units in the post-COVID 19 era. Eur J Clin Invest [Internet]. 2020;50(11): e13390. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13390>
16. Mujal Martínez A, Regalado de los Cobos J, Ruiz Castellano M, Mirón Rubio M, Basterretxea Ozamiz A, Estrada Cuxart O, et al. Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. Vol. 4, Hospital a Domicilio. scielo.es; 2020. p. 59–67.
17. Wanden-Berghe Carmina, Sanz-Valero Javier. La Hospitalización a Domicilio en la enfermedad del COVID-19. Hosp. domic. [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Mayo 22]; 4(2): 55-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152020000200001&lng=es. Epub 01Jun2020. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v4i2.105>.
18. 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. [Internet]. 2021 Mar [citado 2021 Mayo 27]; 5(1):29-42. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S253051152021000100004&lng=es. Epub 08-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.123>.

- 19.** Nogués X, Sánchez-Martínez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861021001390>
- 20.** Gaspar HA, de Oliveira CF, Jacober FC, de Deus ER, Canuto F. Home Care as a safe alternative during the COVID-19 crisis. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;66(11):1482–6.
- 21.** Ryan PP, Hawkins KL, Altman S, Granatowski L, Shy BD, Long J, et al. A novel virtual hospital at home model during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2020;1–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32829735>
- 22.** Heller DJ, Ornstein KA, DeCherrie L V., Saenger P, Ko FC, Rousseau CP, et al. Adapting a Hospital-at-Home Care Model to Respond to New York City’s COVID-19 Crisis. Vol. 68, *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Publishing Inc.; 2020. p. 1915–6.
- 23.** Bryant PA, Rogers BA, Cowan R, Bowen AC, Pollard J. Planning and clinical role of acute medical home care services for COVID-19: consensus position statement by the Hospital-in-the-Home Society Australasia. *Intern Med J*. 2020 Oct;50(10):1267–71.
- 24.** Cuxart OE, Domínguez BM, Gonzáles MÁP, Rubio MM, Corts AT, Martínez AM, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España HAD 2020 Project: A proposal to consolidate hospital- based home care in Spain. *Hosp Domic*. 2017;1(2):93–117.
- 25.** Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. Vol. 5, *Hospital a Domicilio*. scieloes; 2021. p. 9–16.