

Original

Los factores psicosociales determinan la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias

Sònia Jiménez^{a,b,*}, Sira Aguilò^{a,b}, Víctor Gil^{a,b}, Albert Antolín^{a,b}, Sergio Prieto^{a,b}, Ernest Bragulat^{a,b}, Blanca Coll-Vinent^{a,b}, Òscar Mirò^{a,b} y Miquel Sánchez^{a,b}

^a Sección de Urgencias Medicina, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación «Urgencias: procesos y patologías», IDIBAPS, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de septiembre de 2009

Aceptado el 11 de marzo de 2010

Palabras clave:

Hospitalización a domicilio

Aceptación

Urgencias

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la aceptación por parte del paciente de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes prospectivo observacional de pacientes que, una vez visitados en urgencias, reunían criterios de ingreso en sala convencional, podían responder a una entrevista y disponían de un posible cuidador. Se tomó como variable dependiente la predisposición a aceptar o no un ingreso en hospitalización a domicilio. De cada paciente, 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 hospitalización a domicilio. La relación entre variables se estableció por análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Se realizaron 129 entrevistas. La predisposición a aceptar un ingreso en hospitalización a domicilio 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 hospitalización a domicilio, en concreto las adecuadas condiciones físicas del domicilio (*odds ratio* [OR]: 4,31; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,18–15,78), la ausencia de miedo por tener que manejar el oxígeno (OR: 5,99; IC95%: 2,05–17,52), la ausencia de miedo a una mala evolución clínica (OR: 6,07; IC95%: 1,94–18,96) y la percepción de una mayor libertad de horarios (OR: 12,61; IC95%: 3,31–48,01).

Conclusiones: La hospitalización a domicilio tendría una buena aceptación si se ofreciera directamente en el Servicio de Urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. Esta aceptación se asocia a percepciones psicosociales, que deberían tenerse en cuenta al ofrecer esta modalidad asistencial.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Psychosocial factors determine patients' acceptance of emergency department discharge directly to hospital-at-home care

ABSTRACT

Keywords:

Hospital at home

Acceptance

Emergency department

Aim: To identify the factors associated with patients' acceptance of emergency department discharge directly to hospital-at-home care.

Patients and methods: We performed a prospective observational cohort study of patients seen at the emergency department who met the following inclusion criteria: need for hospital admission, ability to be interviewed, and availability of an informal caregiver. The dependent variable was defined as the predisposition to accept or refuse hospital-at-home care. For each patient, the following independent variables were recorded: demographic characteristics, health-related factors, comorbidities, current illness and psychosocial perceptions related to hospital-at-home care. The associations among the variables were tested by means of logistic regression analysis.

Results: We included 129 patients. Seventy-one percent would have accepted hospital-at-home care. Acceptance of hospital-at-home care was associated with psychosocial perceptions only, independently of demographic characteristics, current illness severity and comorbidities. These psychosocial perceptions included adequate conditions at home (OR: 4.31; 95% CI: 1.18–15.78), not being afraid of oxygen manipulation (OR: 5.99; 95% CI: 2.05–17.52), lack of fear of a poor outcome (OR: 6.07; 95% CI: 1.94–18.96) and the possibility of enjoying a more flexible schedule (OR: 12.61; 95% CI: 3.31–48.01).

Conclusions: Hospital-at-home care would be well accepted by patients if offered in the emergency department as an alternative to conventional hospitalization. Acceptance depends on patients' psychosocial perceptions, which should be assessed before this mode of care is proposed.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hospitalización a domicilio se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, abordajes terapéuticos y un plan de cuidados similares a los dispensados en el hospital¹. Por ello, la actividad

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: sjimenez@clinic.ub.es (S. Jiménez).

va dirigida a pacientes que, de otra manera, requerirían ingresar en un hospital de agudos. Para que sea posible es del todo imprescindible que el paciente disponga de un cuidador, habitualmente un familiar, que asume la responsabilidad de la vigilancia y de la administración de alguno de los tratamientos en el domicilio¹⁻³.

La hospitalización a domicilio engloba diferentes esquemas asistenciales⁴. En nuestro entorno, el 80% de las unidades de hospitalización a domicilio desarrolla esquemas de alta temprana, descarga o evitación de ingreso, lo que las capacita para proporcionar en el domicilio servicios similares a los de una sala de hospitalización convencional¹. En los últimos años, sin embargo, la visión de la hospitalización a domicilio se ha enriquecido y hoy se añaden nuevos aspectos que ofrecen ciertas ventajas frente al modelo tradicional. Son los denominados modelos de atención integrada^{5,6}, en los cuales participa la atención primaria, el hospital y los servicios sociales, de tal forma que el paciente podría beneficiarse de la hospitalización a domicilio sin necesidad que acudir al hospital.

En el servicio de urgencias hospitalario, la permanencia, una vez concluido el proceso asistencial urgente, de pacientes ingresados que están a la espera de una cama libre de hospitalización se ha identificado como uno de los principales determinantes de disfunción del servicio⁷, que con frecuencia explica su saturación^{8,9}. Desde esta perspectiva, la hospitalización a domicilio con un esquema de evitación de ingreso forma parte de un conjunto de medidas que podrían revertir en una mayor fluidez y un mejor funcionamiento de los servicios de urgencias⁸ al disminuir la necesidad de hospitalización convencional.

Para poder alcanzar estos objetivos de manera eficiente y con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, es fundamental una selección adecuada de éstos. Para optimizar la selección no sólo deberían fijarse criterios puramente médicos, sino también, y tal vez más importante, evaluar determinadas percepciones psicosociales relacionadas con el paciente.

El objetivo del presente estudio se centra en este segundo aspecto y pretende identificar los factores psicosociales del paciente que subyacen en la aceptación de un ingreso en hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio de cohortes prospectivo basado en la recogida de variables del informe asistencial de urgencias y en la realización de entrevista directa a los pacientes. El estudio se inició en julio de 2005 y finalizó en octubre de 2005, cuando se completó la inclusión de pacientes. El estudio fue aprobado por el comité ético del hospital.

Ámbito de estudio

El presente estudio se realizó en la Sección de Urgencias Medicina (SUM) del Área de Urgencias de un hospital urbano universitario de tercer nivel que atiende unas 125.000 urgencias anuales. Según el motivo de consulta, los pacientes son dirigidos a una de sus cuatro secciones principales: medicina, cirugía y especialidades quirúrgicas, traumatología y psiquiatría. No se atienden urgencias pediátricas ni tocoginecológicas. La SUM atiende unas 42.000 urgencias anuales que se distribuyen en varias unidades que, de forma grosera, corresponden a los niveles

del sistema español de *triage*¹⁰: la unidad de asistencia a críticos (nivel 1, pacientes que requieren reanimación), la unidad de emergencias (nivel 2, pacientes que por la gravedad de la patología que les lleva a urgencias requieren un tiempo de atención médica inferior a 7 min desde su llegada) y la unidad de urgencias (niveles 3, 4 y 5, en la cual se asiste a pacientes que requieren una atención médica inferior a 30, 45 y 60 min, respectivamente, desde su llegada). Ésta última dispone, a su vez, de un área de observación donde permanecen los pacientes hasta que se decide su ingreso o el alta definitiva. Para el presente estudio se seleccionaron del área de observación 146 pacientes consecutivos con afección médica aguda o crónica descompensada (infecciones agudas del tracto urinario, de partes blandas o respiratorias, descompensación de neumopatía y cardiopatía crónica, enfermedad tromboembólica venosa), que después del pase de visita a primera hora del turno de mañana cumplían criterios de ingreso hospitalario convencional (no cuidados intensivos). Además, se exigió que se dispusiera de un posible cuidador para cada paciente incluido (familiar o conocido que, en caso de que el paciente ingresara en su domicilio, se haría cargo o cuidaría de él). Se excluyeron sábados y festivos. Así mismo, se excluyeron aquellos pacientes que necesitaban ingreso en una unidad de cuidados especiales (intermedios, intensivos), aquellos en que no se identificó un posible cuidador y los que era imposible entrevistar por deterioro cognitivo. Todos los pacientes incluidos en el estudio ingresaron finalmente en salas de hospitalización convencional.

Variables incluidas

La variable dependiente del estudio fue la pregunta dicotómica que se realizó al paciente: «Después de estas horas de tratamiento y estabilización en la SUM y en las condiciones actuales de salud, si le asegurasen que el ingreso en el hospital y en casa tienen el mismo pronóstico de curación, recibirá el mismo tratamiento en un lugar y en otro, lo visitará diariamente un médico/enfermera del hospital, tendrá un teléfono de consulta las 24 h y en el supuesto de que su enfermedad necesita un ingreso, ¿aceptaría que éste fuese en el domicilio?».

Las variables independientes se agruparon de la siguiente manera:

- Factores demográficos del paciente: edad, sexo, estado civil (soltero/casado/separado/viudo), nivel de estudios (ninguno/primaria/secundaria/universidad), situación laboral (estudiante/trabajador activo/parado/jubilado), titularidad del domicilio (domicilio propio/domicilio de hijos o padres/residencia/otros) y personas que conviven en el domicilio (solo/adultos/otros). Específicamente se registró si tenía cuidador habitual (sí/no); en caso afirmativo, si vivía con él (sí/no) y si, en su opinión, iba a necesitar más ayuda ahora que había enfermado (sí/no); en caso negativo, se preguntó si, en su opinión, había alguien que pudiera hacer de cuidador (sí/no) y, en caso afirmativo, si vivía con él (sí/no).
- Factores relacionados con el estado de salud-comorbilidad del paciente: índice de comorbilidad de Charlson¹¹, índice de Barthel¹² habitual y actual, número de ingresos hospitalarios en el último año, número de visitas a urgencias en el último año y número de medicamentos habituales.
- Factores relacionados con la enfermedad actual del paciente: días de evolución de la clínica, tiempo de espera para ser visitado en urgencias, horas transcurridas desde su llegada hasta la entrevista, signos vitales a la llegada (presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria y saturación basal de oxígeno), puntuación

APACHE II¹³, si la visita actual era una revisita (definida como nueva visita antes de 72 h de una visita previa) y si había precisado ingresos previos por el mismo motivo.

- Percepciones psicoemocionales del paciente medidas con escala de Likert de 1 (gran dificultad, no me gusta o en desacuerdo) a 5 (gran facilidad, me gusta o de acuerdo): se valoró el grado de facilidad que expresaron para aceptar la hospitalización a domicilio debido a las adecuadas condiciones estructurales o logísticas del domicilio, la disponibilidad de tiempo de los miembros de la familia, la ausencia de miedo por tener que manejar sueros, oxigenoterapia o administrar fármacos subcutáneos, la presencia de personal sanitario en el domicilio, la ausencia de miedo a una mala evolución clínica con necesidad de regresar al hospital, la posibilidad de estar en compañía de la familia en todo momento, la mayor libertad de horarios en el domicilio, el mayor confort del entorno y la ausencia de otros pacientes en el entorno.

Análisis de los datos

Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar. Se realizó un análisis univariado para la descripción de la población y la frecuencia de sus preferencias en relación a la aceptación o no de la hospitalización a domicilio. Para ello se usó el test de ji al cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas, y el test de Student o la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas, según las variables siguieran o no una distribución normal. Las asociaciones entre la variable independiente y las variables dependientes se estimaron mediante la *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Para conocer las variables predictoras de que el paciente acepte la hospitalización a domicilio y descartar posibles factores confusores se realizó un estudio multivariado, mediante un modelo de regresión logística múltiple hacia delante por pasos, incluyendo todas las variables independientes que, en el análisis univariado, tuvieron una $p < 0,10$. La bondad del ajuste se evaluó con el test de Hosmer-Lemeshow y la discriminación con análisis de la curva ROC (*receiver operating curve*). El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS (SPSS 14.0; SPSS Inc, Chicago, Ill).

Para detectar un 10% de diferencias entre los dos grupos (aceptación de la hospitalización a domicilio/no hospitalización a domicilio) con una significación de 0,05, un poder estadístico del 80% y una aceptación de la hospitalización a domicilio del 60%, fueron necesarios 130 pacientes.

Resultados

Inicialmente se incluyeron 146 pacientes, pero se excluyeron 17 por deterioro cognitivo. De los 129 restantes, todos disponían de un familiar que hipotéticamente podía ejercer de cuidador y ninguno cumplía criterios de ingreso en cuidados intensivos. Las afecciones por las que se indicó el ingreso se describen en la [tabla 1](#).

Respecto a la pregunta del estudio, 92 (71%) pacientes de los 129 incluidos respondieron que estarían dispuestos a aceptar una hospitalización a domicilio.

Tras el análisis univariado ([tabla 2](#)), algunas características demográficas (como estar casado, vivir en el domicilio propio y no vivir solo) y muy pocas relacionadas con el estado de salud o la comorbilidad del paciente (menor número de visitas a urgencias en el año previo y tomar menor número de medicamentos), se mostraron relacionadas con la hipotética aceptación de la hospitalización a domicilio. Por el contrario, todas excepto el miedo a tener que estar al cuidado de los sueros o la presencia de

Tabla 1

Relación de diagnósticos de los pacientes entrevistados

Diagnóstico	N (%)
EPOC/neumopatía crónica descompensada	36 (28)
NAC	28 (22)
ICC	25 (19)
ITU/PNA	11 (9)
Infección respiratoria	8 (6)
Celulitis	5 (4)
Asma bronquial	4 (3)
ETEV	4 (3)
Hiperemesis posquimioterapia	3 (2)
Otros	5 (4)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAC: neumonía adquirida en la comunidad; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; ITU: infección del tracto urinario; PNA: pielonefritis aguda; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa.

extraños en el domicilio se asociaron significativamente con dicha aceptación.

Las características demográficas y sociales de todos los pacientes y separados según su aceptación o negación de la hospitalización a domicilio se muestran en la [tabla 3](#).

Todas las variables con $p < 0,10$ en el anterior análisis univariado se introdujeron en un análisis multivariado. Tras éste, sólo las percepciones psicoemocionales del paciente permanecieron en el modelo final, y se convirtieron en los predictores de que un determinado paciente se mostrara dispuesto a aceptar una hospitalización a domicilio desde la SUM. En concreto, dichos predictores, que se muestran en la [tabla 4](#), fueron las adecuadas condiciones físicas del domicilio, la ausencia de miedo por tener que manejar el oxígeno, la ausencia de miedo a una mala evolución clínica y la percepción de una mayor libertad de horarios. El comportamiento predictivo del modelo, valorado por medio del análisis de la curva ROC ([fig. 1](#)), alcanzó un área bajo la curva de 0,94 (IC95%: 0,89–0,99).

Discusión

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto el alto grado de aceptación que tendría, como alternativa a la hospitalización convencional, un ingreso en hospitalización a domicilio cuando ésta se plantea en el servicio de urgencias, una vez que el paciente ha sido visitado, tratado y estabilizado, y el ingreso decidido. La aceptación de esta modalidad asistencial depende, por parte del paciente y en contra de lo que cabría esperar, no de la propia enfermedad o del estado basal de comorbilidad del paciente, sino de la existencia de un cuidador y de las percepciones psicosociales que el paciente tiene sobre el ingreso en el domicilio. Así, factores como percibir unas adecuadas condiciones físicas en el domicilio, la ausencia de miedo a tener que manejar el oxígeno y a poder sufrir una mala evolución que obligue a volver al hospital, así como una mejor disponibilidad de horarios, se identifican como determinantes a la hora de que el paciente vea en la hospitalización a domicilio una alternativa atractiva. Resulta algo sorprendente, sin embargo, que la vivencia de la enfermedad por parte del paciente o su impacto en las actividades de la vida diaria no tenga ningún peso, sobre todo teniendo en cuenta que el mismo entorno en que se produce la decisión (urgencias, en un proceso agudo o descompensación de un proceso crónico) no tenga ninguna influencia.

Hasta la fecha no se dispone de ningún estudio similar realizado desde la perspectiva de urgencias. La mayoría de los trabajos^{14–17} versan sobre la satisfacción y la calidad percibidas de la hospitalización convencional y a domicilio una vez que se ha producido el alta médica, o bien sobre las preferencias de

Tabla 2
Análisis univariado de los factores asociados a la aceptación de la hospitalización a domicilio

	Total (N=129)	Aceptaría (N=92)	No aceptaría (N=37)	OR	IC95%	p
Factores demográficos y sociales						
Edad (media ± DE)	75,4 ± 14,7	73,6 ± 14,4	79,1 ± 13,9	0,969	0,938-1,001	0,055
Sexo (hombre) (N [%])	70 (54)	54 (59)	16 (43)	1,951	0,901-4,224	0,088
Estado civil (casado) (N [%])	61 (48)	56 (61)	5 (13)	10,541	3,747-29,656	< 0,001
Estudios acabados (secundaria/universidad) (N [%])	29 (22)	22 (25)	7 (19)	1,387	0,535-3,595	0,521
Situación laboral (trabajador) (N [%])	22 (17)	19 (21)	3 (8)	3,033	0,840-10,957	0,079
Titularidad domicilio (domicilio propio) (N [%])	106 (82)	76 (82)	30 (81)	1,079	0,403-2,888	0,005
¿Con quién vive? (adultos) (N [%])	80 (62)	63 (69)	14 (37)	3,626	1,598-8,228	0,003
¿Tiene cuidador habitual? Sí (N [%])	73 (57)	60 (65)	13 (35)	3,041	1,369-6,755	0,006
Si lo tiene, ¿vive con usted? Sí (N [%])	64/73 (88)	51/60 (85)	12/13 (92)	0,472	0,054-4,093	0,496
¿Necesitará más ayuda? Sí (N [%])	117 (91)	80 (87)	37 (100)	-	-	0,020
¿Alguien podría hacerle de cuidador? Sí (N [%])	109 (85)	86 (94)	23 (62)	8,522	2,947-24,641	< 0,001
¿Vive con usted? Sí (N [%])	84/109 (77)	69/86 (80)	15/23 (65)	2,102	0,766-5,770	0,149
Estado de salud (media ± DE)						
Charlson	2,7 ± 2,3	2,9 ± 2,5	2,2 ± 1,9	1,147	0,960-1,370	0,132
Barthel habitual	80,1 ± 20,9	78,0 ± 23,0	83,4 ± 16,9	0,989	0,969-1,009	0,267
Barthel actual	60,3 ± 26,5	60,6 ± 28,2	59,5 ± 21,5	1,002	0,987-1,016	0,817
N.º ingresos el último año	1,1 ± 1,3	1,1 ± 1,3	0,8 ± 1,3	1,295	0,938-1,788	0,116
N.º visitas urgencias el último año	1,8 ± 2,4	2,0 ± 2,7	1,1 ± 1,3	1,305	1,028-1,657	0,029
N.º medicamentos habituales	5,2 ± 3,2	5,7 ± 3,3	3,9 ± 2,8	1,195	1,051-1,359	0,006
Enfermedad actual						
Días de evolución de la clínica (media ± DE)	5,7 ± 5,5	5,4 ± 5,0	6,3 ± 6,6	0,972	0,910-1,039	0,401
Horas de espera (media ± DE)	1,8 ± 2,1	1,8 ± 2,0	2,4 ± 2,0	0,788	0,550-1,128	0,193
Horas hasta la entrevista (media ± DE)	25,9 ± 31,0	24,7 ± 31,9	27,5 ± 29,5	0,998	0,986-1,010	0,699
FC (media ± DE)	91,4 ± 24,1	91,6 ± 25,7	87,6 ± 19,8	1,010	0,993-1,027	0,262
PAS (media ± DE)	143,4 ± 27,6	143,0 ± 26,8	144,9 ± 27,7	0,997	0,984-1,011	0,707
PAD (media ± DE)	76,0 ± 16,5	76,3 ± 19,9	75,9 ± 14,5	1,001	0,978-1,024	0,958
Tª axilar (media ± DE)	36,8 ± 1,1	36,8 ± 1,1	36,7 ± 0,9	1,117	0,786-1,586	0,537
FR (media ± DE)	27,5 ± 7,6	27,7 ± 7,8	28,2 ± 7,6	0,984	0,936-1,034	0,524
Sat O ₂ (media ± DE)	91,2 ± 6,9	91,5 ± 6,5	91,1 ± 7,6	1,003	0,949-1,060	0,920
APACHE II (media ± DE)	10,0 ± 4,6	10,3 ± 4,9	8,5 ± 4,0	1,110	1,014-1,215	0,023
Revisita (n.º [%])	5 (3,9)	2 (2,2)	3 (8,1)	3,971	0,636-24,806	0,140
Ingreso previo por el mismo motivo (n.º [%])	55 (42)	43 (47,7)	12 (32,4)	0,571	0,256-1,273	0,171
Percepción psicoemocional (media ± DE)						
Condiciones físicas del domicilio	3,56 ± 1,14	3,89 ± 1,04	2,81 ± 1,07	2,398	1,609-3,573	< 0,001
Disponibilidad de tiempo miembros de la familia	3,17 ± 1,32	3,44 ± 1,20	2,57 ± 1,42	1,668	1,220-2,280	0,001
Cuidado de sueros	2,44 ± 1,31	2,56 ± 1,32	2,14 ± 1,25	1,305	0,959-1,776	0,09
Cuidado de oxígeno	2,56 ± 1,26	2,84 ± 1,25	1,86 ± 1,00	2,018	1,403-2,903	< 0,001
Administración de medicinas subcutáneas	2,33 ± 1,38	2,48 ± 1,42	1,95 ± 1,10	1,367	1,005-1,859	0,046
Presencia de extraños en el domicilio	3,65 ± 1,16	3,73 ± 1,28	3,51 ± 0,76	1,157	0,834-1,606	0,382
Miedo a una mala evolución	3,29 ± 1,37	3,71 ± 1,29	2,33 ± 1,04	2,226	1,584-3,129	< 0,001
Compañía de la familia	4,13 ± 1,08	4,53 ± 0,79	3,24 ± 1,11	3,112	2,026-4,779	< 0,001
Libertad de horarios	4,10 ± 1,0	4,43 ± 0,74	3,38 ± 1,08	2,948	1,865-4,659	< 0,001
Confort del entorno	3,84 ± 1,17	4,21 ± 0,98	3,03 ± 1,16	2,439	1,670-3,563	< 0,001
Ausencia de otros enfermos en el entorno	3,96 ± 1,2	4,31 ± 0,95	3,19 ± 1,33	2,194	1,536-3,136	< 0,001

DE: desviación estándar; FC: frecuencia cardíaca; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; Tª: temperatura; FR: frecuencia respiratoria.

pacientes y cuidadores entre una y otra modalidad asistencial en el caso de necesidad de reingreso^{18,19}. En este sentido, todos ellos parecen apuntar que la hospitalización a domicilio es una modalidad asistencial muy bien valorada y que, si necesitaran un nuevo ingreso, los pacientes la preferirían una vez más sobre la hospitalización convencional. Sin embargo, no se ha profundizado en las razones de los pacientes para realizar esta elección. Puesto que la no aceptación por parte del paciente, con independencia de la enfermedad actual y la comorbilidad, constituye un criterio de exclusión para el ingreso domiciliario, conocer las razones y las percepciones que subyacen en esta preferencia es determinante para vencer posibles temores o resistencias a la hospitalización a domicilio.

En este sentido, los hallazgos de nuestro estudio indican que la aceptación de la hospitalización a domicilio no depende de factores relacionados con la enfermedad actual ni con el estado de salud-comorbilidad, sino de determinadas percepciones psico-sociales en relación con la propia hospitalización a domicilio. En un estudio americano¹⁸ que analiza las preferencias de pacientes ancianos para la hospitalización convencional o en domicilio mediante una encuesta, todos los pacientes se encontraban ya

hospitalizados en el momento de realizar la encuesta. En ese estudio, a diferencia del 71% actual, sólo un 46% prefirieron la hospitalización a domicilio. Un nivel socioeconómico superior, vivir con la esposa, ser profundamente religioso o tener algún tipo de dependencia se asoció positivamente a dicha preferencia. Además, determinadas percepciones, como el confort y la seguridad de que el tratamiento sería el mismo en casa que en el hospital, fueron mayores entre aquellos que aceptaron la hospitalización a domicilio. Probablemente, el hecho de que el paciente esté hospitalizado, y por lo tanto en una cama en una sala determinada, puede constituir, a nuestro juicio, un factor que dificulta la aceptación posterior de una hospitalización a domicilio. En esta línea, un estudio británico¹⁸ encontró, tras realizar una entrevista telefónica a dos grupos de pacientes después del alta, uno ingresado de forma convencional y el otro en régimen de hospitalización a domicilio, que las preferencias de los pacientes del primer grupo para la hospitalización a domicilio eran del 59,3%, mientras que ascendían a un 96,3% en el grupo previamente ingresado en su domicilio. Estos resultados apoyarían la hipótesis explorada en el presente trabajo, y justificarían que se ofreciera la hospitalización a domicilio en el propio servicio de urgencias,

Tabla 3
Características demográficas de los pacientes

	Total N=129	Aceptaría la hospitalización a domicilio N=12	No aceptaría la hospitalización a domicilio N=37	p
Edad, media (± DE)				
Sexo (N %)	75,4 ± (14,7)	73,6 ± (14,4)	79,1 ± (13,9)	0,055
Hombre	70 (54)	54 (59)	16 (43)	0,088
Mujer	59 (46)	38 (41)	21 (57)	
Estado civil (N %)				< 0,001
Soltero	11 (8)	4 (4)	7 (19)	
Casado	61 (48)	56 (61)	5 (13)	
Separado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Viudo	57 (44)	32 (35)	25 (68)	
Estudios acabados (N %)				0,521
Ninguno	50 (39)	38 (41)	12 (32)	
Primaria	50 (39)	32 (34)	18 (49)	
Secundaria	20 (15)	15 (17)	5 (14)	
Universidad	9 (7)	7 (8)	2 (5)	
Situación laboral (N %)				0,079
Estudiante	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Trabajador	22 (17)	19 (21)	3 (8)	
Parado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Jubilado	107 (83)	73 (79)	34 (92)	
Titularidad del domicilio (N %)				0,023
Domicilio propio	106 (83)	76 (82)	30 (81)	
Domicilio hijos/padres	12 (8)	12 (13)	0 (0)	
Residencia	3 (2)	1 (1)	2 (5)	
Otros	8 (7)	3 (4)	5 (14)	
¿Con quién vive? (N %)				0,003
Solo	26 (20)	15 (16)	14 (37)	
Hijos	23 (18)	14 (15)	9 (26)	
Adultos	80 (62)	63 (69)	14 (37)	

DE: desviación estándar.

Tabla 4
Variables asociadas de forma independiente a la aceptación o no de la hospitalización a domicilio por parte del paciente

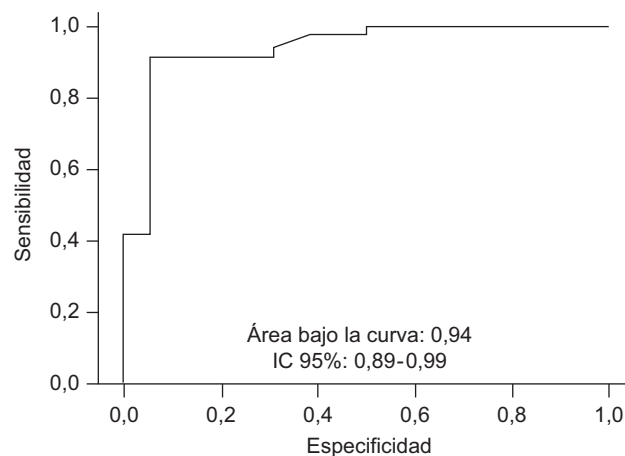
	β	OR	IC95%	p
Condiciones físicas del domicilio	1,461	4,309	1,177-15,780	0,027
Cuidado del oxígeno	1,789	5,986	2,046-17,517	0,001
Miedo a una mala evolución	1,803	6,066	1,940-18,961	0,002
Libertad de horarios	2,534	12,608	3,311-48,015	< 0,001

OR: Odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

siempre antes de que el paciente ya esté ubicado en una cama convencional de hospitalización.

Los servicios de urgencias hospitalarios se han afanado en las últimas décadas por crear diferentes sistemas (unidades de estancia corta, áreas de observación, «vía rápida», etc.) que permitan revertir la situación de colapso prácticamente habitual en que se encuentran. Son medidas que en la mayoría de los casos dependen de los propios servicios^{20,21}, lo que permite su mejor funcionamiento. La creación de unidades de hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias constituiría una alternativa más, y los resultados actuales la apoyan por su buena aceptación.

En este sentido, cabría pensar en la creación de hospitalización a domicilio del tipo de alta precoz, descarga o evitación de ingreso, ligada a los servicios de urgencias o nutrida por pacientes de estos servicios, en la cual la valoración y la correcta aproximación a las percepciones psicosociales desempeñaría, más allá incluso que laafección que aconseja el ingreso, un papel crucial. De hecho, la patología de los pacientes del presente estudio era variada, y aunque el concepto de hospitalización a domicilio nació para la

**Figura 1.** Curva ROC de los factores asociados a la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde urgencias.

atención de enfermedades crónicas, los pacientes de urgencias se adecuan de forma notable a la opción de hospitalización a domicilio más multidisciplinaria que se ha ido imponiendo en los últimos años, que incluye infecciones²², enfermedad tromboembólica venosa²³, patología nefrológica²⁴, insuficiencia cardíaca congestiva²⁵ y enfermedad pulmonar obstructiva crónica²⁶. En estas dos últimas enfermedades, la detección de que el cuidado de una hipotética oxigenoterapia puede ser vivida mal a la hora de aceptar la hospitalización a domicilio debe ser crucial para facilitar información al respecto y vencer posibles resistencias del paciente.

Sin embargo, aunque el modelo de hospitalización a domicilio tipo evitación de ingreso sería muy apropiado para los servicios de urgencias hospitalarios, otros modelos, como el de atención integrada^{27,28}, tienen muy buenos resultados y podrían ser beneficiosos no sólo para los servicios de urgencias de forma indirecta sino también para el hospital en general, al permitir la atención inicial del paciente directamente en el domicilio.

Entre las limitaciones del presente estudio se halla su validez externa. Evidentemente, la presión asistencial en los servicios de urgencias no es la misma en los hospitales de las grandes ciudades (como el nuestro) que en el ámbito comarcal. Ello hace que la necesidad de hospitalización a domicilio no sea equiparable y, por lo tanto, la percepción del paciente con respecto a ella pueda no coincidir. Otra limitación radica en el hecho de que al paciente se le ofrece el ingreso en hospitalización a domicilio de forma hipotética, por lo que desconocemos cuál habría sido el grado de aceptación de tratarse de una posibilidad real. Sin embargo, la forma en que se realizó la pregunta, así como la experiencia de los encuestadores en este tipo de planteamientos, nos llevan a pensar que las respuestas no habrían diferido significativamente. En cualquier caso, tratándose de la primera aproximación que se realiza desde el servicio de urgencias a esta modalidad asistencial, los resultados obtenidos nos parecen interesantes y destacables.

En resumen, ofrecer la hospitalización a domicilio en el servicio de urgencias a los pacientes que precisan ingreso hospitalario parece una opción plausible²⁹, bien aceptada por los enfermos y en la línea de lo defendido por otros autores^{30–32}. En dicha aceptación, más que la patología actual o la comorbilidad asociada, son las percepciones psicosociales del paciente las que desempeñan un papel principal. Estudios posteriores, realizados con la posibilidad real de ingreso en hospitalización a domicilio, deben confirmar estos hallazgos, así como valorar el impacto de la medida en los frecuentemente saturados servicios de urgencias.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del estudio corresponden a S. Jiménez, M. Sánchez y O. Miró. La adquisición de datos la realizaron S. Jiménez, S. Aguiló, A. Antolín, V. Gil y S. Prieto. El análisis y la interpretación de los datos la llevaron a cabo S. Jiménez, M. Sánchez y O. Miró. La redacción del artículo la realizó S. Jiménez. La revisión crítica, con importantes contribuciones intelectuales, corrió a cargo de M. Sánchez, O. Miró, E. Bragulat y B. Coll-Vinent. La aprobación de la versión final para su publicación la efectuaron M. Sánchez y O. Miró.

Financiación

El presente estudio se ha realizado en parte gracias a la ayuda FIS: 05/0199.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ruipérez I. Hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp*. 2000;200:299–300.
- Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system? *Health Policy*. 2001;55:71–9.

- González Ramallo VJ. Hospitalización a domicilio. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, editores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 395–401.
- Valdivieso B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de servicios. *FMC*. 2001;8:537–42.
- Grone O. Developing standards for health promotion in hospitals. Results of a pilot test in nine European countries. Report on a WHO Workshop, Barcelona, Spain. WHO EURO, Barcelona, EUR/03/5038045. 2003. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf>.
- Leichsenring K, Aleszewski AM. Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake. Viena: Ashgate; 2004.
- Carbonell MA, Girbés J, Caldach JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006;18:30–5.
- Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008;20:276–84.
- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:48–53.
- Gómez-Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, et al. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
- Wyllie CM, White BK. A measure of disability. *Arch Environ Health*. 1964;8:834–9.
- Knaus WA, Droper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13:818–29.
- Shepperd S, Illife S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Review* 2001 (3). Disponible en: www.cochrane.org.
- Dubois A, Santos-Eggimann B. Evaluation of patients' satisfaction with hospital-at-home care. *Eval Health Prof*. 2001;24:84–98.
- Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with "hospital at home": quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2002;52:9–13.
- Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, et al. Hospital in the home: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. 1999;170:156–60.
- Fried TR, van Doorn C, O'Leary JR, et al. Older persons' preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern Med*. 2000;160:1501–6.
- Ojoo JC, Moon T, McGlone S, et al. Patient's and carer's preferences in two models of care for acute exacerbations of COPD: results of a randomised controlled trial. *Thorax*. 2002;57:167–9.
- Juan A, Salazar A, Álvarez A, et al. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J*. 2006;23:833–7.
- Jiménez S, De la Red G, Miró O, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:132–7.
- Pérez López J, San José Laporte A, Alemán Mansó C, et al. Intravenous antibiotic treatment in a hospital based home care unit. Predictors of hospital readmission. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:290–2.
- Othieno R, Abu Affan M, Okpo E. Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 3:CD003076. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Ara J, Estrada O, Riera C, et al.; Grupo de Trabajo de Hospitalización a Domicilio en Nefrología. The usefulness of hospital at home in nephrology. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:329–31.
- Mendoza Ruiz de Zuazu H, Regalado de los Cobos J, Altuna Basurto E, et al. Treatment of congestive heart failure in the setting of hospital at home. Study of 158 patients. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:405–7.
- Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, et al. Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:493–500.
- Hernández C, Casas A, Escarrabill J, et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*. 2003;21:58–67.
- Casas A, Troosters T, García-Aymerich J, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006;28:123–30.
- Salazar A, Estrada C, Porta R, et al. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2009;16:121–3.
- González-Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009;21:87–94.
- Estella A, Pérez-Bello Fontañón L, Sánchez Angulo JI, et al. Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel. *Emergencias*. 2009;21:95–8.
- Salazar A. ¿Urgenciólogos rentables? *Emergencias*. 2009;21:83–4.