

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i1.55>

Hospitalización a Domicilio: ¿Un servicio exclusivamente hospitalario? Experiencia en un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU-112)

Hospitalization at home: an exclusively hospital service? Experience in an Urgencies Coordination Center and Emergencies (CCU-112)

M.C.Goñi Murillo¹, E.I. Robledo Martin², M.R. Elcuaz Viscarret², M.V. Senosiain Larrion²

1. Medico. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE) de Pamplona. Osasumbidea.

2. Medico. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Pamplona. Osasumbidea

Correspondencia/Correspondence

M^o Cristina Goñi Murillo

Dirección: C/Iturribidea n^o 3-B Orkoien. 31160.
Navarra

625130684

gonimur@navarra.es

Recibido/Received

14.09.2018

Aceptado/Accepted

19.10.2018

Conflicto de Intereses/Competing interest

Declaramos que el trabajo no ha sido publicado previamente, ni se encuentra en proceso de revisión de otra revista. Fue parcialmente presentado en el III Simposio de Coordinación y emergencias sanitarias , en marzo de 2018-Barcelona.

Los autores no tenemos ningún tipo de confluencia de interés y no hemos recibido becas ni apoyo económico para la investigación de dicho artículo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Goñi Murillo MC, Robledo Martin EI, Elcuaz Viscarre MR, Senosiain Larrion MV. Hospitalización a Domicilio: ¿Un servicio exclusivamente hospitalario? Experiencia en un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU-112). Hosp Domic. 2019;3(1):25-36.

RESUMEN

Fundamento: En Navarra la hospitalización a domicilio (HaD) depende de Medicina Interna. En los últimos años ha triplicado sus camas. **Objetivo:** conocer la repercusión de HaD en el CCU-112 y en movilización de recursos de la Red de Urgencias Extrahospitalarias.

Material y metodos: Estudio descriptivo de incidentes en el CCU-112 por pacientes de HaD, del 01/01/2016 al 31/12/2017. Mediante SPSS.21, se analizaron sexo, edad, día, hora, localidad, motivo de llamada, alertante y recursos movilizados. Valoramos la asociación de variables mediante el contraste de hipótesis usando χ^2 de Pearson (nivel de significación 5%).

RESULTADOS: 369 incidentes atendidos y 340 recursos movilizados (el equipo sanitario en 43,9%).

Motivos: 57,25% clínicos y 19,5% procedimientos terapéuticos.

En el 67,5% el alertante era el paciente o cuidador.

Por la mañana, alertaba HaD (52,8%) y el recurso más movilizado fue SAMU-SVB (47,2%). Por la noche, llamaban del domicilio (89,5%), enviando el 60,8% equipo de urgencias.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre alertante y recursos movilizados ($\chi^2=86,55$, $p<0,001$) y entre motivo de llamadas y recursos ($\chi^2=177$, $p<0,001$).

En 2017 existe incremento de asuntos (56,25%) y recursos movilizados (51,51%) respecto a 2016.

Conclusiones: La expansión de HaD en Navarra supone un incremento de asuntos en el CCU-112-Navarra y de recursos movilizados.

La HaD requiere de la participación de las de urgencias extrahospitalarias para garantizar una atención continuada y de calidad.

Palabras clave: Hospitalización domiciliaria; hospitalización a domicilio; atención primaria.

ABSTRACT

BASIC: Hospitalization at home (HaD) in Navarra depends on Internal Medicine. During the last years have tripled his beds.

Objective: to know the impact of HaD in the CCU-112 and in the mobilization of resources from the Out-of-hospital Emergency Network.

Material and methods: Descriptive study of incidents in the CCU-112 by HaD patients, from 01/01/2016 to 31/12/2017.

Through SPSS.21, sex, age, day, time, location, reason for calling, alert and mobilized resources were analyzed.

We value the association of variables by contrasting hypotheses using Pearson's χ^2 (significance level 5%).

Results: 369 incidents attended and 340 mobilized resources (the health team in 43.9%).

Reasons: 57.25% clinical and 19.5% therapeutic procedures.

In 67.5% the alertant was the patient or caregiver.

In the morning, HaD alerted (52.8%) and the most mobilized resource was SAMU-SVB (47.2%). At night, they called from home (89.5%), sending 60.8% emergency team.

There are statistically significant differences between alertant and mobilized resources ($\chi^2 = 86.55$, $p < 0.001$) and between the reason for calling and resources ($\chi^2 = 177$, $p < 0.001$).

Comparing between 2017 and 2016, there is an increase in matters (56.25%) and mobilized resources (51.51%).

Conclusions: The expansion of HaD in Navarra means an increase in matters in the CCU-112-Navarra and mobilized resources.

The HaD requires the participation of out-of-hospital emergencies to guarantee continuous and quality care.

Keywords: Home hospitalization; hospitalization at home and primary care.

INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas han conllevado el desarrollo de modelos asistenciales alternativos a los hospitales buscando aunar el confort y bienestar del paciente y su familia con la provisión de cuidados hospitalarios de calidad, intentando al mismo tiempo disminuir los costes y riesgos que un ingreso hospitalario conlleva (1,2).

El Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea (SNS-O) ha completado durante el año 2017 la expansión de la Hospitalización a Domicilio (HaD) a todas las localidades de la Comunidad, en cumplimiento del criterio de equidad en el acceso a dicho servicio para todos sus habitantes.

La HaD se puso en marcha en Navarra en 2006 en el Área de Tudela (3), en 2008 se extendió al Área de Salud de Pamplona y en 2009 al Área de Estella. Desde entonces, se han realizado varias ampliaciones de estos servicios, las más importantes durante los últimos años, coincidiendo con la implementación del programa de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico del SNS-O. Este crecimiento entre octubre de 2015 y diciembre de 2017 ha supuesto un aumento de 20 a 96 camas de hospitalización a domicilio en Pamplona, de 20 a 30 en Tudela y de 10 a 14 en Estella. Se ha duplicado el número de ingresos de pacientes atendidos con esta modalidad y ha supuesto el 6,3% del total de ingresos hospitalarios en 2016 (4) y el 7,14% en 2017.

En Navarra, las tres unidades de hospitalización a domicilio del SNS-O dependen orgánica y funcionalmente del Servicio de Medicina Interna de sus hospitales de referencia: Hospital Reina Sofía en el Área de Tudela, Hospital García Orcoyen en el Área de Estella y Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) en el Área de Pamplona. Cada unidad de HaD tiene su propia organización interna en cuanto a horarios de atención presencial o telefónica de los distintos profesionales (ver tabla 1).

A pesar de considerarse un servicio dependiente del hospital, la HaD necesita del apoyo de otros servicios para asegurar una asistencia de calidad las 24 horas del día. Con relativa frecuencia surgen pequeños problemas en el domicilio, dudas sobre medicación, aparataje o procedimientos, descompensaciones agudas y fallecimientos. En caso de producirse fuera del horario de atención de HaD, son el CCU-112 y los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios urbanos y rurales (dependientes de Atención Primaria) quienes deben de intervenir.

Tabla 1: Horario de cobertura médica y de enfermería en las distintas unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD)

Unidad HaD	Medicina	Enfermería
Complejo Hospitalario de Navarra	De 8 a 15 horas	De 8 a 15 horas Atención telefónica: de 15 a 22 horas
Hospital García Orcoyen	De 8 a 20 horas	De 8 a 20 horas Atención telefónica: de 20 a 8 horas
Hospital Reina Sofía	De 8 a 21 horas	De 8 a 21 horas Atención telefónica: de 21 a 8 horas

Además, si el paciente necesita traslado inmediato al hospital (porque se desestabiliza o precisa de pruebas que no pueden realizarse en domicilio), el traslado se realiza con las ambulancias de la red de transporte sanitario urgente que son solicitadas a través del CCU-112 de Navarra.

La expansión de las unidades de HaD en los últimos años ha repercutido en el número de asuntos atendidos en el Centro de Coordinación de Urgencias (CCU)-112 y los recursos extrahospitalarios urgentes movilizados para atender a los pacientes ingresados en esta modalidad de atención.

A pesar de que en el proyecto HaD 2020 propuesto por la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) (5) se contempla la colaboración de Atención Primaria en apoyo a la HaD, en la revisión bibliográfica realizada hemos comprobado que las experiencias de HaD publicadas en nuestro país proveen sus servicios exclusivamente desde el nivel hospitalario (6-11), a excepción del programa pionero implantado por Ruiz-Campuzano *et al.* (12) en un hospital secundario y sin unidad de HaD. No hemos encontrado trabajos que recojan actividad de los centros de coordinación de urgencias, ni de la participación de recursos de Urgencias Extrahospitalarias en la atención a estos enfermos. La única referencia de Atención Primaria (AP) en colaboración con unidades de HaD, aparece en el trabajo de San José *et al.* (13), concluyendo que la comunicación de los ingresos a los equipos de AP responsables, las visitas conjuntas y protocolos de preparación del alta, facilita la atención especializada domiciliaria.

Objetivo: Conocer y describir el número de asuntos atendidos por el CCU-112 a partir de llamadas de pacientes, cuidadores o profesionales de HaD. Analizar también el motivo de las llamadas y la utilización de los recursos de la Red de Urgencias Extrahospitalarias en la atención a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de los incidentes atendidos en el CCU-112 de Navarra relacionados con pacientes en HaD, desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017.

El estudio se realizó a partir de los datos extraídos del registro existente en el Sistema Gestor de Emergencias, utilizado en SOS Navarra. Para ello, se realizó una búsqueda con los términos "hospitalización domiciliaria" y "hospitalización a domicilio" en los informes consolidados del sistema. Se seleccionaron todos los incidentes en los que constaba que el paciente estaba ingresado en hospitalización domiciliaria en el momento de la llamada. La extracción de los datos se realizó de forma manual.

Se analizaron las variables: número total de llamadas, edad y sexo de los pacientes, hora, día y mes en que se atendieron, localidad de residencia, motivo de llamada, persona alertante y recursos movilizados.

Las horas de llamada se agruparon en tres turnos: mañana (de 8 a 15 h), tarde (de 15 a 22 h) y noche (de 22 a 8 h), acorde con el horario y disponibilidad de HaD.

Las localidades se agruparon según sus Áreas Sanitarias de referencia (Área de Pamplona, Estella y Tudela). En el Área de Pamplona se separó la zona urbana de la rural, porque, debido a la dispersión, la organización funcional de la HaD es diferente.

Los motivos de llamada se clasificaron en 4 apartados: fallecimientos, procedimientos terapéuticos (problemas con sondas, bombas y vías), problemas médicos (empeoramiento del proceso, dolor, disnea, agitación, fiebre etc) y otros (dudas, mediación con HaD, consultas telefónicas).

Se consideró alertante (persona que llama al CCU-112) tanto al equipo sanitario de HaD, como a quien llamara desde el domicilio del paciente (familiar, cuidador o el propio paciente).

Como recursos de Urgencias Extrahospitalarias se incluyeron: Ambulancia Soporte Vital Básico (SVB), Ambulancia Soporte Vital Avanzado (SVA), equipo sanitario de guardia de Servicio de Urgencias. En caso de no movilizar ningún recurso se clasificó como "consulta".

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS en su versión 21. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables del estudio mediante frecuencia y porcentajes sobre la muestra total. Para valorar la asociación entre las distintas variables se utilizó en contraste de hipótesis con la prueba chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, se recibieron en el CCU-112 de Navarra un total de 369 llamadas telefónicas (144 llamadas en 2016 y 225 en 2017), referidas a los 6511 pacientes ingresados en las unidades de HaD en estos dos años, lo que representa un 5,7% del total de los pacientes ingresados en este periodo.

Los pacientes que generaron la llamada tenían una media de edad de 77,7 años, con desviación típica 16,2 y mediana 81. El 54,1% de ellos eran varones.

En la tabla 2 se describen las variables categóricas con números absolutos y porcentajes del estudio.

Los meses con mayor número de llamadas fueron diciembre, enero y marzo.

El número total de recursos movilizados fue de 340. El recurso más frecuentemente movilizado fue el equipo sanitario de urgencias (45%), seguido de las SAMU SVB (29,4%). En 38 asuntos no se movilizó ningún recurso (10% de incidentes). En 9 casos se activaron dos recursos, siendo lo más frecuente equipo sanitario de urgencias extrahospitalarias y SAMU SVB (de ahí la discordancia entre el número de llamadas y recursos movilizados).

Analizando la relación entre el momento del día de la llamada y los motivos para llamar, se apreció que los motivos médicos eran los más frecuentes en todos los turnos, llegando a ser el 64,2% durante la mañana. Los problemas con las vías o bombas supusieron el 25,5% de las llamadas nocturnas, ver tabla 3.

En cuanto a la relación entre momento del día y alertante, durante la mañana el alertante era el personal de HaD en un 52,8% de los casos y el recurso más utilizado fue SAMU SVB (47,2%). Sin embargo, durante la noche en el 89,5% de los casos la llamada se realizó desde el domicilio y el recurso movilizado más frecuentemente fue el equipo sanitario de guardia (60,8%).

El 74,5% de los incidentes nocturnos pertenecían a la zona urbana del Área de Pamplona.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los recursos movilizados según el alertante (chi-cuadrado de Pearson con $p < 0,001$). Si era HaD quien alertaba, se movilizaba SAMU SVB en un 56,0%. Si la llamada procedía del paciente o familia desde el domicilio, se movilizaba al equipo sanitario de guardia en el 50,2% de los casos.

También se vieron diferencias significativas al relacionar motivo de llamada y recursos movilizados (chi-cuadrado de Pearson = 177,5 con $p < 0,001$). Cuando llamaban por fallecimiento se movilizaba equipo sanitario de guardia en 92,0% de los casos. Si era por problemas de vías/bombas, también se alertaba a equipo de guardia en el 66,7% de los casos. Si la llamada era por problemas médicos, en el 41,7% se movilizaba SAMU SVB.

Comparando los datos de los años 2016 y 2017 se aprecia un incremento del 56,3% en 2017 con respecto al año anterior en los asuntos atendidos en el CCU-112 y del 51,5% en los recursos movilizados.

Tabla 2: Descripción de variables estudiadas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	198	54.9%
	Mujer	168	45.1%
Tipo de día	Laborable	238	64.5%
	Fin de semana	131	35.5%
Turno de trabajo	Mañana	123	33.3%
	Tarde	93	25.2%
	Noche	153	41.5%
Área de actuación	Pamplona-zona urbana	215	58.3%
	Pamplona-zona rural	67	18.1%
	Estella	22	6%
	Tudela	65	17.6%
Motivos de llamada	Éxitus	37	10%
	Problemas terapéuticos	72	19.5%
	Problemas médicos	211	57.2%
	Consultas, dudas	49	13.3%
Recurso utilizado	Ninguno	38	10%
	SVB	111	29.4%
	SVA	22	5.8%
	Equipo sanitario	170	45%
	HaD	37	9.8%
SVB: ambulancia de soporte vital básico SVA: ambulancia de soporte vital avanzado HaD: personal de hospitalización a domicilio			

Tabla 3: Análisis bivariante entre las variables categóricas y el turno sanitario de trabajo

N= 369 asuntos		TURNOS DE TRABAJO			TOTAL	P VALOR
		Mañana 8 a 15 h	Tarde 15-22 h	Noche 22 a 8h		
Alertante	HaD	65 (52.8%)	35 (37.6%)	16 (10.5%)	116 (31.4%)	P<0.001
	DOM	55 (44.7%)	57 (61.3%)	137 (89.5%)	249 (67.5%)	
	Otros	3 (2.4%)	1 (1.1%)	0	4 (1.1%)	
Motivos	Éxitus	5 (4.1%)	11 (11.8%)	21 (13.7%)	37 (10%)	P<0.001
	Terapéuticos	14 (11.4%)	19 (20.4%)	39 (25.5%)	72 (19.5%)	
	Clínicos	79 (64.2%)	50 (53.8%)	82 (53.6%)	211 (57.2%)	
	Consultas	25 (20.3%)	13 (14%)	11 (7,2%)	49 (13.6%)	
Recursos	Consulta	9 (7.3%)	9 (9.7%)	19 (12.4%)	37 (10%)	P<0.001
	SVB	58 (47.2%)	25 (26.9%)	21 (13.7%)	104 (28.2%)	
	SVA	11(8.9%)	4 (4.3%)	6 (3.9%)	21 (5.7%)	
	E. Sanitario	27 (22%)	42 (45.2%)	93 (60,8%)	162 (43,9%)	
	SVB + equipo	2 (1.6%)	1 (1.1%)	4 (2.6%)	7 (1.9%)	
	SVA + equipo	0	0	1 (0.7%)	1 (1.03%)	
	HaD	15 (12.2%)	12 (12.9%)	9 (5.9%)	36 (9.8%)	

N= 369 asuntos		TURNOS DE TRABAJO			TOTAL	P VALOR
		Mañana 8 a 15 h	Tarde 15-22 h	Noche 22 a 8h		
Zona	Pamplona Urbana	61 (49.6%)	40 (43%)	114 (75.4%)	215 (58.3%)	P<0.001
	Pamplona Rural	31 (25.2%)	19 (20.4%)	17 (11.1%)	67 (18.2%)	
	Estella	6 (4.9%)	11 (11.8%)	5 (3.3%)	22 (6%)	
	Tudela	25 (20.3%)	23 (24.7%)	17 (11.1%)	65 (17.6%)	
SVB: ambulancia de soporte vital básico SVA: ambulancia de soporte vital avanzado HaD: personal de hospitalización a domicilio						

DISCUSIÓN

La HaD se ha definido como una alternativa asistencial capaz de proporcionar cuidados y procedimientos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios en el domicilio del paciente. Esta asistencia se realiza por profesionales especializados, en un tiempo limitado y a unos pacientes seleccionados, que de otra forma hubieran estado ingresados en un hospital (13).

Ha quedado ampliamente demostrado que la Ha D es un modelo asistencial seguro, eficaz, que permite mantener la máxima funcionalidad y calidad de vida del paciente (3, 14, 15) y con resultados coste-efectividad mejores que el modelo de hospitalización convencional (16-20).

En este estudio la media de edad de los pacientes que llaman desde HaD es elevada. Durante 2016-17 se registró una única llamada pediátrica y pocas de pacientes jóvenes. A pesar de que en algunos países hay modelos de HaD para niños orientados a mejorar la calidad de vida y dar una atención integral en oncología pediátrica (21), en nuestro país solo existen 5 unidades de HaD pediátricas (22). En Navarra sigue siendo un servicio que atiende fundamentalmente a personas mayores como alternativa al ingreso hospitalario prolongado.

En este trabajo se ha podido constatar que, si bien la HaD ofrece una asistencia especializada de calidad en domicilio, cuando su horario de atención no abarca las 24 horas del día, este servicio precisa de la colaboración de los Servicios de Urgencias extrahospitalarias (dependientes de Atención Primaria) para la atención integral y continuada de los pacientes.

Este estudio ha permitido también reflejar el incremento de las llamadas al CCU-112 Navarra y de los recursos movilizados para atender a pacientes ingresados en sus domicilios en los últimos

dos años. Considerando el número total de pacientes ingresados en estas unidades de hospitalización, el porcentaje de llamadas al CCU-112 puede considerarse pequeño. Esto nos lleva a pensar que la organización interna de la HaD en Navarra es suficiente para atender la mayor parte de los procesos de sus pacientes.

Un pequeño porcentaje de las llamadas, se resuelven con la intervención del médico coordinador (resolución de dudas, ajustes e indicación de medicaciones, etc.) sin movilizar ningún recurso. Desconocemos el número de consultas telefónicas que reciben habitualmente los profesionales de HaD, por lo que no podemos establecer una comparación.

El recurso más utilizado desde el CCU-112 para atender a los pacientes en HaD es el equipo sanitario de urgencias extrahospitalarias. A las cifras aportadas en el estudio habría que añadir las movilizaciones del equipo de guardia de los centros de salud de Tafalla, Estella y Tudela. Se da la circunstancia de que estos centros de salud reciben llamadas externas directamente y movilizan sus equipos de urgencias sin la intervención del CCU-112. Estas intervenciones no quedan registradas en el centro gestor de emergencias.

Llama la atención que cuando el alertante es el personal de HaD, se movilice al equipo de guardia en un tercio de los casos. Esto puede explicarse por dos motivos: por un lado, una distribución más adecuada y eficiente de los recursos existentes ha determinado que la Unidad de HaD del Complejo Hospitalario de Navarra (área de Pamplona y zona norte) no esté operativa en horario nocturno, ni su personal se desplace a las zonas rurales por la tarde; y por otro, el equipo de HaD no tiene capacidad de respuesta inmediata ante la urgencia vital.

Si bien sólo una quinta parte de las llamadas se debe a problemas de procedimientos terapéuticos (bombas de perfusión, vías, ...) su manejo puede ser problemático ya que el personal de Atención Primaria no está familiarizado con el aparataje y medicación utilizados en los servicios hospitalarios. Sería recomendable implementar modelos de HaD consensuados con los servicios de urgencias extrahospitalarias y capacitar a estos profesionales en técnicas y aparatajes utilizados en la asistencia especializada.

A pesar de las instrucciones orales y escritas proporcionadas por las unidades de HaD en Navarra, que ayudan a los pacientes y/o familiares a saber cómo actuar ante situaciones que pueden ocurrir fuera del horario de atención, la incertidumbre del cuidador o el miedo al manejo de las bombas precisan en ocasiones de la intervención del equipo de urgencias extrahospitalarias.

El número de ambulancias movilizadas coincide con las registradas, puesto que todas ellas se solicitan a través del CCU-112. En Navarra, está establecido que los desplazamientos de estos pacientes desde su domicilio al hospital por empeoramiento o necesidad de pruebas diagnósticas inmediatas, se realicen siempre en ambulancia, puesto que son considerados traslados interhospitalarios, utilizando para ello los vehículos de la red de transporte sanitario urgente (no siendo así en caso de traslados programados para pruebas solicitadas con antelación). Es el personal de HaD quien solicita el traslado sanitario urgente, la gran mayoría de las veces en horario de mañana. Esto, en ocasiones, supone un problema pues las mañanas son el momento del día en el que, frecuentemente, hay más necesidad de SAMU SVB que recursos disponibles.

En cuanto al horario de atención de las unidades de HaD, llama la atención que en Estella y Tudela un paciente pueda mantener comunicación directa con la unidad las 24 horas del día, mientras que en el área de Pamplona, siendo la de mayor número de pacientes y mayor dispersión, no se pueda contactar con la unidad en horario nocturno.

La expansión de las unidades de HaD ha supuesto un crecimiento en el número de pacientes atendidos y de las zonas geográficas incluidas en la atención, así como un incremento paralelo de su personal. Sin embargo, los recursos de urgencias extrahospitalarias siguen siendo los mismos. Considerando los resultados del estudio, parece que éstos son suficientes para la demanda actual. No obstante, y teniendo en cuenta un previsible incremento de la actividad de la HaD, sería

conveniente seguir monitorizando su repercusión en el CCU-112 para adecuar los recursos de las urgencias extrahospitalarias.

Como punto débil de este trabajo señalar que tanto la búsqueda de datos en el Sistema Gestor de Emergencias utilizado en SOS Navarra como la extracción de los mismos se realizaron manualmente. Esto ha podido conllevar la pérdida de alguna llamada codificada con algún término diferente a los empleados para la búsqueda. De ser así, consideramos que estas pérdidas serían pocas debido a la homogeneidad de los términos utilizados por los trabajadores de SOS Navarra, y por tanto, no modificarían sustancialmente los resultados.

CONCLUSIONES

- La expansión de las unidades de HaD suponen un incremento de asuntos atendidos en el centro de CCU-112 Navarra y de recursos de Urgencias Extrahospitalarios movilizados.
- La organización interna de los servicios de HaD en Navarra parece suficiente para dar una buena atención a sus pacientes. A día de hoy, no es una actividad exclusiva de la asistencia especializada ya que requiere de la participación de las Urgencias extrahospitalarias (dependientes de Atención Primaria), para garantizar una atención continuada y de calidad.
- Sería conveniente incrementar los recursos de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios proporcional y paralelamente a los de HaD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Massa Dominguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
2. Redacción. La hospitalización a domicilio gana peso en la reorientación del SNS hacia el paciente crónico. *El Médico Interactivo.* 28 abril 2017; noticia [consultado 14 septiembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2pcTXLs>
3. Bonilla MV, Escolar F, Esguillor MJ, Caballero R, Valle J, Echeverría A, et al. Impacto de la Hospitalización a Domicilio en la asistencia integral de los pacientes que requieren ingreso hospitalario. *Internistas [revista en Internet].* 2014 (1):[aproximadamente 22 pantallas]. Disponible en: <https://bit.ly/2NN8NWY>
4. Servicio Navarro de Salud. Memoria de actividad del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea año 2016 [monografía en Internet]. Pamplona, España: Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra; 2017 [consultado 14 septiembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2pbkmJz>
5. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
6. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio en el anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(S1):39-50. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.012; PMID: 19501428
7. Diaz Lobato S, González Lorenzo F, Gómez Mendieta MA, Mayoralas Alises S, Martín Arechabala I, Villasante Fernández-Montes C. Evaluación de un programa de hospitalización a

- domicilio en pacientes con EPOC agudizada. Arch Bronconeumol. 2005;41(1):5-10. DOI: 10.1157/13070278; PMID: 15676129
8. Gallardo MS, Anton A, Pulido Herrero E, Larruscain MI, Guinea Suarez R, García Gutierrez S, et al; grupo ITURG País Vasco. Efectividad de las unidades de hospitalización a domicilio para el tío de las infecciones del tracto urinario atendidas en urgencias. Emergencias. 2016;29(5):313-9.
 9. Arnedillo Muñoz A. Consenso sobre la atención integral de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ATINA-EPOC): Parte V. Semergen. 2013;39(1):41-47. DOI: 10/1016/j.semergen.2012.04.005
 10. Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Aten Primaria. 2002;30(5):304-9. DOI: 10.1016/S0212-6567(02)79032-X; PMID: 12372212
 11. Mirón M, Estrada O, Gonzalez Ramallo VJ, Mujal A, Forné C, Uria E, et al. Coste del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en España por tipo de infección. XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Barcelona, 26-28 de mayo de 2016.
 12. Ruiz-Campuzano M, García Vázquez E, Hernández Roca JJ, Gómez Gómez J, Canteras Jordana M, Mené Fenor E, et al. Diseño y puesta en marcha de un protocolo de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso en atención primaria: experiencia en un hospital de segundo nivel. Rev Esp Quimioter 2017;30(1):19-27.
 13. San Jose Laporte A, Perez Lopez J, Alemán Llanso C, Rodriguez Gonzalez E, Chicharro Serrano L, Jiménez Moreno FX, et al. Atención especializada domiciliaria de patologías medicas desde un hospital universitario terciario urbano: Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la Atención Primaria de salud del territorio. Rev Clin Esp. 2008;208(4):182-6. DOI: 10.1157/13117039
 14. Gonzalez Ramallo VJ, Valdivieso Martinez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc). 2002;118(17):659-64. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72488-3
 15. Jiménez S, Antolín A, Aguiló S, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una opción posible y eficiente. Med Clin(Barc). 2010;134(2):87-92. DOI: 10.1016/j.medcli.2008.12.031.
 16. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital level care at home for acutely ill older patients. Ann Intern Med. 2005;143(11):798-808. DOI: 10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008; PMID: 16330791
 17. González Ramallo V. Estudios de costes de la actividad realizada en las unidades de hospitalización a domicilio de España. XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Málaga, 21-23 de noviembre de 2013.
 18. Cristobal C. La hospitalización a domicilio reduce los costes un 40 por ciento. Redacción Médica. 23 de noviembre de 2003 [consultado 22 septiembre 2018]. Sección de Noticias. Disponible en: <https://bit.ly/2DnLVte>
 19. Osakidetza. Memoria de gestión Hospitalaria de Cruces 2012. Vitoria-Gasteiz, Alava: Comunidad Autónoma del País Vasco; 2013.
 20. Hermida Porto ML, Dopico Santamaría LM, Lamelo Alfonsín F, Aldámiz-Echevarría Iraurgi B, Silva César MA, Vidán Martínez L. Hospitalización a domicilio en hospitales públicos gallegos. Galicia Clin. 2015;76(1):7-12.

21. Fernandez Navarro JM, Barahona Clemente A, Cañete Nieto A, Ortí Martínez P, Pozuelo Muñoz B, Castel Sánchez V. Hospitalización domiciliaria para niños con cáncer: un paso más hacia la atención integral en oncología pediátrica. *An Esp Pediatr.* 1998;48:1-3.
22. Sanchez Etxaniz J, Iturralda Orive I. Hospitalización a domicilio pediátrica: Tendiendo puentes entre el hospital y la Atención Primaria. *Form Act Pediatra Aten Prim.* 2017;10(3):106-8.