

Hospitalización a domicilio: alternativa humana y con futuro

Hospital at home units: humane alternative with future projection

ML Hermida Porto, L Vidán Martínez

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña

La salud, la enfermedad y la muerte serán siempre situaciones muy particulares de los seres humanos, que exigen de los profesionales que los atienden un gran compromiso, no sólo técnico sino también ético. Conviene no olvidar que en el núcleo del acto médico ha estado siempre como horizonte la búsqueda de la excelencia profesional. Esto exige de nosotros tanto una excelencia técnica (ser un buen médico) como una excelencia moral (ser un médico bueno). Un médico no debe aspirar a menos. Porque el éxito de la Medicina fue siempre éste: tratar a los enfermos como personas, no como enfermedades. En términos de bioética podríamos resumir la actuación en tres principios y valores fundamentales: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del enfermo y la justicia social.

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio surgen con idea de mejorar la atención de los enfermos, sabiendo que, siempre que se puede, donde mejor se encuentra el paciente es en su domicilio, rodeado de su familia, en su entorno conocido. Pretende ser un puente entre Atención Primaria y Especializada evitando el ingreso en el hospital pero dispensando la misma atención en su residencia que la que recibiría en él. (Primacía del bienestar del paciente)

El hecho de ser tratado en el domicilio obliga a implicar e implicarnos con el paciente y la familia en los cuidados, buscando en todo momento la autonomía del paciente en la toma de decisiones, autocuidado y responsabilidad sobre su salud. Esto obliga a dedicar mucho tiempo al contacto del equipo con ellos. Necesita que le escuchemos, que le miremos a los ojos, que le hablemos. Si nosotros no lo hacemos nos terminarán viendo como un técnico más del conglomerado asistencial y acabarán claudicando y solicitando el ingreso en otra modalidad distinta.

“El hecho de ser tratado en el domicilio obliga a implicar e implicarnos con el paciente y la familia en los cuidados buscando en todo momento la autonomía del paciente en la toma de decisiones, autocuidado y responsabilidad sobre su salud”

En nuestra comunidad autónoma tenemos, junto con el País Vasco y el País Valenciano, la red de HADO más extensa, pero sigue sin tener una cobertura del 100% de la población, por lo que el principio de equidad, justicia social, no se cumple.

En la España actual el segmento poblacional más numeroso es el comprendido entre los 35 y los 39 años. En las próximas décadas, la edad irá aumentando y, en el 2064, el colectivo mayoritario será el situado entre los 85 y los 89 años. La esperanza de vida al nacer superará en los hombres los 91 años y en las mujeres los 95 años. En los próximos tres lustros la cifra de nacimientos descenderá un 27%, y los hogares con una sola persona se incrementarán un 27,5%, y el 61% de ellos acogerán a una o dos personas.

“En nuestra comunidad autónoma tenemos, junto con el País Vasco y el País Valenciano, la red de HADO más extensa, pero sigue sin tener una cobertura del 100% de la población...”

La cartera de servicio de Hospitalización a Domicilio es amplia e incluye desde pacientes agudos con patología infecciosa, descompensaciones de patologías crónicas, portquirúrgicos... hasta el paciente terminal. Esto hace que sobre el papel seamos una muy buena alternativa para el futuro que se avecina, pero al tiempo hemos de preocuparnos por lo referido en el párrafo anterior: personas pulripatológicas viviendo solas o dos ancianos juntos, ausencia de familiares que puedan ayudar en los cuidados (cuidador principal) porque su actividad laboral lo impide dificultando grandemente la atención en el domicilio, aunque sigamos sabiendo que es ahí donde quiere estar el paciente y donde el riesgo de comorbilidad disminuye con respecto al ingreso en otra modalidad.

En conclusión, las distintas posibilidades de ingreso hospitalario son necesarias, complementarias y tendrán que ajustarse según los principios éticos citados y la situación social del paciente y su entorno social.

Bibliografía

1. I.N.E. Proyecciones de la población española 2014-2064. Oct.2014