



## Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio

Aurora Madrid Rodríguez<sup>1</sup>, María José Peláez Cantero<sup>1</sup>, Jesús Sánchez Etxaniz<sup>2</sup>

1: Hospitalización a domicilio pediátrica (HADO). Hospital Materno Infantil. HRU Carlos Haya.

2: Hospitalización a domicilio pediátrica. HU Cruces-Barakaldo.

### CONTENIDO

- Qué es
- Cuáles son sus objetivos
- Qué beneficios tiene
- Cómo funciona
- Cuáles son sus programas, y sus criterios de inclusión.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Concepto

La Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado promulga el derecho a que el niño no se hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir cuidados en su casa ó en un ambulatorio.

La Hospitalización a Domicilio Pediátrica (HaD-P) es una alternativa asistencial capaz de dispensar al paciente cuidados médicos de rango hospitalario en su domicilio, cuando ya no precisa de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Se trata de utilizar el Domicilio como arma terapéutica.

Las unidades de hospitalización a domicilio nacen con el fin de proporcionar una atención integral al enfermo de determinadas patologías crónicas. Están ampliamente desarrolladas en adultos y en pediatría cada vez más hospitales están creando unidades de HaD-P, que permiten a los niños enfermos permanecer en el domicilio, rodeados de sus familiares y en su entorno, sin por ello dejar de recibir la atención especializada que precisan por su patología.

### 1.2. Antecedentes históricos

La Hospitalización a Domicilio (HaD) nació en Nueva York en 1947, en el Hospital Guido Montefiore por el Dr. Bluestone con la finalidad de descongestionar el hospital y encontrar un entorno más favorable para el enfermo.

En Europa, la HaD se inicia en 1951 en París en el Hospital Tenon. Posteriormente, en 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 a pacientes crónicos y



terminales. A partir de finales de los años sesenta se ha ido implantando en diversos países con diferentes nombres. El desarrollo de la HaD en Europa ha sido muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa ‘Del hospital a la atención de salud en el hogar’ (*From Hospital to Home Health Care*), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

En España, se inicia en 1981 en el H. Provincial de Madrid. En 1983 se puso en marcha un plan piloto de HaD en el H. de Cruces de Vizcaya, adquiriendo en 1986 el reconocimiento de Servicio de Hospitalización a Domicilio. En el año 1989 la HaD es reconocida y regulada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente existen unas 20 unidades repartidas por la geografía española.

En Pediatría, es en los años 80 cuando en EEUU surge la HaD para niños con necesidades especiales. En el año 1997 la Academia Americana de Pediatría crea la “*Section of Home Care*”. En España, es también en la década de los 80 cuando surgen las primeras iniciativas domiciliarias pediátricas para determinadas patologías, como es el tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en pacientes con fibrosis quística. En el año 1999 comienza a funcionar la primera unidad pediátrica nacional, en el H. Carlos Haya, de Málaga. En el año 2008 se creó otra Unidad en el HGU. Alicante, y el año pasado en el HU. de Cruces. Además, en esta última década, se han creado en nuestro país (H Niño Jesús, H. San Joan de Deu, H. Vall d’Hebrón, H La Fé, H. Son Espases, H Virgen del Rocío...) otras unidades que ofrecen asistencia domiciliaria en campos muy específicos, como Cuidados Paliativos, Neonatología, Oncología, Ventiloterapia...

### **1.3. Modalidades de asistencia en domicilio**

Los servicios de atención o cuidados a domicilio básicamente se diferencian en dos grandes grupos: Hospitalización a Domicilio (HaD) y atención domiciliaria desarrollada por el equipo de atención primaria (APD).

- Los pacientes indicados para ingreso en las unidades de HaD son aquéllos que, aun cuando no necesitan toda la infraestructura hospitalaria para su tratamiento, requieren cuidados que superan en complejidad a los prestados por la atención primaria de salud. Está pues dirigida a un problema puntual y con intervención temporal. Por ello no es:
  - un servicio de seguimiento de enfermos crónicos, salvo reagudizaciones que precisen intervenciones puntuales
  - una consulta ambulatoria
  - única y exclusivamente una atención al enfermo terminal
  - una solución a problemas sociales o situaciones de bloqueo del Hospital



- La atención primaria domiciliaria (APD) puede dividirse en dos grandes modelos: el modelo tradicional, que rige en la mayoría de los países (en gran parte dicotómico y sin continuidad entre los servicios ofrecidos por los equipos del hospital y de atención primaria), y el modelo de atención compartida (*shared care o transmural care*), que establece una alianza estratégica entre los equipos de los dos principales niveles sanitarios.

## **2. OBJETIVOS DE LA HaD-P**

- Promover el bienestar del niño y recuperación en su entorno familiar. Mejorar la calidad asistencial
- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
- Acortar el tiempo de hospitalización
- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios
- Favorecer la coordinación y comunicación entre distintos niveles de atención.
- Fomentar la educación sanitaria y el autocuidado
- Controlar el gasto sanitario

## **3. BENEFICIOS DE LA HaD-P**

### 3.1. Para el niño:

- Mejora la calidad de vida. La asistencia que recibe está muy personalizada, tiene mayor intimidad y comodidad que en el hospital, favoreciéndose el proceso de curación/mejoría.
- Mantiene el entorno familiar y ritmo de vida (juguetes, hábitos, comidas)
- Disminuye el riesgo de infección nosocomial.
- Disminuye el riesgo de hospitalismo

### 3.2. Para la familia:

- Implicación activa: disminuye los sentimientos de impotencia y aumenta los de utilidad.
- Menor desestructuración familiar
- Disminuye gastos familiares (desplazamientos, etc.).

### 3.3. Para el Hospital:

- Disminuye la presión asistencial, el número y el tiempo de estancia en algunas patologías
- Evita los bloqueos de camas que producen los enfermos crónicos
- Disminuye el riesgo de infección nosocomial en otros pacientes
- El personal sanitario tiene una mayor y mejor comunicación con el paciente y su entorno, trabajando en equipo y con mayor autonomía. Recibe el reconocimiento por parte de la familia al trabajo realizado.



#### **4. ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE HAD-P**

- 4.1. Recursos humanos: compuesta por pediatras y enfermeras en número suficiente en función de la cartera de servicios, el tamaño poblacional y el área de cobertura. El personal es necesario que esté capacitado y con formación específica para poder valorar al niño desde la edad neonatal hasta la adolescencia y dar una asistencia completa a las distintas patologías y situaciones específicas (ostomías, reservorios venosos centrales, vías periféricas, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, nutrición enteral y parenteral, etc.).
- 4.2. Recursos materiales: Ubicación adecuada, y disposición de línea telefónica, sistema informático y teléfonos móviles.
- 4.3. Transporte: el tipo de transporte (vehículo propio, taxi, etc.) y el área de actuación directa o delegada (profesionales de atención primaria o centros secundarios), dependerá de los propios recursos y la dispersión geográfica de los posibles pacientes.
- 4.4. El área de cobertura dependerá de la dotación y cartera de servicios de cada Unidad. Se suele recomendar que el tiempo necesario para un posible traslado a un centro hospitalario en caso de urgencia sea inferior a los 20-30 minutos. En ocasiones excepcionales se realiza una asistencia delegada, en pacientes que no son del área de cobertura, a los que les se les proporciona el material y asistencia telefónica, y la asistencia domiciliaria corre a cargo de su centro de Salud o el hospital comarcal con el que previamente se ha contactado.
- 4.5. Horario de cobertura. Lo deseable es que se proporcionara una asistencia continuada, las 24 horas del día, los 365 días del año. Pero lo más habitual es que la cobertura sea los días laborables entre 8 y 12 horas. En este horario, según la patología, estado clínico y las necesidades de material se realizan visitas domiciliarias y/o controles telefónicos. Fuera de este horario se debe proporcionar la posibilidad en todo momento de una consulta telefónica y de acudir a un centro hospitalario en caso de producirse una urgencia.
- 4.6. Trabajo en equipo con otros niveles asistenciales (equipos de atención primaria, hospitales comarcales, especialistas pediátricos, etc.) y con otros profesionales para la asistencia integral del paciente (psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, profesores, etc.).

#### **4.7. Funcionamiento de la Unidad**

- 4.7.1. Los pacientes pueden ser derivados desde consultas, plantas de hospitalización, hospital de día, etc. El médico responsable cuando tiene un paciente candidato, propone la posibilidad de hospitalización a la familia, y posteriormente se pone en contacto con la Unidad y nos presenta al enfermo, que debe reunir una serie de Requisitos:
  - clínicos: el paciente tiene que estar estable



- generales: padres ó cuidadores fiables y responsables, con teléfono de contacto, y con una vivienda con condiciones higiénico-sanitarias mínimas.
  - los padres deben firmar un consentimiento informado.
- 4.7.2. Si se cumplen los requisitos se informa a la familia de las características del Unidad y se les proporciona una hoja informativa, con los horarios y teléfonos de contacto. Se ingresa al paciente en la Unidad, previa alta hospitalaria. Es recomendable, sobre todo en los casos de pacientes pluripatológicos o tecnológicamente dependientes, realizar una valoración del domicilio familiar previa al alta hospitalaria para comprobar que reúne las condiciones adecuadas.
- 4.7.3. Previa al alta y dependiendo de las necesidades del niño, se les instruye específicamente para los cuidados del paciente y se les explica el funcionamiento del material que precisen y sobre la administración de medicación necesaria, signos de alarma, etc. Debe comprobarse la comprensión y asimilación de los conocimientos necesarios para los cuidados del paciente y en manejo de material y aparataje.
- 4.7.4. Se establecerá un plan de actuación y seguimiento personalizado en función de la patología y de las necesidades del paciente. A cada paciente se le realiza una hoja de valoración, un informe de ingreso en la Unidad de Hospitalización a domicilio y posteriormente un informe de alta.
- 4.7.5. Se valora las necesidades de material fungible, técnicos y medicamentos y se les proporciona a través del hospital o de empresas concertadas con el mismo. Se realiza control de la medicación y del material para un control de las necesidades y de la seguridad del paciente.
- 4.7.6. Organización diaria del trabajo
- 4.7.6.1. Reunión médico-enfermera para valorar las incidencias de la guardia.
- 4.7.6.2. Tutela telefónica: se llama a los pacientes que lo precisen.
- 4.7.6.3. Programación de la asistencia y formación.
- 4.7.6.4. Reunión médico-enfermera: incidencias del día, revisión de enfermos.
- 4.7.7. Al alta del paciente, especialmente en aquellos con patologías crónicas, debe establecerse el seguimiento del paciente por su pediatra de atención primaria y los especialistas que precise según su patología y el plan establecido previamente.
- 4.7.8. Al igual que en la hospitalización convencional, se les entrega una encuesta anónima para que cumplimenten al alta.

## **5. PROGRAMAS DE HaD-P**

El tipo de pacientes o situaciones clínicas que habitualmente pueden beneficiarse de este tipo de asistencia, y sus criterios de inclusión son los siguientes:



5.1. Antibióticos domiciliarios intravenosos (patologías crónicas como fibrosis quística y patologías agudas como abscesos, celulitis, artritis, osteomielitis, endocarditis, neumonías...).

5.1.1. Procesos infecciosos definidos clínica y analíticamente en situación estable con necesidad de tratamiento antiinfeccioso endovenoso.

5.1.2. No posibilidad de tratamiento vía oral.

5.1.3. Disponer de un acceso venoso adecuado para el tipo de fármaco y la duración del mismo.

5.2. Nutrición parenteral domiciliaria

5.2.1. Fracaso intestinal

o Pseudoobstrucción crónica idiopática

o Displasia intestinal

o Enfermedad por inclusión de microvilli

o Resecciones intestinales amplias: síndrome de intestino corto

5.2.2. Atrofias rebeldes de la mucosa intestinal con malabsorción grave persistente.

5.2.3. Enfermedad de Crohn grave o polintervenida con afectación del crecimiento

5.3. Nutrición enteral domiciliaria.

5.3.1. Malnutrición calórico-proteica primaria grave.

5.3.2. Neonatología: gran prematuridad, displasia broncopulmonar, nutrición trófica.

5.3.3. Dificultad para alimentación oral.

o Paciente crítico, malnutrición postoperatoria, cáncer, trasplante, etc.

o Transición de nutrición parenteral a dieta oral.

o Enfermedades neurológicas (parálisis cerebral, coma)

5.3.4. Enfermedades digestivas con limitaciones importantes de digestión y/o absorción.

o Reflujo gastroesofágico

o Diarrea grave

o Síndrome de intestino corto

o Enfermedad inflamatoria intestinal

o Pancreatitis aguda

o Enteritis postradiación

o Fístulas, etc.

5.3.5. Enfermedades crónicas con repercusión nutricional: Cardiopatías congénitas, hepatopatías, insuficiencia renal crónica, metabolopatías, fibrosis quística, etc.

5.3.6. Estados hipercatabólicos: Sepsis, quemaduras, neoplasias, trasplante médula ósea.



#### 5.3.7. Miscelánea:

- o Problemas orofaríngeos (maxilofaciales, Pierre-Robin, traumatismos, disfagia cricofaríngea)
- o Enfermedades esofágicas (malformaciones, neoplasias, inflamación)

5.4. Alta precoz para control de síntomas. Pacientes con diversas enfermedades crónicas: cardiopatías, síndromes polimalformativos, encefalopatías, displasia broncopulmonar, oncológicos, atresia esófago, etc.

5.5. Pacientes quirúrgicos: cirugía abdominal, urológica, ostomías, craneosinostosis, curas quirúrgicas complejas o complicadas, quemaduras

#### 5.6. Ventilodependientes y oxigenodependientes, con ó sin traqueostomía.

##### 5.6.1. Criterios de inclusión

- Síndromes de hipoventilación central primarios: congénitos, síndrome de Arnold Chiari, otras malformaciones del tronco cerebral...
- Síndromes de hipoventilación central secundarios: postquirúrgicos, postinfecciosos, secundarios a malformaciones vasculares...
- Malformaciones esqueléticas: cifoesciosis .
- Enfermedades neuromusculares: miopatías congénitas, Duchenne, atrofia espinal congénita...
- Enfermedades pulmonares crónicas: Displasia broncopulmonar, hipoplasia pulmonar, hernia diafragmática congénita, enfermedades pulmonares intersticiales, fibrosis quística, fibrosis pulmonar idiopática, bronquiolitis obliterante...
- Patología de la vía aérea: traqueomalacia, broncomalacia, estenosis subglótica, atresia laríngea...
- Atresia de la vía aérea y síndrome de apnea obstructiva del sueño: Prader-Willi, malformaciones craneofaciales, Goldenhar, CHARGE, síndrome velocardiofacial...

##### 5.6.2. Criterios de exclusión

- Inestabilidad clínica. Episodios de apneas en las 2 semanas previas
- Necesidades de oxígeno inestables con saturación media  $\leq 92\%$ , desaturaciones frecuentes ( $> 5\%$  del registro), cambios importantes en el soporte ventilatorio en las últimas 3 semanas.
- Vía aérea inestable: traqueostomía no permeable (malacia y/o granulomas obstructivos que condicionen obstrucción de la vía aérea).
- Falta total de tolerancia a máscara (interfase) en ventilación no invasiva.
- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida (ej. Atrofia espinal tipo I).



- Trastorno de deglución con ausencia de protección glótica.

## 5.7. Oxigenoterapia

### 5.7.1. Criterios de inclusión:

#### 5.7.1.1. Enfermedades pulmonares parenquimatosas intrínseca

- Displasia broncopulmonar
- Hipoplasia pulmonar
- Hernia diafragmática congénita
- Enfermedades pulmonares intersticiales
- Fibrosis quística
- Fibrosis pulmonar idiopática
- Bronquiolitis obliterante
- Bronquiectasias

#### 5.7.1.2. Enfermedad pulmonar restrictiva

- Enfermedades neuromusculares
- Enfermedades de la pared torácica

#### 5.7.1.3. Obstrucción de la vía aérea superior

#### 5.7.1.4. Hipertensión pulmonar primaria o secundaria

#### 5.7.1.5. Enfermedades pulmonares

#### 5.7.1.6. Enfermedades cardíacas con hipertensión pulmonar

#### 5.7.1.7. Cuidados paliativos

### 5.7.2. Criterios de exclusión

- Inestabilidad clínica. Episodios de apneas en las 2 semanas previas
- Necesidades de oxígeno inestables con saturación media  $\leq 92\%$ , desaturaciones frecuentes ( $> 5\%$  del registro), cambios importantes en el soporte ventilatorio en las últimas 3 semanas.

## 5.8. Alta precoz de prematuros sanos.

### 5.8.1. Criterios de inclusión (deben cumplirse todos los requisitos):

- Peso: 1700-2000 g
- Estabilidad térmica
- Buena succión-deglución
- Ausencia de patología asociada
- Balanza para control ponderal

### 5.8.2. Criterios de exclusión

- Inestabilidad clínica o patología asociada (apnea, necesidades de oxígeno...)
- Inestabilidad térmica





- No buena succión-deglución
- Peso < 1700 grs o curva ponderal descendente

#### 5.9. Monitorización cardiorespiratoria.

- Episodio de riesgo vital aparente idiopático.
- Anomalías cardiorrespiratorias registradas durante el sueño.
- Apneas idiopáticas graves.
- Apneas obstructivas de causa no solucionada.
- Respiración periódica superior al 5% del tiempo del sueño.
- Síndrome de hipoventilación central.
- Lactantes con malformaciones en la vía aérea no solucionables.
- Paciente cardiópata.
- Paciente neumópata que precisa oxígeno suplementario
- Pacientes traqueostomizados.
- Lactantes con dificultades para la alimentación: apnea/bradicardia durante la ingesta.
- Pacientes afectados de lesiones neurológicas crónicas malformativas con crisis de apneas.

#### 5.10. Cuidados paliativos. Cualquier enfermedad crónica que implica que no sea probable que el niño vaya a llegar a ser adulto. No se requiere un pronóstico de supervivencia a corto plazo.

- Enfermedades para las cuales es posible el tratamiento curativo, pero puede fallar (ej. cáncer)
- Enfermedades en las cuales la muerte es prematura pero el tratamiento intensivo puede prolongar y proporcionar buena calidad de vida (ej. fibrosis quística)
- Enfermedades progresivas para las cuales el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede prolongarse durante muchos años (ej. ceroidolipofuscinosis neuronales)
- Patologías que conllevan daño neurológico grave que, aunque no sean progresivas, condicionan vulnerabilidad y complicaciones que probablemente causen la muerte prematura (ej. parálisis cerebral)

#### 5.11. Tratamiento quimioterápico. Requisitos:

- 5.11.1. Siempre de forma pautada
- 5.11.2. Con quimioterápicos adecuados a domicilio
- 5.11.3. Con quimioterápicos que no precisen hidratación
- 5.11.4. Con quimioterápicos que ya haya recibido previamente el paciente.
- 5.11.5. Siempre en pacientes con catéter central.



### 5.12. Transfusiones

- Paciente con estabilidad clínica y anemia sintomática, con indicación de transfusión.
- Paciente sin antecedentes de reacción transfusional grave (Lesión pulmonar asociada a transfusión (LAPT), anafilaxia o hemólisis).
- Facilidad para la evacuación al hospital en caso necesario.

## 6. RESUMEN. CONCLUSIONES.

- 6.1. La Hospitalización a Domicilio Pediátrica es una alternativa asistencial capaz de dispensar al paciente cuidados médicos de rango hospitalario en su domicilio.
- 6.2. Su objetivo fundamental es promover el bienestar del niño y recuperación en su entorno familiar, evitando ingresos hospitalarios innecesarios en algunos casos, acortando el tiempo de hospitalización en otros, favoreciendo la coordinación y comunicación entre distintos niveles de atención sanitaria y fomentando la educación sanitaria y el autocuidado.
- 6.3. Sus principales beneficios son para el niño y su familia, mejorando su calidad de vida, favoreciéndose el proceso de curación/mejoría al mantener el entorno y estructura familiar y ritmo de vida. Además disminuye el riesgo de infección nosocomial y de hospitalismo, La familia tiene una implicación activa en el proceso de curación de su hijo. Para el hospital también supone ventajas, al disminuir la presión asistencial, el número y el tiempo de estancia en algunas patologías, evitando los bloqueos de camas que producen los enfermos crónicos.
- 6.4. La organización y funcionamiento de una unidad de HaD-P tiene unas características específicas, que se deben conocer. Se deben adaptar en función de la cartera de servicios, el tamaño poblacional y el área de cobertura. Se debe procurar llevar a cabo un trabajo en equipo con otros niveles asistenciales (equipos de atención primaria, hospitales comarcales, especialistas pediátricos, etc.) y con otros profesionales para la asistencia integral del paciente (psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, profesores, etc.).
7. El tipo de pacientes o situaciones clínicas que habitualmente pueden beneficiarse de este tipo de asistencia son los siguientes: Antibióticos domiciliarios intravenosos; nutrición parenteral y enteral domiciliaria; alta precoz para control de síntomas (enfermos crónicos: cardiopatías, síndromes polimalformativos, encefalopatías, displasia broncopulmonar, oncológicos, atresia esófago); pacientes quirúrgicos (cirugía abdominal, urológica, ostomías, craneosinostosis, curas quirúrgicas complejas o complicadas, quemaduras); cuidados paliativos; ventilodependientes y oxigenodependientes con ó sin traqueostomía; alta precoz de prematuros sanos; monitorización cardiorrespiratoria; tratamiento quimioterápico; transfusiones.



## 8. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Policy statement: the medical home. *Pediatrics*. 2002;110:184–6.
- Anand JK, Miles JW. Hospital at home which way will it go?. *JR Soc Med* 1997; 90 (7):414–5.
- Bluestone EM. The principles and practice of home care. *JAMA* 1954; 155:1379-82.
- Colomer J, González MJI, González RVJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson 1998; 359–401.
- Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis A, et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas *Pan Am J Public Health* 2001; 10 (1): 45-55.
- Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospital at home: an opportunity for change. *Med Clin (Barc)*. 2012 Apr 7;138(8):355-60.
- Fernández-Sanmartín M. Niños crónicamente enfermos y su entorno. El niño hospitalizado en su domicilio. *Pediatría Integral* 2011; 14: 89-90.
- Glez MDD (coord). *Hospitalización a domicilio*. España: Hoechst Marion Roussel; 1998.
- Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, Richmond D. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10: 158-66.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Inspección de servicios sanitarios. *Hospitalización a domicilio: propuestas y conclusiones*. Madrid: Ministerio de SANIDAD Y Consumo, 1990.
- National Maternal and Child Health Resource Center. *A National Goal: Building Service Delivery Systems for Children With Special Health Care Needs and Their Families—Family Centered Community Based Coordinated Care*. Iowa City, IA: National Maternal and Child Health Resource Center; 1987.
- Porterfield SL, DeRigne L. Medical Home and Out-of-Pocket Medical Costs for Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics* 2011; 128; 892-900.
- Ruipérez I. Hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp* 2000; 200:299-300.



- Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández C, Baños Canales M. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Hospitalización domiciliaria. 2012. Fundación Marqués de Valdecilla. Imprenta Regional de Cantabria.
- Sartain SA, Maxwell MJ, Todd PJ, Jones KH, Bagust A, Haycox A et al. Randomised controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care. Arch Dis Child. 2002; 87: 371-5.
- Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database Syst Rev. 2005: CD000356.
- Starfield B, Shi L. The Medical Home, Access to Care, and Insurance: A Review of Evidence. Pediatrics 2004;113:1493-8.
- Strickland BB, Jones JR, Ghandour RM, Kogan MD, Newacheck PW. The Medical Home: Health Care Access and Impact for Children and Youth in the United States. Pediatrics 2011;127:604-11.
- Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario de Donostia. Manual de Hospitalización a Domicilio. 2010. Disponible en: <http://foietes.files.wordpress.com/2010/10/manual-de.pdf>
- Universidad de Cantabria. Master de Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios. Diagnóstico de Situación de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria: HUMV. 1984-2009. Santander, 26 de Junio de 2009. Disponible en: [http://www.madgs.es/tinymce/jscripts/tiny\\_mce/plugins/jfilebrowser/archivos/20100507193302\\_0.pdf](http://www.madgs.es/tinymce/jscripts/tiny_mce/plugins/jfilebrowser/archivos/20100507193302_0.pdf)