

EDITORIAL

Hospitalización domiciliaria desde urgencias: muchas luces y alguna sombra

Home hospitalization from the emergency department: benefits and remaining challenges

José Manuel Fandiño Orgeira

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) en la población general es del 1-2%¹, y constituye la principal causa de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años². La evolución natural de la IC, con una elevada mortalidad y una alta tasa de reingresos tras el alta, pone de manifiesto la necesidad de optimizar su proceso asistencial para garantizar una atención de calidad y, al mismo tiempo, buscar alternativas para reducir la presión de urgencias generada por dicha patología en los centros hospitalarios. En este contexto, la decisión de ingreso o alta de los pacientes con IC aguda (ICA) en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) debe fundamentarse en una estratificación de riesgo siguiendo las guías internacionales³. Esta decisión tiene un impacto pronóstico significativo, lo cual subraya la complejidad de este proceso asistencial⁴.

Por otro lado, la saturación hospitalaria es un problema creciente, así como su repercusión en el funcionamiento de los SUH. La gestión del tiempo en el SUH es crucial. Se ha demostrado que las estancias prolongadas en urgencias se asocian a un aumento de la duración de la hospitalización y de la mortalidad, especialmente para los pacientes vulnerables, como recientemente ha reflejado el Estudio EDEN-18⁵. Esto subraya la necesidad de impulsar modelos asistenciales con alternativas al ingreso convencional, alineados con el objetivo estratégico del Sistema Nacional de Salud (SNS) de reducir hospitalizaciones y promover la atención multidisciplinar, de manera que integren el autocuidado del paciente y programas de atención domiciliaria⁶.

En este marco, la hospitalización a domicilio (HAD) se ha consolidado como una alternativa sólida en el proceso asistencial de la ICA, pues ofrece una atención de calidad, segura, coste-efectiva y humanizada. El verdadero valor estratégico de la HAD radica en su capacidad para fortalecer la continuidad asistencial y optimizar el tratamiento de la IC. Contribuye también a mejorar el autocuidado del paciente, refuerza su adherencia terapéutica y facilita el reconocimiento precoz de los síntomas de alarma, todos ellos factores clave para

prevenir nuevos episodios de descompensación y reducir los reingresos hospitalarios.

Los modelos de atención integrada y multidisciplinar se asocian a una disminución significativa tanto de las hospitalizaciones como de la mortalidad en esta población. El ingreso en HAD directamente desde urgencias de pacientes con enfermedades crónicas presenta menores tasas de reingreso, sin diferencias significativas en la mortalidad con respecto al ingreso en hospitalización convencional⁸. En pacientes con ICA se han reportado resultados clínicos comparables a la hospitalización convencional, tanto en mortalidad intrahospitalaria como en eventos adversos a 30 días y mortalidad al año. Contribuyen sin duda a disminuir la saturación del centro hospitalario, a la par que representan un ahorro promedio de un 76% en el coste directo del ingreso⁹.

Sin embargo, el éxito de la HAD depende de una selección rigurosa de los pacientes, limitada a aquellos que se encuentren estables clínicamente, sin requerimiento de monitorización intensiva y con un soporte sociofamiliar adecuado dentro del área de cobertura del dispositivo. Del mismo modo, la aplicación de protocolos y vías clínicas multidisciplinarios consensuados resulta esencial. Esta coordinación garantiza la continuidad asistencial y la seguridad clínica del paciente, disminuye los reingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce los costes sanitarios.

Pese a las evidentes ventajas que ofrece la HAD como estrategia asistencial eficiente, existe también un área de penumbra, que es la existencia de casos que precisan escalada asistencial. El regreso del paciente al hospital desde HAD para completar su tratamiento en régimen de hospitalización convencional implica un incremento en el consumo de recursos sanitarios, además de ser percibido como un fracaso de la HAD. Esto puede generar desconfianza tanto en el paciente y su entorno como en el propio equipo asistencial. Por ello, el trabajo publicado en este número de EMERGENCIAS por Sánchez Marcos *et al.* tiene especial relevancia, ya que analiza los predictores clínicos asociados con la necesidad de escalamiento asistencial en este contexto¹⁰. Entre los factores identifi-

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: José Manuel Fandiño Orgeira. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Xubias de Arriba, 84. 15006 A Coruña, España.

Correo electrónico: jmfanorg@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 31-10-2025. Aceptado: 1-11-2025. Online: 11-10-2025.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/103.2025

cados, se encuentra la disfunción renal (creatinina > 1,3 mg/dL) y la hiponatremia (< 135 mmol/L), ambos marcadores independientes que aumentan significativamente el riesgo de requerir hospitalización convencional en los pacientes ingresados en HAD. Estos dos marcadores de riesgo sugieren una descompensación subyacente más grave entre los pacientes en los que fracasó la HAD. La incorporación de estos parámetros clínicos a los criterios de selección de pacientes subsidiarios de ingreso directo desde el SUH en HAD permitirá aumentar la robustez del proceso asistencial de la ICA y mejorará tanto la eficiencia como la seguridad del paciente.

En el momento actual no podemos pasar por alto el impacto que se está produciendo en la HAD con la implantación de las tecnologías digitales aplicadas a la salud. Especialmente relevante es la telemonitorización multiparamétrica, y en concreto para el seguimiento de los pacientes con ICA, pues permite detectar de forma temprana signos de congestión o inestabilidad clínica, y posibilita intervenciones proactivas antes de que ocurra una nueva descompensación. Esto mejora la seguridad clínica del paciente y la calidad asistencial. En este sentido, el ensayo HERMeS, que combinó telemonitorización en tiempo real de los datos del paciente, generación de alertas tempranas y teleintervención estructurada proactiva basada en el análisis de esos datos, demostró una reducción drástica de la mortalidad, y significativa de las reagilizaciones y hospitalizaciones en pacientes con IC crónica¹¹. Esta evidencia respalda la telemedicina como un complemento esencial a la HAD. También existen experiencias innovadoras, como la creación de unidades de corta estancia (UCE) virtuales domiciliarias que integran el concepto asistencial de las UCE con la atención médica remota y los recursos organizativos de la HAD. Además, estas experiencias han demostrado ser viables y seguras, todo ello con altos niveles de satisfacción por parte de los pacientes¹².

La incorporación de soluciones de telemedicina y tecnologías de la información y comunicación, así como la implementación de sistemas de telemonitorización y dispositivos de seguimiento remoto para facilitar la teleasistencia en domicilio, son una prioridad y resultan estratégicas para el SNS¹³. Este camino continúa con la llegada de la inteligencia artificial para el desarrollo de algoritmos de decisión con la multitud de datos existentes y con la importante participación del paciente, no solo en su autocuidado, sino también en la participación en el diseño tecnológico de los diferentes dispositivos.

En conclusión, el ingreso directamente en HAD desde los SUH representa una alternativa al modelo asistencial tradicional: una estrategia centrada en el paciente, eficiente en el uso de recursos y apoyada en la innovación tecnológica. Además, mejora el proceso asistencial de la atención a la ICA, de manera que la hace más segura, costo-efectiva y humanizada. No obstante, hace falta seguir avanzando en la línea marcada por el estudio de Sánchez Marcos *et al.* de identifica-

ción de los posibles factores que predicen el fracaso de la HAD, tales como la disfunción renal o la hiponatremia, que ayuden a seguir perfeccionando los protocolos de selección de pacientes y la estratificación del riesgo para hacer de la HAD un modelo aún más preciso, robusto y seguro clínicamente.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Dobarro D. Pronóstico actual de la insuficiencia cardíaca en España y Europa. Una llamada de atención. REC.CardioClinics. 2020;55:201-3.
- 2 Farre N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, et al. Medical resource use and expenditure in patients with chronic heart failure: a population-based analysis of 88,195 patients. Eur J Heart Fail. 2016;18:1132-40.
- 3 McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42:3599-726.
- 4 Miró O, Llorens P, Gil V, López Díez MP, Jacob J, Herrero P, et al. Decisión de hospitalización o alta en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en urgencias, su adecuación con la gravedad de la descompensación e impacto pronóstico. Emergencias. 2023;35:261-9.
- 5 Miró O, Rodríguez-Cabrera M, Alquézar-Arbé A, Piñol C, González del Castillo J, Burillo-Putze G. Tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes hospitalizados y resultados a corto plazo (Estudio EDEN-18). Emergencias. 2025;37:343-52.
- 6 Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Calidad Asistencial. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento de desarrollo 2025-2028. (Consultado 29 Octubre 2025). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias_abordajeCronicidad/docs/20250704_EAC_DOCUMENTO-DESARROLLO_2025-2028_Final.pdf
- 7 Pascual-Figal D, González-Juanatey JR. Comentarios a la guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2022;75:458-65.
- 8 Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4:e2111568.
- 9 Bibiano Guillén C. Ingreso directo desde urgencias a domicilio: factible, eficiente y necesario. Emergencias. 2023;35:163-4.
- 10 Sánchez Marcos C, Espinosa B, Coloma E, Nicolás D, San Inocencio D, Gil V, et al. Factores asociados a la necesidad de escalada asistencial en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda derivados desde urgencias a hospitalización a domicilio. Emergencias. 2025;37:411-9.
- 11 Yun S, Comín-Colet J, Calero-Molina E. Evaluation of mobile health technology combining telemonitoring and teleintervention versus usual care in vulnerable-phase heart failure management (HERMeS): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Digit Health. 2025;7:100866.
- 12 Bibiano-Guillén C, Mir-Montero M, Rodríguez-Rodríguez B, Vinat-Prado S, Sánchez-Pérez M, Pantoja-Zarza MC. Implementación de una unidad de corta estancia virtual domiciliaria: viabilidad, seguridad y satisfacción. Emergencias. 2025;37:312-5.
- 13 Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Calidad Asistencial. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento de desarrollo 2025-2028. (Consultado 29 Octubre 2025). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias_abordajeCronicidad/docs/20250704_EAC_DOCUMENTO-DESARROLLO_2025-2028_Final.pdf