

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i2.96>

10 años de hospitalización a domicilio en el entorno de un hospital comarcal

10 years of hospital at home in a regional hospital environment

Mercedes Diaz-Gegundez¹, Isabel Gomez de Argila², Ester Ferrer-Cobo³, Esperanza Castelar-Delgado²

1. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Servicio de Atención Domiciliaria. Calella, Barcelona, España.

2. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Unidad de Hospitalización a domicilio. Hospital de Calella, Barcelona, España.

3. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Unidad de Hospitalización a domicilio. Hospital de Blanes, Barcelona, España.

Correspondencia/Correspondence

Mercedes Diaz Gegundez
mdiaz@salutms.cat

Recibido/Received

09.01.2020

Aceptado/Accepted

11.03.2020

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimientos/Acknowledgments

Al Dr. Guillermo Paluzie del Departamento de Documentación y a Sra. Carmen Perez Martinez del Departamento de Control de Gestión por su colaboración en la recogida de datos.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Diaz-Gegundez M, Gomez I, Ferrer-Cobo E, Castelar-Delgado E. 10 años de hospitalización a domicilio en el entorno de un hospital comarcal. *Hosp Domic.* 2020;4(2):69-80.

RESUMEN

Introducción: La Hospitalización a Domicilio (HAD) se inició en nuestra zona a finales de 2007, actualmente consta de 3 unidades, 30 camas y tiene una cobertura territorial del 80%. La modalidad de ingreso es mixto, evitación de ingreso y alta precoz. **Objetivo:** analizar los resultados de HAD en los últimos 10 años en cuanto a eficacia y eficiencia.

Método: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en HAD (enero 2009-Diciembre 2018) para definir tipología de paciente y procedencia, evaluar indicadores de estancia media, retorno al hospital, reingreso a los 30 días, mortalidad y coste comparado con hospitalización convencional.

Resultados: Se han realizado 6.033 altas. El 86% de los pacientes ingresaron por un proceso médico con predominio de las enfermedades del aparato respiratorio (43,7%). La modalidad de evitación de ingreso supuso el 79% de los ingresos en HAD. La estancia media en HAD fue de 7,1 días y el retorno al hospital por complicaciones del 4,1%. La mortalidad fue del 2,3% y los reingresos por cualquier motivo en los 30 días siguientes al alta de HAD del 12,2%, ambos inferiores a los resultados de las unidades de hospitalización de Medicina Interna. La gravedad según el sistema de clasificación APR-DRG de los pacientes ingresados en HAD fue significativamente superior a la encontrada en la Unidad de Corta Estancia pero menor que en las unidades de hospitalización de Medicina Interna, tal como era de esperar. El coste de estructura por día de estancia en HAD fue, aproximadamente, 3 veces inferior al de hospitalización convencional.

Conclusiones: HAD ha sido una alternativa útil a la hospitalización convencional, principalmente para patología médica de pacientes que precisando ingreso, no necesitaban toda la infraestructura hospitalaria.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Hospitales de Distrito; Re-admisión del Paciente; Mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: Hospital at Home (HAH) started in our area at the end of 2007; currently it consists of 3 units, 30 beds and 80% territorial coverage. It has two main aims: to avoid unnecessary hospital admission and to allow early discharge. **Objective:** to analyze the results of HAH in the last 10 years in terms of effectiveness and efficiency.

Method: Retrospective analysis of patients discharged in HAH (January 2009-December 2018) to define patient typology and source of admission, to evaluate indicators of length of stay, return to hospital, 30-day readmission rate, mortality rate, severity according to the APR-DRG classification system and cost compared to conventional hospitalization.

Results: 6,033 patients have been discharged. 86% of patients were admitted through a medical process with a predominance of respiratory diseases (43.7%). The modality of Hospital admission avoidance was 79% of the admissions in HAH. The average length of stay in HAH was 7.1 days; the return to the hospital due to complications was 4.1%. Mortality rate was 2.3%, and the 30-day readmission rate was 12.2 %, both lower than the average of the Internal Medicine units. The severity according to the APR-DRG classification system of patients admitted in HAH was significantly higher than in the Short Stay Hospital Unit but less than conventional hospitalization in Internal Medicine Units, as expected. The cost of structure per day of stay in HAH is approximately 3 times lower than conventional hospitalization.

Conclusions: HAH has been a useful alternative to conventional hospitalization, mainly for medical pathology of patients who, requiring admission, did not need the entire hospital infrastructure.

Keywords: Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based; Hospitals, District; Patient Readmission; Mortality.

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HAD) es una modalidad asistencial capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario en el hogar de los pacientes cuando no precisan de toda la infraestructura hospitalaria pero sí que es necesaria una vigilancia activa y una asistencia compleja(1).

En España la primera unidad de HAD comenzó a funcionar en 1981 en el hospital Gregorio Marañón, actualmente hay más de 110 unidades distribuidas en 16 comunidades autónomas. Sin embargo, y a pesar del tiempo transcurrido y que la HAD no ha dejado de crecer, existe una irregular distribución geográfica, disparidad de modelos asistenciales y de dotación de recursos(1,2) lo que no facilita la posibilidad de compararse y crear evidencia en este campo.

El plan HAD 2020 es un ambicioso proyecto promovido por la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio que pretende dar a conocer y consolidar la HAD consensuando un modelo asistencial más homogéneo y promocionando su reconocimiento y potenciación por parte del Sistema Nacional de Salud(3).

En nuestros hospitales, como en otros muchos, la aparición de Hospitalización a Domicilio fue debida a la necesidad de liberar camas de hospitalización convencional ante la creciente y más compleja demanda sanitaria. Sin embargo, a lo largo de estos años estamos asistiendo a un cambio de paradigma, donde lo que prima es la atención en el recurso más adecuado y donde la continuidad asistencial y la participación del paciente son indispensables para una atención excelente en todos los sentidos.

La HAD en nuestro territorio se ha desarrollado y adaptado a este nuevo contexto siendo en estos momentos una alternativa real para el tratamiento en el domicilio de muchos pacientes con procesos médicos o quirúrgicos que no precisan de toda la estructura de una unidad de hospitalización.

El **objetivo** de este artículo fue analizar los resultados de la Hospitalización a Domicilio en nuestro entorno en términos de eficacia, eficiencia y seguridad a lo largo de 10 años de funcionamiento.

MÉTODOS

Nuestra institución gestiona 2 Hospitales Comarcales Generales, 3 centros Sociosanitarios, 3 Áreas Básicas de Salud y 3 centros de Rehabilitación dando cobertura a 198.000 habitantes. Disponemos de Historia Clínica informatizada común en todos nuestros centros y servicios.

En 2006 se creó el servicio de Atención Domiciliaria Integral dotándolo de entidad propia para potener esta área y poder proporcionar atención sanitaria en el domicilio de diversas intensidades y adecuada a las necesidades cambiantes de los pacientes.

Bajo un mismo liderazgo se agrupan los Equipos de Atención Domiciliaria en Atención Primaria (AD-AP) para la atención a pacientes complejos que no pueden desplazarse al centro de salud, el Equipo de Soporte a Residencias Geriátricas (ESRG) que proporciona atención especializada directa a los pacientes institucionalizados de la zona, los Equipos PADES especializados en cuidados paliativos a domicilio y las unidades de Hospitalización a Domicilio para pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que pueden ser tratados en casa.

La primera unidad de Hospitalización a Domicilio se puso en marcha a finales de diciembre de 2007, con un equipo de 1 médico internista y 3 enfermeras, una capacidad de 8 camas y una

cobertura territorial del 30%. Entre 2009 y 2012, durante la época de invierno (de enero a finales de marzo), se reforzaba la unidad, doblando la capacidad y la dotación de personal para dar respuesta al aumento de la demanda asistencial en este periodo. En noviembre de 2013 se abrió de manera definitiva una segunda unidad aumentando la capacidad de HAD a 18 camas y con una cobertura territorial de aproximadamente el 60%. Finalmente, desde principios del 2018, disponemos de 3 equipos, cada uno formado por 1 médico internista y 3 enfermeras y una capacidad total de 30 camas. La cobertura territorial actualmente es de, aproximadamente, el 80%.

El horario del equipo médico es de 8 a 16 horas de lunes a viernes y los sábados de 9 a 15 h (guardias rotatorias). Enfermería está presente de 8 a 21 horas de lunes a viernes y de 8 a 20 horas los fines de semana y festivos. Si surge alguna incidencia durante la noche, el paciente llama al número de teléfono habitual de contacto con HAD, que, de 20 a 8 h, se desvía al servicio de urgencias de los hospitales, que se encargan de resolver cualquier eventualidad.

Al tratarse del entorno de hospitales comarcales generales se planteó desde un principio una hospitalización a domicilio polivalente de manera que pudiera dar respuesta a todos los servicios y especialidades de nuestros hospitales (urgencias, medicina interna, traumatología, cirugía...) y que los pacientes que cumplieren unas determinadas condiciones pudiesen beneficiarse de esta modalidad de ingreso. También se aceptan pacientes directamente de domicilio derivados por sus equipos referentes y de hospitales de tercer nivel.

Los criterios de ingreso en HAD son:

1. Cumplir los criterios clínicos de ingreso en HAD: diagnóstico establecido o como mínimo sindrómico, estabilidad clínica que no precise de una supervisión constante por parte de personal especializado y posibilidad de realizar el tratamiento que precisa el paciente en el domicilio
2. Que requiera cuidados y seguimiento de alta intensidad (no de Atención Primaria)
3. Soporte domiciliario de los "cuidadores" (familiares, allegados o cuidadores profesionales) en cuanto a vigilancia básica y cuidados personales, así como su colaboración en la dispensación de medicación y alerta en caso de empeoramiento
4. Teléfono accesible y condiciones adecuadas de la vivienda
5. Vivir en el área de actuación de las unidades (Isócrona geográfica aproximada de 30' de alguno de los dos Hospitales)
6. Consentimiento del paciente y cuidadores.

Nuestras unidades de HAD tienen un modelo de ingreso mixto:

1. Evitación de ingreso
 - Ingresos directamente desde urgencias tras estabilizar al paciente evitando ingresos en hospitalización convencional
 - Ingresos directamente desde domicilio derivados por Atención Primaria, Atención Domiciliaria o Equipos de Soporte de Residencias. Se trata de pacientes crónicos con agudizaciones que puedan beneficiarse de ingreso y tratamiento precoz intensivo, pacientes con curas complejas o pacientes con procesos infecciosos para tratamiento antibiótico EV. También se ingresan pacientes en situación de últimos días y tratamientos en bombas de infusión para dar continuidad asistencial en fines de semana y festivos en que los equipos PADES no están operativos.
 - Ingresos desde Consultas Externas para iniciar algún tratamiento concreto que precisa ingreso.

2. Alta precoz

- Ingresos desde las diferentes unidades de hospitalización, tanto de nuestros hospitales como de los hospitales de 3er nivel de referencia, facilitando las altas precoces cuando los pacientes han superado la fase hiperaguda. Una gran parte de estos pacientes provienen de las unidades de Medicina Interna(MI)

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en HAD entre enero de 2009 y diciembre de 2018 en nuestras unidades de HAD.

Se analizaron aspectos clínicos y de morbilidad de los pacientes: edad, sexo, Barthel y Pfeiffer al ingreso, diagnóstico médico, tratamiento administrado, nivel de complejidad según APR-GRD e indicadores de estancia media, reingreso hospitalario por cualquier motivo a los 30 días y mortalidad para compararlos con los pacientes ingresados en las unidades de Hospitalización convencional de Medicina Interna (MI) de nuestros hospitales.

También se analizó el indicador de retorno al hospital (pacientes que vuelven al hospital para ingreso en una unidad convencional antes del alta de HAD), la tasa de intervención de los diferentes profesionales por día de estancia y la procedencia del ingreso en HAD.

Se ha calculado el coste de estructura de HAD, 30 camas, por día de estancia y se ha comparado con una unidad de Hospitalización de MI de 30 camas de nuestro hospital.

Durante los meses de marzo y noviembre de los años 2014 y 2015 se realizaron encuestas de satisfacción a los pacientes ingresados en HAD. Se eligieron estos meses porque es cuando los ingresos y altas en HAD son más estables por estar fuera del periodo de invierno, en que aumenta mucho la demanda, o del verano, en que la presión asistencial habitualmente es menor. En el momento del alta se entregaba a todos los pacientes un formulario de encuesta que contestaban de manera anónima y hacían llegar al buzón de atención al cliente que se encargaba de recoger y tabular los datos.

En este estudio se descartaron los ingresos del primer año de funcionamiento (diciembre de 2007 a diciembre de 2008) por considerarlo un año de adaptación.

RESULTADOS

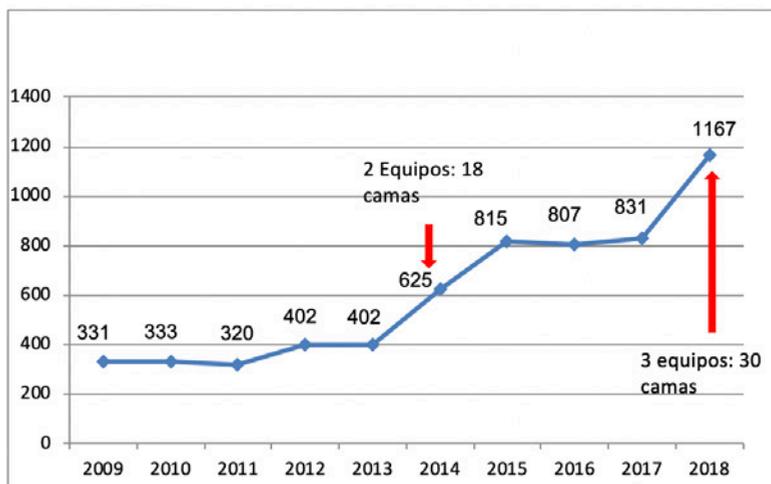
A lo largo de estos 10 años, se recibieron un total de 9.012 solicitudes de ingreso en las unidades de HAD de las cuales se aceptaron el 66,9% y un 33,1% fueron denegadas después de la valoración del equipo de HAD. Los motivos de no aceptación de ingreso en HAD se pueden ver en la Tabla 1. En el apartado "No cumple criterios clínicos" se engloban tanto los pacientes que por inestabilidad clínica no pueden ser tratados en domicilio, como aquellos que tienen una patología leve que puede ser atendida por la Atención Primaria.

Se realizaron un total de **6.033 altas** y 43.139 estancias. La evolución de las altas se puede ver en la Figura 1.

Tabla 1. Porcentajes de los motivos de no aceptación de ingreso en HAD

Motivo de no aceptación del ingreso en HAD	
No aceptación paciente/familia	34,40%
Falta de cama en HAD	22,70%
No tiene cuidador/a o inadecuado/a	14,70%
No cumple criterios clínicos	9,70%
Fuera de zona de cobertura	14,20%
Problemática social	4,30%

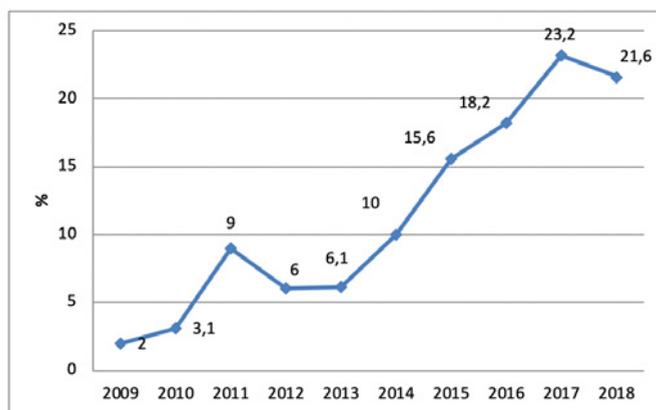
Figura 1. Evolución de las altas en HAD entre 2009 y 2018



El 67,4% de los ingresos procedían del área de Urgencias, un 15,5% de las unidades de Medicina Interna (MI) el 3,1% de otras unidades de hospitalización convencional, un 2,4% ingresaron desde otros centros hospitalarios de tercer nivel y un 11,6 % directamente de domicilio o Residencia Geriátrica. La modalidad de evitación de ingreso supone el 79% de los ingresos en HAD durante este periodo.

A destacar que, en los últimos años, el porcentaje de pacientes que se ingresan directamente de domicilio a demanda de Atención Primaria, Equipo de Soporte a Residencias Geriátricas o PADES ha ido aumentando como se puede ver en la Figura 2.

Figura 2. Evolución del porcentaje de pacientes procedentes de domicilio y residencias geriátricas ingresados en HAD



Un 54,6% de los pacientes eran hombres y un 45,4% eran mujeres. Un 77,2% eran >65 años y un 31,8% >84, notándose una tendencia al aumento de los pacientes atendidos en esta franja de edad en los últimos años, coincidiendo con el aumento de ingresos directos de pacientes procedentes de residencias geriátricas y domicilio.

El 86% de los ingresos en HAD son por patología médica y corresponden a los siguientes procesos: Enfermedades del aparato respiratorio (43,7%), Enfermedades del riñón y del tracto urinario (17,8%), Enfermedades del sistema circulatorio (12,2%), Celulitis y otras infecciones de piel y tejidos (7,8%)

Tratamiento recibido: Medicación endovenosa (81%), Oxigenoterapia (53%), medicación nebulizada (51%), medicación subcutánea (63%), medicación oral (100%).

La estancia media en HAD fue de 7,1 días (rango interanual entre 6,7 y 7,5) i en MI en el mismo periodo fue de 7,2 días (entre 6,6 y 7,9).

El porcentaje de defunciones fue del 2,3% (0,3-4,9) mientras que en las unidades de MI fue del 5,8% (entre 4,7 y 6,7).

Los reingresos por cualquier motivo en los 30 días posteriores al alta de HAD fueron del 12,2% (rango interanual entre el 10,9 i 15,2) y en las unidades de MI fueron del 14,9% (entre el 13,1 i el 18,7).

El porcentaje de retorno al hospital (pacientes que vuelven al hospital para ingreso en una unidad convencional antes del alta de HAD) ha sido del 4,1% (1,9-5,9).

La ocupación media de HAD fue del 85,1% (79,8% - 90%) y en las unidades de MI de 96,9%.

La tasa de intervención enfermera fue de 1,3 visitas por día estancia y la del médico de 0,6 por día estancia. La tasa de intervención telefónica ha sido de 2,3 llamadas por día estancia.

Se ha observado un aumento de la dependencia funcional y del deterioro cognitivo de los pacientes ingresados en HAD coincidiendo con el aumento de los ingresos de pacientes procedentes de residencias geriátricas y domicilio, ver Figura 3.

Se ha comparado el nivel de gravedad de los pacientes ingresados en HAD en los últimos 2 años con los ingresos en Hospitalización convencional de MI y la Unidad Polivalente de Corta Estancia dependiente de urgencias (UPO) observado que los pacientes ingresados en HAD tienen un índice de gravedad según el sistema de clasificación de pacientes APR-DRG, significativamente inferior a los ingresados en las unidades de MI y superior a los que ingresan en la UPO (Tabla 2)

También se ha comparado el peso medio (APR-DRG v32) de las patologías atendidas en HAD con las atendidas en MI y la Unidad de Corta estancia de Urgencias (UPO) en 2018. El peso medio de las patologías atendidas en HAD es significativamente superior a la de la UPO e inferior a la atendida en MI, (0,688, 0,625 y 0,816 respectivamente) como puede apreciarse en la Figura 4.

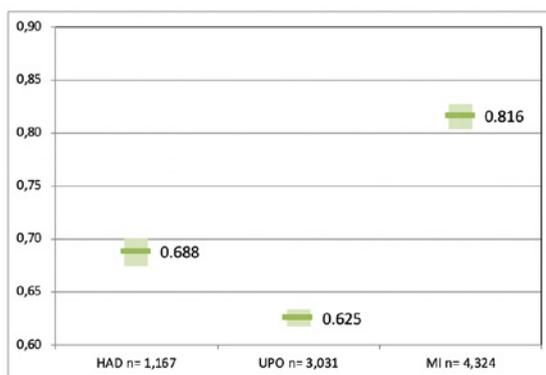
Tabla 2. Comparativa de gravedad (APR-DRG) según modalidad de ingreso 2017-2018

Tabla de gravedad APR-DRG por tipo de Actividad 2017-18					
Indice gravedad		HAD ¹	HC MI ²	UPO ³	Total
1	N	397	1662	2104	4163
	Porcentaje	19.87	20.08	36.92	
2	N	1146	4234	2847	8227
	Porcentaje	57.36	51.15	49.96	
3	N	442	2243	717	3402
	Porcentaje	22.12	27.10	12.58	
4	N	13	139	31	183
	Porcentaje	0.65	1.68	0.54	
Total	N	1998	8278	5699	15975

1. Hospitalización a domicilio
2. Hospitalización convencional de Medicina Interna
3. Unidad de Corta Estancia de Urgencias

Estadístico	Valor	Prob
Chi-cuadrado	794.5	<.0001

Figura 4. Comparativa del Peso medio (APR-DRG v32) en 2018 según modalidad de ingreso



1. HAD: Hospitalización a domicilio
 2. UPO : Unidad de Corta estancia de Urgencias
 3. MI :Unidad convencional de Medicina Interna
- Intervalo de confianza 95%

Se ha analizado el coste de estructura por estancia en HAD y se ha comparado con el coste por estancia en una unidad de hospitalización convencional de MI de 30 camas por ser la que más se

asemeja en cuanto a tipología de pacientes atendidos. En el cálculo se tiene en cuenta el coste directo de la estructura (suministros, mantenimiento, dietas, limpieza) de una unidad de MI comparado con el coste de la estructura de HAD (suministros, mantenimiento, limpieza de la unidad, coches y desplazamientos). El personal de enfermería forma parte de la estructura tanto en la unidad de MI como en HAD, no así el personal médico que en el caso de MI se imputa al servicio y que por tanto no se ha tenido en cuenta en ninguno de los dos casos.

El coste por estancia en una unidad de MI de nuestros hospitales por estos conceptos es de 148€ mientras que en HAD es de 54€

En cuanto a las encuestas de satisfacción, se entregaron un total de 151 formularios y se recibieron 142 (94%). El 64,1% de pacientes/familias que contestaron la encuesta, valoraron de manera global el servicio con un 10 sobre 10, un 18,3% con 9/10, un 9,1% con 8/10 y un 8,4% con 7/10 o menos. A la pregunta de si "Volvería a ingresar en HAD si fuese necesario, un 91,5% dijeron que si, un 6,4% contestaron que no y un 2,1% que no lo sabían.

DISCUSIÓN

La hospitalización a domicilio se está consolidando en nuestro territorio como un modelo asistencial capaz de atender a pacientes que necesiten tratamientos y atención sanitaria especializada e intensiva en su domicilio con una buena resolución y a un coste menor que si estuviesen ingresados en una unidad de hospitalización convencional, favoreciendo además el confort de los pacientes y evitando que, estancias prolongadas en el hospital puedan producirles complicaciones.

En 2017 el porcentaje de altas de HAD en nuestra zona suponía el 4,6 % del total de altas de nuestros hospitales y estamos entre los 5 primeros de Cataluña con mayor número de altas de esta modalidad de atención(4)

Nuestras unidades de HAD tienen un porcentaje alto de pacientes mayores de 84 años, 31,8%, casi el doble que la media de las unidades de HAD en Cataluña que es del 16,4%(5). En el caso de las unidades de MI de nuestros hospitales este porcentaje es también inferior (20,2%).

El 86% de los ingresos en HAD son por patología médica con predominio de las enfermedades del aparato respiratorio (43,7%), un porcentaje alto si lo comparamos con la media de las unidades de HAD en Cataluña que es del 29%(5) y de nuestras unidades de MI que es del 30,2%.

La estancia media en HAD es similar a la media de estancia en las unidades de hospitalización de MI e inferior a la media de las unidades de HAD en Cataluña, 9,5 días(5) y otras unidades del territorio español que superan los 10 días(6,7). La posibilidad que tenemos en nuestro territorio de coordinación con otros equipos de soporte domiciliario puede explicar esta diferencia.

En cuanto al retorno del paciente al hospital por no poder acabar la hospitalización a domicilio debido a complicaciones o problemas logísticos en el domicilio, en nuestro caso está por debajo del 6% sin tender a cero, que tal y como argumenta el Dr. Manuel Mirón en su blog *Hospitalydomicilio.com* "La tasa de retorno al hospital: el indicador total" este valor puede considerarse adecuado, ya que un índice muy bajo de retorno al hospital podría significar que el criterio de selección de los pacientes es excesivamente exigente y que pudiendo ser atendidos en su casa, algunos pacientes se quedan en el hospital o que los pacientes atendidos en HAD son de muy baja complejidad(8)

Los reingresos en los 30 días posteriores al alta de HAD por cualquier motivo es inferior al de las unidades de MI (12,2% vs 14,9%) Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes en la HAD tienen patología médica y con una gravedad inferior a la que se atiende en las unidades de hospitalización de MI podemos inferir que este porcentaje de reingresos es el esperado. La media

de reingresos de las HAD en Catalunya es inferior al nuestro (8,4%) según se recoge en el informe AQUAS(5). El hecho de que los pacientes atendidos en nuestras unidades de HAD sean en un elevado porcentaje pacientes con patología respiratoria y de edad avanzada puede estar influyendo en el mayor número de reingresos a los 30 días ya que este tipo de patología presenta un nivel de reingreso global elevado(9). Un estudio realizado en Honolulu en una unidad de HAD para veteranos(10) con patología mixta en un porcentaje similar a la que tratamos en nuestras unidades, reporta un 14,5% de reingresos por cualquier motivo en los 30 días siguientes al alta en HAD. También se tiene que tener en cuenta que en nuestros hospitales consideramos como ingreso a los pacientes que quedan en la unidad de corta estancia de urgencias en observación (UPO) durante un máximo de 48 horas y que en muchos casos son después dados de alta sin pasar por una unidad de hospitalización convencional, quizá esto esté influyendo en el valor superior de porcentaje de reingreso.

La mortalidad fue del 2,3%, también superior a la media de las unidades de HAD en Catalunya (<1%)(5) pero inferior a nuestras unidades de MI (5,8%). En nuestro caso, el aumento de pacientes paliativos para seguimiento en fines de semana y festivos y de pacientes que ingresan directamente de residencias geriátricas hace que este indicador también haya aumentado en los últimos años, siendo en su mayor parte muertes esperadas.

Que el índice de gravedad de los pacientes ingresados en HAD sea menor que en las unidades de MI pero superior a las unidades de Corta Estancia, corrobora la idea de que los pacientes que ingresan en HAD son pacientes que necesitan ingreso, pero no precisan de toda la estructura de una unidad de hospitalización y pueden ser tratados en casa sin diferencia en los resultados en cuanto a estancia, reingresos o mortalidad.

En un artículo de abril de 2016 en que se estudia el peso medio (APR v32) de 9.440 episodios atendidos en HAD en 2014, en 20 hospitales del SNS, el peso medio obtenido fue de 0,647 para los pacientes que provenían de un ingreso previo y de 0,617 para los que ingresaban directamente en HAD ambos inferiores a los obtenidos en nuestras unidades de HAD que fue de 0,688.

La tendencia al aumento de pacientes procedentes directamente de domicilio se debe a una mayor coordinación entre HAD y los equipos que trabajan en la comunidad (Atención Primaria, de Soporte a Residencias Geriátricas y PADES) y al incremento de camas de HAD, lo que facilita que se pueda dar una mayor y más rápida respuesta a la demanda general y evita que estos pacientes tengan que acudir a urgencias.

La denegación de ingreso por falta de cama era más frecuente en los primeros años de funcionamiento en que solo había una unidad de 8 camas y continua produciéndose aun ocasionalmente en invierno, en que la demanda supera la oferta de camas como pasa en otros servicios.

En los últimos años se ha aumentado mucho la zona de cobertura, pero aún hay lugares muy alejados del hospital o mal comunicados a los que no llega HAD y por tanto existe un porcentaje de pacientes, que se rechazan por ese motivo.

Los costes de la estancia en HAD en nuestro entorno, comparada con una unidad de hospitalización de MI son, según los datos obtenidos, 3 veces inferiores debido a que no hay consumo de dietas, menor gasto en servicios generales como limpieza o lavandería y tampoco personal auxiliar, lo que compensa con creces los gastos de desplazamiento y de mantenimiento de vehículos específicos de HAD.

Como limitaciones destacar que, a partir de las 16 horas, al no haber médico en el servicio, no se hacen ingresos de pacientes hasta el día siguiente. En el futuro, HAD debería ampliar el horario médico hasta las 20 horas para poder agilizar los ingresos.

Durante la noche, la cobertura de las incidencias a través del contacto telefónico con el médico de urgencias de nuestros hospitales en caso necesario, es una buena solución, dado que las llamadas de pacientes durante esas horas son muy pocas a lo largo del año y cuando se han producido se han solucionado, o bien por teléfono, o bien enviando una ambulancia para traer al

paciente a urgencias para ser visitado. En alguna ocasión nos hemos encontrado que la llamada no fue derivada al médico de urgencias sino al servicio de emergencias (061) por desconocimiento del circuito debido a la coincidencia de la llamada con la incorporación de personal nuevo en la centralita de urgencias.

Un porcentaje alto de las denegaciones de ingreso en HAD corresponde a la no aceptación de esta modalidad de ingreso por parte de pacientes y familia y se relaciona con la carga que supone para los cuidadores atender en casa a pacientes que tienen una alta dependencia agravada por una descompensación de su enfermedad o por la falta de apoyo familiar (pacientes que viven solos o que conviven con personas muy mayores). Esto supone un hándicap para la HAD, que se puede agravar en el futuro y que se tiene que tener en cuenta si no cambia el apoyo social de ayuda personal en el domicilio para los pacientes dependientes.

En la actualidad disponemos de una Aplicación (App) para tener la información de la Historia Clínica del paciente en los dispositivos móviles de los profesionales y realizar los registros básicos de la información de seguimiento desde los domicilios, pero es necesario avanzar en el desarrollo de esta herramienta para mejorarla. También es necesario mejorar en la tecnología específica para el domicilio en cuanto a aparataje que sea fácilmente transportable y que facilite la monitorización de los pacientes a nivel remoto.

Como retos de futuro pensamos aumentar la cartera de servicios con necesidades detectadas a lo largo de estos años como pueden ser las transfusiones o la administración de quimioterapias en pacientes que tienen mucha dificultad para desplazarse al hospital (pacientes de RG, PADES) y también llegar a la cobertura del 100% del territorio. Esto significará tener que aumentar el número de camas, pero sobre todo el personal asistencial de las unidades de HAD.

En este artículo se proporciona una visión general de los resultados globales de nuestras unidades de HAD en estos 10 últimos años. Quizá en el futuro sería interesante estudiar los resultados más centrados en las distintas patologías atendidas dado que el volumen de pacientes, ahora que disponemos de 30 camas, tendrá mayor significado para comparar los distintos indicadores.

Como reflexión final, subrayar que la actual diversidad de HAD en nuestro país, no tiene por qué ser necesariamente algo negativo. Las diferencias entre las distintas unidades se corresponden con la capacidad que han demostrado para adaptarse a las situaciones particulares de los distintos entornos en los que se han desarrollado y a las necesidades de los pacientes que atienden, que, por mucho que nos empeñemos, no son homogéneos. Sin embargo, sí que es necesario definir y cumplir con unos criterios mínimos para considerar esta actividad como Hospitalización a Domicilio y que, sobre esos mínimos, se tienen que construir unos indicadores que nos permitan poder comparar, crear evidencia, crecer como unidades asistenciales y desarrollar nuevas actividades siempre con el domicilio como centro de atención, un domicilio que en el futuro se convertirá en el cuarto nivel de atención, donde lo que primará será ofrecer soluciones a las necesidades cambiantes de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Massa Domínguez B. La Hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
2. Arias-de la Torre J, Muñoz L, Mias M, Estrada-Sabadell MD, Espallargues-Carreras M. Avaluació de l'hospitalització a domicili: anàlisi de la situació a Catalunya en el període 2010-2014. *Ann Med (Barc 1976).* 2016;99(4):169-73.

3. 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
4. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya: Central de Resultats Àmbit hospitalari, dades 2017 [monografía en Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2018 [consultado 10 mar 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/332D7Cj>
5. Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, et al. Informe AQUAS: Hospitalización a domicilio. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2018 [consultado 10 mar 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/38CWJ0R>
6. Bonilla MV, Escobar F, Esquillor MJ, Valle J, Echevarria 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): [consultado 10 mar 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/33fX2Og>
7. Hermida Porto ML, Dopico Santamariña LM, Lamelo Alfonsin F, Adamiz-Echevarria Iraurgi B, Silva Cesar MA, Vidal Martínez L. Hospitalización a domicilio en hospitales públicos gallegos. *Galic Clin.* 2015;76(1):7-12.
8. Miron M. La tasa de retorno al hospital: el indicador total [página Web]. *Hospital y domicilio*; 2014 [consultado 10 mar 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/38DEGrh>
9. Ruiz-Sada P, Esquillor-Rodrigo M J, Palacios-García L, Iguzquiza-Pellejero M J, Oroz-Segura I, Resano-García I. Estudio comparativo entre pacientes EPOC ingresados en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Hosp Domic.* 2017;1(4):189-97. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i4.22
10. Cai S, Laurel PA, Makineni R, Marks ML. Evaluation of a hospital-in-home program implemented among veterans. *Am J Manag Care.* 2017;23(8):482-487. PMID: 29087145