

# HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: UNA EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

Maria-Dolors Estrada Sabadell<sup>\*1,2</sup>, Jorge Arias-de la Torre<sup>1,2</sup>, Laura Muñoz Ortiz<sup>1,3</sup>, Oriol Estrada Cuixart<sup>4</sup>, Montse Mias Carballal<sup>1</sup>, Mireia Espallargues Carreras<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); <sup>2</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP);

<sup>3</sup> Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC);

<sup>4</sup> Dirección de procesos transversales y alianzas. Gerencia Territorial Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut. Coordinador del proyecto HAD 2020 liderado desde la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

## Introducción

La Hospitalización a domicilio (HaD) es una modalidad asistencial basada en el hospital que proporciona tratamiento activo por parte de profesionales sanitarios en el hogar del paciente para una condición que de otra manera requeriría atención aguda en el hospital, y siempre por un período de tiempo limitado. Los servicios de HaD se dirigen a dos ámbitos de atención: 1) modelo de evitación del ingreso y 2) modelo de alta precoz. En ambos esquemas de HaD es fundamental la vinculación con el hospital de agudos y que se prescinda de la cama hospitalaria

## Objetivos

**General:** Evaluar la HaD en términos de eficacia y seguridad, y analizar la situación de la HaD en nuestro entorno

**Específicos:**

- 1) estudiar la eficacia y seguridad de la HaD en comparación con la del ingreso en hospitalización convencional;
- 2) analizar la situación de la HaD en Cataluña (2014);
- 3) analizar la situación actual de la HaD en España (2016) según expertos;
- 4) conocer la realidad de la HaD en España (2016) mediante encuesta nacional electrónica dirigida a todas las unidades HaD activas (UHaD)

## Material y métodos

Se han combinado diferentes metodologías: 1) **revisión de la literatura** científica sobre revisiones sistemáticas (RS) de ensayos controlados aleatorizados (ECA) publicados desde 2010 hasta julio 2015; 2) **Realización de dos estudios transversales descriptivos** a partir de los datos del Conjunto mínimo básico de datos alta hospitalaria (CMBDHA) catalán (2014); 3) Análisis estratégico mediante **DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) en 2016 con un panel de expertos del grupo de trabajo 2020 junto con representantes de AQuAS y la industria farmacéutica; 4) **Encuesta electrónica** a las unidades de HaD españolas (2016) en activo. La encuesta consta de 13 áreas de interés y el punto de partida para identificar las UHaD activas fue el Directorio de UHaD de la SEHAD (110 UHaD en marzo 2016).

## Conclusiones

El proyecto ha permitido ahondar en diferentes aspectos de la HaD, desde la evaluación clínica y de costes hasta el modelo organizativo revelando necesidades como son la promoción de indicadores específicos para la monitorización de la HaD y la potenciación de la formación entre los profesionales y usuarios.

## Bibliografía

<http://www.sehad.org/>

[http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes\\_projectes/qualitat\\_atencio\\_sanitaria/Avaluacio\\_hospitalitzacio\\_domiciliaria\\_Catalunya/](http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes_projectes/qualitat_atencio_sanitaria/Avaluacio_hospitalitzacio_domiciliaria_Catalunya/)

## Resultados

### T1. Características de los estudios incluidos

Tipo diseño	7 RS de ECA
Año publicación	6 entre 2010-2015 1 en 2016 (actualiza otra del 2008)
Modalidad estudiada	Evitación ingreso (n=5) Alta precoz (n=1) HaD en general (n=1)
Calidad estudios	Moderada-baja

La HaD puede asociarse a resultados positivos en mortalidad, reingresos, costes y satisfacción tanto para los pacientes como cuidadores, si bien la calidad de la evidencia, a pesar de basarse en ECA, es todavía moderada o baja

### T2. Reingresos, morbilidad y estancia media de los contactos en función de la modalidad de HD en Cataluña en el año 2014

	Evitación del ingreso (n=7668)	Alta precoz (n=2523)
	N (%)	N (%)
<b>Reingresos hasta 30 días posteriores al alta</b>		
No	7043 (91,6)	2324 (92,1)
Si	645 (8,4)	199 (7,9)
<b>Mortalidad intrahospitalaria</b>		
No exitus	6735 (87,6)	2252 (89,3)
Exitus	953 (12,4)	271 (10,7)
<b>Estancia media (DE) en días</b>		
Total días de estancia	9,5 (10,4)	9,7 (10,9)*
	73,344	24,568*

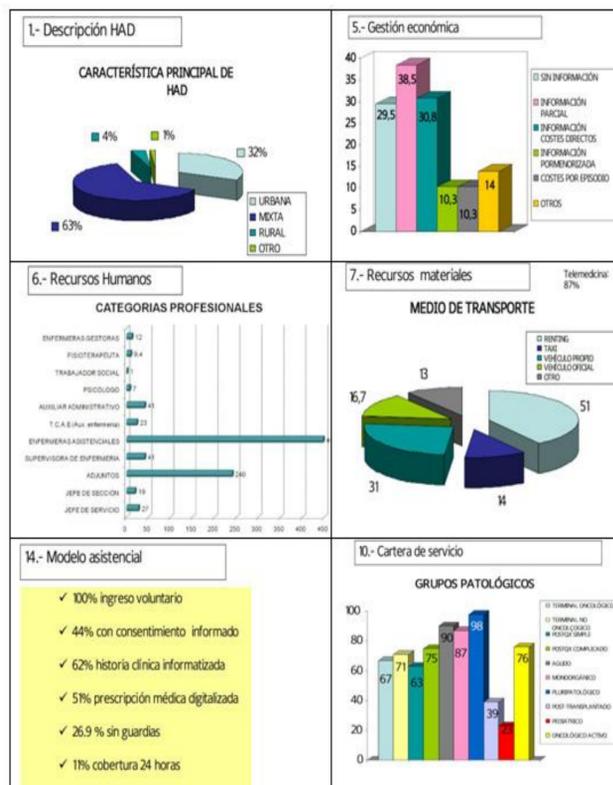
n: número de contactos; %: porcentaje de contactos; DE: desviación estándar

\*Considerando conjuntamente el contacto de HD de la modalidad alta precoz y el contacto previo de hospitalización convencional del que procede, la estancia media (DE) es de 17,6 (15,6) días, siendo el total de días de estancia de 62,796

**HaD en Cataluña:** muestra similitudes en la casuística y la estancia media de los procesos atendidos; no se observaron diferencias estadísticamente significativas en reingresos y en estancia media pero si en mortalidad entre las modalidades de HaD (evitación del ingreso y alta precoz)

El análisis y la reflexión profunda del DAFO ha derivado en una delimitación de un marco conceptual y de las características organizativas de la HaD.

### F1. Características de las UHaD (España, 2016)



✓ Respondieron la encuesta el 71% de las unidades de HaD de España (n=110).

✓ Crecimiento sostenido de la actividad

✓ Revelación de desigualdades tanto a nivel territorial como temporal,

✓ Notable heterogeneidad en los modelos asistenciales de las unidades existentes