

Avaluació de l'hospitalització a domicili: anàlisi de la situació a Catalunya en el període 2010-2014

Jorge Arias^{1,2}, Laura Muñoz¹, Montse Mias¹, Maria-Dolors Estrada^{1,2}, Mireia Espallargues^{1,3}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Barcelona; ²CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ³Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Introducció

En els últims anys la majoria dels hospitals han treballat intensament per dissenyar, implementar i potenciar dispositius alternatius a l'hospitalització convencional. En aquest context s'han incrementat els programes de cirurgia major ambulatoria, s'ha ampliat el nombre d'activitats que es realitzen en els hospitals de dia i s'han desenvolupat programes d'hospitalització a domicili (HaD), "hospital at home" en anglès, entre altres opcions.

L'hospitalització a domicili és un recurs assistencial sanitari avançat que té com a objectiu atendre el pacient en el seu propi domicili proporcionant-li processos diagnòstics i terapèutics de complexitat i intensitat comparables als que es realitzen en règim d'internament en hospitalització convencional. Entre les seves finalitats organitzatives hi trobem estalviar estades hospitalàries i alliberar recursos per a destinar-los a altres actuacions especialitzades. Hi ha diverses modalitats d'hospitalització a domicili: la modalitat d'alta precoç o *early discharge*, que permet avançar l'alta de pacients ingressats en plantes d'hospitalització, i la de substitució o evitació de l'ingrés o *admission avoidance*, on l'hospitalització a domicili ofereix una alternativa vàlida a l'ingrés en planta de molts pacients que acudeixen al servei d'urgències hospitalàries o que són derivats des de l'atenció primària, sense el pas previ d'ingrés en un hospital d'aguts amb internament convencional.

La primera unitat d'hospitalització a domicili (UHaD) a Espanya es va obrir l'any 1981. A partir d'aquesta, se'n van obrir d'altres durant la dècada dels vuitanta fins a l'actualitat; ara hi ha més de 106 unitats d'hospitalització a domicili distribuïdes en 15 comunitats autònomes segons els resultats de l'enquesta realitzada per la Sociedad Española de Hospitalización a

Domicilio (SEHAD) durant l'any 2015¹. Sembla, però, que no hi ha un model comú d'unitat d'hospitalització a domicili. En els diferents països on està implementada en major o menor grau es troba una gran diversitat de models assistencials. En el nostre context, l'hospitalització a domicili es fonamenta en un model d'unitat clínica integrada en l'organització hospitalària però amb un marc físic d'actuació que s'estén més enllà de l'hospital i on la prestació d'assistència sanitària es realitza per part d'infermeria i metges especialistes hospitalaris. No obstant això, la falta de definició d'aquestes unitats d'hospitalització a domicili ha generat estructures, funcionalitats molt variables on es pot trobar una àmplia gama de pacients i necessitats.

És en aquest escenari on el CatSalut es planteja i encarrega a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) desenvolupar un projecte avaluador centrat en l'hospitalització a domicili dirigit a conèixer l'impacte de l'hospitalització a domicili, principalment en termes d'efectivitat i eficiència, i analitzar la situació al nostre entorn. Aquest projecte també és un dels prioritzats en el marc de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), que l'inclou en el seu pla de treball. Tot i que aquest projecte ha comptat sempre amb la col·laboració d'experts responsables de les unitats d'hospitalització a domicili, així com amb representants de societats científiques, la realitat és que la formalització d'una col·laboració entre la SEHAD i l'AQuAS ha establert un abans i un després en l'abast i desenvolupament d'aquest projecte, que actualment està en curs.

Objectiu

Descriure les característiques i l'evolució de les unitats d'hospitalització a domicili dels hospitals del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Aquest és un dels objectius específics del projecte avaluador de l'hospitalització a domicili: l'anàlisi de la situació de l'hospitalització a domicili a Catalunya (2010-2014).

Correspondència: Maria-Dolors Estrada
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
C/ de Roc Boronat, 81-95, segona planta
08005 Barcelona
Tel. 935 513 877
Adreça electrònica: destrada@gencat.cat

Mètode

Disseny i població d'estudi

Es va realitzar un disseny observacional transversal amb informació dels contactes procedents del registre poblacional del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts (CMBD-HA)² de Catalunya, que recull informació sobre la patologia atesa en aquests hospitals, durant el període comprès des de gener de 2010 a desembre de 2014, quan el tipus d'assistència rebuda ha implicat l'hospitalització a domicili.

El concepte "contacte" es va utilitzar per designar cada vegada que un malalt va accedir a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència, essent possible que diferents contactes corresponguessin a un mateix pacient al llarg del període d'estudi.

Variables

Es van utilitzar variables relacionades amb el pacient (sexe, edat, regió sanitària de residència i mortalitat) i amb el contacte (estada i morbiditat atesa a partir del diagnòstic principal, codificats i agrupats en 17 grans grups de diagnòstics i la classificació suplementària del codi V d'acord amb la Classificació Internacional de Malalties, 9a revisió, modificació clínica [CIM-9-MC]³). El codi V de la CIM-9-MC correspon a factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris com, per exemple, admissió, examen, observació. Es van excloure de l'anàlisi els diagnòstics principals relatius a la classificació suplementària del codi E, que són els que recullen les causes externes de lesions i intoxicacions, ja que no es corresponien amb el context de l'estudi.

Anàlisi de dades

Es va dur a terme una anàlisi descriptiva de la situació actual i l'evolució al llarg del període d'estudi. Per a l'evolució, es va descriure el nombre de contactes i pacients per a cada any, així com el total del període d'estudi i es va considerar també el percentatge d'augment observat en el nombre de contactes i pacients entre 2010 i 2014. Per a la situació actual, es va considerar l'últim any amb dades disponibles —l'any 2014— i es van descriure les característiques dels pacients i dels contactes mitjançant la freqüència i el percentatge per a la majoria de les variables (variables qualitatives), mitjana i desviació estàndard, per a les variables quantitatives amb distribució normal, o mediana i rang interquartílic (RIQ, percentil 25% - percentil 75%), per a les variables qualitatives que no seguien una distribució normal. Per tal d'estudiar la distribució geogràfica de l'activitat d'hospitalització a domicili en un altre nivell d'agregació diferent al de la regió sanitària, es van calcular les taxes crues d'activitat d'hospitalització a domicili (per 1.000 habitants) a Catalunya per a l'any 2014 segons la població de Catalunya que consta en el Registre Central

d'Assegurats del Servei Català de la Salut a 31 de desembre de 2013, per a homes i dones, i per a cadascuna de les àrees de gestió assistencial (AGA), delimitacions territorials que parteixen de l'agrupació d'àrees bàsiques de salut que hi ha a Catalunya. Aquestes taxes crues d'activitat es van calcular com el quocient entre el nombre de contactes (homes o dones) d'hospitalització a domicili en una àrea de gestió assistencial (numerador) i el total de contactes (homes o dones) residents en aquella AGA (denominador) durant 2014. Finalment, aquestes taxes crues es van representar en dos mapes per ajudar a la interpretació dels resultats a nivell territorial i estudiar-ne la possible variabilitat. Tant en els homes com en les dones, una major intensitat del color indica una major taxa crua d'activitat d'hospitalització a domicili en aquella AGA.

Resultats

Dels 66 hospitals generals d'aguts que formen part del SISCAT, 30 hospitals han notificat activitat d'hospitalització a domicili durant el període 2010-2014. Si tenim en compte la regió sanitària on estan ubicats, totes les regions sanitàries de Catalunya compten amb unitat d'hospitalització a domicili a excepció de la Regió de l'Alt Pirineu i Aran (la seva població suposa el 0,9% dels habitants i el 18% del territori català). La regió sanitària de Barcelona és la que té major nombre d'hospitals d'aguts que notifiquen activitat d'hospitalització a domicili (n = 20/34 hospitals) i la de Terres de l'Ebre la que menys (n = 1/4 hospitals). Tots els hospitals de l'Institut Català de la Salut, el major proveïdor públic de serveis sanitaris de Catalunya, a excepció d'un, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, realitzen activitat d'hospitalització a domicili.

Durant el període d'estudi (2010-2014) es van registrar en el CMBD-HA 49.604 contactes d'hospitalització a domicili de 30 hospitals d'aguts de Catalunya, que van correspondre a 37.880 pacients. Això representa que l'1,6% de les altes, durant aquell període, van ser d'hospitalització a domicili (en el denominador, contactes d'hospitalització a domicili més contactes d'hospitalització convencional). Dels 37.880 pacients, 31.103 (82,1%) van tenir un únic contacte durant tot el període i 6.777 (17,9%) van tenir-me més d'un (Taula 1). Entre l'any 2010 i el 2014 es va produir un augment del 31,7% en el nombre de contactes (es va passar de 8.276 contactes el 2010 a 12.118 el 2014) i del 33,6% en el nombre de pacients atesos (es va passar de 6.965 pacients el 2010 a 10.484 el 2014). En relació als pacients amb més d'un contacte, es va produir també un augment entre 2010 i 2014 del 20,4% en el nombre de contactes i del 21,3% en el nombre de pacients.

El 2014, l'estada mitjana en les unitats d'hospitalització a domicili catalanes dels 12.118 contactes va ser de 7 dies (RIQ: 4-7) i la morbiditat atesa més freqüent va

correspondre a malalties de l'aparell respiratori (29%), factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris (14%), malalties de l'aparell genitourinari (12,4%) i malalties de l'aparell circulatori (11,2%) (Taula 2). El 51,5% dels 10.484 pacients atesos en les unitats d'hospitalització a domicili catalanes durant el 2014 van ser homes. La mitjana d'edat va ser de 66 anys (desviació estàndard: 21 anys) i el 16,4% dels pacients era major de 84 anys (homes, 13,3%; dones, 19,6%).

La Figura 1 mostra la variabilitat geogràfica per AGA que hi havia en l'hospitalització a domicili l'any 2014 a Catalunya.

Discussió

En el present estudi es posa de manifest que l'hospitalització a domicili està disponible en els hospitals d'aguts de Catalunya. Aquesta realitat sembla reproduir-se en la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol, segons les dades incloses al catàleg de la SEHAD realitzat l'any 2015, que inclou 106 unitats d'hospitalització a domicili en funcionament segons les dades facilitades pel personal de les diferents unitats d'hospitalització a domicili¹. L'estudi també posa de manifest que el volum d'activitat és creixent any rere any, tant pel que fa a l'increment en el nombre de contactes (31,7%) com de pacients (33,6%) entre l'any 2010 i l'any 2014. Aquesta situació sembla mantenir-se en el 2015, ja que els hospitals del SISCAT van atendre 9.546 altes d'hospitalització a domicili⁴. No obstant això, el nivell d'implementació es considera baix (1,6%) tot i que amb una tendència progressivament ascendent. L'aplicació de la salut digital a estructures assistencials pot facilitar la seva anàlisi i el seu desenvolupament (Pla de salut de Catalunya, 2016-2020).

Pel que fa al sexe, l'estudi mostra una distribució homogènia dels pacients atesos en l'hospitalització a domicili, i que l'edat del pacient no és un condicionant a l'hora d'oferir-li aquesta opció alternativa a l'inter-

nament convencional (el 16% del atesos en hospitalització a domicili eren majors de 84 anys). Entre les patologies més freqüents hi ha les de l'aparell respiratori degudes a l'agudització de processos crònics, habituals en les primeres posicions de la casuística d'aquestes unitats. L'estada mitjana de les unitats d'hospitalització a domicili catalanes el 2014 fou similar als 8,89-9,85 dies, amb ingrés previ o sense ingrés previ, respectivament, recollides en un estudi que inclou 20 hospitals del *Sistema Nacional de Salud* (SNS) el 2014⁵. Les taxes crues d'aquest estudi mostren variabilitat geogràfica en l'hospitalització a domicili en el territori català (AGA) l'any 2014. Segurament aquestes diferències variaran un cop es tingui en compte l'estructura d'edat i sexe de les poblacions.

La informació que proporciona el CMBD-HA de Catalunya permet conèixer l'evolució en el temps de les patologies ateses, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori; i és útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis. A més, des de la seva creació (Ordre de 23 de novembre de 1990), s'estableix l'obligació de tots els hospitals públics i privats de Catalunya d'elaborar aquest registre amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts. Aquesta pot ser una eina molt útil per avaluar l'hospitalització a domicili. És fonamental promoure que les dades declarades siguin exhaustives i vàlides. En aquest sentit, és prioritari definir i monitorar indicadors específics perquè sigui possible portar a terme una avaluació continuada de l'hospitalització a domicili a Catalunya, així com impulsar recerca rigorosa i *benchmarking* en aquest camp, amb l'objectiu d'identificar, provar i implementar les millors pràctiques en el camp de l'hospitalització a domicili. La comparació entre CMBD-HA entre comunitats autònomes de l'Estat espanyol podria ser un bon inici.

TAULA 1. Contactes i pacients d'hospitalització a domicili a Catalunya en el període 2010-2014 (n)

	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%Δ 2014 - 2010
Contactes	8.276	8.941	9.380	10.889	12.118	49.604	31,7
Pacients	6.965	7.490	8.080	9.295	10.484	37.880	33,6
Pacients amb un contacte	6.053	6.488	7.118	8.161	9.325	31.103	35,1
Pacients amb més d'un contacte							
Contactes	2.223	2.453	2.262	2.728	2.793	18.501	20,4
Pacients	912	1.002	962	1.134	1.159	6.777	21,3

TAULA 2. Característiques dels pacients i contactes d'hospitalització a domicili a Catalunya l'any 2014

Característiques dels pacients	Homes		Dones		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edat (anys)						
< 1	122	2,3	136	2,7	258	2,5
1-14	11	0,2	8	0,2	19	0,2
15-44	564	10,4	667	13,1	1.231	11,7
45-64	1.285	23,8	1.013	19,9	2.298	21,9
65-74	1.195	22,1	981	19,3	2.176	20,8
75-84	1.501	27,8	1.283	25,2	2.784	26,6
≥ 85	719	13,3	997	19,6	1.716	16,4
Regió Sanitària de residència						
RS Lleida	445	8,3	383	7,5	828	7,9
RS Camp de Tarragona	612	11,3	633	12,4	1.245	11,9
RS Terres de l'Ebre	197	3,7	150	3,0	347	3,3
RS Girona	293	5,4	267	5,3	560	5,3
RS Catalunya Central	546	10,1	441	8,7	987	9,4
RS Alt Pirineu i Aran	4	0,1	4	0,1	8	0,1
RS Barcelona	3.288	60,9	3.186	62,6	6.474	61,8
Altres (Estat espanyol o estranger)	12	0,2	21	0,4	35	0,3
Mortalitat	581	10,8	422	8,3	1.003	9,6
Total pacients	5.397	51,5	5.087	48,5	10.484	100,0
Característiques dels contactes	n	%	n	%	n	%
Estada mediana (RIQ) en dies	7	4-11	7	4-11	7	4-11
Morbiditat atesa^a						
Malalties de l'aparell respiratori	2.179	34,4	1.335	23,1	3.514	29,0
Codis V ^b	790	12,5	906	15,7	1.696	14,0
Malalties de l'aparell genitourinari	788	12,4	716	12,4	1.504	12,4
Malalties de l'aparell circulatori	603	9,5	756	13,1	1.359	11,2
Malalties del sistema musculoesquelètic	331	5,2	555	9,6	886	7,3
Malalties de l'aparell digestiu	457	7,2	334	5,8	791	6,5
Lesions i intoxicacions	465	7,3	324	5,6	789	6,5
Malalties de la pell i del teixit subcutani	203	3,2	290	5,0	493	4,1
Neoplàsies	115	1,8	191	3,3	306	2,5
Malalties del sistema nerviós	90	1,4	120	2,1	210	1,7
Síntomes, signes i altres afeccions	123	1,9	86	1,5	209	1,7
Malalties endocrines i nutricionals	82	1,3	69	1,2	151	1,3
Resta de malalties o condicions ^c	108	1,7	102	1,8	210	1,7
Total contactes	6.334	52,3	5.784	47,7	12.118	100,0

RS: Regió Sanitària; RIQ: rang interquartílic.

^a Segons els 17 grans grups de diagnòstics de la CIE-9-MC.^b Classificació suplementària de factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris de la CIE-9-MC.^c Grans grups de diagnòstics de la CIE-9-MC amb una freqüència menor a l'1%: malalties infeccioses i parasitàries, malalties de la sang i els òrgans hematopoètics, trastorns mentals, complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, anomalies congènites i afeccions originades en el període perinatal.

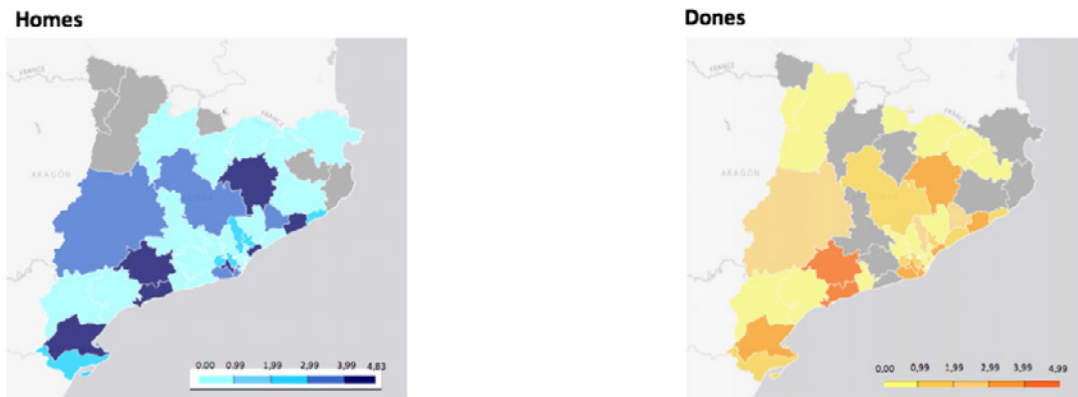


FIGURA 1. Taxa cruà d'activitat d'hospitalització a domicili per 1.000 habitants per a homes i dones segons l'Àrea de Gestió Assistencial (AGA)* a Catalunya l'any 2014^{a,b}

*Unitat territorial de referència.

^a Segons la població de Catalunya que consta en el Registre Central d'Assegurats del Servei Català de la Salut a 31 de desembre de 2013.

^b Una major intensitat del color indica una major taxa cruà. En color gris, aquelles àrees que no havien informat de cap cas d'hospitalització a domicili en el període estudiat.

Conclusions

L'hospitalització a domicili és un recurs sanitari disponible a Catalunya que mostra similituds en la casuística i l'estada mitjana dels processos atesos. A partir d'aquesta primera anàlisi descriptiva està previst comparar les modalitats d'hospitalització a domicili per tal de buscar patrons concrets de pacients a través de variables sociodemogràfiques (edat i sexe), variables de procés (estada mitjana, reingressos), variables clínicoassistencials (diagnòstics principals i procediments principals més freqüents) i mortalitat així com analitzar la relació de l'estada mitjana de l'hospitalització a domicili amb el fet d'haver tingut una hospitalització convencional prèvia.

Per disposar d'informació sobre els avenços d'aquest projecte es pot consultar la pàgina web d'AQuAS: http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/mes_projectes/qualitat_atencio_sanitaria/Avaluacio_hospitalitzacio_domiciliaria_Catalunya/

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Massa B. Clave de futuro: hoja de ruta hacia las HaD del 2020 [ponència]. A: XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Las Palmas de Gran Canaria, 21-23 d'abril de 2016. El catàleg d'UHAD (2015) es troba disponible a: http://www.sehad.org/directorio_unidades.html. Accés el 27 de setembre de 2016.
2. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya, Any 2014. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Barcelona: Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; novembre de 2015. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/cmdb_2014.pdf. Accés el 27 de setembre de 2016.
3. Normativa de codificació de les variables clíniques del Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts (CMBD-HA), Any 2014. Barcelona: Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/normativa_cmbd-ah_2014.pdf. Accés el 27 de setembre de 2016.
4. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss_centrals_resultats/informes/fitxers_estatics/CdR_Hospitals_dades_2015.pdf. Accés el 27 de setembre de 2016.
5. Hospitalización a domicilio: un recurso poco homogéneo. IASIST; abril 2016. Disponible a: <http://www.iasist.com/es/21129/Hospitalizacion-a-domicilio-un-recurso-poco-homogeneo>. Accés el 27 de setembre de 2016.