Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya

Alternativa a l'hospitalització convencional

Servei Català de la Salut

Juny de 2020

/Salut Generalitat de Catalunya

Coordinació del document:

Casanovas-Guitart, Cristina

Hernández Carcereny, Carme[1]

Villegas Bruguera, Eulàlia B.[2]

Aloy Punzano, Joan

Ricart Conesa, Assumpta

Guarga Rojas, Àlex

Grup de treball:

Benavent Areu, Jaume

Biescas Prat, Herminia

Blanch Andreu, Jordi

Caballero Nieto, Maria

Contel Segura, Juan Carlos

Corominas, Antoni

Costas Muñoz, Emma

Güell Viaplana, Francesc

Inzitari, Marco[3]

Jiménez Moreno, Francesc Xavier

Leal Negre, Mireia

Mas Bergas, Miquel Àngel[3]

Mompart Penina, Anna

Pontes Garcia, Caridad

Reynolds, Jillian

Roca Casas, Jordi

Ruiz Riera, Rafael

Sabaté, Rosa Anna [3]

Santaeugènia Gonzalez, Sebastià

Seijas, Núria

Torras Boatella, Maria Glòria

Torné Vilagrasa, Elvira

Viñas Folch, Paulina

1 Coordinadora del grup de treball.
2 En representació de la Societat Catalano-Balear d'Hospitalització Domiciliària (SCBHD).
3 En representació de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG).

Índex

1. Pròleg 4
2. Acrònims 5
3. Introducció 6
4. Objectius 7
4.1. Objectiu principal 7
4.2. Objectius secundaris 7
5. Característiques del model assistencial 7
5.1. Definició del model 7
5.2. Criteris d'inclusió/exclusió del pacient 8
5.3. Criteris d'eficiència i qualitat 9
5.4. Horari de cobertura i garantia d'atenció continuada 10
5.5. Nivells de complexitat assistencial 10
5.6. Perfil dels pacients 12
5.7. Origen del pacient 13
5.8. Temps de resposta a la sol·licitud d'ingrés a HD 13
5.9. Equipaments i recursos 14
5.10. Models transicionals 15
5.11. Professionals 16
6. Avaluació/indicadors 18
6.1. Indicadors d'estructura 19
6.2. De procés 19
6.3. De resultats 20
6.4. D'avaluació de la transfusió o administració de components sanguinis 21
7. Dispensació de la medicació 22
8. Línies de futur 22
9. Annexos 24
10. Referències bibliogràfiques 53

1. Pròleg

L'hospitalització a domicili (HD) és una modalitat assistencial pròpia de l'àmbit hospitalari que en pren la responsabilitat, i que es concep com a alternativa a l'hospitalització convencional. La funció principal se centra a evitar l'ingrés o reduir l'estada dels pacients al centre hospitalari.

Aquesta modalitat assistencial va ser una incitativa emergent fa alguns anys, que ha demostrat en el dia d'avui, a través de l'evidència científica, resultats positius en termes de mortalitat, reingressos, costos i satisfacció tant, de pacients com de familiars.

A Catalunya, l'experiència s'ha anat consolidant al llarg dels anys i ja són molts els centres hospitalaris que han desplegat aquesta modalitat assistencial. Tot i així, s'ha pogut evidenciar una notable heterogeneïtat en els models assistencials, davant d'aquesta circumstància i amb la finalitat de revisar, actualitzar, concretar els continguts assistencials i de la cartera de serveis, així com les característiques organitzatives de l'HD, el Servei Català de la Salut (CatSalut) es va plantejar una anàlisi i reflexió profunda d'aquesta modalitat de prestació, fins a arribar al consens de quin és el millor model organitzatiu de l'HD a Catalunya.

Així mateix, es visualitza la necessitat de configurar una atenció territorial integrada entre les diferents línies assistencials, amb una cartera de serveis ben definida en cada cas, on la complementarietat i la continuïtat de l'atenció assegurin unes transicions segures i es concreti i faciliti la màxima resolució a cada nivell d'atenció, especialment en el cas de l'atenció primària i comunitària i l'atenció intermèdia.

Per fer-ho, es va convidar a participar a experts, societats científiques, com també a professionals d'altres àmbits assistencials des de l'atenció primària i comunitària a l'atenció intermèdia, així com responsables i referents de planificació sanitària del Departament de Salut.

Com a resultat s'ha definit i es proposa un model de provisió amb criteris comuns i orientat al territori que ha de permetre donar una prestació de serveis, de qualitat i avaluable i, d'altra banda, facilitar una planificació ordenada de l'assignació de recursos amb criteris d'eficiència i sostenibilitat. També de gran rellevància, situar la prestació en el procés clínic i assistencial vinculat amb l'atenció primària i comunitària, les urgències i l'atenció intermèdia on s'aposta per consolidar una cartera de serveis de la màxima resolució i a potenciar el rol i el lideratge de la infermera o infermer en tot el procés assistencial.

2. Acrònims

Àrea bàsica de salut	ABS
Atenció continuada i urgent de base territorial	ACUT
Àrea de gestió assistencial	AGA
Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya	AIFICC
Atenció primària i comunitària	APIC
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya	AQuAS
Programa d'atenció domiciliària de l'atenció primària	ATDOM
Pressió positiva de via aèria de dos nivells o sistema de bipressió positiva	BIPAP-BPAP
Registre del conjunt mínim bàsic de dades	CMBD
Pressió positiva contínua en la via aèria	CPAP
Desfibril·ladors externs automatitzats	DEA
Estació clínica d'atenció primària (programa d'història clínica informatitzada)	ECAP
Grups relacionats de diagnòstics	GRD
Hospitalització a domicili	HD
Historia clínica	HC
Historia clínica compartida de Catalunya	HC3
Índex internacional normalitzat	INR
Malaltia crònica avançada	MACA
Medicació hospitalària de dispensació ambulatòria	MHDA
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	MPOC
Mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat	MSIQ
Programa d'atenció domiciliària i equips de suport	PADES
Pla d'atenció integrada social i sanitària	PAISS
Pacient crònic complex	PCC
Pla nacional d'urgències de Catalunya	PLANUC
Reanimació cardiopulmonar	RCP
Societat Catalano-Balear d'Hospitalització Domiciliària	SCBHD
Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio	SEHAD
Sistema d'Emergències Mèdiques	SEM
Salut mental i addicions	SMIA
Sondatge nasogàstric	SNG
Suport vital avançat	SVA
Suport vital bàsic	SVB
Tecnologies de la informació i la comunicació	TIC
Unitat de diagnòstic ràpid	UDR
Valoració geriàtrica integral	VGI

3. Introducció

Vivim un moment de canvi, d'increment de la complexitat i de les necessitats del sistema sanitari. La complexitat del pacient (amb patologia crònica o sense) al llarg de tot el procés obliga la creació o reorganització dels diferents serveis en dispositius territorials, oberts, dinàmics i basats en la millor evidència disponible oferint al pacient el servei que millor cobreixi les seves necessitats amb els menors riscos. L'hospitalització a domicili (HD) entra dins aquesta categoria de serveis.

La definició internacionalment acceptada de l'HD és el recurs hospitalari que ofereix al pacient, al seu domicili, tractament mèdic i infermera en igual quantitat i qualitat que a l'hospital. S'han de poder oferir prestacions similars a l'entorn hospitalari. Tracta d'atendre processos aguts que requereixen ingrés. Si no hi ha el servei, el pacient ha de romandre ingressat a l'hospital. Aquest aspecte el diferencia clarament d'altres serveis comunitaris. Atén pacients amb una expectativa de tractament i d'atenció limitada en el temps. El servei tracta pacients mèdics i quirúrgics, amb patologia crònica o sense. L'hospital manté la responsabilitat clínica, logística i legal. L'episodi d'HD disposa d'informe/registre d'ingrés i d'alta.

L'HD és una alternativa real a l'hospitalització convencional perquè és segura, sostenible i satisfactòria per al pacient sempre que compleixi la seva funció i no es confongui amb altres serveis d'atenció sanitària domiciliària, en cas contrari pot ser ineficient i/o redundant. Quan parlem de l'HD, no podem deixar d'esmentar el grup liderat pel professor Bruce Left de la Johns Hopkins University School of Medicine, per la seva gran contribució tant a nivell científic com organitzatiu. Des de l'informe inicial de Left *et al.*, que mostra la viabilitat i cost-efectivitat de l'HD, l'avaluació dels programes han mostrat històricament complexitats significatives a causa de l'heterogeneïtat dels grups d'estudi. Les revisions recents fetes per Cochrane semblen superar aquestes limitacions.

En aquet context, l'HD és un opció assistencial d'atenció especialitzada de base territorial que ofereix cures complexes d'intensitat hospitalària al domicili, quan el pacient requereix d'ingrés hospitalari. Dona suport a tots els hospitals del territori, a les àrees bàsiques de salut (ABS) i als centres residencials. Assumeix la complexitat del pacient al domicili fins a l'alta. L'HD dona molta importància a la continuïtat assistencial i ofereix al pacient el millor dispositiu que pugui donar resposta a les seves necessitats. Per aquests motius, l'HD està cridada a ser una modalitat d'atenció per millorar l'adequació de l'atenció especialitzada complexa, redimensionar i afavorir l'evolució de l'hospital del futur i contribuir a la sostenibilitat del sistema.

L'expansió de l'HD s'ha de fer tot garantint l'adequació d'un model assistencial comú segons les característiques pròpies de cada territori (densitat de població, característiques geogràfiques, cobertura dels diferents recursos territorials, etc.). Cal tenir present que els resultats assistencials d'una unitat d'HD estan relacionats fonamentalment amb dos factors: l'adequada selecció de pacients tributaris de ser tractats en règim d'HD i la capacitat de resolució de l'equip assistencial. Consegüentment, no es pot improvisar una xarxa assistencial d'HD sense planificar l'activitat prevista ni els recursos necessaris. Un punt crític rau a comptar amb equips de professionals reconeguts, motivats, degudament capacitats i amb experiència en HD i que disposin del suport suficient de les direccions.

L'HD es pot fer càrrec d'un ampli ventall de perfils de pacients amb condicions que requeririen

d'ingrés hospitalari. Són tributaris tant processos mèdics (infecciosos greus, oncològics, etc.) com els que necessiten cures postquirúrgiques complexes, en ambdós casos independentment de l'edat. En tot cas, un dels perfils en què més s'ha demostrat el benefici d'aquesta modalitat és el de pacients que pateixen comorbiditat en la major part de casos vinculada a condicions cròniques. Així, tal com ja s'ha desenvolupat en alguns territoris, aquestes unitats multidisciplinàries d'HD poden constituir-se com a dispositius hospitalaris de primera elecció a tots els pacients tributaris amb criteris d'ingrés hospitalari.

4. Objectius

4.1. Objectiu principal

Definir el model d'atenció d'HD a Catalunya, com a alternativa a l'hospitalització convencional, amb criteris d'adequació territorial.

4.2. Objectius secundaris

Definir la cartera de serveis d'intensitat i complexitat.

Definir els criteris per tal d'oferir una atenció HD de màxima qualitat i seguretat, amb les mateixes garanties com si el pacient fos al centre hospitalari d'internament d'aguts.

Definir una organització territorial integrada de l'HD que doni resposta amb seguretat i eficiència, entès com una oportunitat allà on es pugui garantir.

Garantir les transicions, segures i col·laboratives en el moment de l'alta, dels pacients HD als altres serveis assistencials del territori més adequats per a la seva situació.

Vetllar per una coordinació eficient preingrés i postingrés a HD entre els diferents serveis i nivells assistencials d'un mateix territori o d'altres.

Disposar d'indicadors d'avaluació comuns que permetin avaluar la qualitat i realitzar *benchmarking* públic entre els serveis HD dels diferents proveïdors.

5. Característiques del model assistencial

5.1. Definició del model

L'HD és una modalitat assistencial en què els professionals sanitaris hospitalaris proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria un ingrés hospitalari del pacient en un centre sanitari.

L'hospitalització a domicili NO és:

- L'atenció de pacients amb perfil de baixa complexitat.
- Seguiment de patologies cròniques.
- Seguiment i control de pacients pal·liatius.
- Seguiment per part de professionals d'una sola disciplina sanitària.
- Seguiment de pacients que no necessitin un ingrés hospitalari.
- Servei d'atenció domiciliària urgent.
- Cures o tractaments propis i en cartera d'APIC, segons el programa ATDOM.
- Controls de cirurgia major ambulatòria (CMA) o seguiment postquirúrgic sense cap altra complicació.

5.2. Criteris d'inclusió/exclusió del pacient

Inclusió

- Criteris clínics d'ingrés hospitalari.
- Totes les edats.[1]
- Diagnòstic establert i absència de criteris de monitoratge intensiu.
- Domicili dins de l'àrea d'influència (territori) sempre que es compleixi una isòcrona de 30-40 minuts.
- Existència d'un cuidador o cuidadora principal capaç, adequat a les necessitats de cura del pacient. En malalts joves o amb un alt nivell d'autonomia aquest criteri s'ha de valorar de manera individualitzada.
- Domicili amb telèfon o mòbil i les condicions higièniques adequades.
- Acceptació del recurs per part de pacient i cuidador o cuidadora i/o família.[2] L'acceptació de recurs ha de quedar clarament explicat a l'informe d'ingrés i alta en el sistema informàtic.
- Acceptació per part de l'equip HD.

Exclusió

- L'incompliment d'un sol dels criteris d'inclusió.
- Alteracions conductuals greus (agitació, conductes violentes).
- Risc de suïcidi.

[1] La línia de servei d'HD pediàtrica és una proposta de treball futur.
[2] Atesa la realitat del sentiment d'obligació naturalitzat de la dona a l'hora de cuidar, cal que el professional consideri que l'acceptació no respon a la pressió social, sinó que existeix una clara voluntat d'assumir aquest rol. Per aquest motiu, s'ha d'incloure una entrevista independent al cuidador o cuidadora i/o família per confirmar-ne l'acceptació i evitar l'altruisme imposat.

5.3. Criteris d'eficiència i qualitat

Per tal d'ajudar a la planificació sanitària de l'HD i la seva eficiència i qualitat, s'han d'analitzar elements clau com la població referent, el perfil de pacients tributaris (apartat 5.2. Criteris d'inclusió/exclusió del pacient), la cartera de serveis, així com els requeriments i recursos mínims per a la seva operativització. Els aspectes a desenvolupar són:

Elements poblacionals: s'han d'analitzar les dades poblacionals des de diferents prismes

- Segons unitats territorials (mínimes ABS i les agrupacions que es considerin).
- Segons densitat poblacional per a l'anàlisi de la dispersió territorial.
- Estimar projeccions poblacionals a mitjà termini (10 anys) per sexe i grups d'edat (> 18 anys).
- Segons candidats tributaris (perfil clínic del pacient, elements sociodemogràfics i altres).
- Segons isòcrona i condicionaments territorials (es proposa una isòcrona estàndard de 30 minuts, adaptable a 40 minuts com a màxim, segons condicionants territorials, intensitat i complexitat de les visites a domicili, comunicacions viàries i/o altres elements específics).

Elements vinculats a l'equip de professionals

L'equip de professionals ha de ser interdisciplinari, amb capacitat suficient segons la intensitat terapèutica que requereixi el pacient, que pugui incorporar la cartera de serveis d'un territori sanitari per a la seva població, amb capacitat per coordinar-se i interaccionar clínicament amb la resta de recursos i nivells assistencials (APIC, atenció intermèdia i atenció hospitalària de referència i altres), tot potenciant al màxim un sistema integrat que col·labori en un mateix territori de referència. Cal considerar les propostes següents:

- Equip format per un mínim de 2 professionals de medicina i 4 infermeres i/o infermers a jornada completa (tot facilitant una organització flexible). La N de professionals és en funció de la N de pacients i del nivell d'intervenció a domicili.
- S'ha de disposar d'un mínim de 2 equips HD al territori per donar una cobertura els 7 dies de la setmana.
- Cobertura horària (per a més detall, vegeu l'apartat 5.4. Horari de cobertura i garantia d'atenció continuada).
- Considerar el suport d'altres perfils professionals (terapeuta ocupacional, treballador o treballadora social, fisioterapeuta/rehabilitador o rehabilitadora, etc.).
- Circuits clars i coordinació ràpida amb l'hospital d'aguts de referència i amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM).

Altres elements a considerar

- Garantir connectivitat (disponibilitat d'eines TIC) per realitzar el registre i seguiment *in situ* del pacient i connectivitat amb el conjunt del sistema (informació compartida) i altres elements tecnològics.

- La incorporació de professionals d'altres àmbits i dispositius a l'equip d'HD, segons les característiques de cada un dels territoris, sempre supervisats per aquest i treballant de manera funcional per obtenir els mateixos resultats en salut.
- Gestió territorial compartida, especialment amb l'APIC, que faciliti la relació i coordinació efectiva entre els diferents nivells assistencials i la gestió compartida de processos adaptant, si cal, les guies de pràctica clínica o les rutes assistencials.
- Considerar aspectes de formació i experiència mínima dels integrants dels equips HD, així com potenciar línies d'investigació.
- Assegurar l'equitat territorial.
- Formular elements d'avaluació.

5.4. Horari de cobertura i garantia d'atenció continuada

L'horari de cobertura de l'HD ha de ser de 24 hores al dia (7/24), els 365 dies de l'any. Els equips de professionals de l'HD han d'assegurar l'atenció als pacients les 24 hores del dia, i han de garantir la visita a domicili en cas de necessitat en qualsevol moment.

Per tant, conceptualment l'HD ha de garantir:

- La resposta telefònica continuada per un membre de l'HD, les 24 hores del dia.
- La cobertura presencial diürna de metge o metgessa i infermera o infermer durant el dia, els 7 dies de la setmana (08 h a 20 h).
- La cobertura localitzable i atenció al domicili presencial, si escau, per professionals sanitaris de l'equip de l'HD durant la nit (20 h a 08 h).

Cada territori, atenent les característiques de la seva població i relació de l'HD amb els diferents recursos i dispositius sanitaris, pot crear aliances estratègiques, per exemple, amb els dispositius d'APIC, per assegurar la cobertura 7/24, amb una isòcrona definida de 30 minuts o 40 minuts com a màxim, segons condicionants territorials i comunicacions viàries.

5.5. Nivells de complexitat assistencial

Per definir els diferents nivells d'atenció sanitària que pot exercir l'HD, cal tenir en compte els següents requeriments constitutius, que la diferencien d'altres modalitats d'atenció domiciliària:

Complexitat. Els pacients atesos en aquesta modalitat han de presentar problemes de salut aguts que requereixen de coneixements especialitzats per a la seva atenció, així com la participació d'altres àmbits de coneixement i diferents categories professionals.

Intensitat. Els pacients atesos a l'HD han de necessitar una freqüència de cures i d'intervencions per part dels professionals de l'HD que sigui pròpia de l'atenció hospitalària.

Temporalitat. Els pacients són atesos a l'HD per períodes definits de temps en relació amb problemes aguts o reaguditzats, pels quals han de ser atesos (habitualment dies/setmanes, atenent al diagnòstic d'ingrés i al curs evolutiu de l'episodi).

Territorialitat. L'àmbit d'actuació de l'HD ha de ser el del territori definit per la suma d'ABS (per exemple, la divisió territorial sanitària AGA del CatSalut).[3] En aquells territoris en què no es disposi d'un hospital de referència amb HD, es pot preveure que aquest servei es doni des de l'hospital més proper amb HD, sempre que això no impliqui incomplir els criteris de qualitat i seguretat (com la isòcrona i l'eficiència), i comptant amb el suport dels recursos existents al territori.

Complementarietat. L'HD no envaeix altres modalitats d'atenció domiciliària d'intensitat no hospitalària, ja que l'HD substitueix exclusivament un ingrés hospitalari i/o redueix els dies d'ingrés hospitalari. Cadascun dels diferents recursos sanitaris té un rol definit al domicili del pacient i col·laboren entre ells per donar al pacient en tot moment el recurs i suport sanitari que necessita (ATDOM, PADES, HD). L'actuació coordinada i col·laborativa de tots ells permet donar una resposta segura, eficaç i sostenible, adaptada a les necessitats de cada cas en el moment de l'alta, assegurant la millor gestió clínica i seguretat per al pacient en les transicions.

Alguns dels beneficis descrits a l'HD sobre l'hospitalització convencional són l'alta satisfacció per al pacient i l'evitació dels esdeveniments adversos associats a les estades intrahospitalàries. A més, aquesta funció representa per al territori l'avantatge de l'alliberament de llits de centres sanitaris, amb la qual cosa es col·labora a dinamitzar els fluxos. No obstant això, actualment els ingressos a l'HD a Catalunya des de qualsevol origen (hospitalari o territorial) és globalment inferior al 3% de les altes hospitalàries de Catalunya.[4]

Per dur a terme la seva funció, l'HD pot actuar principalment sota dos grans esquemes o estratègies assistencials en funció de l'origen del pacient, segons que aquest estigui ingressat a un centre hospitalari en el moment de derivació a l'HD (estratègia d'escurçament d'ingrés), o bé necessiti ingrés directament a l'HD (estratègia de substitució d'ingrés), en ambdós casos per rebre un tractament d'intensitat hospitalària.

Estratègia d'escurçament d'ingrés. Consisteix a continuar l'atenció hospitalària dels pacients al seu domicili, escurçant l'estada prevista a l'hospitalització convencional per a un GRD determinat. Aquesta modalitat és efectiva per reduir el nombre d'estades en hospitalització convencional dels pacients ja ingressats, mèdics i/o quirúrgics. La Societat Catalano-Balear d'Hospitalització Domiciliària (SCBHD) estima que una proporció del 40% de les altes d'HD haurien de pertànyer a aquesta alternativa, tot i que de la revisió del CMBD de les altes HD de 2014 (informe de l'AQuAS) pot desprendre's que en el cas d'hospitals més grans o amb serveis mèdics terciaris, aquesta proporció podria ser major (50%).

Estratègia de substitució d'ingrés. Són tots aquells ingressos a HD que es fan des d'un dispositiu diferent a l'hospitalització convencional (serveis d'urgències, APIC, PADES, hospitals de dia, etc.) per tal d'evitar-ne l'internament, en pacients que requereixen atenció hospitalària per un procés agut. Aquest esquema assistencial proporciona directament estalvi

[3] Delimitacions territorials que parteixen de l'agrupació d'àrees bàsiques de salut. Aquesta delimitació correspon a criteris de planificació operativa, de coordinació i d'anàlisi dels fluxos principals entre l'atenció primària i l'hospitalària bàsica orientada a promoure una gestió integrada.
[4] Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, Hermida L, Fernández M, Massa B, Mirón M, Murja A, Muñoz L, Ponce MA, Rio M, Torres A. Hospitalització domiciliària. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.

d'ingressos. La SCBHD considera que el percentatge idoni d'activitat de les HD per a l'evitació d'ingrés estaria sobre el 60% de les altes d'HD.

5.6. Perfil dels pacients

Mèdic (substitució total de l'ingrés hospitalari / alta precoç)

- Patologia aguda i alta complexitat (infecciosa i no infecciosa), mèdica o quirúrgica quan es desestima la cirurgia i s'opta per un tractament conservador (per exemple, diverticulitis).
- Patologia crònica aguditzada.

Diagnòstics més prevalents:

- Patologia crònica aguditzada (MPOC, insuficiència cardíaca, asma, bronquièctasi, etc.).
- Patologia aguda:
  - Patologia infecciosa (grip, pneumònia, pielonefritis, cel·lulitis, COVID-19, etc.).
  - Patologia no infecciosa (trombosi venosa profunda, tromboembolisme pulmonar, etc.).
- Malalts crònics complexos o malalts d'edat avançada fràgils ingressats en hospital d'aguts, afectats per processos aguts discapacitats (per exemple, ictus, etc.), com a opció alternativa a l'allargament de l'ingrés a l'hospital d'aguts o a l'ingrés a l'hospital d'atenció intermèdia (només en cas de substitució de l'ingrés).

Quirúrgic (substitució d'ingrés/alta precoç)

- Postquirúrgic simple com a alta precoç, per a reducció dels dies d'ingrés a l'hospital i completar aquest ingrés al domicili.
- Postquirúrgic, per complicacions en relació amb el procés quirúrgic, bé per la comorbiditat de base i/o per la complicació postquirúrgica: infeccions, seromes, dehiscències, fístules, etc.
- Prequirúrgic, pacients amb necessitat de tractament complex hospitalari previ a la cirurgia, per disminució de les estades prequirúrgiques.
- Malalts crònics complexos o malalts d'edat avançada fràgils ingressats en l'hospital d'aguts, afectats per processos quirúrgics aguts discapacitants (processos ortogeriàtrics, etc.), com a alternativa a seguir a l'hospital d'aguts o ser traslladat a l'hospital d'atenció intermèdia.

En qualsevol dels dos perfils de pacients (quirúrgic i mèdic), es preveu l'ingrés a HD de pacients amb malalties infectocontagioses (SARM, COVID, BLEA, etc.), i són de rellevant importància les mesures de control de la infecció al domicili que s'han de fer extensives a la família o als cuidadors abans de l'ingrés a HD, per tal que adoptin les mesures de protecció i gestió pertinents.

5.7. Origen del pacient

Substitució total de l'ingrés hospitalari

Aquest tipus d'ingrés a HD pot ser des d'un dispositiu diferent a l'hospitalització convencional, en aquells pacients que requereixen atenció d'intensitat hospitalària per un procés agut. Aquest esquema assistencial proporciona directament l'evitació total de l'ingrés al centre hospitalari.

Vies d'ingrés:

- Dispositius de l'hospital (excepte àrees d'hospitalització): urgències hospitalàries, consultes externes, hospital de dia i unitats de diagnòstic ràpid.
- Dispositius d'àmbit comunitari: preferentment EAP, CUAP o l'ACUT d'APIC, i també PADES, equips de suport residencial, etc.

Reducció dels dies d'ingrés a planta hospitalària

Aquest tipus d'ingrés a HD és des d'un dispositiu d'hospitalització convencional, en aquells pacients que requereixen atenció d'intensitat hospitalària per un procés agut. Aquest esquema assistencial proporciona l'escurçament dels dies d'ingrés hospitalari.

Vies d'ingrés a HD:

- Serveis mèdics i quirúrgics de l'hospital (excepte urgències hospitalàries, consultes externes, hospital de dia i unitats de diagnòstic ràpid).

5.8. Temps de resposta a la sol·licitud d'ingrés a HD

La mesura del temps de resposta (inferior a < 24/48 hores hàbils) és la diferència entre l'hora de sol·licitud d'ingrés a HD i el seu ingrés real a l'HD. Donat que el temps de resposta general per a ingrés des d'urgències a planta hospitalària utilitza l'hora d'arribada a urgències, i no la de sol·licitud formal d'ingrés, per poder comparar resultats amb hospitalització convencional, a nivell d'indicadors per a l'HD s'ha d'utilitzar la mateixa mesura.

En el cas de les consultes des dels dispositius d'urgències i territorials, la resposta de l'HD ha de ser ≤ 24 h, sempre que, quan la interconsulta a l'HD es formalitza, el servei consultor hagi comprovat els criteris d'inclusió/exclusió a l'HD.

En el cas de les consultes des de planta hospitalària, es valora com a ideal un temps de resposta inferior a 48 h, sempre que, quan la interconsulta a l'HD es formalitza i el servei d'origen o consultor hagi comprovat els criteris d'inclusió/exclusió a l'HD.

5.9. Equipaments i recursos

En l'àmbit de diagnòstic i de tractament, la unitat d'HD disposa dels mateixos recursos que a l'hospital. En cas que una tècnica no es pugui dur a terme al domicili (exploracions complementàries, tècniques diagnòstiques o tractaments), el pacient es trasllada de manera puntual a l'hospital per a la seva realització.

Recursos diagnòstics

- Electrocardiografia
- Espirometria forçada
- Paracentesi
- Toracocentesi
- Pulsioximetria puntual i contínua nocturna
- Cooximetria
- Aparell DEA (mascareta, bossa ressuscitadora)
- Ecografia
- Recollida de mostres, analítiques, gasometria arterial

Recursos terapèutics

- Oxigenoteràpia
- Paracentesi
- Toracocentesi
- Aerosolteràpia (broncodilatadora i antibiòtica)
- Cures de ferides complexes
- Tractaments endovenosos. Bombes de perfusió, bombes elastomèriques
- Transfusions de components sanguinis (annex 2)
- Ferroteràpia intravenosa (annex 3)
- Cures i maneig d'ostomies i traqueotomies
- Ventilació mecànica domiciliària, BIPAP i CPAP
- Digitopunció per al control INR
- Nutrició enteral (SNG) o invasiva (gastrostomia quirúrgica, percutània endoscòpia [PEG], jejunostomia)
- Maneig de la nutrició parenteral
- Drenatges quirúrgics
- Drenatges pleurals
- Sondatge vesical
- Recanvi de sondes i cànules
- Tractaments amb teràpia de pressió negativa per ferides complexes
- Paracentesi
- Suport vital bàsic i avançat

5.10. Models transicionals

Tota la ciutadania té dret a rebre una atenció de màxima qualitat i segura, en el lloc més adequat segons les seves necessitats en un moment donat i proveït pels millors professionals. La coordinació i la integració de l'assistència sanitària es veu compromesa per reptes complexos relacionats amb les transicions entre nivells assistencials, una alta prevalença de malalties cròniques i una alta complexitat en pacients amb patologia crònica o sense. Un mateix pacient pot necessitar diferents intensitats de cures i atenció, per la qual cosa diferents recursos sanitaris i/o d'atenció intermèdia poden atendre'l per donar la millor resposta en qualitat i seguretat. Precisament, per aportar tota la seguretat a aquesta integració de recursos és imprescindible que el pas d'un recurs a l'altre (la transició) es faci amb la millor coordinació i col·laboració entre ells. Les transicions, enteses de forma bidireccional entre hospital i equips comunitaris, afecten tots els pacients atesos. La tipologia del pacient amb patologia crònica o sense fa que, en diferents moments del seu procés, necessiti moure's pel sistema de salut (transicions) i/o necessiti canvis importants en el seu tractament (per exemple, inici de diàlisi o oxigenoteràpia a domicili, etc.).

Les transicions són inevitables, però cal tenir present que sempre representen un risc afegit per al pacient, per la qual cosa per a la seva seguretat cal evitar les transicions innecessàries. Es coneix que les transicions no sempre són òptimes i que els factors que hi intervenen són múltiples. Les transicions no efectives generen un impacte negatiu en el pacient, comporten un retard en el procés, incrementen el risc d'esdeveniments adversos i un augment de les estades, els reingressos immediats no planificats, les visites als serveis d'urgències i els costos globals. El reingrés no planificat és un indicador que la coordinació i el tipus d'intervenció han de millorar, de la qual cosa se n'extreu que la transferència no ha estat òptima. Diferents iniciatives s'han instaurat per millorar les transicions centrades especialment en el pacient, en el procés i en els resultats. Són els anomenats models transicionals.

Millorar les transicions és un procés complicat i multifactorial. No existeix un únic problema i tampoc una única solució. Aspectes com la qualitat, l'eficiència, la seguretat, el confort i l'opinió de pacients i família haurien de ser els punts centrals per promoure canvis. Per aconseguir una millora en les transicions, cal identificar tot allò que no aporta valor, tot allò que fem i que comporta risc d'errors humans i tot allò que fem i té una alta variabilitat.

Les diferents accions que es plantegin han de fer-se amb el màxim consens possible, amb la millor evidència disponible, que beneficiïn el pacient i facilitin el treball dels professionals, però que tinguin impacte en el sistema, puguin ser avaluades de manera contínua i en línia amb les polítiques de l'hospital i del territori. Les mesures són més eficaces quan l'estructura o el procés d'atenció es basa en una forta evidència científica vinculada a bons resultats.

L'HD té un paper important a les transicions, tot oferint al pacient el millor dispositiu que pugui donar resposta a les seves necessitats en el moment de l'alta de l'HD. L'abordatge de la transició es fa tan precoçment com sigui possible en el curs del procés assistencial, ja que requereix d'una acurada planificació. A més, s'estableix un circuit bidireccional: d'una banda els professionals de l'HD donen suport als equips sanitaris comunitaris amb el lideratge de l'APIC, per assegurar les transicions, i de l'altra, els equips sanitaris comunitaris, seguint els

criteris de l'HD, identifiquen precoçment el pacient candidat a l'HD i es coordinen amb els equips HD en el moment de l'ingrés a l'HD.

Realitzar les transicions segures implica per als professionals de l'HD

- Disposar d'informació actualitzada del pacient en el moment de l'ingrés a l'HD (equip hospital, equips comunitaris) que permeti confirmar la idoneïtat del recurs.
- Fer una valoració global del pacient durant l'ingrés a l'HD i contactar amb els equips de professionals que millor puguin donar resposta a les necessitats dels pacients en el moment de l'alta.
- En grups de pacients amb alta complexitat a domicili, oferir la possibilitat d'una visita conjunta a domicili amb els equips que en faran el seguiment en la postalta.
- Deixar reflectit el tipus de seguiment i els contactes en l'informe d'alta a la història clínica compartida de Catalunya (HC3).

Per als professionals consultors, de l'hospital i de la comunitat, realitzar les transicions segures implica:

- Afavorir que tots els pacients amb criteris d'ingrés es puguin beneficiar de l'alternativa a l'hospitalització convencional (HD).
- Contactar amb els equips HD (interconsulta).
- Aportar la informació actualitzada del pacient necessària perquè l'HD estableixi un pla de treball individual amb la màxima seguretat per al pacient.
- Treballar conjuntament amb els equips HD per a unes transicions segures. L'HD ha de col·laborar per a la planificació de la transició, però en cap cas ha d'endarrerir l'alta pel possible retard en la gestió de les agendes d'altres recursos.

5.11. Professionals

Funcions dels professionals

Tal com s'ha descrit en els apartats precedents, els pacients ingressats a HD poden tenir un ampli ventall de patologies que, sumades al perfil individual del mateix pacient, condicioni unes necessitats d'intervenció per part de l'HD molt diferents, des del tractament medicoquirúrgic intensiu amb teràpies intravenoses i/o cures d'alta complexitat, aquestes intervencions han de ser les majoritàries a l'HD, fins a cures i seguiment d'intensitat corresponent a la substitució d'un ingrés a un hospital de complexitat intermèdia.

La situació actual amb un nombre creixent de pacients amb tractaments complexos i/o d'edat avançada, amb fragilitat, múltiples condicions cròniques, persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i en situacions de malaltia avançada (MACA), susceptibles a patir un augment de les complicacions durant els ingressos hospitalaris, ens porta al fet que el sistema sanitari hagi de replantejar estratègies per tal d'abordar aquesta situació i

que ofereixi una atenció millorada tant pel que a fa la salut (atenció centrada en la persona) com a l'eficiència i a la gestió de la complexitat.

En les últimes dècades l'atenció realitzada per equips multidisciplinaris, utilitzant la valoració geriàtrica integral (VGI) en gent gran[5] en els diferents nivells assistencials, des de l'APIC fins a l'atenció especialitzada, han demostrat beneficis consistents en la mortalitat, la davallada funcional i les alteracions cognitives en població gran de risc.[6] La gestió de crisi en el pacient d'edat avançada a domicili per unitats HD que usen la VGI també s'ha evidenciat amb resultats favorables en els últims anys. Diversos estudis recents demostren que la intervenció multidisciplinària que incorpora professionals de perfils especialitzats en geriatria, redueix les complicacions durant l'ingrés, com ara el delírium i la davallada funcional, a més a més de millorar el grau de satisfacció per part de persones cuidadores i tenir un impacte en els costos per al sistema.[7]

El personal d'HD ha de tenir una formació específica reglada en suport vital bàsic (SVB) i ús de desfibril·ladors automàtics (DEA). Els centres amb equips d'HD han de vetllar per l'acreditació de tots els seus professionals d'HD en SVB + DEA i/o SVA i dotar els vehicles d'HD de material de primera intervenció en l'aturada cardíaca, incloent-hi equip de DEA. Cal integrar aquesta formació, aquesta dotació i aquest manteniment de l'equipament amb l'estratègia de la comissió de reanimació cardiopulmonar (RCP) intrahospitalària.

Cal considerar que el model organitzatiu d'HD, progressivament, incorpori la capacitació suficient per atendre: 1) pacients amb tractaments complexos a domicili; 2) neonatologia i pediatria; 3) malalt gran fràgil i complex amb crisis de salut agudes i subagudes, on el treball multidisciplinari i la VGI hi tenen un paper clau per tal de potenciar una atenció individualitzada i adaptada a necessitats complexes, així com el suport i l'educació per a la salut a pacients, a les famílies i als cuidadors, tot oferint una visió polivalent amb la possibilitat de treballar aspectes de rehabilitació, tant d'una manera preventiva com de tractament i facilitant la continuïtat assistencial postcrisi.[8]

D'altra banda, l'atenció complexa a pacients de salut mental i addicions al domicili (que equivaldria a l'HD de salut mental) és una altra línia de treball de futur amb un model assistencial a desenvolupar, integrat dins els recursos sanitaris del territori.

Perfils professionals de suport

[5] Vegeu annex 7. Valoració geriàtrica integral (VGI).
[6] Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. J Am Med Dir Assoc 2017;18(2):192.e1-192.e11.
[7] Mas MÀ, Santaeugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 2015;50(1):26-34.
[8] Mas MÀ, Santaeugènia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gámez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions. J Am Med Dir Assoc 2018;19(10):860-863.

- Infermera o infermer de pràctica avançada
- Infermera o infermer amb expertesa en geriatria o especialista
- Teràpia ocupacional
- Treball social
- Logopèdia
- Fisioteràpia
- Rehabilitació
- Psicologia clínica (vinculada a la xarxa de salut mental)
- Geriatria
- Nutricionista
- Especialistes hospitalaris (pneumòlegs, oncòlegs, cirurgia, psiquiatres, cirurgians, etc.)

Formació professionals

L'HD requereix de coneixements i habilitats específiques. És per això que cal integrar-la als programes formatius MIR/EIR, no només per representar una possible línia de treball futur, sinó perquè el coneixement d'aquest àmbit permet que el professional sanitari promogui el seu ús al màxim nivell i amb les màximes garanties de qualitat i seguretat.
El coneixement per part de tots els professionals sanitaris del sistema i gestors de la capacitat resolutiva de l'HD per problemes aguts de salut, que d'altra manera requeririen d'un ingrés en un centre hospitalari, constitueixen l'element clau per al desenvolupament d'aquesta modalitat assistencial.

Cal, al mateix temps, desenvolupar objectius docents que culminin en un itinerari curricular específic com:

- Incorporació en programes docents i rotació MIR/EIR.
- Incorporació en l'itinerari curricular de formació i docència com pot ser de grau, postgrau o màster.

6. Avaluació/indicadors

En el moment que necessitem avaluar, qualitativament i quantitativament, els canvis produïts en l'estat de salut de la població, saber quina és la situació sanitària actual i poder aplicar una planificació adequada en les polítiques sanitàries, és necessari fer servir paràmetres estadístics, que en aquest cas són els indicadors, obtinguts de fonts d'informació rigoroses, estables i fiables.

En l'HD s'han d'incorporar tots aquells indicadors que són d'interès, dividits en els àmbits d'informació següents: 1) d'estructura; 2) de procés; 3) de resultats, aquest darrer també en subàmbits d'informació (generals, mortalitat, seguretat, satisfacció, reingrés als 30

dies, propis del proveïdor HD i de coordinació territorial), i 4) d'avaluació en la transfusió o administració de components sanguinis en l'HD. Es descriuen als apartats següents.

Per la sensibilitat, el nivell de resultats i la seva evolució, el Servei Català de la Salut ha fet una tria dels indicadors de màxima prioritat i clau per fer el seu seguiment anual, així com la possibilitat de valorar la seva continuïtat. Aquests indicadors són compartits i publicats per part del CatSalut i la relació d'aquests indicadors es troben detallats en l'annex 8, fitxes d'indicadors d'hospitalització a domicili.

6.1. Indicadors d'estructura

- Àrea territorial definida.
- % població de referència definida pot ingressar a HD.
- N de llits HD.
- Reconeixement/acreditació de la unitat.
- Perfil i nombre de professionals adscrits a l'HD equivalents a jornada completa (PPE).
- Infraestructura. Instal·lacions pròpies d'HD vinculades a un dispositiu hospitalari.
- Equips de professionals hospitalaris propis de l'HD, per garantir l'atenció del pacient ingressat a l'HD, 24 h x 365 dies/any. Circuit de recepció de trucades de l'HD 24 h x 365 dies/any.
- Equipament propi i específic (diagnòstic i terapèutic) per poder atendre el pacient durant l'ingrés a l'HD, adaptat a la tipologia de pacients atesos en cada territori, d'acord amb els requeriments mínims dels apartats de recursos diagnòstics i terapèutics del punt 5.9. Equipaments i recursos.
- Sistemes d'informació que garanteixin la connectivitat des del domicili i amb el mateix hospital, per a l'accés i registres amb els sistemes d'informació electrònics (història clínica, HC3, etc.).

6.2. De procés

- Treball col·laboratiu: existència d'un o uns protocols consensuats amb els equips d'APIC comunitaris i hospitalaris (SÍ/NO).
- Mitjana de visites / pacient de l'equip HD en un any.
- Nombre de pacients amb hospitalització a domicili (HD).
- Nombre de contactes amb hospitalització a domicili (HD).
- N de pacients i n contactes d'HD per hospital.
- N i tipus de procediments durant HD (segons el registre de l'informe d'alta mèdica).
- Requisits per a les transicions segures en la postalta HD (que compleixin els criteris de l'apartat de transicions) (SÍ/NO).
- % d'ingressos hospitalaris convencionals com a alta HD durant ingrés a HD.
- Modalitats d'HD per hospital, evitació d'ingrés i alta precoç.
- Nombre anual d'ingressos a HD per pacient.
- % de visites a UCIES (sense ingrés) durant ingrés a HD.

- % d'ingressos amb temps de resposta < 24 h/48 h (temps d'espera des que entra el pacient per urgències i ingressa en HD).
- % procedència de l'ingrés a l'HD.
- % Destí de l'ingrés a l'HD.
- Taxa d'ocupació.
- Total d'estades.
- Estada mitjana i mediana.
- % d'altes d'HD de l'hospital respecte de les altes convencionals del mateix hospital.
- % d'altes HD de l'hospital respecte de la suma de les altes convencionals del territori.
- Una HD per territori % d'altes HD del territori respecte de les altes convencionals segons la població.
- Destí a l'alta (domicili, èxitus, centre d'atenció intermèdia, etc.).
- Perfil de pacient: grups d'edat, sexe.
- Diagnòstic principal.
- Diagnòstics secundaris.
- Procediments durant HD.
- Participació en grups de recerca.

6.3. De resultats

- **Generals**
  - Complexitat segons (GRD).
  - Estada ajustada a GRD, en cas de substitució d'ingrés.
  - Comparativa d'estades HD *vs.* estades convencionals per a la mateixa patologia.
  - Nombre de reingressos als 30 dies pel mateix motiu.
  - Visites a urgències hospitalàries pel mateix motiu.
  - Costos dels fàrmacs consumits pels pacients d'HD.

- **Mortalitat**
  - Taxa mortalitat durant l'episodi HD.
  - Mortalitat ajustada GRD.

- **Seguretat**
  - Taxa de sèpsia per catèter.
  - Taxa d'úlceres per pressió.
  - Taxa de caigudes.
  - Taxa d'aturades cardiorespiratòries (mort inesperada que obliga a fer maniobra) o requeriment de maniobres de suport vital basic.
  - Taxa de reaccions adverses medicamentoses greus.
  - Taxa d'episodis de delírium.

- **Satisfacció**

- Satisfacció del pacient (font d'informació del PLAENSA, biennal)
- Experiència del pacient/cuidadors (PREM).

- **Reingressos dels pacients d'HD als 30 dies postalta**

  Aquests indicadors aporten informació sobre la qualitat de l'assistència per l'HD a pacients quan els analitzem per diagnòstics concrets, mai generals. A més, l'anàlisi dels reingressos en menys de 30 dies per un diagnòstic (p. ex. ICC) ha d'incloure sempre el context del pacient (edat, situació funcional, gravetat de base de la patologia crònica, ingressos previs recents, etc.) i el de la resposta dels recursos territorials postalta de l'HD.

  Per tant, a l'hora d'avaluar els indicadors de resultats als 30 dies postalta ens cal conèixer la informació següent:

  - Tipus d'intervenció i n de contactes per pacient per part del recurs destí a l'alta de l'HD (visites, trucades).
  - Temps transcorregut entre l'alta d'HD i la primera activitat de visita presencial i registrada a l'ECAP al domicili pel recurs territorial responsable.

- **Propis del proveïdor de l'HD**
  - Tipus d'intervenció i nombre de contactes per pacient per part dels equips comunitaris (visites, trucades).
  - Identificació de l'equip que en fa el seguiment.
  - % visites conjuntes de l'HD i el recurs més pertinent o adequat a l'alta de l'HD del pacient.
  - % d'ingressos hospitalaris convencionals no planificats (definir els pacients HD que han de reingressar a l'HD de forma urgent) i recollir per part de cada HD.
  - Negatives per pacient ingrés HD (motiu d'exclusió) propi de cada HD.
  - Negatives per cuidador o cuidadora ingrés HD (motiu d'exclusió) propi de cada HD.
  - Manca de cuidador o cuidadora (motiu d'exclusió) propi de cada HD.
  - Nombre d'interconsultes cap a l'HD.
  - Nombre d'interconsultes acceptades.

- **Coordinació territorial (transicions)**
  - Nombre de coordinacions a l'alta d'HD amb l'APIC (programa de preparació a l'alta [PREALT], contacte amb gestores de casos, etc.).
  - Nombre d'ingressos a l'HD a sol·licitud de dispositius d'àmbit comunitari: APIC, PADES, etc., sempre amb la supervisió de l'APIC.

6.4. D'avaluació de la transfusió o administració de components sanguinis

- Nombre de transfusions sanguínies realitzades a domicili a pacients ingressats a HD.
- Nombre d'històries clíniques on consten les dades de l'acte transfusional (el tipus de component, núm. d'identificació, hora d'inici i final de la transfusió, professional d'infermeria responsable de l'administració).
- Nombre d'errors o incidències relacionades amb la sol·licitud i no correspondència entre les dades de la sol·licitud i la mostra.
- Nombre de fulls de control transfusional emplenats correctament (càlcul realitzat per mostreig).
- Nombre de components sanguinis retornats al Banc de Sang que hagin de ser rebutjats per excedir el temps permès fora del control tèrmic.
- Anàlisi de casos, si escau.

7. Dispensació de la medicació

La prescripció de medicació hospitalària es fa mitjançant ordres mèdiques segons el model de l'hospital corresponent i emprant el sistema d'informació necessari per garantir el registre i la traçabilitat de la prescripció, així com la correcta dispensació per part del servei de farmàcia del centre hospitalari responsable.

L'hospital ha de garantir la dispensació de la medicació hospitalària que sigui necessària per al tractament de l'episodi actiu, la qual s'ha de dispensar des de la farmàcia hospitalària corresponent en format d'unidosi, així com facilitar tota la medicació en recepta (no hospitalària) que el pacient tingués prescrita en recepta electrònica prèviament a l'episodi, i que sigui necessari continuar durant l'hospitalització domiciliària.

També, quan sigui el cas, la farmàcia hospitalària del centre responsable de l'atenció de l'episodi ha de facilitar la medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA) que pugui ser necessària durant el període d'hospitalització a domicili.

8. Línies de futur

Per donar continuïtat a la implantació de l'HD com a una modalitat d'atenció sanitària que pretén transformar l'assistència sanitària, incorporem nous enfocaments per anar treballant i incloure'ls en un futur.

- Fomentar el treball en xarxa entre els diferents proveïdors.
- Cobertura assistencial sanitària amb garanties de seguretat i eficiència.
- Reported Outcome Measures.
- HD en neonatologia i edats pediàtriques.
- HD en salut mental i addiccions.
- Coordinació entre l'HD i les emergències mèdiques (SEM).
- Establir mecanismes de coordinació i cooperació amb el treball social territorial per una atenció integrada i centrada en les necessitats del pacient i de la seva família.

- Avaluar i desenvolupar PREM (Patient Reporded Experience Measures) i PROM (Patient Reported Outcome Measures).
- Adequar la informació dels sistemes d'informació del CatSalut (MSIQ, CMBD).
- Automatització d'explotació d'informes i retorn als proveïdors.
- Sistemes d'informació que donin resposta de retorn a l'equip HD, informació bidireccional i ECAP com a punt de partida.
- Possibilitat de pactar a nivell territorial la cobertura nocturna entre diverses HD.
- Arribar a un 5% d'altes hospitalàries que han de ser via directa hospitalització a domicili.
- Vetllar perquè la infermera o infermer desenvolupi al màxim les seves competències assistencials i de lideratge a l'HD.
- Desenvolupar l'abordatge transversal i conjunt entre l'atenció domiciliària (ATDOM) i l'HD.

9. Annexos

Annex 1. Informació per al fullet informatiu d'HD

Aquesta és una proposta d'informació bàsica recollida en aquest document que és d'utilitat per als fullets informatius que elaborin els proveïdors del SISCAT.[1]

Què és?

L'hospitalització a domicili (HD) és una modalitat assistencial en què els professionals sanitaris de l'hospital proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria una atenció hospitalària d'intensitat aguda o intermèdia a l'hospital.

Cobertura i horari

Els equips de professionals han d'assegurar l'atenció al pacient les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. L'equip també ha de facilitar tot el material i la medicació que el pacient necessiti durant l'ingrés a casa, excepte la que tingui com a crònica (en recepta electrònica).

Cobertura **presencial diürna de metge o metgessa i infermera o infermer** durant el dia, els 7 dies de la setmana **(8 a 20 h)**, i **localitzable i atenció al domicili,** si escau, presencial per professionals sanitaris de l'equip de l'HD **durant la nit (20 a 8 h)**. Sempre li trucarem per telèfon abans d'anar al seu domicili.

Temps d'activació de l'HD

Per a aquelles consultes realitzades des dels dispositius (d'urgències), la resposta de l'HD ha de ser ≤ 24 hores.

Per a consultes realitzades des del centre hospitalari (excloses les realitzades des d'urgències), cal valorar com a ideal un temps de resposta inferior a 48 hores.

Quan tingui qualsevol dubte o emergència pot trucar al telèfon de la seva HD, el qual se li ha proporcionat, o bé al 061. Quan truqui a aquests telèfons ha de dir que està ingressat o ingressada a l'HD que té assignada.

Equipaments i recursos

Pel que fa al diagnòstic i al tractament, la unitat disposa dels mateixos recursos que a l'hospital. En cas que la tècnica no es pugui dur a terme al domicili (exploracions complementàries, tècniques diagnòstiques o tractaments), el pacient s'ha de traslladar de manera puntual a l'hospital per realitzar-les.

L'hospitalització a domicili ofereix al pacient el millor dispositiu que pugui donar resposta a les seves necessitats, com també totes les atencions hospitalàries necessàries en el seu domicili.

És iniciativa i responsabilitat de cada proveïdor la realització i impressió d'aquests fullets.

Annex 2. Transfusió de components sanguinis a domicili per HD

Procediment d'actuació en casos d'hospitalització a domicili (HD).
Descripció de la transfusió de components sanguinis a domicili.
Seqüència d'accions per administrar un component sanguini (concentrat d'hematies, concentrat de plaquetes o plasma) a un pacient.

Introducció

L'increment de l'esperança de vida es tradueix en una proporció cada cop major de persones en les quals la transfusió és necessària en un moment o altre. Malgrat que la transfusió de components sanguinis tradicionalment té lloc en l'àmbit hospitalari, per millorar l'atenció pel que fa a l'accessibilitat i la conveniència dels pacients amb patologia crònica, ocasionalment es poden administrar components sanguinis fora de l'àmbit hospitalari. De fet, la transfusió de components sanguinis a domicili és una pràctica creixent que previsiblement anirà en augment els propers anys, amb indicacions similars a les que es donen en l'àmbit hospitalari. Aquesta possibilitat transfusional seria apropiada per a pacients amb patologia crònica a la qual s'associa anèmia o trombopènia.

Els riscs de la transfusió al domicili són essencialment els mateixos de la transfusió habitual, però el seu caràcter extrahospitalari obliga a extremar les mesures de seguretat i a implementar requisits complementaris per tal de garantir la seguretat del pacient. El factor més important que diferencia l'administració de components sanguinis a domicili o ambulatòria de la que té lloc en un marc hospitalari és la limitada disponibilitat a una atenció mèdica d'urgència en cas de complicacions greus. Això fa que sigui cabdal la correcta i rigorosa selecció dels pacients candidats, la capacitació i formació de l'equip de transfusió domiciliària i uns procediments que recullin totes les parts del procés transfusional fora de l'hospital.

Destaca la correcta i rigorosa selecció dels candidats a aquesta modalitat transfusional, un equip de transfusió domiciliària format i capacitat, i uns procediments de treball sòlids i validats.

Objectiu

L'objectiu d'aquest document és consolidar un procediment d'actuació per a la transfusió de components sanguinis en pacients hospitalitzats a domicili comú per al SISCAT. Concretament, es vol:

- Garantir la correcta manipulació i administració dels components sanguinis.
- Garantir la seguretat del pacient durant tot el tractament.
- Evitar i/o detectar de manera precoç l'aparició dels possibles problemes relacionats amb el tractament.
- Conèixer l'actuació adient en cas de reacció adversa o incident.
- Donar pautes per a la seguretat del professional que realitza la tasca.

Criteris d'inclusió i exclusió perquè un pacient pugui rebre una transfusió de components sanguinis a domicili en el marc de l'hospitalització a domicili

Inclusió:

- Que compleixi els criteris generals d'ingrés a l'hospitalització a domicili (HD) (vegeu l'apartat 6.2. Criteris d'inclusió/exclusió del pacient, del model d'HD).
- Estabilitat clínica malgrat anèmia simptomàtica amb indicació de transfusió segons protocol hospitalari.
- Pacient sense antecedents de reacció transfusional (lesió pulmonar associada a transfusió [LAPT], afectació febril no hemolítica o al·lèrgia).
- Pacients conscients i orientats, de tal manera que puguin donar el seu consentiment informat per rebre la transfusió, així com comunicar qualsevol símptoma derivat d'una possible reacció. En cas que el pacient no tingui la capacitat per donar aquest consentiment, ha de ser la família o responsable legal el que el doni.
- La localització del domicili ha de permetre l'accés per tal que el pacient pugui ser atès de forma urgent pel personal d'urgències en cas de complicacions greus en un temps màxim de 30-40 minuts.

Exclusió:

No pot ser acceptat com a candidat o candidata a transfusió sanguínia en el marc de l'HD si es dona una o més de les circumstàncies següents:

- El pacient o el responsable legal (família o tutor) rebutja donar el consentiment informat de rebre transfusió sanguínia.
- El pacient no és capaç de donar la informació necessària per a la seva correcta identificació.
- Absència de metge o metgessa de l'HD connectat amb l'equip de transfusió domiciliària.
- Absència d'un adult en el domicili durant el procediment i les hores posteriors, que pugui vigilar i ajudar el pacient a les hores posteriors a la transfusió. L'acompanyant ha d'estar instruït en com actuar davant d'una reacció, especialment pel que fa referència a com contactar amb el servei hospitalari de referència.
- Funció cardíaca o pulmonar alterada, o qualsevol altre procés que posi en risc l'estabilitat clínica. En aquests casos s'ha de valorar la derivació per rebre la transfusió a un hospital.
- Si el pacient és portador d'un autoanticòs o al·loanticòs, i no es disposa d'unitats de concentrats d'hematies estrictament compatibles. En aquest cas la transfusió ha de realitzar-se en un hospital sota estricte monitoratge i amb possibilitat de tractament ràpid, en cas de possible reacció.
- Història de complicacions transfusionals o de reaccions de repetició.

Components sanguinis i d'altre material necessari per a la transfusió a domicili

El concentrat d'hematies és el component sanguini que habitualment es transfon a domicili, però la transfusió de plaquetes o plasma també està prevista.

Es recomana que no es faci transfusió de més de dos concentrats d'hematies o de plasma a cada episodi transfusional, i en el cas de plaquetes, no més d'una mescla de 4-5 unitats o d'una trombocitoafèresi.

Per a cada transfusió a domicili s'han d'emprar els materials següents:

- Component sanguini en perfecte estat (bossa íntegra i que no presenti anomalies, com bombolles d'aire, presència de coàguls, entres d'altres, que indicarien un possible creixement bacterià) i etiquetat amb el nom del pacient.
- Bossa refrigerada o nevera validada per al transport d'hemoderivats.
- Reactius per a comprovació del grup sanguini.
- Equip de transfusió estàndard que incorpora una cambra de degoteig amb filtre de 170-260 µm proporcionat pel Banc de Sang.
- Bomba d'infusió apta per a hemoderivats i equip per a la bomba específic que ens permet un control de la velocitat d'infusió.
- Sèrum fisiològic de 50 cc.
- Guants rebutjables d'un sol ús.
- Furosemida ampolles 20 mg per a l'administració pretransfusional/posttransfusional.
- Equip de transfusió en cas de reacció transfusional, que ha de contenir:
    - Adrenalina 2 vials.
    - Urbason (metilprednisolona) 40 mg, 1 vial.
    - Polaramine (dexclorfeniramina) 2 mg, 2 vials.
    - Paracetamol 1g, 1 vial.
    - Hidrocortisona 100 mg, 2 vials.
- Documentació: full de control.

Equip sanitari responsable del procediment de transfusió sanguínia a domicili

El personal responsable del procés, des de l'extracció de la mostra sanguínia, la compatibilitat transfusional fins a l'administració del component, ha d'estar format i capacitat per tal de portar a terme la transfusió amb la màxima solvència. Ha de reunir els coneixements següents:

- Coneixement exhaustiu dels procediments relacionats amb l'administració segura de components sanguinis.
- Coneixement exhaustiu dels riscs de la transfusió sanguínia (reaccions immediates i tardanes), així com del protocol d'actuació davant cadascun dels diferents tipus de reacció transfusional, incloent-hi tractament farmacològic de xoc.
- Coneixement de la documentació a emprar i a recollir en el marc del procediment de transfusió sanguínia, així com dels passos necessaris per tal de registrar-la i incorporar-la als sistemes d'informació oportuns.

Cadascun dels membres de l'equip de transfusió a domicili ha de tenir un rol definit i clar. Les competències d'aquest personal s'han de revisar periòdicament. En cas que el procediment es realitzi exclusivament per part de personal d'infermeria, hi ha un professional de medicina localitzat per resoldre qualsevol dubte, donar indicacions d'actuació davant una reacció transfusional i, si escau, acudir amb rapidesa al domicili.

Procediment de transfusió sanguínia a domicili

L'equip que realitza una transfusió sanguínia a domicili en el marc de l'HD ha de disposar, conèixer i regir-se pels procediments validats següents:

- Procediment d'extracció de la mostra.
- Procediment per a l'obtenció i el registre del consentiment informat.
- Procediment per a l'administració segura de la sang i/o de components sanguinis (declivi i bomba de perfusió).
- Procediment per a la recollida del component sanguini al servei de transfusió responsable.
- Procediment per al transport segur dels components.
- Procediment per al retorn de la bossa i de qualsevol altre element utilitzat a la transfusió que sigui susceptible de rebuig.
- Procediments per al registre de cada component transfós, del seu destinatari i de les observacions que s'estimin oportunes davant una possible reacció transfusional o incident a destacar.
- Procediment d'actuació en cadascuna de les reaccions transfusionals agudes.

Registres

- Sol·licitud de transfusió.
- Full d'evolució o les específiques de la unitat (incloent-hi, per exemple, nombre d'unitats transfoses, núm. d'identificador de la bossa, data, hora d'inici de la transfusió, temps de durada, observacions i incidències).
- Full de control transfusional.
- Notificació de reacció transfusional (si s'aplica).
- Full de variables clíniques.
- Registre d'accidents laborals.

Annex 3. Recomanacions per a l'administració de ferroteràpia intravenosa domiciliària

El personal assistencial de les HD està exposat a la probabilitat per ser testimonis de situacions clíniques crítiques inclosa l'aturada cardíaca per la creixent complexitat i cronicitat dels pacients atesos a domicili, alhora que les intervencions que es realitzen, com l'administració d'antibiòtics, ferro endovenós, transfusions d'hemoderivats o altres medicaments que poden desencadenar reaccions anafilàctiques greus.

Es fa així necessari, que el personal d'HD tingui una formació específica reglada en suport vital bàsic (SVB) i ús de desfibril·ladors automàtics (DEA), i que les unitats mòbils estiguin dotades de material de primera intervenció en l'aturada cardíaca (mascareta, bossa ressuscitadora i aparell de DEA) per poder iniciar les maniobres sense perjudici de la deguda alerta al SEM per activar el suport vital avançat (SVA). Aquest requisit de les unitats d'HD constitueix un element addicional de seguretat per al pacient i, a més, un reforç a la societat en la mesura que dona suport a la creixent disponibilitat d'equips d'atenció inicial a l'aturada en l'àmbit públic, a través dels mateixos ciutadans voluntaris formats, escoles, cossos de seguretat per contribuir a crear espais cardioprotegits.

Els centres amb equips d'HD han de vetllar per l'acreditació del tots els seus professionals d'HD en SVB + DEA i/o SVA i dotar els vehicles d'HD de material de primera intervenció en l'aturada cardíaca, incloent-hi equip de DEA. Cal integrar aquesta formació, dotació i manteniment de l'equipament amb l'estratègia de la comissió de reanimació cardiopulmonar (RCP) intrahospitalària.

Enllaços relacionats:

Referència de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris.
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_20-2013-hierro_intravenoso.pdf

Fitxes tècniques de recomanacions d'administració.
Venofer: *https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64000/FichaTecnica_64000.html*
Ferinject: *https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/69771/FT_69771.html*

Annex 4. Codificació CIM-10-MC/SCP per a l'HD

Recomanacions per a la utilització de la CIM-10-MC/SCP.

Des de l'any 2018 ja s'està utilitzant de manera general la nova classificació **CIM-10-MC/SCP.** Aquesta classificació incorpora una gran quantitat de codis nous, tant de diagnòstics com de procediments (terapèutics i diagnòstics).

La CIM-10-MC/SCP és el nou estàndard de codificació de les dades clinicoassistencials (morbiditat i procediments) de l'activitat que es duu a terme a la xarxa sanitària de Catalunya i forma part del Catàleg de diagnòstics i procediments del Pla de sistemes del CatSalut.

Pel que fa a **les malalties** (es passa de 16.019 codis a 94.444), s'hi afegeix informació rellevant per a l'atenció ambulatòria, s'amplien els codis de lesions, es creen combinacions de codis de símptomes i diagnòstics per reduir el nombre de codis necessaris per descriure una afectació de manera completa, s'hi afegeixen un sisè i setè caràcter i s'incorpora la lateralitat als codis susceptibles. D'altra banda, la nova estructura permet l'expansió futura de la classificació.

Pel que fa **als procediments** (es passa de 4.646 a 79.758), canvia completament l'estructura del codi i tots tenen set caràcters; els codis es construeixen a partir d'uns valors mitjançant algoritmes formats per diverses taules. És una classificació exhaustiva (cada procediment té el seu codi), expansible (l'estructura permet la inclusió de nous codis), multiaxial (la posició de cada dígit té un significat propi segons la secció) i incorpora una terminologia estandarditzada (definicions precises, cada terme té un significat específic).

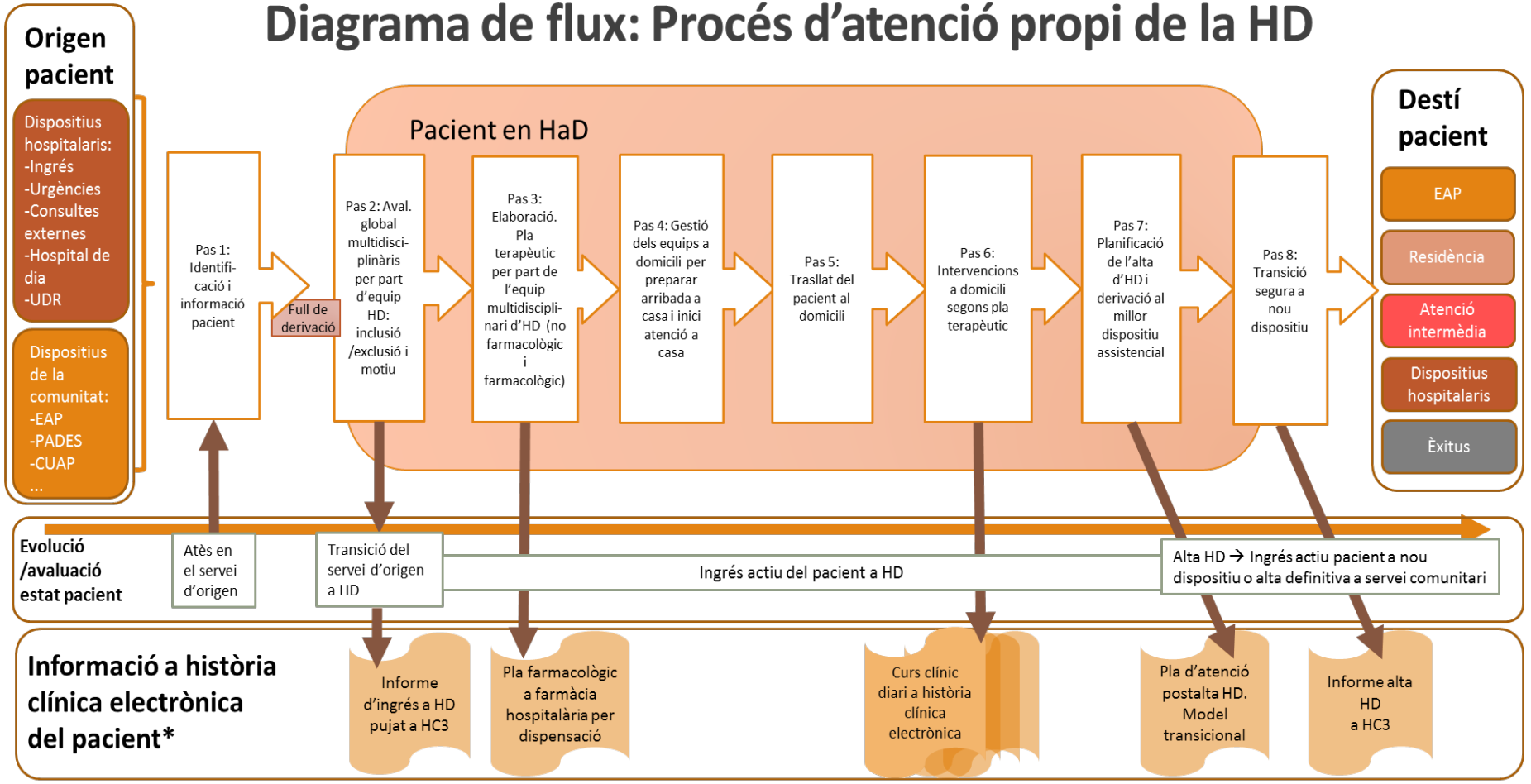
Enllaços relacionats:

Web oficial del Servei Català de la Salut.
https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/suport-cim-10-mc-scp/

L'ús d'eCIEmaps de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris, per realitzar recerques de codis concrets, mostra la classificació d'origen, la classificació destí que es desitja obtenir i la descripció estandarditzada del codi.
https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/indexMapping.html#code=&source=cie9mc&target=cie10mc

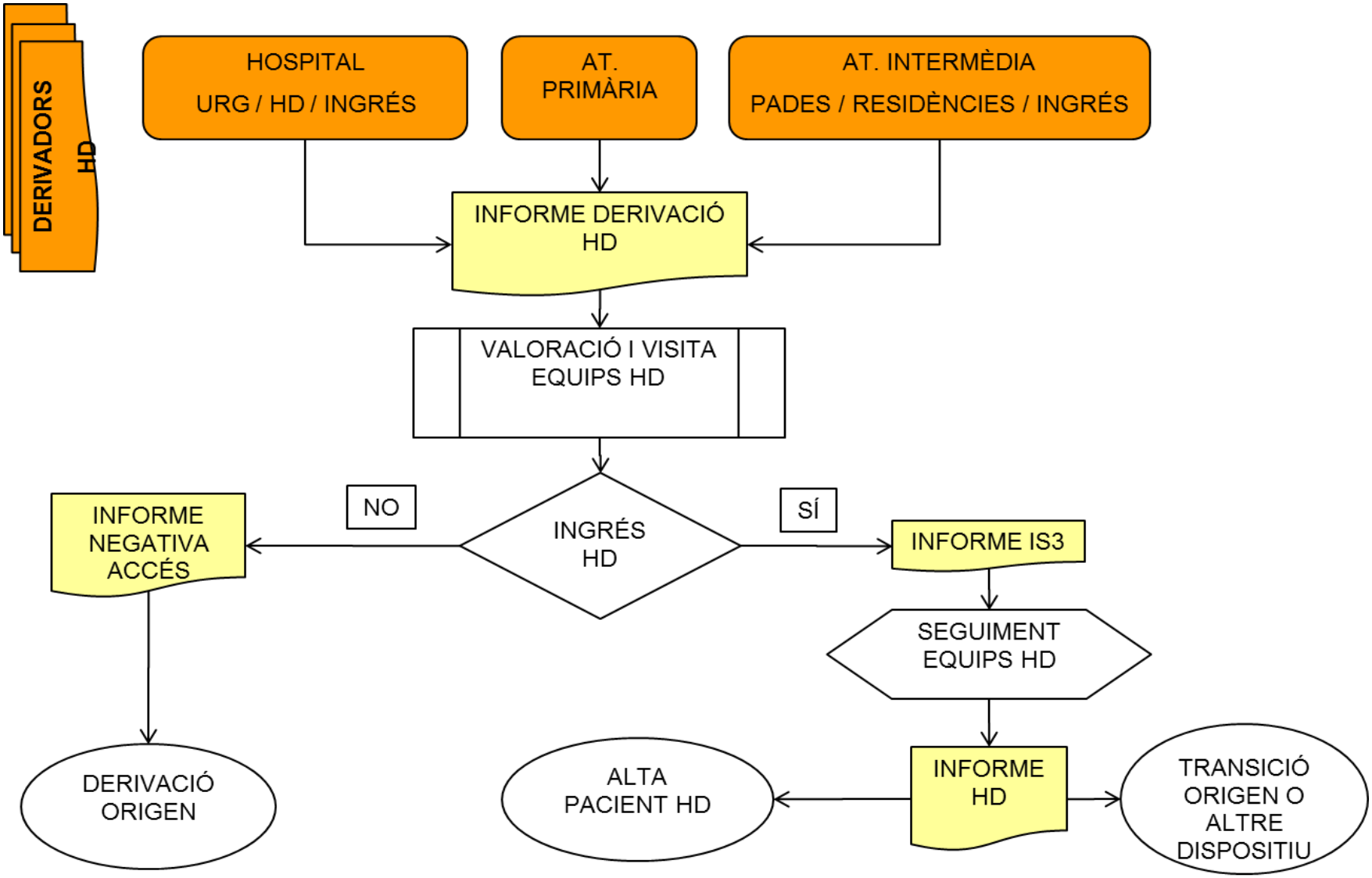
Web oficial de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). L'ICD-10 va ser aprovat al maig de 1990 per la quaranta-tercera Assemblea Mundial de la Salut. Se cita en més de 20.000 articles científics i s'utilitza per més de 100 països de tot el món.
International Classification of Diseases (ICD)

Annex 5. Procés d'atenció propi de l'HD



*Només s'inclou també a l'HC3 quan així s'indica específicament.

Annex 6. Flux d'informació electrònica del pacient



Annex 7. Valoració geriàtrica integral (VGI)

En els pacients d'edat avançada que realitzen ingrés a HD, la VGI ha evidenciat múltiples beneficis: 1) visió holística del malalt i les seves necessitats durant l'ingrés, tot potenciant una atenció individualitzada i adaptada a necessitats complexes; 2) reducció de complicacions durant l'ingrés, com ara el delírium, davallada funcional o entre d'altres síndromes geriàtriques; 3) millora dels resultats de salut a l'alta; 4) disminució dels costos directes respecte a l'hospitalització convencional; 5) reducció dels dies d'estada i dels reingressos; 6) educació terapèutica a pacients, famílies i cuidadors i facilitar la continuïtat assistencial postcrisi.

Objectius de la valoració / valoració geriàtrica integral

El primer objectiu de la valoració multidimensional / valoració geriàtrica integral és ajudar els professionals a aproximar-se al diagnòstic situacional de les persones. És a dir: 1) valorar el grau de reserva o fragilitat de les persones; 2) identificar quins dèficits o dimensions estan afectats (clíniques, funcionals, emocionals, cognitives, socials, etc.), i 3) identificar les necessitats de les persones (figura 1). En aquest procés diagnòstic és important tenir en compte tant la situació en un moment del temps (la "fotografia" de la situació; el grau de gravetat) com la seva evolució dinàmica (la "pel·lícula" o criteris de progressió).

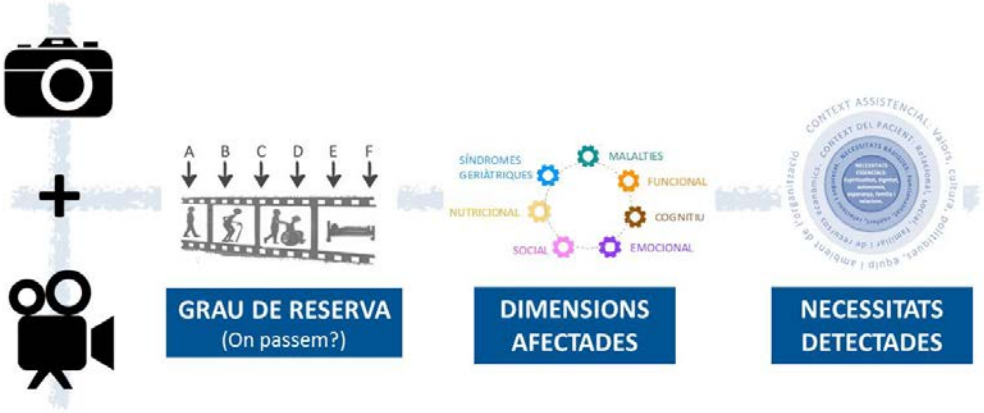


Figura 1. Elements clau del diagnòstic situacional. *Font: elaboració pròpia.*

D'acord amb això, la VGI és la clau de volta per a la individualització de les intervencions en les persones d'edat avançada, fràgils o amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i situació avançada (MACA), ja que: 1) facilita l'adequació de la intensitat terapèutica / harmonització dels objectius assistencials amb la situació de la persona i els seus valors i preferències; i 2) identifica les dimensions en les quals cal intervenir, així com les necessitats que cal atendre (figura 2).

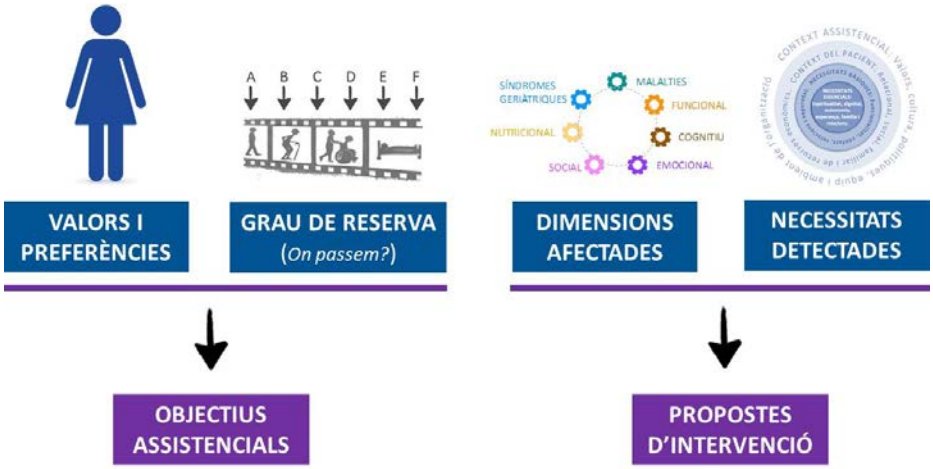


Figura 2. Objectius assistencials i propostes d'intervenció com a elements clau per elaborar un pla d'atenció centrat en la persona. *Font: elaboració pròpia.*

Escales i instruments de valoració de les diferents dimensions

Si bé no s'ha d'entendre la VGI com una simple administració acumulativa d'escales, l'avaluació de cada una de les dimensions resulta imprescindible. A continuació s'esmenten algunes de les escales més habitualment utilitzades:

DIMENSIÓ		INSTRUMENT DE VALORACIÓ PROPOSAT
FUNCIONAL	Activitats **instrumentals** de la vida diària (AIVD)	Escala de Lawton i Brody
	Activitats **bàsiques** de la vida diària (ABVD)	Índex de Barthel (IB)
MENTAL	Cognitiu	Mini-Mental State Examination (MMSE) Test de Pfeiffer Mini-COG
	Emocional	Escala de depressió geriàtrica de Yesavage
SOCIAL	Risc social	Escala de Gijón Self-Sufficiency Matrix
	Sobrecàrrega de cuidadors	Test Zarit
NUTRICIONAL		Mini-Nutritional Sassessment (MNA)
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES i SÍMPTOMES	Delírium	Confusional Assessment Method (CAM)
	Úlceres per pressió	Escala de Braden Escala de Norton
	Disfàgia	Test de volum-viscositat
	Caigudes/marxa	Escala de Tinetti
	Símptomes	Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)
QUALITAT DE VIDA		Euroqol 5D

Avaluació de fragilitat:

- Per distingir les persones fràgils de les no fràgils, poden ser d'utilitat eines com el Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) o l'escala FRAIL, o proves funcionals com el Short Physical Performance Battery (SPPB) o la velocitat de la marxa.
- Per a la valoració del grau de reserva/fragilitat de la persona, poden ser útils tant les escales clíniques de fragilitat (Clinical Frailty Scale) com els índexs de fragilitat (per exemple, l'índex fràgil-VIG, del qual existeix una calculadora Excel).

Per tal de poder aplicar la VGI de manera adequada, es recomana formació en geriatria dels professionals de les unitats HD i/o la incorporació de professionals especialistes en geriatria a les unitats HD existents.

A Catalunya, professionals de diferents àmbits del sistema de salut i social han estat treballant en el consens d'una eina de valoració multidimensional / geriàtrica ràpida (VIG-exprés), que permeti a altres professionals de la salut de disposar d'una aproximació multidimensional ràpida i compartida.

Aquest consens ha estat impulsat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i avalat pel Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), i es publicarà properament.

En resum, els pacients d'edat avançada, amb fragilitat, multimorbiditat i en situacions de malaltia evolucionada (PCC i MACA) s'han d'atendre a l'HD seguint el model geriàtric, utilitzant la mateixa metodologia desenvolupada i validada en les unitats geriàtriques d'hospitalització aguda i intermèdia basada en el treball interdisciplinari, la VGI com a eina de treball i el consens d'intervencions complexes.

Annex 8. Fitxes d'indicadors d'hospitalització a domicili

CODI: 01

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Pacients amb hospitalització a domicili (HD).

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Nombre de pacients identificats per NIA (número d'identificació personal) amb hospitalització a domicili per centre.

OBJECTIU: Conèixer la quantitat de persones que han cursat amb HD en cada centre.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre de pacients amb HD comptats a partir del NIA.

UNITAT DE MESURA: Nombre de pacients.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer les persones que han cursat amb HD en cada centre per tal de fer el seguiment i avaluar la seva evolució.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 02

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Nombre d'episodis (contactes) amb hospitalització a domicili (HD).

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Nombre de contactes hospitalaris, és a dir, de registres amb hospitalització a domicili.

OBJECTIU: Conèixer la quantitat de contactes que han originat els pacients amb HD en cada centre hospitalari.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre de registres amb HD per centre.

UNITAT DE MESURA: Nombre de contactes.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer el nombre de registres que han cursat amb HD. Per diferenciar-lo del nombre de pacients, ens amplia la informació de quantes vegades cursa HD el mateix pacient. També ens permet fer el seguiment i avaluar la seva evolució.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 03

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Ràtio d'ingressos a HD per pacient.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Ràtio d'ingressos a hospitalització a domicili per cada pacient, independentment del diagnòstic, en cadascun dels centres i global per Catalunya.

OBJECTIU: Tenir informació de la ràtio d'ingressos / pacient a HD de cada centre hospitalari i poder-la comparar amb la de Catalunya.

FÓRMULA DE CÀLCUL:

Numerador: Nombre de registres amb HD per centre.

Denominador: Nombre de pacients amb HD per centre.

UNITAT DE MESURA: Ràtio, numèrica decimal (un decimal).

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer la ràtio d'ingressos / pacient a HD per centre ens dona informació global dels reingressos a HD. Es facilita fer el seguiment i avaluar la seva evolució. Serveix per detectar la freqüentació dels pacients en aquesta modalitat d'ingrés.

Limitacions: No identifica els reingressos per la mateixa patologia, es pretén una anàlisi global de freqüentació per HD i pacient.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 04

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Modalitats d'HD: evitació d'ingrés i alta precoç.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Nombre de contactes, és a dir, de registres amb hospitalització a domicili per a cadascuna de les modalitats i centres.

Evitació d'ingrés: Quan la persona ingressa directament a l'HD sense un ingrés previ al mateix centre hospitalari pel mateix motiu.. La variable "procedència" és urgències,hospital de dia, consultes externes, PADES o l'APIC es considera 'alta' amb evitació d'ingrés.

Alta precoç: Existeix un contacte previ d'hospitalització convencional.

OBJECTIU: Conèixer com es distribueix la utilització de l'HD per cada modalitat i centre.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge de registres amb HD de cada modalitat i per cada centre.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge de contactes per cadascuna de les modalitats d'HD.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer el nombre de registres que han cursat amb HD per modalitat, descriu les actuacions de cada centre hospitalari. Ens dona informació de la variabilitat percentual de les modalitats segons comportament del centre i permet estudiar l'heterogeneïtat que existeix.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 05

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Pacient per edat i sexe en les dues modalitats d'HD.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Nombre de pacients amb HD segons sexe i grup d'edat, en cada centre hospitalari.

Sexe: Home i dona.

Grup d'edat: < 15 anys, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 i > 84 anys.

OBJECTIU: Conèixer el perfil de pacient que ingressa a HD segons edat i sexe per cada una de les modalitats i centres hospitalaris.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge de pacients per sexe i grup d'edat amb HD per cada modalitat i hospital.

Numerador: Nombre de pacients en HD segons modalitat.

Denominador: Nombre de pacients amb HD.

S'ha d'especificar en cada grup d'edat i per sexe.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge de pacients.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer les característiques dels pacients que utilitzen l'HD per grups d'edat ens orienta a reforçar recursos en algun grup, si hi hagués necessitat.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 06

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Destí a l'alta.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Definir el destí a l'alta dels contactes ingressats a HD segons modalitat (evitació *vs.* alta precoç).

Tipologia destí a l'alta:

Domicili o residència

Alta amb continuïtat assistencial en un altre centre

Alta amb continuïtat assistencial en el mateix centre

Alta voluntària

Evasió o alta administrativa

Èxitus

OBJECTIU: Tenir informació de com es resol l'episodi d'HD en cada modalitat.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge del destí a l'alta dels contactes amb HD per cada modalitat i hospital.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge de contactes.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer el destí a l'alta dels contactes ajuda a conèixer el comportament dels pacients ingressats per HD.

Limitacions: Es perd l'evolució dels pacients donats d'alta, llevat que es faci una anàlisi específica posterior, per exemple, coneixem la mortalitat hospitalària, però no si ha mort dos dies després fora del centre.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 07

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Diagnòstic principal dels contactes amb HD.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el diagnòstic principal segons l'agrupació ADP dels contactes ingressats per HD segons modalitat (evitació *vs.* alta precoç) i centre.

OBJECTIU: Conèixer l'activitat diagnòstica dels ingressos en HD per caracteritzar els pacients que han fet ús de cada model d'hospitalització.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge del diagnòstic principal dels contactes amb HD per modalitat i hospital.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge de diagnòstics principals.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Els diagnòstics dels ingressos en HD ajuda a caracteritzar els pacients que han fet ús de cada model d'hospitalització i conèixer els més freqüents.

Limitacions: Ens dona informació del diagnòstic principal, manquen els secundaris per complementar la caracterització dels pacients, es planteja realitzar-ho en una segona fase.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 08

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Diagnòstic principal dels contactes amb HD segons grup d'edat.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el diagnòstic principal segons l'agrupació ADP dels contactes ingressats per HD per grups d'edat i centre.

OBJECTIU: Tenir informació del diagnòstic dels contactes per identificar les causes més freqüents d'utilització de l'HD per edat.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge del diagnòstic principal dels contactes amb HD per grup d'edat i hospital.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge dels diagnòstics principals.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Conèixer l'activitat diagnòstica dels ingressos en HD ajuda a caracteritzar els pacients segons els grups d'edat descrits en la fitxa de perfil dels pacients.

Limitacions: Ens dona informació del diagnòstic principal, manquen els secundaris per complementar la caracterització dels pacients, es planteja realitzar-ho en una segona fase.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 09

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Procediments dels contactes amb HD.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el procediment principal segons l'agrupació APP dels contactes ingressats per HD segons modalitat (evitació *vs.* alta precoç) i centre.

OBJECTIU: Conèixer el procediment emprat pels contactes per tal d'identificar els tipus de procediments més freqüents aplicats en els pacients ingressats en HD per cada modalitat i centre.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge del procediment principal dels contactes amb HD per modalitat i hospital.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge dels procediments principals.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: El tipus de procediment dels ingressos en HD ajuda a caracteritzar els pacients que han fet ús de cada model d'hospitalització, i ens pot facilitar l'adequació i adaptació del procediment en el domicili.

Limitacions: Ens dona informació del procediment principal, manquen els secundaris per complementar la caracterització dels pacients, es planteja realitzar-ho en una segona fase.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 10

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Procediments dels contactes amb HD segons grup d'edat.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el procediment principal segons l'agrupació APP dels contactes ingressats en HD per grups d'edat i centre.

OBJECTIU: Tenir informació del procediment emprat en els contactes per identificar els tipus de procediments més freqüents aplicats en els pacients ingressats en HD per cada grup d'edat.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge del procediment principal dels contactes amb HD per grups d'edat i hospital.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge dels procediments principals dels contactes.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: El tipus de procediment dels ingressos en HD ajuda a caracteritzar els pacients que han fet ús de cada model d'hospitalització, i ens pot facilitar l'adequació i adaptació del procediment en el domicili.

Limitacions: Ens dona informació del procediment principal, manquen els secundaris per complementar la caracterització dels pacients, es planteja realitzar-ho en una segona fase.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 11

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Altes d'HD *vs.* altes convencionals en centres hospitalaris.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el nombre i el percentatge d'altes d'HD en relació amb les altes per hospitalització convencional (HC) per centre hospitalari.

OBJECTIU: Conèixer la quantitat d'altes d'HD que fa cada centre per poder fer el seguiment al llarg dels anys i, a la vegada, poder analitzar la variabilitat entre centres.

FÓRMULA DE CÀLCUL: S'ha de realitzar global (Catalunya) i per hospital.

Numerador: Nombre de contactes amb HD per centre.

Denominador: Nombre d'altes amb HC per centre.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: El percentatge d'HD en relació amb les HC és important per valorar l'aplicació d'aquesta alternativa d'hospitalització que aporta una elevada qualitat de vida per al pacient. Ens ajuda a fer la comparativa de com anem en relació amb altres països i també entre els nostres propis centres.

Limitacions: S'ha de tenir en compte, quan comparem centres, que aquesta modalitat d'ingrés requereix d'uns ítems, com són les isòcrones i les condicions familiars/cuidadors, entre altres, que són difícils d'aconseguir en hospitals situats en territoris geogràficament molt dispersos i amb població molt envellida.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 12

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Altes d'HD *vs.* altes convencional en territoris.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el nombre i el percentatge d'altes d'HD en relació amb les altes per hospitalització convencional (HC) per territori.

OBJECTIU: Conèixer la quantitat d'altes d'HD que es realitza al territori per poder fer el seguiment al llarg dels temps i, a la vegada, poder analitzar la variabilitat entre territoris.

FÓRMULA DE CÀLCUL: S'ha de realitzar global (Catalunya) i per territoris.

Numerador: Nombre de contactes amb HD per territoris.

Denominador: Nombre d'altes amb HC per territoris.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: El percentatge d'HD en relació amb les HC és important per valorar l'aplicació d'aquesta alternativa d'hospitalització que aporta una elevada qualitat de vida per als pacients. Ens ajuda a fer la comparativa de com anem en relació amb altres països i també entre els nostres propis territoris.

Limitacions: S'ha de tenir en compte, quan comparem territoris, que aquesta modalitat d'ingrés està condicionada per unes isòcrones concretes i unes condicions familiars/cuidadors entre altres, que són difícils d'aconseguir en hospitals situats en territoris geogràficament dispersos i amb població molt envellida.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 13

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Complexitat dels contactes amb HD per centre i grup d'edat.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure la complexitat dels contactes ingressats per HD per centre, d'acord amb els grups relacionats amb el diagnòstic (GRD).

OBJECTIU: Valorar el grau de complexitat dels contactes que han ingressat a HD, per centres.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre i percentatge dels primers 10 GRD més freqüents, inclou tots els contactes amb HD. S'especifica per centre hospitalari.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Els GRD és una manera de conèixer la complexitat dels pacients, ja que és una variable calculada a partir d'un conjunt d'ítems com edat, sexe comorbiditat, entre altres. Ens aproxima i ajuda a caracteritzar els ingressos en HD amb criteris de gravetat.

Limitacions: És una variable sintètica que ens aproxima a la complexitat, sense afinar-la en la totalitat dels casos.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 14

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Estada dels contactes amb HD segons centre.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure els dies d'estada dels contactes ingressats per ambdues modalitats d'HD als diferents centres.

OBJECTIU: Valorar si l'estada amb HD és similar a l'estada en HC i veure l'heterogeneïtat entre centres.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Mitjana, mediana, mode, variància, desviació estàndard (DS), rang i percentils 25, 50 i 75, de l'estada calculada amb dies.

UNITAT DE MESURA: Nombre enter o decimal (dos decimals), si escau.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: L'estada ens dona una informació indirecta del comportament i eficàcia dels centres en funció de la morbiditat del pacient. Podrem valorar els centres en relació amb els de la resta de Catalunya.

Limitacions: Per poder fer comparacions més precises, cal fer-ho per les mateixes patologies, si més no ajustant per complexitat, cosa que es preveu fer en una etapa posterior.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

CODI: 15

IDENTIFICACIÓ

NOM DE L'INDICADOR: Reingressos en 30 dies dels contactes amb HD.

DESCRIPCIÓ

DEFINICIÓ: Descriure el nombre de reingressos en 30 dies dels contactes en HD en cada centre.

OBJECTIU: Valorar el nombre de reingressos en 30 dies com a indicador indirecte de l'eficàcia de l'HD considerant les limitacions, i també descriure si hi molta variabilitat entre centres.

FÓRMULA DE CÀLCUL: Nombre de pacients que reingressen en el mateix centre en menys de 30 dies a partir de la data de l'alta.

UNITAT DE MESURA: Nombre i percentatge de pacients.

INTERPRETACIÓ I LIMITACIONS: Valorar els reingressos és un indicador del comportament i actuacions del centre i ens mostra les diferencies amb l'HC.

Limitacions: Per poder fer comparacions més adequades caldria fer-ho per a les mateixes patologies, si més no ajustant per complexitat, cosa que es preveu fer en una etapa posterior.

PERIODICITAT: Anual.

FONTS D'INFORMACIÓ

ORIGEN DE LES DADES: CMBD - Hospitals d'aguts.

ESTRUCTURA RESPONSABLE: CatSalut.

DIMENSIONS D'ANÀLISI

ANÀLISI GENÈRICA: Hospitals públics de Catalunya.

Annex 9. Prescripció de teràpies respiratòries

Definició dels recursos necessaris per una HD amb suport de teràpies respiratòries domiciliàries (TRD).

Les teràpies respiratòries durant l'HD

Durant l'ingrés al domicili, l'hospital està a càrrec del tractament integral del pacient, del seu tractament farmacològic i, si escau, del seu tractament d'oxigen domiciliari, de teràpia nebulitzada, amb la possibilitat de realització de gasometria arterial al mateix domicili.

Les línies de servei que s'inclouen en les teràpies respiratòries de l'hospitalització a domicili són:

OB - Oxigenoteràpia amb bombona de gas
OC - Oxigenoteràpia amb concentrador estàtic de 0 a 4 lpm
OC - Oxigenoteràpia amb concentrador estàtic de 0 a 5 lpm
OC - Oxigenoteràpia amb concentrador estàtic d'1 a 10 lpm
OL - Oxigenoteràpia amb oxigen líquid
AC - Nebulització amb nebulitzadors tipus jet convencionals
AF - Nebulització amb nebulitzadors tipus jet amb compressors d'alt flux
AE - Nebulització amb nebulitzadors electrònics amb malla vibrant
AP - Nebulització amb nebulitzadors específics segons prescripció
GM - Gasometria arterial portàtil

El centre hospitalari ha de formalitzar el contracte de subministrament de les teràpies amb una de les empreses subministradores que compleixin les normes de manipulació de gasos i tinguin autorització de fabricació, emmagatzematge i comercialització per l'Agència del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS). El contracte de l'hospital amb l'empresa ha d'incloure el subministrament d'equips, accessoris i materials fungibles específics per a cada teràpia, així com la prestació dels serveis al domicili del pacient, instal·lació i manteniment de l'equip. La instrucció en la utilització dels equips ha d'estar coordinada amb els equips HD de cada territori. El perfil d'aquest tipus de pacient, en l'hospitalització a domicili, és la persona amb patologia aguda de l'aparell respiratori que necessita un ingrés a l'hospital en el cas que no es disposi de servei d'HD.

El circuit de prescripció l'ha d'establir cada centre hospitalari en el context de l'ingrés del pacient al domicili. La prescripció de teràpies respiratòries domiciliàries, quan el pacient es troba en situació d'ingrés en hospitalització a domicili, ha de recaure en el professional mèdic del mateix centre hospitalari.

L'empresa ha de procurar la instal·lació dels equips abans de l'arribada del pacient al seu domicili i, en cas que no hagi estat possible, sempre durant les primeres 2 hores des de la sol·licitud.

En cap cas, a un pacient amb ingrés a domicili se li pot prescriure oxigen mitjançant el circuit de prescripció de TRD del portal d'aplicacions (RTRD). Aquest circuit és exclusivament dirigit a situacions de patologia crònica de llarga durada. En cas que el pacient tingui una TRD crònica prescrita prèviament per aquesta via, es pot mantenir el servei, però en cas que calgui incrementar-ne el servei o ampliar-lo amb alguna teràpia addicional, cal que durant l'ingrés a domicili ho garanteixi el mateix hospital per mitjans propis.

10. Referències bibliogràfiques

Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, Hermida L, Fernández M, Massa B, Mirón M, Murja A, Muñoz L, Ponce MA, Rio M, Torres A. Hospitalització domiciliària. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.

Amblàs-Novellas J, Espaulella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med 2015;6(2):189–194.

Amblàs-Novellas, Jordi; Contel, Joan Carles; Kukielka, Deborah; Rico, Lalo; Barbeta, Conxita; Santaeugènia, Sebastià; en nom del grup VIG-express. VIG-express: consenso de un sistema de valoración multidimensional/geriátrica rápida en Cataluña. In press.

Busquet X, Esteban M, Jiménez EM, Tura M, Bosch O, Moragas A et al. Debate: criterios de complejidad utilizados en cuidados paliativos. El hexágono de la complejidad (HexCom®2018). In:.In: Limón E MA (coord.), editor. Cronicidad avanzada. Limón E, Meléndez A (coord.), Madrid: SECPAL; 2018. p. 35–40. Disponible a: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf

Busquet-Duran X. L'hexàgon de la complexitat (HexCom). Intercanvis/Intercambios Psicoanàlisi. 2017;38:86–106. Disponible a: http://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/330764

Carme Hernández, Albert Alonso, , Judith Garcia-Aymerich et al. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project . Int J Integr Care. 2015 Jan-Mar; 15.

Carme Hernández, Jesus Aibar, Nuria Seijas et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. Int J Integr Care. 2018 Apr-Jun; 18(2): 12.

Catàleg d'indicadors: Avedis Donabedian. Milbank Q. 2005 Dec; 83(4): 691–729.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2006; 166(17):1822-1828.

Conley J, O'Brien CW, Leff BA, Bolen S, Zulman D. Alternative Strategies to Inpatient Hospitalization for Acute Medical Conditions. A Systematic Review. JAMA Intern Med. 2016;176(11):1693-1702. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5974.

Cuxart A, Estrada O. Hospitalización a domicilio: una oportunidad para el cambio. Med Clin (Barc) 2011; 138: 355-60.

Esteban-Pérez M, Fernández-Ballart J, Boira-Senlí R, Martínez- Serrano T, Nadal-Ventura S, Castells-Trilla G. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. Med Paliat. 2018;25. Disponible a: http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X18300028-S200

Esteban-Pérez M, Grau IC, Castells-Trilla G, Bullich-Marín I, Busquet-Duran X, Aranzana-Martínez A, Basora Torradeflot M, Picaza Vila J, Tuca Rodríguez A, Valverde Vilabella E.

Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. Med Paliat. 2015;22:69–80.

Estrada O, Massa B, Ponce MA, Mirón M, Torres A, Mujal A et al. Proyecto HaD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. Hosp Domic. 2017;1(2):93-117.

González-Ramallo VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc). 2002;118:659–64.

Grup de Treball d'Hospitalització Domiciliària i Geriatria Comunitària de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Model d'hospitalització domiciliària integral geriàtrica per a l'atenció de persones d'edat avançada amb fragilitat i complexitat.Gener 2020. Disponible a: http://scgig.cat/grup-hospitalitzacio

Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med 2009; 360(14):1418-1428.

Leff B, Burton L, Mader SL et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Ann Intern Med 2005; 143(11):798-808.

Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. CMAJ 2009; 180(2):156-157.

Lu CY, Roughead E. Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. Int J Clin Pract 2011; 65(7):733-740.

Mas MÀ, Santaeugènia S. Hospital-at-home in older patients: a scoping review on opportunities of developing comprehensive geriatric assessment based services. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(1):26-34.

Mas MÀ, Santaeugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 2015;50(1):26-34.

Mas MÀ, Santaeugènia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gámez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions. J Am Med Dir Assoc 2018;19(10):860-863.

Moore C, Wisnivesky J, Williams S et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med 2003; 18(8):646-651.

Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. LDI Issue Brief 2004; 9(6):1-4.

Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. J Am Med Dir Assoc 2017;18(2):192.e1-192.e11.

Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH et al. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158(5 Pt 2):433-440.

Salvador Comino, Rosa; Garrido Torres, Nathalia; Perea Cejudo, Inmaculada; Martin Rosello, Maria Luisa; Regife Garcia, Victor; Fernandez Lopez A. El valor del instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. Med Paliat. 2017;24:196–203.

Shepperd S, Doll H, Angus RM et al. Hospital at home admission avoidance (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 8, 2011.

Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. BMJ 2011;343:d6799.

Referències sobre el marc legal relacionat amb la transfusió de components sanguinis

Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST). Transfusión extrahospitalaria. Recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.

Dispositiu transversal d'hospitalització a domicili i Servei d'Hemoteràpia i Hemostàsia, Transfusió de components sanguinis, Hospital Clínic de Barcelona, 2016.

Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos de la SETS. 4ª edición, 2010.

Real decreto 1088/2005, de 16 de septiembre (Ref.2005/15514), por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y los servicios de transfusión. BOE número 225, de 20 de septiembre de 2005.

Transfusión extrahospitalaria. Acuerdos 17/12/15 y 18/02/16. Comité científico sobre seguridad transfusional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Trasfusión domiciliaria de hemoderivados. Recomandaciones clínicas y procedimientos en Hospitalización Domiciliaria. Sanroma P, Sanpedro I, Gonzalez C Baños MT (Ed) Tomo 2 Cap:3,1293-1316, IFIMAV, 2012.

Villegas Bruguera, EB i Torres Corts, AM,. Transfusió a domicili (HADO) en transfusió de components sanguinis. Protocol Clínic "Guia d'hemoteràpia", Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, 2013.