

**HOSPITALITZACIÓ A
DOMICILI EN L'ENVELLIMENT:
APLICABILITAT I AVANTATGES**

Hospitalització a domicili en l'envelliment: aplicabilitat i avantatges

Manuel del Río Vizoso

Resum

L'hospitalització a domicili (HAD) és una modalitat assistencial que permet l'atenció a pacients al seu domicili que, d'una altra manera, romandrien ingressats en un hospital. És una atenció especialitzada, d'alta intensitat i curta durada, que busca millorar la qualitat assistencial mantenint els alts estàndards de qualitat de l'atenció hospitalària, evitant estades innecessàries, infeccions hospitalàries, síndromes confusionals i afavorint la sostenibilitat del sistema sanitari, la comunicació entre el pacient, la família i l'equip sanitari i educant el pacient i la família en les cures de la seva malaltia al domicili, detectant *in situ* les dificultats de l'autocura.

Vam recollir de forma prospectiva els casos dels pacients ancians ingressats en HAD en els últims deu anys i vam analitzar diferents variables i programes específics de la unitat, com l'atenció al pacient fràgil amb MPOC i la quimioteràpia a domicili. Es va revisar la literatura científica existent sobre HAD en ancians, prestant una atenció especial a la seguretat, l'aplicabilitat i els avantatges.

Les dades van ser congruents amb una població anciana amb pluripatologia, i l'estada en HAD va ser segura, satisfactòria i amb alta eficiència per al sistema sanitari quant a resultats de salut i estalvi de costos pel que fa a l'hospitalització convencional.

Resumen

La hospitalización a domicilio (HAD) es una modalidad asistencial que permite la atención a pacientes en su propio domicilio que, de otra manera, permanecerían ingresados en un hospital. Es una atención especializada de alta intensidad y corta duración, que busca mejorar la calidad asistencial manteniendo los altos estándares de calidad de la atención hospitalaria, evitando estancias innecesarias, infecciones hospitalarias, síndromes confusionales y favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario, la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo sanitario y educando al paciente y la familia en los cuidados de su enfermedad en el domicilio, detectando *in situ* las dificultades del autocuidado.

Recogimos de forma prospectiva los casos de los pacientes ancianos ingresados en HAD en los últimos diez años y analizamos distintas variables y programas específicos de la unidad, como la atención al EPOC frágil y la quimioterapia a domicilio. Se revisó la literatura científica existente sobre HAD en ancianos, prestando especial atención a la seguridad, la aplicabilidad y las ventajas.

Los datos fueron congruentes con una población anciana con pluripatología, y su estancia en HAD fue segura, satisfactoria y con alta eficiencia para el sistema sanitario en cuanto a resultados de salud y ahorro de costes con respecto a la hospitalización convencional.

1. Introducció

L'hospitalització a domicili (HAD) es defineix com una alternativa a l'hospitalització convencional capaç de dur a terme, al domicili del pacient, procediments diagnòstics, terapèutics i cures similars als dispensats als hospitals. És proporcionada per professionals de salut especialitzats, dependents de l'hospital, durant un període de temps limitat, a pacients que, d'una altra manera, haurien precisat atenció en un hospital en qualsevol de les seves àrees.

L'HAD, per tant, busca portar l'hospital al domicili del malalt. És important, per motius operatius i d'eficiència, diferenciar l'atenció primària (AP), en què també es fan visites domiciliàries, de l'HAD. L'HAD substitueix l'hospital però no a l'AP, perquè la seva labor és complementària. Es diferencien en la intensitat i complexitat de cures, que són altes per definició en l'HAD, i en el fet que el temps (dies o setmanes) d'atenció en l'HAD és limitat i de llarga durada en el cas de l'AP. Tenir clars els límits i les diferències ajuda a ser més operatius, evitant la duplicitat de recursos assistencials, i a ser, per tant, més eficients en les cures de salut. De fet l'HAD és un gran instrument per garantir la tan anhelada i moltes vegades inexistent, per desgràcia, continuïtat assistencial entre l'hospital i l'AP quan es comparteix el lloc d'atenció i es poden fer, fins i tot, visites conjuntes de forma puntual.

2. Història

La primera unitat d'HAD sorgeix l'any 1947 a Nova York, a l'Hospital Guido Montefiore, del Bronx, creada pel Dr. Bluestone per descongestionar l'hospital i per trobar una situació social i psicològica més favorable per al pacient. El desenvolupament des de llavors ha estat exponencial i actualment hi ha més de 3.000 agències certificades que apliquen l'HAD als EUA i nombrosos recursos en xarxa per formar professionals que vulguin fer la seva activitat en aquesta modalitat (www.hospitalathome.org).

A Europa arriba quatre anys més tard, el 1951, a l'Hospital Tenon de París. En els anys següents s'estén a altres països europeus, com Gran Bretanya, Suècia, Holanda, Itàlia i Alemanya. Al nostre país, la primera iniciativa d'HAD es duu a terme el 1981 a Madrid, a l'antic Hospital Provincial (l'actual Hospital Gregorio Marañón), i després s'estén al País Basc (Hospital de Cruces) i a la resta de comunitats. Actualment, segons dades de la Societat Espanyola d'Hospitalització a Domicili (SEHAD), hi ha més de 110 unitats repartides en totes les comunitats autònomes (www.sehad.org/directorio_unidades.html) amb diferents graus d'implantació, i en destaquen les del País Basc i la Comunitat Valenciana, que suposen el 100% del territori atès per unitats d'HAD.

A les Illes Balears hi ha dues unitats d'HAD: la més veterana, que va ser fundada el 2000 a l'hospital Can Misses, i la de l'Hospital Universitari Son Dureta, actual Son Espases, creada el 2005. En el mateix any, es va muntar una unitat similar a l'Hospital Son Llatzer, que posteriorment es va tancar. Després de deu anys de marxa, la unitat ha atès més de 5.000 pacients al seu domicili i recentment ha ampliat la seva capacitat per poder atendre uns 800-900 pacients l'any, evitant estades innecessàries a l'hospital.

No tots els pacients hospitalitzats poden d'ingressar o han d'ingressar en una unitat d'HAD. S'empren criteris d'inclusió generals acceptats per totes les unitats d'HAD espanyoles i s'individualitza el cas en funció de la realitat social i clínica del pacient. Així, els criteris generals d'inclusió en totes les unitats d'HAD són:

- Necessitat d'ingrés hospitalari: les cures de l'HAD, per definició, impliquen que el pacient hauria d'estar ingressat en cas que no existís la unitat d'HAD. Si el pacient pot ser atès en un dispositiu assistencial diferent de l'hospital, com ara AP, consultes externes o hospital de dia, no ha d'ingressar a l'HAD. La unitat d'HAD substitueix, com ja s'ha dit, totalment o parcialment l'ingrés hospitalari.
- Situació social adequada: el pacient ha d'estar acompanyat al seu domicili o, si no és possible, ser independent i tenir una condició que li permeti l'autocura. A més, ha de disposar de telèfon i condicions higièniques adequades al seu domicili.
- Domicili en isòcrona de 20 a 30 minuts al voltant de l'hospital: el personal de la unitat ha de poder accedir de manera ràpida al domicili del malalt en cas que aquest ho necessiti per la seva seguretat. Les demores podrien ocasionar problemes clínics greus.
- Acceptació de l'ingrés per part del pacient i cuidador: l'HAD és un recurs voluntari que substitueix l'hospital i que es basa en la confiança mútua entre el pacient, el seu cuidador i la unitat. Si el pacient o el familiar no se senten còmodes o segurs estant hospitalitzats al seu domicili, no s'ha de forçar l'ingrés i han de romandre a l'hospital.

Els pacients que compleixen els criteris d'inclusió són atesos al domicili en les mateixes condicions que si estiguessin al llit de l'hospital. Per això, la unitat d'HAD disposa d'una cartera de serveis adequada a les necessitats sanitàries del pacient: una sèrie de proves, com les radiològiques, la medicina nuclear o la radioteràpia, es porten a terme a l'hospital, però la resta de proves, com les analítiques de laboratori o les microbiològiques; proves invasives, com la toracocentesi o paracentesi; transfusions d'hemoderivats, infusions de quimioteràpics o tractament antibiòtic parenteral ambulatori, entre altres, es fan al domicili diàriament amb total seguretat i satisfacció i amb resultats de salut similars als hospitalaris, si no, més bons. Al domicili es poden col·locar vies perifèriques, fer cures complexes,

rebre oxigen de manera contínua, administrar aerosols i, fins i tot, fer polisomnografies o ventilació mecànica no invasiva.

D'acord amb aquesta cartera de serveis, s'estan ingressant diàriament pacients amb infeccions, com pneumònies; infeccions del tracte urinari, abdominals, com ara diverticulitis o colecistitis; endocarditis, meningitis o osteomielitis; descompensacions de patologies cròniques, com insuficiència cardíaca, MPOC (malaltia pulmonar obstructiva crònica) o cirrosi hepàtica; pacients amb quimioteràpia per leucèmia mieloide; pacients dependents amb necessitat de transfusions freqüents; amb malabsorció o impossibilitat d'alimentació enteral per a nutrició parenteral domiciliària; ancians amb síndrome confusional aguda; atenció a pluripatològics o crònics descompensats; tromboembolisme pulmonar, infeccions postquirúrgiques o úlceres per decúbit, etc.

Per atendre de forma segura i satisfactòria els nostres pacients, hem de cobrir les seves necessitats de salut durant el temps en què estan ingressats en la unitat, les 24 hores dels 365 dies de l'any. Tots els dies de l'any, de les 8 h del matí a les 9 h de la nit, el personal propi de l'HAD, compost per metges i infermeres està disponible per al pacient. En el període comprès entre les 9 h de la nit i les 8 h del matí, i durant totes les nits de l'any, és el Servei d'Urgències Extrahospitalàries, el 061, el que atén les necessitats urgents d'atenció dels pacients ingressats en HAD. És un exemple de col·laboració entre dispositius assistencials que garanteix la seguretat i satisfacció del pacient i permet l'ús eficient dels recursos sanitaris del sistema sanitari.

L'HAD ha demostrat, com veurem més endavant, nombrosos avantatges durant més de 50 anys d'existència. Els més notables són els següents:

- Evita la despersonalització que sofreix el pacient quan ingressa en un hospital.
- Humanitza la relació metge-pacient, la qual cosa redunda en millors resultats de salut.
- Integra i corresponsabilitza el pacient i la família en les cures del pacient, formant i informant de la seva malaltia en un entorn favorable al pacient.
- Evita els trasllats diaris dels familiars a l'hospital.
- Anul·la la possibilitat d'infeccions nosocomials i disminueix en gran percentatge els episodis de síndrome confusional o deliri agut.
- Millora la gestió de llits hospitalaris mitjançant un ús més eficient dels recursos, reduint els costos marginals per procés i alliberant llits que poden destinar-se a altres pacients en espera des d'Urgències o a reduir llistes d'espera quirúrgica.

3. Estudis sobre l'HAD del pacient gran

Amb la finalitat de conèixer la tipologia dels pacients ancians atesos a la nostra unitat en els últims deu anys i comparar els seus resultats de salut amb els pacients més joves, presentem les dades de la nostra unitat en aquest període. A més, presentem dades sobre dos programes específics que la unitat d'HAD de Son Espases duu a terme en col·laboració amb altres serveis per atendre de manera més eficient i amb índexs més alts de satisfacció malalts ancians amb patologies cròniques i debilitants.

3.1. Estudi sobre ancians atesos en HAD en els últims 10 anys

3.1.1. Material i mètodes

La unitat d'HAD de l'Hospital Son Espases està composta per 3 metges, 8 infermeres i una administrativa i pot atendre uns 25 pacients diaris. Té una cartera de serveis, una activitat homologable a la de qualsevol unitat d'HAD del país i atén una població amb patologia complexa, que pertany a l'hospital de referència de les Illes Balears. En els dos últims anys, ha augmentat significativament la seva activitat, i ha passat d'acollir 439 malalts el 2014 a 650 el 2015. En aquest any, 2016, l'increment és del 20% de l'activitat comparat amb l'any passat en els cinc primers mesos, la qual cosa reflecteix el creixent interès i la forta instauració de l'HAD a Son Espases. Per valorar l'assistència hospitalària en domicili dels pacients ancians sota la modalitat d'HAD, es van recollir de forma prospectiva els casos dels pacients majors de 65 anys atesos a la unitat del nostre hospital en els últims deu anys, analitzant les dades epidemiològiques, el tipus de patologia atesa, els serveis que enviaven al pacient a la unitat d'HAD, l'estada a la unitat i els resultats finals de l'HAD per a cada pacient. Es va revisar la literatura científica existent sobre HAD en pacients més grans de 65 anys, prestant especial atenció a la seguretat i aplicabilitat de la modalitat assistencial i valorant els seus avantatges sobre l'hospitalització convencional en aquesta població.

3.2. Resultats

Es van recollir 4.583 ingressos en la unitat d'HAD durant els 10 anys de l'estudi. D'aquests, 2.655 (el 57,93%) eren més grans de 65 anys. L'edat mitjana era de 75,42 anys (65-101) i l'estada mitjana de 9,48 dies (2-90). El 60,9% procedien de la planta hospitalària, el 23,23% de l'àrea d'Urgències, l'11,26% de consultes externes i la resta d'altres àrees. Per serveis, el 30,8% procedien de pneumologia, 24,74% de medicina interna i infeccioses, el 23,23% d'urgències i la resta d'altres serveis. Quant a les patologies més ateses, les malalties infeccioses respiratòries i urinàries i les descompensacions de malalties cròniques (MPOC i insuficiència cardíaca) van ser les prevalents. De tots els pacients, el 7,04% van reingressar-hi durant l'episodi d'HAD i la resta van completar l'hospitalització. Va haver-hi dos èxits (0,07%). Pel que fa al subgrup de pacients menors de 65 anys, els pacients més grans hi van reingressar en més ocasions, els èxits

van ser els mateixos, la procedència des de consultes o urgències va ser més baixa i des de planta convencional més alta, procedien més de medicina interna i infeccioses o urgències que de pneumologia i la seva estada mitjana va ser de dos dies més, la qual cosa és congruent amb una població més dependent i amb més comorbiditat, especialment el pacient amb MPOC.

4. Estudi sobre pacients fràgils amb MPOC

4.1. Material i mètodes

Definim el pacient fràgil amb MPOC com el pacient amb MPOC amb dos o més ingressos hospitalaris en l'últim any que no té dificultats per accedir periòdicament a l'hospital i el pronòstic del qual no està condicionat per patologies diferents de l'MPOC. Sota aquestes premisses, el nostre hospital va muntar una consulta específica per a pacients fràgils amb MPOC i va incloure 34 pacients amb un maneig específic de la seva patologia. La nostra hipòtesi va ser que aquest maneig alternatiu podria fer disminuir els ingressos hospitalaris, el nombre d'estades, les consultes a urgències, la morbiditat i millorar la qualitat de vida d'aquests pacients, a més de suposar un estalvi per al sistema sanitari. Els nostres objectius, en plantejar l'estudi, van ser avaluar l'eficàcia del maneig dels pacients fràgils amb MPOC en consultes específiques enfront del maneig convencional i, en una segona anàlisi, descriure la relació d'aquest dispositiu amb una unitat d'HAD. Es van consensuar protocols diagnòstics i terapèutics segons l'evidència disponible, de manera que la qualitat d'atenció i els resultats de salut fossin els mateixos que en cas de romandre a l'hospital. Es van determinar els canals de comunicació que permetessin una forma més àgil i eficient d'actuació. Es comptava amb una experiència prèvia en comú en el tractament d'aquest tipus de pacients però no estava estructurada de forma tan eficient. La imbricació de la unitat d'HAD en l'activitat de la consulta de pacients fràgils amb MPOC, formant una unitat funcional composta de dos serveis diferents amb especialistes de diferents especialitats i infermeria especialitzada, ampliava la cartera de serveis al pacient utilitzant les sinergies creades. Aquests objectius es van valorar anualment, i es van recollir en aquesta part de l'estudi els resultats dels primers tres anys del programa, tant de la cohort de malalts amb MPOC atesos de forma integral, comparant els seus resultats de salut amb els dels malalts atesos de forma convencional, com del subgrup que va ingressar en HAD dins del seu maneig alternatiu. Es van recollir dades sobre nombre d'ingressos, estades, visites a urgències i mortalitat. Les dades d'HAD es van recollir de forma prospectiva durant un període estès de tres anys, posant èmfasis en epidemiologia, resultats i seguretat.

4.2. Resultats

Taula 1 | *Dades de referència de tots els pacients*

Variables	Casos (n=34)	Controls (n=35)	p value
Edat	67,6 ± 7,66	71,9 ± 10,14	p= 0,072
FEV ₁ (L)	0,83 ± 0,26	1,29 ± 0,54	p= 0,0001*
Dispnea (mMRC)	2,7 ± 0,88	1,91 ± 0,85	p= 0,0018*
Nombre d'ingressos anteriors	3,1 ± 1,62	2,86 ± 1,31	p= 0,369
Nombre de dies d'ingressos previs	22,5 ± 14,2	13,1 ± 10,4	p= 0,023*
Percentatge d'ingressos per IRH (%)	88 ± 17,9	70,8 ± 28,8	p= 0,112

IRH: insuficiència respiratòria hipercàpnica

mMRC: escala de dispnea modificada

*p < 0,05 és significativa per la prova de Mann-Whitney.

Taula 2 | *Resultats*

Variables	Casos (n=34)	Controls (n=35)	p value
Visites al servei d'urgències	0,21 ± 0,41	0,66 ± 1,3	p= 0,325
Ingressos hospitalaris	0,27 ± 0,57	2,5 ± 1,96	p < 0,0001*
Dies d'hospitalització	1,97 ± 4,59	13,01 ± 11,73	p < 0,0001*
Nombre de cicles de corticosteroides orals	1,1 ± 1,48	2,9 ± 2,53	p= 0,0002*
Nombre de cicles d'antibiòtics	1,4 ± 1,48	3,1 ± 2,36	p= 0,0005*
Mortalitat (%)	4 (11,8)	6 (17,14)	p= 0,70

*p < 0,05 és significativa per la prova de Mann-Whitney.

Del total de malalts en seguiment, durant els tres anys de la segona part de l'estudi, van ingressar-ne 21 (el 60%) a la unitat d'HAD, amb un total de 53 ingressos (1-7), 463 estades (mitjana: 8,73, 4-25), 7 ingressos al cap de 30 dies de l'alta (el 13% dels ingressos) i el reingrés durant l'HAD. L'edat mitjana va ser de 65,5 anys i el 57% van ser homes.

5. Quimioteràpia domiciliària

5.1. Material i mètodes

L'objectiu de l'estudi va ser descriure l'experiència de la Unitat d'HAD de l'Hospital Universitari Son Espases amb l'administració a domicili (AD) d'azacitidina. Addicionalment es van comparar els costos associats amb l'AD d'azacitidina enfront dels associats a l'administració en hospital de dia (HDDA). Per això es va dissenyar un estudi observacional,

retrospectiu d'una cohort de pacients que han rebut com a mínim un cicle d'AD amb azacitidina fins al 29 de febrer de 2016. Per recollir la satisfacció del pacient i cuidador amb el servei, es va dissenyar una enquesta de satisfacció amb 9 ítems utilitzant una escala de valoració estimativa amb 5 nivells. Es va fer una anàlisi descriptiva de les variables sociodemogràfiques, les relacionades amb la patologia i l'AD d'azacitidina i una anàlisi de l'impacte econòmic respecte a l'HDDA, des de la perspectiva social.

5.2. Resultats

L'edat mitjana dels pacients inclosos en l'estudi ($n = 8$) va ser de 70,5 (IC-95% = 62,6 – 78,4) anys i el 75% ($n = 6$) eren homes. Cap dels pacients inclosos en l'anàlisi era actiu des del punt de vista laboral. Dels 7 pacients sobre els quals s'ha obtingut informació sobre el cuidador, 6 (el 86%) van manifestar que necessitaven un cuidador, un dels quals era remunerat. En total, es van administrar 38 cicles d'AD i la dosi mitjana administrada va ser de 138,72 mg (IC 95% 134,66 – 142,78 mg). El cost total associat a l'AD va ser de 74.878 € (1.970 €/cicle), mentre que el cost total hipotètic associat a la mateixa cohort a l'administració en HDDA va ser de 145.176 € (3.820 €/cicle). Tant els pacients com els seus cuidadors s'han sentit segurs durant l'AD i estan molt satisfets amb el servei que han rebut. No es van presentar més complicacions de les habituals en el tractament amb aquest fàrmac i van ser solucionades sense necessitat de traslladar el pacient a l'hospital ni de fer cap reingrés hospitalari.

6. Discussió

L'envelliment progressiu de la població espanyola en les últimes dècades a Espanya, fenomen similar a l'observat en altres països del nostre entorn, es deu en gran manera al desenvolupament de polítiques de salut pública adequades i als avanços tecnològics. Així, patologies que eren mortals no fa gaire s'han convertit en cròniques, per la qual cosa ha canviat el model d'atenció al pacient agut propi dels hospitals pel model de cronicitat que ara predomina als llits hospitalaris. L'esperança de vida s'allarga i es gaudeix de més qualitat de vida però apareixen la cronicitat, la pluripatologia i la multimorbiditat. Això és un repte sanitari de primer ordre, tant mèdic com social, i amenaça de disparar els costos sanitaris. Les expectatives per als propers anys no són gaire esperançadores en aquest sentit, atès que s'espera que el 2020 hi hagi uns 9 milions de persones més grans de 65 anys i, d'aquestes, el 20% siguin persones més grans de 80 anys. El col·lectiu de pacients ancians es caracteritza perquè són més dependents, tenen més patologies, més prevalença de cronicitat i, per tant, una freqüentació més alta dels centres de salut i hospitals juntament amb una despesa farmacèutica més alta. El sistema sanitari espanyol, com altres sistemes europeus, no està preparat per al canvi de dinàmica sanitària que ja està ocorrent i segueix establert en l'atenció primària i els hospitals com a instruments, amb poca presència de

recursos socio-sanitaris i xarxes d'atenció al pacient pluripatològic que permetin evitar estades hospitalàries innecessàries i evitin aguditzacions de les seves malalties, la qual cosa milloraria la qualitat i les expectatives de vida de les persones i reduiria els costos sanitaris.

Les nostres dades demostren que l'HAD és aplicable a pacients ancians. Les dades de seguretat ho demostren. El nostre estudi és descriptiu, amb les limitacions que això comporta, però evidencia que un alt percentatge dels pacients que s'atenen en la nostra unitat són ancians. Com caldria esperar, les estades són lleugerament més llargues en comparació amb les dels pacients més joves, la qual cosa s'explica perquè els pacients ancians solen tenir pluripatologies i una reserva funcional més reduïda. Aquesta complexitat pot ser la causa que reingressin més sovint, encara que les dades són molt similars. Això no va tenir repercussió en la mortalitat, que va ser la mateixa en tots dos grups. La procedència des de planta d'hospitalització més habitual s'explica de nou per la complexitat del pacient i la probabilitat més alta que tingui malalties avançades que impedeixen, en un primer moment i atesa la gravetat del quadre, l'ingrés en HAD des de consultes o urgències. Que la procedència del pacient ancià sigui més sovint la planta de medicina interna que la de pneumologia no és estrany, ja que els internistes són els metges que tracten més freqüentment la comorbiditat atesa la seva formació global i multidisciplinària. El fet que al nostre hospital el servei de medicina interna s'hagi involucrat en la gestió de la realitat del pacient crònic i pluripatològic, juntament amb la tendència a l'envelliment poblacional que anteriorment hem assenyalat, fa pensar que cada vegada més malalts es podran beneficiar de l'HAD.

Els nostres resultats són congruents amb el descrit en la literatura científica. Així, nombrosos estudis han demostrat que l'HAD és una alternativa segura en l'hospitalització convencional, amb resultats de salut similars o, fins i tot, millors en determinades patologies i que disminueix el risc d'esdeveniments adversos associats a la institucionalització en ancians (caigudes, síndromes confusionals, deliri, iatrogènia...). L'HAD permet la reincorporació funcional de l'ancià abans que a l'hospital (3) perquè el pacient manté les seves referències psicològiques i d'entorn. Cal no oblidar que l'ingrés hospitalari suposa un desordre, un trastorn per a l'individu que, de sobte, es troba en una realitat estranya, es despersonalitza i tendeix a la reclusió, ja sigui física (permanència en una habitació de vegades compartida, en un llit i sense possibilitat de passejar més enllà d'uns pocs metres) o psíquica (allunyament de la seva família, trastorn de ritmes de somni, canvis en horaris i tipus d'alimentació).

L'HAD suposa un gran avantatge atès que es mantenen totes les referències del pacient intactes, perquè utilitza el seu domicili i la seva habitació com a lloc del tractament. Un altre avantatge de l'HAD en aquests pacients és que limita la iatrogènia en disminuir el nombre de proves complementàries, analítiques, radiografies i de procediments invasius (sondatges, vies centrals, etc.) als quals se sotmet el pacient. La iatrogènia també és

també és més reduïda per dos motius importants: el primer, el pacient segueix amb la seva medicació habitual i només es modifica el que necessiti per al seu episodi de descompensació. A l'hospital se solen canviar els fàrmacs habituals per altres de similars però hi ha força canvis en posologies, infradosificació o sobredosificació per errors en la conciliació farmacèutica. Al domicili no es produeixen aquests canvis; s'empra la mateixa medicació que usa habitualment el pacient i es pot comprovar in situ que la informació que té el clínic sobre la medicació és la correcta. L'altre motiu que disminueix la iatrogènia és que la incidència de síndromes confusionals és molt més reduïda perquè el pacient manté les seves referències espacials i està acompanyat per la seva família de la forma habitual, per la qual cosa no és necessari l'ús de contencions o sedacions davant episodis d'agitació, tan freqüents a l'hospital i que provoquen força problemes al pacient i la seva família.

La seguretat i eficàcia de l'HAD s'ha demostrat per a diverses patologies. Això és així fins i tot en pacients ancians. El tractament parenteral antibiòtic ambulatori es pot administrar amb seguretat al domicili. Les descompensacions de malalties cròniques, com la insuficiència cardíaca i l'MPOC, de la qual més tard parlarem, també s'estan tractant amb èxit al domicili. És clau disposar de criteris fiables per ingressar al domicili pacients ancians de forma fiable i segura. Hi ha pocs treballs sobre aquest tema, però un d'ells va demostrar que utilitzant criteris clínics podem disminuir el nombre de complicacions i reingressos hospitalaris i donar assistència clínica adequada a diferents patologies en domicili amb intensitat i complexitat hospitalàries.

Una de les crítiques que se li fan a l'HAD és que transfereix la càrrega de la cura del pacient des de l'hospital al cuidador o familiar. De fet, un dels criteris d'ingrés en aquestes unitats és l'acceptació del cuidador i la valoració d'una situació social correcta. La realitat és ben diferent. A més de la comoditat de no desplaçar-se diàriament a veure el familiar ingressat, de no haver de passar la nit en una habitació d'hospital que no està preparada per a això, de les despeses associades a aquests trasllats i de la disrupció vital que això suposa, el cuidador del pacient se sent involucrat en el tractament i cures, participa en l'atenció al malalt i comprèn més bé la malaltia. Un estudi elaborat amb pacients ancians hospitalitzats a domicili amb patologies com pneumònia, insuficiència cardíaca o MPOC corrobora que l'estrès del cuidador és més reduïda que a l'hospital i la satisfacció és més gran. D'altra banda, el personal d'aquestes unitats mostra més satisfacció i compromís amb aquestes unitats perquè els permet entaular una relació més propera amb el pacient i els seus familiars. L'HAD fa que el pacient, i no l'hospital, sigui el veritable protagonista i humanitza les cures sanitàries. L'exercici de la medicina es torna, així més amable i permet desenvolupar molt més conceptes com la formació del pacient i la família en la malaltia i la coresponsabilitat en les cures sanitàries, entenent que el pacient és el principal interessat a involucrar-s'hi.

Una vegada descrita l'aplicabilitat en pacients ancians, mantenint els estàndards de qualitat d'atenció de l'hospital (o superant-los, com hem vist), detallant la variabilitat de patologies que es poden atendre al domicili amb l'àmplia cartera de serveis de la qual disposen, coneixent els avantatges que suposa per a la població anciana i els seus cuidadors i demostrant la satisfacció dels actors del procés assistencial, intentarem respondre a l'altra gran dubte que aquestes unitats plantegen: són més eficients? Entenem eficiència com la relació entre els resultats de salut i els costos que comporten. Com hem vist, els resultats de salut de l'HAD, en pacients i patologies seleccionades, són iguals o millors que a l'hospital, però, com són els costos?

Un dels problemes de l'HAD, sobretot a Espanya, és la heterogeneïtat. És difícil comparar unitats perquè no existeixen estàndards ni indicadors fiables, la seva estructura és diferent, les patologies i els programes d'atenció sanitària són diferents i no hi ha normalització de l'HAD a Espanya: unes unitats atenen cures pal·liatives i altres no, altres inclouen l'activitat d'hospital de dia dins dels seus balanços; altres depenen d'urgències, medicina interna o cirurgia i altres d'adreça mèdica; unes tenen capacitat per a 15 malalts i altres per a 90; unes cobreixen 24 hores i altres només 8... Són només exemples de les diferències notables entre unitats que fan complexa l'anàlisi comparativa. Des d'aquestes limitacions, i revisant el que s'ha publicat en la literatura, trobem abundant evidència que l'HAD aconsegueix excel·lents resultats en salut, amb gran satisfacció i elevada qualitat, amb els mateixos costos o amb costos més reduïts. L'any 1994 Peiró ja va demostrar que a Espanya els costos de l'HAD eren més reduïts que els de l'hospitalització convencional però amb una excepció: només si se substitueixen els llits d'hospital per llits d'HAD. És a dir, si el que es fa és mantenir el nombre de llits i augmentar la capacitat de l'hospital via HAD el que s'aconsegueix és augmentar la despesa, si bé s'aconsegueix de forma més eficient.

Altres autors han revisat aquesta qüestió però les seves revisions o bé són parcials – esquemes d'alta precoç enfront de substitució total de l'hospitalització – o són estudis d'HAD en altres països amb altres models, la qual cosa fa difícil extrapolar dades a la realitat de l'HAD espanyola. Amb aquests condicionants i en el grup d'ancians, nombrosos autors conclouen que l'HAD permet disminuir estades hospitalàries amb estalvi en costos de fins al 19% en alguns estudis. Finalment, i per tancar aquest tema, cal ressaltar per la seva potència i representativitat una metanàlisi australiana de l'any 2012 que inclou diversos estudis d'HAD espanyoles i que conclou que l'HAD s'associa amb reduccions en mortalitat, reingressos i costos i, com ja hem explicat, augmenta la satisfacció del pacient i familiars sense sobrecàrrega del cuidador.

Quant als subestudis que esmentem de pacients ancians amb MPOC i de pacients en tractament amb quimioteràpia domiciliària, cal dir que ambdós han estat presentats als congressos nacionals de medicina interna i d'hospitalització a domicili respectivament, i mostren els resultats que pot aconseguir la col·laboració entre serveis mèdics posant

al centre del sistema el pacient. Els nostres resultats en l'atenció multidisciplinària del pacient amb MPOC estan en línia amb altres experiències en la literatura i deixen clar que, en pacients seleccionats, la col·laboració entre nivells assistencials permet aconseguir resultats de salut més bons d'una manera més eficient i amb més satisfacció per als integrants del programa, especialment per al pacient i els cuidadors.

En la mateixa línia, hi ha el programa de quimioteràpia a domicili, que permet atendre pacients amb processos hematològics avançats al seu domicili sense necessitat que es desplacin diàriament a l'hospital, la qual cosa disminueix costos, millora l'atenció al pacient ancià fràgil amb malaltia crònica i disminueix la complexitat del tractament. Alhora, allibera llits per a altres pacients que no disposen d'un altre recurs assistencial per rebre el tractament hospitalari. Són pocs pacients i amb poc temps de seguiment però els resultats són molt cridaners. Existeixen altres experiències similars a la resta d'Espanya i, vists els resultats, estem segurs que iniciatives com aquestes es generalitzaran, donada la realitat demogràfica i econòmica i la tendència progressiva a humanitzar les cures sanitàries.

7. Conclusions

L'HAD és un recurs sanitari que permet tractar al domicili pacients que, d'una altra manera, haurien d'estar ingressats a l'hospital. Es caracteritza per proporcionar atenció durant 24 hores, cures d'alta intensitat i en períodes curts de temps (dies/setmanes). Es tracten en domicili diferents patologies i els seus beneficis són especialment importants en grups de pacients crònics, pluripatològics i fràgils, com solen ser els nostres pacients ancians. De fet, cada vegada més pacients entraran dins d'aquest grup i l'HAD es posiciona com una alternativa segura, eficient i d'alta qualitat per intentar solucionar el problema sanitari que es preveu. L'HAD busca humanitzar l'atenció sanitària i fer participants de les cures el pacient i la seva família, millorant la relació entre pacient i sanitaris, i, mitjançant un redisseny dels processos assistencials, aprofita les sinergies entre serveis mèdics de cara a una millor atenció global a l'individu.

Referències bibliogràfiques

Arras, J. D. i Dubler, N. N. (1994). Bringing the hospital home: Ethical and social implications of high-tech home care. *Hastings Center Report*, 24, pp. S19–S28.

Caplan, G., Sulaiman, N., Mangin, D., Aionino, N., Wilson, A. i Barclay, L. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. *Medical Journal of Australia*, 197, pp.512-19.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M. i Fortinsky, R. H. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age» *Journal of the American Geriatric Society*, 51, pp. 451–458.

Cryer, L., Shannon, S., Van Amsterdam, M. i Leff, B. (2012). Costs for hospital at home patients were 19 percent lower with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Affairs*, 31(6), pp.1237-43.

Echevarría, C., Brewin, K., Bryant, A., Corbett, S., Steer, J. i Bourke, S. (2016). Early supported discharge/hospital at home for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a review and meta-analysis. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 0, pp. 1-11.

Fernández-Miera, M. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44 (S1), pp. 39-50.

Frick, K., Burton, L., Clark, R., Mader, S. i Naughton, B. (2009). Substitutive hospital at home for older persons: effects on costs. *American Journal of Managed Care*, 15 (1), pp. 49-56.

González, V., Valdivieso, B. i Ruiz, V. (2002). Hospitalización a domicilio. *Medicina Clínica*, 118, pp. 659-664.

Leff, B., Burton, L. i Mader, S. L. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143, pp. 798–808.

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl J. (2009,). Comparison of Functional Outcomes Associated with Hospital at Home Care and Traditional Acute Hospital Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, pp. 273–278.

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl, J. (2008). Comparison of Stress Experienced by Family Members of Patients Treated in Hospital at Home with That of Those Receiving Traditional Acute Hospital Care. *Journal of the American Geriatric Society*, 56, pp. 117-123.

Leff, B., Burton, L., Walter, J., Harper, M. i Greenough W. (1997). Prospective evaluation of clinical criteria to select older persons with acute medical illness for care in a hypothetical home hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 45, pp. 1066-73.

Marsteller, J., Burton, L., Mader, S., Naughton, B. i Burl, J. (2009). Health care provider evaluation of a substitutive model of hospital at home. *Medical Care*, 47, pp. 979-85.

Mas, M. i Santaeugenia, S. (2015). Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50 (1), pp. 26-34.

Oterino, D., Ridao, M., Peiró, S. i Marchán, C. (1997). Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Medicina Clínica*, 109, pp. 207-211.

Shepperd, S., Doll, H., Angus, M., Clarke, M. i Iliffe, S. (2009). «Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data». *Canadian Medical Association Journal*, 180 (2), pp. 175-82.

Soderstrom, L., Tousignant, P. i Kaufman, T. (1999). Acute care at home: The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 160, pp. 1151-55.

Autor

MANUEL DEL RÍO VIZOSO

La Corunya (1974). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de Santiago de Compostel·la el 1998. Especialista en Medicina Interna a l'Hospital Universitari Son Dureta des de 2004. Coordinador de la Unitat d'Hospitalització a Domicili (HAD) de l'Hospital Universitari Son Dureta - Son Espases des de 2005 fins avui. Va rebre el reconeixement de suficiència investigadora de la Universitat Autònoma de Barcelona el 2005. Màster en Direcció Executiva d'Hospitals per la UOC el 2013. Màster en Direcció d'Unitats Clíniques per la Universitat de Múrcia el 2016. Vocal de la Societat Espanyola d'Hospitalització a domicili (SEHAD), 2009-2011. Secretari de la SEHAD 2011-2014. President de la SEHAD 2014-2016. Vocal de la Societat Catalanobalear d'HAD des de 2010 fins avui. Membre dels Grups de Treball d'Antibioteràpia Parenteral Domiciliària i de Crònics de la SEHAD. Membre del grup de Treball d'HAD de la Societat Espanyola de Medicina Interna. Membre dels comitès científic i organitzador de nombrosos congressos.