



HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL.1(2) · AÑO 2017 · ISSN-L 2530-5115





HAD

www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS



Centro Internacional Virtual de Investigación en
Nutrición



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS



PÁGINA WEB

<http://www.revistahad.eu>

CONTACTO

Revista Hospital a Domicilio
Calle Clara Campoamor 8-E,
03540 Alicante, España
Teléfono: +34 666840787
editor@revistahad.eu

CONTACTO DE ASISTENCIA

Soporte técnico HAD
revista@revistahad.eu

EQUIPO EDITORIAL

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/pages/view/equipo>

ENVÍO DE TRABAJOS

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/submissions>

EVALUACIÓN POR PARES

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/editorialPolicies#peerReviewProcess>

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com

Hospital a Domicilio es una revista multidisciplinar de publicación trimestral (4 números al año), dirigida a los profesionales relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Es el órgano de expresión del Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición – CIVIN (<http://www.civin.eu/>); y de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio – SEHAD (<http://www.sehad.org/>).

Su título abreviado normalizado es **Hosp Domic** y debe ser utilizado en las notas a pie de página y referencias bibliográficas que así lo requieran.

La revista, publica: editoriales, trabajos originales, originales breves, artículos de revisión (preferiblemente mediante técnica sistemática), artículos especiales y cartas al director/a o científicas, relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Nace en el año 2017 y se alinea con la *Open Access Initiative*, lo que significa que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario final o su institución. Los lectores de la revista están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, según los términos de la licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

La revista Hospital a Domicilio no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.



HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 1(2) · AÑO 2017 · ABRIL-JUNIO

SUMARIO

EDITORIALES

- 57-64 Editorial
[Editorial](#)
Juan Gallud Romero

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 65-72 Nutrición parenteral domiciliaria en los pacientes oncológicos
[Home Parenteral Nutrition in cancer patients](#)
Carmina Wanden-Berghe, Cristina Cuerda Compes, Julia Álvarez Hernandez, José Luis Pereira Cunill, Fátima Carabaña Pérez, Carmen Gómez Candela; Grupo NADYA-SENPE
- 73-82 Evaluación de la calidad de las páginas Web sobre el Hospital a Domicilio: el Indicador de Credibilidad como factor pronóstico
[Evaluating the quality of Websites related to Hospital-Based Home Care: The Credibility Indicator as a prognostic factor](#)
María Sanz-Lorente, Rocio Guardiola-Wanden-Berghe

ORIGINALES BREVES

- 83-91 Indización y uso de los Descriptores MeSH en Hospitalización a Domicilio
[Index and use of the MeSH Descriptors in Home Hospitalization](#)
Benjamín Palomo Llinares, Julia Sánchez Tormo, Rubén Palomo Llinares

ARTÍCULOS ESPECIALES

- 93-117 Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España
[HAD 2020 Project: A proposal to consolidate hospital-based home care in Spain](#)
Oriol Estrada Cuxart, Beatriz Massa Domínguez, Miguel Ángel Ponce González, Manuel Mirón Rubio, Anna Torres Corts, Abel Mujal Martínez, Laura Alepuz Vidal, Francisco Antón Botella, Manuel del Río Vizoso, Magdalena Fernández Martínez de Mandojana, Leticia Hermida Porto; Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.16>

Editorial

Editorial

Juan Gallud Romero

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia. España

Correspondencia/Correspondence

gallud_jua@gva.es

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Gallud Romero J. Por qué sigo creyendo en el hospital a domicilio. *Hosp Domic.* 2017;1(2):57-64.

Por qué sigo creyendo en el hospital a domicilio

Fue en los años 80 cuando entré por primera vez en contacto con el Hospital a Domicilio (HAD). Fue por casualidad durante unas prácticas de la especialidad en París. Posteriormente, realicé el trabajo de campo de un estudio de costes de quimioterapia en hospital convencional y con bombas elastoméricas en HAD, y tuve que acompañar a las enfermeras en sus rutas y visitar todo tipo de domicilios y pacientes. Al finalizar el periplo extranjero, me incorporé a la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana (CV). En 1990 ya se habían creado las tres primeras unidades de HAD (UHD) y, quizás por aquella pequeña experiencia extranjera, en 1992 me propusieron trabajar en su desarrollo. Mi destino profesional estuvo ya siempre vinculado al HAD y me ha permitido acompañar con más o menos intensidad su desarrollo en la CV. Hoy, 25 años después me gustaría aportar algunas reflexiones sobre por qué sigo creyendo en el HAD.

A nivel internacional, existe cierto consenso sobre la definición de HAD. Pero también es innegable que la interpretación de dicha definición y su implementación varían en los diferentes países. Esto da lugar a múltiples experiencias locales a veces muy dispares entre sí a lo largo de la geografía mundial, experiencias muy condicionadas por los diferentes modelos sanitarios y su forma de financiación, lo que dificulta tanto la comparación y evaluación de estos servicios como las decisiones políticas para su desarrollo. Tradicionalmente, se ha buscado en la comparación con el hospital de agudos la razón de ser del HAD. Y se van acumulando evidencias.

EL HOSPITAL NO SIEMPRE ES UN LUGAR SEGURO

Los beneficios producidos por la intervención hospitalaria son obvios, pero también deben tenerse en cuenta los efectos negativos. El medio hospitalario no está exento de riesgos, sobre todo, para las personas más mayores. El hospital es un ámbito con una importante concentración de personas (pacientes, profesionales, visitas...) y de gérmenes con frecuencia resistentes, donde acuden pacientes estresados por la incertidumbre y fragilizados por la enfermedad con la consiguiente disminución de su capacidad inmunitaria, y donde se realizan prácticas invasivas (cirugía, punciones, sondajes...) y se administran medicaciones agresivas no exentas de riesgo. El hospital es también una organización, con su estructura y normas de funcionamiento, con sus rutinas asistenciales... construidas desde la óptica interna y en función básicamente de los intereses profesionales.

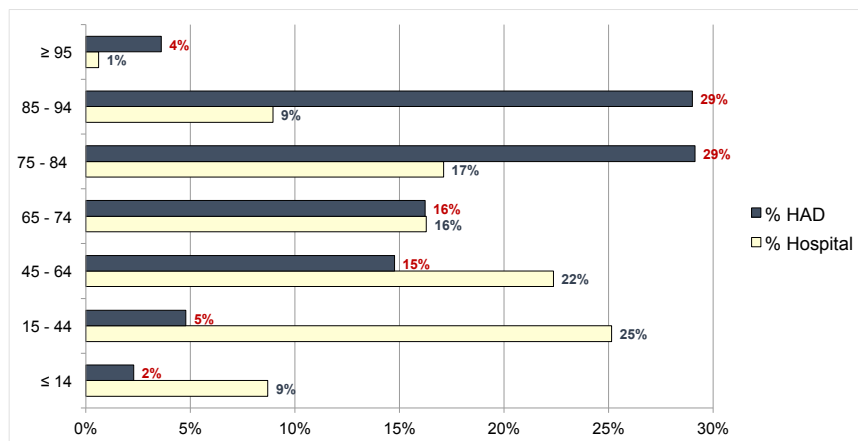
El individuo que abandona su entorno habitual de vida y se sumerge en un entorno hospitalario desconocido, deja también de ser protagonista de sus cuidados y decisiones para asumir una condición de espectador, de sujeto pasivo y obediente. Se trata de un medio más bien hostil (habitación habitualmente compartida, dificultad para dormir, tipo y horario de comida, rutinas fijas de toma de constantes...) donde los actores principales son otros, tanto para el paciente como para la familia. La comunicación es más difícil, unos por retraimiento y otros por falta de hábito y/o de formación, lo que trae consigo no pocos problemas. Especialmente sensible es la comunicación de malas noticias y todo lo relacionado con la atención paliativa y el ámbito del final de vida.

Por otra parte, el entorno hospitalario facilita la adopción de roles profesionales caracterizados por la especialización, la cultura curativa, el imperativo tecnológico, la sofisticación diagnóstica y terapéutica, la aplicación sistemática de protocolos basados en la evidencia científica y el "hacer" a toda costa. Esta cultura, en su loable búsqueda de la excelencia clínica, amenaza paradójicamente los objetivos de calidad, seguridad y efectividad de la propia institución cuando cambia el perfil de los pacientes a atender.

Todos estos riesgos y esta iatrogenia hospitalaria son conocidos (1). Varios eventos iatrogénicos son frecuentes entre la población más mayor: deterioro funcional, delirio o estado confusional agudo, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, incontinencia, caídas. Además, otros eventos adversos se añaden durante la transición del hospital al domicilio en el momento del alta como resultado de las deficiencias en el diseño e implementación de la continuidad informativa y asistencial en nuestro sistema, a pesar del gran desarrollo de unos sistemas informáticos habitualmente fragmentados.

Pero la realidad es que nuestros hospitales se llenan de pacientes cada vez más ancianos y, de su mano, irrumpe la cronicidad compleja y la necesidad de atención paliativa, para cuyo abordaje resulta insuficiente -incluso inapropiado- el paradigma curativo. En la gráfica 1 se ilustra esta situación en la CV: los pacientes ingresados al menos una vez en 2016 con 75 o más años representaban el 27% del total en los hospitales de agudos (84.466 pacientes) y más del doble en las UHD (62%). Como curiosidad, los centenarios ya representaban el 0,5% de los pacientes atendidos en HAD. Por lo tanto, la población en riesgo de iatrogenia hospitalaria crece de forma muy significativa, y el HAD ya está ayudando a evitar o reducir su impacto y a mejorar la calidad de la atención global del sistema para este colectivo, en un curioso un fenómeno de compensación espontánea, pues nadie lo planificó.

Gráfico 1. Distribución del porcentaje de pacientes ingresados al menos una vez en el año por grupos de edad en Hospital versus HAD 2016



Empiezan a aparecer negativas a ser hospitalizados por parte de pacientes -especialmente personas mayores que ya han tenido la experiencia- y dudas en los profesionales sobre si resultará en más daño que beneficio la hospitalización.

EFEECTO TERAPÉUTICO DEL DOMICILIO

Sin embargo, el domicilio -entendido tanto como lugar físico como ámbito de relación y convivencia- simplemente presentando unas mínimas condiciones de habitabilidad, higiene, comunicación y de estructura de soporte de cuidados, puede constituir el «mejor lugar terapéutico», entendido como aquella ubicación asistencial donde se logran más fácilmente los resultados sanitarios, con mayor satisfacción para paciente y familia, y a menor coste sanitario y social.

En el domicilio, paciente y familia pasan de espectadores a protagonistas, cambia su actitud, asumen una posición más activa tanto en la comunicación como en la toma de decisiones y asumen más responsabilidad y más participación en los cuidados. Por su parte, los profesionales juegan en terreno ajeno y, por convicción o por necesidad, tienen que ser más comunicativos, dedicar más tiempo a la escucha y a la educación para la salud. Inmersos en el entorno real de vida de la persona enferma, es difícil no tener una visión integral del caso (paciente, cuidadores y entorno), no percibir la necesidad de resolución integral, deliberativa, multidisciplinar e integrada de situaciones complejas y optar únicamente por ocuparse de resolver la complejidad clínica del paciente y desentenderse de todo lo demás, como es cultura habitual en el hospital.

Por otra parte, los pacientes expresan su preferencia por ser tratados en casa (2) y, en particular para los pacientes en situación de final de vida, el domicilio es el entorno idóneo de atención (3) y su lugar de fallecimiento preferido (4).

ALGUNOS RESULTADOS

Hay que resaltar que el HAD ha sido una de las innovaciones más estudiadas en el marco de la atención sanitaria: en la última actualización de la revisión Cochrane sobre los modelos de evitación de ingresos, son 16 los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) analizados (2).

El efecto combinado de la evitación de los riesgos inherentes a la hospitalización, del efecto terapéutico del domicilio y de la acción del HAD obtiene resultados positivos, y parece que independientemente del modelo analizado. A pesar de que la variabilidad de interpretación e implementación en los diferentes países hace más difícil encontrar evidencias, los estudios coinciden en ciertos resultados.

Las investigaciones más citadas se han realizado en Europa (las revisiones Cochrane (2,5-6), algunas actualizadas en 2016); en Australia, la revisión sistemática de Caplan en 2012 (7), y en EE.UU. destacan varios trabajos de la universidad John Hopkins (8-10). En España, cabe señalar la revisión realizada desde la óptica de la geriatría en 2015 (11). A continuación, se presenta un resumen de la mejora de resultados en HAD en relación a una hospitalización convencional.

- Reducción de la mortalidad a los 6 meses.
- Reducción de la tasa de reingresos hospitalarios.
- Reducción de estancia media.
- Mejores resultados clínicos: menor incidencia de confusión, síntomas depresivos, infecciones nosocomiales, complicaciones urinarias e intestinales, incontinencia, úlceras por presión, caídas.
- Mejores resultados funcionales para las actividades de la vida diaria.
- Mayor calidad de vida.
- Mayor fallecimiento en domicilio en pacientes paliativos que así lo desean.
- Mayor satisfacción de pacientes y cuidadores.
- Menor estrés y sensación de carga adicional en los cuidadores.
- Menor probabilidad de ser ingresado en una residencia.
- Disminución del coste.

Sin embargo, para aquellos que llevan años trabajando en el HAD existe una aparente brecha entre la ciencia y la práctica cotidiana: ¿cómo puede conciliarse la acumulación de experiencias locales de eficacia del HAD con la dificultad de encontrar evidencias científicas de la máxima calidad aportadas por los ECA?. Es cierto que los ECA ostentan la máxima jerarquía en la medicina basada en la evidencia. Pero los ECA son los más adecuados para demostrar las mejores evidencias científicas en intervenciones simples y aislables como medicamentos, test, procedimientos y tecnologías, pero probablemente no sean tan válidos para las intervenciones complejas, es decir, con múltiples componentes, interconectados y variables en el tiempo, como es el caso del HAD. La eficacia de este tipo de intervenciones es sensible a toda una serie de influencias: evaluación del modelo global o fraccionado (evitación de ingresos, alta precoz, paliativos por separado); liderazgo, composición y organización de los equipos; motivación, formación y experiencia de los profesionales; nivel de carga de trabajo y la adicional derivada del ensayo; fase inicial o de madurez organizativa; nivel de integración con atención primaria; desarrollo de los sistemas de información; variabilidad por cambios durante el ensayo y mucho más. En un terreno tan complejo, quizás el ECA no sea el instrumento más apropiado de evaluación (12,13).

Pero además, junto a la medicina basada en la efectividad (técnica) existen otros aspectos a tener en consideración: la medicina basada en la afectividad. En ausencia de efectividad, lo único que los profesionales pueden proporcionar en algunas ocasiones a los pacientes es acompaña-

miento, afecto y cuidado. En este sentido cabría recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación con paciente y familia, y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua basada en el respeto, la comprensión y el afecto (14). En la aplicación de esta combinación de técnica (efectividad) y corazón (afectividad), las UHD llevan un buen camino recorrido en todos sus años de atención paliativa. Pero ¿qué precio se le asigna al impacto de la afectividad y otros intangibles en los estudios de costes en relación al hospital, tan relevantes en la difusión internacional del HAD? ¿Es el hospital el 'gold standard' en alta tecnología afectiva, comunicación y atención paliativa en relación al HAD o es a la inversa?

La respuesta no es ni será fácil, pero el progreso en la mejora de la atención no puede ser la víctima de controversias metodológicas sobre la robustez de las conclusiones 'positivas'. Las certezas probablemente vendrán del acúmulo progresivo de experiencias locales y de evidencias en modelos, grupos de pacientes, contextos y países diferentes. Por lo tanto, sin denostar los ECA, el progreso del HAD también debe basarse en la ciencia de la mejora, es decir, en evidencias obtenidas en el marco de la innovación y la mejora continua (12).

TENDENCIAS QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DEL HAD

Hay tendencias que impulsarán el desarrollo del HAD:

La transición demográfica y epidemiológica:

La longevidad de la población es un éxito social y sanitario, pero trae consigo cronicidad, pluriopatología, dependencia y una creciente necesidad de atención paliativa, lo que exacerba los riesgos de la hospitalización y la necesidad de indicación de HAD.

La sostenibilidad del sistema

El sistema sanitario ya es deficitario y las transiciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas en curso amenazan su sostenibilidad. Resolver esta situación desde una cultura hospitalocéntrica no parece la solución: el hospital de agudos es el recurso más caro del sistema, no está exento de riesgos y existen alternativas.

La evolución del hospital de agudos

El hospital agudos evoluciona hacia centro de alta capacidad diagnóstica y terapéutica, con gran ambulatorización o estancias muy cortas, atendiendo a los pacientes más complejos en fase aguda y más ancianos, y que son devueltos a sus domicilios más rápido, más enfermos y con más carga de cuidados. En ausencia de recursos de ingreso intermedio o de soporte domiciliario en la comunidad, el paciente volverá al hospital generándose una espiral de mala praxis y de costes innecesarios.

La transformación necesaria:

El desfase entre un modelo sanitario concebido en el siglo XX para atender lo agudo, lo urgente y lo episódico, y que evoluciona en el siglo XXI al margen de la realidad de lo crónico, exige una

transformación. La dirección de esta transformación se resume en hacer menos en el hospital y más en la comunidad: más las personas (autocuidados), más las organizaciones sociales y comunitarias, más la atención primaria, y más en y desde el domicilio.

Las preferencias de pacientes y cuidadores, y el crecimiento de su capacidad de autocuidado:

Las preferencias de pacientes y cuidadores sitúan al domicilio como ámbito central en el abordaje de los casos complejos. Pero desde una perspectiva más amplia, emerge la necesidad de atender la complejidad clínica de pacientes que viven en residencias asistidas: ya es una realidad creciente y una urgente prioridad.

Por otra parte, las capacidades de pacientes y cuidadores aumentan con las generaciones más jóvenes y cultas: el crecimiento del "auto TADE" (auto tratamiento antibiótico domiciliario vía endovenosa) es un buen ejemplo.

La miniaturización de las tecnologías sanitarias

La tecnología diagnóstica ya permite disponer de una amplia gama de dispositivos fácilmente transportables (analizadores, electrocardiógrafos, pulsioxímetros, glucómetros, espirómetros, ecocardiógrafos, etc.) que, conectados con móviles, tabletas u ordenadores portátiles, aumentan capacidad diagnóstica en el propio domicilio. Por otra parte, las tecnologías terapéuticas ya son de uso habitual en los domicilios: bombas de infusión, terapias respiratorias, nutrición artificial, diálisis...

El desarrollo de las TIC

Por otra parte, el progreso de las telecomunicaciones permite desde hace años la telemedicina, la monitorización a distancia de múltiples parámetros de pacientes desde sus domicilios, así como las videoconferencias. Actualmente asistimos a la proliferación de aplicaciones móviles, portales... que ayudarán al empoderamiento y capacidad de autocuidado de pacientes y cuidadores. Estos desarrollos facilitarán la asunción de más complejidad clínica en los domicilios.

La necesidad de una medicina basada en la afectividad

La buena praxis no será posible si a la efectividad técnica no se le añade afectividad. La alta tecnología afectiva es más fácil aprenderla proporcionando atención paliativa, y las UHD ya llevan años de bagaje.

Nuestro modelo de sistema nacional de salud

El HAD tiene más facilidad de desarrollo en sistemas de salud como el nuestro (sistema público de cobertura universal, con financiación y provisión mayoritariamente pública, con gestión integrada de los ámbitos hospitalario y comunitario, con pagador único con financiación en base a impuestos y a presupuestos globales) en relación a los sistemas caracterizados por cobertura a través de seguros privados y por proveedores mayoritariamente privados, fragmentados en múltiples empresas de los ámbitos hospitalario y comunitario, con múltiples pagadores mediante procedimiento

de pago por acto. En un entorno en donde todos los proveedores privados buscan maximizar el volumen de actos para incrementar sus beneficios, el incentivo empresarial es –lógicamente- llenar el hospital, no evitar su uso ni vaciarlo. En dichos contextos, el HAD tiene más difícil su progreso y los EE.UU. son un buen ejemplo.

ESCENARIOS DE FUTURO

El reto de mejorar la atención sanitaria y reducir su coste supone rediseñar los sistemas sanitarios. Y este reto es mayor cuanto mayor es la complejidad de los pacientes a atender. Las tendencias actuales proponen que este rediseño esté guiado por la cuádruple meta (15): la mejora de la salud de las poblaciones; la mejora de la experiencia de la atención recibida según la perciben el paciente y su familia; la reducción del coste, y la mejora de la experiencia profesional de prestar la atención.

Como hipótesis, si el HAD evita los riesgos inherentes al ingreso hospitalario, añade los efectos terapéuticos del domicilio y modifica la actitud profesional hacia más comunicación y afecto, esta combinación debería tener un impacto positivo. En este sentido, la evidencia disponible actualmente acredita que el HAD obtiene resultados clínicos al menos equivalentes (si no mejores) al hospital de agudos, genera mayor satisfacción en pacientes y cuidadores, es más barato y satisface a los profesionales que prestan la atención. Por lo tanto, podemos deducir que, según la cuádruple meta, el HAD está excelentemente posicionado como una innovación organizativa a ser potenciada: si el HAD fuera un medicamento, su indicación debería ser una recomendación de alta evidencia, y su omisión, incurrir en mala praxis.

Las tendencias mencionadas no harán más que impulsar el crecimiento del HAD. Y cabe cuestionarse: el hospital del futuro ¿será a domicilio?

Creo en un modelo de HAD polivalente, multidisciplinar y proactivo, que incluya tanto a niños como a adultos, aborde la problemática tanto orgánica como mental, asuma la óptica tanto curativa como paliativa, apoye tanto a la atención primaria como al hospital y se incorpore a modelos de atención integrada en los que la práctica colaborativa para atender a los casos más complejos sea la norma para profesionales, equipos, niveles sanitarios y sector sociosanitario.

En mi comunidad vamos avanzando en esta dirección a pesar de la crisis: en 2016 el HAD ya era el mayor hospital de la CV, con capacidad de atender cada día a más de 1.500 pacientes, generando 45.700 altas, de las que 20.400 correspondían a atención paliativa avanzada y crece su peso en el sistema: ya representa el 10,8% de los ingresos en todos los hospitales de agudos.

Por todo esto, sigo creyendo en el HAD y que el HAD es una innovación cargada de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz JM, director. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: Informe ENEAS 2005 [monografía en Internet]. Madrid, España. Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citada 23 mar 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/CNJTa3>
2. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2; PMID: 27583824

3. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(10):470-5. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.06.004; PMID: 20673926
4. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patient preference for place of death: a prospective study. *BMJ*. 1990;301(6749):415-7. PMID: 1967134
5. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3; PMID: 19160179
6. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub2; PMID: 26887902
7. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust*. 2012;197(9):512-9. PMID: 23121588
8. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Clark R, et al. Satisfaction with Hospital at Home Care. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(9):1355-63. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x; PMID: 16970642
9. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Greenough WB 3rd, et al. Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(2):273-8. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02103.x; PMID: 19170781
10. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Koehn D, et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):117-23.
11. Mas MA, Santaegùènia 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. DOI: 10.1016/j.regg.2014.04.003
12. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*. 2008;299(10):1182-4. DOI: 10.1001/jama.299.10.1182; PMID: 18334694
13. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321(7262):694-6. PMID: 10987780
14. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999;113(5):173-5. PMID: 10480141
15. Sikka R, Morath J, Leape L. The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(10):608-10. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004160; PMID: 26038586

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.15>

Nutrición parenteral domiciliaria en los pacientes oncológicos

Home Parenteral Nutrition in cancer patients

Carmina Wanden-Berghe¹, Cristina Cuerda Compes², Julia Álvarez Hernández³, José Luis Pereira Cunill⁴, Fátima Carabaña Pérez⁵, Carmen Gómez Candela⁶; Grupo NADYA-SENPE.

1. Hospital General Universitario e ISABIAL-FISABIO, Alicante, España.
2. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.
3. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España.
4. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.
5. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.
6. Hospital La Paz, Madrid, España.

Correspondencia/Correspondence

Carmina Wanden-Berghe
Hospital General Universitario de Alicante.
Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica
de Alicante (ISABIAL-Fundación FISABIO),
Alicante, España.
carminaw@telefonica.net

Recibido/Received

03.04.2017

Aceptado/Accepted

03.04.2017

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Wanden-Berghe C, Cuerda Compes C, Álvarez Hernández J, Pereira Cunill JL, Carabaña Pérez F, Gómez Candela C, et al; Grupo NADYA-SENPE. Nutrición parenteral domiciliaria en los pacientes oncológicos. *Hosp Domic.* 2017;1(2):65-72.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características de los pacientes oncológicos con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) recogidos en el registro NADYA.

Método: estudio transversal de los datos recogidos en el registro del grupo de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria NADYA de pacientes con NPD y diagnóstico oncológico explícito, desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016.

Resultados: en los 7 años estudiados se han recogido 1463 pacientes, de los que 599 han tenido un diagnóstico de cáncer (40,94%) con un incremento del 43% desde el inicio. La edad media fue de 57 años IIQ [46 – 64] registrándose 5 niños. La mayoría de los pacientes eran oncológicos paliativos (51,3%). Se registraron 3,18 complicaciones sépticas relacionadas con el catéter por cada 1000 días de nutrición, con mayor frecuencia en el grupo de enteritis rádica (ANOVA $p < 0,001$). La principal causa de finalización fue el fallecimiento 61%, los pacientes paliativos en mayor proporción que los demás diagnósticos ($\chi^2 = 53,819$; $p < 0,001$).

Conclusiones: los paliativos representan la mayoría de los pacientes oncológicos con NPD, siendo la obstrucción intestinal y el síndrome de intestino corto los motivos de indicación de casi el 80% de los casos. Los pacientes con enteritis rádica han sido los que menos complicaciones metabólicas y sépticas no relacionadas con el catéter presentaron, siendo los que más complicaciones sépticas relacionadas con el catéter. La calidad de vida sería un parámetro que proporcionaría una información muy valiosa en estos pacientes, siendo una limitación de este estudio no disponer de datos al respecto.

Palabras clave: Nutrición Parenteral Domiciliaria; Neoplasias; Nutrición Parenteral; Sistemas de Información.

ABSTRACT

Objective: to analyze the characteristics of oncology patients with home parenteral nutrition HPD collected from the NADYA registry.

Method: cross-sectional study of the data collected from the NADYA's group registry related to home and outpatient artificial nutrition. Patients with HPD and explicit oncological diagnosis were selected. Data were collected from January 1, 2010 to December 31, 2016.

Results: Within the 7 years studied, 1463 patients were collected, of which 599 had a cancer diagnosis (40.94%) with an increase of 43% from the beginning. The mean age was 57 years IIQ [46-64], registering 5 children. The majority of the patients were oncologic palliative (51.3%). There were 3.18 septic catheter-related complications per 1000 days of nutrition, most frequently in the radiation enteritis group (ANOVA $p < 0.001$). The main cause of end of treatment was death 61%, palliative patients in higher proportion than the other diagnoses ($\chi^2 = 53,819$, $p < 0.001$).

Conclusions: palliative represent the majority of cancer patients with HPD. Intestinal obstruction and short bowel syndrome was the main reason for indicating it, almost 80% of cases. Patients with radiation enteritis were the ones with the least metabolic and septic complications not related to the catheter, being the ones with the most septic complications related to the catheter. Quality of life is a parameter that would provide a very valuable information of these patients. It is a limitation of this study not to have data based on this parameter.

Keywords: Home Parenteral Nutrition; Neoplasms; Parenteral Nutrition; Information Systems.

INTRODUCCIÓN

La Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) comenzó en unos pocos hospitales universitarios estadounidenses a finales de los años sesenta y principios de los setenta. La mayoría de estos pacientes tenían síndrome del intestino corto extremo condicionado por enfermedades benignas, tales como infarto vascular mesentérico o enfermedad de Crohn (1).

Aunque, la NPD surge como una técnica en el domicilio para procurar la supervivencia, con la máxima calidad de vida posible, de los pacientes con enfermedades «relativamente estables y de buen pronóstico vital» consiguiendo reinsertándolos en su ambiente familiar, e incluso social y laboral en algunas ocasiones (2). Hay otro grupo de pacientes que necesitan NPD de forma transitoria o permanente, cuyo diagnóstico basal es oncológico, y que puede tener un pronóstico de supervivencia bueno, o no tan bueno, pero en los que es posible mejorar su calidad de vida con este tratamiento. Además, todos los tipos de tratamiento contra el cáncer están mejorando en efectividad y precisión. Por lo que, aunque muchos cánceres todavía no se pueden curar pueden convertirse en enfermedades crónicas (3).

El proceso oncológico en sí mismo, los síntomas que genera y también los que se asocian a los diferentes tratamientos, que se le aplican con fines curativos o paliativos, constituyen un elevado riesgo de desnutrición para los pacientes con cáncer.

La desnutrición va a incidir en el sujeto vulnerable, produciendo un gran deterioro de su estado funcional y un aumento de las complicaciones: infecciones, falta de respuesta al tratamiento, dehiscencia de suturas, disminución de la tolerancia al tratamiento quimioterápico, alteración de la imagen corporal, etcétera. Todo ello, va a determinar una disminución de la calidad de vida del paciente y una disminución del tiempo de supervivencia. La desnutrición progresiva hasta llegar a la caquexia ocurre frecuentemente en pacientes con cáncer, siendo éstas indicadores de mal pronóstico y responsables de un incremento de su morbilidad y mortalidad. La caquexia se asocia a una menor mediana de supervivencia, a una peor respuesta a la quimioterapia y a un mal estado general del paciente (4).

El enorme crecimiento que ha tenido la nutrición artificial domiciliaria (NAD) en las últimas décadas, tanto enteral como parenteral, ha hecho necesario el desarrollo de sistemas de información que recoja los datos de los pacientes que se benefician de este tratamiento. Gracias a estos registros podemos aproximarnos a conocer la prevalencia de la NAD en distintos países (5), las indicaciones más frecuentes, las complicaciones principales, la supervivencia, etcétera. Aplicando esta información a los diferentes ámbitos se pretende conseguir una mejora de la calidad asistencial (6-8).

El Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria (NADYA) perteneciente a la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) mantiene desde 1992 un registro para pacientes con nutrición artificial domiciliaria (enteral y parenteral), publicándose periódicamente los informes que abarcan los datos incluidos desde su inicio hasta la actualidad. El propósito de este trabajo es presentar el análisis de la información sobre los pacientes oncológicos con NPD recogidos en el registro NADYA (9).

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de los datos recogidos en el registro del grupo NADYA-SENPE (www.nadya-senpe.com). Se incluyeron en el estudio los pacientes con NPD y diagnóstico oncológico explícito, desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016.

Para el análisis de los datos se consideró como población pediátrica «niños» desde la edad más pequeña registrada hasta los 14 años, considerándose adultos las edades superiores. Las variables cualitativas se describieron con su frecuencia y porcentaje, las cuantitativas con medidas de tendencia central: media (desviación estándar) o mediana (intervalo intercuartílico IIQ) según presentaran, o no, una distribución normal. Para comprobar la distribución de las variables y su ajuste a la normalidad se utilizara la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para los sucesivos análisis del efecto de las variables recogidas se utilizarán los test Chi cuadrado, T-Student, ANOVA, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis dependiendo de las características de las variables. Para el cálculo de las prevalencias se tomó como denominador la media poblacional a fecha 1 de julio de cada uno de los años estudiados, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es>). El control de calidad de los datos se efectuó a través de tablas de doble entrada y búsqueda activa de errores, cuando fueron encontrados se corrigieron mediante la consulta con la fuente original. Para el análisis se empleó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versión 22.0).

RESULTADOS

Los datos obtenidos muestran que la NPD en el paciente oncológico en España, ha tenido una evolución discretamente ascendente a lo largo de los años, con un incremento en 7 años del 43%, al igual que el resto de los diagnósticos que motivan la indicación que han aumentado el 36% (figura 1). Durante estos 7 años se recogieron un total de 1463 pacientes, de los que 599 tuvieron un diagnóstico de cáncer (40,94%), siendo el 58,30% mujeres.

La edad no siguió una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov = 0,07; $p < 0,001$), la media (Me) fue de 57 años IIQ [46 – 64] con un mínimo de 3 años y máximo de 88, contabilizándose 5 niños y siendo la distribución de la edad la misma en ambas categorías de sexo (U de Mann-Whitney = 39842,50; $p = 0,07$).

Durante estos años se registraron 623 episodios de NPD ya que 12 pacientes presentaron 2, y 2 pacientes 3 episodios. La duración Me de los episodios fue de 123 días IIQ [41 – 316] siendo la moda de 77 días y con un máximo de duración de 3423 días (9,40 años). La procedencia geográfica de los enfermos de los 36 hospitales participantes se muestra en la figura 2.

El diagnóstico de inicio de la NPD en los pacientes oncológicos, se distribuyó en tres grupos: paliativos (51,3%), en tratamiento activo y enteritis radica (figura 3). El motivo de la indicación fue en el 46,8% de los pacientes por obstrucción intestinal, seguido por el síndrome de intestino corto 30,3% (figura 4). La vía de acceso de la NPD fue el catéter tunelizado en el 41,4% de los casos, se utilizó un catéter implantado en el 37,5% y el catéter central de inserción periférica (PICC) en el 21,1% de los casos. Los pacientes con catéter tunelizado presentaban una edad significativamente mayor a los que tenían catéter implantado ($p = 0,001$), y los que tenían PICC no presentaron diferencias con los otros dos grupos. Siendo los pacientes paliativos los que en mayor proporción utilizan el catéter implantado y los que tienen enteritis radica con mayor frecuencia el catéter tunelizado ($\chi^2 = 94.208$; $p < 0,001$). Dos de los pacientes también eran portadores de yeyunostomía (2,80%).

Los pacientes presentaron 143 complicaciones metabólicas (1,33/1000 días de nutrición), complicaciones sépticas no relacionadas con el catéter 113 (1,05/1000 días de nutrición) siendo el grupo de enteritis radica el que menos complicaciones de ambos tipos presentó ($p < 0,001$) y se registraron 342 complicaciones sépticas relacionadas con el catéter (3,18/1000 días de nutrición) siendo el grupo de enteritis radica el que más presentó ($p < 0,001$).

El grado de funcionalidad en lo referente a la actividad y la autonomía de los pacientes eran normales en el 22,50% y 35,10% respectivamente al inicio del tratamiento nutricional (figura 5).

Finalizaron 323 (53,90%) de los episodios de NPD siendo la principal causa el fallecimiento 61,00% y el 25,40% recuperó la vía oral, los pacientes paliativos fallecieron significativamente en mayor proporción que los demás diagnósticos ($\chi^2 = 53.819$; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta la serie más amplia de pacientes con NPD y diagnóstico de cáncer en nuestro país. Al igual que en otros registros se ha observado un incremento en el número de pacientes con este tratamiento en su domicilio aunque quizá no tan elevado como en otros países, como Estados Unidos en que observaron un incremento del 25% por año, registrando 10.101 paciente en un periodo de 6 años (1985-90). Estiman que el 38,70% tienen diagnóstico oncológico, aunque en ellos solo distinguen entre cáncer activo y enteritis por radiación (1). A pesar de que el uso de la NPD continúa siendo controvertido y que está asociado a una importante carga emocional, cultural y filosófica, el cáncer continúa siendo la principal indicación de NPD tanto en series europeas (10) como norteamericanas (11).

El registro NADYA no recoge la evaluación de la calidad de vida (CV) de los pacientes, lo que se considera una limitación, fundamentalmente en el estudio de la NPD en este tipo de pacientes. En cuanto al nivel de autonomía y de actividad, como dimensiones que integran la CV, se pudo apreciar que la mayoría de los pacientes que reciben NPD, a pesar de ser un tratamiento con una técnica compleja, mantuvieron un alto nivel de autonomía. Algunos estudios que evalúan la CV llegan a la conclusión de que hay un deterioro de la CV asociada a este tratamiento (12-15), aunque la evolución de la enfermedad y el impacto del tratamiento pueden tener un efecto confusor importante para llegar a esta conclusión. En un reciente estudio Delphi, para establecer los criterios excelencia en la calidad asistencial en estos pacientes con NPD, en el que participaron 27 expertos de 5 países europeos, se llegó a la conclusión de que los 3 indicadores principales fueron: la calidad de vida, la incidencia de reingreso hospitalario y la incidencia de las infecciones relacionadas con el catéter (16).

En este estudio, la incidencia de complicaciones sépticas relacionadas con el catéter fue mayor que en otras series del registro NADYA (17) y los pacientes con enteritis rádica fueron los que menos complicaciones metabólicas y sépticas no relacionadas con el catéter presentaron. Sin embargo, fueron los que tuvieron más complicaciones sépticas relacionadas con el catéter. En Canadá se documentaron 1,58 sepsis/1.000 días relacionadas con el catéter de 2005 a 2008 y 0,97/1.000 días de NPD entre 2011 y 2014 (17,18); en otra serie europea Guglielmi y cols. (20) registraron 1,40 sepsis por catéter/1.000 días de NPD con mayor incidencia en pacientes oncológicos. Se podría plantear si realmente este colectivo de pacientes tiene mayor número de complicaciones o si lo que se viene cuestionando desde hace años como un sesgo de recogida de esta variable en el registro NADYA podría ser reconsiderado.

En consecuencia, se podría concluir: en los 7 años estudiados el número de pacientes oncológicos con NPD ha ido aumentando. Los oncológicos paliativos representan la mayoría de los pacientes, siendo la obstrucción intestinal y el síndrome de intestino corto los motivos de indicación de casi el 80% de los casos. Los pacientes con enteritis rádica han sido los que tuvieron más complicaciones sépticas relacionadas con el catéter, sin embargo los que menos complicaciones metabólicas y sépticas no relacionadas con el catéter presentaron.

La CV es un parámetro que proporcionaría una información muy valiosa en estos pacientes, siendo una limitación de este estudio no disponer de datos al respecto.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que colaboran registrando sus pacientes con NPD en el grupo NADYA: Rosa Burgos Peláez, Luisa Chicharro y Victoria Avilés del Hospital de la Vall d'Hebrón, Barcelona. Laura Frías Soriano y Nerea Fernández Colmenar del Hospital Gregorio Marañón, Madrid. Cristina Campos Martín del Hospital Virgen Macarena, Sevilla. Antonio Pérez de la Cruz y Gabriela Lobo Támer del Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Nuria Virgili Casas, Rafael López Urdiales y Enric Roca Rocal del Hospital Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Ceferino Martínez Faedo del Hospital Central de Asturias, Oviedo. María José Martínez Ramírez y Carmen Arraiza Irigoyen del Complejo Hospitalario de Jaén. Carmen Garde Orbaiz del Hospital Donostia, Guipúzcoa. M^a Angeles Penacho Lázaro del Hospital El Bierzo, Ponferrada, León. José Manuel Moreno Villares y Carmelo Loinaz Seguro del Hospital 12 de Octubre, Madrid. Eva Angeles Sánchez Martos de la Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. José Antonio Irlés Rocamora y Yolanda Borrego Izquierdo del Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla. Alejandro Sanz Paris del Hospital Miguel Servet, Zaragoza. Montserrat Gonzalo Marín del Hospital Carlos Haya, Málaga. Ana Zugasti Murillo del Hospital Virgen del Camino, Pamplona. Pedro Pablo García Luna, Juana Parejo y Diana Ariadel Cobo del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. Pilar Matía Martín y Miguel Angel Rubio Herrera del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Tomás Martín Folgueras del Complejo Hospitalario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. Esther Ramos Boluda, Samara Palma Milla, Laura Zurita Rosa y Diego Rodríguez Duran del Hospital de la Paz, Madrid. Patricia Díaz Guardiola del Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid. Cristina Tejera Pérez del Complejo Hospitalario de Ferrol, A Coruña. Daniel de Luis Román del Hospital Clínico, Valladolid. Luis Miguel Luengo Pérez del Hospital Infanta Cristina, Badajoz. Nieves Santacruz Carmona del Hospital General, Alicante. M^a Ángela Martín Palmero del Hospital San Pedro, Logroño. Antxón Apezetxea Celaya del Hospital Basurto, Bilbao. Miguel Angel Ponce Gonzalez del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. María de los Ángeles Martín Fontalba del Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. Rebeca Sanchez Sanchez del Hospital de Cruces, Bilbao. Miguel Angel Martínez Olmos del Complejo Hospitalario, Santiago de Compostela. Olga Sánchez-Vilar Burdiel, de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Clara Joaquín Ortiz del Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona. Cecilia Martínez Costa del Hospital Clínico, Valencia. José Pablo Suárez Llanos, Francisca Pereyra-García Castro y Carmen Fraile Clemente del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. Alicia Calleja Fernández y Alfonso Vidal Casariego del Complejo Asistencial, León. Pere Leyes García, María de Talló Forga Visa y Joan Trabal Vilchez del Hospital Clinic, Barcelona. M^a Carmen Gil Martínez del Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla, Madrid. Silvia Mauri del Hospital Dr. Josep Trueta, Girona. María Victoria García Zafra del Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. Rosa M^a Parés Marimón del Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona. María José Carrera Santaliestra del Hospital del Mar, Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howavd L. Home Parenteral and Enteral Nutrition in Cancer Patients. *Cancer*. 1993;72(11 Suppl):3531-41. PMID: 8242585
2. Álvarez Hernández J, Muñoz Carmona D, Planas Vila M, Rodríguez Rodríguez I, Sánchez P. Criterios de intervención nutricional: objetivos, indicaciones y evidencias. *Nutr Hosp Suplementos*. 2008;1(1):26-33.
3. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015; PMID: 27637832
4. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomized multicenter trial. *Lancet*. 2001;358(9292):1487-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)06578-3; PMID: 11705560
5. Castelló-Botía I, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Artificial nutritional support registries: systematic review. *Nutr Hosp*. 2009;24(6):711-6. DOI:10.3305/nh.2009.24.6.4556; PMID: 20049375
6. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Culebras J; Red Mel-CYTED. Información en Nutrición Domiciliaria: la importancia de los registros. *Nutr Hosp*. 2008;23(3):220-5. PMID: 185606985
7. Luengo Pérez LM, Guerra Martínez S, Georgescu L. Nutrición enteral domiciliaria prescrita en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz (España). *Hosp Domic*. 2017;1(1):35-45. DOI:10.22585/hospdomic.v1i1.4
8. Wanden-Berghe C, Pérez de la Cruz A, Lobo G, Calleja A, Gómez C, Zugasti A, et al; Grupo NADYA-SENPE. El registro de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral: análisis DAFO. *Nutr Hosp*. 2012;27(4):1357-60. DOI: 10.3305/nh.2012.27.4.5912; PMID: 23165586
9. Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Moreno Villares JM, Pérez de la Cruz A, Burgos Peláez R, et al; NADYA-SENPE. Nutrición parenteral domiciliaria en España durante 2014; informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutr Hosp*. 2015;32(6):2380-84. DOI: 10.3305/nh.2015.32.6.10056; PMID: 26667683
10. Bakker H, Bozzetti F, Staun M, Leon-Sanz M, Hebuterne X, Pertkiewicz M, et al. Home parenteral nutrition in adults: a European multicentre survey in 1997. *Clin Nutr*. 1999;18(3):135-40. DOI: 10.1054/clnu.1999.0021; PMID: 10451476
11. Howard L, Ament M, Fleming CR, Shike M, Steiger E. Current use and clinical outcome of home parenteral and enteral nutrition therapies in the United States. *Gastroenterology*. 1995;109(2):355-65. PMID: 7615183
12. Oz V, Theilla M, Singer P. Eating habits and quality of life of patients receiving home parenteral nutrition in Israel. *Clin Nutr*. 2008;27(1):95-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.06.016; PMID: 18045751
13. Pironi L, Paganelli F, Mosconi P, Morselli-Labate AM, Spinucci G, Merli C, et al. The SF-36 Instrument for the follow up of health-related quality-of-life assessment of patients undergoing home parenteral nutrition for benign disease. *Transplant Proc*. 2004;36(2):255-8. DOI: 10.1016/j.transproceed.2003.12.008; PMID: 15050126
14. Persoon A, Huisman-de Waal G, Naber TA, Schoonhoven L, Tas T, Sauerwein H, et al. Impact of long-term HPN on daily life in adults. *Clin Nutr*. 2005;24(2):304-13.
15. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. Quality of life and concerns in with short bowel syndrome. *Clin Nutr*. 2003;22(5):445-52. DOI: 10.1016/S0261-5614(03)00042-6; PMID: 14512031

16. Dreesen M, Foulon V, Hiele M, Vanhaecht K, De Pourcq L, Pironi L, et al. Quality of care for cancer patients on home parenteral nutrition: development of key interventions and outcome indicators using a two-round Delphi approach. *Support Care Cancer*. 2013;21(5):1373-81. DOI: 10.1007/s00520-012-1679-1; PMID: 23229653
17. Wanden-Berghe C, Campos Martín C, Cuerda Compes C, Gómez Candela C, Burgos Peláez R, Moreno Villares JM; Grupo NADYA-SENPE. Nutrición parenteral domiciliaria en España durante 2015; informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutr Hosp*. 2016;33(6):1487-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.464>
18. Hortencio TD, Arendt BM, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Gramlich LM, Whittaker JS, et al. Changes in home parenteral nutrition practice based on the Canadian Home Parenteral Nutrition Patient Registry. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2015; sep 25. Epub ahead of print. DOI: 10.1177/0148607115609289; PMID: 26407599
19. Winkler MF, DiMaria-Ghalili RA, Guenter P, Resnick HE, Robinson L, Lyman B, et al. Characteristics of a cohort of home parenteral nutrition patients at the time of enrollment in the Sustain Registry. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016 40(8):1140-49. DOI: 10.1177/0148607115586575; PMID: 25972431
20. Guglielmi FW, Regano N, Mazzuoli S, Rizzi M, Fregnan S, Leogrande G, et al. Catheter-related complications in long-term home parenteral nutrition patients with chronic intestinal failure. *J Vasc Access*. 2012;13(4):490-7. DOI: 10.5301/jva.5000133; PMID: 23258588

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.11>

Evaluación de la calidad de las páginas Web sobre el Hospital a Domicilio: el Indicador de Credibilidad como factor pronóstico

Evaluating the quality of Websites related to Hospital-Based Home Care: The Credibility Indicator as a prognostic factor

María Sanz-Lorente¹, Rocio Guardiola-Wanden-Berghe^{2, 3}

1. Centro de Salud Pública de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Manises, España.

2. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Consorci Parc de Salut Mar. Barcelona, España.

3. Centro de Investigación Biomédica. Barcelona, España.

Correspondencia/Correspondence

msanzlor@gmail.com

Recibido/Received

26.02.2017

Aceptado/Accepted

19.03.2017

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés en el presente estudio.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Sanz-Lorente M, Guardiola-Wanden-Berghe R. Evaluación de la calidad de las páginas Web sobre el Hospital a Domicilio: el Indicador de Credibilidad como factor pronóstico. *Hosp Domic.* 2017;1(2):73-82.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad documental de las páginas Web relacionadas con el Hospital a Domicilio.

Método: Estudio transversal de los Websites sobre Hospital a Domicilio, accediendo a la población a estudio a través de la búsqueda en Google, teniendo en cuenta la "falacia muestral" de este buscador. La calidad se estudió utilizando las 8 variables pertenecientes al Indicador de Credibilidad (IC).

Resultado: Se evaluaron un total de 215 páginas activas, que pertenecían principalmente a medios de comunicación. No se encontró ninguna Web que cumpliera con los 8 criterios del IC; obteniéndose Media de $2,12 \pm 0,07$; Mínimo de 0 y Máximo de 5; Mediana igual a 3. De las Webs estudiadas, 74 (34,42%) presentaban simultáneamente autoría y filiación, existiendo asociación con el cumplimiento del IC con las páginas que disponían de estas 2 variables ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existió una baja calidad de las páginas Web relacionadas con el Hospital a Domicilio. En este estudio se confirmó que la existencia de autoría y filiación fueron un factor pronóstico de la calidad de las Webs analizadas. El Indicador de Credibilidad fue una ayuda a la hora de conocer la calidad de un sitio Web.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Comunicación en Salud; Internet; Control de Calidad; Diseminación de Información.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the documental quality of websites related to Home Care Services.

Method: This is a descriptive cross-sectional study of websites based on Home Care Services, using searches on Google to access the study population. The "fallacy sample" of this search engine was taken into account. The quality was studied through the 8 variables of the Credibility Indicator (CI).

Results: A total of 215 active websites, mainly belonging to the media, were evaluated. None of the websites met all 8 items in the CI. Mean of $2,12 \pm 0,07$; Minimum of 0 and Maximum of 5; Median equal to 3. Within the studied websites, 74 (34,42%) presented both authorship and affiliation. There was an association between the CI accomplishment and websites that had these 2 variables ($p < 0.001$).

Conclusions: The quality of websites covering issues of Hospital-Based Home Care services is still poor. It is confirmed that identifying authorship and affiliation is an important factor in predicting the quality of the information. The Credibility Indicator is a useful aid when determining the quality of a website.

Keywords: Home Care Services; Hospital-Based; Health Communication; Internet; Quality Control; Information Dissemination.

INTRODUCCIÓN

Internet es sin duda el mayor repositorio de información, al que una población cada vez más familiarizada con las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, puede acceder fácilmente. No es desatinado calificar a la Web como el principal medio donde conseguir información sobre salud, permitiendo aproximarse sin restricciones a casi toda la información susceptible de ser transmitida (1). Esta circunstancia, aconsejaría contar con criterios, de fácil uso, que permitan identificar la información de calidad.

En este sentido, se han propuesto diferentes enfoques desde los que abordar la evaluación de la calidad de las páginas Web. Algunas propuestas han desarrollado modelos basados en metodologías ya usadas en otros contextos (2). Otros trabajos han refundido las variables propuestas por entidades internacionales de evaluación y/o acreditación de páginas Web (3). Y, algunas organizaciones han proporcionado herramientas específicas para la búsqueda, calificación y clasificación de la información sanitaria (4). El fin de estas herramientas es ayudar a las personas a filtrar los mensajes válidos y fiables de los inexactos o engañosos.

Para lograr este fin, la Comisión Europea (5) propuso una serie de recomendaciones para la consecución de un amplio consenso para conseguir una calidad apropiada en relación a los sitios Web sobre salud: Aplicar los criterios de calidad relacionados con la salud de una manera apropiada al sitio Web y a los usuarios; desplegar campañas de información para educar a los desarrolladores de sitios y a los ciudadanos sobre los niveles mínimos de calidad; aprovechar la gran información sobre salud que ofrece la Unión Europea y otras instituciones en beneficio de los ciudadanos (traducción y adaptación cultural); promover el intercambio de información y experiencias a nivel europeo sobre la manera de aplicar los criterios de calidad.

Es evidente que disponer de indicadores para aplicar en el proceso de evaluación es, sin lugar a dudas, necesario. Aun así, muchas veces los mismos son de difícil comprensión por aquellas personas no expertas en la materia y que, al fin y al cabo, son los usuarios finales de la ingente información disponible en la Red (6,7).

Con el fin de facilitar la tarea de comprobación de la calidad Web, existen estudios que han intentado simplificar y unificar las variables a testar. Por ejemplo, Lopes (8) concentró en 7 categorías los indicadores de calidad con el fin de determinar la credibilidad de la información sobre salud en la Web. Posteriormente, esta misma autora propuso que para observar patrones de calidad sería necesario utilizar criterios de credibilidad del sitio Web y también los de contenido (3).

A partir de estas propuestas, Guardiola-Wanden-Berghe *et al* (9), refundieron en 22 ítems las variables sobre calidad Web aportadas por las principales instituciones, demostrando a su vez una correlación positiva entre el cumplimiento de las variables de calidad y el Indicador de Credibilidad (8 ítems). Esta correspondencia daba al usuario general la posibilidad de valorar la calidad de una determinada Web utilizando tan solo 8 variables de fácil comprensión.

Por todo lo anteriormente expuesto, este trabajo tiene como objetivo evaluar, mediante el Indicador de Credibilidad, la calidad documental de las páginas Web relacionadas con el Hospital a Domicilio.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño:

Estudio descriptivo transversal, en el que la población a estudio son las páginas Web, resultantes de su acceso, desde la referencia obtenida de la búsqueda en Google España [<http://www.google.es/>].

Fuente de obtención de datos:

Se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet, a las Webs motivo de estudio. La búsqueda se realizó mediante la ecuación, insertada de la siguiente forma:

| “hospitalización a domicilio” | “hospitalización en casa” | “hospitalización domiciliaria” | “hospital a domicilio” |

Para evitar modificaciones en los resultados y mantener el Posicionamiento resultante, se almacenaron las referencias obtenidas en la búsqueda en formato pdf, con hipervínculo en cada referencia, para volver a acceder a la página Web en cualquier momento.

Se consideró la «Falacia Muestral de Google». Este buscador nunca ofrece un resultado mayor al millar de Websites. Pero, “estima” el número de páginas Web que existen en los servidores rastreados por su robot de exploración «*Googlebot or Spider*», en relación con el tiempo empleado en reconocer el primer millar.

Criterios de exclusión:

Referencias a documentos *Portable Document Format* (pdf), a materiales multimedia (video) o que la dirección *Uniform Resource Locator* (URL) fuera inexistente o el enlace estuviera roto.

Tratamiento de la información:

Para el almacenamiento de los datos y los cálculos estadísticos, se empleó el programa SPSS® versión 22 para Windows. Se cumplimentaron dobles tablas, para posteriormente comparar la igualdad entre las mismas y así evitar errores de transcripción.

Variables a estudio:

1. Ítems pertenecientes al Indicador de Credibilidad (IC).

- Autoría - Persona o personas responsable/s de los contenidos.
- Filiación - Organismo, relacionado con el autor, que ampara el sitio Web (su origen y/o responsabilidad).
- Equipo editorial - Responsables de la línea editorial y/o contenido de la Web.
- Fecha de creación - Fecha en la que se realizó por primera vez la Web.
- Fecha de actualización - Fecha de la última modificación.
- Aval - Existencia de garantía de instituciones profesionales o académicas relevantes (consecuentemente, a las sociedades científicas se les asignó siempre este ítem).
- Acreditación - Adopción de códigos de calidad y conducta ética de organismos oficiales de certificación y normalización.
- Financiación - Reconocimiento explícito de cualquier patrocinio o mecenazgo relacionado con la Web y/o de las personas responsables.

2. Otras variables.

- Página activa - Validez o funcionamiento del enlace desde la referencia a la página Web.
- Institución - Tipo de organismo público o privado propietario de la página Web.

Análisis de los datos:

Las variables cuantitativas se describieron con su Media y Desviación Estándar y las cualitativas con su valor absoluto y porcentaje. Se utilizó la Media y la Mediana como medidas de tendencia

central. Para comprobar la significación de la diferencia de medias para muestras independientes se utilizó la prueba t de Student. La existencia de asociación entre variables cualitativas se analizó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significación utilizado en todos los contrastes de hipótesis fue $\alpha \leq 0,05$. Algunas variables se representaron utilizando tablas o figuras.

RESULTADOS

A partir de la búsqueda realizada se pudieron obtener un total de 251 referencias, de las cuales 215 (85,66%) correspondieron a páginas activas, eliminándose 29 (11,55%) por ser documentos pdf y 1 por ser un video; 6 (2,39%) referencias presentaron su enlace roto.

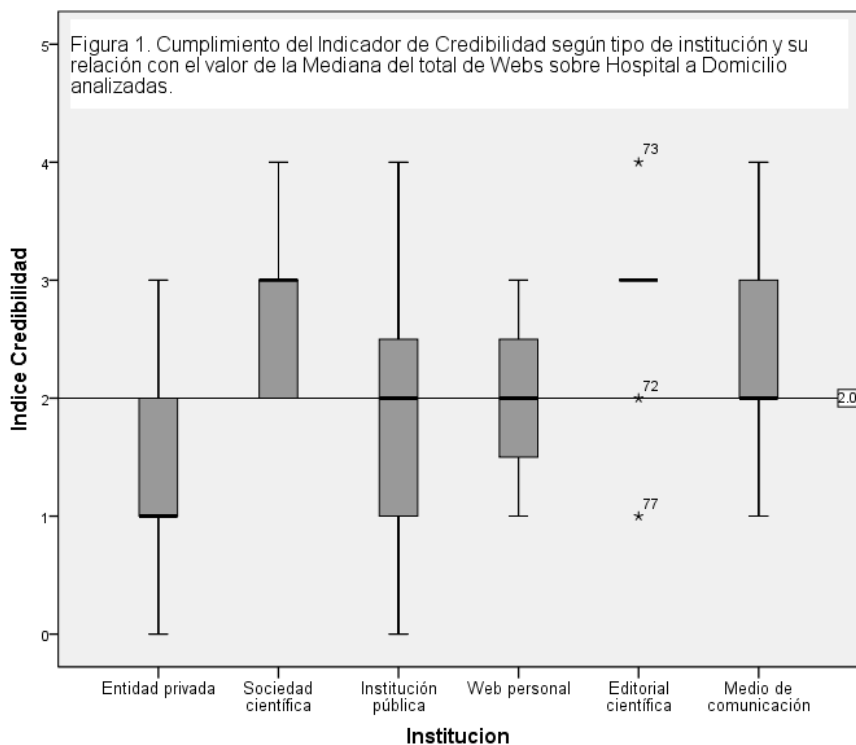
Las Webs analizadas pertenecían principalmente a medios de comunicación y a entidades privadas, en 4 (1,86%) páginas no se pudo determinar la entidad responsable; ver tabla 1.

Tabla 1. Institución pública o privada propietaria o responsable de la página Web sobre Hospital a Domicilio.		
Tipo de institución	Frecuencia	Porcentaje
Medio de comunicación	70	32,56
Entidad privada	69	32,09
Institución pública	29	13,49
Editorial científica	26	12,09
Sociedad científica	10	4,65
Web personal	7	3,26
No consta	4	1,86
Total	215	100,00

El análisis descriptivo del cumplimiento de las variables del Indicador de Credibilidad (IC) presentó los siguientes resultados: Media de $2,12 \pm 0,07$; Mínimo de 0 y Máximo de 5; Mediana igual a 3. No se encontró ninguna página Web que cumpliera con los 8 criterios de calidad. Los cumplimientos de cada uno de estos criterios en el total de Webs estudiadas pueden consultarse en la tabla 2. Los resultados sobre el cumplimiento del IC segregándolos por tipo de institución mostraron que el mayor cumplimiento se daba en las páginas de las editoriales científicas; ver tabla 3. La relación de estos datos con el valor de la Mediana del total de Webs analizadas se puede observar en la figura 1.

Tabla 2. Cumplimiento de los ítems del Indicador de Credibilidad de las Webs sobre Hospital a Domicilio.		
Ítem del I.C.	Frecuencia	Porcentaje
Autoría	84	39,07
Filiación	183	85,12
Equipo editorial o responsable	22	10,23
Fecha de creación	144	66,98
Fecha de actualización	5	2,33
Aval	12	5,58
Acreditación	4	1,86
Financiación	2	0,93

Tabla 3. Cumplimiento del Indicador de Credibilidad según tipo de institución.				
Tipo de institución	Media	Mediana	Máximo	Mínimo
Medio de comunicación	2,49 ± 0,09	2	4	1
Entidad privada	1,49 ± 0,11	1	3	0
Institución pública	1,96 ± 0,20	2	4	0
Editorial científica	2,92 ± 0,10	3	4	1
Sociedad científica	2,90 ± 0,31	3	5	2
Web personal	2,00 ± 0,31	2	3	1



Del total de Webs estudiadas, 74 (34,42%) presentaban simultáneamente autoría y filiación, existiendo diferencias significativas en el cumplimiento del IC entre las páginas que disponían de estas variables y las que no (prueba t para muestras independientes igual a -17,72, con 206,79 g.l. y $p < 0,001$); ver tabla 4.

Tabla 4. Cumplimiento del Indicador de Credibilidad según exista, o no, autoría y filiación.

Autoría y filiación	Media	Mediana	Máximo	Mínimo
Si	3,08 ± 0,04	3	4	2
No	1,62 ± 0,07	2	5	0

La existencia de asociación entre la autoría y filiación, conjuntamente, con el resto de las variables que componen el IC, analizada mediante la prueba de la chi cuadrado puede consultarse en la tabla 5, donde se observa la asociación de estas dos variables conjuntas con la existencia de fecha de creación ($p < 0,01$).

Tabla 5. Existencia de asociación entre autoría y filiación y los demás criterios del Indicador de Credibilidad (IC) de las Webs sobre Hospital a Domicilio.		
	Criterio del IC	Significación
Autoría y Filiación	Equipo editorial o responsable	0,81
	Fecha de creación	< 0,01
	Fecha de actualización	0,79
	Aval	0,05
	Acreditación	0,14
	Financiación	0,64

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indicaron un pobre cumplimiento de los criterios relacionados con el Indicador de Credibilidad, siendo destacable que los valores de la Mediana en ningún caso alcanzara la mitad de los ítems del Indicador (8 ítems).

Los valores observados generaron la pregunta de cómo asegurar y juzgar la calidad de sus mensajes, creando incertidumbre sobre la información que se pudiera obtener de estas páginas Web.

El número de enlaces no activos, accesibilidad a las Webs, fue inferior al descrito en estudios anteriores (9), lo que permite aventurar una mayor supervivencia de los *sites* sobre el Hospital a Domicilio.

Internet ha cambiado muchos aspectos de la relación del ciudadano con la información y la gestión de su salud. Es reseñable que los medios de comunicación fueran el tipo de institución más representativo, ya que estos tienen impacto en la salud colectiva e individual y son fundamentales para conformar opinión. En el sector salud los medios de comunicación juegan un rol de gran importancia, ya que el contenido mediático crea y consolida conductas, creencias y valores (10). También, hay que tener en cuenta la presencia de editoriales científicas. Esta información es una buena fuente para el periodista, pues le proporciona veracidad y novedad (11). Si bien las sociedades científicas presentan los mejores resultados, el bajo cumplimiento de los criterios de calidad, representados por el Indicador de Credibilidad, obliga a una importante y urgente revisión y mejora de estas "sedes virtuales" al ser referentes sociales de la población que consulta sobre el Hospital

a Domicilio. Esta circunstancia ya fue observada en otras sociedades científicas del área de las ciencias de la salud (12).

El incumplimiento de los criterios sobre la fecha de actualización, aval, acreditación y financiación, también ha sido observado en estudios previos (9,13). La falta de atención por los responsables de las Webs coincide con el bajo uso y consulta, de estos ítems, por la población general. Pero, priva a quien accede a ellas de una importante información necesaria para poder conocer su credibilidad. Se sabe que los usuarios no suelen juzgar la calidad de la información sobre salud obtenida en la Red (14) o utilizan criterios poco válidos para juzgar la veracidad de la información o su actualidad (15).

Le relación de la autoría y filiación con el mayor cumplimiento del Indicador de Credibilidad puede ser un factor importante a la hora de predecir la calidad de la información, aunque no siempre se cumple esta premisa (16). Al menos, debemos tener presente que la presencia de autor ligado a una institución de referencia es un primer criterio de calidad a tener en cuenta. La Web está repleta de opiniones individuales y en muchos casos estas se disfrazan detrás de personajes inexistentes, falsos o que se ocultan en el anonimato de Internet.

En definitiva, está claro que la calidad se define a partir de las expectativas de los usuarios, lo que implica un componente subjetivo muy alto (17). De todos modos, contar con una sencilla ayuda para valorar un sitio Web de forma rápida y sencilla siempre será una ayuda. Como solicitaba Ferguson (18), disponer de un sencillo protocolo que permita aprovechar los recursos de Internet con unas mínimas garantías de veracidad. La regulación no parece ser la estrategia correcta para mejorar la calidad de la información de salud en Internet. Otros enfoques, como educar a los responsables de este contenido, parecen una mejor apuesta a largo plazo (19).

En consecuencia, se podría concluir que existió una baja calidad de las páginas Web relacionadas con el Hospital a Domicilio. En este estudio se demostró que la existencia de autoría y filiación fueron un factor pronóstico de la calidad de las Webs analizadas. El Indicador de Credibilidad fue una ayuda a la hora de conocer la calidad de un sitio Web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz-Valero J, Castiel LD, Wanden-Berghe C, Juan Quilis V. Internet y la búsqueda de información en salud pública: desde la relevancia hacia la «relevancia». *Gac Sanit.* 2006;20(2):159–60. DOI: 10.1157/13087329; PMID: 16753094
2. Herrera-Viedma E, Pasi G, Lopez-Herrera AG, Porcel C. Evaluating the information quality of Web sites: A methodology based on fuzzy computing with words. *J Am Soc Inf Sci Technol.* 2006;57(4):538–49. DOI: 10.1002/asi.20308
3. Lopes IL. Criterios de qualidade para avaliação da informação na World Wide Web. Brasília, Brasil: Editora do Departamento de Ciencia da Informação da Universidade de Brasília; 2007.
4. Gil Pérez JD. Internet como generador de opinión en la juventud española: valoración de la calidad y credibilidad de las páginas Web más consultadas por lo jóvenes españoles [tesis doctoral]. Alicante, España: Universidad de Alicante; 2011.
5. Commission of the European Communities. eEurope 2002: Quality criteria for health related Websites. *J Med Internet Res.* 2002;4(3):e15. DOI: 10.2196/jmir.4.3.e15; PMID: 12554546
6. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E-R. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *JAMA.* 2002;287(20):2691–700. DOI: 10.1001/jama.287.20.2691; PMID: 12020305

7. Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Eating disorders blogs: testing the quality of information on the internet. *Eat Disord.* 2010;18(2):148–52. DOI: 10.1080/10640260903585565; PMID: 20390618
8. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. *Ciênc Informação.* 2004;33(1):81–90. DOI: 10.1590/S0100-19652004000100010
9. Guardiola-Wanden-Berghe R, Gil-Pérez JD, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Inf Libr J.* 2011;28(4):294–301. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2011.00961.x; PMID: 22051128
10. Feo Acevedo C, Feo Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde Em Debate.* 2013;37(96):84–95.
11. Revuelta G, de Semir V, editores. *Medicina y Salud en la prensa diaria: Informe Quiral 10 años.* Barcelona, España: Observatorio de la Comunicación Científica, Universitat Pompeu Fabra; 2008.
12. Sanz Valero J, Wanden-Berghe C, Guardiola-Wanden-Berghe R, Culebras Fernández JM. Credibilidad de las páginas Web de las sociedades científicas sobre nutrición y alimentación. *Nutr Hosp.* 2010;25(Supl 2):62–3.
13. Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz Valero J, Wanden-Berghe C. Aportaciones a la evaluación de la calidad de páginas web sobre trastornos de la conducta alimentaria como pronóstico de la aptitud de su información. *Nutr Hosp.* 2011;26(Supl 1):77.
14. Jiménez Pernet J, García Gutiérrez JF, Bermúdez Tamayo C, Silva Castro MM, Tuneu i Valls L. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Aten Primaria.* 2009;41(7):360–6. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.10.009; PMID: 19464077
15. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *Int J Med Inf.* 2006;75(1):8–28. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2005.07.032; PMID: 16125453
16. Oller-Arlandis VE, Sanz Valero J. Autoría y filiación como indicador pronóstico de la calidad en la Web 2.0: los Blogs sobre medio ambiente. *JONNPR.* 2017;2. DOI: <http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.1311>
17. Ayuso García MD, Martínez Navarro V. Evaluación de calidad de fuentes y recursos digitales: Guía de buenas prácticas. *An Doc.* 2006;(9):17–42.
18. Ferguson T. From patients to end users. *BMJ.* 2002;324(7337):555–6. DOI: 10.1136/bmj.324.7337.555; PMID: 11884301
19. Purcell GP. The quality of health information on the internet. *BMJ.* 2002;324(7337):557–8. DOI: 10.1136/bmj.324.7337.557; PMID: 11884303



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.5>

Indización y uso de los Descriptores MeSH en Hospitalización a Domicilio

Index and use of the MeSH Descriptors in Home Hospitalization

Benjamín Palomo Llinares¹, Julia Sánchez Tormo², Rubén Palomo Llinares³

1. Universitat Miguel Hernández d'Elx. Elche. España.

2. Universitat de València. Valencia. España.

3. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant. España.

Correspondencia/Correspondence

b.darwinista@gmail.com

Recibido/Received

27.11.2016

Aceptado/Accepted

24.12.2016

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores de este trabajo declaran la inexistencia de cualquier tipo de conflicto de interés.

Financiación/Fundings

No declara ninguna fuente específica de financiación ni ayuda económica recibida.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Palomo Llinares B, Sánchez Tormo J, Palomo Llinares R. Indización y uso de los Descriptores MeSH en Hospitalización a Domicilio. *Hosp Domic.* 1(2); 2017:83-91.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la utilización de los Descriptores, como *Major Topic*, en la indización de los artículos sobre Hospitalización Domiciliaria en la base de datos MEDLINE.

Método: Estudio descriptivo transversal de los registros de indización recogidos en la base de datos MEDLINE (vía PubMed) hasta 2016. El término utilizado, como descriptor principal para la búsqueda fue «*Home Care Services, Hospital-Based*».

El método de muestreo fue la aleatorización simple sin reemplazo, tomando como base el número total de referencias obtenidas (tamaño muestral 386).

Resultados: Se observaron diferencias significativas en la utilización de los Descriptores asociados a hospitalización a domicilio. La comparativa entre descriptores dio una $p < 0,004$ y una razón de verosimilitudes de 727,52 con 460 grados de libertad.

Conclusiones: Los descriptores utilizados son adecuados a la temática estudiada, Hospital a Domicilio. Lógicamente, «*Home Care Services, Hospital-Based*» es el Descriptor con mayor frecuencia de uso, ya que es el utilizado para realizar la búsqueda. El aumento en el diagnóstico de las neoplasias genera la aparición de «*Neoplasms*» como el segundo descriptor más usado y el auge de la informática y la tecnología hace que «*Telemedicine*» aparezca como tercer descriptor.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Resumen e Indización como Asunto; Descriptores; Descriptores en Ciencias de la Salud; Neoplasias, Telemedicina, Servicios de Salud.

ABSTRACT

Objective: To perform an indexing study with MeSH descriptors on Home Hospitalization.

Method: Cross-sectional descriptive study with records from MEDLINE database (PubMed to current date (2016)). The term used as the main descriptor for the search was «Home Care Services, Hospital-Based»

The sampling method was simple randomization without replacement, based on the total number of references obtained.

Result: The resulting sample size was 386 references. Significant differences were observed in the use of descriptors associated with home hospitalization. The comparison between descriptors gives a $p < 0.004$ and a likelihood ratio of 727.52 with 460 degrees of freedom.

Discussion: The descriptors used are appropriate to the subject studied, Hospital at Home. An increase in the incidence of neoplasms generates the appearance of "Neoplasms" as the second most indexed descriptor and the rise of computer science and technology makes "Telemedicine" appears as the third descriptor, with "Home Care Services, Hospital-Based" the first, since it is the one used to perform the search.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Abstracting and Indexing as Topic; Subject Headings; Medical Subject Headings; Neoplasms; Telemedicine; Health Services.

INTRODUCCIÓN

Debido al gran número de publicaciones científicas que se generan hoy día (1) en todo el mundo y en todas las disciplinas científicas (2), es muy necesario una correcta clasificación, jerarquización y ordenamiento de los artículos científicos para su fácil acceso ante una búsqueda que permita ampliar o precisar determinados conocimientos.

La pericia de rechazar lo relevante frente a lo banal es una habilidad reciente y necesaria por la saturación de información (3) que de manera continua llega a los profesionales dedicados a la ciencia entre los que se encuentran los profesionales en ciencias de la salud (4).

La base de datos *MEDLINE* tiene un *Thesaurus* de descriptores jerárquicamente ordenados con el objetivo de hacer manifiestas las relaciones entre conceptos. Los descriptores representan conceptos y no palabras, por ello se utilizan para generar una idea en el lector de los contenidos del documento que representan.

La relación entre las palabras clave, propuestas por los autores, con los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (5) y por tanto con los *Medical Subject Heading Terms* (MeSH) (6) es básica a la hora de una adecuada indización del artículo científico para su inclusión de forma correcta en las bases de datos bibliográficas. Y, será en la recuperación del artículo cuando más importancia cobre la correcta indización, pues permitirá obtener resultados con alta precisión y, a la hora filtrar el ruido documental.

Pero los descriptores no solo son útiles para la recopilación de documentos que nos interesen, sino que además se pueden utilizar para analizar los trabajos por áreas de conocimiento, ya que otorgan unas posibilidades más amplias de profundizar en una temática que no es posible si solo se observa el título o en el resumen del trabajo (7-9).

Dicho lo cual, el objetivo del presente trabajo es, analizar la utilización de los Descriptores, como *Major Topic*, en la indización de los artículos sobre Hospitalización Domiciliaria en la base de datos *MEDLINE* entre los años 1959 y 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, siendo la fuente de consulta la base de datos bibliográfica *MEDLINE* (vía PubMed).

Para definir el término de búsqueda se consultaron los *Medical Subject Headings (MeSH)*, *Thesaurus* desarrollado por la *U.S. National Library of Medicine*; se consideró adecuado el uso del Descriptor (MeSH) «*Home Care Services, Hospital-Based*», como *Major Topic* porque permite realizar las búsquedas con mayor pertinencia. La fecha de realización de la búsqueda fue octubre de 2016.

Para la selección de los documentos a estudiar se calculó el tamaño muestral mediante la estimación de parámetros poblacionales en una población infinita (valor esperado=0,05; precisión del intervalo=0,05; nivel de confianza= 0,95). El tamaño muestral resultante fue de 386 referencias. El método de muestreo fue aleatorización simple sin reemplazo, tomando como base el número total de referencias obtenidas.

Variables a estudio:

- Año de publicación de cada artículo.
- Frecuencia: número de veces que es utilizado cada descriptor.
- Edad: Año actual (2016) – año de publicación del artículo que contiene el/los descriptores.
- Épocas a estudio: Para observar los cambios de algunas variables se dividió el período de estudio en dos épocas, tomando como punto de corte la mediana de los años de

publicación (Índice de Burton-Kebler): 1ª época: de 1959 a 2003 y 2ª época: de 2004 a 2016.

- Área temática: Para conocer la clasificación temática de cada Descriptor observado, se recurrió al jerárquico del *thesaurus* MeSH y seleccionando el Descriptor del 3º nivel.

En el análisis de los datos, las variables cuantitativas se describieron con su media y desviación estándar utilizándose la mediana, como medida de tendencia central, representándose las más relevantes mediante la utilización de tablas y gráficos.

La posible asociación entre las variables cualitativas se evidenció con la prueba de chi-cuadrado de Pearson. La razón de verosimilitud se calculó mediante el test de Fisher. El nivel de significación en todos los contrastes de hipótesis fue de $\alpha \leq 0,05$.

El análisis y recogida de datos fue llevado a cabo con el programa *Statistical Package for the Social Science* (IBM-SPSS), versión 22 Windows.

RESULTADOS

De la búsqueda realizada mediante el Descriptor *Home Care Services, Hospital-Based* se obtuvieron 1726 referencias, que al calcular el tamaño muestral se seleccionaron 386. La mediana de la edad de las referencias utilizadas fue de 12 años (Índice de Burton-Kebler). Dato que permitió separar la muestra en las dos épocas mencionadas en la metodología. Al examinar los campos del resto de los Descriptores MeSH de cada uno de los artículos de estudio se comprobó la existencia de un total de 466 Descriptores como *Major Topic*. Del total de descriptores el de mayor frecuencia fue, como cabía esperar, el descriptor utilizado para la búsqueda de la población y posterior selección de la muestra, *Home Care Services, Hospital-Based* indizado 388 veces, (25,39%; IC95%: 23,21-27,58). El segundo descriptor más utilizado fue *Neoplasms* indizado en 35 ocasiones (2,29%; IC95%: 1,54-3,04) representando un 2% del total. A continuación en orden descendente se encuentran *Telemedicine* citado 31 veces (2,03%; IC95%: 1,32-2,74) y *Community Health Nursing* citado en 30 ocasiones (1,96%; IC95%: 1,27-2,66); ver tabla 1.

Al ver la frecuencia según las dos épocas a estudio se pudo observar diferencias significativas en el uso de los descriptores ($p > 0,004$); si bien, los Descriptores de mayor uso, antes mencionados, fueron los más utilizados en las dos épocas; ver tabla 2.

Al estudiar el jerárquico MeSH y agrupando los Descriptores encontrados al 3º nivel de esta estructura jerárquica, se encontraron un total de 148 Descriptores. El de mayor frecuencia fue *Health Services* con una frecuencia de 653 (42,7%; IC95%: 40,26-45,22). Seguido por *Patient Care Management* listado 82 veces (5,4%; IC95%: 4,24-6,50), y el tercero fue *Health Facilities* con 36 veces (2,4%; IC95%: 1,60-3,12). Ver tabla 3.

La comparativa entre descriptores da una $p < 0,004$ y una razón de verosimilitud de 727,52 con 460 grados de libertad.

Se pudo ver como el descriptor *Telemedicine* aumentó su número en la segunda época por el efecto arriba citado (mejoras tecnológicas). El descriptor principal sigue siendo el más utilizado. Por otra parte el descriptor *Neoplasms* que estaba en la segunda posición, en la época primera, se ve relegado a la cuarta posición en la segunda época, superado por el descriptor *Pulmonary Disease, Chronic Obstructive*.

En cuanto al área temática queda patente la existencia de un predominio del «Cuidado de la Salud» y la «Gestión» de dicho cuidado (*Health Care; Patient Care Management; Quality of Health Care*) del paciente.

Tabla 1. Frecuencia de indización de los descriptores como *Major Topic*.

DeCS*	1ª + 2ª Época	%	IC95%
Home Care Services, Hospital Based	388	25,39	23,21-27,58
Neoplasms	35	2,29	1,54-3,04
Telemedicine	31	2,03	1,32-2,74
Community Health Nursing	30	1,96	1,27-2,66
Patient Discharge	22	1,44	0,84-2,04
Palliative Care	22	1,44	0,84-2,04
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive	20	1,31	0,74-1,88
Patient Care Team	19	1,24	0,69-1,80
Health Services for the Aged	18	1,18	0,64-1,72
Terminal Care	17	1,11	0,59-1,64
Hospitalization	17	1,11	0,59-1,64
Respiration, Artificial	12	0,79	0,34-1,23
Length of Stay	11	0,72	0,30-1,14
Ambulatory Care	11	0,72	0,30-1,14
Exercise Therapy	10	0,65	0,25-1,06
Parenteral Nutrition, Home	9	0,59	0,21-0,97
House Calls	9	0,59	0,21-0,98
Stroke	9	0,59	0,21-0,99
Hospice Care	9	0,59	0,21-0,10
Child Health Services	8	0,52	0,16-0,89

* DeCS = Descriptores en Ciencias de la Salud

Tabla 2. Frecuencia de los descriptores como *Major Topic* según épocas.

DeCS	1ª Época	%
Home Care Services, Hospital-Based	195	27,35
Neoplasms	18	2,52
Community Health Nursing	16	2,24
Telemedicine	11	1,54
Terminal Care	10	1,40
Patient Discharge	10	1,40
Palliative Care	9	1,26

DeCS	1ª Época	%
Health Services for the Aged	7	0,98
Length of Stay	7	0,98
Hospitalization	7	0,98
Pain, Intractable	6	0,84
Nursing Staff, Hospital	6	0,84
Parenteral Nutrition, Home	6	0,84
Child Health Service	5	0,70
Patient Care Team	5	0,70
Oxygen Inhalation Therapy	5	0,70
Analgesia, Patient-Controlled	4	0,56
National Health Programs	4	0,56
Activities of Daily Living	4	0,56
Health Care Costs	4	0,56
DeCS	2ª Época	%
Home Care Services, Hospital-Based	193	23,68
Telemedicine	20	2,45
Pulmonary Disease, Chronic Obstructive	17	2,09
Neoplasms	17	2,09
Community Health Nursing	14	1,72
Patient Care Team	14	1,72
Palliative Care	13	1,60
Patient Discharge	12	1,47
Health Services for the Aged	11	1,35
Hospitalization	10	1,23
Respiration, Artificial	9	1,10
Exercise Therapy	8	0,98
Ambulatory Care	8	0,98
House Calls	7	0,86
Terminal Care	7	0,86
Stroke	7	0,86
Monitoring, Ambulatory	7	0,86
Hospice Care	7	0,86
Quality of Life	6	0,74
Patient Satisfaction	6	0,74
* DeCS = Descriptores en Ciencias de la Salud		

Tabla 3. Frecuencia de los terceros descriptores en el *Thesaurus* de MEDLINE

Área temática	Frecuencia	%	IC95%
Health Services	653	42,7	40,26-45,22
Patient Care Management	82	5,4	4,24-6,50
Health Facilities	36	2,4	1,60-3,12
Neoplasms	35	2,3	1,54-3,04
Diagnostic Techniques and Procedures	34	2,2	1,49-2,96
Respiratory Therapy	30	2,0	1,27-2,66
Health Personnel	29	1,9	1,21-2,58
Lung Diseases	29	1,9	1,21-2,59
Economics	28	1,8	1,16-2,50
Quality of Health Care	28	1,8	1,16-2,51
Delivery of Health Care	25	1,6	1,00-2,27
Neoplasms by Site	22	1,4	0,84-2,04
Patient Care	22	1,4	0,84-2,05
Pharmacologic Actions	22	1,4	0,84-2,06
Organization and Administration	21	1,4	0,84-2,07
Computing Methodologies	18	1,2	0,64-1,72
Orthopedic Procedures	14	0,9	0,44-1,39
Respiration Disorders	14	0,9	0,44-1,40
Heart Diseases	12	0,8	0,34-1,23
Rehabilitation	12	0,8	0,34-1,24

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se comprobó que los descriptores utilizados fueron adecuados a la temática estudiada, Hospital a Domicilio.

Se observa un aumento en el diagnóstico de las neoplasias (10-12), el mejor acceso a tratamiento paliativo y una mejoría en la supervivencia de los tumores relacionado con servicios de hospitalización domiciliaria, de ahí la aparición de «*Neoplasms*» como el segundo descriptor más indizado.

Otro aspecto a destacar y que quizás no es tan evidente es la aparición de «*Telemedicine*» en el tercer puesto en cuanto a frecuencia de indización, esto se debe al auge de la informática y la tecnología (13-14), siendo posible la monitorización de pacientes a distancia mediante aplicaciones móviles y servidores propios, sin tener que precisar la atención de un profesional sanitario de forma presencial. Es por ello que cada vez más se trabaja en esta línea y se publica más sobre sistemas y aplicaciones para hospitalización domiciliaria.

El cuarto descriptor también guarda mucha relación con el tema tratado «*Community Health Nursing*», ya que la enfermería es crucial en la asistencia domiciliaria al enfermo.

Se puede decir que los descriptores más utilizados y de mayor "peso" en las indizaciones de los artículos se adecuan a lo estudiado.

Si analizamos los descriptores más utilizados en las distintas épocas, si bien no se aprecian grandes diferencias, en los mencionados en los primeros lugares, se observó, según la razón de verosimilitud, que si existían diferencias significativas ($p > 0.004$) debidas a los descriptores con menor frecuencia de indización.

Si bien es cierto que la frecuencia de utilización de cada uno si que ha sufrido variaciones. El aumento de los descriptores arriba citados puede deberse al aumento de la longevidad y la esperanza de vida y al efecto de la prevalencia del tabaquismo, que a su vez aumenta el riesgo de cáncer pulmonar/orofaríngeo (15) y en consecuencia al mayor desarrollo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adultos mayores y ancianos, que precisen cuidados hospitalarios en sus domicilios tales como oxigenoterapia, etc.

Respecto al área temática, cobra relevancia la tendencia hacia mejorar la calidad de vida y la atención que reciban los pacientes en situación de hospitalización a domicilio. Quedando reflejada la importancia de las patologías oncológicas en la hospitalización domiciliaria y las enfermedades respiratorias en número de indizaciones sin contar el MeSH de hospitalización a domicilio.

También se tiene en cuenta, aunque en menor proporción (1.8% de indización), el aspecto económico de la hospitalización a domicilio, costes, viabilidad y rentabilidad para los sistemas sanitarios.

En conclusión, se puede afirmar que los descriptores utilizados para la indización tanto en la primera época como en la segunda han variado, a pesar de ello, los principales descriptores casi no han sufrido alteraciones, con diferencias en cuanto a la frecuencia de uso. Respecto a las áreas temáticas hay una más que evidente predominancia del área de cuidados y servicios de la salud, muy superior al resto de áreas temáticas tratadas en las referencias recuperadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ardanuy J. Breve introducción a la Bibliometría. Barcelona, España: Universidad de Barcelona; 2012.
2. Sarewitz D. The pressure to publish pushes down quality. *Nature*. 2016; 533(7602):147. DOI: 10.1038/533147a; PMID: 27172010
3. Castiel LD, Sanz-Valero J. Entre fetichismo e sobrevivencia: o artigo científico é uma mercadoria acadêmica? *Cad Saúde Pública*. 2007;23(12):3041-50. PMID: 18157347
4. Calvache JA, Delgado M. El resumen y las palabras clave en la literatura médica. *Rev Fac Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*. 2006;8(1):7-11.
5. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [Base de datos en Internet]. Sao Paulo: Biblioteca Virtual en Salud BIREME/OPS; 1999. [acceso 12 oct 2016]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
6. MeSH Browser [Base de datos en Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 1999 [actualizada 28 nov 2016; acceso 2 dic 2016]. Medical Subject Headings, Main Headings [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://meshb.nlm.nih.gov/>
7. De Granda Orive JI, García Río F, Callol Sánchez L. Importancia de las Palabras Clave en las búsquedas bibliográficas. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(6):765-7. DOI: 10.1590/S1135-57272003000600010; PMID: 14965068

8. Sanz-Valero J, Rojo-Alonso C. La Medicina del Trabajo en los Medical Subject Heading Terms (MeSH) y los Descriptores de Ciencias de la salud (DeSC). *Med Segur Trab.* 2008;130(16):636.
9. Tomás-Castera V, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Culebras JM; Red Mel-CYTED. Visibilidad de la producción científica iberoamericana en nutrición: la importancia de las palabras clave. *Nutr Hosp.* 2009;24(2):239-42.
10. Zheng Y, Wu C. Prevalence and trend of gastrointestinal malignant tumors in the elderly over 75 years old in China. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.* 2016;19(5):481-5. PMID: 27215509
11. Weir HK, White MC. Cancer Incidence and Mortality Through 2020. *Prev Chronic Dis.* 2016;13:E48. DOI: 10.5888/pcd13.160024; PMID: 27055265
12. Berkemeyer S, Lemke D, Hense HW. Incidence and Mortality Trends in German Women with Breast Cancer Using Age, Period and Cohort 1999 to 2008. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150723. DOI: 10.1371/journal.pone.0150723; PMID: 26933878
13. White-Williams, Unruh L, Ward K. Hospital utilization after a telemonitoring program: a pilot study. *Home Health Care Serv Q.* 2015;34(1):1-13. DOI: 10.1080/01621424.2014.995256; PMID: 25517540
14. Holland A. Telehealth reduces hospital admission rates in patients with COPD. *J Physiother.* 2013;59(2):129. DOI: 10.1016/S1836-9553(13)70168-1; PMID: 23663801
15. Little MP, Hendry JH, Puskin JS. Lack of Correlation between Stem-Cell Proliferation and Radiation- or Smoking-Associated Cancer Risk. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150335. DOI: 10.1371/journal.pone.0150335; PMID: 27031507

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.13>

Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España

HAD 2020 Project: A proposal to consolidate hospital-based home care in Spain

Oriol Estrada Cuxart¹, Beatriz Massa Domínguez², Miguel Ángel Ponce González³, Manuel Mirón Rubio⁴, Anna Torres Corts⁵, Abel Mujal Martínez⁶, Laura Alepuz Vidal⁷, Francisco Antón Botella⁸, Manuel del Río Vizoso⁹, Magdalena Fernández Martínez de Mandojana¹⁰, Leticia Hermida Porto¹¹; Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

1. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.
2. Hospital Universitario, Sant Joan d'Alacant, España.
3. Hospital Universitario Dr. Negrín, Gran Canaria, España.
4. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España.
5. Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.
6. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, España.
7. Hospital Comarcal Marina Baixa, La Vila Joiosa, España.
8. Hospital San Pedro, Logroño, España.
9. Hospital Son Espases, Palma, España.
10. Organización Sanitaria Integrada Bajo Deba, Mendaro, España.
11. Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España.

Correspondencia/Correspondence

Dr. Oriol Estrada Cuxart
oestrada@gencat.cat
Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona,
España.

Recibido/Received

22.11.2016

Aceptado/Accepted

29.11.2016

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras y autores de este trabajo declaran la no existencia de ningún tipo de conflicto de interés.

Financiación/Fundings

Sin financiación.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

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

RESUMEN

La Hospitalización a Domicilio (HAD) apareció en España hace 36 años con la apertura de diversas unidades. El empuje inicial fue truncado por la falta de liderazgo político y en ocasiones también clínico. La realidad actual ofrece una implantación irregular con disparidad de modelos asistenciales y de recursos. La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) no ha jugado el papel de liderazgo científico y profesional esperado. Se diseñó el «Plan HAD2020: clave de futuro» como revulsivo. Se trata de un ambicioso proyecto a 4 años para consolidar la HAD como modalidad asistencial. Su despliegue consta de cinco fases. Preparación: se establecieron las bases del plan estratégico (PE). Análisis de situación: se realizó una encuesta nacional a las 106 unidades operativas (datos 2014). Validación del PE: aportaciones y propuestas de actuación de los miembros de SEHAD. Congreso Nacional 2016: presentación y aprobación de conclusiones y propuestas del PE. Fase de despliegue PE: se extenderá hasta el año 2020 y la ejecutarán diversos equipos referentes, repartidos en cinco líneas de trabajo.

El objetivo final fijado para el año 2020 consiste en: consensuar un modelo asistencial más homogéneo; promover la formación y reconocimiento profesional de quienes trabajan en la HAD; que cada hospital de España tenga una unidad de HAD; reconocimiento y potenciación por el sistema de salud nacional.

HAD2020 ha marcado un punto de inflexión en la SEHAD. El camino trazado y el esfuerzo de todos los profesionales HAD permitirán alcanzar aquella visión que persiguieron los pioneros de la HAD en España.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Desarrollo de Programa; Gestión de la Calidad; Formulación de Proyectos

ABSTRACT

Hospital at home (HAH) appeared in Spain 36 years ago with the opening of several units. The initial push was truncated by the lack of political leadership and sometimes clinical as well. The current reality offers an irregular implementation with a wide disparity of assistance and resource models. The *Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio* (SEHAD) has not played either the expected scientific or professional leadership roles. The "Plan HAD2020: key of the future" was designed as revulsive. This is an ambitious 4-year project to consolidate HAH as a care modality. Its deployment consists of five phases. Preparation: the foundations of the strategic plan (EP) were established. Situation analysis: a national survey was carried out on the 106 operational units (data 2014). Validation of the EP: contributions and proposals of action of the members of SEHAD. National Congress 2016: presentation and approval of EP conclusions and proposals. EP deployment phase: it will be extended until 2020 and will be executed by various teams of referents spread over five lines of work.

The final objective set for the year 2020 is: to come up with a more homogenous care model; to promote the training and professional recognition of those who work in the HAD; that each hospital in Spain has a HAH unit; recognition and empowerment by the national health system.

HAD2020 has marked an inflection point in the SEHAD. The traced path and the effort of all the HAH professionals will allow reaching the vision which the pioneers of the HAH in Spain pursued.

Keywords: Home Care Services; Hospital-Based; Program Development; Quality Management; Project Formulation

INTRODUCCIÓN

Justificación del Proyecto HAD 2020

El presente documento tiene como objeto exponer las conclusiones y logros de la fase de planteamiento y validación de un plan estratégico para el desarrollo de la Hospitalización a Domicilio (HAD) que encargó la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) hace un año y medio. Los resultados de la primera fase de este plan se presentaron en el XIII Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio (Las Palmas de Gran Canaria, 21 al 23 Abril 2016) ante el Secretario General de Sanidad y Consumo (Dr. José Javier Castrodeza Sanz) y el Director General de Ordenación Sanitaria (Sr. Carlos Jesús Moreno Sánchez). En el mismo congreso los miembros de la sociedad aprobaron en sesión plenaria los planteamientos formulados en el plan estratégico para su desarrollo en los siguientes 4 años.

Para resolver satisfactoriamente los innumerables retos que plantea el futuro de la sanidad, es preciso contar con la experiencia de los profesionales que trabajan en ella. Las sociedades científicas tienen una función importante a la hora de aportar conocimiento experto y proponer soluciones innovadoras que contribuyan al avance del sistema y a su sostenibilidad. Encauzan las inquietudes de sus integrantes ya no tan solo para resolver posibles reivindicaciones corporativas sino, aún más importante, para ponerse al servicio de las instituciones públicas como aliado clave en la mejora del sistema. En esta línea la SEHAD se pone a la disposición del Ministerio y de las autoridades autonómicas para consolidar esta modalidad asistencial que aporta mejoras en calidad de la atención, seguridad del paciente, integración de los recursos y un significativo ahorro de costes respecto a la hospitalización convencional.

Hoy en día, nadie duda de que la HAD aporta ventajas como alternativa a la hospitalización convencional. Actualmente existe evidencia acerca de dichas ventajas en lo que respecta a la eficacia, seguridad y al alto nivel de satisfacción de esta modalidad asistencial. Los factores clave para su correcta implementación son garantizar una adecuada selección de los pacientes tributarios de HAD y disponer de un equipo experimentado en atención de casos complejos en el domicilio. A pesar de que no se dispone de estudios exhaustivos que lo confirmen, distintos trabajos en la literatura internacional y un número mayor de grupos nacionales que aportan sus datos de costes, parecen corroborar que a los beneficios asistenciales hay que sumar un ahorro de costes respecto a la hospitalización convencional.

¿Por qué un plan estratégico? HAD 2020 es un proyecto que nace a demanda de los socios de la SEHAD que así lo expresaron a la junta directiva durante las Jornadas del año 2015 en Santiago de Compostela. El colectivo de profesionales era consciente de que para conseguir consolidar la HAD como una opción asistencial relevante en el sistema sanitario nacional había que iniciar un trabajo de replanteamiento en profundidad, colaboración con las instituciones y de información entre políticos, profesionales y la Sociedad en general.

La SEHAD ha realizado un ejercicio de posicionamiento estratégico con HAD 2020. Conocer la situación real de esta modalidad asistencial a día de hoy en España. Identificar y analizar cuáles son los principales factores que condicionan e impiden su completo desarrollo. Conocer y aprovechar las principales palancas que pueden otorgar a la HAD el papel relevante que merece y que está llamada a desempeñar en nuestro sistema sanitario en los próximos años. Por último, pero a la vez como elemento de mayor importancia, HAD 2020 propone una agenda de trabajo para los próximos 4 años con actuaciones encaminadas a cumplir los objetivos que se plantean en su presentación. Una vez concluida la primera fase de reflexión y planteamiento estratégico, se ha iniciado la segunda fase de despliegue de las líneas de acción consensuadas en el Congreso Nacional.

Historia de la HAD en España

La HAD aparece como modalidad asistencial en 1947 en Nueva York de la mano del Dr. Bluestone. Desde el principio se destacó la importancia del domicilio como escenario terapéutico. Frente a la tecnificación del hospital orientado a la resolución de enfermedades, es preciso tratar al enfermo conociendo el medio en el que vive. En palabras de Martín Cherkasky, responsable de la primera unidad de HAD y precursor de la medicina social, es tan importante conocer los condicionantes sociales de un enfermo (qué come, dónde vive, etc.) como el dictamen de una baciloscopia de esputo (1). Diez años más tarde la Organización Mundial de La Salud (2) fijaba su posición a favor de la extensión de las actividades hospitalarias más allá de los muros del centro. Promovía la atención especializada en el domicilio. En dicho informe se definía de la siguiente forma la asistencia domiciliaria:

«Un sistema eficaz de asistencia domiciliaria exige que el enfermo reciba en su domicilio una asistencia equivalente, en cuanto sea posible, a la proporcionada a los enfermos en un hospital».

En el mismo documento se hacía énfasis en que esta modalidad favorecía la individualización de la asistencia médica, economizaba plazas en los hospitales y resultaba menos costoso que la hospitalización convencional.

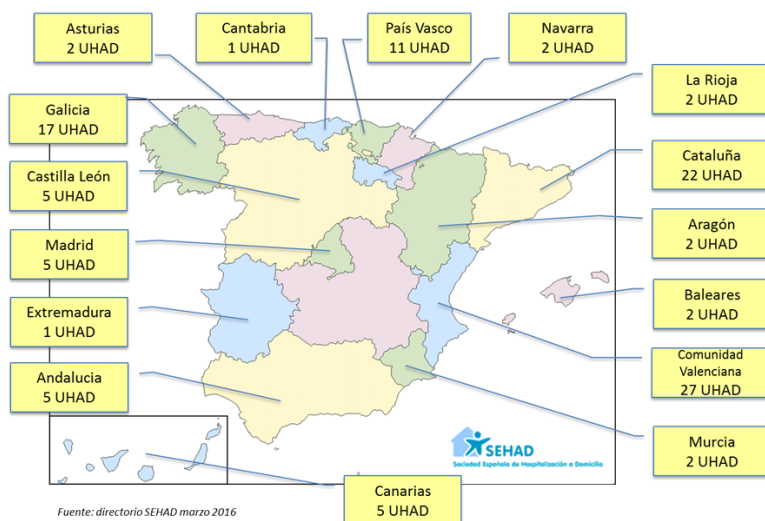
En España el desarrollo de la HAD comenzó en el año 1981 en el Hospital Provincial de Madrid (hoy Hospital General Universitario Gregorio Marañón) y posteriormente en otros grandes hospitales del estado. A pesar de que el legislador contempló en su momento la creación de unidades de HAD en la estructura de los hospitales con la OM de 1985 (3) y posterior RD de 1987 (4), junto con el reconocimiento de dicha actividad en el ámbito hospitalario en la LGS de 1986 (5), la evolución posterior del sistema sanitario nacional no consolidó este desarrollo. Únicamente el País Vasco, la Comunidad Valenciana y Galicia cuentan a día de hoy con un programa específico de HAD de ámbito poblacional y con dependencia del Servicio Autonómico de Salud. La falta de un marco regulador específico y de incentivos dirigidos a promover el desarrollo de estas unidades ha dejado a merced de la iniciativa individual de profesionales convencidos y de gerentes emprendedores la creación de unidades en algunos centros hospitalarios. Este hecho supuso el declive e incluso el cierre de muchas de las unidades pioneras en España y la aparición de unidades sin un modelo asistencial definido, ni una estructura de recursos adecuada o tan solo una cartera de servicios homogénea. Un factor no menor que ha contribuido al escaso desarrollo de la HAD en el estado ha sido la falta de un modelo de pago específico. La situación de la HAD contrasta con otras modalidades emergentes en su día, como el hospital de día, los centros de diálisis o, caso paradigmático, la cirugía mayor ambulatoria. Todas ellas están ampliamente consolidadas en todos los centros y en todas ellas el liderazgo en planificación y despliegue ha sido evidente por parte de las instituciones públicas. A día de hoy nadie discute su utilidad.

A pesar de este desarrollo irregular cabe destacar que la HAD aparece como una de las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios Comunes del SNS de 2006 (6). Recientemente se ha publicado un RD (7) que regula el registro de la actividad en atención especializada que incluye específicamente la HAD como actividad propia, por lo que con la aplicación del citado Registro a principios de 2018 en los centros públicos, será necesaria la recogida de datos específicos de HAD en todos los centros del SNS.

Situación actual de la HAD en España y factores limitantes para su desarrollo

El año 2006 se fundó la SEHAD por la fusión de diversas sociedades autonómicas. Esta sociedad ha aglutinado a los profesionales que se dedican a la HAD en España. Actualmente se cuentan en activo 111 unidades. Su distribución geográfica es irregular. Castilla La Mancha no tiene unidades de HAD. En Aragón su despliegue es incipiente y en Andalucía únicamente se cuentan 5 unidades, siendo la comunidad con mayor población del estado. En la figura 1 se presenta la distribución de unidades HAD por Comunidades Autónomas.

Figura 1. Distribución de unidades Hospitalización a Domicilio por Comunidades Autónomas de España.



En ausencia de indicaciones específicas sobre qué procesos son tributarios de HAD, los recursos mínimos necesarios o de indicadores específicos de seguimiento, el panorama actual muestra una gran disparidad entre las diversas unidades en lo que respecta a oferta asistencial, complejidad de la casuística atendida, de los recursos disponibles y del número y titulación de los profesionales al cargo. La utilización del CMBD de hospitalización convencional y el uso de los DRG no son adecuados para monitorizar la actividad y los resultados de la HAD.

En resumen, cabe destacar como factores que han lastrado el desarrollo de la HAD en España los que se enumeran a continuación (8):

- Falta de un impulso institucional a nivel estatal.
- Gran heterogeneidad de las unidades y de su distribución geográfica.
- Disparidad de oferta asistencial y de cartera de servicios.
- Disparidad de recursos entre las distintas unidades.
- Ausencia de un sistema de pago específico para la HAD en la mayoría de CCAA.
- Falta de reconocimiento profesional.

DESARROLLO DE LA PRIMERA FASE DEL PROYECTO HAD 2020

En el año 2015 la Junta Directiva de la SEHAD designó un grupo de 10 expertos, médicos y enfermeras, de diferentes CCAA y que pertenecían a unidades de diversos tamaños y nivel de complejidad en la atención. Todos ellos fueron invitados a participar en el proyecto como referentes de la Sociedad por su alto conocimiento e implicación en la HAD. Esta primera fase de preparación contaba con tres grandes ejes de actuación.

Por un lado conocer la realidad de la HAD en España en el momento actual. En base a las conclusiones preliminares elaboradas por el grupo de expertos, se ha diseñado y lanzado una encuesta dirigida a todas las unidades HAD en activo con la intención de conocer directamente la realidad de estas unidades.

De forma paralela, se ha construido el diagnóstico estratégico de situación. Se ha analizado en profundidad la situación estratégica de la HAD en España desde diversos puntos de vista. Durante este período se ha contado con la colaboración de profesionales y expertos externos que han aportado su perspectiva de la HAD. Para validar estas conclusiones se desplegó un cuestionario que respondió un amplio número de profesionales HAD. Finalmente el diagnóstico estratégico de situación planteado y realizado ha contado con la participación de unos 140 profesionales HAD que han aportado su visión.

En tercer lugar y como elemento más importante del trabajo de posicionamiento estratégico se hizo una propuesta de líneas de actuación diseñadas con objeto de dar respuesta a los elementos de la visión estratégica del HAD2020. La ponencia de propuesta fue sometida al escrutinio y valoración de los miembros de SEHAD y finalmente validada durante el Congreso Nacional de 2016.

Situación actual de la HAD en España: Encuesta nacional de unidades HAD

Se implicó a los responsables de las unidades HAD en activo. El registro de unidades de SEHAD constaba en marzo de 2016 de 110 unidades. Respondieron 78 unidades (71%). Las dimensiones principales a los que hacía referencia la encuesta eran:

- Organización de las unidades
- Recursos humanos
- Recursos materiales, tecnológicos e infraestructura de cada una de ellas
- Sistema de información
- Cartera de servicios, actividad asistencial y resultados durante el año 2014
- Docencia e investigación
- Modelo asistencial (circuitos, protocolos, guías clínicas, etc.)

Esta muestra representativa y detallada de aspectos que evidencian la realidad de la HAD en España supone un excelente punto de partida para identificar los ámbitos de mejora en los próximos años (9). A modo de resumen, como datos más relevantes de esta encuesta se destacan los siguientes:

- Unidades de reciente creación (<5 años): 9,6%.
- Unidades HAD con cobertura poblacional de su área de referencia: 48,7%.
- Ratio poblacional de plazas HAD: 0,08/103 habitantes.
- Altas HAD: media por unidad 866 (DE 634).
- Unidades pequeñas por su capacidad asistencial desplegada (<30 plazas): 42,3%.
- Unidades que disponen de información completa de costes: 20,6%.

- Personal adscrito a las unidades participantes en la encuesta nacional HAD: 867 profesionales (30,3% médicos, 57,7% enfermeras, otros 12%).
- Ratio profesionales media de las 78 unidades que respondieron: 0,40/plaza HAD (H Convencional 1,86/cama).
- Unidades que practican el ingreso en régimen de voluntariedad de pacientes y familiares: 100%.
- Unidades que no disponen de ningún dispositivo propio de atención continuada: 26,9%.
- Unidades que tienen definidos circuitos de continuidad asistencial: 56,3%.
- Unidades que registran actividad docente: pregrado 65%; postgrado 77%.
- Unidades con actividad de formación continuada específica: 32,9%.
- Unidades con actividad investigadora (participación en publicaciones indexadas): 25,6%.

Análisis estratégico de situación. Cuestionario de validación a miembros de SEHAD

Para completar el segundo objetivo de la fase de preparación, se implementó una línea de acción que consistió en difundir un cuestionario de validación de las conclusiones del grupo de trabajo, dirigido a todos los profesionales de la HAD. Respondieron 136 profesionales (un 40% de los socios de la SEHAD). De las respuestas obtenidas se priorizaron las líneas de actuación estratégica para los próximos 4 años.

Finalmente todo este trabajo se difundió mediante un plan de comunicación con presencia en medios de comunicación generalistas y del sector sanitario. Se informó a los participantes en el Congreso Nacional en una sesión específica en la que los asistentes validaron la estrategia propuesta por la Sociedad para los próximos 4 años.

A continuación se detallan las conclusiones más relevantes del diagnóstico compartido:

Descripción de la visión estratégica de la HAD en España en el horizonte 2020.

VISIÓN 2020: LA HAD será una modalidad relevante del sistema sanitario español. De implantación prácticamente universal, ofrecerá la más favorable oportunidad de atención especializada en el domicilio del paciente con los mejores resultados en eficacia clínica, seguridad y satisfacción para el propio paciente y sus familiares. Será un elemento clave favorecedor de la sostenibilidad de la atención hospitalaria.

EXPLICACIÓN: Las unidades de HAD están llamadas a ser servicios/unidades multidisciplinarias independientes, con gestión autónoma y eficiente que unificarán prácticas clínicas basadas en la evidencia de forma excelente para atender al paciente en el domicilio como alternativa a la hospitalización convencional de procesos agudos, agudizaciones de procesos crónicos o pacientes paliativos complejos. El auge de esta modalidad de atención favorecerá la coordinación con el resto de niveles asistenciales, garantizando el seguimiento y la atención del paciente en fase de estabilidad clínica. La HAD, con un modelo asistencial definido y reconocido, sustituirá una parte significativa de las hospitalizaciones convencionales de cada centro, atendiendo a su capacidad de tratar a enfermos complejos con resultados no inferiores a la hospitalización convencional. El ahorro de costes generado deberá reinvertirse en adaptar el sistema sanitario a sus nuevos retos. Por mediación de las sociedades científicas u otros grupos colaborativos, la HAD generará conocimiento y evidencia propia que permitirá una mejor formación de los profesionales y seguir avanzando en su consolidación.

Elementos constituyentes de la visión estratégica.

La visión futura de HAD se compone de una serie de elementos alrededor de los cuales se centrará el trabajo en los próximos años. En la tabla 1 se explican dichos elementos.

Tabla 1. Elementos constituyentes de la visión estratégica del HAD 2020

ÁMBITO	OBJETIVOS	VISIÓN HAD 2020
Modelo Asistencial	Modelo asistencial definido	Homogeneidad, mínimos comunes a todas las unidades (recursos y actividad). Cartera básica común
	Atención integrada	Integración funcional con otros servicios y niveles (MI, HDIA, UCIAS, AP) y alternativas a la hospitalización
	Modelo de acreditación propio.	Generar una dinámica de acreditación de las unidades basada en el modelo asistencial, los resultados clínicos, la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la gestión de los recursos
	Uso intensivo de nuevas tecnologías	Aplicar nuevas tecnologías en facilitar el control del paciente en su domicilio
	Cobertura ampliada	Cobertura 365 días al año. Garantizando dispositivo atención continuada
Recursos HAD	Universalidad de su implantación,	Todos los hospitales deben tener una HAD. Opción de hospitalización "por defecto". Accesible para toda la población
	Sistemas de información	Homologables y adaptados. Información sobre gestión de costes. SI específicos para HAD (indicadores, Bases de datos comunes)
	Autonomía de gestión	Dotar a la HAD de capacidad de gestión. Consideración de unidades de gestión clínica
Perfil profesional	Reconocimiento profesional	Mejorar la categoría profesional (formación continuada específica, docencia en pre/postgrado)
Promover la investigación	Gestión conocimiento. Investigación clínica.	Capacidad para generar conocimiento y evidencia sobre la HAD. Publicar experiencias. Practicar y fomentar el Benchmarking
Sostenibilidad	Financiación específica	Sostenibilidad. Modelo de financiación HAD justo. Ajustado por dispersión, actividad, complejidad y resultados. Modelo incluido en la administración pública y reconocido como línea de facturación de los hospitales
Impacto social	Prestigio social de la HAD	Impacto en el sistema y en los medios. Imagen de excelencia. Buscar una revista de referencia de la sociedad científica

Matriz DAFO de diagnóstico estratégico de la HAD en España.

Se construyó la matriz DAFO concerniente al momento actual de la HAD. Para ello, inicialmente el panel de expertos analizó los principales factores determinantes de la situación actual de la HAD en España. Se revisaron los principales condicionantes internos identificando fortalezas y debilidades. Los determinantes externos se agruparon en oportunidades y en amenazas. Los resultados se agruparon mostrándose el número de votos que registró cada una de las opciones identificadas. Ver tabla 2.

Tabla 2. Matriz DAFO de diagnóstico estratégico de la HAD en España*

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Implicación con la asistencia. Identificación con la HAD [7]	Variabilidad en la atención entre unidades [9]	Desarrollo de nuevas TIC y sistemas de información [9]	Percepción como amenaza por parte de AP y algunos servicios hospitalarios [9]
Trabajo en equipo multidisciplinario [7]	Financiación insuficiente o inexistente [8]	Atención más centrada en procesos y rutas asistenciales. Oportunidad de liderazgo para la HAD [9]	Indiferencia, desconocimiento de políticos y planificadores [8]
Buen ambiente laboral [6]	Disparidad de carteras de servicios. ¿Qué es? y ¿Qué no es?[7]	Necesidad de potenciar continuum asistencial entre el hospital y la atención primaria [rol HAD] [6]	Fragmentación del proceso asistencial. No visión integral [7]
Atención de calidad centrada en el paciente [6]	Falta de indicadores específicos. No se pueden conocer resultados ni compararlos [6]	Salir de la crisis: búsqueda de organizaciones eficientes y con buenos resultados clínicos, HAD en la línea si genera evidencia propia [6]	Falta de definición en procesos transversales. Liderazgos externos en pacientes crónicos [6]
Se percibe cierta dinámica de modernización y cambio en la HAD [5]	Poco reconocimiento profesional. Problema de "autoestima" [6]	Intensificar la relación con otras sociedades científicas [5]	Dirección estratégica en salud errática y politizada [5]
Alto nivel de satisfacción del paciente y su familia [4]	Investigación HAD, testimonial. No se genera evidencia [6]	Oportunidad de trabajar y compartir datos en red entre las UHAD del estado [4]	Falta de interés de los clientes internos [Servicios] en la HAD [5]
Flexibilidad y capacidad de adaptación [3]	Falta un programa estatal que reconozca y consolide la HAD [5]	Proponer y desarrollar un plan nacional HAD [4]	Gerentes que busquen oportunidad de ahorro a corto plazo. Recortar programas HAD para ahorrar recursos [4]

Perfil resolutivo para el hospital. Cubre déficits asistenciales [3]	Falta formación específica [5]	Utilizar la gestión clínica como herramienta de cambio y de mejora [4]	Falta de liderazgo directivo HAD en el centro por parte del director médico y del gerente [4]
Profesionales experimentados. Protocolos existentes [2]	Disparidad de recursos. En general faltan [5]	Buena aceptación en algunas publicaciones de trabajos de investigación clínica en HAD [3]	Priorizar financiación de la complejidad frente a alternativas como la HAD [4]
Rol de nexo asistencial entre el hospital y la atención primaria [2]	Irrelevancia de la SEHAD. Solo organiza congreso [5]	SEHAD como aglutinador y parte frente a políticos y planificadores [3]	Fragmentación del mapa sanitario español. 17 realidades distintas [3]
Amplio horario de atención	Utilización irregular de las nuevas tecnologías, más bien pobre [5]	Buena predisposición de algunos agentes externos como socios de la HAD: industria [2]	Competencia con ATDOM de atención primaria [3]
Capacidad de alejar al paciente del hospital y mantenerlo en su entorno	No se conocen datos concluyentes de costes. No se puede afirmar la eficiencia [4]	Sobrecarga asistencial de atención primaria. Papel de la HAD menos discutido [1]	Presión asistencial según necesidades de los Servicios. Demanda no controlable [3]
Implicación con la asistencia. Identificación con la HAD [7]	Escaso impacto en los medios y en la sociedad [4]		Descoordinación con los recursos socio-sanitarios [3]
	No se visualiza como alternativa a la HC. Es un complemento [3]		Competencia en investigación. No acceso a fondos competitivos [2]
	Pendiente de la fidelización de algunos servicios [3]		Falta de cultura y concienciación sanitaria de la población general [1]
	Falta cultura de evaluación y mejora continua [2]		
	En bastantes centros aún no se dispone de H ^a C ^a informatizada [2]		
	Descoordinación con atención socio-sanitaria [1]		

* El número entre corchetes expresa la relevancia de cada propuesta en el conjunto, siendo 9 la máxima puntuación y 1 la mínima.

Líneas estratégicas de actuación

El tercer elemento de este análisis estratégico consistió en la definición de una propuesta de actuación que diera respuesta a los diferentes elementos significados en el Plan HAD 2020. Una vez construida esta propuesta se sometió igualmente a la validación de los miembros de la asamblea de la SEHAD. Finalmente las líneas de acción que recibieron mayor apoyo de los miembros SEHAD que participaron en su validación se describen a continuación por orden de relevancia.

Definición de líneas de actuación estratégica

La propuesta validada consiste en definir unas vías de actuación estratégica encaminadas a conseguir nuestra visión, apoyándonos en nuestras fortalezas internas, mejorando nuestras debilidades, evitando las amenazas externas y aprovechando las oportunidades. Las vías de actuación estratégica son grandes ámbitos de actuación donde se definirán objetivos estratégicos concretos basados en medidas a tomar, proyectos a desarrollar, etc. Estas líneas han sido aprobadas por los miembros de SEHAD y serán los respectivos grupos de trabajo los que definan los objetivos y plazos para completar la tarea propuesta.

• Modelo asistencial común

- a. El objetivo será coordinar un trabajo que genere el más amplio consenso en la definición del concepto de HAD, del Catálogo de actividades y la Cartera de Servicios que le son propias. Así como de revisar el proceso asistencial.
- b. Plan de calidad. En una segunda etapa este proyecto debe llevar aparejada la búsqueda de un sistema de acreditación de las unidades en función de los estándares objetivados y consensuados previamente.
- c. En una tercera fase promover la disminución de la variabilidad clínica. Identificar procesos asistenciales para elaborar/actualizar guías clínicas propias (Libro de Procedimientos) o con otras sociedades.

• Sistema de información compartido

- a. Definir y consensuar los principales indicadores específicos del cuadro de mandos (CM) de la HAD.
- b. Diseñar y poner en producción un CM específico.
- c. Creación de la norma de los indicadores establecidos.
- d. Uso del CM por las unidades adheridas a SEHAD. Promover el Benchmark.
- e. Modelo de clasificación de pacientes HAD.
- f. CMBD específico.
- g. Creación de un banco de datos multicéntrico.

• Promoción de la investigación

- a. Promover la creación de estudios multicéntricos en investigación clínica y sostenibilidad. Definir campos prioritarios.
- b. Promover la formación en investigación, la creación de grupos colaborativos y el acceso a proyectos financiados.

- **Difusión a los decisores (profesionales y políticos)**

- a. Libro blanco de la HAD: estándares y Recomendaciones sobre la HAD.
- b. Definición de objetivos para la difusión HAD. Políticos, planificadores, presidentes de sociedades científicas, asociaciones de enfermos, periodistas.
- c. Difusión entre los profesionales de la HAD.
- d. Crear un grupo de comunicación para desarrollar los objetivos anteriores, elaborar contenidos y facilitar su divulgación interna y externa.
- e. Revista especializada. Fidelizar la línea editorial de alguna revista con la publicación de trabajos sobre HAD.

- **Profesionales sanitarios y formación HAD**

- a. Definir y desarrollar plan de formación HAD específico para profesionales (médicos, enfermeras, otros) desde la SEHAD. Acreditado y con valor curricular (postgrado, máster, etc.).
- b. Desarrollar competencias y habilidades de los profesionales HAD mediante formación.
- c. Promover el reconocimiento de una categoría profesional propia.
- d. Estudiar y comparar cargas de trabajo ajustadas. Productividad.

- **Modelo de financiación de la HAD**

- a. Definir y aportar información sobre costes y actividad de diversas unidades.
- b. Definir Escala de Unidades relativas de coste.
- c. Análisis y comparación de modelos de financiación.
- d. Promover iniciativas que permitan generar evidencia sobre la sostenibilidad de la HAD.

Cómo puede la HAD contribuir a la mejora y sostenibilidad del modelo sanitario

Los responsables del proyecto HAD2020 redactaron asimismo un argumentario en apoyo de la HAD como alternativa emergente. Los puntos de consenso en favor de la HAD aprobados por la SEHAD se resumen a continuación. Entre las ventajas que aporta la HAD como modalidad asistencial al paciente y al conjunto del sistema sanitario se destacan las siguientes:

1. Humaniza la atención. Aporta como elemento de valor el escenario terapéutico idóneo: el domicilio. Permite un trato personalizado y directo con el paciente y su familia. Adapta la atención a la realidad de cada enfermo.

2. Presta una atención centrada en el paciente. Este deja de ser un sujeto pasivo. Fomenta el autocuidado y empodera a los familiares y cuidadores en la atención que se le dispensa. Da mayor autonomía y seguridad en el manejo del paciente crónico complejo en el domicilio. Implica y forma al enfermo y a sus cuidadores para la etapa posterior al alta.

3. Proporciona intensidad de cuidados. Dispone de una capacidad de intervención elevada, de rango hospitalario. Permite acortar o incluso evitar el ingreso en hospitalización convencional.

4. Fomenta la continuidad asistencial. Su ámbito de actuación está cercano a la atención comunitaria, pero no invade su área de competencia. Favorece la coordinación con atención primaria así

como la respuesta a las necesidades de la misma en pacientes que requieran cuidados complejos y sean tributarios de la HAD evitando así la institucionalización del paciente.

5. Proporciona atención multidisciplinar. La organización del trabajo precisa de un trabajo coordinado de diversos perfiles profesionales. La multidisciplinariedad de sus integrantes y su polivalencia, son valores necesarios para desarrollar un modelo de atención experto, próximo y de calidad. Supera la rigidez de servicios médicos jerarquizados del hospital y da una mejor respuesta a la diversidad de requerimientos asistenciales que se le plantean.

6. Es segura para el paciente. Por la naturaleza de su organización, los indicadores de seguridad clínica del paciente son equiparables, e incluso mejores que el de las unidades de hospitalización convencional. Tiende a evitar sobreindicación de tratamientos y de pruebas diagnósticas. Disminuye la iatrogenia.

7. Es efectiva. Los resultados obtenidos tras la atención de pacientes correctamente seleccionados son como mínimo, no inferiores a los resultados obtenidos en HC. Hay que poner de relieve la importancia en disponer de equipos expertos con una cartera de servicios homogénea y una disponibilidad y utilización de recursos estandarizada.

8. Es satisfactoria. Es una modalidad con un alto contenido de relación con el enfermo y su entorno. Este lo percibe como un elemento de calidad y atención excelente. Las unidades de HAD en España que realizan encuestas de satisfacción a sus pacientes suelen obtener resultados más elevados que la media de unidades de su centro. El índice de fidelización suele ser próximo al 100% en los casos en que se registra.

9. Es eficiente. Su coste por estancia es sensiblemente inferior a la modalidad de HC. En aquellos enfermos tributarios de ser atendidos en régimen de HAD, el ahorro dilapidado al mantener la HC se sitúa entre el 15 y el 80% de los gastos de hospitalización, según centros y patologías

10. Se adapta a los cambios. Su versatilidad propicia que sea un servicio flexible. Tiene capacidad para atender rápidamente una realidad cambiante según las necesidades de cada centro. Es un auténtico servicio asistencial de soporte transversal a todas las áreas de un centro hospitalario (médicas, quirúrgicas, gabinetes, intervencionismo, etc.).

DESARROLLO DE LA SEGUNDA FASE PROYECTO HAD 2020. DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Desde el mes de junio de 2016 se ha iniciado el despliegue de las distintas líneas de actuación con las tareas identificadas y la temporalización de los objetivos definidos para cada una de ellas. Este esfuerzo de toda la Sociedad tiene como objeto consolidar la HAD estandarizando su organización y actividad, potenciando su despliegue en todos los centros hospitalarios de patología aguda y promoviendo la generación de conocimiento y evidencia científica siguiendo el ejemplo de grupos de investigación clínica aplicada como el Registro TADE para tratamiento antimicrobiano intravenoso en el domicilio que ya se ha convertido en un referente internacional para esta línea de investigación.

Línea 1: modelo asistencial común

Modelo asistencial de HAD: el hospital del futuro

El modelo centrado en el hospital tradicional cómo núcleo de la asistencia sanitaria desarrollado en España entre los 50 y los 90 ha creado grandes hospitales sobredimensionados que generan costes muy elevados. Además el entorno hospitalario representa un riesgo para el paciente por ser fuente de infecciones nosocomiales, gérmenes multirresistentes y encarnizamientos terapéuticos con excesiva realización de pruebas complementarias e ingresos innecesarios en un intento por justificar las grandes inversiones en infraestructuras hospitalarias.

Este modelo de atención centrada en el hospital tampoco ha resultado efectivo en la actual realidad social caracterizada por un progresivo envejecimiento de la población y en la que la estratificación de los usuarios muestra un número creciente de pacientes de alta complejidad (ejemplificado en el modelo asistencial de la Pirámide de Kaiser-Permanente), que consumen hasta el 80% del gasto sanitario en el anciano frágil pluripatológico por reingresos hospitalarios y visitas recurrentes a urgencias.

Para responder a los nuevos desafíos de la atención sanitaria es necesario adaptar la prestación de servicios asistenciales hacia modelos más coste-efectivos a partir de estructuras sencillas, ágiles y flexibles que potencien el tratamiento y seguimiento del paciente en su entorno. La intensidad de las actuaciones debe ser adecuada a las necesidades de los pacientes en cada momento asegurando la calidad y seguridad de los servicios prestados (Intensidad de Atención Primaria, Intensidad HAD, Intensidad de Centro Socio Sanitario, Intensidad de Hospitalización Convencional). Así, se debería favorecer la atención de los pacientes en el entorno comunitario potenciando los servicios alternativos a la hospitalización convencional.

A su vez, el rediseño en los modelos de prestación de servicios de salud exige de una comunicación fluida entre los niveles de atención para asegurar la continuidad de los cuidados del modo más confortable para el paciente y de la manera más segura y costo efectiva.

En este contexto, la HAD se perfila como un elemento vertebrador en el modelo asistencial del futuro. Sin embargo, y a pesar de las ventajas y las perspectivas de contribución a la mejora y sostenibilidad del sistema sanitario, este modelo asistencial se ha venido desarrollando en la mayoría de CCAA de una manera desestructurada, sin planificación y sin un marco regulatorio que permita alcanzar los estándares de eficiencia deseados.

El proyecto HAD 2020 pretende sentar las bases para el desarrollo de un modelo común de HAD en el estado español.

Objetivos

- Coordinar un trabajo que genere el más amplio consenso en la definición del concepto de HAD, del Catálogo de actividades y la Cartera de Servicios que le son propias, para desarrollar un modelo de gestión de mejora continua, así como revisar el proceso asistencial. Es decir, homogeneizar la definición de la cartera de servicios y de recursos necesarios. Participar en la redacción de un **libro de estándares y recomendaciones** para la progresiva homogeneización de las actividades comprendidas en la HAD en España. Este consenso de definiciones es urgente antes que los hospitales públicos empiecen a codificar episodios de HAD sin tener una norma a nivel estatal.
- **Plan de calidad.** Desarrollar un sistema de acreditación de las unidades en función de los estándares objetivados y consensuados previamente, con inclusión de las HAD en índices nacionales de valoración de la calidad asistencial en salud (EPINE, ICAR, IRAR...).

- Promover la disminución de la variabilidad clínica. Identificar procesos asistenciales para elaborar/actualizar **guías clínicas propias** (Libro de Procedimientos) o con otras sociedades.
- Establecer un **diccionario** de términos normalizados específicos de la HAD para facilitar la generación de un modelo consensuado.

Unidad de gestión clínica

Las unidades de HAD son una gran oportunidad para desarrollar las Unidades de Gestión clínica, suponen una nueva fórmula organizativa que incorpora la cultura de la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los recursos públicos y la descentralización de la gestión, orientando la actividad hacia los resultados en salud, el control de los costes sanitarios y la mayor eficacia.

El responsable de la UGC HAD debe estar claramente identificado y accesible telefónicamente con los centros de atención primaria, con objeto de garantizar la coordinación y programación desde el hospital de ingresos, consultas, estudios o actividades cooperativas.

Además la relación de la HAD con la unidad o servicio de urgencias debe ser muy clara contando preferentemente con la participación de un médico de ese servicio. El objetivo es evitar un uso inadecuado del mismo por los pacientes pluripatológicos y, en la medida de lo posible, minimizar los episodios de atención evitables en dicho servicio cuando los pacientes sufren reagudizaciones. También debe tener una relación fluida con los otros servicios hospitalarios, AP y servicios de soporte cuando no sea posible mantener por motivo social el ingreso en el domicilio como CSS.

La estructura de la HAD tiene la capacidad de adaptarse a la estructura del hospital y servicio de atención primaria correspondiente según su despliegue en cada territorio.

Objetivo

- Transformar las HAD en **unidades de gestión clínica** autónomas.

Línea 2: sistema de información compartido

Sistemas de información

El sistema de información se refiere al conjunto de aplicaciones informáticas que se utilizan para recoger, almacenar, gestionar y transmitir la información de los pacientes, para que los profesionales sanitarios, los gestores y el resto del personal de la organización realicen su trabajo de manera eficaz y eficiente. Al gestor le permite conocer qué se está haciendo, dónde, en qué cantidad, con qué calidad y a qué coste.

Los sistemas de información deben facilitar la accesibilidad a la documentación del programa de hospital a domicilio y permitir la recogida de datos y la elaboración de informes. Una particularidad de esta modalidad asistencial es que gran parte de la actividad se desarrolla fuera del hospital, y ha de conseguirse que la información pueda generarse y recuperarse en ese ámbito. De esta manera será posible generar indicadores fiables que apoyen la toma de decisiones y el control del programa. Entre los elementos que integran los sistemas de información se encuentra la historia clínica que debe cumplir con la normativa vigente y estar disponible para ser utilizada diariamente.

Objetivo

- Disponer de **sistemas de información** específicos para los programas de HAD que permitan gestionar la información, emprender acciones de mejora y realizar análisis comparativos con otros programas.

Conjunto mínimo básico de datos

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es un conjunto de datos administrativos y clínicos de cada paciente que ingresa en un hospital que resume la información del episodio de hospitalización cuya recogida es obligada para todos los hospitales.

Aunque existen iniciativas para aplicar sistemas de información sanitaria específicos para la atención domiciliaria basada en el hospital, todavía no se ha alcanzado consenso al respecto (10,11). Los modelos existentes no recogen en su totalidad todos los aspectos relevantes de la actividad en HAD. Por ejemplo, es importante conocer no solo el domicilio habitual del paciente sino también aquel en que va a residir durante el episodio de hospitalización y la distancia a que está del hospital o del punto de atención continuada más cercano. Dentro de la denominación común de HAD se engloban modalidades asistenciales diferentes, como la atención a pacientes agudos, los cuidados paliativos, la atención a crónicos o los esquemas de hospital de día, que deberían poder individualizarse. Pese a ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha incluido la HAD como uno de los ámbitos asistenciales para la recogida de información en el nuevo modelo de Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (12).

Objetivo

- Disponer de un registro sistemático del conjunto mínimo básico de datos (**CMBD-HAD**) para los pacientes de HAD que incluya elementos propios y diferenciales con respecto a la hospitalización convencional.

Sistema de clasificación de los pacientes

Los sistemas de clasificación de pacientes son modelos de cálculo que se utilizan para identificar grupos homogéneos de pacientes de perfil clínico y complejidad parecidos. La complejidad no solo hace referencia a la gravedad de la enfermedad sino también a la cantidad de recursos necesarios para atender a los pacientes.

Existen varios modelos de clasificación de los pacientes. El más conocido y utilizado es el GRD, un sistema que permite la agrupación de los pacientes en base al isoconsumo de recursos. Sin embargo, este sistema de clasificación presenta algunas dificultades para su aplicación en los programas de HAD, principalmente en los esquemas de alta precoz, ya que no siempre el motivo de ingreso en hospitalización convencional es el mismo que en HAD (13). En determinados casos, gran parte de los cuidados que precisa el paciente son proporcionados por cuidadores no sanitarios. Por ello, algunos autores han propuesto sistemas de clasificación específicos para este modelo asistencial que tengan en cuenta aspectos como la complejidad de la valoración y del tratamiento, el tiempo empleado en realizar el tratamiento y la frecuencia del mismo (15). Sin embargo, hasta la fecha ninguno de estos sistemas de clasificación ha sido utilizado de forma generalizada.

Objetivo

- Disponer de un **sistema de clasificación** de los pacientes para los programas de HAD, a semejanza de lo que ocurre con los pacientes convencionalmente hospitalizados,

con el fin de medir la cantidad y calidad de la actividad, asignarles un coste y realizar benchmarking.

Indicadores y cuadro de mando integral

Los indicadores son instrumentos de medida utilizados para conocer los resultados de la actividad de una organización y el grado de consecución de los objetivos. El cuadro de mando integral está constituido por un grupo de indicadores financieros y no financieros alineados con los objetivos estratégicos de una organización.

Los indicadores permiten conocer cómo se está desarrollando el programa de HAD a distintos niveles, especialmente en lo referente a actividad, funcionamiento, consumos, costes, calidad, satisfacción y actividades en los ámbitos de la investigación y docencia. Su análisis y evaluación deben servir para emprender acciones de mejora y establecer nuevos objetivos a partir de los alcanzados con anterioridad. Del conjunto de indicadores se deben seleccionar aquellos que por su relevancia permiten un análisis dinámico y actualizado del funcionamiento y los resultados del programa y que estén en sintonía con la visión estratégica de toda la organización. Esto permite identificar desviaciones y aplicar acciones de mejora de forma precoz.

Objetivo

- Disponer de un conjunto de los indicadores y un **cuadro de mando** integral común para todos los programas de HAD con el propósito de permitir comparaciones, evaluar los resultados y adoptar medidas correctoras en un proceso de mejora continua.

De forma resumida los objetivos de la línea estratégica referida a los sistemas de información del proyecto HAD 2020 son:

- Definir y consensuar los principales indicadores específicos del cuadro de mandos (CM) de la HAD.
- Diseñar y poner en producción un CM específico.
- Crear la norma de los indicadores establecidos.
- Hacer uso del CM por las unidades adheridas a SEHAD. Promover el Benchmark.
- Desarrollar un modelo de clasificación de pacientes HAD.
- Generar un CMBD específico.
- Crear un banco de datos multicéntrico.

Línea 3: promoción de la investigación

La investigación en cualquier ámbito sanitario es el elemento imprescindible que genera datos para sustentar la eficacia de la práctica clínica, incrementar la seguridad de los pacientes, garantizar la gestión eficiente de los recursos y, en definitiva, mejorar la calidad (la mejora de la calidad, la gestión eficiente de los recursos, la eficacia de la práctica clínica y la seguridad de los pacientes). Por este motivo, las autoridades, gestores y profesionales sanitarios son los responsables de diseñar estrategias que permitan generar y compartir conocimientos para que se cumpla con los estándares establecidos, y de fomentar la investigación, en el caso que nos ocupa, en HAD.

La prestación del servicio de HAD debe sustentarse en resultados y prácticas basados en la evidencia, tanto en lo que se refiere a la selección de los pacientes, como a la posterior planificación de los cuidados y manejo de las enfermedades. Debido a las características del modelo, no todas

las guías de práctica clínica existentes son aplicables directamente a la HAD, y las organizaciones y sociedades científicas deben impulsar la elaboración de consensos y directrices específicos. Este proceso de revisión permitirá además identificar las áreas en que se carece de evidencia sólida y son más necesarias nuevas líneas de investigación.

Las primeras experiencias de HAD se produjeron hace más de 50 años, a pesar de lo cual la información sobre esta modalidad asistencial es escasa en la mayoría de países. Para paliar esta carencia, el desarrollo de un programa de HAD debe impulsar la gestión del conocimiento en un doble sentido: por un lado, adquirir una formación adecuada a las necesidades y propósitos del programa; y por otro lado, difundir los resultados de experiencias e investigaciones. La difusión debe alcanzar tanto a los profesionales implicados en la prestación del servicio como a la población subsidiaria de utilizar el mismo, población que evoluciona hacia unos niveles de información y exigencia crecientes.

Objetivos

La estrategia HAD 2020 plantea la investigación y la gestión del conocimiento en HAD en los siguientes términos:

- Desarrollar de **capacidades de investigación** y apoyo al **proceso de gestión científica**, asegurando la formación adecuada y la asignación de recursos humanos y materiales de nivel adecuado.
- **Generar conocimiento** científico de excelencia, potenciando la actividad investigadora de grupos multicéntricos con líneas de trabajo estables.
- **Trasladar a los hospitales y a la sociedad** en general, los resultados innovadores de la producción científica, que deberá tener un impacto elevado y contemplar aspectos económicos y sociales, puesto que estas son características constitutivas de la HAD.

Línea 4: difusión en los decisores (profesionales y políticos)

La estrategia HAD 2020 pretende hacer difusión de cuantas acciones, investigaciones y actividades se realicen en el marco de la estrategia a través de diversas vías y medios de comunicación.

Objetivos

- Elaboración de un libro blanco de **Estándares y Recomendaciones** sobre la HAD.
- Definición de objetivos para la **difusión HAD**. Políticos, planificadores, presidentes de sociedades científicas, asociaciones de enfermos, periodistas.
- Difusión entre los **profesionales de la HAD**.
- Creación de un grupo de comunicación para desarrollar los objetivos anteriores, elaborar contenidos y facilitar su divulgación interna y externa.
- Promoción de una revista especializada. Fidelizar la línea editorial de alguna revista con la publicación de trabajos sobre HAD.

Línea 5: profesionales sanitarios y formación en HAD

Acreditación y formación HAD

Las unidades de HAD en España se han ido desarrollando de forma muy heterogénea en todo el Estado, dependiendo de las necesidades de cada comunidad autónoma, de cada centro hospitalario responsable de la unidad, así como de los recursos disponibles en ese momento.

Esta situación ha provocado que tanto la cartera de servicios que ofrecen nuestras unidades de HAD así como su composición y funcionamiento sean muy dispares tanto entre las diferentes comunidades autónomas como entre los mismos hospitales de una comunidad.

Esta heterogeneidad se refleja también tanto en los marcos legales que regulan la HAD a nivel autonómico como en los que regulan la categoría profesional del personal sanitario que forma las unidades. De esta manera de los datos obtenidos de la encuesta realizada a las unidades de HAD del Estado se deduce que sólo en el 33% de las unidades existen iniciativas de formación continuada en HAD, sólo un 27% de las unidades tienen una ley autonómica que las regule y sólo en el 22% de las unidades existe una categoría profesional en HAD reconocida por su comunidad autónoma.

Toda esta situación conlleva que en el proyecto HAD 2020 clave de futuro, una de las líneas estratégicas de actuación de mayor peso sea **potenciar a los profesionales de la HAD y su formación**.

Para ello se han definido una serie de objetivos tanto a nivel de acreditación como en formación.

Objetivos en acreditación

- Garantizar que las unidades de HAD practiquen una atención y cuidados dentro de los **estándares de excelencia**.
- **Evitar la variabilidad** entre las diferentes unidades de HAD. Hay que intentar homogeneizar las carteras de servicio de las unidades, sin dejar de tener en cuenta ni las peculiaridades ni las necesidades asistenciales de cada comunidad autónoma ni de cada centro hospitalario. Todo ello pasa por la creación de unas guías de práctica clínica comunes a todas las unidades HAD.
- Establecer un **modelo de acreditación de unidades HAD** basado en los estándares oficiales de calidad.
- Incluir la estrategia HAD 2020 en el **Plan Nacional de Calidad**.
- Crear un grupo de trabajo para la **acreditación de conocimientos avanzados en HAD** formado por expertos en HAD y técnicos de la Administración. Consideramos fundamental la creación de una categoría profesional en HAD tanto para personal médico como de enfermería.

Objetivos en formación

a. Formación pre-grado:

- Incluir **formación específica y acreditada en HAD**, así como rotaciones de los estudiantes de medicina y enfermería por las unidades. Pensamos que es básico que ya desde la formación pregrado el estudiante médico o de enfermería considere la HAD como una alternativa a la hospitalización convencional eficaz, segura y eficiente.

b. Formación post-grado:

- Establecer **rotaciones obligatorias por HAD** en las especialidades de Medicina Interna, Neumología y Medicina de Familia.
- Desarrollar un **plan de formación específica en HAD** con cursos acreditados y con valor curricular para personal médico y de enfermería, y que permitan el desarrollo de competencias y habilidades en esta modalidad asistencial.
- Máster en HAD.

Línea 6: Financiación HAD

La mejora de la financiación HAD e incluso en algunos casos su reconocimiento es un elemento clave para la consolidación en España. Algunos datos publicados en distintas referencias o comunicados por el propio grupo de expertos avalan el ahorro de costes de la HAD respecto a la hospitalización convencional.

Los puntos de mejora en esta línea se concentran en conocer con la mayor exactitud los costes reales de los episodios HAD respecto a los esquemas de evitación de ingreso o de alta precoz. El reconocimiento de una estructura de recursos adecuada y suficiente, ahorrará costes. En el mismo sentido la identificación de la casuística idónea para ser atendida en régimen de HAD y las prácticas más eficientes en su atención facilitarán información valiosa a los responsables de implantar nuevas unidades HAD que garantice su sostenibilidad.

Objetivos

- El proyecto HAD 2020 establece como una de sus líneas estratégicas la potenciación de **estudios multicéntricos** que evidencien el ahorro de costes tradicionalmente ligado a la HAD.
- Para ello, se necesita establecer los indicadores de gestión ajustados a la HAD, así como un sistema de clasificación de pacientes que valore la complejidad de los mismos.
- La HAD debe participar de modo activo en la **sostenibilidad** del sistema sanitario a través de su incorporación a planes estratégicos de ámbito nacional, fundamentalmente en el campo de la cronicidad y los cuidados paliativos. La correcta estratificación de los pacientes permitirá ubicar a los pacientes con necesidad de gestión de casos, en el marco de la HAD.
- En este contexto el proyecto HAD 2020 se propone realizar las siguientes acciones en el marco de la línea estratégica del desarrollo de un modelo de financiación:
 - Definir y aportar información sobre costes y actividad de diversas unidades.
 - Definir Escala de Unidades relativas de coste.
 - Analizar y comparar modelos de financiación.
 - Promover iniciativas que permitan generar evidencia sobre la sostenibilidad de la HAD.

ANEXO 1: ALGUNOS ASPECTOS SOBRE FINANCIACIÓN Y HAD

La viabilidad de un programa de HAD depende de su financiación. A su vez, la implementación de cualquier modelo de financiación debe estar basado en el conocimiento de los costes del servicio y su potencial capacidad de ahorro con respecto a la hospitalización convencional.

Los costes de un programa de HAD se obtienen a partir de los datos de contabilidad analítica de cada centro. Este análisis que resulta complejo cuando se trata de evaluar el coste por estancia en hospitalización convencional puede realizarse con relativa facilidad para el coste por estancia o por proceso de HAD. A pesar de ello, en la encuesta realizada en 2015 a las unidades de HAD españolas, el 89% declararon no disponer de un modelo de contabilidad analítica para su programa y el 70% no disponían de ningún tipo de información de costes (9).

Análisis de costes en hospitalización a domicilio

El valor en la atención sanitaria está en función de los resultados de salud obtenidos, del impacto positivo sobre el paciente y no de la actividad realizada o la estructura instalada de las organizaciones sanitarias. Otro aspecto esencial a considerar es el coste económico que supone obtener dichos resultados; la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto, el objetivo adecuado son los resultados de salud del paciente en relación con el coste total. En resumen, el valor en la atención sanitaria se define como los resultados en relación con los costes: la eficiencia (15-17).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que los resultados en salud de la HAD son similares e incluso superiores a los de la hospitalización convencional para un grupo seleccionado de pacientes (18), a la vez que los costes resultan significativamente menores. A continuación, en la tabla 3 (19), se detallan los costes de alguno de los principales programas de HAD de ámbito nacional. En la figura 2 (20), se especifican los costes de determinados procesos infecciosos en 3 unidades HAD con programa de TADE (Tratamiento Antimicrobiano Domiciliario Endovenoso) consolidado.

Figura 2. Coste del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en unidades de HAD españolas: años 2012 a 2013 (20)

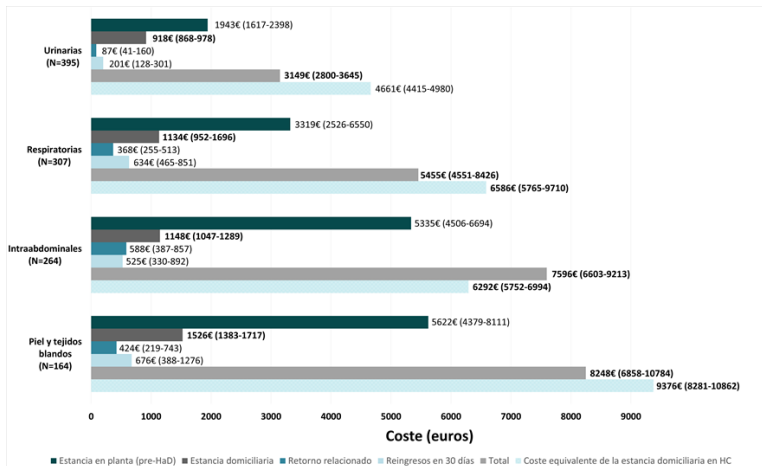


Tabla 3. Coste por estancia y por alta en unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) españolas: años 2006 a 2008 (19)

CENTRO	COSTE POR ESTANCIA (€)	COSTE POR ALTA (€)
UHD Marqués de Valdecilla	157	2523
UHD Gregorio Marañón	199	1859
UHD Cruces	104	1529

Coste equivalente en hospitalización convencional: estimación de ahorro

Desde hace años se acepta que HAD es una alternativa segura para el tratamiento de pacientes adecuadamente seleccionados. Igualmente, es ampliamente aceptado el alto nivel de satisfacción que manifiestan aquellos que han sido tratados en unidades de HAD. Esta visión positiva de la HAD frente a la hospitalización convencional, no es tan concluyente a la hora de revisar los costes comparados de la hospitalización convencional frente a la HAD.

Esta falta de concreción es debida a la ausencia de estudios de costes que evalúen de forma consistente las dos modalidades de atención, siendo necesario el establecimiento de pautas metodológicas que establezcan:

- Qué comparar: coste por estancia, coste por alta (media o GRD), coste por unidad relativa de coste.
- Con qué comparar: hospital, medicina interna, GRD.
- Qué casos incluir: todos (equivalentes a hospitalización), sin estancia previa (*admission avoidance*).
- Desde qué perspectiva realizar el análisis, y con qué objetivos: medir producción (actividad, complejidad), medir coste (contabilidad analítica).

El análisis comparativo de los datos de coste por estancia y coste por proceso para hospitalización convencional frente a HAD establecen datos de ahorro que alcanzan el 88%. Sin embargo, el sesgo metodológico vuelve a posicionarse como un interrogante a considerar, por lo que esta cifra puede variar ampliamente de unos estudios a otros. Así se pone de manifiesto en la revisión de la literatura internacional y nacional donde los datos de ahorro de costes oscilan entre el 19 y 73%. La estimación de ahorro, por estancia y por proceso, en unidades de HAD españolas en los años 2006 a 2008 puede consultarse en las tablas 4 y 5 (19).

Tabla 4. Estimación de ahorro por estancia en unidades de HAD españolas: años 2006 a 2008 (19)

CENTRO	COSTE HAD (€)	COSTE HOSPITAL (€)	DIFERENCIA (%)
UHD Marqués de Valdecilla	157	589	74
UHD Gregorio Marañón	199	807	75
UHD Cruces	104	937	88

Tabla 5. Estimación de ahorro por proceso en unidades de HAD españolas: años 2006 a 2008 (19)

CENTRO	COSTE HAD (€)	COSTE HOSPITAL (€)	DIFERENCIA (%)
UHD Marqués de Valdecilla	2523	6598	61
UHD Gregorio Marañón	1859	6169	70
UHD Cruces	1529	4864	69

En un meta-análisis publicado en el año 2012 los autores observaron una fuerte evidencia de reducción de costes por episodio (diferencia media, – 1567,11\$; IC 95%, – 2069,53 a – 1064,69; $p < 0,001$) a pesar de la gran heterogeneidad ($\chi^2 = 237.45$; $p < 0.001$; $I^2 = 96\%$) (18). Se objetivaron ahorro de costes en todos los subgrupos de análisis. En general el coste medio fue del 73.5% respecto a grupo control. El análisis incluía 34 estudios de los cuales 32 concluían que el modelo de HAD era más barato.

La estimación de ahorro de los programas de HAD también se ha analizado para procedimientos específicos. Por ejemplo, el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) puede resultar hasta un 80% menos costoso en comparación con el mismo tratamiento realizado en régimen de internamiento (21).

La eficiencia de la HAD no solo se analiza en términos monetarios. Este modelo asistencial también ha demostrado ser útil en la optimización de recursos técnicos y estructurales. En un estudio publicado en 2012 se observó una estancia media menor en los pacientes de HAD frente a la hospitalización convencional (3,3 *versus* 4,5 días) y un menor uso de pruebas de laboratorio y otras exploraciones diagnósticas, además de resultar un 19% menos costoso que el modelo de ingreso tradicional (22). El número de estancias hospitalarias evitadas es otra manera de evaluar la eficiencia del modelo de HAD (21).

En los últimos años se han sucedido las publicaciones de costes en HAD y en la actualidad disponemos de un cuerpo de evidencia suficiente para poder afirmar que se trata de un modelo asistencial coste-efectivo, aunque no todos los estudios han resultado concluyentes en este sentido (16,23-27).

ANEXO 2: PRINCIPALES HITOS DEL PLAN ESTRATÉGICO HAD2020 EN 2016

- Colaboración 2016 con la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Catalunya (AQuAS) para la presentación de la experiencia HAD 2020 ante la **Red de Agencias de Calidad Sanitaria de España**. Marzo 2016.
- Presentación de la **encuesta nacional** 2016 sobre HAD. Abril 2016.
- Presentación encuesta de **posicionamiento estratégico** miembros SEHAD 2016. Abril 2016.
- Aprobación **Plan Estratégico HAD2020**. Sesión plenaria del XIII Congreso Nacional de HAD. Validación de las líneas de actuación 2017-2020. Las Palmas, 23 de abril 2016.
- Primera reunión con responsables del **MSSSI**. Líneas de trabajo: formación y acreditación profesionales HAD y Modelo asistencial común. Julio 2016.
- Formación de **grupos de trabajo** específicos. Julio-septiembre 2016.
- Acuerdo de colaboración SEHAD con la **Revista HAD**. Octubre 2016.
- Acuerdo colaboración con **SEPAR**. Octubre 2016.
- Acuerdo colaboración con **SEIMC**. Noviembre 2016.
- Acuerdo colaboración con **SECPAL**. Diciembre 2016.
- Acuerdo colaboración **SENPE**. Diciembre 2016.
- **Premio Mejores Ideas** 2016 al Plan Estratégico HAD 2020: clave de futuro. Diario Médico. Noviembre 2016
- Primera versión del **Glosario terminológico HAD**. Diciembre 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Cherkasky M. The Montefiore Hospital Home Care Program. *Am J Public Health Nations Health.* 1949;39(2):163-6. PMID: 18111592
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Función de los Hospitales en la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria.* Ginebra, Suiza: 1959. Informes Técnicos nº 176.
3. Orden Ministerial, de 1 de marzo de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, nº 5, (5 de marzo de 1985). Artículo 9.
4. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 91, (16 de abril de 1987).
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (29 de abril de 1986). Artículo 18.
6. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, nº 222, (16 de septiembre de 2006). Anexo III, punto 4: Hospitalización a Domicilio.
7. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, (10 de febrero de 2015).
8. Antón Botella F. Análisis estratégico de las unidades de HAD en España en 2015. En: Ponencia al 13º Congreso Nacional de la SEHAD, 21 al 23 de abril de 2016. Las Palmas de Gran Canaria: Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio; 2016.
9. Massa B. Clave de futuro: hoja de ruta hacia las HAD del 2020. En: Ponencia al 13º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD), 21 al 23 de abril. Las Palmas de Gran Canaria: SEHAD; 2016.
10. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(8):1017-24. PMID: 9256857
11. Stoker J. OASIS as a mandatory Medicare requirement. *Home Healthc Nurse.* 1998;16(9):595. PMID: 9807312
12. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, (10 de febrero de 2015). Sección I, página 10789.
13. Duckett SJ, Jackson T. Casemix classification for outpatient services based on episodes of care. *Med J Aust.* 1993;158(7):489-92. PMID: 8379985
14. Santamaria N, Daly S, Addicott R, Clayton L. The development, validity and reliability of the Hospital in the Home Dependency Scale. *Aust J Adv Nurs.* 2001;18(4):8-14. PMID: 11878551
15. González Ramallo V, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a Domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 659-64. PMID: 12028904
16. Pericás JM, Aibar J, Soler N, López-Soto A, Sanclemente-Ansó C, Bosch X. Should alternatives to conventional hospitalisation be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest.* 2013;43(6):602-15. DOI: 10.1111/eci.12087; PMID: 23590593

17. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-81. DOI: 10.1056/NEJMp1011024; PMID: 21142528
18. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust.* 2012;197(9):512-9. DOI: 10.5694/mja12.10480; PMID: 23121588
19. González Ramallo V. Estudios de costes de la actividad realizada en las unidades de hospitalización a domicilio de España. En: XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), 21 al 23 de noviembre. Málaga: SEMI; 2013.
20. Mirón M, Estrada O, González-Ramallo VJ, Mujal A, Forné C, Uría E, et al. Costes del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en España por tipo de infección. En: XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), 26 al 28 de mayo. Barcelona: SEIMC; 2016.
21. Mujal A, Estrada O, Mirón-Rubio M, González-Ramallo VJ, Forné C, Uría E, et al. Costs of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in Spain: A multicenter economic evaluation (the Spanish OPAT registry). In: 26th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 9 a 12 abril. Amsterdam: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; 2016.
22. Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, Leff B. Costs for 'hospital at home' patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(6):1237-43. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1132; PMID: 22665835
23. Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J.* 2003;21(1):58-67. DOI: 10.1183/09031936.03.00015603; PMID: 12570110
24. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ.* 2009;180(2):175-82. DOI: 10.1503/cmaj.081491; PMID: 19153394
25. Mendoza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado De Los Cobos J, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(12):1208-13. DOI: 10.1093/eurjhf/hfp143; PMID: 19875400
26. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc).* 2011;137(13):587-90. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.06.012; PMID: 21940003
27. Varney J, Weiland TJ, Jelinek G. Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: an integrative review. *Int J Evid Based Healthc.* 2014;12(2):128-41. DOI: 10.1097/XEB.000000000000011; PMID: 24945961



<https://twitter.com/revistahad>



<https://www.facebook.com/edi.had.98>

