

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i3.196>

Descripción de actividad asistencial en las Unidades de Hospitalización a Domicilio de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud

Description of care activity in the Hospital at Home Units of Osakidetza - Servicio Vasco de Salud (Basque Health Service)

José Regalado-De-Los-Cobos¹  0009-0009-5406-7300

Garbiñe Ruiz-De-Gordoa-Campo¹  0009-0001-0646-4303

Virginia Urzay-Atucha²

Irene Azkuenaga-Cruz³

Maidier Pacho-Beristain⁴  0009-0009-5365-081X

Nieves Pascual-Fernández⁵

En representación del Grupo de Investigación Predicción de Cargas de Trabajo en Hospitalización a Domicilio*

1. Unidad de Hospitalización a Domicilio. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz. Araba. España.
2. Unidad de Hospitalización a Domicilio. OSI Bilbao-Basurto. Bizkaia. España.
3. Unidad de Hospitalización a Domicilio. OSI Barrualde-Galdakao. Galdakao. Bizkaia. España.
4. Unidad de Hospitalización a Domicilio. OSI Goierri-Alto Urola. Zumárraga. Gipuzkoa. España.
5. Unidad de Hospitalización a Domicilio. OSI Bidasoa. Irún. Gipuzkoa. España.

Correspondencia/Correspondence

José Regalado De Los Cobos

jose.regaladodeloscobos@osakidetza.eus

Recibido/Received

03.06.2023

Aceptado/Accepted

08.07.2023

Conflicto de Intereses/Competing interest

J.R-D contribuyó a la idea, el diseño, la recolección de datos o análisis e interpretación de los éstos, la escritura del borrador del artículo y a la aprobación final de la versión a ser publicada. I.A-C, N.P-F, G.R-C, M.P-B y V.U-A contribuyeron a la idea original, a la recolección de datos y a la revisión crítica del borrador del artículo y dieron su aprobación final de la versión a ser publicada.

Financiación/Funding

Este trabajo ha sido financiado del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, España (Expediente 2018111078). La entidad financiera no participó en ninguna fase del proyecto.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Regalado-de los Cobos es tesorero (no remunerado) de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. El resto de los autores declaran que NO presentan ningún conflicto de interés.

Agradecimientos/Acknowledgments

Agradecemos al resto de profesionales de las Unidades de Hospitalización a Domicilio del País Vasco, por su gran ayuda y participación durante la fase de recogida de datos. También a las personas usuarias HaD por aceptar participar en este estudio.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Regalado-De-Los-Cobos J, Ruiz-De-Gordoa-Campo G, Urzay-Atucha V, Azkuenaga-Cruz I, Pacho-Beristain M, Pascual-Fernández N. Descripción de actividad asistencial en las Unidades de Hospitalización a Domicilio de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. *Hosp Domic.* 2023;7(3):123-36.

RESUMEN

Introducción: Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD) presentan diferencias en su contenido y condiciones de asistencia. La Sociedad Vasca de HaD inició en 2018 un proyecto de investigación para definir indicadores que permitan comparar la actividad de equipos que tienen contenidos asistenciales diferentes. Una fase del proyecto implicó el registro de características de los episodios atendidos y la atención prestada. Dar a conocer el resultado del registro es de interés.

Método: Entre 1 y 31 de mayo de 2021, 9 Unidades registraron ciertas características de los pacientes atendidos, así como tipo, frecuencia y duración de las visitas realizadas. Se muestran los descriptivos de estas variables en la serie global y en cada Unidad.

Resultados: Se analizaron 1171 episodios y 8363 visitas en 14458 estancias. (82% de estancias reales). De media, en laborable se visitó al 65% de los pacientes y en no laborable al 42%. El porcentaje de casos en cada tipo clínico varió según Unidades: patología aguda entre 12 y 48%; cuidados paliativos entre 20% y 40%; patología quirúrgica entre 2.3 y 30 %. Se apreciaron también diferencias en edad, sexo y dispersión geográfica. Mortalidad y reenvío al hospital variaron entre Unidades y también entre patologías. La duración de la atención directa varió entre Unidades entre 24,4 y 35.9 min, y la del desplazamiento para cada visita entre 11.9 y 25 min, en probable relación con el tipo de patología y la dispersión geográfica respectivamente.

Conclusiones: Se constata que existen diferencias en el contenido y condiciones de trabajo de las distintas Unidades de H a D. Es necesario analizar cómo influyen en las medidas de actividad y de resultado para disponer de indicadores ajustados.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Política de Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization at Home (HaH) Units present differences in their content and conditions of care. The Basque HaH Society initiated a research project in 2018 to define useful indicators to compare the activity of teams with different care content. One phase of the project involved recording characteristics of episodes attended and care provided. It is of interest to disclose the results of the registry.

Method: Between May 1 and May 31, 2021, 9 Units recorded certain characteristics of the patients seen, as well as type, frequency and duration of visits performed. Descriptive data on these variables are shown for the overall series and for each unit.

Results: 1171 episodes and 8363 visits in 14458 stays were analysed (82% of actual stays). On average, 65% of patients received a visit during working days and 42% during non-working days. The percentage of cases in each clinical type varied according to Units: acute pathology between 12 and 48%; palliative care between 20% and 40%; surgical pathology between 2.3 and 30%. There were also differences in age, sex and geographical dispersion. Mortality and hospital referral varied between Units and also between pathologies. The duration of direct care varied between Units from 24.4 to 35.9 min, and the duration of travel for each visit from 11.9 to 25 min, probably related to the type of pathology and geographical dispersion, respectively.

Conclusions: There are indeed differences in the content and working conditions of the different HaH Units. It is necessary to analyse how much they influence the activity and outcome measures in order to have adjusted indicators.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Health Policy; Health Policy, Planning and Management.

Grupo de Investigación Predicción de Cargas de Trabajo en Hospitalización a Domicilio(Ana Cuende Garces, Andima Basterretxea Ozamiz, Arantzazu Ugarte Madinagoitia, Ariane Arruti Mengual, Arrate Guezala Oyarbide, Beatriz López Martínez, Cristina Berecibar Oyarzabal, Cristina Guerra López, Garbiñe Ruiz de Gordo Campo, Idoia Miner Erroicena, Itsaso Bengoetxea Martínez, Jesús Ortiz Ribes, Jon Isasi Otaolea, Jose Regalado de los Cobos, Josu Gotzon Irurzun Zuazabal, Julio Cesar Sandonal Negral, Kalliopi Vrotsou, Maddi Aramburu Zubiaurre, Magdalena Fernández Martínez, Maider Pacho Beristain, Manuel Millet Sampedro, Martin Pousada Gonzalez, Mikel Bidegain Galaraga, Miren Josune Onaindia Ecenarro, Nieves Laviñeta Romano, Nieves Pascual Fernández, Rebeca García Montes).

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una modalidad de asistencia sanitaria cuya misión es proporcionar en el domicilio de las/os pacientes cuidados, tratamientos y procedimientos diagnósticos de complejidad y frecuencia similares a los que se les proporcionaría en una planta de hospitalización convencional, a la que sustituye. Y lo hace, bien continuando un ingreso previo en planta convencional, acortándolo, o bien iniciando la asistencia a petición desde Atención Primaria, Residencias de ancianos, Consultas Externas o Servicios de Urgencias, evitando por completo el ingreso hospitalario. En otras ocasiones reemplaza a la asistencia en Hospital de día o a las consultas hospitalarias. Por otra parte, el tipo de patologías atendidas es muy variable ⁽¹⁾. Por todo ello, la actividad que se realiza en una Unidad puede diferir en gran medida de la que se realiza en otra. Ocurre además que en España el desarrollo de la HaD en las distintas Comunidades Autónomas no ha seguido un modelo unificado. Tomando conciencia de la diversidad de funcionamiento antes mencionada, desde la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) se desarrolló el Plan Estratégico HAD2020 y entre sus objetivos principales se encontraba el de estandarizar y homogeneizar el concepto de H a D, elaborando para ello una Guía de Práctica Clínica de Hospitalización a Domicilio ⁽²⁾. En el País Vasco la primera Unidad de HaD comenzó a funcionar en 1983 en el Hospital de Cruces. En 1992-93 se abrieron otras 4 unidades en el resto de hospitales terciarios y en 2008, otras nuevas unidades en todos los hospitales comarcales, a las que se ha añadido en 2022 una nueva Unidad en un nuevo hospital comarcal de Bizkaia. La Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio, también concienciada con esa diversidad de contenidos asistenciales y complejidades de los casos atendidos, inició en 2018 un trabajo con dos objetivos: en primer lugar, definir una medida de cargas de trabajo que resulte útil tanto para comparar la actividad de equipos que tienen contenidos asistenciales diferentes como para dimensionar las plantillas. En segundo lugar, desarrollar una herramienta de predicción de dichas cargas de trabajo, a partir de ciertas características de las/os pacientes ^(3,4). Una de las fases de dicho trabajo implicó el registro durante un periodo de tiempo de las características de los episodios atendidos y de la atención prestada en las Unidades de H a D del País Vasco. El registro ofrece datos acerca del funcionamiento de la HaD, de las diferencias entre unas Unidades y otras y también entre unos tipos de pacientes y otros. Dar a conocer estos datos puede resultar de interés y orientación para otros profesionales que trabajan en el campo de la HaD.

Objetivo

Dar a conocer las características de los pacientes atendidos y la atención prestada en las Unidades de HaD del País Vasco.

MÉTODOS

Participaron en el estudio 9 de las 10 Unidades de HaD existentes en las fechas de realización del estudio y los tres Institutos de Investigación Sanitaria: Bioaraba, Biocruces y Biodonostia.

Entre el 1 y el 31 de mayo de 2021, en todos los pacientes atendidos, mayores de edad y que aceptaron participar, se registraron los valores de las variables siguientes: sexo; edad; fecha de ingreso (anterior a 31 de mayo); fecha de alta (si incluida entre 1 y 31 de mayo); lugar de atención (domicilio o centro residencial); distancia al hospital; modalidad asistencial (HaD de continuación, HaD de inicio, Hospital de día, Consulta); categoría clínica (se detallan en Anexo 1: aguda, crónica,

oncológica, cuidados paliativos no oncológicos, cuidados paliativos oncológicos, quirúrgica simple, quirúrgica complicada y/o cura de heridas complejas y seguimiento postrasplante hepático); Índice de comorbilidad de Charlson sin edad ⁽⁶⁾; Nivel de gravedad según Worthing Physiological Scoring System (WPSS) ⁽⁶⁾; Índice de Barthel de capacidad funcional ⁽⁷⁾; Escala Gijón abreviada de situación social ⁽⁸⁾; Nivel de comunicación con paciente y familia (adecuado o no adecuado); Escala 0-100 de nivel de calidad de vida percibido al inicio y fin del seguimiento (o 31 de mayo); Procedimientos realizados (en una lista de 33).

Por otra parte, en las mismas fechas para cada visita realizada se llevó a cabo un registro de información que incluía distintas características de la visita. En los/as pacientes con más de un episodio de asistencia durante el período de análisis sólo se analizó el primero de ellos.

Los datos recogidos se enviaron al centro de explotación de datos en Biodonostia. Allí se fusionaron en una base de datos única en la que cada episodio muestra sus características y las de las visitas recibidas. La información acerca de las visitas, su frecuencia y duración, da idea de las cargas de trabajo, pero su análisis constituye un estudio separado del presente.

Se presenta estadística descriptiva, presentando el valor de la media y desviación estándar o la mediana y cuartiles Q1 y Q3 en el caso de las variables cuantitativas y las frecuencias en el caso de las variables categóricas. Para comparar los valores de ciertas variables en distintos grupos se han utilizado el test de comparación de medias para muestras independientes y el test de comparación de proporciones para muestras independientes, utilizando el programa estadístico Epidat 3.1.

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi (PI2019025, acta: 04/2020). Todas las personas usuarias que participaron en este trabajo firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Se recogió información de 1228 episodios de atención en H a D y 8759 visitas. El número de casos aportado por cada Unidad varió desde 55 en OSI Bidasoa o 70 en OSI Goierri-Alto Urola hasta 220 en OSI Bilbao-Basurto y 237 en OSI Cruces. Tras seleccionar únicamente el primer episodio de las/os pacientes con más de uno y eliminar las visitas y/o episodios incongruentes, quedaron disponibles para el análisis 1171 episodios o pacientes a los que se realizaron 8363 visitas en 14458 estancias o días de atención. 808 de estos episodios recibieron el alta dentro del período analizado. Comparando estos datos con los indicadores de actividad recogidos en el cuadro de mando de Osakidetza, el número de altas registrado en el estudio corresponde al 74,5% de las altas reales y el número de estancias representa el 82% de las reales.

Características de los episodios: Modalidad de asistencia y tipos de patología

La modalidad más frecuente fue la HaD de continuación o acortamiento de ingreso, con un 60,2% de los episodios. La HaD de inicio o evitación de ingreso (procedentes de Urgencias, Atención Primaria, Residencias o Consultas externas), supuso el 36.5%. Sólo en dos Unidades la modalidad "Evitación de ingreso" reunió más casos (61,8 y 50,4%) que la "Continuación de ingreso". Los episodios de modalidad hospital de día o consulta a domicilio representaron el 3,4% de la serie global. En 3 unidades suponen un 7% de los casos mientras que en el resto no llegan al 2%.

A partir de aquí, todos los datos que se muestran harán referencia a las dos modalidades asistenciales mayoritarias, es decir, HaD de continuación y H a D de inicio, porque las otras dos moda-

lidades, hospital de día a domicilio y consulta a domicilio, presentan peculiaridades que las hacen merecedoras de un análisis particular.

Los tipos de patología atendidos en cada Unidad, considerando únicamente los episodios de modalidades acortamiento o inicio, se muestra en el Gráfico 1. Se aprecian diferencias entre unidades. Por ejemplo, los pacientes para cuidados paliativos constituyen en algunas unidades casi el 40% de los casos mientras que en otras representan alrededor de 20%. El porcentaje de pacientes con patología quirúrgica está cerca de 30% en unas unidades y es menor de 10% en otras. Los pacientes con patología aguda constituyen el 48 % de los casos en una unidad, mientras que en otra no llegan al 12%.

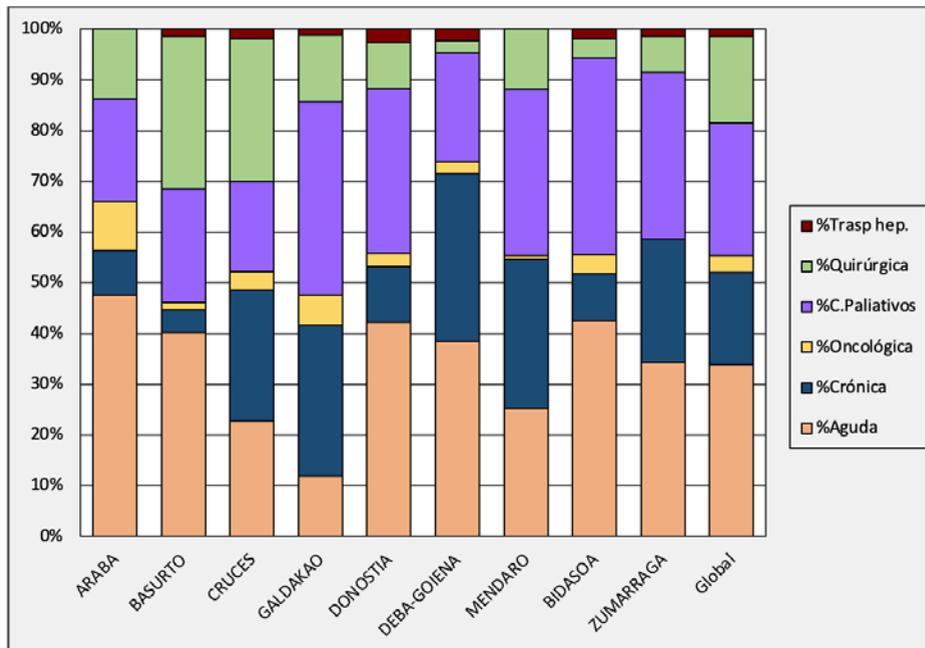


Gráfico 1. Distribución porcentual de categorías clínicas en cada Unidad

El tipo "C. paliativos" incluye patología oncológica y no oncológica. El tipo "Oncológica" incluye pacientes con enfermedad oncohematológica en tratamiento activo atendidos por una intercurencia o complicaciones agudas. El tipo "Quirúrgica" incluye patología quirúrgica simple o complicada y también heridas complejas.

Características de los episodios: Características de los pacientes por Unidades

La edad media de los pacientes fue 69,5 (DE 16,2) años, pero en varias Unidades la edad media fue significativamente superior y en otras inferiores.

Un 31,7% de los pacientes tenían edad de 80 o más años, con diferencias también entre unas unidades en las que este porcentaje fue más alto, hasta del 48,6 % en contraste con otras en las que sólo alcanzó el 18,5 %.

El porcentaje de mujeres fue de 45,1%, resultando significativa la diferencia entre las Unidades con los valores extremos, 38,7% y 56%. Un 4,1% de los pacientes vivían en centros residenciales, variando este porcentaje según las Unidades entre 0,7 y 6,4%. La distancia al hospital alcanzó un valor medio de 8.6 (DE 7.3) Km y en 25% fue de 12 o más Km. Sólo se contabilizaron 19 casos (1,7%) a 30 o más Km. Hay Unidades que tienen a prácticamente el 100 % de sus pacientes a una distancia inferior a 12 Km, mientras que en otras se atiende a 12 o más Km a más del 60% de los casos.

El índice de severidad WPSS mostró un valor, según mediana, igual a 1 (Q1-Q3 = 0-3). El índice de comorbilidad de Charlson (sin edad) presentó un valor, mediana, de 2 (Q1-Q3= 1-4). El índice de Barthel arrojó una puntuación media de 72,4 (DE 34.5) mediana = 90 (Q1-Q3 = 50-100). En la escala Gijón abreviada de valoración de la situación socio-familiar se obtuvo una puntuación con valor mediana de 4 (Q1-Q3 = 3-7). Un 15,4% de los casos presentaron una puntuación superior a 7 que indica soporte socio-familiar insuficiente. La comunicación con paciente y familiares resultó adecuada en el 98,5% de los casos. Las diferencias entre las distintas unidades se pueden apreciar en la tabla 1. Con respecto a la calidad de vida percibida en una escala de 0 a 100% la puntuación media al inicio fue de 55,6(DE 20,6) y al final fue 72,4 (DE19,8).

Tabla 1. Características de los pacientes por Unidades

Unidad	N	Edad. Media (DE)	Mujer %	Distancia (Km) Media (DE)	En resid %	Worthing Med (Q1Q3)	Charlson Med (Q1Q3)	Barthel Med (Q1Q3)	Gijon Med (Q1Q3)
ARABA	124	65,2 (15,7)*	38,7**	4,97 (6,5)*	4,0	0 (0-3)	2 (0-6)	100 (55-100)	4 (3-7)
BASURTO	219	66,4 (17,6)*	50,7	4,40 (2,8)*	6,4	0 (0-2)	2(0-4)	100 (60-100)	4 (3-7)
CRUCES	220	70,5 (13,1)	39,1	10,18 (7,8)*	5,1	0 (0-2)	2 (1-4)	85 (50-100)	4 (3-7)
GALDAKAO	84	73,7 (13,2)*	56,0**	13,86 (11,3)*	6,2	1 (0-4)	3 (2-6)	60 (20-95)	7 (5-8)
DONOSTIA	154	69,3 (17,0)	44,8	8,95 (6,4)	0,7	1 (0-2)	2 (0-3)	90 (50-100)	5 (3-7)
ALTO DEBA	88	72,1 (16,6)	46,6	7,79 (5,0)	5,6	3 (1-4)	2 (0-4)	100 (30-100)	4 (3-7)
MENDARO	119	74,1 (14,7)*	40,3	12,86 (4,9)*	0,8	2 (0-3)	3 (1-6)	95 (50-100)	4 (3-7)
BIDASOA	54	62,2 (19,7)*	50,0	3,41 (1,5)*	3,7	1 (0-3)	1 (0-6)	100 (65-100)	4 (3-7)

Unidad	N	Edad. Media (DE)	Mujer %	Distancia (Km) Media (DE)	En resid %	Worthing Med (Q1Q3)	Charlson Med (Q1Q3)	Barthel Med (Q1Q3)	Gijon Med (Q1Q3)
ZUMÁRRAGA	70	74,1 (16,9)*	47,1	13,65 (8,1)*	2,9	0 (0-1)	2 (1-4)	100 (25-80)	5 (3-7)
GLOBAL	1132	69,5 (16,2)	45,1	8,59 (7,3)	4,1	1 (0-3)	2 (1-4)	90 (50-100)	4 (3-7)

* Diferencia significativa con respecto a la media de la serie global.

** Diferencia significativa no con respecto a la media de la serie global sino a otro valor marcado con **

Características referidas a los episodios con alta

769 episodios recibieron el alta en el período de estudio. La estancia media fue de 16,2 días (DE 21,7). Los episodios de HaD de continuación presentaron una estancia media más prolongada que los de HaD de inicio (19,9 frente a 10,7 días; $p < 0,001$). El alta fue por fallecimiento en 114 casos (14,8%), para ingreso en hospital en 72 casos (9,4%) o en otra institución asistencial en 9 (1,1%). Los 574 casos restantes (75,9%) fueron dados de alta para seguimiento en Atención Primaria y/o consultas externas. Estancia media, porcentaje de reenvío al hospital y de fallecimiento en las distintas unidades se muestran en la tabla 2. Sólo una Unidad presentó una estancia media significativamente inferior a la de la serie global (11,5 días, $p < 0,05$). Los porcentajes de reenvío al hospital en las diferentes Unidades no resultaron significativamente diferentes del porcentaje de la serie global, pero sí resultó significativa la diferencia entre Unidades con valores extremos (16,3% frente a 3,1 o 5,8%). Con respecto al porcentaje de mortalidad en domicilio, sólo 2 unidades mostraron valores (6,4% y 25,3%) significativamente diferentes al 14,8% de la serie global.

Tabla 2. Características de las altas

Unidad	N	Estancia media (DE)	% Reenvío	% Fallecidos
ARABA	82	16,6 (24,7)	13,4	12,2
BASURTO	159	18,3 (24,9)	12,6	12,6
CRUCES	171	15,5 (18,2)	5,8**	6,4*
GALDAKAO	49	14,3 (12,0)	16,3**	22,4
DONOSTIA	99	17,4 (30,7)	10,1	25,3*
ALTO DEBA	65	11,5 (12,8)*	3,1**	12,3
MENDARO	57	17,5 (19,2)	5,3	17,5

Unidad	N	Estancia media (DE)	% Reenvío	% Fallecidos
BIDASOA	41	12,8 (18,4)	4,9	26,8
ZUMÁRRAGA	46	17,9 (14,5)	13,0	17,4
GLOBAL	769	16,20 (21,7)	9,4 %	14,8 %

* Valor significativamente diferente del de la serie global (p<0,05).

** Valor significativamente diferente de otro grupo marcado con ** (p<0,05).

Estas características de las altas varían en función del tipo de patología, como se puede apreciar en la tabla 3. En comparación con el valor medio para la serie completa (16,2 días), la estancia media fue significativamente menor en los pacientes con patología aguda y modalidad de HaD de inicio (la mayoría procedentes de los Servicios de Urgencias), mientras que la de los pacientes con patología quirúrgica complicada y control post trasplante hepático fue significativamente mayor. Pacientes para cuidados paliativos presentan elevada mortalidad en domicilio mientras que pacientes agudos y postquirúrgicos presentan mortalidad nula. Los pacientes con patología postquirúrgica complicada presentan una tasa de reenvío (26%) significativamente mayor que la serie global (9,4%) y en pacientes con patología aguda y HaD de inicio el porcentaje es significativamente menor (2,5%).

Tabla 3. Características de las altas según patología

Patología	N	Estancia media (DE)	% REENVÍO a HOSPITAL	% FALLECIDOS	% enviado a H CRÓNICOS
Aguda	301	11,4(13,6)*	4,0*	0 *	0
<i>Aguda HaD Continuación</i>	141	15,0 (18,4)	5,7	0*	0
<i>Aguda HaD Inicio</i>	160	8,3 (5,2)*	2,5*	0*	0
Crónica	137	13,8(13,3)	8,0	4,4*	0,0
Oncológica	20	31,8(59,8)	15,0	10,0	0,0
C, Paliativos No oncológ	67	15,0(14,3)	4,5	56,7*	1,5
C, Paliativos oncológ	119	18,4(22,2)	12,6	57,1*	4,2
Quirúrgica simple	24	12,5(10,7)	12,5	0,0	0,0
Quirúrgica complicada	96	28,6(32,9)*	26,0*	0,0*	1,0

Patología	N	Estancia media (DE)	% REENVÍO a HOSPITAL	% FALLECIDOS	% enviado a H CRÓNICOS
Post Traspl Hep	5	46,4(26,3)*	0,0	0,0	40,0
GLOBAL	769	16,2(21,7)	16,2(21,7)	9,4	14,8

*Diferencia significativa con respecto al valor para la serie global. En el resto la diferencia no es significativa.

Procedimientos realizados

Con respecto a los 33 procedimientos registrados, se apreciaron diferencias entre Unidades en su frecuencia de realización. A modo de ejemplo se mencionan los más realizados, indicando el % de pacientes en quienes se realizó en la serie global y en las Unidades con valores más dispares: La toma de muestras para analíticas se realizó en el 75% del global de pacientes, variando desde 65 % hasta 86% en distintas Unidades. 30 % (entre 10 y 48%) de pacientes eran portadores de acceso venoso periférico, y 19 % (entre 3 y 50%) de línea media. 31% (15-52%) llevaban tratamiento IV sin bomba y 13% (5-26%) con bomba de infusión. 17% (9-30%) de los pacientes portaban un acceso subcutáneo (íntima). Se utilizaron infusores elastoméricos (IV o SC) en 13% (4-28%). 20% (17-29%) de los pacientes tenían heridas quirúrgicas o no quirúrgicas abiertas y 16% (7-37%) heridas quirúrgicas cerradas. Se realizó ECG a 2% de los pacientes (0 – 6%). Y transfusión de hemoderivados en domicilio en 3% (0-11). Se utilizó en las visitas EPI (equipo de protección epidemiológica) en 7% (0-21%) de los pacientes. Se atendió el síndrome de últimos días en 8% de los pacientes (2 – 20%). Estos rangos dan idea de que hay diferencias en el contenido de trabajo en las distintas Unidades.

Número y duración de las visitas

Para los pacientes atendidos en modalidad de HaD de continuación o HaD de inicio se registraron de forma válida 8272 visitas realizadas en 14359 estancias o días de atención entre el 1 y el 31 de mayo de 2021. 378 visitas (4,5%) se realizaron en el hospital, no en un domicilio. Los equipos de Médico + Enfermera/o (ME) realizaron 3861 visitas en día laborable (21 días) y 329 en día no laborable (10 días). Las/os enfermeras/os sin médico (E) realizaron 2459 visitas en Laborable y 1623 en No Laborable. En la tabla 4 se muestra, desglosado por Unidades, el número de visitas diarias realizadas por enfermería o por equipos de médico + enfermera/o, en días laborables y no laborables, así como el número de pacientes atendidos diariamente de media. Con ellos se puede calcular la tasa de visita (n° de visitas/ n° de pacientes). En términos globales (visitas de enfermería + visitas de equipos de médico y enfermera/o) el valor medio de esta tasa en los días laborables fue de 0,65 y en no laborable fue = 0,42. No se observan diferencias significativas entre Unidades para los días no laborables pero sí en laborables con dos unidades en las que la tasa es mayor de 0,8. Así mismo, se muestran la duración media de las visitas, que se componen de la atención directa en el domicilio y el tiempo empleado en los desplazamientos a cada domicilio (desde el hospital o

el domicilio anterior hasta el domicilio de la visita sumando si corresponde los minutos empleados en volver al hospital tras la visita), desglosada por las distintas Unidades y calculada a partir de los valores medios de cada paciente. La duración de la atención directa mostró en varias unidades valores significativamente diferentes de la media global (26,9 min), bien superiores (35,9 min) o inferiores (22,6-24,4 min). Hubo mayor variabilidad entre unidades en la duración media de los desplazamientos (entre 11,9 y 25,0 min.) condicionadas en parte por las diferencias en la dispersión geográfica de los domicilios con respecto al centro sanitario. Ambos componentes contribuyen a las diferencias en la duración total media de las visitas en las diferentes Unidades, que varía desde 34,5 min hasta 55,7 min.

Tabla 4. Visitas y duraciones en distintas Unidades

Unidad	N	Pac diarios	VIS E / Día Lab	VIS E / No Lab	VIS ME/ Día Lab	VIS ME/ NoLab	Duración min atención directa Media (DE)	Duración min desplazmto Media (DE)
ARABA	124	48,4	13,2	18,2	26	4,6	24,4(10,6)*	13,1(7,4)*
BASURTO	219	87,3	22,3	27,1	28,3	5,9	24,4(10,1)*	15,8(6,7)
CRUCES	220	83,4	26,9	27,9	22,5	0,8	26,3(9,7)	19,3(11,5)*
GALDAKAO	84	35,3	5,9	13,4	24	1,1	28,3(9,3)	25,0(10,5)*
DONOSTIA	154	67,5	17,1	28,4	27,9	6,1	28,5(9,8)	16,8(6,2)
ALTO DEBA	88	28,8	6,8	8,7	11,3	3,9	28,2(10,1)	16,2(6,9)
MENDARO	119	62,4	9,2	21,5	27,6	6,0	28,3(7,5)	13,7(6,1)*
BIDASOA	54	19,2	2,7	3,7	9,0	3,9	22,6(8,6)*	11,9(5,5)*
ZUMÁRRAGA	70	30,9	13	13,4	7,3	0,6	35,9(9,6)*	19,7(12,1)*
Global	1132	463,2	117,1	162,3	183,9	32,9	26,9(10,0)	16,9(9)

* Valores significativamente diferentes de la media de la serie global

Del modo análogo, se muestran, en la tabla 5, las duraciones medias de la atención directa y de los desplazamientos en cada uno de los tipos de patología. Se aprecia que, en relación con la media global, la duración de la atención directa es mayor en los pacientes en cuidados paliativos y menor en los pacientes agudos. Por otra parte, la duración de los desplazamientos no muestra diferencias significativas entre los distintos grupos de patología (todos entre 14,8 y 17,6 min).

Tabla 5. Duración media (DE) de atención directa, viajes y total de visita según patología

Grupo Patología	N	Atención directa	Desplazamientos	Duración total visita
AGUDA	383	23,0(7,5)*	16,5(8,9)	39,5(12,7)*
CRÓNICA	206	26,9(9,2)	17,5(11,5)	44,4(14,1)
ONCOLÓGICA	37	26,9(10,5)	16,6(9,2)	43,4(14,1)
C.PALIATIVOS NO ONCOLÓGICO	101	32,2(9,8)*	17,0(7,0)	49,3(12,7)*
C.PALIATIVOS ONCOLÓGICO	196	32,6(12,3)*	17,6(8,1)	50,2(15,8)*
QUIRÚRGICA NO COMPLICADA	36	21,8(6,2)*	17,1(8,5)	38,9(11,5)*
QUIRÚRGICA COMPLICADA	157	27,7(9,4)	16,1(7,9)	43,8(12,4)
POST- TRASPLANTE HEPÁTICO	16	24,2(8,6)	14,8(9,8)	39,0(13,9)
GLOBAL	1132	26,9(10,0)	16,9(9)	43,8(14,1)

Duraciones en minutos, media y (DE). * Valores significativamente diferentes de la media de la serie global. Duraciones en minutos, media y (DE). * Valores significativamente diferentes de la media de la serie global.

DISCUSIÓN

El primer hecho que merece ser destacado es que cada día del mes de mayo de 2021, fueron atendidos en sus domicilios, evitando así el permanecer ingresados en una planta de hospitalización convencional, una media de 463 pacientes. En realidad, más, pues el registro recogió aproximadamente el 80% de los casos reales. A la vista de los resultados, se puede afirmar que el funcionamiento de HaD en el País Vasco resulta bastante homogéneo en algunos aspectos, pero ofrece diferencias apreciables entre Unidades en otros. Por ejemplo, las modalidades asistenciales de Hospital de día a domicilio y consulta a domicilio son muy minoritarias en todas las Unidades y la mayoría de los episodios corresponden a las modalidades de HaD de continuación (de un ingreso previo en planta) o HaD de inicio, aunque el balance entre ambas modalidades varía entre Unidades: 70 y 29% en una Unidad frente a 36 y 62% en otra. También hay diferencias en el tipo de patología: La patología aguda representa casi el 50% de los casos en algunas Unidades y en otras no llega al 12 %. Los pacientes atendidos para prestación de cuidados paliativos constituyen el 26 % en el global de Unidades, pero en alguna llegan a ser el 39 %.

Otro tanto ocurre con los pacientes con curas complejas o complicaciones postquirúrgicas: en una Unidad suponen el 30% de los pacientes y en otra, en el otro extremo, menos de un 3%. También resultan evidentes las diferencias entre Unidades en lo que respecta a la dispersión geográfica de los pacientes atendidos y su edad.

Con respecto a otras características de los pacientes, merece la pena mencionar que, en la serie global, un 25 % de casos presentaron un índice de comorbilidad de Charlson igual o superior a 4, y el índice de Barthel fue en 25% de pacientes inferior o igual a 50. El índice de gravedad WPSS mostró un valor de la mediana (Q1-Q3) = 1(0-3) en la serie global, unos valores superponibles a los de los pacientes ingresados en hospitalización convencional, de acuerdo con el artículo en el que se definió el índice WPSS⁽⁶⁾ y que permite afirmar que los pacientes atendidos en H a D en País Vasco presentan un grado de deterioro fisiológico que no difiere en gran medida del de los pacientes ingresados en hospitalización convencional. También en este aspecto hay diferencias entre Unidades pues en varias la mediana fue = 0 mientras que en una Unidad en particular llegó a 3.

El análisis de los episodios dados de alta muestra que tanto en estancia media, como en porcentaje de reenvío al hospital y porcentaje de mortalidad en domicilio hay diferencias significativas entre Unidades con valores extremos, pero pocas Unidades, o ninguna, presentan valores significativamente diferentes de la media global. Impone más diferencia en estos parámetros el tipo de patología y es razonable formular la hipótesis de que las diferencias en el tipo de patologías atendidas ocasionarán las diferencias apreciadas entre Unidades en tasas de mortalidad y de reenvío al hospital, así como en frecuencia de realización de determinados procedimientos.

Se aprecia gran homogeneidad en la frecuencia con que se visita a los pacientes, con sólo dos Unidades que presentan una tasa superior a la media en días laborables, por presentar mayor tasa de visita por equipos ME. Sin embargo, cuánto contribuyen a esa frecuencia las visitas de enfermería y las de equipos ME es algo variable según las Unidades. Pero es común a todas las Unidades el alto número de visitas realizadas en días no laborables especialmente por enfermería. Este hecho indica el alto nivel de continuidad asistencial que ofrece la Hospitalización a Domicilio. La duración de las visitas, que tuvo para la serie global un valor medio de 43.8 min, es diferente en las distintas Unidades (entre 34,5 y 55,7 min), en unos casos porque los desplazamientos son más o menos duraderos, y en otros casos porque es distinta la duración de la atención directa.

No es objetivo del presente estudio analizar cómo influye la variada tipología de los pacientes en realización de procedimientos, número y duración de las visitas y resultados de la atención, aunque se han constatado algunas relaciones. Pero es, desde luego, necesario profundizar en ese análisis para poder disponer de indicadores de actividad que, si han de permitir establecer comparaciones entre Unidades, tengan en consideración las características que influyen en el resultado que el indicador mide. Por ejemplo, comparar la tasa de reenvío al hospital que muestran dos Unidades, o dos períodos diferentes en una misma Unidad será poco útil si se comparan las tasas globales, en lugar de comparar las tasas para cada tipo de patología si se ha demostrado que el tipo de patología condiciona la tasa de reenvío al hospital.

El estudio descriptivo presente presenta como fortaleza el hecho de haber sido realizado de forma simultánea y concertada en 9 de las 10 Unidades de HaD de Osakidetza existentes en aquella fecha. Pero presenta también algunas limitaciones como es el hecho de que el registro de los casos y visitas no fue completo ni perfecto y que el período de registro se limitó a un mes y puede no recoger patologías o procedimientos que son más prevalentes en otros meses del año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanroma P, Sampredo I, González CR, Baños MT. Recomendaciones clínicas y procedimientos - Hospitalización Domiciliaria. Santander, España: Fundación Marqués de Valdecilla; 2011. ISBN 978-84-693-5969-3

2. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al.; Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
3. Cordero-Guevara JA, Parraza-Díez N, Vrotsou K, Machón M, Orruño E, Onaindia-Ecenarro MJ, et al. Factors associated with the workload of health professionals in hospital at home: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):704. DOI: 10.1186/s12913-022-08100-4
4. Vrotsou K, Orive-Calzada M, González N, Vergara I, Pascual-Fernández N, Guerra-López C, et al. Factores relacionados con la carga de trabajo en hospitalización a domicilio: estudio de consenso Delphi. *J Healthc Qual Res.* 2022;S2603-6479(22)00075-6. DOI: 10.1016/j.jhqr.2022.09.001
5. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8
6. Duckitt RW, Buxton-Thomas R, Walker J, Cheek E, Bewick V, Venn R, Forni LG. Worthing physiological scoring system: derivation and validation of a physiological early-warning system for medical admissions - An observational, population-based single-centre study. *Br J Anaesth.* 2007;98(6):769-74. DOI: 10.1093/bja/aem097
7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5. PMID: 14258950
8. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(2):252-7. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51066.x

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS EPISODIOS O TIPOS DE PATOLOGÍA

1	Agudo (AG)	Paciente atendida por una enfermedad que tiene un inicio y fin claramente definidos y duración < 3 meses, en un paciente cuyos antecedentes patológicos afectan poco o nada al curso de la enfermedad aguda o requieren una atención sanitaria nula o escasa en comparación con la que requiere la enfermedad aguda.
2	Crónico (CR)	Paciente con al menos una enfermedad crónica que presenta una agudización de la misma o bien una enfermedad aguda cuyo curso y atención se ve afectado por la enfermedad crónica de modo que la atención sanitaria se dirige a la enfermedad aguda y a la crónica con similar dedicación.
3	Oncológico (ON)	Como el caso anterior, pero la enfermedad crónica es una enfermedad tumoral u oncohematológica en tratamiento activo.

4	Paliativo no oncológico (PN)	Paciente con enfermedad crónica en fase muy avanzada, o pluripatología avanzada, frecuentemente multiingresador, que requiere cuidados paliativos y que requiere tratamiento por descompensación o por enfermedad intercurrente o por estadio final de su(s) patología(s).
5	Paliativo Oncológico (PO)	Neoplasia visceral, o somática o hematológica sin opciones de tratamiento antitumoral curativo, con necesidades de cuidados paliativos domiciliarios que, por su complejidad y/o intensidad de cuidados, rebasan la capacidad de cuidados de Atención Primaria.
6	Quirúrgico simple (QS)	Pacientes a quienes se ha realizado una intervención quirúrgica sin complicaciones y realizan postoperatorio en HaD para control de herida quirúrgica o recuperación funcional.
7	Quirúrgico complicado y/o curas complejas (QC)	Pacientes a quienes se ha realizado una intervención quirúrgica y son derivados a HaD para control y tratamiento de las complicaciones surgidas en el postoperatorio, tanto si son quirúrgicas (dehiscencia-infección de herida) como si son médicas (INS cardiaca, neumonía nosocomial, necesidad de nutrición parenteral...). Se incluyen en esta categoría a las/os pacientes admitidos en HaD con el objetivo principal de realizar curas de lesiones complejas, aunque no se trate de heridas quirúrgicas: úlceras crónicas, úlceras por presión, heridas por traumatismo, quemaduras.
8	Trasplante hepático (TH)	Control inicial tras realización de trasplante hepático