

La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional

J. Escarrabill

LECTURA RÁPIDA

Se está produciendo una reconversión de las camas convencionales para dedicarlas a otros usos distintos de la hospitalización convencional.

Desde el hospital, una de las alternativas al ingreso convencional ha sido organizar dispositivos que permitan atender en casa a los pacientes agudos. Esta alternativa es la denominada «hospitalización a domicilio».

La atención a domicilio de determinados grupos de patologías puede sustituir al hospital con seguridad para el paciente.

Introducción

Los hospitales están cambiando de una manera rápida y profunda. Esta transformación ya no es una discusión académica, sino que se trata de una realidad patente. En los grandes hospitales metropolitanos, la superespecialización, la búsqueda de alternativas a la hospitalización convencional (como la cirugía mayor ambulatoria o la llamada «hospitalización a domicilio») o el interés, escaso hace 10 años, por las enfermedades crónicas o la geriatría ahora están a la orden del día. Las fuerzas motrices de esta reorganización, tal como las describe Smith¹, se relacionan con los costes, los problemas del personal, el impacto de las nuevas tecnologías y, de una manera muy importante, con las expectativas de los ciudadanos.

En la mayoría de estos hospitales se está produciendo una reconversión de las camas convencionales para dedicarlas a otros usos distintos de la hospitalización convencional: unidades de corta estancia, hospital de día, cuidados intermedios. Esto ha permitido incrementar la eficiencia de los hospitales, aumentando claramente el índice de rotación de las camas hospitalarias, con la consiguiente reducción de la estancia media. Sin embargo, en estas circunstancias el sistema se ha vuelto poco flexible a las fluctuaciones de la demanda², tal como puede constatarse cuando aumenta la presión de urgencias durante el invierno.

Hospitalización a domicilio

En este contexto, desde el hospital, una de las alternativas al ingreso convencional ha sido organizar dispositivos que permitan atender en casa a los pacientes agudos en lugar de hacerlo en el hospital. Esta alternativa a la hospitalización convencional es la denominada «hospitalización a domicilio». Para desarrollarla en sustitución del ingreso algunos hospitales han creado sus propios equipos, la mayor parte de los cuales trabaja sin relación directa con la atención primaria³. Como un ejemplo más del funcionamiento compartimentado de los grandes hospitales, estos equipos resuelven el problema agudo, pero no necesariamente garantizan la continuidad asistencial tras el proceso objeto de tratamiento.

Algunos estudios preliminares señalan que la atención a domicilio de determinados grupos de patologías puede sustituir al hospital con seguridad para el paciente⁴⁻⁶. Recientemente se han publicado estudios controlados referidos a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas agudizadas en las que se pone de manifiesto que atender en casa a un paciente agudo es una alternativa coste-efectiva tanto para acortar los ingresos hospitalarios^{7,8} como para evitar el ingreso, iniciando la hospitalización a domicilio desde el servicio de urgencias^{9,10}.

Analizando únicamente el coste de personal de la hospitalización domiciliaria no queda claro en nuestro medio que, en todos los casos, esta alternativa sea más eficiente que la atención convencional¹¹. Por otra parte, es importante tener en cuenta que los intereses por la atención domiciliaria no siempre deben relacionarse con la reducción de costes; en ocasiones la justificación puede centrarse en la adaptación a los incrementos de la demanda, como ocurre, por ejemplo, durante el invierno, o para soportar la reducción de camas durante unas obras prolongadas.

Dirección de Programas. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Correspondencia:
Joan Escarrabill,
Director de Programas,
Hospital Universitari de Bellvitge,
C/ Feixa Llarga, s/n,
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.
Correo electrónico: jescarra@csub.scs.es

Algunos aspectos de la hospitalización a domicilio en sustitución del hospital han generado polémica y se ha discutido si la atención a largo plazo realmente sustituye el ingreso hospitalario¹². Así, se ha cuestionado la financiación de estos equipos, hospitalarios en su mayor parte, y se ha polemizado sobre el papel de la atención primaria en la provisión de estos servicios o sobre el riesgo de crear redes asistenciales paralelas¹³. En este sentido parece muy sensata la propuesta de promover modelos organizativos que contemplen una atención compartida¹⁴, en el marco de sistemas integrales que garanticen el acceso del paciente a la mejor alternativa asistencial para resolver su problema de salud, sin duplicidades ni vacíos.

Por otra parte, es difícil separar la atención de los procesos agudos de las necesidades de atención de los pacientes con enfermedades crónicas, tanto en el medio hospitalario como en la comunidad. Una buena organización de la atención y la ayuda a domicilio podría sustituir recursos de internamiento¹⁵.

Crterios para establecer patrones de intervención en la atención domiciliaria

No es infrecuente dedicar mucho tiempo a las discusiones terminológicas relacionadas con la poca aceptación del término «hospitalización a domicilio» entre los profesionales de la atención primaria. Naturalmente, las palabras no son neutrales, pero la descripción de los patrones de intervención en el domicilio podría ser un buen mecanismo para identificar los dispositivos con capacidad de dar la mejor respuesta asistencial posible.

La atención domiciliaria convencional para casos agudos representa un volumen de actividad muy importante que resuelve el equipo de atención primaria o dispositivos especialmente diseñados para este fin (p. ej., 061). Esta atención se caracteriza por ser puntual y, en la mayor parte de los casos, sin continuidad.

Al hablar de atención domiciliaria sustitutiva del hospital entendemos que existe continuidad, es decir, no se contemplan los casos en los que únicamente existe una visita puntual. Sin embargo, no debemos olvidar que «factible» (es decir, que pueda ha-

cerse) no quiere decir «viable» (es decir, que pueda hacerse de una manera sistemática en nuestro medio). Los recursos técnicos actuales permiten hacer casi todo en casi cualquier parte, pero ¿a qué precio en tiempo, dinero o complejidad? Los patrones de intervención deben definirse en el contexto donde van a utilizarse y considerarlos como una alternativa más para ofrecer a nuestros pacientes.

En la definición de los patrones de la atención que puede prestarse en el domicilio y que requiere un cierto grado de continuidad se pueden considerar estos grandes aspectos:

Duración de la atención

Una duración corta (de unos 15 días) permite una intensidad de la intervención impensable si la duración de la atención es larga (hasta 60 días) o indefinida.

Complejidad

La complejidad no es fácil de definir, pero la necesidad de aparatos (un ventilador, bombas de infusión de alimentos, entre otros), la trascendencia de la toma de decisiones (p. ej., decidir una traqueotomía en un paciente con una enfermedad neuromuscular) o la magnitud de las ayudas necesarias para realizar las actividades de la vida diaria determinarán muchos aspectos del patrón de intervención.

Intensidad

El número de visitas diarias requeridas también determina el patrón de intervención. Es poco probable que un equipo de atención primaria pueda realizar visitas diarias durante unos 15 días, de una manera sistemática y rutinaria.

Rapidez de la respuesta

La respuesta debe ser tanto más rápida cuanto mayor es la situación aguda del paciente o cuanto mayor sea la fragilidad del mismo.

Definición de los patrones de intervención

Con estas 4 variables, y considerando el conjunto de recursos del medio donde debe desarrollarse la atención domiciliaria, podemos definir algunos patrones de intervención.

LECTURA RÁPIDA

▼ Es difícil separar la atención de los procesos agudos de las necesidades de atención de los pacientes con enfermedades crónicas, tanto en el medio hospitalario como en la comunidad.

▼ La atención domiciliaria convencional para casos agudos se caracteriza por ser puntual y, en la mayor parte de los casos, sin continuidad.

▼ En la definición de los patrones de la atención que puede prestarse en el domicilio se pueden considerar estos grandes aspectos:
Duración de la atención
Complejidad
Intensidad
Rapidez de la respuesta

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ En la atención domiciliaria a largo plazo se atiende a domicilio a pacientes que no pueden acudir al centro de salud.

▼ La atención domiciliaria capaz de sustituir al ingreso debe ser capaz de dar una respuesta rápida si quiere garantizar la disponibilidad de camas para otros pacientes agudos.

▼ Los cuidados postalta a veces pueden prolongarse durante unos meses, evitando los reingresos (cuidados transicionales) y han demostrado ser útiles en ancianos frágiles

▼ En la atención domiciliaria que requiere tecnología o habilidades muy especializadas el papel de un equipo especializado es muy importante

Atención domiciliaria a largo plazo

En la atención domiciliaria a largo plazo se atiende a domicilio a pacientes que no pueden acudir al centro de salud. Generalmente se da con carácter indefinido, con una intensidad de visitas pequeña, debiendo hacer frente a una baja complejidad y con una rapidez de respuesta que puede ser baja, dado que una gran parte de las visitas son programables. De todo el conjunto de las prestaciones a domicilio constituye, sin duda, el patrón más importante, que recae plenamente en los equipos de atención primaria. En Cataluña, este tipo de atención es la que se organiza en el marco del programa ATDOM¹⁶.

Atención domiciliaria para pacientes agudos que sustituye al hospital («hospitalización a domicilio»)

La atención domiciliaria capaz de sustituir al ingreso debe ser capaz de dar una respuesta rápida si quiere garantizar la disponibilidad de camas para otros pacientes agudos. Así, el patrón de intervención en este caso se caracteriza por una duración corta (como el ingreso hospitalario), con poca complejidad técnica, una intensidad de visitas alta (como mínimo una visita de un diplomado de enfermería una vez al día) y una rapidez de respuesta muy alta. El equipo debe tener capacidad para valorar al paciente en el hospital y visitarlo en el domicilio a las pocas horas, tras el alta, si hace falta.

Este esquema sustitutorio del hospital se ha propuesto a pacientes con enfermedades crónicas agudizadas para evitar el ingreso o acortar estancias, o a pacientes quirúrgicos en los que se propone el alta temprana.

Cuidados transicionales

Los cuidados postalta a veces pueden prolongarse durante unos meses, hasta que el paciente se reintegra a la comunidad, evitando los reingresos¹⁷. Algunos describen estos cuidados como «cuidados transicionales» y han demostrado ser útiles en ancianos frágiles¹⁸. Los beneficios dependen de dos aspectos básicos: *a*) inicio temprano (en el momento del ingreso es preciso detectar al paciente frágil), y *b*) desarrollo de los cuidados en el marco de un equipo interdisciplinario que emita un mensaje úni-

co para el paciente y el cuidador^{19,20}. La conexión espontánea de recursos no suele funcionar, y en los cuidados postalta es muy importante el papel de una enfermera que actúa como gestora de casos (*liaison nurses*)²¹. Este papel es especialmente importante si se le da la capacidad de tomar decisiones asistenciales (educación del paciente, monitorización del tratamiento o capacidad para modificar las visitas en consultas, exploraciones o incluso proponer el ingreso hospitalario).

En la atención de ancianos frágiles con múltiples ingresos o de alta compleja, o de pacientes que requieren cuidados paliativos, podría contemplarse la intervención de un equipo de soporte^{22,23} capacitado para realizar la atención domiciliaria, en cooperación con el equipo de atención primaria, con el fin de asegurar la continuidad asistencial. Aunque inicialmente la intensidad de las visitas puede ser alta, a medio plazo estos pacientes podrían ser atendidos en el marco de los programas de atención domiciliaria.

Atención domiciliaria que requiere tecnología o habilidades muy especializadas

La ventilación mecánica a domicilio²⁴, la diálisis peritoneal o la nutrición parenteral a domicilio²⁵ podrían ser ejemplos de este patrón de intervención. En estos casos, el papel de un equipo especializado es muy importante²⁶, tanto en lo que se refiere al conocimiento de las técnicas y el manejo de aparatos como en el aspecto crucial de toma de decisiones terapéuticas. En las enfermedades poco prevalentes (especialmente si el tratamiento requiere tecnología compleja) el papel del especialista incluso en la atención domiciliaria parece razonable. Esto no excluye la cooperación entre dispositivos asistenciales. En general, y en particular en estos casos, nunca un sólo dispositivo asistencial puede dar siempre toda la respuesta asistencial necesaria. La rehabilitación a domicilio también podría incluirse en este apartado, aceptando que la frecuencia de la intervención puede ser variable, pero en ningún caso tiene carácter urgente.

En algunos casos el equipo especializado mediante la combinación de la atención domiciliaria, el acceso fácil al hospital y la conexión de recursos puede desempeñar

un papel preventivo, intentado evitar los ingresos hospitalarios (o por lo menos las visitas inesperadas al servicio de urgencias)²⁷.

Administración de fármacos

La administración de fármacos a domicilio²⁸, en particular los que requieren una preparación especial o los que deben administrarse por vía intravenosa mediante infusión prolongada, pueden requerir la intervención de un equipo especializado. Aunque el esquema terapéutico es poco complejo y las decisiones de dosis y horario se toman con antelación, un profesional capacitado puede desempeñar un papel importante en el adiestramiento de la familia o en el manejo de las bombas de infusión si se requieren.

Un dispositivo diseñado para realizar extracciones a domicilio, pruebas complementarias o la monitorización de un tratamiento tendría unas características semejantes a la administración de fármacos, en el sentido de que se basaría en la ejecución de órdenes preestablecidas. En estos casos, la cooperación entre dispositivos asistenciales diferentes, o incluso a través de proveedores privados, permite una gran variedad de actuaciones a domicilio.

¿Quién debe proveer los servicios?

De una manera genérica debe proveer los servicios quien sea capaz de resolver los problemas. Obviamente, en la mayor parte de los casos el equipo de atención primaria es quien gobernará el proceso asistencial en el domicilio del paciente. Pero no de una manera exclusiva. Es poco probable que un dispositivo asistencial pueda hacerse cargo de todas las necesidades asistenciales de un paciente en su domicilio siempre y sin soporte. Así, el generalista resuelve bien los problemas asistenciales muy prevalentes, mientras que el especialista debe hacerse cargo de los pacientes con problemas poco prevalentes. Esta norma general es aplicable en las zonas urbanas, pero debe matizarse cuando nos referimos a núcleos de población aislados y de reducido tamaño, en los que la polivalencia debe ser la regla.

Es poco probable que los equipos de atención primaria puedan hacerse cargo de los esquemas terapéuticos sustitutorios del

hospital («hospitalización a domicilio») sin ningún tipo de soporte complementario. Es clave responder a la pregunta: ¿un equipo de atención primaria puede hacerse cargo, sustituyendo al hospital, de la atención de un paciente que está en el servicio de urgencias y que requiere una visita inmediata? En nuestro medio se ha creado un equipo de hospitalización a domicilio en el marco de un proyecto de cooperación entre el hospital (Hospital Universitari de Bellvitge) y las direcciones de Atención Primaria de El Prat y L'Hospitalet para dar cobertura de 8 a 20 h de lunes a viernes, y de 9 a 16 h los fines de semana y festivos. La dirección del proyecto se realiza a través de una comisión, con representantes de la atención primaria y del hospital, que supervisa los resultados obtenidos y propone líneas asistenciales en función de las necesidades y de las disponibilidades. El día a día lo gestiona el propio equipo, a través de la Dirección de Programas del hospital.

La solución está en la atención compartida. El equipo de hospitalización a domicilio asume temporalmente la atención de un paciente, pero es imprescindible que comparta esta atención con el hospital y con el equipo de atención primaria, con el fin de garantizar la continuidad asistencial. La necesidad de atención compartida es más evidente en los cuidados transicionales o en los cuidados de pacientes que requieren una cierta tecnología, en los que la responsabilidad debe repartirse entre los distintos dispositivos asistenciales. La complejidad, la prevalencia y la situación geográfica ayudarán a definir el grado y el tipo de responsabilidad que asume cada dispositivo asistencial. La flexibilidad es un valor imprescindible a incorporar en las discusiones sobre la prestación de servicios a domicilio.

Los esquemas organizativos a menudo funcionan en un ámbito local, por lo que su réplica a veces puede fallar: copiar es imprescindible, calcar es inútil. La hospitalización a domicilio debería plantearse centrada en el paciente, por lo que no tiene sentido atender a pacientes agudos en casa a cualquier precio, teniendo en cuenta la sobrecarga a la que se somete al cuidador. Así, la hospitalización a domicilio es una alternativa más que debería integrarse

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ La administración de fármacos a domicilio puede requerir la intervención de un equipo especializado.

▼ En la mayor parte de los casos el equipo de atención primaria es quien gobernará el proceso asistencial en el domicilio del paciente. Pero es poco probable que un dispositivo asistencial pueda hacerse cargo de todas las necesidades asistenciales de un paciente en su domicilio siempre y sin soporte.

▼ La solución está en la atención compartida. El equipo de hospitalización a domicilio asume temporalmente la atención de un paciente, pero es imprescindible que comparta esta atención con el hospital y con el equipo de atención primaria.

▼ La necesidad de atención compartida es más evidente en los cuidados transicionales o en los cuidados de pacientes que requieren una cierta tecnología

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
El sistema de financiación tendrá una influencia notable en el desarrollo de la atención domiciliaria en nuestro medio.

▼
Es poco probable que la atención domiciliaria se estructure adecuadamente sin una implicación de los profesionales sanitarios en la práctica y en la formación, sin el desarrollo de equipos multidisciplinares entrenados en el uso de nuevas tecnologías y sin la participación de trabajadores sociales.

en un abanico de opciones terapéuticas de manera que siempre sea posible escoger la mejor opción para el paciente y para la comunidad.

El sistema de financiación tendrá una influencia notable en el desarrollo de la atención domiciliaria en nuestro medio. Sin embargo, la atención domiciliaria no es la solución para todos los casos, ni los problemas sanitarios son siempre los más relevantes. *Campion*²⁹ señala perfectamente los límites de la atención domiciliaria, especialmente para pacientes que viven solos, en los que, además de los cuidados, es imprescindible la compañía. En estos casos las ayudas a domicilio, el soporte social o los dispositivos asistenciales de larga estancia pueden ser unas alternativas más útiles. Por otra parte, es obligatorio respetar las decisiones del paciente, especialmente en lo que se refiere a la atención domiciliaria que sustituye el hospital. No todos los pacientes se sienten seguros con la oferta de atención a domicilio y prefieren el ingreso³⁰.

Sin embargo, con independencia de las consideraciones económicas o de las preferencias de los pacientes, es poco probable que la atención domiciliaria se estructure adecuadamente³¹ sin una implicación de los profesionales sanitarios (especialmente de los médicos) en la práctica y en la formación, sin el desarrollo de equipos multidisciplinares entrenados en el uso de nuevas tecnologías (telemedicina) y sin la participación de trabajadores sociales.

Agradecimientos

Al equipo de hospitalización a domicilio del Hospital Universitari de Bellvitge (CSUB) y las DAP Baix Llobregat Litoral y L'Hospitalet, y a la UFISS-Respiratòria del Servicio de Neumología de la CSUB.

Bibliografía

1. Smith R. Reconfiguring acute hospital services. *BMJ* 1999;319:797-8.
2. Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *BMJ* 1999;319:845-8.
3. Ruy Pérez Cantera I. Hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp* 2000;200:299-300.
4. Iliffe S. Hospital at home: from red to amber? *BMJ* 1998;316:1761-2.
5. Gravid JH, Al-Rawas OA, Cotton MM, Flanagan U, Irwin A, Stevenson RD. Home treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998;351:1853-5.

6. Bechich S, Sort Granja D, Arroyo Mateo X, Delás Amat J, Rosell Abaurrea F. Efecto de la hospitalización a domicilio en la reducción de la hospitalización convencional y frecuentación de urgencias en la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp* 2000;200:310-4.
7. Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM, Lamb C, Bushell D, Parker S, et al. Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000;55:907-12.
8. Cotton MM, Bucknall CE, Dagg KD, Johnson MK, MacGregor G, Stewart C, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Thorax* 2000;55:902-6.
9. Davies L, Wilkinson M, Bonner S, Calverley PM, Angus RM. «Hospital at home» versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321:1265-8.
10. Hernández C, Celorrio N, Gavela E, Collivent B, Ferrero E, Fernández I, et al. Efficacy of home hospitalization in COPD patients admitted in the emergency room for an acute exacerbation. *Eur Respir J* 2000;13(Suppl 26):492.
11. Oterino de la Fuente D, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Med Clin (Barc)* 1997;109:207-11.
12. Gilbert Welch H, Wennberg DE, Welch WP. The use of Medicare home health care services. *N Engl J Med* 1996;335:324-9.
13. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable. *Aten Primaria* 1999;24:162-8.
14. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria* 2000;26:74-5.
15. Stuart M, Weinrich M. Home- and community-based long-term care: lessons from Denmark. *Gerontologist* 2001;41:474-80.
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
17. Camberg LC, Smith EN, Beaudet M, Daley J, Cagan M, Thibault G. Discharge destination and repeat hospitalizations. *Med Care* 1997;35:756-67.
18. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *JAMA* 1999;281:613-20.
19. Hall WJ, Oskvig RO. Transitional care. Hospital to home. *Clin Geriatric Med* 1998;14:799-812.

20. Sala E, Alegre L, Carrera M, Ibars M, et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J* 2001; 17:1138-42.
21. Hobbs R, Murray ET. Specialist liaison nurses. *BMJ* 1999;318:683-4.
22. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as cost saving alternative: evidence from Catalonia. *Pall Med* 2001;15: 271-8.
23. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Robledo del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria* 2001;28:652-6.
24. Escarrabill J, Díaz S, Masa JF, De Lucas P, Servera E, Barrot E, et al. Hospital based long-term home respiratory care in Spain. *Chest* 1999;116(Suppl):318.
25. Llop Talaverón J, Juvany Roig R, Tubau Molas M, Virgili Casas N, Pita Mercé A, Jódar Massanés R. Calidad del programa de nutrición parenteral a domicilio: 14 años de experiencia en un hospital general universitario. *Nutr Hosp* 2000;15:64-70.
26. Escarrabill J, Farrero E, Prats E. Unidades funcionales interdisciplinarias respiratorias. *Med Clin (Barc)* 1996;107:438-9.
27. Farrero E, Escarrabill J, Prats E, Maderal M, Manresa F. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 2001;119:364-9.
28. Borrás JM, Sánchez-Hernández A, Navarro M, Martínez M, Méndez E, Pontón JL, et al. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322: 1-5.
29. Champion EW. New hope for home care. *N Engl J Med* 1995;333:1213-4.
30. Fulop NJ, Hood S, Parsons S. Does the National Health Service want hospital at-home? *J R Soc Med* 1997;90:212-5.
31. Leff B, Burton JR. The future history of home care and physician house calls in the United States. *J Gerontol* 2001;56A:M603-M8.