

Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?

R.M. Marrades

Servei de Pneumologia. Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràctica. Hospital Clínic. Barcelona.

Bajo el término anglosajón *home care* se puede englobar cualquier actuación médica que se desarrolle en el domicilio del paciente. Clásicamente, se asociaba *home care* a visitas domiciliarias por enfermería no especializada o fisioterapeutas, ayuda familiar, asistencia en el transporte, ayuda doméstica o, incluso, programas de beneficencia. Sin embargo, durante las dos últimas décadas se ha producido un considerable desarrollo técnico (dispositivos intravenosos, nutrición parenteral, monitores, oxigenoterapia, nebulizadores, ventiladores) que permite al facultativo tratar en el domicilio procesos que, anteriormente, precisaban de un ingreso hospitalario. Además de este avance tecnológico, la sobrecarga asistencial, la creciente presión por parte de la gerencia hospitalaria para reducir las estancias y el número de ingresos de los pacientes y el sistema de pago que la administración tiene concertado con los hospitales, basados en los DRG (*diagnosis-related groups*), constituyen importantes razones adicionales para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales.

La hospitalización domiciliaria (*hospital at home*) puede definirse como el tratamiento del paciente en su domicilio con la misma complejidad, intensidad y duración que en el hospital. Se basa en ofrecer un trato personalizado mediante el traslado de un médico y/o una enfermera especializada al domicilio del paciente donde, además, se puede disponer de distinto material médico. El hospital a domicilio pretende realizar dos funciones que son complementarias: por un lado, reducir o incluso sustituir la estancia hospitalaria cuando el paciente es trasladado tempranamente a su domicilio; por otro, prevenir nuevos ingresos al diagnosticar y tratar episodios directamente en el domicilio.

Aunque es de reciente introducción, ya se dispone de información acerca de la utilidad de este dispositivo asistencial. Así, la hospitalización domiciliaria ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica, de los accidentes vasculares cerebrales, durante el período postoperatorio, en la alimentación parenteral domiciliaria y en el tratamiento de infecciones en los pacientes inmunodeprimidos¹⁻⁶.

Asimismo, estas experiencias han puesto de manifiesto las ventajas e inconvenientes de la hospitalización a domicilio. Las ventajas descritas son múltiples: mayor satisfacción, participación e implicación del paciente y de su familia en los cuidados médicos, mejor evolución de la enfermedad, mayor humanización de la asistencia, disminución de casos de dependencia del hospital (hospitalismo), desaparición de las infecciones intrahospitalarias e incluso disminución de la frecuencia de las visitas a urgencias y de los ingresos inadecuados. Además, hay estudios que objetivan una reducción de los costes cuando el paciente es tratado en régimen de hospitalización domiciliaria⁷⁻¹⁰.

Sin embargo, también se han objetivado problemas. Por una parte, hay estudios que ponen en duda la rentabilidad de la hospitalización domiciliaria, sobre todo si ésta comporta la creación de una estructura nueva. Otros propugnan que no se dispone de métodos para evaluar correctamente la eficacia de este dispositivo asistencial. El punto más polémico es el referente a la opinión que el paciente y su familia tienen acerca del hospital en casa, ya que éste implica una carga familiar añadida al tener y, por tanto, deber atender al paciente en el domicilio¹¹⁻¹⁴. Con respecto a este punto hay información contradictoria. Los artículos que presentan el hospital a domicilio como un dispositivo útil encuentran un alto grado de satisfacción, tanto por parte del paciente como de su familia¹⁵. Sin embargo, también hay estudios que demuestran lo contrario. Con frecuencia, la atención directa del paciente implica absentismo laboral, períodos de ocio no disponible, ansiedad por atender a un enfermo y, en algunos casos, incluso contratar a personal auxiliar. Como muestra de la controversia que existe en cuanto a la carga familiar ocasionada, valga como ejemplo el explícito título de un reciente artículo publicado en Estados Unidos: "By the way, doctor, I have been reading a lot about the increasing number of chronically ill adults who are cared for at home. There are so many benefits to staying at home, but it seems to exact a toll on the caregiver. Can you suggest ways to reduce emotional and physical stresses involved in giving this kind of care?"¹⁶.

Con respecto al ámbito de la neumología, al igual que en las otras especialidades médicas han aparecido artículos durante las dos últimas décadas referentes a la hospitalización domiciliaria. En general describen los efectos de cuidados domiciliarios por enfermería duran-

Correspondencia: Dr. R.M. Marrades.
Servei de Pneumologia. Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràctica.
Hospital Clínic. Villarroel, 170. 80836 Barcelona.
Correo electrónico: Marrades@clinic.ub.es

Recibido: 4-12-00; aceptado para su publicación: 12-12-00.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 157-159)

te un período prolongado de tiempo¹⁷. En España, el trabajo de Servera et al¹⁸ puede considerarse uno de los pioneros. Otros autores han evidenciado la utilidad de los controles domiciliarios en los pacientes que disponen de ventiladores, oxigenoterapia y nebulizadores^{19,20}. Sin embargo, ha sido el artículo publicado por Gravill et al²¹ en *The Lancet* el que ha demostrado una verdadera eficacia del hospital a domicilio para el tratamiento de las agudizaciones de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El artículo se basa en que los ingresos por EPOC constituyen la mayoría de estancias hospitalarias por enfermedad respiratoria.

A pesar de que existen publicaciones de consenso acerca del tratamiento de la EPOC y su exacerbación²², la decisión de un médico general de remitir a un paciente al hospital y los criterios de ingreso en el mismo no están consensuados. Los autores del artículo de *The Lancet* sostienen que, a pesar de su frecuencia, una agudización no implica generalmente exploraciones complementarias caras o difíciles y que el tratamiento es, asimismo, simple. Su objetivo fue averiguar si era eficaz tratar agudizaciones importantes de la EPOC en el domicilio del paciente. Para ello se puso en marcha un departamento hospitalario al que, previo contacto telefónico, los médicos generales podían remitir a los pacientes que considerasen tributarios de ingreso. En esta unidad, una enfermera y un médico con experiencia decidían si el paciente ingresaba en el hospital o era remitido a su domicilio, concertando un control por parte de la enfermera durante los días siguientes. Los autores cuantificaban la gravedad de la agudización mediante un *exacerbation score* elaborado a partir de datos clínicos, radiográficos y gasométricos. Sin embargo, la decisión de remitir el paciente a su domicilio la tomaba el facultativo hospitalario de acuerdo con el *exacerbation score*, junto con el grado de afectación y fragilidad del paciente, y el grado de apoyo familiar que podía recibir. El paciente era trasladado con un tratamiento estandarizado, que consistía en broncodilatadores (terbutalina y bromuro de ipratropio), glucocorticoides (prednisolona) y antibióticos (amoxicilina o eritromicina). Cuando era necesario, se llevaba al domicilio un nebulizador y una fuente de oxígeno (concentrador). Antes de su traslado, el paciente era adiestrado acerca del tratamiento y ya se concertaba una visita domiciliaria que la enfermera realizaba al día siguiente. Tras ésta, el equipo decidía si el paciente debía reingresar, si repetía las visitas o era dado definitivamente de alta, hecho que se comunicaba por escrito a su médico general.

Durante tres años y medio valoraron a 962 pacientes remitidos al hospital por una agudización de su EPOC. De éstos, ingresaron directamente al 15%, mientras que el 68% realizó el tratamiento en su domicilio con éxito. El 12% de los remitidos a su domicilio precisó un reingreso precoz y un paciente falleció en su casa. Como puede apreciarse, los autores proporcionaron en el domicilio un tratamiento muy semejante al del hospital, a excepción de que no usaron la vía intravenosa.

Éste es el primer estudio que demuestra que la actuación domiciliaria es útil como sustitución del ingreso hospitalario en los pacientes con una enfermedad respiratoria,

en este caso la EPOC. Sin embargo, tras su lectura aparecen algunas dudas. El sistema de reclutamiento fue muy particular, ya que sólo podía entrarse en el dispositivo asistencial previa llamada de un médico general. Además, a pesar de que la elaboración de un *score* de agudización pretendía ayudar a la toma de decisiones, los autores tenían en cuenta factores de apreciación subjetiva, como el grado de afectación y la fragilidad del paciente. Tampoco aporta información acerca de la evolución de los pacientes remitidos inicialmente al domicilio y que posteriormente precisaron un reingreso precoz (12%), ni explica las circunstancias del paciente fallecido en su domicilio. Por último, el diseño del estudio habría sido más robusto si hubiera dispuesto de un grupo control.

Recientemente han aparecido otros artículos de diseño similar. Skwarska et al²³ demuestran, esta vez con un grupo control y actuando desde un servicio de urgencias (pacientes no seleccionados), que tras la intervención de un equipo con experiencia un porcentaje significativo de pacientes con una agudización de la EPOC puede ser remitido a su domicilio de forma segura, si son controlados por una enfermera especializada. El trabajo de Cotton et al²⁴ aporta una información complementaria, al demostrar que la actuación domiciliaria de una enfermera especializada, en los pacientes ya ingresados por una exacerbación de su EPOC, permite reducir de forma significativa (en 2 días) su estancia hospitalaria. Estos dos artículos realizan, además, un estudio económico que indica que la hospitalización domiciliaria constituye una alternativa más rentable que el ingreso hospitalario convencional. En nuestro hospital, con un diseño similar al de estos autores, hemos obtenido resultados parecidos^{25,26}.

Toda esta información demuestra que un dispositivo de asistencia domiciliaria para los pacientes respiratorios, en este caso con EPOC, es eficaz y rentable en el tratamiento de una agudización que, de otro modo, hubiera precisado un ingreso hospitalario. Todavía faltan información y experiencia para determinar con precisión el prototipo de enfermo y el protocolo asistencial domiciliaria a aplicar. Sin embargo, es fácil imaginar un paciente con el suficiente conocimiento de su enfermedad y con un entorno familiar adecuado que podría beneficiarse de este dispositivo asistencial. Aunque las experiencias iniciales se han realizado con la EPOC, no hay motivos que impidan su extensión a otras enfermedades (neumonía, asma, etc.). La mayor dificultad, que consiste en la indudable carga familiar que ocasiona, sólo puede superarse proporcionando una información completa y exhaustiva de todo el procedimiento.

De cara al futuro, existen razones para esperar una progresiva implantación de la hospitalización domiciliaria, ya que todos los indicadores demuestran que la presión asistencial de los pacientes con trastornos respiratorios se incrementará en los próximos años. En un estudio reciente, auspiciado por el Ayuntamiento de Barcelona, se sostiene que la prevalencia de las enfermedades respiratorias tiende a aumentar, al contrario de lo que sucede con las enfermedades neurológicas, digestivas y cardiocirculatorias²⁷. Además, las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la EPOC y las infecciones respiratorias pasa-

rán a ser la tercera y la cuarta causa, respectivamente, de muerte de la población mundial y que, de entre las principales enfermedades, la EPOC será la que tendrá la curva más ascendente durante los próximos 25 años²⁸. Por otro lado, el avance tecnológico, sobre todo en telecomunicaciones, que ya se está produciendo, permitirá un contacto más fácil y un control más eficaz del paciente en su domicilio²⁹.

Probablemente, en un futuro próximo la hospitalización domiciliaria constituirá una nueva modalidad de asistencia hospitalaria, que se sumará al tradicional esquema ingreso-consulta externa-urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999; 354: 1077-1083.
2. López-Benito I, Baydal R. Hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Líneas de futuro. Rev Neurol (Spain)* 1999; 29: 677-679.
3. Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *Br Med J* 1998; 316: 1796-1801.
4. Hollingworth W, Tood C, Parker M, Roberts JA, Williams R. Cost analysis of early discharge after hip fracture. *Br Med J* 1993; 307: 903-906.
5. Umetsu W, Matsuda S, Tatewaki M, Ichinazaka K, Takahashi M. Our experience of home parenteral nutrition for digestive disease patients. *Gan to Kagaku Ryoho* 1998; 25: 713-717.
6. Durack DT, Karchmer AW, Blair R, Wilson W, Dismukes W, Tice Gilbert D et al. Home intravenous antibiotic therapy. *Am J Med* 1993; 94: 114.
7. Cummings JE, Hughes SL. Cost-effectiveness of veterans administration hospital-based home care. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1274-1280.
8. Knowelden J, Westlake L, Wright KG, Clarke SJ. Peterborough hospital at home: an evaluation. *J Pub Health Med* 1991; 13: 182-188.
9. O'Cathain A. Evaluation of a hospital at home scheme for the early discharge of patients with fractures neck of femur. *J Pub Health Med* 1994; 16: 205-210.
10. Dewitt PK, Jansen MT, Ward SL, Keens TG. Obstacles to discharge of ventilator-assisted children from the hospital to home. *Chest* 1993; 103: 1560-1565.
11. Fulop NJ, Hood S, Parson S. Does the National Health Service want hospital at home? *J R Soc Med* 1997; 90: 212-215.
12. Stommel M, Givwn CW, Given BA. The cost of cancer home care to families. *Cancer* 1993; 71: 1867-1874.
13. Covinsky KE, Goldman L, Cook EF. The impact of serious illness on patients' families. Support investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *JAMA* 1994; 272: 1839-1844.
14. Parker H. Evaluation of hospital at home scheme. Despite study's positive findings the scheme faces financial constrains. *Br Med J* 2000; 230: 1077-1078.
15. Gunnell D, Coast J, Richards SH, Peters TJ, Pounsford JC, Darlow MA. How great a burden does early discharge to hospital-at-home impose on carers? A randomized controlled trial. *Age Ageing* 2000; 29: 137-142.
16. Robb-Nicholson C. *Harv Womens Health Watch* 2000; 7: 8.
17. Haggerty MC, Stockdale-Woolley R, Nair S. Respi-care, an innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1991; 100: 607-612.
18. Servera E, Simó L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 437.
19. Cline E, Vitacca M, Foglio K, Simoni P, Ambrosino N. Long-term home care programmes may reduce hospital admissions in COPD with chronic hypercapnia. *Eur Respir J* 1996; 10: 1065-1069.
20. Ferrero E, Prats E, Maderal M, Giro E, Casolive V, Escarrabill J. Utilidad de la visita domiciliaria en el control y evaluación del uso apropiado de la oxigenoterapia domiciliaria. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 371-378.
21. Gravill JH, Al-Rawas OA, Cotton MM, Flanagan U, Irwin A, Stevenson RD. Home treatment of exacerbations of COPD by acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998; 351: 1853-1855.
22. Calverley PMA, Rennard S, Agustí AGN, Anthonisen N, Celli B, Cosío M et al. Current and future management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Rev* 1999; 67: 193-205.
23. Skawarska E, Coherm G, Skawarski KM, Lamb C, Bushell C, Parker S et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000; 55: 907-912.
24. 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 randomised controlled trial. *Thorax* 2000; 55: 902-906.
25. Hernández C, Celorrio N, Gavela E, Sánchez E, Ferrero E, Fernández I et al. Eficacia de la hospitalización domiciliaria en pacientes EPOC que acuden al servicio de urgencias por reagudización. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 2.
26. Marrades RH, Hernández C, Badia JR, Sureda B, Montserrat JM, Rodríguez-Roisin R. Profilaxis de reingreso en el EPOC grave mediante un programa de asistencia continua. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 2.
27. Pasarín MI, Borrell C. La situació dels objectius generals de salut: tendències i projeccions. Capítol 5. Informe de salut de la ciutat de l'any 1997. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, 1999.
28. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.
29. Wagner FM, Weber A, Park JW, Shciemanck S, Tugtekin SM, Gulielmos V et al. New telemetric system for daily pulmonary function surveillance of lung transplant recipients. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 2033-2038.