



REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Hospitalización a domicilio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Home hospitalisation in patients with COPD

María Teresa García Sanz^{a,*}, Francisco Javier González Barcala^b y Luís Valdés Cuadrado^b

^aServicio de Urgencias, Hospital do Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

^bServicio de Neumología, Complejo Hospitalario Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

Disponible en Internet el 21 de mayo de 2009

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es frecuente y su prevalencia se incrementa con la edad. En España afecta al 9,1% de la población entre 40 y 69 años¹. El ingreso por exacerbación se asocia a peor pronóstico vital, a incremento del coste sanitario y a deterioro de la calidad de vida². En los últimos años se han desarrollado modelos sanitarios para optimizar los cuidados y racionalizar el gasto sin efectos adversos en los resultados clínicos. La hospitalización a domicilio (HAD) es una alternativa asistencial que proporciona cuidados equiparables a los dispensados en el hospital, requiere unos criterios de inclusión previamente consensuados y un equipo debidamente entrenado. Hay diferencias notables en los sistemas sanitarios de los países desarrollados; en algunos de ellos se han ensayado esquemas asistenciales equiparables a lo que en España se conoce como HAD³.

Diversos autores sugieren que el tratamiento en domicilio puede ser una alternativa para evitar o acortar ingresos en hospitalización convencional (HC) y facilitar altas precoces en determinados casos de reagudización de EPOC³⁻⁵. El ingreso en HAD puede hacerse desde el servicio de urgencias^{4,5} o desde la sala de HC^{6,7}. Para esto deben cumplirse una serie de criterios de estabilidad clínica (son criterios de exclusión: hipotensión arterial, frecuencia cardíaca superior a 110, necesidad de ventilación mecánica, deshidratación, acidosis respiratoria, hipoxemia grave, hipercapnia superior a 55 mmHg, encefalopatía, neumotó-

rax, signos electrocardiográficos de isquemia o arritmia grave) y condiciones sociosanitarias (domicilio con una proximidad preestablecida al hospital de referencia, dotado de teléfono, con unas mínimas condiciones higiénicas y apoyo familiar para el aseo, la alimentación y la colaboración con el equipo sanitario)⁸.

La infraestructura mínima de la HAD debe permitir la administración de oxigenoterapia, medicación inhalada e intravenosa, utilización de bombas de perfusión, recogida de muestras biológicas, realización de extracciones de sangre, pulsioximetría, electrocardiograma y colocación de sondas, entre otros procedimientos^{6,8}.

Se obtuvieron buenos resultados cuando en el equipo participaron enfermeras especializadas en cuidados respiratorios⁹ o enfermeras de atención primaria (AP) con un programa de formación y entrenamiento previos¹⁰. Parece esencial proporcionar algún tipo de supervisión médica (un médico adscrito al servicio de HAD⁸, el médico de cabecera^{10,11} o un neumólogo del hospital de referencia)² para que la calidad de los cuidados sea equiparable a la de la HC; la atención puntual o periódica por parte de profesionales especializados, mediante una adecuada coordinación con los equipos de AP¹², podría asegurar buenos resultados.

Las visitas al domicilio se realizaron diariamente^{7,9} o según criterio de la enfermera responsable⁴, aunque debe individualizarse y adaptarse a cada situación y entorno sanitario. El tratamiento de las urgencias podría realizarse mediante contacto telefónico con el personal de HAD (de 8.00 a 20.00) y con los circuitos sanitarios habituales^{8,10}.

Los pacientes de HAD tienen una estancia media inferior^{7,8} a los de HC, sin que haya diferencias significativas

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maite-garcia@wanadoo.es
(M.T. García Sanz).

en las tasas de reingreso y mortalidad¹¹. Tampoco se observan diferencias en la proporción de reingresos antes de 3 meses, lo que indica que la calidad de los cuidados recibidos es similar en ambas modalidades^{3,4,6-8}.

La alternativa de HAD es coste-efectiva para evitar o acortar la HC con reducción del gasto³⁻⁵ y también permite una redistribución de camas como respuesta a incrementos de demanda⁸. Las ventajas de gestión son más apreciables cuando el hospital de referencia soporta una elevada presión de urgencias y tiene tasas de ocupación muy altas.

No es fácil separar la atención de procesos agudos de las necesidades de atención de los pacientes crónicos. La falta de definición de objetivos de algunas unidades de HAD ha motivado conflictos de competencias entre la AP y los hospitales¹². Los ingresos en HAD deben ser apropiados para poder hablar de disminución de costes globales sobre el sistema sanitario, es decir, que sea una alternativa a la HC de agudos y no dé lugar a prestaciones que ya asuma la AP¹². Los equipos de AP podrían encargarse de los esquemas terapéuticos de HAD mediante la atención compartida: el equipo de HAD asumiría la atención de un paciente y la compartiría con el hospital y con el equipo de AP, con el fin de garantizar la continuidad asistencial¹³. Aunque se han elaborado pautas generales de cómo llevar esta colaboración, hay pocas experiencias publicadas en España acerca de la coordinación entre primaria y especializada¹⁴.

La satisfacción del usuario es cada vez más importante. El paciente opina acerca de la accesibilidad, la organización, la duración del tratamiento, la continuidad asistencial y la adecuación de la prestación a sus expectativas. Los estudios de calidad percibida en HAD coinciden en una valoración positiva^{3,12} y es la opción preferida por los pacientes con EPOC. La opinión del cuidador principal (sobre el que recaen cargas de difícil cuantificación) es más controvertida¹².

Las unidades de HAD ofrecen atención individualizada, disminuyen riesgos inherentes a hospitalización prolongada, mejoran la relación entre personal sanitario y paciente, mantienen el entorno y bienestar propios del domicilio del enfermo, evitan desplazamientos a la familia y la integran en el proceso curativo, y sirven de conexión entre el hospital y AP. Estas ventajas se apoyan en estudios descriptivos o de cohortes con un diseño que difiere en el protocolo utilizado, los criterios de inclusión y las técnicas organizativas; sus prestaciones, consumo de recursos y costes son diferentes, lo que podría cuestionar su validez externa.

Con las experiencias disponibles, la modalidad de HAD para pacientes con EPOC agudizado podría ser una alternativa al ingreso hospitalario convencional para una proporción significativa de pacientes.

Bibliografía

1. Soriano J, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:2-9.
2. Díaz-Lobato S, González-Lorenzo F, Gómez-Mendieta M, Mayoralas-Alises S, Martín-Arechabala I, Fernández CV. Evaluation of a home hospitalization program in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:5-10.
3. Hernández C, Casas A, Escarrabill J, et al. Home hospitalization of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*. 2003;21:58-67.
4. Davies L, Wilkinson M, Bonner S, Calverley P, Angus R. "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease prospective randomised controlled trial. *Br Med J*. 2000;321:1265-8.
5. Skwarska E, Cohen G, Shwarski K, Lamb C, Bushell D, Parker S, et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2000;55:907-12.
6. Sala E, Alegre L, Carrera M, Ibars M, Orriols F, Blanco M, et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J*. 2001;17:1138-42.
7. Antoñana J, Sobradillo V, DeMarcos D, Chic S, Galdiz J, Iriberrí M. Programa de altas precoces y asistencia domiciliaria en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:489-94.
8. González-Barcala F, Pose-Reino A, Paz-Esquete J, Fuente-Cid RDL, Masa-Vázquez L, Álvarez-Calderón P, et al. Hospital at home for acute respiratory patients. *Eur J Int Med*. 2006;17:402-7.
9. Gravil J, Al-Rawas O, Cotton M, Flanagan U, Irwin A, Stevenson R. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet*. 1998;351:1265-8.
10. Davison A, Monaghan M, Brown D, Eraut C, O'Brien A, Paul K, et al. Hospital at home for chronic obstructive pulmonary disease: An integrated hospital and community based generic intermediate care service for prevention and early discharge. *Chron Respir Dis*. 2006;3:181-5.
11. Ram F, Wedzicha J, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. *BMJ*. 2004;329:315.
12. González-Ramallo V, Valdivieso-Martínez B, Ruiz-García V. Hospital at home. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:659-64.
13. Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria*. 2002;30:304-9.
14. Baztán J, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. The community activity of a hospital geriatrics service: A practical example of coordination between primary and specialized care. *Aten Primaria*. 2000;26:374.