

A. López Guillén, M.^aT. López Lorente* y R. Cornudella**

Centro de Rehabilitación Respiratoria. Sabadell. *CAP Lepanto. Sabadell.

**Servicio de Aparato Respiratorio.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción

Bajo la denominación "atención domiciliaria" (AD) se recogen diversas modalidades de asistencia, fundamentalmente destinada a pacientes crónicos o terminales, realizada en el domicilio del paciente¹. El tipo de profesionales y la competencia de cada cual ha sido a menudo objeto de polémica, atribuible a la situación embrionaria de este tipo de asistencia, así como a la falta de definición y de claridad de objetivos en materia de política sanitaria.

El cambio vertiginoso que estamos viviendo en todos los terrenos en general, y en las necesidades y concepción de la salud en particular, es uno de los factores que contribuyen decisivamente en el planteamiento sanitario, social, económico y político en cuanto a la necesidad de nuevas alternativas a la hospitalización convencional²⁻⁴ (tabla I).

En el caso concreto de la AD, hay que remontarse a la década de los setenta para encontrar las primeras experiencias en nuestro país en este sentido; casi todas ellas tienen como denominador común el ser iniciativa del hospital y llevarse a cabo sin tener en cuenta a la medicina primaria, siguiendo modelos instaurados en otros países, Estados Unidos y Francia principalmente.

En pacientes con EPOC, especialmente en fases evolucionadas, concurren una serie de factores (edad, condiciones socioeconómicas, ingresos hospitalarios frecuentes, etc.), que la convierten en idónea para llevar a efecto la asistencia/hospitalización a domicilio. Sin embargo, los cambios producidos en el modelo y en la práctica sanitarias nos llevan a considerar la dicotomía-complementariedad de la asistencia a domicilio frente a la hospitalización domiciliaria: mientras la primera contempla el papel destacado de los profesionales de la Atención Primaria (AP), la segunda abarca aspectos más especializados, la aplicación de técnicas y utillajes complejos y/o sofisticados que

requieren conocimientos y destrezas específicos. Como trataremos de analizar más adelante, consideramos que son tareas complementarias y no excluyentes.

¿Qué es la atención domiciliaria?

Puede definirse como "la actividad sociosanitaria de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio del paciente, cuya finalidad es proporcionar soporte y seguimiento a los problemas sanitarios y sociales del individuo"⁵.

La American Thoracic Society la define como "los servicios de salud que son proporcionados al individuo y su familia en su lugar de residencia, con el propósito de promover, mantener o restaurar la salud, o minimizar los efectos de la enfermedad y discapacidad"⁶.

Aunque algo ambiguas, ambas coinciden en los aspectos más destacables de la AD, en nuestra opinión: se realiza en el domicilio del paciente y tiene en cuenta no sólo a éste, sino también su entorno sociofamiliar.

Objetivos

El objetivo general de la AD es proporcionar una atención integral que aumente la autonomía y permita seguir en su medio habitual a pacientes con enfermedad crónica y/o invalidez, mejorando su calidad de vida.

Los objetivos *específicos*, en el caso de la EPOC, podemos verlos esquematizados en la tabla II.

Secundariamente al cumplimiento de estos objetivos se obtienen otros beneficios: *a)* al disminuir los ingresos de los pacientes con EPOC se reducen las listas de espera para otro tipo de enfermos, aumentando el índice de rotación; *b)* permite controlar los tratamientos, y, por tanto, los gastos farmacéuticos y la iatrogenia, y *c)* se racionaliza la actividad de los diferentes profesionales, adecuando su dedicación a los contenidos específicos de sus conocimientos. De esta forma, es posible un incremento de la confianza y motivación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.

Correspondencia: A. López Guillén.

Centro de Rehabilitación Respiratoria. Sabadell.

(Arch Bronconeumol 1994; 30:105-108)



Método de la AD

¿A quién va dirigida la AD en los pacientes con EPOC?

Es evidente la necesidad de establecer unos criterios de selección bien definidos, es decir, explícitos, unívocos y rigurosos. Podemos incluir:

1. Enfermos con EPOC severas con dificultad a la deambulación/desplazamiento: por impedimentos físicos (disnea, amputaciones, etc.) o por características estructurales de la vivienda.
2. Pacientes con ingresos hospitalarios muy frecuentes y/o muy prolongados.
3. EPOC en fase de descompensación (posibilidad de alta hospitalaria precoz).
4. Necesidades específicas de adiestramiento en alguna técnica terapéutica concreta.
5. Otros: situaciones particulares, como dificultad en el transporte, edad avanzada, etc., deben ser consideradas individualmente.

Con independencia de estos criterios de selección de pacientes, creemos necesario considerar unas condiciones de inclusión, entendiéndose por tales unos requisitos mínimos para obtener resultados eficaces y eficientes. Entre ellas:

- a) Condiciones mínimas de la vivienda, o con posibilidades de que las reúna, tales como ventilación, temperatura, insolación.
- b) Colaboración activa del paciente y corresponsabilización de la familia, con aceptación explícita del compromiso adquirido con el equipo que se hace cargo de prestarle la AD.

¿Quién debe efectuarla?

Las bases de un tratamiento lógico deben sentarse individualmente, a partir de una evaluación completa del paciente (modelo biopsicosocial), teniendo en cuenta al situación personal, familiar y social en que el proceso asienta. De ahí la necesidad de un equipo multidisciplinario, capaz de analizar, de forma integradora, todas las circunstancias que concurren y de establecer consecuentemente un plan de actuación^{7,8}.

Tal y como apuntábamos en la introducción, puede llegar a ser estéril eternizar la polémica sobre quién debe efectuar la AD⁹⁻¹⁴. La respuesta obvia sería "quien esté capacitado para ello y razonablemente tenga disponibilidad y motivación". Ello supone que, en determinadas situaciones, sea el hospital quien tome la iniciativa y constituya unidades específicas interdisciplinarias encargadas de llevarla a cabo. Por otra parte sería absurdo cerrar tal posibilidad a determinados equipos de atención primaria, motivados y preparados, para ocuparse de esta modalidad asistencial.

Es una realidad, además, la existencia en determinadas comunidades de programas llevados a cabo por profesionales específicos, con mayor o menor comunicación entre ellos y los otros niveles asistenciales.

Parta de donde parta la iniciativa, hay una cuestión insoslayable, fundamental para el éxito de la AD: el

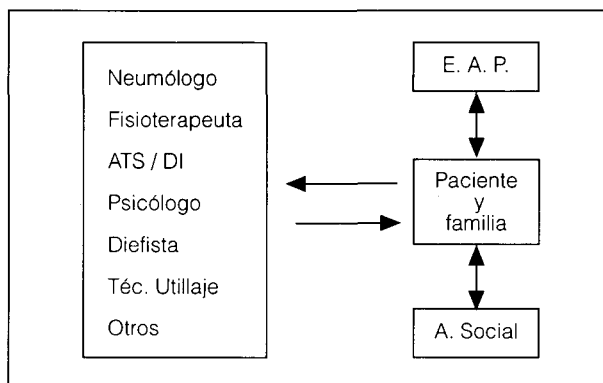


Fig. 1. Esquema de actuaciones de atención domiciliaria. EAP: equipos de Atención Primaria.

paciente debe ser atendido de la forma más eficaz y eficiente posible, en el nivel asistencial que requiera en cada momento. Y este concepto implica necesariamente una coordinación entre los diferentes niveles existentes, de modo que es necesario establecer unos circuitos de comunicación que optimicen los recursos.

En cuanto al nivel asistencial idóneo, habrá pacientes cuyo control y seguimiento pueda ser efectuado por los miembros del equipo de AP, y otros en los que además será necesaria la participación directa de otros profesionales, especialmente en aquellos casos que requieran de utillaje sofisticado (CPAP nasal, ventilación mecánica, oxígeno líquido, etc.), fisioterapia intensiva, sufran descompensaciones frecuentes, etc. En cualquier caso, estos profesionales específicos siempre deben proporcionar soporte y asesoramiento a los equipos de AP, lo cual podría esquematizarse como refleja la figura 1.

¿Cuándo y cómo efectuar la AD?

No es el objetivo de este artículo elaborar un programa de AD ni proporcionar normas sobre su confección, aplicación y evaluación; baste con hacer unas

**TABLA I
Alternativas a la hospitalización convencional**

Hospitales de día/noche/fin de semana
Unidades de corta estancia
Programas de altas precoces
Unidades de cuidados mínimos/larga estancia
Asistencia/hospitalización a domicilio

**TABLA II
Objetivos específicos de la AD**

Prevenir complicaciones/hospitalizaciones
Detectar precozmente cambios físicos, psíquicos y/o sociales que impliquen cambios en el manejo
Garantizar tratamiento correcto de la enfermedad de base
Lograr implicación activa del paciente y su familia/cumplir el plan terapéutico
Fomentar autocuidado y autorresponsabilidad
Supervisar funcionamiento y uso del utillaje
Proporcionar soporte emocional en el medio familiar



consideraciones generales al respecto. La frecuencia, contenido y duración de las visitas domiciliarias se realizará siguiendo el esquema previamente establecido, que puede variarse según necesidades, objetivos y resultados obtenidos. Además, es necesario que, sin perder de vista la individualización de las intervenciones, éstas sean lo suficientemente homogéneas como para que permitan una recogida de datos comparables entre sí.

Existe un riesgo no despreciable que puede conducir al abandono de este tipo de programas: *la saturación*. El no establecer unos objetivos claros y posibilistas conduce a menudo a una perpetuación de los programas sin lograr beneficios satisfactorios para el paciente ni para el equipo. Se produce una autolimitación en la capacidad del equipo que conduce, a menudo, a una inevitable frustración. Es por ello necesario elaborar con el paciente y su familia la duración del programa, previendo el alta, trabajando precoz y activamente el sentimiento de abandono que puede sufrir el paciente.

Resultados

Los resultados obtenidos en las experiencias existentes varían en razón del país en que se han llevado a cabo, de los profesionales implicados, de los parámetros evaluados y del tiempo de seguimiento de los estudios.

En nuestro país se han llevado a cabo algunas experiencias. Nosotros⁷, en Barcelona, entre 1977 y 1979, un equipo formado por neumólogos, asistente social, fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares, coordinados por Cornudella, controlamos a domicilio a 14 enfermos con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) muy evolucionada, que requerían ingresos hospitalarios prolongados y reiterados, y conseguimos disminuir drásticamente el número de ingresos, los días de hospitalización y los costes del tratamiento, y aumentar la sensación de bienestar de todos los pacientes. Servera et al¹⁵ en Valencia en 1988, incluyendo en su equipo un médico de AP, obtienen resultados similares en un grupo de IRC con cuidados a domicilio, controlados durante un año, en un estudio caso control sobre 31 pacientes.

Haggerty et al¹⁶ en Estados Unidos en 1991 refieren así mismo una disminución del número de ingresos, de los días de hospitalización y de las visitas a urgencias, con un programa de 4 años de duración, comparando las variables en dos períodos iguales de tiempo (antes y durante la intervención) en 17 pacientes con EPOC evolucionadas. Por su parte, Strijbos et al¹⁷ en Holanda en 1990 reportan un aumento de la tolerancia al ejercicio en un grupo de pacientes a los que se les aplicó, en su domicilio, un programa de rehabilitación pulmonar en sesiones de 30 minutos dos veces por semana.

En todas estas experiencias, la asistencia fue realizada por un equipo multidisciplinario.

Sin embargo, estudios realizados en intervenciones a domicilio llevadas a cabo por equipos compuestos

únicamente por enfermeras (en Estados Unidos) ofrecen resultados contradictorios. Así, Bergner et al¹⁸, que siguieron durante un año a un grupo de pacientes con EPOC, no obtuvieron mejoría en los parámetros evaluados (actividades de la vida diaria, sensación de bienestar, función pulmonar y costes globales). Chubon et al¹⁹, incrementando la frecuencia de visitas a domicilio en cortos períodos de tiempo, refieren beneficios, tanto para el paciente como para su familia, y ahorro en los costes asistenciales.

Experiencias llevadas a cabo en nuestro país, con otro tipo de enfermos crónicos, han conseguido alcanzar los objetivos propuestos en la mayoría de los casos²⁰⁻²⁶.

Perspectivas futuras

La AD tiene que desempeñar un importante papel en el futuro, en los países desarrollados, ya que:

1. El aumento progresivo en la expectativa de vida llevará aparejado un incremento en el número de pacientes crónicos y, en consecuencia, el número de individuos susceptibles de beneficiarse de ella, entre ellos los de EPOC.

2. Existe una tendencia creciente a no desinsertar al individuo de su medio, de modo que la idea de fomentar las residencias de la llamada "tercera edad" va cediendo paso a proporcionar ayudas domiciliarias de diversa índole, en función de las necesidades y recursos de cada caso.

3. Los avances sociales y sanitarios permiten la detección de mayor número de casos, que posibilita un abordaje adecuado de los procesos crónicos.

En general, las modalidades asistenciales existentes hasta la actualidad carecen de colaboración y coordinación eficaces. Para conseguir los objetivos es imprescindible que exista una adecuada interacción entre los profesionales implicados²⁷. Es previsible la existencia de grandes cambios, en un futuro, en cuanto a roles y responsabilidades profesionales, así como en la política sanitaria, respecto a las entidades responsables de la cobertura asistencial, siguiendo modelos implantados en otros países. En cualquier caso es necesario dialogar e intercambiar experiencias que reportarán beneficios para los enfermos y para la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pierson DJ. Home respiratory care in different countries. *Eur Resp J* 1989; 2 (Supl.):630-636.
2. Sarabia J. La hospitalización a domicilio: una nueva opción asistencial. *Policlínica* 1982; 13:20-27.
3. Associació per al desenvolupament hospitalari de Catalunya. Alternatives a l'hospitalització. Col·legi de Metges. Barcelona, 1987.
4. Delas Amat J. Formas de asistencia alternativas a la consulta externa hospitalaria y a la hospitalización convencional. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 1985.
5. Servei Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària i Hospitalària. Programa marc d'atenció a domicili. 1991.
6. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *Am Rev Resp Dis* 1987; 136:225-244.



7. Cornudella R. Rehabilitación pulmonar en la LCF A. *Medicine*, 2.^a serie, 1983.
8. López Guillén A, Güell Rous R, Sangenis Pulido M, Sotomayor Bacardit C, Cornudella R. Programa de rehabilitació i assistència a domicili en la malaltia respiratòria crònica. *Sant Pau* 1988; 9:207-212.
9. Locutusa L, Güemes M, Rioja ML. Hospitalización a domicilio: ¿por qué no? *Med Clin (Barc)* 1985; 84:378-379.
10. Melero JM, Navarro A, Moreno JL, Duque A. La hospitalización domiciliaria. Una realidad creciente en nuestro país. *Med Clin (Barc)* 1987; 88:607.
11. Frieyro JE. La hospitalización domiciliaria. Una realidad creciente en nuestro país. (Contestación). *Med Clin (Barc)* 1987; 88:607-608.
12. Masque J, Lorenzo A, Fernández E, Sardà N. Papel de la atención primaria en las unidades de hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1991; 97:76.
13. Fernández Miera MF. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1992; 98:38.
14. González Montalvo JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1992; 98:38.
15. Servera E, Simo L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos con cuidados a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:437.
16. 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.
17. Strijbos JH, Koeter GH, Meinesz AF. Home care rehabilitation and perception of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Chest* 1990 (Supl.); 97:109-110.
18. Bergner M, Hudson LD, Conrad DA et al. The cost and efficacy of home care for patients with chronic lung disease. *Med Care* 1988; 26:566-579.
19. Chubon SJ, Redmon L. Intensive short-term home care for chronic illness. *Home health nurse* 1991; 9:14-18.
20. Ballesteros Rodríguez J, Querejeta Ayerdi I, Legarda Ibáñez JJ, Urizar Barandiarán F, Rivas Marra MA. Deshabitación de pacientes heroínómanos con clonidina en régimen de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:177.
21. Dolz Abadía C, González Huix F, Gine JJ et al. Nutrición enteral a domicilio. Una alternativa posible en nuestro medio. *Gastroenterol Hepatol* 1986; 9:397-400.
22. San Martín J, Silva M, Pellicer C et al. Hospitalización a domicilio (HD) como una nueva modalidad de asistencia en el departamento de medicina interna en un hospital terciario. *An Med Intern (Madrid)* 1988; 5 (supl 3):34.
23. Gallart Ferrer J, García Arcal C, Locutura Rupérez J. Hospitalización a domicilio de pacientes afectados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:359.
24. Juárez Laher E, Vicente Muelas N. La atención a domicilio como recurso de la psiquiatría comunitaria. *Arch Neurobiol* 1989; 52:225-227.
25. Navarro Rodríguez A, García Luna PP. Nutrición enteral a domicilio. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:771-773.
26. González Montalvo JI, Jaramillo Gómez E, Rodríguez Mañas L, Guillén Lera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp* 1990; 187:165-169.
27. González López E. Impacto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la organización de los servicios sanitarios: nuevas alternativas asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:253-254.