

PRÓLOGO

ANTXÓN AZPEZETXEA CELAYA

Presidente de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD).

Es un motivo de alegría la iniciativa del Dr. Mirón y sus colaboradores, que después de meses de trabajo ve por fin la luz, ya que gracias a los profesionales de las diferentes unidades que han participado en la elaboración de este libro se transmite la imagen de una hospitalización a domicilio como modalidad asistencial viva y preocupada por sistematizar su atención y protocolizar sus actuaciones. Además contribuye a luchar contra la invisibilidad de nuestra actividad y permite que se vaya conociendo lo que hacemos y lo que podemos llegar a hacer.

En segundo lugar es motivo también de felicitación a los autores, la elección del tema, ya que además del interés por su alta prevalencia es de destacar su oportunidad en el momento actual cuando el foco de la atención sanitaria se está centrando en el paciente crónico. Por referirme a la patología objeto del libro, según se podía leer en el estudio *The Global Burden of Disease*, la OMS situaba la tasa de mortalidad de la EPOC en Europa en 50 casos/100.000 varones y 20 casos/100.000 mujeres. Así, cada año mueren aproximadamente entre 200.000 y 300.000 personas en Europa. En España, según los datos del estudio *Iberpoc*, la EPOC causa alrededor de unos 39.000 ingresos hospitalarios anuales. En el libro *Atención Domiciliaria en Neumología* editado por los Doctores Álvarez-Sala Walther y Viejo Bañuelos se menciona el artículo publicado en la revista *Thorax* por Skwarska et al, en el que se concluía que el gasto de los pacientes con EPOC incluidos en un programa de hospitalización a domicilio era prácticamente

la mitad del que se generaba en una planta de hospitalización. Todos estos datos dejan bien claro el extraordinario interés de las enfermedades respiratorias en general y de la EPOC en particular, y el importante papel que pueden desempeñar las unidades de hospitalización a domicilio en su manejo y control.

Por último, el tercer aspecto que cabe reseñar es que la elaboración de cada uno de los Capítulos de este libro es un reflejo de una de las características diferenciales de la hospitalización a domicilio como es el trabajo en equipo. Sin este trabajo en equipo no existiría la hospitalización a domicilio tal como la entendemos e iniciativas como la del Dr. Mirón et al no hubieran podido ver la luz.

Por todo ello felicitamos a los autores y confiamos que vayan surgiendo profesionales que liderando proyectos similares permitan una mejora en nuestras actuaciones y favorezcan un mayor conocimiento de la hospitalización a domicilio.

PRESENTACIÓN I

JUAN ALBERTO SPUCH SÁNCHEZ

*Secretario de la Societat Catalano-Balear d'Atenció a Domicili,
Vicepresidente 2.º de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD).*

La mayoría de manuales, guías y artículos no habían abordado desde el ámbito de la hospitalización a domicilio el tratamiento integral de una patología tan prevalente como la EPOC y que de manera cíclica plantea a los profesionales sanitarios la gestión de esta enfermedad.

Desde la óptica de la hospitalización a domicilio, en este manual se lleva a cabo de principio a fin una revisión y puesta al día de la gestión integral de la exacerbación de la EPOC, desde las referencias históricas de esta modalidad asistencial a la planificación del alta de los pacientes, pasando por la actualización y revisión de conceptos.

En su elaboración han participado médicos, enfermeras, rehabilitadores y fisioterapeutas, que en su mayoría desarrollan su actividad asistencial en el ámbito de la hospitalización a domicilio. El resultado es un manual de gran utilidad para el manejo de la exacerbación de la EPOC en la práctica clínica diaria.

Felicitemos a los profesionales que participaron y elaboraron este documento con el más sincero deseo de que su trabajo sirva para obtener, con mayor frecuencia y facilidad que hasta ahora, el objetivo propuesto en el manejo de la EPOC.

PRESENTACIÓN II

MIGUEL A. PONCE GONZÁLEZ

Médico Especialista en Neumología,

Responsable de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Profesor asociado, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

El sector sanitario está inmerso en un cambio. Nuevas modalidades asistenciales se están implantando en nuestra sociedad como respuesta a «nuevas» patologías prevalentes: infecciones nosocomiales, enfermedades que se cronifican, procesos ambulatorizables con nuevas técnicas quirúrgicas, situaciones de enfermedad terminal, pluripatologías con edades avanzadas. Una de esas patologías crónicas y prevalentes es sin duda la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y una de esas modalidades asistenciales novedosas es la hospitalización a domicilio (HaD).

La OMS también prevé que la EPOC pasará a ser de la 12.^a enfermedad más prevalente a la 5.^a enfermedad. Esta entidad genera una demanda sanitaria elevada con unas 10 millones de consultas/año en atención primaria y neumología. La implantación de las unidades de HaD (UHaD) permite, en opinión de los expertos, una reducción cercana al 25% del gasto sanitario asociado, ya que permite trasladar al domicilio del paciente una serie de actuaciones y procedimientos asistenciales que habitualmente se realizan en el medio hospitalario. De esta forma, el propio paciente realiza en su domicilio algunos procedimientos simples y en situaciones en las que la patología se encuentra estabilizada. Además, se eliminan los riesgos asociados a los ingresos hospitalarios y se potencian los beneficios de la permanencia del paciente en su entorno familiar.

Un aspecto de gran importancia en la historia natural de la EPOC es el que hace referencia a las agudizaciones. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con EPOC sufren un promedio de 2 agudizaciones al año y que una de cada 6 de ellas requiere ingreso hospitalario, lo que supone un gasto muy elevado. La Sociedad Europea de Respiratorio (ERS) y otras muchas sociedades y consensos científicos, como se comentan en este libro, recomiendan, sobre el manejo de la EPOC, la posibilidad del manejo domiciliario de la agudización moderada reservando el ingreso para las agudizaciones graves.

En este magnífico libro se hace un excelente repaso al manejo y utilidad de las UHaD para el paciente con EPOC agudizada. De esta forma, en los diferentes Capítulos de esta obra se analizan con detalle las diferentes posibilidades que ofrece esta modalidad asistencial en el manejo de estos pacientes. Se comentan aspectos muy variados: desde el manejo farmacológico, incluyendo un repaso muy acertado de la terapia antibiótica domiciliaria intravenosa, hasta la organización y protocolización de las visitas en casa del paciente. Pero no solamente ello, sino que además profundiza en aspectos tremendamente importantes y a veces olvidados como son la fisioterapia respiratoria domiciliaria en un momento tan importante como es el de la agudización de estos pacientes, o aspectos de gran interés relacionados con la educación sanitaria del paciente con EPOC agudizada. De esta forma, las UHaD constituyen una gran oportunidad para el adiestramiento en el uso de broncodilatadores con cámara o polvo seco, así como para el repaso del resto de medicación oral, teniendo en cuenta que se trata normalmente de pacientes pluripatológicos polimedcados. En relación con este tema es de destacar, además, que en esta obra se hace hincapié de una manera muy interesante en el manejo de las importantes comorbilidades de estos pacientes.

Con el apoyo de una UHaD con experiencia en pacientes neurológicos, con un personal médico y de enfermería entrenado, podemos conseguir que la adaptación, el adiestramiento y el correcto manejo de los dispositivos de terapia domiciliar respiratoria como oxigenoterapia, aerosolterapia y ventilación no invasiva, puedan ser más óptimos evitando el alargamiento de las estancias hospitalarias.

Desde mi punto de vista creo que esta obra va a contribuir a aclarar y apoyar la importancia de este modelo asistencial alternativo a la hospitalización convencional para los pacientes con EPOC agudizada y a convertirse en referencia en esta materia. Como clínico que ha desarrollado y trabaja en la actualidad en una UHaD, pero también como médico especialista en neumología, mis más sinceras felicitaciones a los autores, coordinados por el Dr. Manuel Mirón, incansable profesional e incansable defensor también de la HaD.

CAPÍTULO I

Introducción

V. GONZÁLEZ RAMALLO, M. DEL RÍO, O. ESTRADA Y L. FLORIT

Concepto de hospitalización a domicilio

Con el fin de optimizar los recursos sanitarios en los últimos años se han desarrollado estrategias dirigidas a reducir o evitar los ingresos hospitalarios. Una de las que ha tenido mayor crecimiento en nuestro país es la de *hospitalización a domicilio* (HaD), también conocida como hospital a domicilio.

La HaD corresponde a la actividad asistencial realizada por personal sanitario en el propio domicilio del paciente para el tratamiento de procesos que, de otra forma, tendrían que ser atendidos en el hospital. Dicha actividad se lleva a cabo con recursos humanos, materiales y organizativos propios del hospital y durante un período limitado (González Ramallo, 2002). La finalidad de esta modalidad asistencial es evitar ingresos o posibilitar el alta precoz garantizando una asistencia sanitaria equiparable a la hospitalaria.

Los inicios del hospital a domicilio en el ámbito mundial datan del año 1947, cuando el Dr. Bluestone ideó una extensión de su hospital, el Guido Montefiore de Nueva York, hacia el domicilio de sus pacientes con el fin de descongestionar el hospital y proporcionar a los pacientes y sus familiares un ambiente psicológico más favorable (Estrada, 2008). Desde los años sesenta funcionan en Canadá servicios de HaD orientados al alta precoz de pacien-

tes quirúrgicos. En Europa, la primera experiencia conocida data de 1951 en el Hospital Tenon de París.

En España se lleva desarrollando esta modalidad asistencial desde hace 30 años, cuando se creó la primera unidad de HaD (UHAD) en mayo de 1981 en el Hospital Provincial de Madrid. En 1983 se inicia un programa piloto en el Hospital de Cruces de Baracaldo (Vizcaya), que se ha consolidado como uno de los servicios de referencia. A partir de 1986 se convocan las primeras plazas en los servicios de hospitalización a domicilio de diversos hospitales dispersos por la geografía nacional, como Virgen del Rocío (Sevilla), Marqués de Valdecilla (Santander) y General Yagüe (Burgos). Con las transferencias sanitarias, la HaD experimenta un gran impulso a principios de los años noventa en algunas comunidades autónomas, como el País Vasco o la Comunidad Valenciana (González Ramallo, 2006). En Cataluña, la primera unidad que se inauguró, aunque no de manera oficial, fue en el Hospital Arnau de Vilanova (Lérida) en el año 1997, abriéndose posteriormente unidades en el Hospital Joan XXIII (Tarragona) en 1999 y, a partir de 2001, las primeras UHAD oficiales del Institut Català de la Salut en los hospitales Germans Trias i Pujol (Badalona) y Bellvitge (L'Hospitalet).

En la actualidad, cerca de un centenar de centros sanitarios de la red pública española disponen de unidades que proporcionan sus cuidados especializados en la vivienda del enfermo (http://www.sehad.org/directorio_unidades.html). Valencia, País Vasco, Galicia y Cataluña son las comunidades que cuentan con mayor número de UHAD. Estas unidades están integradas por personal médico y de enfermería con formación hospitalaria, que de manera continua atienden a pacientes como si de una unidad de hospitalización convencional se tratara, tanto por la intensidad como por la complejidad de los cuidados prestados.

Utilidad de la hospitalización a domicilio en pacientes con EPOC

La alta prevalencia de la EPOC (10-17% de la población según las series), así como las frecuentes agudizaciones (entre 1 y 4 de media anual por enfermo) provocan numerosas hospitalizaciones y una tasa no despreciable de reingresos (12% a los 30 días). El coste económico que conlleva la EPOC, junto con el de otras enfermedades crónicas frecuentemente asociadas, ha estimulado el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional. Se han publicado varias series nacionales sobre programas de seguimiento domiciliario en EPOC con soporte de enfermería, consiguiendo acortar estancias (de 8-8,5 a 5,4-5,9 días) (Pascual-Pape, 2003; Sala, 2001) y disminuir tanto la frecuencia de visitas a urgencias como los ingresos posteriores. Asimismo, con estos programas se ha descrito una mejoría en los índices de calidad de vida, un mayor conocimiento de su enfermedad y un mejor autocuidado.

La HaD acumula numerosas evidencias acerca de su idoneidad para el manejo de estos enfermos. Ram et al realizaron una revisión de 7 series de pacientes con limitación crónica del flujo aéreo agudizada tratada en HaD, remitidos desde las propias salas de urgencias (tras 72 h de estancia) y en estudio aleatorizado (754 pacientes), describiendo un ahorro económico y de uso de camas hospitalarias, hecho también descrito por otros autores (Ram, 2004).

La cartera de servicios de las UHaD incluye habilidades médicas y de enfermería en el manejo de enfermos con patología respiratoria, posibilidad de realizar cultivos de esputo, analíticas sanguíneas y gasometrías, tratamiento domiciliario con oxigenoterapia, aerosoles con broncodilatadores, aerosoles de alto flujo (para la administración de antibióticos como colimicina o tobramicina) y, por supuesto, antibioterapia parenteral domiciliaria (Bonet, 2008; González

Ramallo, 2008). Gracias a las bombas de perfusión elastoméricas y electrónicas prácticamente no hay limitación en la posología de los antibióticos para administrarlos con una única visita diaria. En el caso de optar por las bombas electrónicas hay que tener en cuenta la estabilidad del fármaco a temperatura ambiente durante 24 h una vez diluido. Así se pueden administrar en domicilio la mayor parte de antibióticos intravenosos recomendados por las guías clínicas, siendo la amoxicilina-clavulánico la única excepción de importancia.

En cuanto a la seguridad del tratamiento en domicilio, un estudio prospectivo con 522 pacientes ingresados en HaD por exacerbación de su EPOC mostró seguridad en el proceso (2,5% de mortalidad) con disminución de forma significativa de los reingresos a los 90 días (Mendoza, 2007). Otros trabajos han demostrado que los programas de HaD son tan eficaces como la hospitalización convencional en el tratamiento de las reagudizaciones. La HaD presenta unas tasas de mortalidad y frecuencia de reingreso similares a la hospitalización convencional, pero con una importante reducción de costes y una mejor satisfacción por parte de los pacientes.

Así, la Sociedad Europea de Patología Respiratoria recomienda el tratamiento en el domicilio de la agudización moderada, aconsejando el ingreso hospitalario ante agudizaciones graves, y el Sistema Nacional de Salud, en su estrategia en EPOC (2009), constata que con HaD hay un mayor grado de satisfacción, tanto del paciente y su cuidador como de los profesionales sanitarios, disminuyen los costes directos, mejora el cumplimiento del tratamiento, y disminuyen las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios en las semanas siguientes al alta.

Más allá de todo esto, los ingresos diarios de pacientes con EPOC en las más de 90 UHaD que hay en España, con resultados excelentes tanto en eficacia como en satisfacción y seguridad del enfermo,

son el mayor aval del que disponemos los integrantes de estas unidades a la hora de seguir atendiendo en domicilio esta patología.

Gestión de enfermedades crónicas. Reto y oportunidad para la hospitalización a domicilio

En los próximos años, el papel de la HaD deberá someterse a profundos cambios, al igual que el conjunto del modelo sanitario. Estamos ante una encrucijada de vital importancia, tanto para los profesionales como para los propios enfermos y el modelo de atención sanitaria. En este contexto son varios los retos que debemos afrontar. El primero es la búsqueda de un modelo de atención sostenible, en un horizonte de escasez de medios. Ante la necesidad de mayor eficiencia, la HaD tiene que demostrar su innegable potencial para ofrecer una atención de calidad a un coste inferior que otras modalidades. En un reciente documento de toma de posición, el Royal College of Physicians enfatiza la necesidad de generar un modelo sostenible: “la crisis económica en la que estamos sumidos implica que o forjamos nuestro futuro mediante el desarrollo de formas innovadoras y más eficientes de atención a los pacientes, con los médicos liderando el cambio, o volvemos a la época de recortes a corto plazo y disminución de servicios al paciente. No debemos desperdiciar una buena oportunidad que brinda esta crisis” (Royal College of Physicians, 2010).

Un segundo reto consistirá en afianzar un modelo de atención adecuado para las enfermedades crónicas y, en particular, orientado a mejorar la calidad de vida de quienes las sufren. Será importante, por tanto, proveer los recursos necesarios a la investigación para comprender estos problemas. La investigación puede ayudar a encontrar mejores maneras de manejar la morbilidad y la discapacidad que

acompañan a la prolongación de la vida. Urge definir qué estrategias clínicas y de salud pública tienen las mejores posibilidades de posponer o demorar la aparición de la enfermedad y la discapacidad. Ésta es una importante frontera de la investigación, con potencialidad de ser más importante para el bienestar de la sociedad que para la guerra continua contra las enfermedades letales (*The goals of medicine*, 1996). En el futuro, cualquier iniciativa deberá centrarse en el paciente y en sus posibilidades de autocuidado.

Un tercer reto es el de la creación de dispositivos integrados que engloben todos los niveles de atención. El papel de la HaD es primordial por su equidistancia entre el hospital y la atención primaria (Cuxart, 2011). En especial, en las afecciones crónicas que revisten un grado de complejidad, la HaD puede desempeñar un papel protagonista en el domicilio del paciente. Esta intervención permite la optimización de los recursos empleados, evita la frecuentación de los enfermos al hospital, y aumenta la satisfacción del paciente y de sus familiares. En un esquema integrado, cada recurso ejerce un papel que debe estar preasignado y consensuado con el resto de integrantes. Es primordial una óptima coordinación que evite solapamientos o vacíos asistenciales a lo largo del proceso. En el futuro se impondrá la atención en red, colaborativa, integrada por unidades multidisciplinarias capaces de adaptar su respuesta a las necesidades del enfermo (Feachem, 2002).

El cuarto reto radica en la utilización generalizada de las nuevas tecnologías de la información. La disponibilidad de grandes cantidades de información sociodemográfica de las poblaciones y de datos clínicos de los pacientes modificará la atención de las dolencias crónicas. Se perfeccionarán instrumentos estadísticos como indicadores de supervivencia y de adecuación de consumo de recursos. La historia clínica del paciente deberá ser compartida y accesible para todos los responsables de la atención del paciente. La transmisión remota de

datos y la comunicación interactiva entre el enfermo y el personal sanitario multiplicará las posibilidades del autocuidado y la atención en el domicilio del paciente (Crosson, 2009).

Por último, el quinto reto es el desarrollo de herramientas que garanticen la mejor práctica clínica. La creación de guías clínicas basadas en la evidencia mejorará la calidad asistencial y la eficiencia, además de reducir la variabilidad clínica. En aquellos procesos prevalentes, como la EPOC, será necesario adoptar una serie de premisas diagnósticas y terapéuticas afirmadas en la mayor evidencia científica disponible que garantice una atención, segura, eficiente y satisfactoria (Sacket, 1996). Será imperativo abordar la evaluación de los programas sanitarios basándose en la obtención de resultados clínicos y de eficiencia. Estos resultados servirán para comparar los distintos grupos y fomentar la mejora asistencial.

Todos estos retos constituyen el escenario futuro en el que se moverá la sanidad en los próximos años. El papel de la HaD en este escenario es primordial, ya que garantiza a los enfermos una atención personalizada, segura y de calidad, adaptada a sus necesidades y sostenible en un marco de adecuación de los recursos cada vez más exigente. Queda mucho camino por recorrer, pero es apasionante. Uno de los campos donde la HaD puede demostrar mejor su vigencia como modelo asistencial es el manejo de la EPOC. Una buena forma de potenciar este avance es la confección y difusión de manuales asistenciales de consenso como el que está en las manos del lector.

Bibliografía recomendada

Bonet G, Ruiz J, Prats MS. Exacerbación de la enfermedad respiratoria crónica de causa infecciosa. En: Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Ramallo VJ, editores. Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso. Madrid: Elsevier-Doyma; 2008. p. 177-91.

- Crosson FJ. 21st-century health care. The case for integrated delivery systems. *NEMJ*. 2009;361:1324-5.
- Cuxart A, Estrada O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc)*. 2011;doi:10.1016/j.medcli.2011.04.008.
- Estrada O, Cuxart A, Quílez F. Evolución de la hospitalización a domicilio y del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso. En: Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Ramallo VJ, editores. Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso. Madrid: Elsevier-Doyma; 2008. p. 41-9.
- Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-43.
- González Ramallo VJ, Bouza E. Tratamiento antimicrobiano intravenoso en el domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:295-7.
- González Ramallo VJ, Segado A. 25 años de hospitalización a domicilio en España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:332-3.
- González Ramallo VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:659-664.
- Mendoza Ruiz de Zuazu H, Gómez Rodríguez de Mendarozqueta M, Regalado de los Cobos J, Altuna Basurto E, Marcaide Ruiz de Apodaca MA, Aizpuru Barandiarán F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hospitalización a domicilio. Estudio de 522 casos. *Rev Clin Esp*. 2007;207:331-6.
- Pascual-Pape T, Badía JR, Marrades RM, Hernández C, Ballester E, Fornás C, et al. Resultados de dos programas con intervención domiciliaria dirigidos a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:408-11.
- Ram S, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*. 2004;329:315-6.
- Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCPI; 2010.
- Sala E, Alegre L, Carrera M, Ibars M, Orriols FJ, Blanco ML, et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalised because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J*. 2001;17:1138-42.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
- The goals of medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep*. 1996;26: S1-27.