

**EDITORIAL****ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS  
ANCIANAS: NO TODO VALE****Leocadio Rodríguez Mañas**

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

La transición demográfica y epidemiológica a la que se ha asistido en los países desarrollados a lo largo de toda la segunda mitad del siglo pasado, ha modificado sustancialmente el perfil de las personas atendidas por los servicios sanitarios. Hemos pasado de un paciente caracterizado por padecer una enfermedad aguda, única, de corta evolución y que no producía dependencia, al enfermo típico de nuestros días, habitualmente una persona anciana que padece varias enfermedades crónicas, de larga evolución y que acaban generando dependencia funcional o agravando la ya existente. La atención a este tipo de enfermo, como predijo hace dos décadas Fries en un artículo ya clásico<sup>1</sup> *...se centrará en la enfermedad crónica antes que en la aguda, en la morbilidad antes que en la mortalidad, en la calidad de vida antes que en su duración y en la posposición antes que en la curación*. La aparición de este nuevo tipo de enfermo, a pesar de haberse producido lentamente, o quizá por ello, parece haber cogido desprevenidos a los agentes sanitarios. De modo que la organización de nuestros sistemas de salud, pensados para el enfermo de los años 60-80, fracasa de manera contumaz en darles una atención ajustada a sus necesidades. Cayendo en muchas ocasiones en la tentación de culpabilizar a los propios usuarios del mal uso del sistema o diseñando redes de atención alternativas, agrupadas bajo el eufónico calificativo de «socio-sanitarias», en demasiadas ocasiones más preocupadas

por los costes (no confundir con la eficiencia) que por la calidad de la atención dispensada. Cuando en realidad la adaptación a las nuevas necesidades de los enfermos es simple, siempre que coloquemos en el centro del abordaje sus necesidades y desplazemos a la periferia las necesidades del propio sistema sanitario. Enfocado así el problema y aplicando los conceptos de Fries, nuestro objetivo primario no será evitar la mortalidad a toda costa sino posponer la morbilidad y la aparición de la dependencia funcional, dando cada vez mayor importancia en nuestro quehacer a la calidad de vida y, vicariamente, a su principal condicionante: la situación funcional. Haciendo realidad el axioma de Robert Kane: *La palabra operativa en el cuidado geriátrico es función*<sup>2</sup>.

Para conseguir este objetivo, el modelo de atención debe asentarse sobre tres pilares fundamentales: la detección precoz, la continuidad de los cuidados y la coordinación entre niveles asistenciales<sup>3</sup>. Detección precoz que obliga al cuidado anticipatorio, a la búsqueda de signos de alarma de deterioro funcional, con la intención de prevenir la incapacidad grave en lugar de esperar a que ésta se produzca<sup>4</sup>. Continuidad de cuidados, asumiendo que tanto la enfermedad crónica (más aún si se agrupan varias en un mismo sujeto), como la actuación preventiva y terapéutica sobre la dependencia funcional, obligan al seguimiento continuado del enfermo a lo largo de sus cambiantes necesidades asis-

tenciales durante el curso de su enfermedad: cuidados agudos en las fases de reagudización de las enfermedades, cuidados de recuperación funcional, cuidados de mantenimiento, cuidados ambulatorios o cuidados en la fase final de la vida. Y coordinación entre los niveles asistenciales que van a satisfacer cada una de estas necesidades de cuidados, permitiendo actuar de manera continuada sobre el enfermo, evitando los vacíos asistenciales que se producen con más frecuencia de la deseada, dejándole en «tierra de nadie». Coordinación que debe abarcar desde los propios niveles asistenciales del Servicio de Geriátrica hasta la coordinación con Atención Primaria, pasando por la coordinación (que no suplantación) entre los servicios sanitarios y sociales<sup>5,6</sup>.

En este esquema de atención, la posibilidad de dispensar cuidados a las personas en su propio medio, sin necesidad de recurrir a la institucionalización permanente o a los ingresos hospitalarios prolongados, ha surgido como una alternativa atractiva. Atractivo que debe residir inicialmente en el beneficio de los enfermos y su calidad de vida y, sólo secundariamente, en el del propio sistema. No sería sensato, y probablemente rozaría principios éticos insoslayables, que planteáramos estas alternativas asistenciales como forma de mejorar los costes del sistema, independientemente de su impacto sobre los usuarios. Ningún esquema alternativo de atención es aceptable si produce una pérdida de calidad en la atención prestada<sup>7,8</sup>. Como corolario de este principio, cualquier estudio sobre los diferentes modelos de atención prestada al enfermo en su medio, en su domicilio, habrá de demostrar que no produce una caída en la calidad de la atención recibida, una pérdida de oportunidad de cuidados<sup>8</sup>. Pero además, y ante la enorme profusión de modalidades de cuidados y de pacientes diana (hospitalización a domicilio, cuidados paliativos a pacientes oncológicos, cuidados «terminales», cuidados postalta hospitalaria, cuidados de soporte domiciliario, etc., aportados por equipos de atención

primaria con o sin apoyo hospitalario, por equipos hospitalarios, por personal médico, por personal de enfermería, con visita presencial o mediante control telefónico, con planificación desde el alta hospitalaria o a demanda, sobre cualquier tipo de pacientes o sobre aquéllos con una enfermedad o síndrome o situación funcional concretas...) habrá de especificar el tipo de paciente y de cuidados dispensados. Por último, habrá de detallar los objetivos terapéuticos perseguidos.

En este número de la Revista Española de Salud Pública se muestran los resultados de dos estudios sobre atención domiciliaria. En ellos se pone de manifiesto algunas de las cuestiones antes comentadas: mientras que en el de Agra y cols.<sup>9</sup>, centrado sobre pacientes oncológicos subsidiarios de cuidados en la fase final de su enfermedad, los enfermos son relativamente jóvenes, con ausencia de deterioro cognitivo y de deterioro funcional severo (por diseño, se excluyó a los sujetos con más de tres errores en el test de Pfeiffer o con un Karnofsky menor de 20), los pacientes del estudio de Segura y cols.<sup>10</sup>, en el que se analiza la experiencia de 10 años de un programa de atención domiciliaria «general», reproduce el perfil habitual de los enfermos incluidos en estos programas: más ancianos (82 años de edad media), predominio de mujeres, con un porcentaje significativo de sujetos con dependencia funcional o deterioro cognitivo graves y con problemas de índole social (soledad y accesibilidad a la vivienda). Aunque los autores de este último estudio no hacen referencia a estos datos, es muy probable que los enfermos tuvieran múltiples diagnósticos y recibieran tratamiento con varios fármacos.

¿Qué sabemos de la utilidad de las diferentes modalidades de cuidados domiciliarios, más allá de los aspectos puramente descriptivos sobre actividad o perfil de los enfermos? ¿Qué datos conocemos sobre eficacia diferencial, sobre posibles beneficios de esta modalidad asistencial?

En el caso concreto de la atención domiciliaria a las personas ancianas hay ya algunas pautas contrastadas que permiten sacar conclusiones firmes sobre el modo de organizar este tipo de atención. Los programas de atención domiciliaria que han mostrado beneficios pueden dividirse en dos grandes grupos: los cuidados inmediatos postalta hospitalaria (distintos a la hospitalización a domicilio, sobre la que no hay evidencia alguna de beneficio en población anciana, a pesar de lo cual se están implantando masivamente) y los cuidados de soporte o atención domiciliaria a largo plazo. En el caso de los cuidados postalta, han mostrado reducir los reingresos y el riesgo de institucionalización, especialmente en enfermos frágiles<sup>3,11</sup>. Para lograr este efecto, se recomienda que se hagan por equipos de base hospitalaria, que hayan valorado al paciente antes de su alta hospitalaria, y que aseguren la continuidad de los cuidados más allá de la simple (y en muchas ocasiones burocratizada) planificación del alta<sup>12</sup>. Los equipos de atención domiciliaria han mostrado tener efectos beneficiosos sobre el riesgo de deterioro funcional, sobre el riesgo de ingreso en residencias (que en la literatura especializada es uno de los *outcomes* más utilizados para medir una evolución desfavorable) y sobre la mortalidad<sup>13</sup>. Una vez más estos beneficios no son universales, sino que se concentran en segmentos muy concretos de la población y siempre que se proceda de un modo específico. Así el beneficio sobre el declinar funcional se centra en personas con bajo riesgo de mortalidad y el beneficio sobre la mortalidad en los enfermos más jóvenes (< 80 años). Pero además, este beneficio depende del número de visitas (programas con menos de 5 visitas resultan inútiles en este tipo de asistencia a largo plazo y solo a partir de 9 visitas el beneficio es manifiesto) y de que se realice una valoración geriátrica global<sup>13</sup>.

Y de los costes, ¿qué sabemos? Los estudios que se han realizado habitualmente encuentran que, en el peor de los casos, estos

programas no incrementan los costes de la atención, con lo que a la vista de los beneficios que generan, siempre que se respeten las condiciones antes descritas, su eficiencia parece asegurada. Más aún, considerando su efecto sobre resultados con claro impacto económico (reingresos hospitalarios, institucionalización permanente), se convierten en una alternativa asistencial a tener en cuenta al conjugar los beneficios para el enfermo (en términos de función y de mortalidad) con los del sistema (en términos de una menor utilización de recursos). En un momento en el que cada vez está más claro que lo que genera un incremento de los costes sanitarios no es el envejecimiento de la población sino el desarrollo de dependencia funcional<sup>14,15</sup>. Desarrollo de la dependencia que es prevenible<sup>16</sup> en la mayor parte de los niveles asistenciales. Incluyendo los cuidados domiciliarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.
2. Kane RL. The Implications of Assessment. *J Gerontol*, 1993; 48: 27-31.
3. Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Bases de la atención sanitaria al anciano. L Rodríguez Mañas y JJ Solano Jaurrieta editores. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p. 57-69.
4. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002; 347: 1068-74.
5. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998; 280: 1000-5
6. Rochon PA, Bronskill SE, Gurwitz JH. Health care for older people. Scottish report has international relevance. *BMJ* 2002; 324: 1231-2.
7. Champion EW. Specialized care for elderly patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 874.

8. Jaramillo Gómez E. Atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Bases de la atención sanitaria al anciano. L. Rodríguez Mañas y JJ Solano Jaurrieta editores. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p. 183-206.
9. Agra Varela Y, Sacristán Rodea A, Pelayo Alvarez M, Fernández J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales en una Area Sanitaria de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 567-579.
10. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 581-594.
11. Naylor MD, Broten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV y cols. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613-20
12. Boling PA. The value of targeted case management during transitional care. *JAMA* 1999; 281: 656-7.
13. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287: 1022-8.
14. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *N Engl J Med* 2003; 349: 1048-5.
15. Cutler DM. Disability and the future of Medicare. *N Engl J Med* 2003; 349: 1084-85.
16. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations. *Proc Natl Acad Sci* 1997; 94: 2593-8.