

**Título: Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería:
Revisión Sistemática**

Autores: García-Fernández María Nieves¹; García-Alonso Purificación²;
Vázquez-Colinas María Dolores³; Sánchez-Gómez María Begoña⁴; Duarte-
Clíments Gonzalo⁴.

¹Enfermera Responsable de Enfermería. Centro de Salud de Vitigudino (Salamanca). Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

²Enfermera. Centro de Salud de Comuneros. Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

³Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Ponferrada I. Gerencia de Atención Primaria de El Bierzo.

⁴Enfermera. DC Cuidados Sociosanitarios.

Dirección para la correspondencia: Centro de Salud de Vitigudino. C/ Alameda, 2, 37210 Vitigudino (Salamanca); niegarferenf@hotmail.com

Índice:

Recomendaciones:.....	3
Resumen	4
Abstract	4
Introducción.....	5
Método	7
Resultados	8
Discusión.....	14
Tablas	17
Bibliografía	28

Título: Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería: Revisión Sistemática

Recomendaciones:

Una vez evaluados los diversos estudios acorde con los criterios del Instituto Joanna Briggs⁸, las recomendaciones propuestas son:

- Para el manejo y seguimiento de pacientes en situaciones especiales el personal sanitario debe estar apoyado y formado por otros profesionales¹⁰. Nivel de evidencia (N)-II Grado de recomendación (GR)-B.
- Para equilibrar los cuidados en Hospitalización Clínica (HC) vs Hospitalización a Domicilio (HD) es necesario dedicar más tiempo en el domicilio a la comunicación con el paciente y el cuidador/a⁹. N-III GR-B.
- Se han encontrado estudios en los que el seguimiento se hacía exclusivamente sobre patologías controladas en el domicilio, pero no comparan con otros casos similares controlados en el hospital. En los estudios realizados donde se comparaban grupos similares en ambas intervenciones (HC/HD) los resultados obtenidos en los pacientes no tienen diferencias estadísticamente significativas^{11, 14, 15, 16}. N-II GR-A y N-III GR-B. Sería recomendable realizar estudios más amplios sobre: frecuencia de reingresos, tiempo de recuperación, frecuencia de complicaciones, costes de la atención de salud, nivel de confianza de los pacientes, estrés y ansiedad debido a la precocidad de las altas hospitalarias.
- En determinado tipo de pacientes se puede presentar la HD como una alternativa válida y eficaz a la HC mejorando el grado de satisfacción de los pacientes^{11, 14, 15, 16}. N-II GR-A y N-III GR-B.

Resumen

Introducción. El mayor envejecimiento de la población, la disminución de estancias hospitalarias, el aumento de patologías crónicas y la gran dispersión geográfica en el medio rural, incrementa las necesidades de cuidados a domicilio: un nuevo reto al que deberían enfrentarse las instituciones.

Objetivos. Identificar la mejor evidencia disponible sobre las intervenciones y resultados en la visita domiciliaria. Revisión de la Cartera de Servicios, de modo que éstos se adapten a las necesidades actuales.

Método. Se realiza una revisión sistemática de la literatura.

Resultados. La revisión muestra claramente que, debido al incremento de la expectativa de vida y la precocidad en las altas hospitalarias se hace necesario un reajuste o un cambio de modelo en la Cartera de Servicios en los programas de: visita domiciliaria a inmovilizados y enfermos terminales.

Discusión. Se deberían actualizar los protocolos con arreglo a las nuevas necesidades de los pacientes que necesitan cuidados a domicilio. Asimismo, se recomienda crear un nuevo marco para este tipo de servicios dentro de la Atención a Domicilio en la Cartera de Servicios del SACyL (Sanidad de Castilla y León).

Palabras Clave: paciente, domicilio, cuidados, enfermería, escalas.

Abstract

Introduction. The largest aging population, decreasing hospital stays, the rise of chronic diseases and the vast geographical spread in rural areas, increase the needs of home care: a new challenge the Institutions should face up to.

Objectives. Identify the best available evidence on interventions and outcomes in the home visit. Review of Health Services, so they are adapted to current needs.

Method. We carried out a systematic review of literature.

Results. The review shows clearly that due to increasing life expectancy and early hospital discharges is necessary a readjust or a shift in the health services in the programs of home visits to immobilized and terminal patient.

Discussion. Protocols should be updated according to the changing needs of patients who need home care. It is also recommended creating a new framework for such services in the Care at Home SACyL Health Services (Health of Castilla y León).

Keywords: patient, home care, nursing, scales.

Introducción

La mayor esperanza de vida ha dado lugar a un progresivo envejecimiento de la población causando un notable aumento de las patologías crónicas y de enfermedades degenerativas que lleva consigo la aparición de la figura de enfermos dependientes. Las personas dependientes requieren una mayor carga de cuidados para la familia¹ que se esta viendo desbordada a la hora de atender a sus familiares ya que la mujer (principal agente cuidador dentro de la misma) se esta incorporando al mercado laboral.

La aparición de nuevos avances de la cirugía mínimamente invasiva, el desarrollo de las tecnologías de la información, la miniaturización de los aparatos, la aparición de nuevos fármacos y nuevas formas de gestión están modificando las actuales pautas de asistencia y están generando grandes cambios en el sector de la salud y muy especialmente en la organización de los servicios hospitalarios².

El domicilio es el escenario de estrategias de coordinación y de integración, en el mejor de los casos, pero también, el lugar donde a menudo se ponen de manifiesto las contradicciones de nuestro modelo de atención quizás excesivamente compartimentado³.

Es por ello que, los servicios de salud, principalmente la atención primaria, deben adaptarse a estas nuevas situaciones. Uno de los momentos más críticos es la transición entre niveles asistenciales de los pacientes y en especial el caso de los ancianos que tienen insuficiente apoyo social y muchas

patologías asociadas. Por todo esto, la atención domiciliaria necesita de cambios profundos³.

En el marco de la atención primaria, la atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales que se desarrollan en el domicilio. Su concepción es integral y el secreto de su buen funcionamiento se basa en el adecuado desarrollo y correcta coordinación de los recursos asistenciales que confluyen en ella.

La organización nacional e internacional de la atención domiciliaria es heterogénea. De hecho, esta ordenación se realiza en función del tipo de paciente a atender, del modelo global de organización del sistema sanitario y de la entidad gestora de la asistencia domiciliaria. En los servicios públicos, la asistencia domiciliaria presenta las siguientes variantes: atención domiciliaria realizada por equipos de profesionales dependientes de servicios hospitalarios; atención domiciliaria de patrón mixto, en la que intervienen profesionales de los dos niveles de atención sanitaria y otros sectores de atención sociosanitaria, y atención domiciliaria realizada exclusivamente por los profesionales de atención primaria, que es la que nos ocupa.

Tras la revisión sistemática realizada de la bibliografía encontrada se han encontrado los distintos modelos de atención domiciliaria que coexisten dentro de la atención al paciente en su domicilio de tal forma que podemos encontrar atención domiciliaria como prolongación de la atención especializada donde lo que se prestan son cuidados que se venían prestando en el hospital con la misma frecuencia e intensidad. Sin embargo, en la atención domiciliaria englobada en la Atención Primaria la mayoría de los cuidados los proporciona la familia, que está formada por el personal de enfermería que les enseña conocimientos sobre los autocuidados, lo que permite distanciar las visitas que realiza el profesional. Por otra parte está la atención domiciliaria en la que colaboran los cuidadores informales a través de la prestación de cuidados tales como, las tareas del hogar, higiene y acompañamiento; que son gestionados desde los servicios sociales.

El objetivo de esta revisión es identificar la mejor evidencia disponible sobre las intervenciones y los resultados en la visita domiciliaria. Al mismo tiempo que aportar ideas que ayuden a revisar los cuidados que se vienen prestando desde los servicios de Atención al Paciente Inmovilizado y Terminal en la Cartera de Servicios del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)⁴, para que se adapten a las necesidades actuales.

Método

Para llevar a cabo esta revisión sistemática hemos utilizado como guía el “Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso”⁵. De acuerdo con este protocolo, una vez realizada la pregunta de investigación, ésta se traslada al formato Sackett-PICO⁶ (Paciente, Intervención, Comparador y *Outcomes* (resultados)). Esta pregunta se formula de acuerdo a la terminología Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSH) y el Medical Subject Headings (MeSH) (Tabla 1).

La búsqueda bibliográfica centrada en artículos donde la intervención se realizaba en atención domiciliaria, se emplean las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)-SciELO, BVS- Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Investen-Joanna Briggs, Cuiden, Cochrane, Medline e International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) utilizando los descriptores las DeCS – MeSH anteriormente mencionados. (Tabla 2)

Los criterios de inclusión de los artículos a considerar responden a los descriptores y a las búsquedas referenciales, teniéndose en cuenta todas las intervenciones sobre intervenciones en atención domiciliaria, escritos en castellano o inglés, y accesibles al completo on-line. Se incluye como criterio de búsqueda estudios realizados con métodos Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA), Metaanálisis, Revisiones Sistemáticas (RS) o Guías de Práctica Clínica (GPC).

Los artículos que responden a los criterios expuestos son revisados por pares. Para su lectura crítica y evaluación de la calidad se utilizan las listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)⁷. La

clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendación se realiza siguiendo la estructura del Joanna Briggs Institute⁸. Los resultados obtenidos se muestran en una tabla de evidencia (Tabla 3).

Resultados

La revisión sistemática comienza trasladando la pregunta de investigación al formato PICO (siendo el Paciente-Paciente en domicilio, Intervención-Escalas de Valoración, Comparador-Escalas y Variable-Eficacia, Validez, Efectividad, Reducir complicaciones, Ingresos hospitalarios).

Posteriormente esta pregunta se formula de acuerdo a la terminología DeCS y MeSH con los siguientes descriptores: servicio de atención de salud a domicilio, atención domiciliaria, resultado del tratamiento, hospitalización, efectividad de intervención, ensayo clínico aleatorio, meta análisis y revisión sistemática. Estos descriptores son los que utilizamos para la búsqueda bibliográfica tanto en inglés como en español. (Tabla 1)

La búsqueda bibliográfica tuvo una duración de dos meses que comprende el periodo de febrero-marzo de 2008. Durante esta búsqueda, centrada en artículos donde la intervención se realizaba en atención domiciliaria, se emplean las siguientes bases de datos: BVS-scielo, BVS-IBECS, Investen-Joanna Briggs, CUIDEN, COCHRANE, MEDLINE e INAHTA utilizando los descriptores las DeCS – MeSH anteriormente mencionados. (Tabla 2)

Durante la búsqueda se encuentran 3905 artículos de los cuales se descartan un total de 377 por tratarse de pósteres, comunicaciones a congresos y ponencias y 1396 por no ser específicos del tema objeto de estudio, así como otros tantos por no ajustarse a los parámetros de búsqueda una vez leídos los resúmenes. De este modo se continúa trabajando con un total de 11 artículos. Sobre estos últimos se aplican los siguientes criterios de inclusión para realizar el cribado final:

- La población estudiada han de ser pacientes en atención domiciliaria realizada por profesionales de enfermería.

- Se da prioridad a aquellos estudios que incluyeran comparativas entre la atención prestada al mismo tipo de paciente tanto en atención hospitalaria como atención domiciliaria.
- Se seleccionan publicaciones correspondientes a los últimos diez años en inglés y en español, aunque se incluyó un artículo del año 1997 por ser específico de una experiencia de tratamiento de pacientes en Atención Primaria.

Tras esto son nueve los estudios (revisiones, ensayos clínicos, estudios observacionales,...) con los que se trabaja, es decir, se realiza la revisión sistemática, ya que cumplen los criterios de inclusión propuestos, e incluso se emplean para ampliar la búsqueda a través de su bibliografía, no obteniendo nuevos resultados.

Hay que ser cautos en la interpretación de los resultados ya que los estudios encontrados responden a situaciones y conceptos diferentes de cómo se entiende la visita domiciliaria y llevada a cabo por diferentes equipos de profesionales desde equipos de apoyo como equipos de atención primaria y servicios sociales.

Nuestro estudio muestra claramente que debido al incremento de la expectativa de vida y la precocidad en las altas hospitalarias se hace necesario un reajuste o cambio de modelo en la cartera de servicios de SACyL⁴ en los programas de visita domiciliaria a inmovilizados y enfermos terminales.

- Para el manejo y seguimiento de pacientes en situaciones especiales el personal sanitario debe estar apoyado y formado por otros profesionales como son los equipos sociales y los de apoyo en el caso de enfermos terminales.
- Para equilibrar la cantidad de cuidados que recibe el paciente en Hospitalización Clínica en relación con la Atención Domiciliaria es necesario dedicar más tiempo del profesional de enfermería en el domicilio a la comunicación verbal la explicación de los cuidados (educación en autocuidados) y necesidades para capacitar a la familia

en la administración de cuidados, y la pronta identificación de signos y síntomas de riesgo.

Se han encontrado estudios en los que el seguimiento se hacía exclusivamente sobre patologías controladas en el domicilio, pero no se comparan con otros estudios similares llevados a cabo en el hospital.

Los estudios realizados donde se comparaban grupos similares en ambas intervenciones, Hospitalización Convencional (HC) vs Hospitalización en Domicilio (HD), los resultados obtenidos en los pacientes no tienen diferencias estadísticamente significativas. Es recomendable realizar estudios más amplios sobre: frecuencia de reingresos, tiempo de recuperación, frecuencia de complicaciones, costos de la atención de salud, nivel de confianza de los pacientes, estrés y ansiedad debido a la precocidad del alta.

De forma detallada nuestros resultados para cada uno de los estudios siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs⁸, son:

- Estudio 1: Johnson, A.; Sandford, J.; Tyndall, J. Información verbal y escrita vs información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas, 2007. Con este trabajo se determinó la efectividad de suministrar información escrita sobre el cuidado de la salud, adicional a la información verbal, a los pacientes o sus acompañantes, al alta domiciliaria después de un ingreso hospitalario agudo, obteniéndose mejores calificaciones en cuanto a conocimiento y grado de satisfacción⁹. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación B.
- Estudio 2: Agra Y; Sacristán A; Pelayo M; Fernández, J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales en un área sanitaria de Madrid, 2003. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de los cuidados paliativos a domicilio para determinar si los enfermos con cáncer terminal tratados por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria presentan mejor calidad de vida que los tratados por Equipos de Atención Primaria. De este se extrae que el personal sanitario debe

estar más formado y apoyado para el manejo y seguimiento de este tipo de enfermos¹⁰. El nivel de evidencia es II y el grado de recomendación B.

- Estudio 3: Mendoza H.; Regalado J.; Altuna E.; Cía J.M.; Aros F.; Lopetegui P. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en régimen de hospitalización a domicilio, 2003. En este estudio se presenta la hospitalización a domicilio como una alternativa valida a la hospitalización convencional para pacientes con insuficiencia cardiaca¹¹. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación B.
- Estudio 4: Mías, C.; Jürschik, P.; Masón, T.; Sadurní, M.; Aguilá, J.J.; Solá, R.; Nuin, C.; Torres, J. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio, 2003. En este estudio se intenta establecer el estado nutricional de pacientes mayores, valorar la utilidad de los distintos parámetros antropométricos y bioquímicos como marcadores de desnutrición y determinar que variables estudiadas tienen mayor correlación con la malnutrición. Su resultado es que la prevalencia de la malnutrición es elevada y que el estado nutricional empeora con la edad y la complejidad de las curas¹². El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación C.
- Estudio 5: Segura J.M.; Bastida N.; Martí N.; Riba M.; Marsá M.; Lancho S. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud de Raval Nord de Barcelona, 2003. El objetivo del estudio es describir la población de enfermos crónicos domiciliarios atendidos durante los 10 primeros años de atención domiciliaria por un equipo de atención primaria de un Centro de Salud urbano, estudiar la frecuentación y analizar la supervivencia de las personas atendidas en el mismo. Con el estudio se han conseguido lograr diversos objetivos marcados¹³. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación B.

- Estudio 6: Suárez C.; García-Cañete, J.; Herrero M.D.; Bellver T.M.; Arboiro R. Tratamiento en domicilio de trombosis venosa profunda con heparinas de bajo peso molecular. Experiencia de un año, 2003. En este estudio a partir del seguimiento de diversos pacientes se evalúa como la introducción de las heparinas de bajo peso molecular simplifica el tratamiento de la trombosis venosa profunda permitiendo que los pacientes puedan ser tratados en su domicilio manteniendo la misma efectividad y seguridad que se consigue en el hospital con heparina no fraccionada¹⁴. El nivel de evidencia es II y el grado de recomendación A.
- Estudio 7: Álvarez-Nebreda, M.L.; Pérez-Tamayo, I.; Brañas-Baztán, F.; Rada-Martínez, S.; Serra-Rexach, J.A.; González-Ramayo, V.; Granada-Martín, M.J.; Ortiz-Alonso, J. Tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes mayores de 60 años en una unidad de hospitalización a domicilio, 2002. En este trabajo se compara la evolución de los pacientes mayores de 60 años con trombosis venosa profunda, tratados con heparinas de bajo peso molecular en una unidad de hospitalización a domicilio con los que reciben tratamiento hospitalario. Que propugna la hospitalización a domicilio como una alternativa eficaz y segura a la hospitalización convencional para este tipo de pacientes¹⁵. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación B.
- Estudio 8: Oterino D.; Peiró S.; Marchán C.; Ridaio M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional, 1998. En este artículo se analiza la cantidad y tipo de cuidados de enfermería administrados y requeridos por los pacientes en HD y HC. La conclusión es que la ausencia de diferencias entre los cuidados realmente administrados y los requeridos sugiere una adecuada calidad asistencial en ambas modalidades¹⁶. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación C.
- Estudio 9: Lamelo F.; Silva M.A.; Aldámiz-Echevarria, B.; García A. Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el

paciente traumatológico, 1997. El estudio se centra en la evaluación de la utilización del programa “Hospitalización a domicilio del paciente traumatológico” desde la perspectiva de la disminución de la estancia media hospitalaria y la determinación la carga de cuidados en el hogar que han surgido. De modo que se concluye que este tipo de paciente pasa menos tiempo en promedio en el hospital¹⁷. El nivel de evidencia es III y el grado de recomendación A.

Una vez evaluados los diversos estudios acorde con los criterios del Instituto Joanna Briggs⁸, las recomendaciones propuestas son:

- Para el manejo y seguimiento de pacientes en situaciones especiales el personal sanitario debe estar apoyado y formado por otros profesionales¹⁰. Nivel de evidencia (N)-II Grado de recomendación (GR)-B.
- Para equilibrar los cuidados en Hospitalización Clínica (HC) vs Hospitalización a Domicilio (HD) es necesario dedicar más tiempo en el domicilio a la comunicación con el paciente y el cuidador/a⁹. N-III GR-B.
- Se han encontrado estudios en los que el seguimiento se hacía exclusivamente sobre patologías controladas en el domicilio, pero no comparan con otros casos similares controlados en el hospital. En los estudios realizados donde se comparaban grupos similares en ambas intervenciones (HC/HD) los resultados obtenidos en los pacientes no tienen diferencias estadísticamente significativas^{11, 14, 15, 16}. N-II GR-A y N-III GR-B. Sería recomendable realizar estudios más amplios sobre: frecuencia de reingresos, tiempo de recuperación, frecuencia de complicaciones, costes de la atención de salud, nivel de confianza de los pacientes, estrés y ansiedad debido a la precocidad de las altas hospitalarias.
- En determinado tipo de pacientes se puede presentar la HD como una alternativa válida y eficaz a la HC mejorando el grado de satisfacción de los pacientes^{11, 14, 15, 16}. N-II GR-A y N-III GR-B.

Discusión

En la elaboración de estudio se han encontrado diversas limitaciones centradas principalmente en el concepto y aplicación de la Atención Domiciliaria ²:

- Atención domiciliaria basada en el hospital también llamada en algunos países Hospitalización a Domicilio donde se proporciona cuidados de intensidad y/o complejidad similar a los que dispensa el hospital.
- Atención domiciliaria basada en Atención Primaria donde los cuidados son proporcionados por los profesionales de los equipos basados en la Cartera de Servicios⁴ donde las visitas programadas son mas distanciadas (una o varias veces por semana)
- Servicios de ayuda a domicilio cuya organización depende de los Servicios Sociales y que proporciona servicios muy variables: de tareas del hogar y acompañamiento de los pacientes

Asimismo, durante la selección de los artículos algunos han tenido ser descartados debido a que no se trataba de estudios comparativos, sino que únicamente estaban centrados en una de áreas o tipo de atención ya que se trataba de patologías de atención hospitalaria y que en el estudio eran tratadas en HD con altas prematuras.

También hay limitaciones en los estudios identificados debido a: el tamaño de la muestra, las variables de estudio, la duración de la investigación y la aplicabilidad a nuestro entorno, lo cual, afecta a la calidad de la evidencia.

Por otro lado, únicamente se ha podido tener acceso completo a artículos en inglés y castellano en las bases de datos mencionadas y disponibles on-line.

Las recomendaciones que se extraen de esta revisión sistemática son:

- Se deberían adaptar los protocolos de atención a domicilio a las nuevas necesidades que requieren: unos controles más estrictos, complejos y frecuentes; dada la complejidad de las patologías que se envían desde el hospital al domicilio.

- Incluir en la Cartera de Servicios del SACyL las nuevas tendencias de una atención integral efectiva y eficiente desde los siguientes aspectos:
 - Prevención de nuevas patologías
 - Presentarla como una alternativa a la estancia hospitalaria.
 - Evitar la institucionalización de los pacientes.
- Este equipo recomienda crear un nuevo marco para este tipo de servicio, Atención a Domicilio, en la Cartera de Servicios del SACyL que presenta las siguientes ventajas ²:
 - **Desde un punto de vista científico-técnico:**
 - Ausencia de infecciones nosocomiales.
 - Evitación de los fenómenos de «hospitalismo».
 - Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos.
 - **Desde un punto de vista psicosocial:**
 - Mejora y humanización de la relación personal sanitario paciente.
 - Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.).
 - Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
 - Facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares.
 - Integra a la familia en el proceso curativo.
 - Promueve las actividades de educación sanitaria.
 - **Desde un punto de vista de gestión de recursos:**
 - Disminuye los costes marginales por proceso.

- Facilita el acceso a los recursos de un hospital de agudo a quien realmente los necesita, incrementando la rotación enfermo-cama y reduciendo, por tanto, las listas de espera.
- Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales

Tablas

Tablas: Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería: Revisión Sistemática

	Paciente	Intervención	Comparador	Objetivos	Tipo estudio
DeCS	Servicios de atención de salud a domicilio. Atención domiciliaria.	Escalas de valoración. Escalas de valoración breves.	Escalas. Barthel.	Eficacia. Resultado del tratamiento. Evaluación de eficacia-efectividad de intervención. Hospitalización.	Meta-análisis. Revisión-sistemática. Ensayo clínico controlado. Ensayo controlado aleatorio.
MeSH	Home Care Services Home Nursing	Status Rating Scales. Brief Rating Scale.	Scales. Barthel.	Efficacy. Treatment. Outcome. Evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions. Hospitalization.	Meta-analysis. Review. Clinical trial. Controlled clinical trial. Randomized controlled trial.

Tabla 1: Estrategia de Búsqueda. Descriptores de Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings desglosado según Paciente, Intervención, Comparador, Resultado y Tipo de estudio. Fuente: elaboración propia.

	Base de Datos	Resultados
Artículos encontrados	IBECS	67
	COCHRANE	47
	MEDLINE	1396
	SCIELO	11
	CUIDEN	377
	LILACS	1812
	INHATA	88
	PUBMED	19
Preselección	IBECS	4
	COCHRANE	2
	MEDLINE	0
	SCIELO	4
	CUIDEN	1
	LILACS	0
	INHATA	0
	PUBMED	2
Selección definitiva	IBECS	2
	COCHRANE	1
	MEDLINE	0
	SCIELO	4
	CUIDEN	1
	LILACS	0
	INHATA	0
	PUBMED	1

Tabla 2: Estrategia de Búsqueda. Búsqueda en bases de datos, artículos encontrados. Fuente: elaboración propia.

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
Johnson, A.; Sandford, J.; Tyndall, J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, nº 3.	<p>Población total: 320. Dos ensayos clínicos comparados.</p> <p>Grupo 1: 197 niños otitis media (EEUU).</p> <p>Grupo 2: 123 niños Quemados (Canadá).</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Variables: Tasas de reingresos; Tiempo de recuperación; Conocimientos del paciente o del cuidador; Frecuencia de complicaciones; Utilización de servicios y costes; Confianza en la atención autoadministrada; Niveles de estrés y ansiedad; Satisfacción del paciente y del cuidador; Cumplimiento de los cuidados recomendados.</p>	<p>En el grupo 1 aquellos que solo recibieron información verbal necesitaron ayuda (urgencias, otro profesional) (p=0.05).</p> <p>Mejoraron conocimientos aquellos que recibieron ambas informaciones (p<0.05).</p> <p>Parámetros como grado de satisfacción, cuidados de la salud y administración de medicamentos fue mayor en los pacientes con ambas informaciones.</p> <p>Los resultados en el grupo 2 fueron similares.</p>	No se ha podido realizar un metanálisis por no poder combinar los datos de ambos estudios.	NE*-III GR**-B

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Agra Varela, Y.; Sacristán Rodea, A.; Pelayo Álvarez, M.; Fernández, J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales en un área sanitaria de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública, 2003 Sept-Oct.; 77 (5): 567-579.</p>	<p>Pacientes oncológicos terminales con seis meses de esperanza de vida atendidos por dos equipos diferentes:</p> <p>Equipo Soporte de Atención a Domicilio (ESAD): 165.</p> <p>Equipo de Atención Primaria (EAP): 56.</p>	<p>Estudio prospectivo cuasiexperimental (ensayo clínico).</p> <p>Variable principal: la calidad de vida de los pacientes.</p> <p>Otras variables: edad , sexo , clase social , lugar de la muerte , localización del tumor primario, prescripción de fármacos</p> <p>Datos obtenidos de las historias clínicas.</p>	<p>En cuanto a la edad media, ingresos y tipo de tumor no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.</p> <p>El análisis de cada grupo mostró, en los enfermos seguidos por ESAD una mejora significativa en la puntuación de las escalas física, global, y dolor en la segunda visita y solo en la escala dolor en la tercera visita. En los enfermos esta mejoría solo se observó al final del estudio en las escalas de dolor y gastrointestinal.</p>	<p>El personal debe estar más formado y apoyado para el manejo y seguimiento de estos enfermos.</p> <p>CASPe 10/11</p>	<p>NE-II GR-B</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Mendoza Ruiz de Zuazu, H.; Regalado de los Cobos, J.; Altuna Basurto, E.; Cía Ruiz, J.M.; Aros Borau, F.; Lopetegui Eraso, P. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en régimen de hospitalización a domicilio. Med.Clin. (Barc.). 2003 Mar.; 120 (11): 405-407.</p>	<p>Pacientes (158) con insuficiencia cardiaca atendidos en régimen de hospitalización a domicilio en el periodo 1999-2002.</p>	<p>Predicción clínica.</p> <p>Se desarrolló un programa de derivación de los pacientes con insuficiencia cardiaca a un régimen de hospitalización a domicilio en el Hospital Txagorritxu de Vitoria-Gasteiz, consensuado entre los Servicios de Urgencias, Cardiología, Medicina Interna y Hospitalización a Domicilio.</p> <p>Variables: estancia media, reingresos, visitas a urgencias.</p>	<p>La estancia media de los pacientes fue de 12,8 días. Se pudo dar de alta a 123 pacientes (77,9 por ciento), 29 (18,3 por ciento) reingresaron en el hospital y 6 (3,8 por ciento) fallecieron. Se observó un descenso significativo tanto del número de visitas a urgencias como de los ingresos hospitalarios en los 90 días siguientes al alta del Servicio de Hospitalización a Domicilio.</p>	<p>Los datos confirman la validez de la hospitalización a domicilio como alternativa al ingreso hospitalario de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada.</p> <p>CASPe 6/11</p> <p>Guyatt 8/11</p>	<p>NE-III</p> <p>GR-B</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
Mías, C.; Jürschik, P.; Massoni, T.; Sadurní, M.; Aguilà, J. J.; Solá, R.; Nuin, C. y Torres, J. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. Nutr. Hosp. Madrid, 2003; 18 (1).	57 pacientes mayores de 60 años. Media de estancia en la unidad: 12,1 días. Los pacientes se clasificaron en tres grupos, según complejidad de los cuidados.	Estudio observacional retrospectivo. Estudio de casos y controles. Variables: Edad, sexo, complejidad de las curas, patología asociada, diagnóstico, motivo de ingreso, tiempo de estancia hospitalaria, intervención quirúrgica practicada, complicaciones durante la estancia, peso talla, PCT, CB.IMC, CMB, albúmina, hemoglobina y RTL.	La prevalencia de malnutrición global es elevada (51 % moderada-severa). El estado nutricional empeora con la edad, con el deterioro del estado nutricional y con la complejidad de las curas. El grado de malnutrición es similar en H- M, siendo mas SEVERA en mayores de 75 años ($p < 0.001$).	Han utilizado un número muy aceptable de variables para medir la malnutrición.	NE-III GR-C

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Segura Noguera, J.M.; Bastida Bastús, N.; Martí Guadaño, N.; Riba Romera, M.; Marsá Cantero, M.; Lancho Lancho, S. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud del Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. Rev. Esp. Salud Pública, 2003 Sept.-Oct.; 77 (5): 581-594.</p>	<p>Enfermos crónicos incluidos en Atención Domiciliaria en el periodo 1994-2002: 1357.</p>	<p>Estudio descriptivo.</p> <p>Variables: edad, sexo, estado civil, origen de la demanda, categoría de inclusión en el programa, patología predominante, grado de autonomía, estado mental, soledad, compañía, condiciones de la vivienda, tiempo de inclusión en el programa.</p> <p>Otras variables: tipos de visitas realizadas (motivo tipo de visita, profesional que acude).</p>	<p>Predominio de población femenina (68 %) media de edad de 82 años. Destaca la falta de ascensores (76%) y la soledad (18%).</p> <p>Presentan total dependencia en actividades para la vida diaria (11%), severas alteraciones cognitivas (20%).</p> <p>Visitas enfermo/año se superó el objetivo del programa (2-3 vistas enfermo/año) para médicos y 4-6 enfermería.</p>	<p>La muestra es grande y muy dilatada en el tiempo. Se realizaron mayor número de visitas que las planificadas en servicio de Atención Domiciliaria.</p> <p>Guyatt 11/11.</p>	<p>NE-III GR-B</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Suárez Álvarez, C.; García-Cañete, J.; Herrero Mendoza, M.D.; Bellver Álvarez, T.M.; Arboiro Pinel, R. Tratamiento en domicilio de trombosis venosa profunda con heparinas de bajo peso molecular. Experiencia de un año. An. Med. Interna (Madr.). 2003 Mar.; 20 (3): 134-136.</p>	<p>Se revisan los veinte pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda ingresados en la unidad de hospitalización a domicilio de la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción de Madrid entre diciembre de 1999 y diciembre de 2000.</p>	<p>Ensayo Clínico. Variables: eficacia y seguridad de las heparinas de bajo peso molecular en pacientes con trombosis venosa para su tratamiento en unidades de hospitalización a domicilio.</p>	<p>No existieron complicaciones ni efectos adversos. El tratamiento con heparinas de bajo peso molecular y en particular con tinzaparina, es un tratamiento seguro y eficaz para la trombosis venosa profunda.</p>	<p>Valoración positiva del tratamiento de este tipo de pacientes en domicilio.</p>	<p>NE-II GR-A</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Álvarez-Nebreda, M.L.; Pérez-Tamayo, I.; Brañas-Baztán, F.; Rada-Martinez, S.; Serra-Rexach, J.A.; González-Ramayo, V.; Granada-Martín, M.J.; Ortiz-Alonso, J. Tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes mayores de 60 años en una unidad de hospitalización a domicilio. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002 Sept.; 37 (5): 254-259.</p>	<p>Pacientes mayores de 60 años, con trombosis venosa profunda (TVP) proximal o distal, diagnosticada en el servicio de urgencias mediante flebografía o eco-Doppler.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p> <p>Casos y Controles.</p> <p>Variables: características basales, factores de riesgo de TVP, tratamiento y complicaciones.</p> <p>Método: Tras el alta, se realiza una entrevista telefónica a los 3 y 6 meses. Se compara la incidencia de reingresos, retrombosis, tromboembolismo pulmonar y sangrado.</p>	<p>El tratamiento domiciliario de la TVP con heparinas de bajo peso molecular en pacientes mayores de 60 años es una alternativa eficaz y segura, evitando el ingreso en hospitalización convencional.</p>	<p>Se trata de un estudio bien planteado, hay un grupo de control y además se han analizado diferentes variables lo que permite contrastar de forma más objetiva los resultados.</p> <p>CASPe 10/11.</p>	<p>NE-III GR-B</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
<p>Oterino de la Fuente, D.; Peiró Moreno, S.; Marchan Rodríguez, C.; Ridao López, M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Rev. Esp. Salud Pública. 1998 Nov-Dic; 72 (6): 517-527.</p>	<p>Pacientes con características similares divididos en dos grupos: Hospitalización a Domicilio: 148. Hospitalización Convencional: 148.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo. Casos y Controles. Variables: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, disponibilidad de ayuda por trabajador social, y presencia de pluripatología. Variables del episodio de hospitalización: tipo de ingreso, grupo patológico, servicio hospitalario, destino al alta, duración de la estancia.</p>	<p>Los pacientes no presentan diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$; intervalo de confianza 95%). Los cuidados requeridos mostraron un comportamiento similar.</p>	<p>La igualdad de cuidados se consigue aumentando los conocimientos de los cuidadores en la Hospitalización a Domicilio. CASPe 9/11.</p>	<p>NE-III GR-C</p>

Estudio	Población	Método	Resultados	Comentario	Evidencia
Lamelo Alfonsín, F.; Silva César, M.A.; Aldamiz-Echevarria, B.; García Doval, A. Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico. Aten. Primaria. 1997; 20: 195-197.	Pacientes con patología traumática (fracturas de cadera, coxartrosis, gonartrosis) intervenidos quirúrgicamente durante los seis primeros meses del programa, pertenecientes a la ciudad de La Coruña o municipios limítrofes.	Estudio descriptivo longitudinal. Cohortes. Método: Se revisan de forma retrospectiva las historias clínicas. Variables: número de pacientes, edad, días de estancia hospitalaria, días de seguimiento domiciliario, número de visitas domiciliarias médicas y de enfermería que precisaron.	Se reduce la estancia media en Hospitalización Convencional de este tipo de pacientes.	A partir de los resultados del estudio, permite fomentar la realización de este tipo de protocolos/programas en otro tipo de pacientes. CASPe 9/11.	NE-III GR-A

Tabla 3. Tabla de síntesis de evidencia. Descripción y comentarios de los estudios seleccionados. Fuente: elaboración propia.

*Niveles de Evidencia (NE) y **Grado de Recomendación (GR) según clasificación del JBI.

Bibliografía

1. Orb, A.; Santiagos, A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y Enfermería*. 2005 Jun.; 11 (1): 9-15. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art02.pdf>. [Consulta realizada el 15/11/08].
2. González V.J.; Valdivieso B.; Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med. Clin.*, Barcelona, 2002; 118 (17): 659-664. Disponible en: <http://www.ideas-ehealth.upv.es/pub/medicinaclinica02.pdf>. [Consulta realizada el 20/03/08].
3. Pérez-Castejón Garrote, J.M. La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Rev. Mult. Gerontol.*, 2005; 15 (1): 16-22. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-005.pdf. [Consulta realizada el 10/11/08].
4. Díez Astorgano, A.; Fernández Pascual, L.; Guzmán Fernández, M.A.; Miguel García, F.; Teresa Romero, G.; Valle Conde, C. Servicio Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y Servicio Atención al enfermo terminal. En: *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Junta de Castilla y León (SACyL) 2008*.
5. Sánchez-Gómez, M.B.; Duarte-Clíments, G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso. En: *Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, SECA 2008. ISBN 978-84-691-6409-9. Página 339*.
6. Sackett DL, Richarson VVs, Rosemberg W, Haynes RB .*Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE*, York: Curchill Livingston 1997.
7. Programa de habilidades en lectura crítica España Disponible en: www.redcaspe.org/homecasp.asp. [Consulta realizada el 16/09/08]
8. Instituto Joanna Briggs. Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación del Instituto Joanna Briggs. Disponible en: http://es.jbiconnect.org/physio/info/about/jbi_ebhc_approach.php [Consultado el 27/10/2008].

9. Johnson, A.; Sandford, J.; Tyndall, J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, nº 3. Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab003716-ES.htm>. [Consulta realizada el 20/03/08].

10. Agra Y.; Sacristán A.; Pelayo M.; Fernández, J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales en un área sanitaria de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública, 2003 Sept-Oct.; 77 (5): 567-579. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500006&script=sci_abstract&lng=es. [Consulta realizada el 20/03/08].

11. Mendoza H.; Regalado J.; Altuna E.; Cía J.M.; Aros F.; Lopetegui P. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en régimen de hospitalización a domicilio. Med.Clin. (Barc.). 2003 Mar.; 120 (11): 405-407. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13076413. [Consulta realizada el 21/03/08].

12. Mías C; Jürschik P; Massoni T; Sadurní M; Aguilà J. J.; Solá R; Nuin C. y Torres J. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. Nutr. Hosp. Madrid, 2003; 18 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000100002&. [Consulta realizada el 20/03/08].

13. Segura J.M.; Bastida N.; Martí N.; Riba M.; Marsá M.; Lancho S. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud del Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. Rev. Esp. Salud Pública, 2003 Sept.-Oct.; 77 (5): 581-594. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14608961>. [Consulta realizada el 20/03/08].

14. Suárez C.; García-Cañete, J.; Herrero M.D.; Bellver T.M.; Arboiro R. Tratamiento en domicilio de trombosis venosa profunda con heparinas de bajo peso molecular. Experiencia de un año. An. Med. Interna (Madr.). 2003 Mar.; 20 (3): 134-136. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n3/notacli1.pdf>. [Consulta realizada el 20/03/08].

15. Álvarez-Nebreda, M.L.; Pérez-Tamayo, I.; Brañas-Baztán, F.; Rada-Martínez, S.; Serra-Rexach, J.A.; González-Ramayo, V.; Granada-Martín, M.J.; Ortiz-Alonso, J. Tratamiento de la trombosis venosa profunda en pacientes mayores de 60 años en una unidad de hospitalización a domicilio. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002 Sept.; 37 (5): 254-259. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/124/124v37n05a13040764pdf001.pdf>. [Consulta realizada el 20/03/08].

16. Oterino D.; Peiró S.; Marchan C.; Ridaio M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Rev. Esp. Salud Pública. 1998 Nov-Dic; 72 (6): 517-527. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n6/cuidados.pdf>. [Consulta realizada el 20/03/08].

17. Lamelo F.; Silva M.A.; Aldamiz-Echevarria, B.; García A. Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico. Aten. Primaria. 1997; 20: 195-197. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&articuloid=14616. [Consulta realizada el 20/03/08].