

---

Trabajo Fin de Grado

Grado en Medicina

---

# Cuidados Paliativos en Hospitalización a Domicilio en la OsiAraba

Análisis retrospectivo del periodo 2004-2018

Autora:

Marta Olimpia Lago Rodríguez

Director:

Jose Medrano Laporte

© 2019, Marta Olimpia Lago Rodríguez

Leioa, 18 de Abril de 2019

**ÍNDICE:**

GLOSARIO .....	3
ABSTRACT .....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 DEFINICIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO.....	1
1.2 EPIDEMIOLOGÍA .....	1
1.3 ATENCIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO EN SU DOMICILIO.....	2
1.4 PAPEL DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PALIATIVO .....	3
2. HIPÓTESIS .....	4
3. OBJETIVOS .....	4
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL .....	4
3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS .....	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
4.1 DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO.....	4
4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	6
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	6
4.4 VARIABLES .....	7
5. RESULTADOS .....	8
5.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	8
5.2 DEMANDA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	9
5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	10
5.2 PROCEDENCIA.....	11
5.3 ESTANCIA MEDIA.....	13
5.4 DESTINO .....	15
5.5 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL .....	16
6. DISCUSIÓN .....	17
6.1 PUNTOS FUERTES.....	19
6.2 PUNTOS DÉBILES.....	20
7. CONCLUSIÓN.....	21
8. BIBLIOGRAFÍA .....	23

## **GLOSARIO**

(A): Pacientes codificados como agudos

(C): Pacientes codificados como crónicos

HaD: Hospitalización a Domicilio

HUA: Hospital Universitario Araba

OsiAraba: Organización Sanitaria Integrada Araba

PAC: Punto de Atención Continuada

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

(T): Pacientes codificados como paliativos

**ABSTRACT**

El aumento de la esperanza de vida, unido al envejecimiento progresivo de la población se traduce en un aumento de la cronicidad y de las enfermedades terminales con pronóstico de vida limitado. En este contexto, el equipo de Hospitalización a Domicilio se posiciona como una alternativa cada vez más consolidada a la par que demandada para el cuidado de estos pacientes en su hogar. El propósito de nuestro estudio fue analizar el aumento de la demanda de los cuidados paliativos en el domicilio así como describir las principales características de este colectivo de pacientes. De esta manera podremos ofrecerles una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 DEFINICIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO**

El envejecimiento de la población así como los avances obtenidos en la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas han elevado de manera exponencial la prevalencia de estos pacientes en nuestro sistema de salud<sup>1</sup>. Por ello, cada vez toma más importancia el concepto de enfermedad o condición crónica avanzada evolutiva con pronóstico de vida limitado, el cual describe a los pacientes aquejados de una o varias enfermedades o condiciones crónicas evolutivas que responden de manera limitada a los tratamientos específicos y progresan gradualmente hasta situaciones de enfermedad avanzada y terminal<sup>1</sup>.

Algunas de las características de estos pacientes objetivadas en estudios realizados en nuestro entorno muestran que en los pacientes con necesidades paliativas su probabilidad de ingresar en hospitales de agudos o recursos de atención intermedia es muy superior a la del resto de la población. También indican su pronóstico de vida de estos pacientes es claramente limitado y la mortalidad se concentra en 1-2 años desde su identificación como pacientes paliativos<sup>2</sup>.

En este contexto, los Cuidados Paliativos surgen como un cuidado centrado en el paciente y su familia que optimiza calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. Este modelo de cuidado engloba las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales y (facilitando) la autonomía del paciente, acceso a la información y elección<sup>3</sup>.

### **1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

En países de nuestro entorno, con expectativas de vida de 78-82 años y tasas de envejecimiento superiores al 15% (con tendencia a crecer hasta el 25% a medio plazo) de la población y una tasa de mortalidad del 0,9%, las causas de mortalidad (del 75% de la población) son las enfermedades crónicas evolutivas, muy

especialmente las neurológicas degenerativas asociadas al envejecimiento y la fragilidad (deterioro cognitivo y demencia), el cáncer, las insuficiencias orgánicas y sus complicaciones respectivas<sup>1</sup>.

De este 75% de población que muere a causa de la progresión de una o varias condiciones crónicas evolutivas, un 50% morirá en su domicilio o en residencias<sup>2</sup>.

Así, en España mueren cada año unas 300 000 personas por causa de enfermedades crónicas. En otras palabras, en un sector de 100 000 habitantes, 670 personas fallecerán cada año por estas causas<sup>1</sup>.

### **1.3 ATENCIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO EN SU DOMICILIO**

El 90% del último año de vida de los pacientes con cáncer transcurre en el hogar y este es el lugar preferido para el cuidado en un 50-55% de las personas con enfermedad terminal. En el País Vasco, los datos nos hablan de que un 60% de los pacientes terminales e cáncer mueren en un hospital, frente al 40% que lo hace en su domicilio. Por otra parte, datos del SECPAL hablan de que los equipos de soporte domiciliario consiguen una cifra de muerte en el domicilio de entre un 56,5 y un 68%<sup>4</sup>.

Algunos factores que influyen a la hora de elegir el hogar como lugar para el cuidado de un paciente en situación terminal son tales como el ambiente (urbano o rural) edad del paciente y de los cuidadores así como su formación, la economía familiar o la patología subyacente<sup>5</sup>.

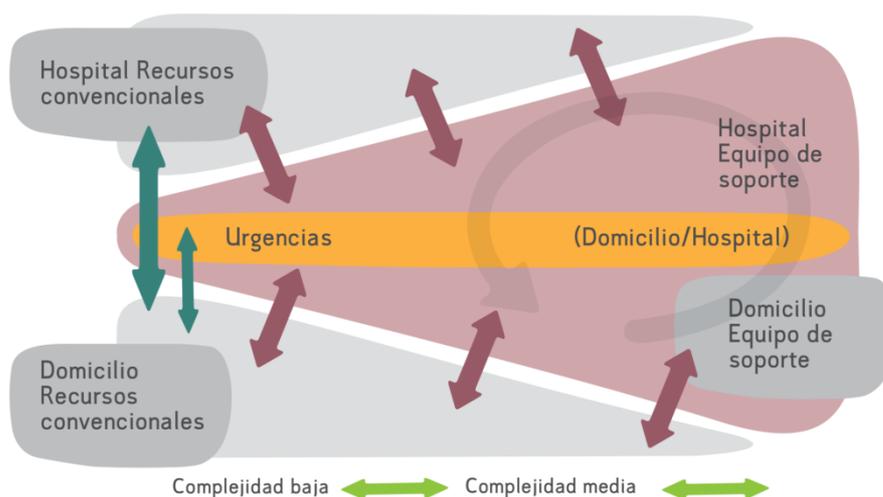
#### **1.3.1 Beneficios**

Entre los beneficios más importantes observados en aquellos pacientes que reciben cuidados paliativos en su domicilio destacan la reducción de las visitas a urgencias, reingresos (y en caso de reingreso, reducción de días de hospitalización) y costes sanitarios<sup>3,6</sup>, mejora del control de síntomas<sup>6</sup>, aumento de la comunicación entre médicos, pacientes y cuidadores<sup>5</sup> y aumento de la satisfacción general<sup>3</sup>.

## 1.4 PAPEL DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PALIATIVO

Según recoge el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020 lo esencial en este tipo de pacientes es la atención integrada y efectiva centrada en la persona enferma y por tanto la existencia de un modelo que debe de garantizar servicios de cuidados paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial<sup>7</sup>.

Siguiendo este plan, el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD), es el modelo de atención más adecuado para los casos de mayor complejidad y siempre actuando de manera conjunta con otros servicios como Atención Primaria<sup>7</sup>.



**Imagen 1. Representación gráfica del modelo asistencial de Cuidado Paliativos.** En él se observan los diferentes equipos que integran la atención del paciente paliativo tanto en el ámbito hospitalario como en su domicilio<sup>11</sup>.

La atención en el domicilio, normalmente usada para proporcionar un cuidado en situaciones post-agudas, también puede proporcionar un cuidado longitudinal a aquellos pacientes paliativos y ancianos en una gran mayoría de los casos, que puedan beneficiarse de ello<sup>3</sup>.

## **2. HIPÓTESIS**

El envejecimiento poblacional y el aumento de la cronicidad, se traduce en un incremento de la demanda de los cuidados paliativos en los pacientes ingresados en el servicio de Hospitalización a Domicilio.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

Analizar la evolución temporal de la demanda de los cuidados paliativos entre 2004 y 2018 en la OsiAraba, en el servicio de Hospitalización a Domicilio del HUA (Hospital Universitario Araba).

### **3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Conocer el perfil de los pacientes paliativos atendidos por el equipo de Hospitalización a Domicilio analizando la distribución de los patrones socio-demográficos tales como edad y sexo de los pacientes y otros patrones como el servicio de procedencia de los pacientes, duración del ingreso en HaD, destino de los pacientes tras el alta (Reingresos, exitus...) causas de reingreso, y finalmente identificar la demanda de cuidados paliativos por lugar de residencia mediante la utilización de su dirección y realizar una representación gráfica mediante un mapa 3D.
- Identificar los posibles factores pronósticos de la necesidad de cuidados paliativos en base a los resultados obtenidos de nuestro estudio que podrían mejorar la calidad de la atención que se les ofrece a este tipo de pacientes.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO**

El diseño utilizado para el estudio fue el de estudio observacional descriptivo, retrospectivo. La población de referencia está constituida por todos los pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) pertenecientes a la

OsiAraba, concretamente en el HUA (Hospital Universitario Araba) que comprende a los hospitales de Txagorritxu y Santiago Apóstol.

Este servicio atiende fundamentalmente a la población de Vitoria-Gasteiz y áreas rurales que se encuentran cercanas y que cumplen ciertos criterios basados principalmente en su accesibilidad (por ejemplo, hogares que se encuentren cerca de alguna carretera principal). Las áreas más aisladas serían cubiertas por servicios de emergencias como el 112 y el PAC y los equipos de Atención Primaria.

Los datos necesarios para realizar el estudio fueron obtenidos de la base de datos procedente de Hospitalización a Domicilio y disponible en formato Excel. La base de datos utilizada consta de un total de 18.635 pacientes inscritos en la misma entre Enero de 2002 y Octubre de 2018 (momento en el cual paramos la recogida de datos para comenzar nuestro estudio).

Las variables del estudio que se determinaron están divididas en cuanto al tipo de pacientes atendidos o variables clínicas (variables sociodemográficas como sexo, edad, dirección de su domicilio y grupo médico) y variables relacionadas con la estructura y las competencias del servicio (puerta de entrada en HaD/servicio de procedencia, días de ingreso, destino de los pacientes tras el alta y, en aquellos pacientes que reingresaron, causas de reingreso).

Para la realización del mapa 3D mediante geolocalización o geomapping de la distribución territorial de los pacientes paliativos, se utilizaron los datos correspondientes al lugar de residencia recogidos en la base de datos Excel como dirección del domicilio y, a través del programa Excel se obtuvo una representación gráfica de aquellas áreas con mayor cantidad de pacientes sobre el mapa de Vitoria-Gasteiz y sus áreas rurales colindantes.

La base de datos utilizada está compuesta de un registro anonimizado y cumple los criterios de la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD). Además se encuentra custodiada y auditada por un servidor informático externo, de manera que existe trazabilidad de todos los accesos y las modificaciones de la información almacenada en la misma.

## **4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los datos usados para el estudio se encontraban recogidos en una tabla Excel. El procesamiento de los se realizó desde la misma tabla Excel en la que estaban recogidos. Se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas, utilizando medidas de tendencia central como la media en las variables cuantitativas y frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) en las variables cualitativas.

## **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **4.3.1 Criterios de Inclusión**

- Aquellos pacientes paliativos que residen en Álava, cuyo domicilio se encuentra dentro el área que cubren los profesionales del servicio de HaD y que aceptan ser ingresados a cargo de este servicio. Los pacientes paliativos se encuentran codificados en la base de datos como (T) y su clasificación en este grupo se realiza de acuerdo a criterios clínicos (a través del acceso a su historia clínica electrónica) y en relación con sus necesidades de cuidado principales, que en caso de estos pacientes son las necesidades paliativas en las que la calidad de vida y el confort juegan un papel primordial.
- Pacientes cuya fecha de alta en el servicio se encontraba entre Enero del 2004 y Octubre de 2018 y cuyo registro en la base de datos se encontraba completo en todas las categorías presentes en la base.

### **4.3.2 Criterios de Exclusión**

- Aquellos pacientes que no reunían las características clínicas de los pacientes paliativos y por tanto no se encontraban codificados con el código (T) si no que se encontraban codificados en otros grupos como son: Agudos (A), Crónicos (C) y demás.
- Pacientes cuya fecha de alta en el servicio correspondía a años anteriores al 2004, debido a que el registro en los años previos a 2004 el registro de los pacientes no se encontraba bien estructurado y los datos de estos pacientes se hallaban incompletos o eran inconsistentes.

- Pacientes cuya fecha de alta era posterior al 2004 pero tenían incompleto el registro de uno o varios en la base de datos o estos datos no se habían recogido de manera adecuada.

#### **4.4 VARIABLES**

##### **4.4.1 Variable principal**

La variable principal del estudio es la demanda de los cuidados paliativos en el servicio de Hospitalización a Domicilio. Para ello se utilizó la fecha de alta de los pacientes en el servicio para cuantificar el número de ingresos que se produjo en cada año desde el año 2004 hasta el mes de Octubre del 2018.

##### **4.4.2 Variables secundarias**

- Variables demográficas tales como sexo de los pacientes y edad de los pacientes en su total y hombres y mujeres por separado.
- Servicio de procedencia de los pacientes, tales como: Oncología, Atención Primaria, Medicina Interna entre otros muchos.
- Estancia media por servicio de procedencia. Para el cálculo de los días de estancia media se realizó una resta de la fecha alta de los pacientes del servicio de HaD menos la fecha de su ingreso en el mismo. Con ello se realizó un cálculo de la media de días de ingreso de los pacientes y también se calculó su estancia media clasificada por su servicio de procedencia y en relación con la cantidad de pacientes que aportaba cada servicio.
- Destino de los pacientes, entre los que figuran: éxitus, reingreso, alta con seguimiento por Atención Primaria y alta con seguimiento por la consulta del especialista.
- Distribución geográfica de los pacientes paliativos atendidos por el servicio de HaD en el área territorial de Álava. Para ello se utilizó la dirección de su domicilio para realizar un mapa 3D de geolocalización y se obtuvo una representación gráfica de la cantidad de pacientes paliativos según su lugar de domicilio sobre un mapa de Vitoria-Gasteiz y sus alrededores.

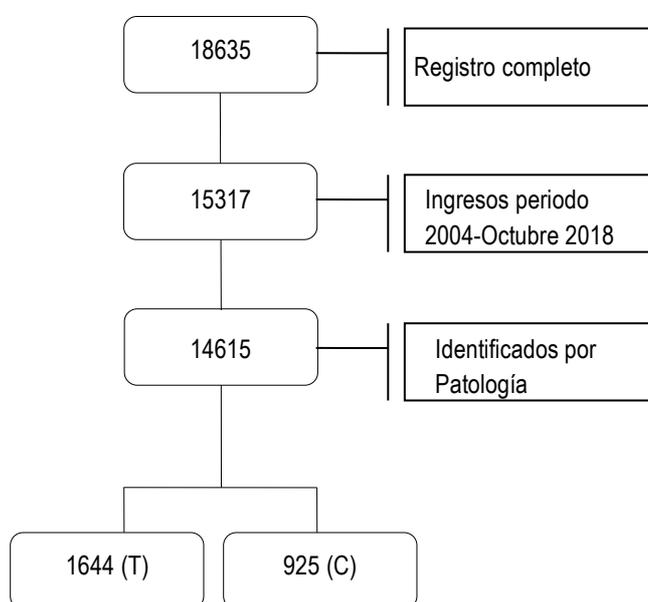
## 5. RESULTADOS

### 5.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Del total de pacientes incluidos en la base de datos (n=18635) fueron excluidos un total de 3919 pacientes. 3217 fueron excluidos por fecha de alta en el servicio anterior a 2004 ya que los registros entre los años 2002 y 2003 estaban incompletos o los datos eran inconsistentes. 701 pacientes fueron excluidos por no tener cumplimentada la categoría que identifica a los pacientes por la patología que

presentan (esta categoría se encontraba codificada como Grupo Médico).

De esta manera, nos quedamos con una muestra de 14615 pacientes de los cuales 1644 están codificados como pacientes paliativos (T) y es en ellos en los que centramos nuestro estudio. De los 12970 no paliativos es interesante destacar la existencia de 925



**Figura 1. Representación gráfica del proceso de selección de la muestra del estudio representado en forma de flujograma.** El resultado final de la selección de la muestra se presenta comparando el número de pacientes paliativos con los crónicos.

pacientes codificados como crónicos (C) ya que debido a la complejidad que entrañan en ocasiones se comportan de manera similar a los pacientes paliativos y por ello pueden resultar de utilidad para realizar comparaciones con los paliativos. Este proceso de selección muestral se encuentra plasmado de manera gráfica en forma de flujograma en la **Figura 1**.

## 5.2 DEMANDA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los pacientes paliativos (n=1644) suponen un 11,25% de los pacientes ingresados a cargo de hospitalización a domicilio entre 2004 y 2018 (n=18635).

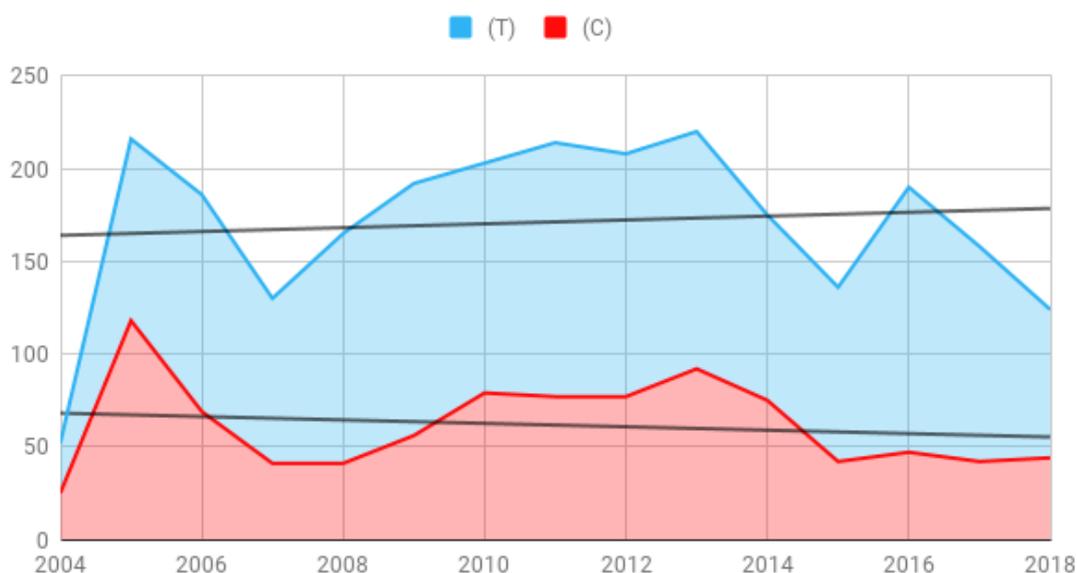
Del total de 1644 pacientes paliativos, 27 ingresaron en 2004, 98 en 2005, 117 en 2006, 89 en 2007, 124 en 2008, 136 en 2009, 124 en 2010, 137 en 2011, 131 en 2012, 128 en 2013, 100 en 2014, 94 en 2015, 143 en 2016, 116 en 2017, y 80 hasta el mes de Octubre del 2018.

En la **Tabla 1** se observa el número de ingreso de pacientes paliativos (T) clasificados por año de ingreso y una comparativa con el número de ingresos de pacientes agudos (A) y pacientes crónicos (C).

**Tabla 1. Número de ingresos de pacientes paliativos, crónicos y agudizados cada año.** En la tabla figuran todos pacientes ingresados en el servicio de HaD entre el año 2004 y Octubre del 2018 en estos tres grupos.

Año de ingreso en HaD	Pacientes agudos (A) (n=7426)	Pacientes crónicos (C) (n=925)	Pacientes paliativos (T) (n=1644)
2004	74	25	27
2005	444	118	98
2006	419	69	117
2007	489	41	89
2008	452	41	124
2009	447	56	136
2010	537	79	124
2011	524	77	137
2012	558	77	131
2013	563	92	128
2014	633	75	100
2015	638	42	94
2016	559	47	143
2017	607	42	116
2018	482	44	80

Si representamos los datos de manera gráfica podemos observar una línea de tendencia ascendente en el caso de los pacientes paliativos. Se decidió representar de manera conjunta con los crónicos debido a sus semejanzas con los pacientes paliativos. En el caso de los pacientes crónicos, se observa una línea de tendencia más descendente. En la **Figura 2** se encuentra representada de manera gráfica el número de ingresos cada año de los pacientes paliativos y también de los pacientes crónicos acompañado de una línea de tendencia para cada grupo de pacientes.



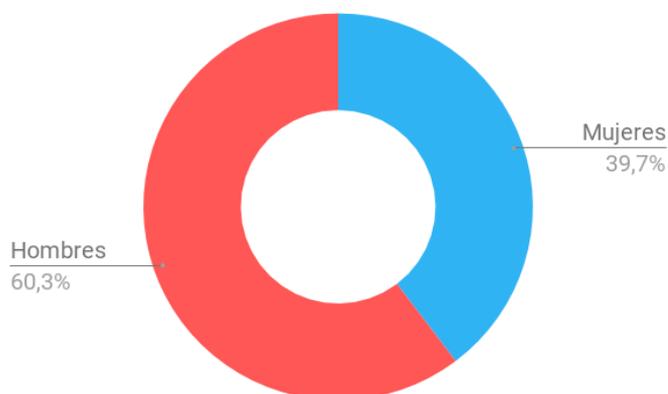
**Figura 2. Representación gráfica de los ingresos por año de pacientes paliativos, comparado con los crónicos entre 2004 y Octubre de 2018.** Junto a la representación se muestra una línea de tendencia de cada uno de los dos grupos de pacientes. (T): Pacientes codificados como paliativos, representados en color azul; (C) Pacientes codificados como crónicos, representados en color rojo.

## 5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

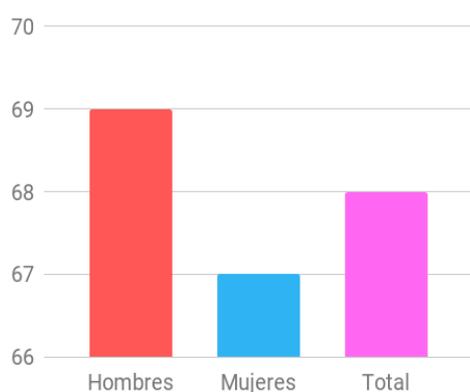
En cuanto a la distribución por género, de 1644 pacientes clasificados como paliativos, 991 eran hombres mientras que 652 eran mujeres sumando en total 1643.

1 paciente tenía la categoría de sexo incompleta. Proporcionalmente esto indica un 60,3% de hombres frente a un 39,7% de mujeres. La distribución por sexo se

encuentra representada en forma de porcentajes en un diagrama de sectores en la **Figura 3**.



**Figura 3. Sexo de los pacientes del estudio.** Los hombres se encuentran representados en color rojo mientras que las mujeres se encuentran en azul



La edad promedio del total de los pacientes fue de 68 años, siendo la edad media de los hombres, por separado, de 69 años mientras que en las mujeres la edad media fue de 67 años. La edad promedio total y por separado en hombres y mujeres se encuentra representada en forma de diagrama de barras en la **Figura 4**.

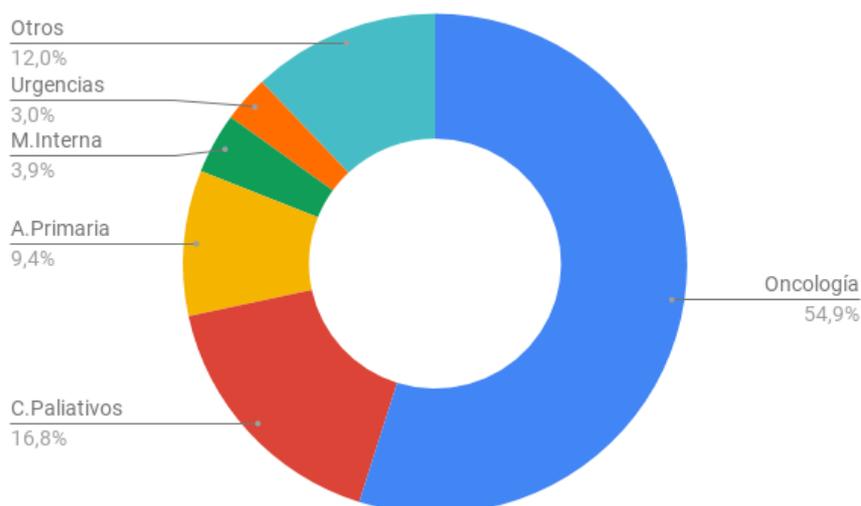
**Figura 4. Edad promedio de los pacientes del estudio.** En el gráfico figura la edad media total y también la de hombres y mujeres por separado. H: Hombres, rojo M: Mujeres, azul; total, rosa.

## 5.2 PROCEDENCIA

La procedencia de nuestros pacientes clasificada por servicios da un resultado de: 897 pacientes procedentes del servicio de Oncología, 274 de Cuidados Paliativos,

154 de Atención Primaria, 64 de Medicina Interna, 49 de Urgencias, 38 de Cirugía General, 27 de Neumología, 23 de Hematología, 14 de Urología, 13 procedentes de otros hospitales del País Vasco, 10 de Ginecología, 9 de Hospitalización a Domicilio, 8 de Hospitalización a Domicilio, 8 de Cardiología, 6 de la Unidad del Dolor, 3 de Cirugía Vascul ar, 2 de Pediatría, 2 de Neurología, 2 de Traumatología, 2 de Otorrinolaringología (ORL), 2 de Nefrología, 1 de Neurocirugía, 1 de Neumología, 1 de Cirugía Maxilofacial, y 1 de UCI.

El porcentaje de los 5 servicios que más pacientes derivan a hospitalización a Domicilio tiene como resultado un 54,9% de pacientes procedentes de Oncología, 16,8% de Cuidados Paliativos, 9,4% de Atención Primaria, 3,9% de Medicina Interna y 3% de Urgencias. Entre estos 5 servicios suman un total de 1438 pacientes, lo que corresponde a un 88% de los pacientes de la muestra, siendo el restante 12% procedente de otros servicios. Estos datos se encuentran representados en forma de diagrama de sectores en la **Figura 5**.



**Figura 5. Servicios de procedencia más prevalentes de los pacientes del estudio.** En el gráfico se encuentran representados aquellos 5 servicios con mayor número de pacientes, el resto de los servicios se encuentran representados en forma de "otros".

### 5.3 ESTANCIA MEDIA

En cuanto a los días de estancia de nuestros pacientes en HaD, la media de estancia total fue de 23,7 días. El promedio de días de ingreso por servicio de procedencia en relación con el número de pacientes procedente de cada servicio (ordenados de manera descendente) y su porcentaje con respecto al total de pacientes de la muestra se encuentra plasmado en la **Tabla 2**.

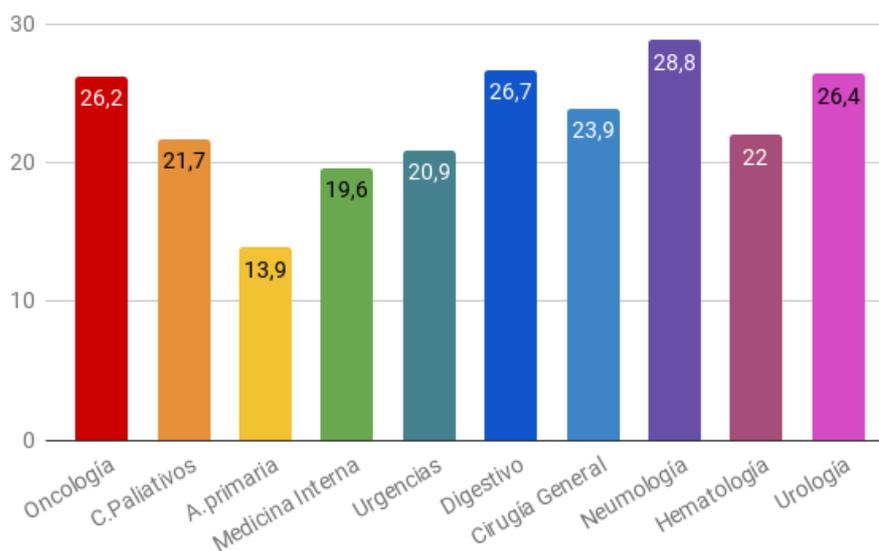
**Tabla 2. Promedio de días de ingreso de los pacientes del estudio según su servicio de procedencia.** Los datos se encuentran ordenados de forma descendente de acuerdo a los servicios con mayor aportación de pacientes acompañados de su porcentaje respecto al total.

Servicio de procedencia	Número de pacientes		Promedio de días de ingreso
	n	%	
Oncología	897	(54.5)	26,2
Cuidados Paliativos	274	(16.7)	21,7
A.primaria	154	(9.4)	13,9
Medicina Interna	64	(3.9)	19,6
Urgencias	49	(3.0)	20,9
Digestivo	42	(2.6)	26,7
Cirugía General	38	(2.3)	23,9
Neumología	27	(1.7)	28,8
Hematología	23	(1.4)	22
Urología	14	(0.9)	26,4
Otros hospitales	13	(0.8)	27,5
Ginecología	10	(0.6)	26,2
HaD	9	(0.5)	16,9
Cardiología	8	(0.5)	16,6
Unidad del Dolor	6	(0.4)	14,7
Cirugía Vascular	3	(0.2)	37,7
Pediatría	2	(0.1)	20,5
Neurología	2	(0.1)	17
Traumatología	2	(0.1)	41,5
O.R.L.	2	(0.1)	27
Nefrología	2	(0.1)	21,5
Neurocirugía	1	(0.1)	4

<b>Neumología</b>	1	(0.1)	28,8
<b>Maxilofacial</b>	1	(0.1)	76
<b>UCI</b>	1	(0.1)	1

A. Primaria: Atención Primaria, HaD: Hospitalización a Domicilio, ORL: Otorrinolaringología, UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

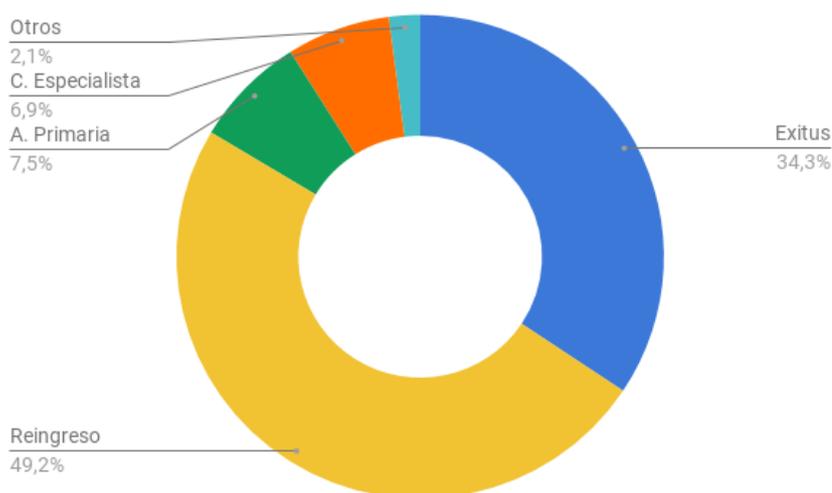
Debido a que hay servicios que aportan muy pocos pacientes, como es el caso de Neumología, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial y UCI, que tan solo aportaron 1 paciente (cada uno) a nuestro estudio, en la **Figura 6** se encuentran representados aquellos 10 servicios con mayor número de pacientes junto con su promedio de días de ingreso por procedencia. Estos 10 servicios aportan un total de 1582 pacientes lo que corresponde a un 96,22% de los pacientes de la muestra.



**Figura 6. Promedio de días de ingreso en el servicio de hospitalización a domicilio de los 10 servicios más prevalentes.** En el gráfico se encuentran representados aquellos servicios que ingresaron más pacientes a cargo de HaD. C.Paliativos: Cuidados Paliativos.

#### 5.4 DESTINO

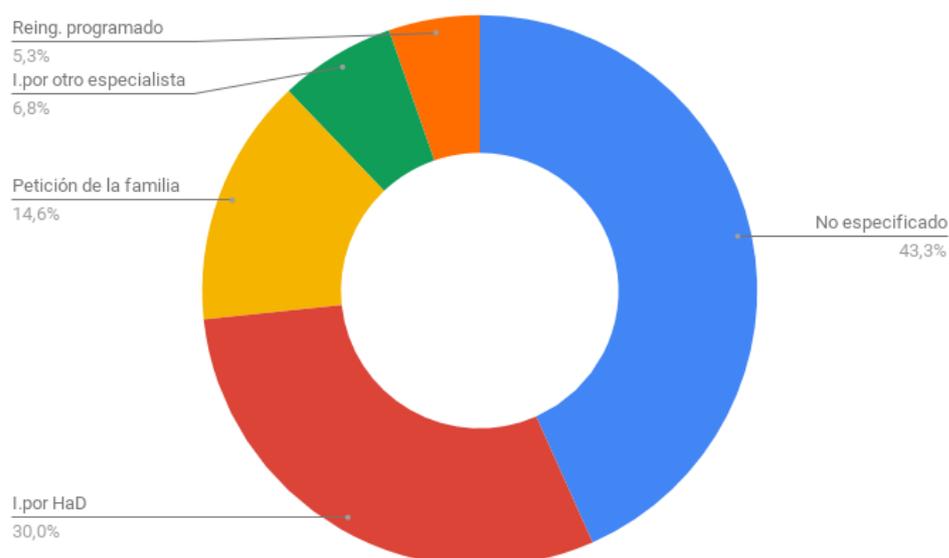
En cuanto al destino de los pacientes tras el ingreso en Hospitalización a Domicilio los resultados son los siguientes: 810 reingresaron el mismo día del alta, 565 fallecieron, 123 fueron dados de alta para ser seguidos por el equipo de Atención Primaria, 113 fueron dados de alta para ser seguidos en la consulta del médico especialista y 34 fueron dados de alta con otras razones. Los resultados expresados en forma de porcentaje se encuentran representados de manera gráfica en un diagrama de sectores en la **Figura 7**.



**Figura 7. Destino de los pacientes tras su ingreso en Hospitalización a Domicilio.** C. Especialista: Consulta del médico especialista, A. Primaria: Atención Primaria.

Cuando analizamos las causas de reingreso de los pacientes, el resultado fue que del 49,2% de pacientes que reingresaron el mismo día del alta (n=810), 243 reingresaron por indicación de un facultativo de hospitalización a domicilio, 118 reingresaron a petición de la familia, 55 reingresaron por indicación de otro facultativo (no procedente del servicio de Hospitalización a domicilio) y 43 reingresaron de manera programada. En 351 pacientes no estaba especificada la causa del reingreso.

De nuevo, los resultados expresados de manera porcentual los encontramos representados en un diagrama de sectores en la **Figura 8**.



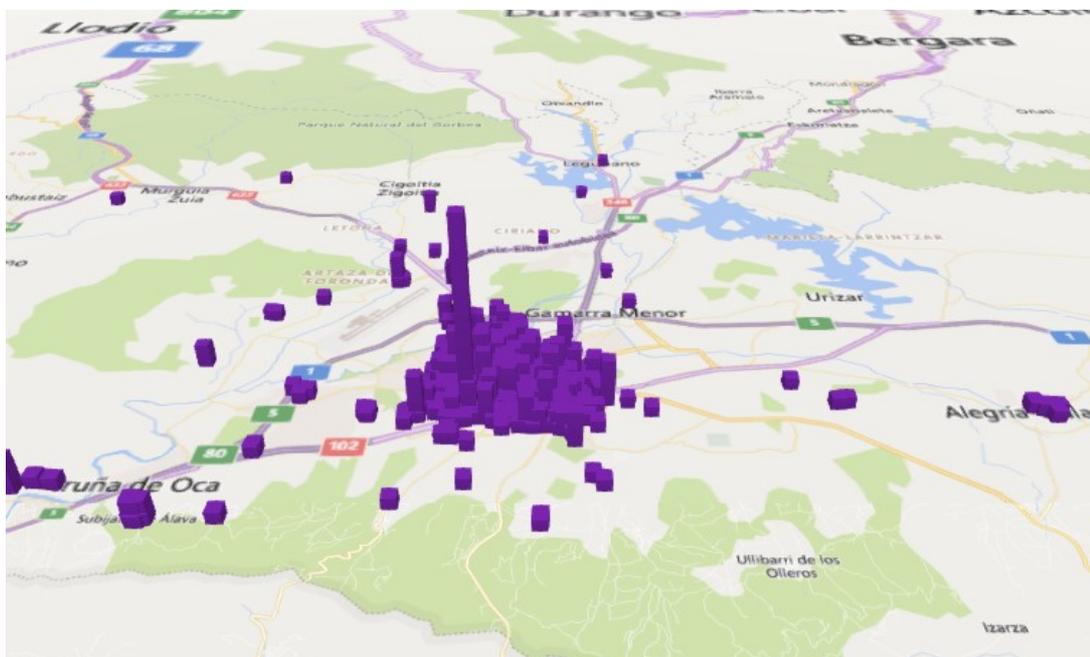
**Figura 8. Causas de reingreso de los pacientes en el hospital.** Si los pacientes reingresaron en el hospital, el gráfico especifica las razón por la que lo hicieron. En azul se encuentran aquellos pacientes que no tenían especificada su causa de reingreso. Reing. programado: Reingreso programado, I. Por otro especialista: Reingreso (en el hospital) indicado por otro especialista distinto al facultativo de HaD, I. Por HaD: Reingreso indicado por el facultativo de HaD que se encontraba a cargo del paciente.

## 5.5 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Finalmente se realizó una representación gráfica de la distribución territorial de los pacientes paliativos mediante mapa 3D utilizando para ello la dirección del domicilio de los pacientes. Los resultados obtenidos mediante geolocalización sobre el mapa de Vitoria-Gasteiz y sus alrededores mostraron una mayor densidad de pacientes sobre el área urbana, y más concretamente sobre la zona más central del municipio, esta afluencia de pacientes va disminuyendo progresivamente según nos alejamos hacia barrios más periféricos y presenta un descenso brusco en áreas más rurales como Alegría, Iruña de Oca entre otras en las que la cantidad de pacientes con necesidades paliativas atendidos por Hospitalización a Domicilio es mucho menor.

En la **Imagen 2** podemos ver una representación 3D del lugar de residencia de los pacientes paliativos realizada por geomapping en la que la cantidad de pacientes por su lugar de domicilio se ve representada en forma de barras que se elevan sobre el mapa de Vitoria-Gasteiz y sus alrededores cercanos. De esta manera en aquellas zonas en las que hay una mayor cantidad de pacientes las barras serán más altas y

cuando hay varios pacientes que habitan en zonas vecinas, las barras se encontrarán más pegadas entre sí.



**Imagen 2. Representación 3D de las áreas con mayor demanda de pacientes paliativos mediante geolocalización.** Las zonas con mayor afluencia de pacientes se ven representadas sobre el mapa como barras más altas así como con una mayor concentración en el espacio de las mismas.

## 6. DISCUSIÓN

La atención a los pacientes en situación terminal cada día cobra más importancia debido al envejecimiento poblacional que además conlleva un aumento de morbilidad en las etapas finales de la vida<sup>8</sup>. Algunos estudios realizados en distintas unidades de soporte domiciliario en España recogen el aumento de la prevalencia y las necesidades de estos pacientes en el hogar<sup>6</sup>, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro estudio lo que refleja en gran medida el panorama socio-sanitario en los últimos años.

En el análisis de las variables como sexo y edad media observamos que aunque la edad media es similar a otros estudios, en otros trabajos hay un predominio del sexo

femenino frente al masculino que podría deberse a la ya conocida mayor esperanza de vida de la mujer<sup>9</sup> y coincide con los datos que aporta el Instituto Vasco de Estadística en donde tanto en el País Vasco como en la provincia de Álava, en grupos de edad avanzada (mayores de 65 años) se observa una clara mayoría de mujeres<sup>10</sup>. En nuestro estudio sin embargo, existe un predominio del sexo masculino con un 60,3% de los pacientes. Se observaron cifras parecidas en otro estudio de características similares realizado también en el País Vasco<sup>4</sup> lo cual plantea el interrogante de qué otros factores podrían influir en esta distribución atípica.

Los dos servicios que aportan más pacientes paliativos: Oncología y Cuidados Paliativos también son aquellos en los cuales sus pacientes tienen una mayor morbimortalidad con respecto a otros servicios. En el caso de Oncología, con un 54,9% de los pacientes paliativos, parece lógico pensar que aquellos pacientes con cáncer en estadio avanzado o terminal, que desean fallecer en su domicilio, lo hagan con un equipo de soporte adecuado como es el de HaD.

En cuanto a los pacientes de Cuidados Paliativos, con un 16,8%, la cantidad de pacientes es bastante menor con respecto a Oncología. Este dato no es de extrañar si conocemos la organización y el funcionamiento de los Cuidados Paliativos en la OsiAraba en donde cuentan con un equipo de soporte domiciliario propio, por lo que, este casi 17% de pacientes ingresados con HaD corresponderá a aquellos pacientes con necesidades de cuidado más complejas, que pudieran necesitar alguno de los recursos de los hospitales sin necesidad de su ingreso<sup>11</sup>.

Los dos destinos más frecuentes de los pacientes fueron en primer lugar, reingreso con un 49,2% y en segundo lugar éxitus con un 34,3%. El alto porcentaje de éxitus no es un dato que deba sorprendernos debido a la naturaleza de los pacientes del estudio (pacientes con enfermedad crónica avanzada o cáncer en estadio terminal en su gran mayoría).

Por otro lado, el porcentaje de reingresos, se correlaciona con el perfil de estos pacientes, ya que, una de las características del paciente paliativo (especialmente en etapas finales de su enfermedad) es el consumo de una gran cantidad de recursos sanitarios, la mayoría en relación con los servicios de emergencias y reingresos en el ámbito hospitalario<sup>12</sup>. La permanencia en el domicilio frente al ingreso en urgencias

o en un hospital reduciría significativamente los síntomas tales como ansiedad, depresión y fatiga<sup>12</sup>, y permite al paciente mantener su rol social y familiar además de conferirle mayor sensación de seguridad<sup>8</sup>.

Analizando las causas de reingreso, dos de las causas de reingreso más prevalentes son: cuando lo indica un facultativo de HaD, con un 30%, ya que será el responsable a cargo del paciente y será por tanto, el profesional más indicado para tomar esa decisión; y el reingreso a petición de la familia, con un 14,6%.

El reingreso a petición de la familia acostumbra estar entre las primeras causas de reingreso en diversos estudios<sup>4</sup>. La claudicación familiar es una de las principales dificultades en el manejo del paciente paliativo y constituye uno de los problemas fundamentales en el cuidado en el domicilio donde la ansiedad que se produce por no tener ayuda profesional inmediata tiene un papel determinante<sup>4</sup>.

Por último, si analizamos la distribución territorial de los pacientes, que representamos en el geomapping, observamos una gran afluencia de pacientes en el núcleo urbano de Vitoria-Gasteiz, (sobre todo en los barrios más céntricos) y un descenso brusco de la cantidad de pacientes según nos alejamos a áreas rurales. Esto se debe en parte a dos razones principales. La primera es, que en las áreas rurales la dispersión poblacional es mayor y por tanto el número de habitantes por metro cuadrado es bastante inferior con respecto a áreas urbanas. La segunda es una razón de tipo más organizativo, ya que las áreas rurales se encuentran menos cubiertas por el servicio de HaD, fundamentalmente aquellas que poseen una accesibilidad más compleja y la atención a los pacientes es realizada por los servicios de emergencias como el 112 o el PAC o el equipo de Atención Primaria.

## **6.1 PUNTOS FUERTES**

Uno de los puntos fuertes de nuestro estudio es la utilización de una base de datos muy amplia, con un gran número de pacientes y un seguimiento que se prolonga a lo largo de 14 años. Por ello, los resultados obtenidos nos permiten obtener una visión amplia y dinámica de su evolución a lo largo del tiempo. Dado que la recogida de datos concluye en Octubre de 2018, los resultados que conforman nuestro estudio también destacan por su actualidad.

Otro de los puntos fuertes es que la base de datos utilizada recoge una gran cantidad de variables, tanto socio-demográficas como estructurales. El análisis de la distribución de estas variables nos ha permitido describir mejor a la población sobre la que está dirigida nuestro estudio.

Por otra parte, en nuestro estudio se ven representados la gran mayoría de servicios que conforman el sistema sanitario a nivel territorial en el Hospital Universitario Álava, lo cual aporta una visión más global de este tipo de pacientes y de su integración en el sistema nacional de salud.

Por último, este estudio supone la inclusión de un colectivo de pacientes poco representado en las publicaciones. Más concretamente en el área territorial en la cual se realizó este estudio, no había ningún otro trabajo que describiera el aumento de la demanda de los Cuidados Paliativos, ni en la población general, ni específicamente en los equipos de Hospitalización a Domicilio.

## **6.2 PUNTOS DÉBILES**

A pesar de que los resultados extraídos del análisis de la base de datos conforman un periodo de seguimiento bastante amplio (14 años), la base de datos contenía datos de hasta 18 años, con el inconveniente de que estos datos se encontraban recogidos de forma incompleta o inconsistente lo que nos ha hecho imposible usarlos para incluirlos en nuestra muestra de pacientes.

Otra limitación a la hora de seleccionar la muestra ha sido el hecho de que la recogida de datos se concluyó en Octubre de 2018, por lo que el número de ingresos del año 2018 se encuentra infraestimado. De haber incluido también los pacientes de los meses de Octubre a Diciembre, es probable que aumentara ligeramente la tendencia, ya de por si ascendente, de los pacientes paliativos.

La gran mayoría de pacientes que han conformado nuestra muestra tenían completos todos los campos que conforman las variables de la base de datos, a pesar de ello, en el caso de la categoría de sexo, había un paciente que no tenía cumplimentada esta categoría. En cuanto a las variables estructurales, había 351 pacientes (43,3% de los reingresos) en los cuales no se especificaba la causa de su reingreso en

hospitalización a domicilio, lo cual puede limitar la representatividad de estos resultados.

Finalmente este estudio no pretende describir globalmente la atención domiciliaria de los enfermos terminales o con necesidades paliativas si no, aportar la evidencia disponible sobre las necesidades de este colectivo de pacientes en los equipos de Hospitalización a Domicilio y circunscrito al marco territorial.

## **7. CONCLUSIÓN**

El aumento de la demanda de los cuidados paliativos año tras año, surge como respuesta al aumento de la esperanza de vida y por tanto de la cronicidad. Para responder a esta demanda, el equipo de Hospitalización a Domicilio es una alternativa eficaz para aquellos pacientes más complejos que desean permanecer en su hogar.

El paciente tipo de nuestro estudio es un varón de 69 años, procedente de Oncología y residente dentro del área urbana de Vitoria-Gasteiz. Su estancia media oscila en torno a los 24 días de ingreso y acabará con su reingreso en un hospital de agudos por indicación del facultativo que le atiende en Hospitalización a Domicilio.

La atención del paciente en su domicilio aporta grandes beneficios (tanto a él como a sus cuidadores) pero las dificultades en el manejo domiciliario también existen, y se ven plasmadas a través de los reingresos y la claudicación familiar.

Los resultados obtenidos de este estudio, junto con otros obtenidos utilizando la misma base de datos de Hospitalización a Domicilio, fueron presentados en forma de póster al World Hospital at Home Congress, donde se clasificó como una de las 20 mejores publicaciones y ha sido publicado en la revista: *International Journal of Clinical Practice*. El abstract de esta publicación está disponible para su lectura en:

J. Medrano, M. Gómez, E. Oveja, M De Juan, L. Apraiz, M. Delgado et al. Home admission at Hospital Universitario Araba. A 15-year follow-up study. *Int. J. Clin. Pract.* 2019; 73: 6

Osakidetza WHAH19-0137

ARABA ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA  
ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA ARABA

WORLD HOSPITAL AT HOME CONGRESS  
TOP 20 SELECTED

# HOME ADMISSION AT HOSPITAL: UNIVERSITARIO ARABA: A 15 YEAR FOLLOW-UP STUDY

J. Medrano<sup>1,2</sup>, M. Gómez<sup>1</sup>, E. Oceja<sup>1</sup>, M. De Juan<sup>1</sup>, L. Apraiz<sup>1</sup>, M. Delgado<sup>1</sup>, I. Frago<sup>1</sup>, M. Lago<sup>2</sup>,  
M. López<sup>2</sup>, S. Mangana<sup>1</sup>, G. Ruiz de Gordo<sup>1</sup>, E. González<sup>1</sup>, A. González<sup>1</sup>, J. Regalado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Araba. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria Gasteiz, Spain.

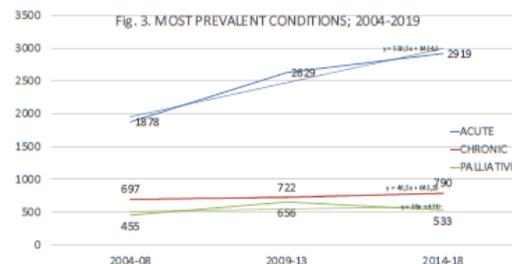
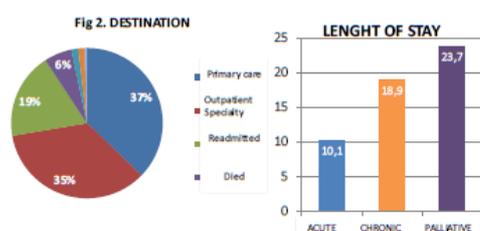
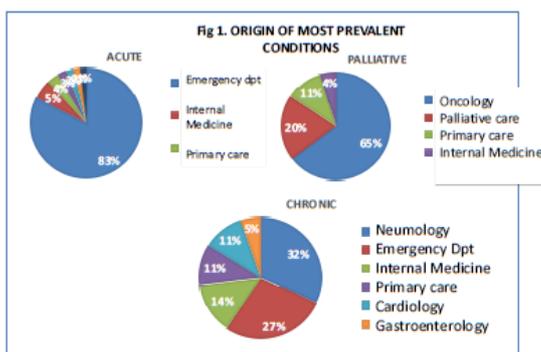
<sup>2</sup>Universidad País Vasco, Facultad de Medicina, Vitoria Gasteiz, Spain.

**Introduction:** Hospital at Home Service delivers care since 1993 to a 300.000 people living area in Vitoria-Gasteiz, Basque Country, Spain. Aim of this study was to review most prevalent pathologies and analyze trends among a 15 year follow up period, in order to predict future challenges in this emerging specialty.

**Methods:** We conduct a retrospective study from January 2004 to January 2019 to analyze demographic characteristics and clinical condition, described with the following categories: Acute, Palliative and Chronic. Trends were analyzed comparing periods and addresses were used to represent geographical distribution of diseases.



**Results:** 14615 admissions corresponding to 10584 patients were attended during this study period. Mean age was 64 years, and most prevalent pathologies were Acute conditions (7426), Chronic (2209) and Palliative (1644), representing 51%, 15% and 11% of our activity, respectively. Most admission came from Emergency Department (43%), Oncology (7%), Neumology (7%) and Internal Medicine (7%) (Fig 1). Most frequent destination after home admission was Primary care (37%) and out patient specialty (35%). Patients who had to be readmitted to hospital were 19% and those who died at home were 6% (Fig 2). Trending analysis revealed an increasing demand for these 3 most prevalent conditions, most relevant for acute diseases, followed by chronic and palliative. (Fig.3)



**Discussion:** In our area, home admission is a consolidated model of care which is increasingly demanded year after year for acute, chronic and palliative diseases.

Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea osasun ikerketa institutua instituto de investigación sanitaria

bioaraba

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO  
OSASUN GALA DEPARTAMENTO DE SALUD

Imagen 3. Póster que incluye los resultados de este trabajo y que ha sido presentado al World Hospital at Home Congress. Este póster ha sido elegido como una de las 20 mejores publicaciones presentadas a este congreso.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Batiste X. Cuidados Paliativos. En: Farreras P, Rozman C, Domarus A and López F, editores. Medicina Interna 18a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 45-49.
2. Blay C, Limón E, Meléndez A, Vila L, Calsina-Berna A y Gómez-Batiste X. Reflexiones y nuevos enfoques de la atención primaria en el cuidado a las necesidades paliativas en la comunidad. En: Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals de Nadal MD, Calsina-Berna A, editores. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Elsevier; 2014. p.181-194.
3. Labson MC, Sacco MM, Weissman DE, et al. Innovative models of home-based palliative care. Cleve Clin J Med 2013; 80 (1): 30-35.
4. Millas J, Hasson N, Aguiló M, Lasagabaster I, Muro E y Romero O. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. Experiencia Saiatu. Medicina Paliativa, 2015; 22, (1): 3-11.
5. Astudillo W, Mendinueta, C. ¿Dónde atender al enfermo en fase terminal: en casa o en el hospital? En: Astudillo W, Casado da Rocha A y Mendinueta C, editores. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. 1a ed. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2003. p. 65-86.
6. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM y Limón E. Equipos de soporte de atención domiciliaria de cuidados paliativos en España. Med Clin (Barc) 2010; 135(19): 470-475.
7. Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020. [Internet].1a ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016 [actualizado 1 abr de 2016, citado 15 oct 2018]. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan\\_cuidados\\_paliativos/es\\_def/adjuntos/cuidados\\_paliativos\\_plan\\_es.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_plan_es.pdf)

8. Pérez FT, Gallego JA, Jaén P. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. 2011; 18 (4):129-134.
9. Requena A, Moreno R, Torrubia P, Rodeles del Pozo R, Mainar P y Moliner MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria 2001; 28 (10): 652-656.
10. Eustat.eus [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística; 1986 [actualizado 1 enero 2018; citado 15 marzo 2018] Disponible en: [http://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/Poblacion\\_de\\_la\\_CA\\_de\\_Euskadi\\_por\\_ambitos\\_territoriales\\_segun\\_grandes\\_grupos\\_de\\_edad\\_ysexo/tbl0011427\\_c.html](http://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/Poblacion_de_la_CA_de_Euskadi_por_ambitos_territoriales_segun_grandes_grupos_de_edad_ysexo/tbl0011427_c.html)
11. Arrieta A, Hernandez R, Meléndez A. Cuidados Paliativos Araba, Proceso Asistencial Integrado. [Internet] 1a ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [actualizado mayo 2012, citado 15 oct 2018]. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/proces\\_asistencial\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/proces_asistencial_cuidados_paliativos.pdf)
12. Stober M, MSN, RN, NEA-BC. Palliative Care in Home Health A Review of the Literature. Home Healthcare 2017; 35 (7): 373–377.