

TÍTULO: UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DEL ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA (AECC-SACYL): ABRIL 2005 A JUNIO DE 2007.

AUTORES: Maroto Gómez L; Sánchez Sánchez M; Álvarez González M; Manzano Moro D

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General de Segovia

Dirección: Carretera de Avila s/n; Segovia. CP: 40002. Teléfono 921419515.

Correspondencia/email: lmaroto@hgse.sacyl.es

INTRODUCCIÓN:

El ámbito domiciliario es el nivel asistencial “NATURAL” para el desarrollo de los cuidados paliativos, no obstante, no debe ser el “ÚNICO”.

La Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios del Área de Salud de Segovia, surge a partir del convenio suscrito por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Sanidad Autonómica (SACyL).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la población derivada al programa de cuidados paliativos domiciliarios, Área de Salud de Segovia, entre el 25 de abril y el 30 de Junio de 2007. Se presentan resultados globales y agrupados en tres “sub-periodos” definidos a efectos del estudio:

- Abril-Diciembre 2005 (P1),
- Enero-Diciembre 2006 (P2)
- Enero-Junio de 2007 (P3).

Los datos recogidos de las historias clínicas han sido tratados mediante los programas ACCES y EXCEL del paquete OFFICE 2003 para PC.

RESULTADOS:

En el total del periodo de estudio reseñado previamente, han sido derivados a la Unidad un total de 344 pacientes, una media de 12,28 pacientes por mes. Los datos totales y por periodos de estudio, Gráfico 1, reflejan la progresión y estabilización de la Unidad en el tiempo.

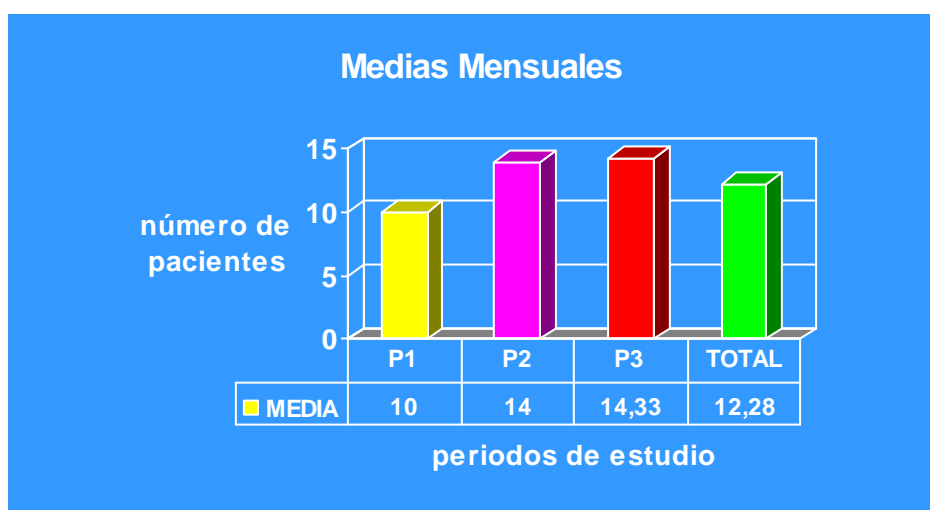


Gráfico 1

Tras **VALORACIÓN**, 9 casos no fueron incluidos por ausencia de cobertura social básica. 4 pacientes no permanecían en el domicilio en el horario de visita de la Unidad por encontrarse en tratamientos (quimioterapia, radioterapia, diálisis). 4 pacientes fueron susceptibles de ingreso hospitalario por agravamiento de su situación.

28 pacientes fallecieron previamente a la visita de valoración, número que representa casi un 10% de los pacientes derivados. Teniendo en cuenta que el **tiempo medio de espera** (tiempo transcurrido desde la recepción de la derivación hasta la Valoración-Inclusión en programa) representa una media de 2,33 días (DS 2,68) (incluidos pacientes del entorno urbano y provincia), la pregunta que se infiere es obligada, ¿se derivan los pacientes en el momento adecuado?

La media de edad de los pacientes derivados ha sido de 73,39 años (DS 12,36) , sin apenas diferencias entre los tres sub-periodos. En la Tabla 1, se recogen la distribución por sexos, totales y en los periodos del estudio.

	TOTAL	P1	P2	P3
% HOMBRES	61,62	68,53	64,49	48,84
% MUJERES	38,38	31,47	35,51	51,16

Tabla 1

El tiempo medio de intervención para todo el periodo fue de 47,22 días, no obstante, dado que existen valores muy dispersos, resulta más ajustado a la realidad considerar el valor de la mediana, 28 días. En el gráfico 2 se recogen los datos mencionados y los valores para cada uno de los periodos considerados.

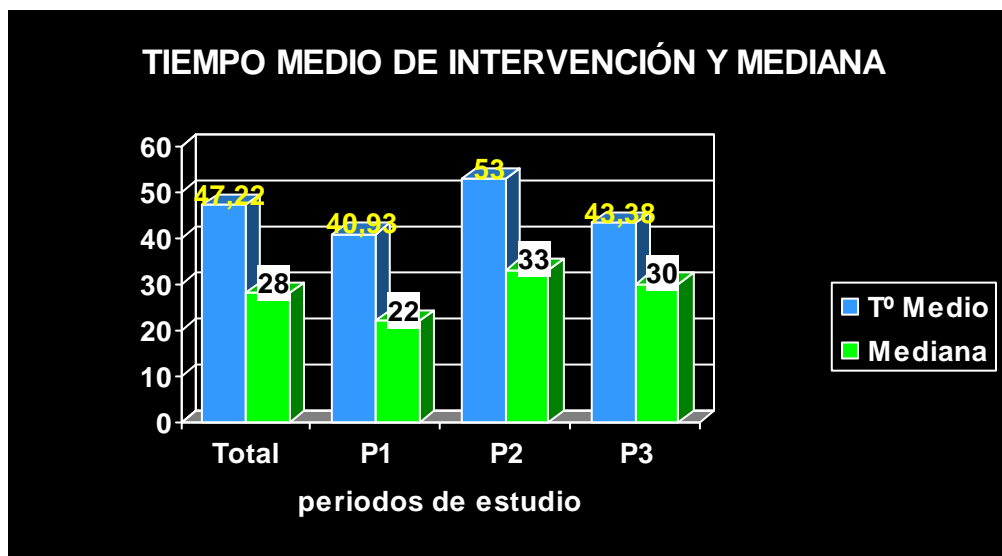


Gráfico 2

Si bien los datos reflejan un incremento en el tiempo de intervención, se encuentran lejos de representar el tiempo “deseable” para una intervención integral e inter-disciplinar, estimado en torno a los tres meses. Para el global de pacientes incluidos en programa, las intervenciones con duración entre uno y tres meses, representaron un 31,81%, menos de un mes el 52,06%, y más de tres meses, un 16,11%. En el gráfico 3 se recogen los datos comparativos de los tres periodos y el total.

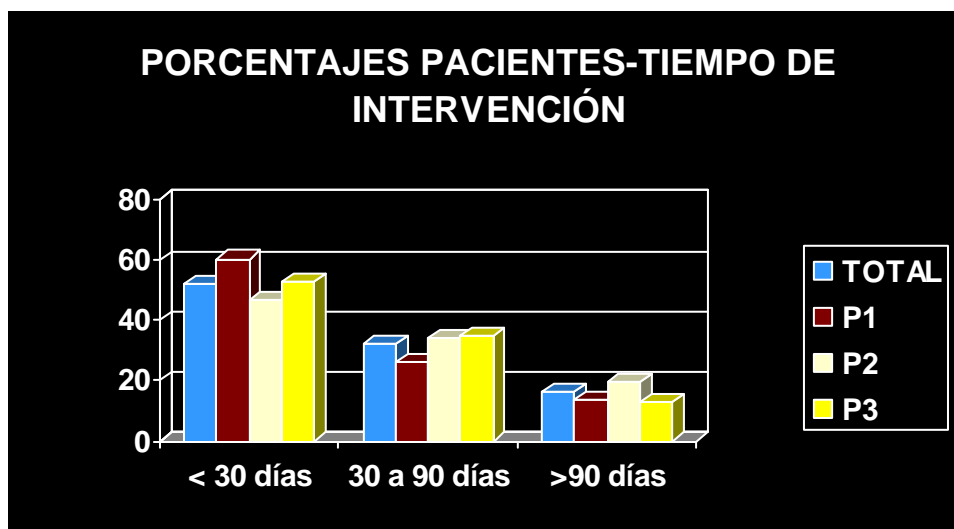


Gráfico 3

Durante el periodo de estudio se han producido un total de 78 ingresos hospitalarios, con una estancia media de 4,73 días (DS 4,35). 38 de esos ingresos finalizaron con fallecimiento del paciente en el hospital, con un tiempo medio de estancia de 3,97 días (DS 2,84). En 29 de ellos, la causa de ingreso fue la progresión de la enfermedad a situación de **Agonía**. En 3 casos se produjo por **claudicación familiar** en la última fase de evolución. En 5 casos la causa fue la aparición de **complicaciones irreversibles** de la evolución de la enfermedad y patologías concomitantes: hemorragia digestiva, insuficiencia respiratoria, descompensación de diabetes, síndrome confusional y síndrome emético. En 1 caso, la causa de ingreso fue el empeoramiento tras el **tratamiento radioterápico**. La propuesta de ingreso fue realizada por la UCP en 5 casos. En 29, el ingreso se realizó a propuesta de los equipos de atención primaria y servicios de urgencia. En 3 casos la decisión partió de los familiares.

Los 40 ingresos hospitalarios con Alta (no exitus), tuvieron un tiempo medio de estancia de 5,45 días. Las diferentes causas de ingresos estuvieron relacionadas fundamentalmente con **agudizaciones de síntomas y/o complicaciones de la enfermedad de base** (hemorragia, insuficiencia respiratoria, procedimientos quirúrgicos, infecciones y obstrucción intestinal). En dos casos la causa fue *la claudicación familiar* y en otros dos la presencia de *síndrome doloroso no controlado*. En todos ellos-salvo un traslado a otra provincia- tras el Alta se retomó el seguimiento domiciliario por parte de la UCP.

Los fallecimientos en domicilio representaron un porcentaje del 81,15 % del total.

Dentro de los diagnósticos oncológicos fundamentales de los pacientes derivados, los tumores digestivos suponen un total de 146 de los cuales, 75 asientan en región esófago-gástrica y el resto en colon, sigma y recto. El cáncer de pulmón representa el segundo en frecuencia seguido por páncreas y próstata (gráficos 4a y 4b).

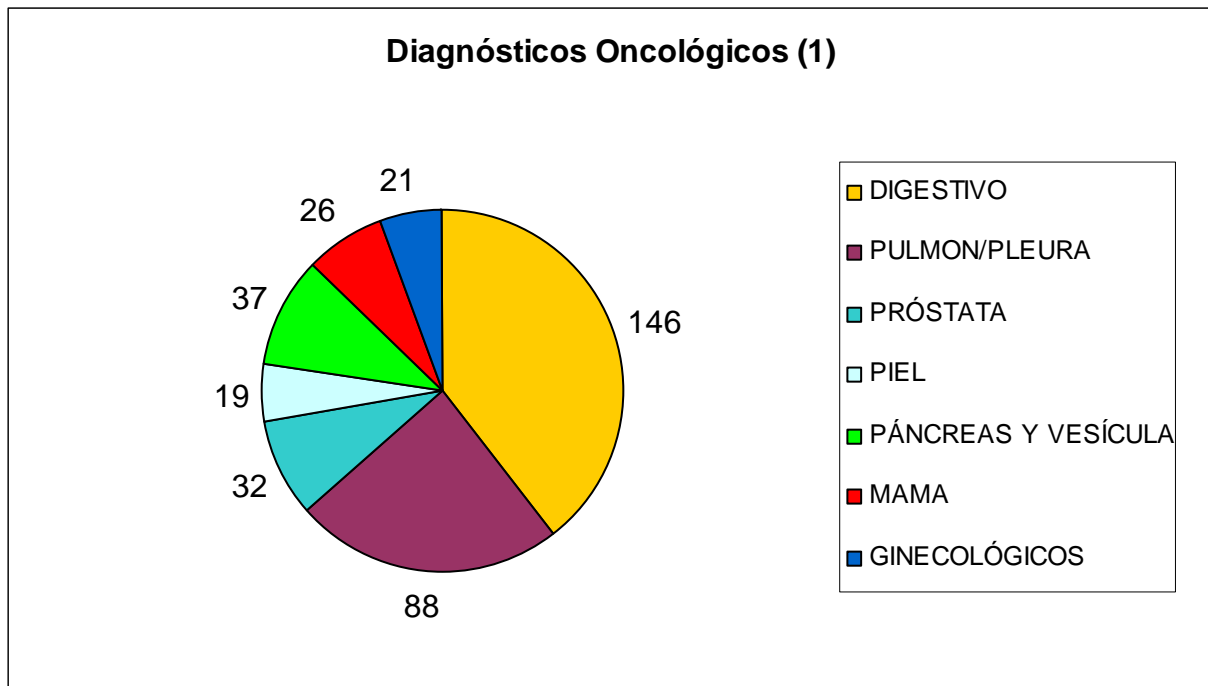


Gráfico 4a: Diagnóstico Oncológico fundamental (1)

Diagnósticos Oncológicos (2)

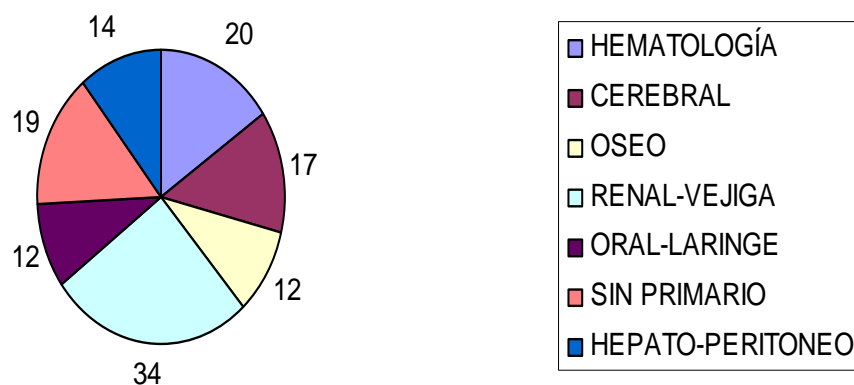


Gráfico 4b: Diagnóstico Oncológico fundamental (2)

Dentro de las patologías médicas no oncológicas que han motivado consulta/derivación se recogen:

- fibrosis pulmonar
- enfermedad cerebro-vascular crónica
- deterioros cognitivos
- esclerosis lateral amiotrófica
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- síndromes dolorosos asociados a patología osteo-articular crónica y aplastamientos vertebrales

En todos los casos se realizó Valoración, emitiendo el correspondiente informe y realizando seguimiento telefónico y/o apoyo consultivo.

Desde la reanudación de la actividad, el número de derivaciones ha experimentado y sigue experimentando un incremento progresivo, en muchas ocasiones, en los límites máximos de la capacidad de respuesta de la unidad (hay que tener en cuenta las dificultades añadidas derivadas de la dispersión de la provincia). Tabla 1.

ZONA BASICA DE SALUD	Nº DE PACIENTE
SEGOVIA 2	46
SEGOVIA 3	30
SEGOVIA 1	39
<i>total ÁREA URBANA DE SEGOVIA 115 (33,52%)</i>	
SEGOVIA RURAL	42
CUELLAR	34
CARBONERO	29
NAVA DE LA ASUNCIÓN	21
CANTALEJO	24
LA GRANJA	20
RIAZA	9
VILLACASTÍN	8
ARÉVALO	10
EL ESPINAR	8
FUENTESAUCO	6
NAVAFRÍA	6
SEPÚLVEDA	7
LASIERRA	2
SACRAMENIA	2
<i>total ÁREA RURAL DE SEGOVIA 228 (66,47%)</i>	

Tabla 2: Número de pacientes por Zonas de Salud

Respecto a la procedencia de las derivaciones, Oncología y los Equipos de Atención Primaria suman el 66% de las derivaciones.

Origen Derivaciones abril 05 a junio 07

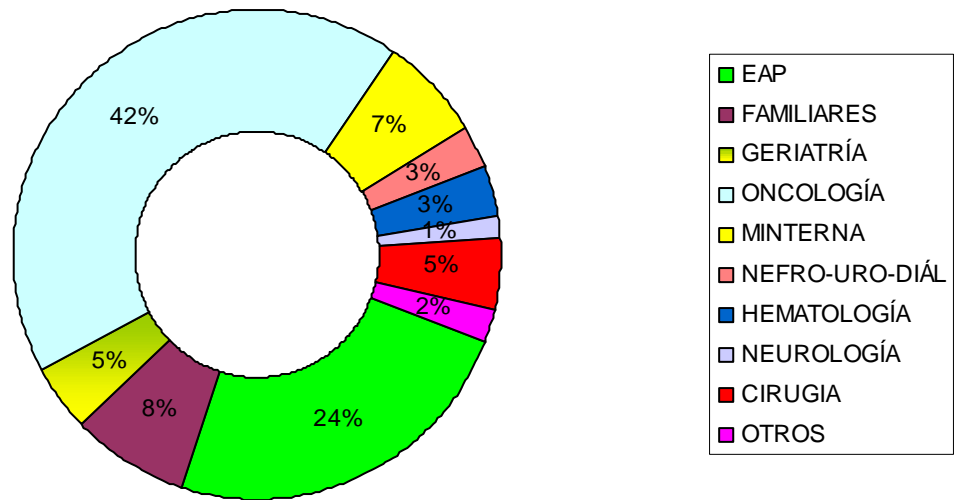


Gráfico 5

Teniendo en cuenta que de los tres periodos estudiados sólo el año 2006 es un periodo completo, los datos recogidos permiten interpretar una diversificación creciente de las derivaciones paralelamente a una estabilización de la demanda de intervención.

Las medias mensuales de “pacientes incluidos en programa” para cada periodo se reflejan en la gráfica siguiente:

media mensual de pacientes en programa

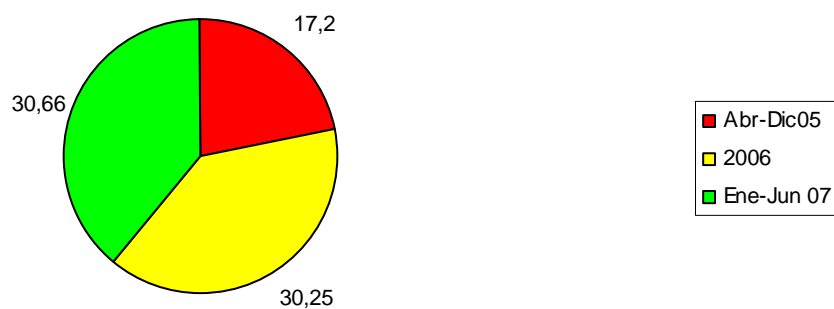


Gráfico 6

Se han realizado, aproximadamente, 3156 visitas domiciliarias durante los meses incluidos en el periodo estudiado, representado una media de 4,84 visitas/paciente. Las visitas “conjuntas” (con médico y/o enfermera de EAP), representan un 4,26 % del total.

Se han llevado a cabo un total de 450 “técnicas especiales” en domicilio entre las que se incluyen paracentesis y transfusiones.

En el periodo de estudio, se realizaron en torno a las 1500 intervenciones telefónicas que incluyen llamadas de “consultas”, “coordinación” y “duelo”.

La detección de factores de riesgo de “duelo patológico” propició la intervención directa por parte del psicólogo del equipo en, aproximadamente, cincuenta núcleos familiares.

La coordinación con el Equipo de Atención Primaria (EAP) se ha desarrollado fundamentalmente a través de informes, en total en el periodo que describimos, se han emitido 1264 informes, enviados a través de correo electrónico a los Centros de Salud correspondientes. A fin de cumplir con el derecho a la información de los pacientes, el esfuerzo de la Unidad ha procurado que, desde el inicio de la actividad, se haya enviado original del informe de valoración al paciente/familia mediante el correo ordinario del Hospital General. Desde el segundo semestre de 2006 y todo el periodo de 2007 además, por el mismo sistema, se ha enviado el informe correspondiente a cada una de las visitas de seguimiento realizadas, procurando que ambos envíos se produzcan mínimo en las 24 horas siguientes a la visita, máximo 48 horas.

Por último, se han recorrido 40849 kilómetros a lo largo tanto de la capital como de la provincia de Segovia, lo que representa una media mensual de 1512 kilómetros.

CONCLUSIONES:

- La edad media de los pacientes refleja el envejecimiento de la población de Segovia, capital y provincia.
- La intervención de la Unidad, facilita la continuidad asistencial y reduce la demanda y la duración de los ingresos hospitalarios.
- La consolidación de la Unidad ha propiciado una diversificación creciente de la procedencia de las derivaciones.
- El “tiempo de intervención” está lejos aún del tiempo “mínimo deseable”, estimado en torno a tres meses.
- El enfoque paliativista remarca la necesidad de flexibilizar el sistema sanitario, de agilizar los mecanismos de apoyo y coordinación socio-sanitaria y de humanizar la atención.
- Es necesario disponer de camas hospitalarias específicas que den continuidad y apoyo a la Unidad Domiciliaria.
- El progresivo y creciente incremento de derivaciones pone de manifiesto la necesidad de destinar más recursos a la atención paliativa.
- Las patologías no Oncológicas en la actualidad no reciben la cobertura mínima exigible.
- La INFORMACIÓN a usuarios y profesionales es la base de una intervención coordinada y eficaz.
- La FORMACIÓN, es el instrumento necesario e imprescindible para modificar actitudes, sensibilizar e incrementar la preparación de los profesionales de la salud en materia de Cuidados Paliativos.