

J.M. Ibáñez-Romaguera<sup>a,\*</sup> y O. Estrada-Cuxart<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Consorti Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Gerencia Territorial Metropolitana Norte, Institut Català de la Salut, Badalona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josepmariaibanez@gmail.com](mailto:josepmariaibanez@gmail.com)  
(J.M. Ibáñez-Romaguera).

<https://doi.org/10.1016/j.jhq.2019.04.004>  
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Paliativos domiciliarios. ¿Cuál es el futuro?



### Home palliative care. Which is the future?

Sra. Directora:

Avedis Donabedian (Beirut 1919-2000), escribió en 1966: *Evaluación de la calidad de la atención médica*<sup>1</sup>. Esta publicación representó un hito en el estudio y la valoración de la calidad del proceso asistencial al desagregarlo en: estructura, proceso y resultado, que me servirá para reflexionar sobre la actividad actual de un equipo de paliativos a domicilio y su posible futuro.

La estructura o lugar físico donde residen los enfermos en el final de vida acontece en:

- Domicilios donde la persona logra mantener un cierto control de la situación, pero a medida que la enfermedad progresa y, por tanto, pierde fuerza física, sus decisiones pasan a depender de terceras personas sin las cuales el paciente no podría permanecer en su casa y son las que finalmente tienen la última palabra.
- Hospitales de agudos o corta estancia que suelen disponer de unidades de hospitalización a domicilio y, en ocasiones, de cuidados paliativos (CP). Está claro que asistiremos a un incremento de este tipo de recursos por los beneficios que conlleva.
- Hospitales de cuidados intermedios (HCI) o media estancia con unidades de CP para ingresos inferiores a los 60 días, tiempo suficiente para controlar la sintomatología y ser, entonces, derivados/as al domicilio, a una residencia geriátrica o a un hogar para enfermos en final de vida: un *domum* paliativo, si antes no se ha producido el óbito. Estancias superiores a las 4 semanas supondrán un coste difícilmente asumible por una institución con financiación pública.
- Residencias geriátricas que se están adaptando a esta nueva demanda, ofertando una atención profesionalizada en CP que ofrezca garantías a sus residentes para que todas las necesidades clínicas estén cubiertas y puedan ser satisfechas dentro de la excelencia que se pide cuando se paga por ello.

Y, finalmente dispondremos de los ahora llamados *hospices* en el mundo anglosajón y que aquí podemos llamar hogar para enfermos en final de vida o *domum paliativo*, ya desarrollados en el Reino Unido desde los primeros años del siglo xx (St. Joseph Hospice en 1905) y luego extendidos hacia otras partes del mundo impulsados por la visión

de Cicely Saunders a través del movimiento *hospice*. Son centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal, tiene características peculiares que le diferencian de otros lugares de asistencia: horarios ininterrumpidos de visitas, permitiéndolas a familiares de corta edad e incluso de animales domésticos, decoración personalizada, jardines y espacios comunes con actividades abiertas a otras personas de la comunidad. Se asemeja pues a una residencia, pero centrada en la atención a personas con un pronóstico de vida limitado. En España aún no están desarrollados, solo CUDECA en Benalmádena, Málaga, desde 1990, y en Asturias la Fundación Alba entre 2001 al 2007.

Dentro de la estructura incluimos a los «profesionales sanitarios» con formación específica y capacitación personal para atender enfermedades oncológicas e insuficiencias de órganos.

Los CP están evolucionando hacia una medicina paliativa al incrementarse sustancialmente el cuerpo de conocimientos científicos con una labor específica en un tiempo concreto de la vida de las personas, y este hecho está recogido en su reconocimiento como especialidad, desde 1987 en el Reino Unido..., y como subespecialidad o área de capacitación específica en otros países de nuestro entorno. España es el único país de Europa occidental en el que no se reconoce siquiera como área de capacitación, aunque algunas comunidades como Extremadura (2011) y Castilla y León (2019) han singularizado este tipo de puestos sanitarios.

Hablemos ahora del proceso asistencial: cuando este se puede desarrollar en el domicilio nos permite conservar la idiosincrasia de la persona atendida y de aquellos que la cuidan. Hacer posible una estancia en el domicilio descansa en 3 pilares:

1. El deseo de la persona enferma y familia de permanecer en casa representa el sentido de continuidad de la vida cotidiana que todos quieren dar a ese tiempo, sin rotura con su entorno físico y emocional. En ocasiones se rompe esta continuidad debido a que los cuidadores son incapaces de mantener la atención que supuestamente se ven obligados a dar. Dependemos de terceros. Es por esto que es muy importante empoderar al paciente y ofrecerle otras alternativas al ingreso hospitalario que termina siendo el recurso más utilizado cuando la convivencia previa se ha desgastado o cuando la persona se siente insegura de sí misma o del cuidado proporcionado.
2. La capacidad de cuidado del paciente por el entorno.
3. Los equipos de CP domiciliarios que lo hacen posible: gestores de los recursos disponibles del sistema sanitario para la atención en el domicilio y con capacidad para derivar al paciente hacia el HCI o de agudos cuando

hay enfermedad urgente y solucionable. Contacto telefónico con visitas domiciliarias periódicas forman parte de nuestra labor asistencial.

## ¿Cuáles son los resultados derivados de nuestra atención domiciliaria?

En un estudio realizado por los equipos de apoyo de CP<sup>2</sup> del área de Oviedo, entre junio 2010 y abril 2014, de los 1.408 pacientes seguidos fallecieron en domicilio un 68%, un 21% en el HCl y un 11% en el hospital de agudos, con una media de edad de 71 años. De los pacientes derivados al HCl un 72% de estos lo fue por motivos exclusivamente socio-familiares —67% por deseo expreso del paciente o familia, 24% por claudicación familiar, 5% por ausencia de cuidador, 2% por cuidador inhábil y 2% por otros motivos— un 15% lo fue por sintomatología no controlada y el 13% restante por ambas situaciones. La estancia media hospitalaria hasta su fallecimiento fue de 6 días. Así pues: la petición expresa del paciente o de la familia y la claudicación familiar, en segundo lugar, son las causas más frecuentes de derivación al HCl. El hospital pasa a ser un lugar para atender al paciente en final de vida fundamentalmente por un motivo socio-familiar y no tanto para control sintomático. Creemos que el futuro de la atención paliativa domiciliaria pasará por:

- Potenciar e incrementar las unidades de CP domiciliarias con equipos multiprofesionales cualificados.
- Acercar al domicilio técnicas diagnósticas que puedan mejorar el tratamiento en pacientes con gran dificultad para salir de su casa, p. ej., una ecografía.
- Dispondremos de más fármacos, algunos de exclusivo uso hospitalario, para lograr una mayor calidad en el proceso asistencial de muerte.

- El desarrollo de los *domum* paliativos.

Finalmente, en cuanto al resultado deseado, y utilizando este concepto de Donabedian: «La calidad es una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso»<sup>3</sup>; pacientes y familiares lo encontrarán en los equipos de CP domiciliarios, otros en los *domum* paliativos, otros en la residencia adaptada y solo unos pocos en el hospital.

## Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44:166–206.
2. Martín Rubio L, Santos Suárez J, González Cuervo L, Menéndez Piñón A, Suárez de la Vega C, Incháustegui Díez MV. No fallecen en casa. ¿Por qué se ingresa en final de vida? X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. 2014. Madrid. Poster.
3. Donabedian A. The quality of medical care. *Science.* 1978;200:856–64.

J. Santos Suárez\* y G. del Valle Arnáez

*Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, Asturias, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juansantos.paliativos@gmail.com](mailto:juansantos.paliativos@gmail.com) (J. Santos Suárez).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.07.002>  
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Errores médicos, ¿la tercera causa de muerte en Estados Unidos?



### Medical errors, the third leading cause of death in the United States?

Sra. Directora:

Las causas de mortalidad a nivel mundial se codifican a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que apenas incluye diagnósticos relacionados con errores médicos<sup>1</sup>. En la actualidad, no existe un sistema unificado de detección y registro de errores médicos y, por ello, cuando nos referimos a mortalidad por errores médicos se trata de estimaciones. En 1999 el informe *To err is human* estimaba que se producían entre 44.000 y 98.000 muertes anuales por errores médicos en Estados Unidos (EE. UU.)<sup>2</sup>. A raíz de dicho informe se desarrollaron e implementaron numerosos programas de seguridad del paciente en todo el mundo. Sin embargo, años después, Makary et al. estimaron que en el año 2013 se produjeron 251.454 muertes en EE. UU. debidas a errores médicos, lo que suponía la tercera causa de mortalidad del país<sup>3</sup>. ¿Realmente ha aumentado la mortalidad por errores médicos? El objetivo de este trabajo es hacer

una revisión narrativa crítica del artículo *Medical error, the third leading cause of death in the US*.

Para realizar dicha estimación los autores parten de 4 estudios de cohortes retrospectivas desarrollados entre los años 2000 y 2010 en los que se analizaba la incidencia de eventos adversos (EA) en pacientes hospitalizados<sup>4-7</sup>. Se define como EA *cualquier daño físico inintencionado derivado o agravado por la atención sanitaria, que requiere una monitorización, tratamiento, hospitalización adicional o que contribuye o causa la muerte del paciente, dependiendo de la gravedad de sus consecuencias*<sup>8</sup>. Los estudios detectan EA a partir de la revisión de historias clínicas en 2 etapas: una primera de cribado y una segunda de confirmación. Para el cribado emplean diferentes métodos: reingresos a los 30 días del alta hospitalaria, uso de sistemas de notificación voluntaria de incidentes, *Patient safety indicators* (PSI), *Present on admission conditions* (POA) y la herramienta *Global trigger tool* (GTT). Asimismo, diferencian entre EA no prevenibles y EA prevenibles (EAP). Estas herramientas son muy diferentes entre sí, tanto en metodología como en sensibilidad. De entre ellas, la GTT destaca como el método más efectivo, con una detección de entre el 78<sup>5</sup> y el 90<sup>6</sup> de los EA, mientras que los POA detectaron el 61%, los PSI un 9% y los sistemas de notificación voluntaria de incidentes apenas el 1%. En la [tabla 1](#) se detallan los