

ORIGINAL BREVE

Atención domiciliaria al paciente paliativo por equipos de urgencias extrahospitalarias

García González M^aJ¹, Ruiz Carbajo FJ²,
García González M³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Dispositivo de cuidados críticos y urgencias
AGS Sevilla Sur, Sevilla

²Técnico Transporte Sanitario ADEA, Sevilla

³Grado Psicología. Universidad de Huelva

CORRESPONDENCIA

María Joana García González
E-mail: joannag1980@gmail.com

Recibido el 14-02-2017; aceptado para publicación el 5-09-2017

Med fam Andal. 2017; 2: 148-153

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, atención domiciliaria, enfermedad terminal.

RESUMEN

Título: Atención domiciliaria al paciente paliativo por equipos de urgencias extrahospitalarias.

Objetivos: Conocer la demanda de asistencia extrahospitalaria urgente de los pacientes en cuidados paliativos.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Urgencias extrahospitalarias, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias(DCCU).

Población y muestra: Se incluyeron en el estudio pacientes con necesidad de cuidados paliativos y criterios de terminalidad atendidos por los equipos de DCCU del 1 enero al 31 diciembre de 2014. Las variables identificadas son edad, tipo de patología, seguimiento por la unidad de continuidad asistencial (UCA), motivo de consulta, tratamiento pautado en caso de dolor y resolución de la demanda.

Intervenciones: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes del estudio. Los datos se exportaron a una hoja de Excel y se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio.

Resultados: Se evaluó un total de 71 historias, 59 con patología oncológica y 12 no oncológica. Las no oncológicas más frecuentes son EPOC (33.33%, N=4) y Demencia (50%, N=6). De los 71 casos, 41 (57.75%) se solucionaron en domicilio, 22 (30.98%) se derivaron al hospital y 8 (11.27%) fueron exitos. Los motivos de asistencia más frecuentes: disnea (n=21) y dolor (n=19). Al 52% de los pacientes con dolor se le administraron opiáceos mayores.

Conclusiones: Los equipos de urgencias extrahospitalaria son un recurso importante para la asistencia a los enfermos paliativos. La mayoría de los pacientes paliativos son pacientes oncológicos y los pacientes con EPOC los más frecuentes entre la patología no oncológica.

KEYWORDS

Palliative care, home care, terminal illness.

SUMMARY

Title: Home care to palliative care patients provided by out-of-hospital emergency medical teams.

Objectives: To understand the level of demand for out-of-hospital emergency care of patients in palliative care.

Design: A retrospective, descriptive design.

Setting: Out-of-hospital Emergency Services, Critical Care and Emergency Services (CCES).

Population and sample: Patients needing palliative care and meeting end-of-life criteria, seen by the CCES team from 1 January to 31 December 2014, were included in this study. The identified variables are age, type of pathology, follow-up by the continuity of care unit (CCU), cause of consultation, standard of care in case of pain and resolution of demand.

Interventions: The medical records of the patients in the study were checked. The data were exported to Excel and a descriptive analysis of the study variables was carried out.

Results: A total of 71 medical records were evaluated, 59 with oncologic pathology and 12 non-oncologic. The most frequent non-oncologic pathologies are COPD (33.33%, N=4) and Dementia (50%, N=6). Among the 71 cases, 41 (57.75%) were resolved at home, 22 (30.98%) were referred to hospital and 8 (11.27%) were declared exitus. The most frequent reasons for assistance were dyspnea (n=21) and pain (n=19). 52% of patients with pain were given strong opiates.

Conclusions: Out-of-hospital emergency medical teams are a major resource in the assistance of palliative care patients. The majority of palliative patients are oncologic patients and patients with COPD are the most frequent among the non-oncologic pathologies.

INTRODUCCIÓN

El incremento de enfermedades crónicas y limitantes para la vida crea un desafío ético y una invitación a desarrollar un nuevo tipo de atención: la medicina paliativa⁽¹⁾.

Los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y tumorales son cada vez más frecuentes en nuestro sistema sanitario y, debido a los continuos avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos, la supervivencia de los mismos también aumenta. No obstante, en muchos de estos pacientes no se consigue la curación y convive con la enfermedad hasta la fase terminal. Estos pacientes son candidatos al tratamiento y cuidados paliativos. El objetivo fundamental en estos pacientes como se recoge en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, debe ser la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basándonos en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación y si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo⁽²⁾.

Los pacientes que requieren cuidados paliativos pueden ser oncológicos o no oncológicos. Los criterios de terminalidad en ambos casos se muestran en la tabla 1^{(3),(4)}.

La fase terminal es un periodo muy especial y complejo, en el que el médico de Atención Primaria va a ser un pilar fundamental en la asistencia de estos pacientes⁽⁵⁾. En nuestro medio, la medicina de urgencias es el nivel en el que se realiza con mucha frecuencia la consulta de las reagudizaciones^{(4),(6)}.

El objetivo de este estudio es conocer la demanda de asistencia extrahospitalaria de urgencia de los pacientes en cuidados paliativos, determinar el perfil clínico de estos pacientes, así como analizar el manejo que se les da y la resolución de estas demandas.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas de pacientes atendidos por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.

Tabla 1. Criterios terminalidad para patología oncológica y no oncológica^{(3),(4)}

Criterios terminalidad paciente oncológico
10. Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable
11. Haber recibido terapéutica estándar eficaz y encontrarse en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico
12. Pronóstico vital limitado
13. Presencia de síntomas intensos, múltiples y cambiantes con gran impacto para el paciente y la familia.
Criterios terminalidad paciente no oncológico
Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, sin respuesta al tratamiento médico o quirúrgico. El tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible para el paciente.
Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes a pesar del empleo del adecuado tratamiento específico, precisando varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses, con un gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico y un pronóstico vital limitado.
<i>Dentro de los no oncológicos se incluyen: la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia hepática, la insuficiencia renal, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la demencia</i>

Para la selección de pacientes se han utilizados dos criterios: historias clínicas de pacientes codificadas como admisión para cuidados paliativos e historias clínicas de pacientes que cumplan criterios de terminalidad para enfermedad oncológica o no oncológica.

Para la recogida de datos se elaboró una hoja de registro en la que consta edad del paciente, sexo, si se trata de patología oncológica o no oncológica, tipo de patología, si es controlado o no por la unidad de continuidad asistencial (UCA), motivo de consulta, tratamiento pautado en caso de dolor y resolución de la demanda.

Los datos se exportaron a una hoja de Excel. Se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio, los resultados se expresaron con tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y mediante media para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se analizaron un total de 2510 historias clínicas, que corresponden al total

de los pacientes atendidos por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias durante el periodo del estudio, de las cuales 71 cumplían los criterios de selección, lo cual supone un 2.82% del total.

La edad media de los pacientes fue de 74.1 años, el 67.61% (n=48) hombres y el 32.39% (n=23) mujeres.

En 11 de las historias clínicas analizadas, lo que supone un 15.5% del total constaba seguimiento del paciente por la UCA, en el resto de las historias clínicas no constaba datos respecto al seguimiento.

En la distribución por patologías, el 83.09% (n=59) presentaban patología oncológica y el 16.91% (n=12) patología no oncológica.

La distribución por tipo de patologías se muestra en la tabla 2.

Los motivos de consulta han sido muy variados, y llegan a sumarse varios motivos en la misma consulta (n=82). Los que se han repetido con más frecuencia han sido: disnea (25.61%, n=21) y el dolor (23.17%, n=19), el resto quedan reflejados en la tabla 3.

Tabla 2. Distribución por tipo de patología de los pacientes del estudio

PATOLOGIA ONCOLÓGICA		
	NÚMERO (N)	PORCENTAJE (%)
PULMÓN	15	25.42%
COLON	10	16.95%
MAMA	7	11.87%
HEMATOLÓGICOS	4	6.78%
OTROS GASTROINTESTINALES	6	10.17%
PRÓSTATA O VEJIGA	6	10.17%
GINECOLÓGICOS	4	6.78%
SNC	3	5.08%
LINFOMA	2	3.39%
MELANOMA	1	1.69%
ÓSEO	1	1.69%
PATOLOGIA NO ONCOLÓGICA		
EPOC	4	33.33%
DEMENCIA	6	50%
INSUFICIENCIA CARDÍACA	1	8.33%
INSUFICIENCIA RENAL	1	8.33%

Tabla 3. Distribución de los motivos de consulta

MOTIVO DE CONSULTA	NÚMERO (N)	PORCENTAJE (%)
DISNEA	21	25.61%
DOLOR	19	23.17%
DECAIMIENTO-ASTENIA	12	14.63%
AGITACIÓN	7	8.54%
FIEBRE	5	6.10%
VÓMITOS	4	4.88%
EXITUS	8	9.75%
AGONÍA	2	2.44%
ESTREÑIMIENTO	2	2.44%
TOS	1	1.22%
DIARREA	1	1.22%

La resolución de las demandas se ha distribuido del siguiente modo: domicilio 69.02% (n=49) y derivación centro hospitalario 30.98% (n=22).

El tratamiento administrado en pacientes con dolor ha sido el siguiente: morfina 47.38% (n=9), fentanilo 5.26% (n=1), AINES 21.04% (n=4), metamizol 10.53% (n=2), paracetamol 5.26% (n=1), nada 10.53% (n=2).

Se inició sedación en domicilio a 8 pacientes: 2 pacientes en situación de agonía, 4 con disnea, 1 con dolor no controlado y 1 por agitación. En todos los casos se utiliza para la sedación midazolam administrado por vía subcutánea.

DISCUSIÓN

El principal obstáculo en el presente estudio ha sido la escasa información contenida en nuestra historia clínica. Muchos de los pacientes no estaban codificados con necesidades de cuidados paliativos. Esto ha provocado que hayamos tenido que revisar individualmente cada historia clínica realizada durante el periodo de estudio para acabar seleccionando a los 71 pacientes con necesidades paliativas, aun así, puede que alguno de los pacientes atendidos estuviese en fase de terminalidad y que no se haya incluido en este estudio por no disponer en la historia clínica de datos suficientes. Este problema puede ser solventado en estudios posteriores tras la implantación en los equipos de urgencias extrahospitalarias de la historia clínica de movilidad digital. En este estudio las historias que hemos analizado son exclusivamente en formato papel.

En relación a esta escasa información cabe destacar que solo en 11 historias clínicas (15.5% del total) constaba el seguimiento del paciente por la UCA, en el resto de historia no constaba ningún dato al respecto.

Se trata de un estudio descriptivo que pretende reflejar la situación de la atención extrahospitalaria urgente de los pacientes terminales. Las limitaciones metodológicas en el tratamiento estadístico de los resultados, en nuestra opinión, no invalidan las aportaciones de este trabajo, ya que, en esta ocasión, la relevancia del estudio no depende de la significación estadística, sino

de su invitación a la reflexión sobre el papel de los equipos de urgencias extrahospitalarios en el seguimiento y atención de unos pacientes, que cada vez con más frecuencia permanecen en su domicilio⁽⁶⁾.

La mayoría de los estudios relacionados con la atención urgente del paciente en cuidados paliativos disponibles se centran en pacientes oncológicos; los que incluyen la atención del paciente paliativo no oncológico son más escasos⁽⁴⁾.

Lo primero que llama la atención del presente estudio es la escasa carga asistencial que representó la atención a pacientes paliativos al equipo de urgencias extrahospitalarias: 71 pacientes, tan solo el 2.8% del total de las urgencias atendidas al cabo del año. Este dato contrasta con nuestra creencia previa de una mayor frecuentación de este tipo de pacientes, hecho que probablemente se deba al impacto emocional que provocan sobre el profesional^{(7),(8)}.

Como han observado otros autores^{(4),(6),(8)} la disnea y el dolor son los síntomas que con mayor frecuencia demandan estos pacientes, en nuestro estudio que llega a suponer casi el 50% de las demandas. En un estudio realizado por el Servicio de Urgencias Médicas Madrileñas 112 (SUMMA 112) que incluye a pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos⁽⁴⁾ podemos ver que los síntomas de demanda más frecuentes han sido la disnea (32.2%) seguido del dolor (13%).

Otro estudio realizado en la Comunidad de Madrid⁽⁶⁾ que en este caso solo incluye a pacientes oncológicos recoge como motivos más frecuentes de asistencia la disnea (13%), confusión/agitación (12%) y en tercer lugar el dolor (11%).

En el caso del tratamiento del dolor, tratándose de pacientes terminales, sólo al 52% se le administraron opiáceos mayores y en el 10% de los casos (2 pacientes) no se pautó ningún tipo de tratamiento, en estos casos no consta en la historia clínica ningún tipo de intervención para control del dolor. Todo esto demuestra la persistencia de dificultades en el manejo del dolor oncológico y los opiáceos, bien por mala valoración como por desconocimiento o miedo. Estos datos concuerdan con los obtenidos en otros estudios, en los que se considera que el manejo general del dolor fue incorrecto (metamizol intramuscular

en pacientes tratados con opiáceos), ya que la actuación no se adecuó a la estrategia de la escalera analgésica de la OMS, ni a las recomendaciones generales respecto a fármacos, dosis, intervalos y vías de administración, que aconsejan los expertos para el manejo del dolor en el paciente oncológico terminal^{(6),(9)}, lo que conduce a la reflexión de que los profesionales sanitarios implicados en la atención de estos enfermos, quizás podamos mejorar nuestra forma de manejar su tratamiento analgésico^{(3),(5)}.

En cuanto a la resolución de las demandas, un 30% fueron remitidos al servicio de urgencias hospitalario, mientras que más del 50% se resolvieron en domicilio. Si tenemos en cuenta como criterio de calidad de la asistencia al paciente paliativo el manejo y control de síntomas en domicilio, los resultados obtenidos en nuestro estudio mejoran ligeramente las cifras de otros estudios relacionados^{(4),(6)} con cifras de 36.2% y 35% de derivación hospitalaria respectivamente. No podemos olvidar que de los pacientes que se resolvieron en domicilio 8 de ellos (9.75% del total de motivos de consulta) fueron exitus, 2 de ellos durante la asistencia y otros 6 a la llegada del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias al domicilio.

Los resultados del estudio son una llamada de atención sobre la importancia que los equipos de atención extrahospitalaria urgente tienen en la atención de los pacientes paliativos y la necesidad de una adecuada comunicación entre los distintos niveles asistenciales para mejorar la asistencia tanto a los pacientes terminales como a sus cuidadores.

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
3. Agustín Illeca MP, Arrieta Canales J, Benites Burgos A, del Río García ML, Moral Lamela AI, Rodríguez Franco E. Manual para el manejo del paciente en Cuidados Paliativos en Urgencias Extrahospitalarias. Madrid: Comunidad de Madrid; 2011.
4. Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias*. 2010; 22: 441-444.
5. González Carnero R, Sánchez Nava JG, CanchingPílicita FE, Gómez Suanez G, Ríos German PP, López de Castro F. Necesidades formativas en la Atención a Pacientes Oncológicos en Castilla la Mancha. *RevClinMed Fam*. 2011; 4 (3): 186-192.
6. López Martines de Pinillos E, Pérez de Lucas N, López Martines de Pinillos R, Martín Serrano P, Sanz Juez F, Alonso Salazar MT. Atención a las urgencias en pacientes oncológicos terminales. *Emergencias*. 1999; 11: 398-402.
7. Aracil Monllor C, Jover Pinillos JL, Tortajada Soriano JL, Rivera Alcamí J, Mora Bresó C, Lázaro Fernández A. Pacientes oncológicos en un servicio de urgencias: remitidos desde atención primaria frente a petición propia. *SEMERGEN*. 2001; 27:176-181.
8. Fortun MT, Encina Y, Etxebarria MJ, Escudero JM, Bardón AI, Martínez S. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Datos epidemiológicos. *An-SistSanitNavar*. 2004; 27 (3), 9-16.
9. Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *MedPaliat*. 2005; 12 (2):74-78.