



## ORIGINAL BREVE

# Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias<sup>☆</sup>

Antonia Quiñones Pérez<sup>a,\*</sup>, Pablo Álvarez Jiménez<sup>b</sup>, María José García Sánchez<sup>c</sup>  
y Plácido Guardia Mancilla<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Motril, España

<sup>b</sup> Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Motril, España

<sup>c</sup> Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Motril, España

<sup>d</sup> Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada, Granada, España

Recibido el 9 de febrero de 2011; aceptado el 30 de abril de 2012

Disponible en Internet el 4 de septiembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Frecuentación;  
Cuidados paliativos;  
Servicios de urgencias

### Resumen

**Objetivo:** Describir el impacto de la atención a pacientes en situación terminal por parte de un equipo de soporte mixto de cuidados paliativos (hospitalario y domiciliario) en la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo recogiendo los episodios de urgencias hospitalarias por todas las causas y por síntomas de la enfermedad avanzada, de todos los pacientes incluidos durante el año 2009 en el programa de cuidados paliativos (PCP), entre los 6 meses previos y los 6 meses posteriores a su inclusión (N=146). Los datos obtenidos son sometidos al análisis estadístico del programa R Project.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 70,31 años (sd 12,46), siendo el 67,8% hombres y el 32,2% mujeres. Los 292 episodios de urgencias por todas las causas antes de la inclusión en el PCP fueron generados por 108 pacientes, tras la inclusión en el PCP se registraron 87 episodios generados por 51 pacientes. Las consultas a urgencias de los pacientes están más relacionadas con el control sintomático cuando se encuentran en un PCP. La diferencia de medias absolutas del número de visitas por todas las causas antes y después de la inclusión es de 1,4 (IC 95% 1,05, 1,75 p=3,5<sup>-13</sup>) y por síntomas es de 0,91 (IC 95% 0,60, 1,22 p=2,7<sup>-8</sup>); controlando dicha diferencia por el tiempo de seguimiento se evidencia una disminución de la misma: 0,0026 (IC 95% -0,001, 0,006, p=0,15) y 0,0003 (IC 95% -0,0030, 0,0036, p=0,85) respectivamente.

**Conclusiones:** Tras la inclusión en el PCP y seguimiento por un equipo de soporte mixto de cuidados paliativos, se aprecia una notable disminución de los episodios totales y la frecuentación por paciente en la atención urgente hospitalaria.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Trabajo presentado como comunicación-póster en las IX Jornadas Andaluzas de Cuidados Paliativos. SACPA. Aracena (Huelva) octubre 2010.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [antoniaquinonesperez@gmail.com](mailto:antoniaquinonesperez@gmail.com) (A. Quiñones Pérez).

**KEYWORDS**

Frequency of visits;  
Palliative care;  
Emergency services

**Influence of a special palliative care team on the frequency of emergency department visits****Abstract**

*Aims:* To describe the impact of care of the terminal patient by a mixed (hospital and home) palliative care support team on the frequency of visits to emergency department.

*Method:* A retrospective descriptive study was performed on all patients with advanced disease included in the palliative care program (PCP) during the year 2009. Data on all hospital emergency department visits made in the 6 months before and the 6 months after their inclusion in the program (N = 146) were collected and subjected to statistical analysis using the R Project program.

*Results:* The mean age of the patients was 70.31 years (SD 12.46), of whom 67.8% were male and 32.2% female. A total of 292 hospital emergency episodes for all causes were incurred by 108 patients before inclusion in the PCP. Following inclusion in the PCP there were 87 episodes by 51 patients. Consultations to emergency services were more closely related to symptomatic control when the patients were in the PCP. The absolute difference in the number of visits by all the causes before and after the inclusion was 1.4 (95% CI; 1.05-1.75  $P=3.5^{-13}$ ) and for symptoms it was 0.91 (95% CI 0.60-1.22  $P=2.7^{-8}$ ). Adjusting these differences according to the time of follow-up showed a decrease of 0.0026 (95% CI; -0.001, 0.006,  $P=.15$ ) and 0.0003 (95% CI; -0.0030, 0.0036,  $P=.85$ ), respectively.

*Conclusions:* A significant decrease was seen in the total episodes and visits by patients to hospital emergency services following the inclusion in the PCP, and follow-up by a palliative care support team.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La atención al enfermo terminal oncológico y no oncológico ha recibido en los últimos años una apuesta clara dentro de los sistemas sanitarios para ofrecer una respuesta profesional, científica, humana y coordinada entre los diferentes recursos y niveles asistenciales; adaptándose a las necesidades del paciente en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras. Una actuación coordinada comprende la sistematización de los recursos convencionales (atención primaria y especializada), de los recursos de atención urgente (dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria, servicios de cuidados críticos y urgencias hospitalarios, 061) y de los recursos avanzados de cuidados paliativos (equipos y unidades), en la búsqueda de una atención de calidad al final de la vida.

La disminución de las visitas a los servicios de urgencias se muestra como un indicador potencial de calidad de atención al final de la vida<sup>1</sup>, y supone una reducción de los servicios médicos y los costes de la atención médica en esta etapa<sup>2</sup>. Esta disminución de los episodios de urgencias está relacionada con una atención en el hogar en los últimos 6 meses de vida y una evaluación de cuidados paliativos avanzada al menos en las 2 últimas semanas de vida<sup>3</sup>. No obstante la investigación en urgencias y cuidados paliativos es aún muy limitada<sup>4</sup>.

Este trabajo describe la frecuentación de pacientes en situación terminal en las urgencias de un hospital de tercer nivel antes y después del inicio del seguimiento del paciente por un recurso específico de cuidados paliativos. Una vez incluido el paciente en el programa de cuidados paliativos (PCP), el equipo de soporte de cuidados paliativos (ESCP)

realiza control telefónico semanal, visitas domiciliarias o en consulta externa e interconsultas hospitalarias en función del nivel de complejidad<sup>5</sup> que viene definido por la presencia de síntomas refractarios, situaciones sociales de difícil abordaje, necesidad de ciertos fármacos de uso hospitalario, apoyo psicológico, o necesidad de coordinación entre los diferentes recursos.

**Material y métodos**

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo seleccionando a todos los pacientes (sin exclusiones) incluidos en el PCP y atendidos por el ESCP durante el año 2009. La muestra fue de N = 146 pacientes, recogiendo 3 pérdidas de seguimiento por traslado de domicilio. Se contabilizaron los episodios de urgencias hospitalarias del centro de referencia registrados en la historia de salud digital (DIRAYA®) de cada uno de los pacientes estudiados, desde los 6 meses previos a la fecha de inclusión en el PCP hasta los 6 meses posteriores a la fecha de inclusión (límites: 1 julio de 2008 a 30 junio de 2010).

Se recogen variables demográficas (sexo y edad) y otras variables como enfermedad oncológica o no oncológica, tipo de tumor, permanencia en programa de cuidados paliativos en días (hasta el fallecimiento del paciente o la pérdida del seguimiento), número de visitas a urgencias hospitalarias por todas las causas (síntomas no controlados, traumatismos, infecciones, complicaciones de los tratamientos,...) y por causas debidas a síntomas de la enfermedad que define su inclusión en proceso en el periodo previo y posterior a dicha inclusión.

Los datos obtenidos se someten a análisis estadístico con el programa R Project. Se realiza estadística descriptiva y test de comparación de medias para datos pareados.

## Resultados

El 67,8% de los pacientes son hombres y el 32,2% mujeres. La edad media es de 70,31 años (sd 12,46). La media de días en programa tras la inclusión es de 71,4 días (sd 64,3). El 3,42% de los pacientes incluidos son no oncológicos y el 96,58% oncológicos, de entre estos últimos tenemos como tumores más frecuentes los digestivos (29,07%), pulmón (22,69%), urológicos (12,76%) y ginecológicos (9,22%).

Se obtienen 292 episodios por todas las causas en los 6 meses previos a la inclusión en el PCP, siendo estas visitas generadas por 108 (73,9%) de los 146 pacientes. Respecto a la frecuentación (rango 0-10 visitas), 38 (26%) de estos pacientes no acuden a urgencias, 33 (22,6%) lo hacen una vez, 30 (20,5%) en 2 ocasiones, 12 (8,2%) en 3 ocasiones, 15 (10,2%) en 4 ocasiones, 12 (8,2%) en 5 ocasiones y el resto (6 pacientes; 4,1%) en 6 o más ocasiones (fig. 1).

En los 6 meses posteriores a la inclusión en el PCP se recogen 87 episodios de urgencias por todas las causas, generados por 51 (34,9%) pacientes de los 146. Respecto a la frecuentación (rango 0-6 visitas); 95 (65%) no acuden a urgencias, 32 (21,9%) lo hacen una vez, 10 (6,8%) en 2 ocasiones, 5 (3,4%) en 3 ocasiones y el resto (4 pacientes; 2,7%) en 4 o más ocasiones (fig. 1).

Si estudiamos solo los episodios relacionados con el control de síntomas y complicaciones de la enfermedad avanzada, se atienden 210 episodios en los 6 meses previos a la inclusión en el PCP, generados por 92 (63%) pacientes de los 146. Respecto a la frecuentación (rango 0-7 visitas), 54 (36,9%) de estos pacientes no acuden a urgencias, 33 (22,6%)

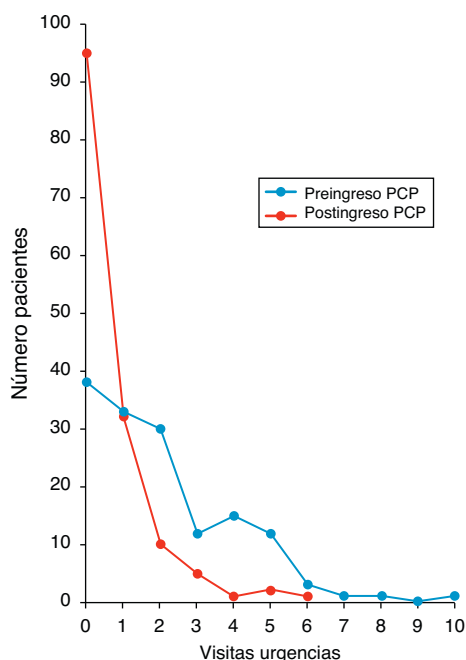
lo hacen una vez, 29 (19,8%) en 2 ocasiones, 15 (10,2%) en 3 ocasiones y el resto (15 pacientes; 10,2%) en 4 o más ocasiones.

En los 6 meses posteriores a la inclusión en el PCP se recogen 77 episodios de urgencias por mal control de síntomas y complicaciones de la enfermedad avanzada, generados por 46 (31,5%) pacientes de los 146. Respecto a la frecuentación (rango 0-6 visitas); 100 (68,4%) no acuden a urgencias, 29 (19,8%) lo hacen una vez, 9 (6,1%) en 2 ocasiones, 5 (3,4%) en 3 ocasiones y el resto (3 pacientes; 2%) en 4 o más ocasiones.

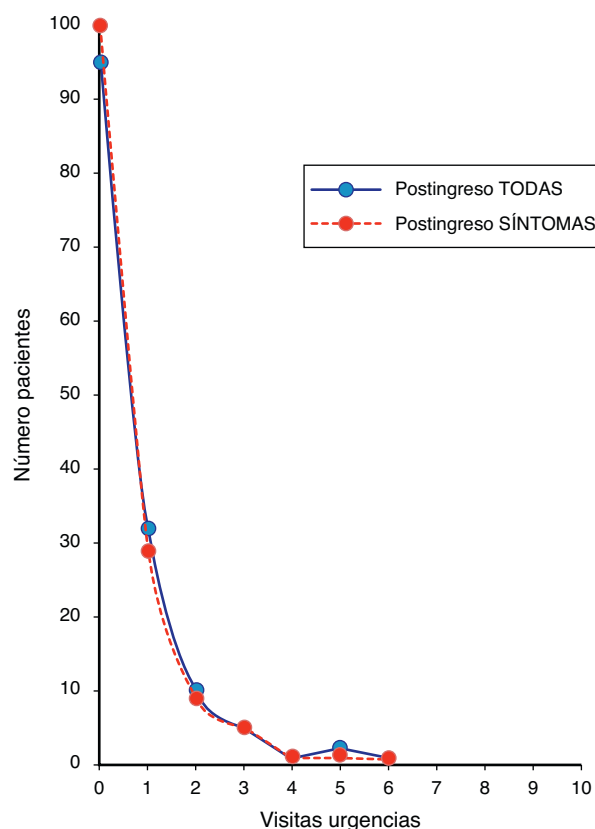
Un 11,6% de los pacientes acude entre 4 y 5 veces a urgencias por causas ajenas a la enfermedad y hasta en 3 ocasiones más, antes de la inclusión en el PCP. El resto de las visitas están relacionadas con el control de síntomas o las complicaciones.

Tras la inclusión en el PCP y seguimiento por ESCP, se pone de manifiesto que los episodios de urgencias están relacionados con el control de síntomas y las complicaciones de la enfermedad, superponiéndose las curvas como se aprecia en la figura 2.

Cuando se comparan valores absolutos de las medias de visitas a urgencias por todas las causas antes y después de la inclusión en PCP, se obtiene una diferencia de 1,4 (IC 95% 1,05, 1,75,  $p = 3,5^{-13}$ ). Si comparamos las medias absolutas de visitas a urgencias debidas a síntomas antes y después de la inclusión, se obtiene una diferencia de medias de 0,91 (IC 95% 0,60, 1,22,  $p = 2,7^{-8}$ ).



**Figura 1** Número pacientes por episodios de urgencias por todas las causas pre y postinclusión en el programa de cuidados paliativos.



**Figura 2** Número pacientes por episodios de urgencias postinclusión en el programa de cuidados paliativos por todas las causas y por mal control de síntomas/progresión.

Teniendo en cuenta el posible sesgo motivado por el menor tiempo de seguimiento de los pacientes posterior a la inclusión debido a su fallecimiento, se comparan las medias de visitas a urgencias por todas las causas y por síntomas específicos de la enfermedad antes y después de la inclusión ajustadas por día para cada paciente, obteniendo como resultados una diferencia de media de 0,0026 (IC 95% -0,001, 0,006,  $p=0,15$ ) y 0,0003 (IC 95% -0,0030, 0,0036,  $p=0,85$ ) respectivamente.

## Discusión y conclusiones

En la distribución de pacientes incluidos en el proceso de cuidados paliativos se evidencia un mayor porcentaje de la enfermedad oncológica. Los 3 tumores más prevalentes (digestivo, pulmón y urológico) coinciden con los registrados en otros estudios<sup>6,7</sup>.

El número de pacientes que no acude a urgencias por alguna causa tras la inclusión en el PCP y recibiendo la atención de un ESCP, aumenta en un 39% y el número de visitas por paciente se reduce en un 38,3% a partir de la segunda visita.

Un 20% de los pacientes acude al menos una vez a urgencias independiente de si están incluidos en el PCP e independiente de si se trata de causas relacionadas con la enfermedad, datos en relación con algunos estudios publicados que recogen cifras del 27%<sup>3,8</sup> y casi coincidente con las cifras del 22,2% descritas por Fernández González et al.<sup>7</sup>.

Aunque el número absoluto de episodios totales de urgencias hospitalarias por todas las causas se reduce en un 70,2% tras la inclusión en el PCP y la atención de un ESCP, la reducción del 63,3% cuando se trata del control de síntomas y siendo este resultado estadísticamente significativo, tenemos que tener en cuenta que el tiempo medio de seguimiento tras la inclusión en el proceso es de 71 días con lo que la posibilidad de consulta en urgencias disminuye cuanto menor sea el tiempo de supervivencia del paciente. La corrección realizada en el análisis elimina este posible sesgo al ajustar el número de visitas al día en cada paciente antes y después del seguimiento, lo que hace que a pesar de continuar existiendo diferencias en las medias obtenidas, esta diferencia significativa desde el punto de vista clínico no sea desde el punto de vista estadístico.

La atención en cuidados paliativos muestra un descenso en los síntomas difíciles, aumenta la calidad de vida de los pacientes, aumenta la satisfacción de pacientes/familiares y disminuye los costes sanitarios<sup>9</sup>. El análisis de un programa de cuidados paliativos en Nueva Escocia (Canadá) puso de manifiesto una reducción del 7% en el número de pacientes que acudían al servicio de urgencias<sup>10</sup> en relación con la puesta en marcha de dicho plan. En nuestro entorno, el estudio del programa de cuidados paliativos de un equipo de soporte de atención domiciliaria en Madrid<sup>11</sup>, también

recogió una disminución del 2,9% de los ingresos en urgencias comparando el antes y el después de la implantación del recurso específico.

Los datos obtenidos en nuestro estudio apoyan los trabajos que recogen la notable disminución de la demanda de servicios sanitarios y más concretamente los de atención urgente de pacientes incluidos en un programa de cuidados paliativos; no obstante, sería conveniente corroborar estos datos analizando otros parámetros como el coste-beneficio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Lawson BJ, Burge FI, McIntyre P, Field S, Maxwell D. Can the introduction of an integrated service model to an existing comprehensive palliative care service impact emergency department visits among enrolled patients? *J Palliat Med.* 2009;12:245-52.
2. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:993-1000.
3. Barbera L, Paszat L, Chartier C. Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario. *J Palliat Care.* 2006;22:12-7.
4. Schrijvers D, van Fraeyenhove F. Emergencies in Palliative Care. *Cancer J.* 2010;16:514-20.
5. Cía Ramos R, Fernández López A, Boceta Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J, et al. Anexo 12: Complejidad en Cuidados Paliativos. En: de Andalucía J, editor. *Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos.* 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. p. 127-30.
6. Vicente Martín C, Marco Martínez J, Flox Benítez G, Castro Urda JL, Plaza Canteli S. Utilización hospitalaria en días festivos por pacientes en situación de cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2010;17:342-7.
7. Fernández González MJ, Martínez Estrada MF, Zapico Muñoz E. Ingresos hospitalarios de pacientes atendidos por el ESAD del Área Sanitaria V. Asturias. *Med Paliat.* 2010;17:80-3.
8. Lawson BJ, Burge FI, McIntyre P, Field S, Maxwell D. Palliative care patients in the emergency department. *J Palliat Care.* 2008;24:247-55.
9. Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43:1-9.
10. Beynon T, Gomes B, Murtagh FE, Glucksman E, Parfitt A, Burman R, et al. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emerg Med J.* 2011;28:491-5.
11. Vicente Martín C, Marco Martínez J, Plaza Canteli S, Flox Benítez G. Influencia del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid en la actividad de una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. *Med Paliat.* 2010;17:335-41.