



# Medicina Paliativa

[www.elsevier.es/medicinapaliativa](http://www.elsevier.es/medicinapaliativa)



## ORIGINAL

### ¿Son complejos los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos domiciliarias?

Cristina de Miguel<sup>a,\*</sup>, Susana Ruiz<sup>b</sup>, Ana de la Uz<sup>c</sup>, Elena Merino<sup>c</sup>,  
Aránzazu Gutierrez<sup>a</sup>, Lara Sanz<sup>a</sup>, Eugenia Molinero<sup>d</sup>, M. Esther Sanz<sup>d</sup>,  
Asunción Navarro<sup>d</sup> y Ana Riestra<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa Espronceda, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Centro de Salud Santa Hortensia, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Centro de Salud Goya, Dirección Asistencial Centro, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

<sup>d</sup> *Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa Alcalá de Henares, Dirección Asistencial Este, Servicio Madrileño de Salud, Alcalá de Henares, Madrid, España*

Recibido el 19 de marzo de 2016; aceptado el 8 de junio de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;  
Atención  
domiciliaria;  
Política sanitaria

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar el grado de complejidad de los pacientes atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa (ESAPD) urbano y un ESAPD urbano y rural, medida mediante el Instrumento de Complejidad Paliativa (IDC-Pal).

**Material y método Diseño:** Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Atención domiciliaria de ámbito urbano y rural. Participantes: Se incluyen en el estudio todos los pacientes atendidos por ambos ESAPD durante el mes de febrero de 2015. Mediciones principales: 1. Variable principal: grado de complejidad según el IDC-Pal en todas las visitas. Y 2. Variables secundarias; 2.1. Demográficas: edad y sexo; 2.2. Clínicas: diagnóstico principal, localización del exitus, supervivencia, nuevas situaciones de complejidad que no contempla el IDC-Pal; 2.3. Relacionadas con el proceso de atención: unidad que deriva al paciente, motivo de salida del programa y conformidad del profesional médico con respecto a la derivación; 2.4. Grado de concordancia de la enfermera y del médico residente con respecto al médico en la cumplimentación del IDC-Pal.

**Resultados:** N = 117 pacientes, 368 registros. Setenta y cinco de ellos captados por ESAPD urbano y 42 por ESAPD urbano y rural. Media de edad 75,05 ± 13,27; rango de edad, 42 a 102 años. El 50,4% varones. El 77,8% oncológicos y el 22,2% no oncológicos. Existe asociación estadísticamente significativa entre el origen de la derivación y ESAPD urbano y urbano y rural: Atención primaria el 45,9 y 52,4%; hospital de agudos el 45,9 y 7,1%; y por unidades de cuidados paliativos, el 8,1 y 40,5% respectivamente; p < 0,000. El exitus es más frecuente en domicilio cuando el paciente es derivado por atención primaria (88%) y por unidades de cuidados paliativos (66,7%), p < 0,023. No existen diferencias en la localización del exitus, ni en el motivo de salida de programa entre ambos municipios. Se detectan 21 pacientes no complejos (NC), 19 complejos (C) y 77 altamente complejos (AC), con diferencias entre ambos municipios, p < 0,000. En el 75,2%

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cmiguel@salud.madrid.org](mailto:cmiguel@salud.madrid.org) (C. de Miguel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.06.003>

1134-248X/© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

de los casos el médico consideró adecuada la derivación a ESAPD. Se detectaron 11 pacientes con situaciones que no detectaba el IDC-Pal de manera explícita. La situación compleja más frecuentes son los síntomas de difícil control: 61 (52,1%). El 83,8% de los pacientes derivados por hospitales de agudos son AC vs. el 30,4% derivado por unidades de cuidados paliativos,  $p < 0,001$ . No existe asociación entre el grado de complejidad y la localización del exitus,  $p < 0,35$ , ni con el motivo de salida del programa,  $p < 0,69$ . Se derivan a médico de atención primaria, 2 NC, 2 C y 4 AC. Mediana de supervivencia de NC  $11 \pm 2,23$ ; C  $36 \pm 26,83$  y AC  $4 \pm 0,82$  días, sin que existan diferencias en la supervivencia. La complejidad evoluciona aumentando el grado de intensidad. Concordancia médico enfermera para 2 equipos: kappa A =  $0,27 \pm 0,12$  y kappa B =  $0,39 \pm 0,16$ ; y para médico y residente kappa =  $0,10 \pm 0,02$ .

**Conclusiones:** Los pacientes atendidos en su domicilio por 2 ESAPD en la Comunidad de Madrid son AC en más del 80% de los casos, siendo los síntomas de difícil control la situación compleja más frecuentemente detectada. Más del 87% de los pacientes que fallecen en domicilio son AC. © 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Palliative care;  
Home care services;  
Health policy

## Are the patients attended by home care support teams complex?

### Abstract

**Objective:** Determination of the degree of complexity of the patients treated by a Palliative Homecare Support Team (PHST), (urban and countryside PHST), measured by the Tool of Palliative Complexity (IDC-Pal).

**Material and method Design:** Cross-sectional study. Site: urban and countryside homecare areas. Participants: all the patients included in the study were treated by both PHST during February 2015. Key measurements: 1. Main variable: IDC-Pal complexity degree. And 2. Secondary variables: 2.1 demographic: age and gender, 2.2. clinical: main diagnosis, unit referring the patient, reasons for quitting the programme, location of exitus, survival, new complex situations not specified in the IDC-Pal, acceptance by medical practitioner regarding the patient referral. 2.3. Degree of agreement between the nurse and resident medical officer in completing the IDC-Pal.

**Results:** N = 117 patients, 368 patient registries. Seventy-five gathered by urban PHST and 42 by countryside PHST. Average age:  $75.05 \pm 13.27$  age range from 42 to 102 years, 50.4% males. Seventy-seven point eight percent cancer patients, 22.2% non-cancer patients. There is a statistically significant correlation between the origin of the referral and urban and countryside ESAPD: Primary care, 45.9% and 52.4%, critical care hospital 45.9% and 7.1% and palliative care units, 8.1% and 40.5% respectively,  $P < .000$ . The death of the patient is much more common at home when the patient is referred to PC (88.0%) and to critical care hospital (66.7%),  $P < .023$ . There is no difference in the location of exitus, nor the reasons for quitting the programme between the two areas. Twenty-one non-complex patients (NC), 19 complex patients (C) and 77 highly complex (HC) patients were identified, with differences between the 2 areas ( $P < .000$ ). Ninety-five point two percent of NC patients were seen by the countryside PHST versus 4.8% by the urban PHST,  $P < .000$ . In 75.2% of cases the doctor believed it was appropriate to refer the patients to the PHST. Eleven patients were identified as patients with situations that could not be explicitly detected by the IDC-Pal. The most frequent complex situation traced was where the symptoms were difficult to control (52.1%). Eighty-three point eight percent of patients referred by critical care hospital were HC vs 30.4% referred by palliative care units,  $P < .001$ . There is no association between the degree of complexity and the location of exitus,  $P < 0.35$ , nor between the reason for quitting the programme,  $P < .69$ . The patients were referred to primary care, 2 NC, 2 C and 4 HC. Median survival of NC  $11 \pm 2.23$ , C  $36 \pm 26.83$  and HC  $4 \pm 0.82$  days, without any differences in survival rate. The complexity developed rapidly, causing an increased degree of intensity. Agreement between doctor and nurse for two teams: Kappa A =  $0.27 \pm 0.12$  and Kappa B:  $0.39 \pm 0.16$ , and doctor and resident, Kappa =  $0.10 \pm 0.02$ .

**Conclusions:** The patients treated at home by 2 PHST in Madrid are C or HC in more than 80% of cases. The most frequent complex situation was the difficult-to-control symptoms. Exitus location and the reason for leaving the programme were independent of complexity. More than 87% of the patients who died at home were HC.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621092>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)