



ORIGINAL

Recursos sanitarios empleados por pacientes paliativos fallecidos en domicilio

Sergio Romeo López Alonso^{1,2*}, Irene Martínez Ríos³, Susana Martín Caravante¹, Ignacio Salvador Soriano Ruiz¹, María Isabel Moreno Moreno¹ y Ana Isabel Martínez García¹

¹Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Málaga, España. ²Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Centro adscrito a la Universidad de Sevilla, Bormujos, Sevilla, España. ³Centro de Salud Las Delicias, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

Recibido el 20 de julio de 2019

Aceptado el 20 de enero de 2020

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos al final de la vida, cuidados paliativos, recursos en salud, administración de los servicios de salud, atención primaria de salud, servicios médicos de urgencia.

Resumen

Introducción: Existe un número creciente de pacientes paliativos que prefieren fallecer en casa con apoyo sanitario. Además, los servicios de salud disponen de diversos recursos asistenciales para dar respuesta a las necesidades de salud que presenta esta población.

Objetivo: Conocer los recursos asistenciales empleados por personas susceptibles de cuidados paliativos (CP) previos a su fallecimiento, tanto de atención primaria (AP) como de urgencias, así como su relación con el seguimiento por la unidad de CP.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre la población fallecida durante el año 2015 en el domicilio de Málaga capital, que pertenece a la zona básica de salud de Málaga (Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce). Se recogieron datos sobre las asistencias realizadas durante los seis meses previos al fallecimiento. Las variables principales fueron: visitas por unidad de CP, consultas y visitas de profesionales de AP, visitas de urgencias y emergencias extrahospitalarias, admisiones en urgencias hospitalarias, patologías susceptibles de CP, edad y sexo del paciente. El análisis de datos fue descriptivo con resúmenes numéricos y tablas de frecuencia, e inferencial mediante test de Chi Cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: Novecientas cincuenta personas fallecieron en su domicilio, de las cuales 417 (43,89 %) fueron incluidas en el estudio por haber sido identificadas como susceptibles de CP siendo 212 atendidas exclusivamente por AP y 205 por AP, así como por unidades de CP. La mediana de tiempo de seguimiento por la unidad de CP fue de 47 días.

Algunos datos relevantes a destacar en la media de asistencias que reciben estos pacientes son: llamadas telefónicas por la unidad de CP (6,83), visitas por la unidad de CP (4,71), visitas por

*Autor para correspondencia:

Sergio R. López Alonso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Distrito Sanitario Málaga - Guadalhorce. c/ Sevilla, n.º 23. 29009, Málaga, España

Correo electrónico: sergiolopezalonso@gmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2020.1109/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1109/2019)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

enfermera de familia (4,26), consultas al MdF (3,32), equipo médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (2,08), hospitalizaciones (1,46), entre otros. En general, en aquellos pacientes seguidos por la unidad de CP hay un aumento del 21,6 % en consultas y visitas por profesionales de AP (agregados), y un aumento del 31,4 % en visitas por las unidades móviles de urgencias (agregadas). Desglosando por tipo de recurso, destaca el aumento en el número de visitas a domicilio de enfermeras de AP y urgencias domiciliarias.

Conclusiones: Las personas susceptibles de CP hacen uso frecuente de AP para su asistencia sanitaria, complementándose con los servicios de urgencias a domicilio y admisiones a hospital. En los pacientes con mayor complejidad, que son derivados para el seguimiento por unidades de CP, se constata un incremento de asistencias por profesionales de AP y por los servicios de urgencias, especialmente de sus enfermeras.

KEYWORDS

Hospice care, palliative care, health resources, health services administration, primary health care, emergency medical services.

Abstract

Introduction: There is an increasing number of palliative care patients who prefer to die at home with healthcare support. Also, health services offer a great number of care resources to attend to the healthcare needs of this population.

Objective: To explore the care resources used by patients susceptible to palliative care (PC) before dying, both from primary and emergency care services, as well as their relation to follow-up by PC units.

Material and methods: A retrospective observational study was carried out in a population deceased at home in Málaga city during 2015, adscribed to the Primary Health Care area of Málaga (Málaga-Guadalhorce Health Care District). Data were collected during the last 6 months before death. The most important variables were: visits by the PC unit, consultations and visits by primary care professionals, prehospital emergencies, admissions to the hospital's emergency department, pathologies susceptible to PC, patient age and sex. The data analysis was descriptive with numerical summaries and frequency tables, and inferential using the Chi-squared test and Mann-Whitney U-test.

Results: A total of 950 people died at home, of which 417 (43.89 %) were included because of having been susceptible to palliative care. Of these, 212 were attended to exclusively by Primary Care and 205 by both Primary Care and PC units. The median time of follow-up by a PC unit was 47 days.

The mean number of visits received by these patients include: 6.83 telephone calls from the PC unit; 4.71 visits by PC unit staff; 4.26 visits by a family nurse; 3.32 visits by the family physician; 2.08 by the primary care emergency service medical team; and 1.46 hospitalizations, among others. Generally, patients followed by a PC unit had a 21.6 % increase in consultations and visits by primary care professionals (aggregated) and a 31.4 % increase in visits by mobile emergency care services (aggregated). This growth is particularly remarkable for primary care and home emergency nurses.

Conclusions: People susceptible to palliative care frequently use Primary Care for their health care, complementing it with home emergency services and hospital admissions. Patients with added complexity referred to PC units are associated with an increased assistance rate by primary care professionals and emergency services, especially nurses.

López Alonso SR, Martínez Ríos I, Martín Caravante S, Soriano Ruiz IS, Moreno Moreno MI, Martínez García AI. Recursos sanitarios empleados por pacientes paliativos fallecidos en domicilio. *Med Paliat.* 2020;27(4):310-318

INTRODUCCIÓN

Las fases finales de la enfermedad y la muerte en el domicilio de las personas susceptibles de cuidados paliativos (CP) suponen con frecuencia un difícil trance lleno de decisiones

complicadas, tanto para el paciente como para su familia. Esta situación puede requerir un seguimiento más estrecho por profesionales sanitarios más especializados y, por tanto, una mayor demanda de recursos asistenciales entre los que destacan las unidades de CP, aunque sin relegar la atención

primaria (AP) y las unidades de urgencias domiciliarias y hospitalarias.

Hasta la fecha, no se han encontrados estudios que precisen la prevalencia de pacientes susceptibles de CP, sino que se han centrado en contabilizar aquellos derivados a CP tras el alta hospitalaria¹, o describir el perfil de pacientes fallecidos por alguna patología susceptible de CP o por algún síntoma derivado^{2,3}. Por ello, las cifras utilizadas en documentos oficiales se basan en estimaciones que oscilan entre el 3,9 y el 7,8 % de personas en Andalucía durante 2007^{4,5}, independientemente del lugar del fallecimiento. En 2014, el número de personas incluidas en el Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos en Andalucía fue del 2,8 %⁶. Asimismo, tras un análisis epidemiológico y demográfico, las previsiones de población susceptible de CP parecen encontrarse en una tendencia creciente⁴. Por último mencionar que, como parte del presente estudio, se ha encontrado una prevalencia del 43,9 % de personas susceptibles de CP que fallecen en domicilio en Málaga⁷.

En Andalucía, por paciente en situación terminal debe entenderse aquella persona con una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado; mientras que la enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible⁴.

Dentro de los diferentes modelos organizativos de la atención a la terminalidad se encuentra la atención domiciliaria, la cual se define como el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar su calidad de vida^{8,9}. Este modelo de atención es muy importante, pues la mayoría de los pacientes en fase terminal desea ser cuidado y fallecer en su domicilio siempre que disponga de atención adecuada y esté bien informado^{10,11}. En este mismo sentido, el reto de la atención domiciliaria al paciente en fase terminal es conseguir una asistencia sanitaria centrada en solucionar problemas sintomáticos, proporcionar comodidad y ayudar a conseguir una muerte en paz¹². Sin embargo, esto último no siempre es fácil por diversos problemas y circunstancias como el progresivo aumento de pacientes, la reducción del apoyo informal y el apoyo formal insuficiente, así como la escasa dedicación de los profesionales sanitarios por saturación, dispersión geográfica, exigencia emocional, entre otros^{13,14}.

Así, en el ámbito comunitario andaluz, los profesionales de AP ejercen un papel fundamental, no solo por la capacidad de resolver los problemas clínicos que pueden acontecer en las fases avanzadas de la enfermedad crónica, sino también por el bagaje de conocimientos que conforma su relación con ellos, dada la privilegiada situación de proximidad y accesibilidad a estos pacientes y sus familias^{15,16}.

Además se encuentran las unidades de CP, cuyos profesionales intervienen como un equipo multidisciplinar “de facto” y presentan unas competencias más especializadas en el manejo de pacientes paliativos, que se activan en situaciones complejas y altamente complejas¹⁷, acorde al Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos (instrumento IDC-PAL)¹⁸. Una reciente revisión sistemática ha concluido que estas unidades de CP aumentan ligeramen-

te la calidad de vida y la salud global, aunque de manera más pronunciada en pacientes oncológicos¹⁹. Además, esta efectividad sería más destacada si se presta una atención temprana a través de una identificación precoz tras un cribado de necesidades no cubiertas¹⁹.

Por último se encuentran los servicios de urgencias que atienden a los pacientes paliativos y terminales, principalmente, fuera del horario laboral de AP y de las unidades de CP²⁰. De hecho, se ha encontrado que el 20 % de pacientes paliativos acuden al menos una vez al servicio de urgencias hospitalarias, al mismo tiempo que dichas asistencias se reducen al atender a dichos pacientes en un programa de CP²¹. En cuanto a las urgencias extrahospitalarias, algunos estudios han mostrado la importancia de este servicio, atendiendo una casuística de pacientes terminales que oscila entre el 2,1 % para los equipos medicalizados y el 4,2-4,4 % para los equipos enfermeros^{22,23}, con una capacidad de resolución del 76,9 % en pacientes oncológicos y del 23,1 % en los no oncológicos²⁴.

En la zona de referencia del estudio, los pacientes atendidos por la unidad de CP disponen de asistencia domiciliaria durante la mañana y telefónica hasta las 20 h; además el horario de los centros de AP es de la 8 a las 20 h. En ambos casos se atiende de lunes a viernes. El resto del tiempo, en caso de necesidad, es asistido por los servicios de urgencias, bien a domicilio, bien en los centros sanitarios.

Dado el amplio abanico de recursos asistenciales de que dispone el paciente susceptible de CP, cabe plantearse qué frecuencia y tipo de recursos asistenciales se emplean para atender a dichos pacientes los meses previos a su fallecimiento en el domicilio, así como el impacto real de las unidades de CP sobre el resto de los recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo.

Para ello, se llevó a cabo una selección consecutiva de sujetos, que incluyó a todos los usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz fallecidos durante el año 2015 en un domicilio de Málaga capital, pertenecientes al Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, excluyendo las residencias geriátricas. El periodo de un año se justifica para considerar a las personas fallecidas por patologías estacionales, como pueda ser la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La confirmación del óbito domiciliario debía ser certificada por un equipo medicalizado del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), circunstancia habitual que permitía su captación.

La selección de esta población se basó en el número de fallecidos en domicilio de Málaga capital durante los 5 años anteriores, así como en una estimación de sujetos susceptibles de CP fallecidos en el domicilio que realizaron los investigadores/profesionales del SUAP a partir de su experiencia clínica y que situaron entre un 25-35 %, al no encontrar estudios previos al respecto.

Como variables del estudio, se contemplaron principalmente los distintos recursos asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz existentes, incluyendo: las consultas telefónicas y visitas por unidad de CP, consultas presenciales y visitas de profesionales de AP (médicos de familia [Mdf]

y enfermeras de familia [EdF], y enfermeras gestoras de casos [EGC]), visitas de urgencias y emergencias extrahospitalarias (equipo medicalizado del 061 o del SUAP, equipo enfermero del 061 o del SUAP), admisiones en urgencias de AP y de hospital; además de las patologías susceptibles de CP según la Consejería de Salud (cáncer, insuficiencia cardiaca, renal o hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad neuromotora o esclerosis lateral amiotrófica, la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, demencia y enfermedad de Alzheimer, y sida)^{4,17}, la edad y el sexo del paciente.

Una vez obtenida la relación de óbitos confirmados en el domicilio a través de la base de datos del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, los investigadores revisaron las historias clínicas digitales de cada sujeto para comprobar su inclusión en el estudio: el padecimiento de alguna de las enfermedades susceptibles de CP antes mencionadas^{4,17}, así como la situación clínica antes de morir que descartase una muerte por otra causa, conforme a las recomendaciones sobre los criterios de terminalidad definidos por la *National Hospice Organization* en 1995²⁵. Tras su inclusión en el estudio por haber sido susceptible de CP, se revisó el número y tipo de asistencias recibidas por los pacientes durante los seis meses previos al fallecimiento.

La información de las historias clínicas revisadas comprendía el periodo desde julio de 2014 hasta diciembre de 2015, ambos meses incluidos. Los investigadores responsables de la recogida de datos y análisis fueron MdF y EdF, así como del SUAP.

Se realizó un análisis descriptivo de la población y de la asistencia a través de resúmenes numéricos: medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; y tablas de frecuencias: valores absolutos y porcentajes para variables cualitativas. En el análisis inferencial, se utilizó el test de Chi cuadrado para comparar las frecuencias de enfermedades susceptibles de CP en las poblaciones atendiendo al seguimiento por la unidad de CP. Se estratificó las

poblaciones según sufrieran (o no) enfermedad oncológica, acorde a las diferencias entre poblaciones y a su clasificación entre enfermedades paliativas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía^{4,23}, antes de realizar el test U de Mann-Whitney para medias de asistencias en sujetos según seguimiento por unidades de CP, tras comprobar que no son variables paramétricas mediante el Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética Provincial. Además, los datos tuvieron un tratamiento confidencial según la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, tanto para el estudio como para su publicación.

RESULTADOS

El SUAP atendió a 950 personas por fallecimiento en su domicilio durante el año 2015, de las cuales 417 (43,89 %) eran susceptibles de CP. Doscientas doce personas fueron seguidas por AP y 205 por AP y por la unidad de CP. La mediana de tiempo de seguimiento por la unidad de CP fue 47 días (Figura 1).

La edad media del total de sujetos susceptibles de CP fue de 78,65 años, con una desviación típica de 11,97, y el 55,6 % fueron hombres.

El número de asistencias que han recibido estos pacientes por cada recurso asistencial se presenta en la Tabla I, donde destacan por la alta frecuentación: las unidades de CP, las EdF y los MdF, y en menor medida, los equipos de emergencia extrahospitalaria del 061. Los pacientes susceptibles de CP recibieron antes de fallecer en su domicilio una media de 12,19 asistencias de AP, una media de 4,30 de urgencias y, en su caso, de 11,54 de las unidades de CP.

Tras un análisis comparativo de las poblaciones con o sin seguimiento por la unidad de CP (Tabla II), se encontró que las personas seguidas son diferentes a las que no lo son

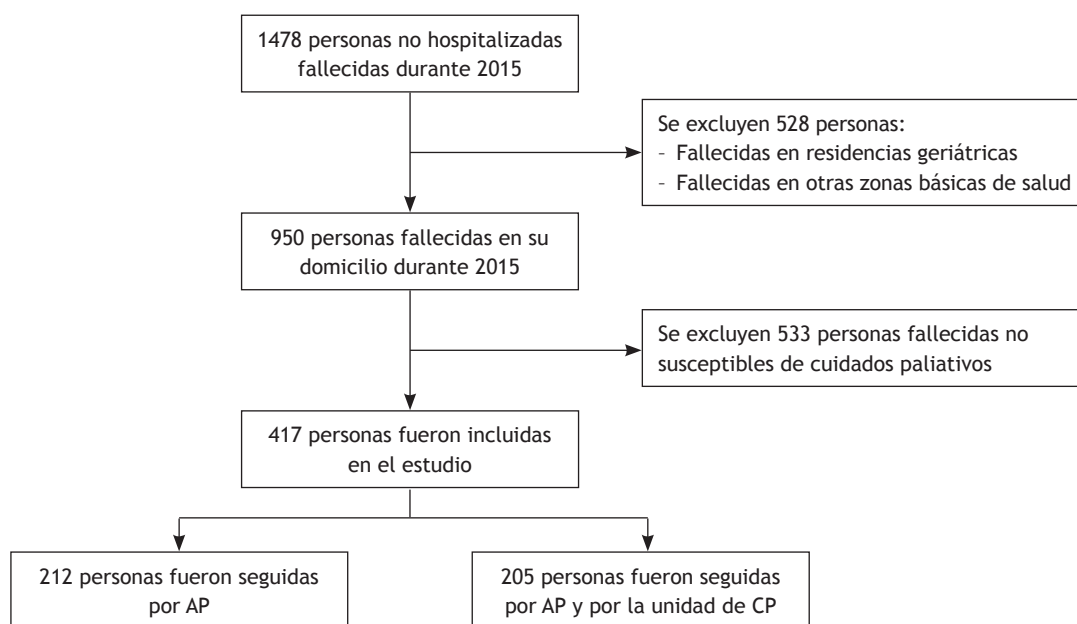


Figura 1. Diagrama de flujo.

Tabla I. Recursos asistenciales empleados en pacientes susceptibles de CP en los seis meses previos al fallecimiento.

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Consultas telefónicas por unidad de CP	205 ^a	6,83	5,91	0	28
Visitas por unidad de CP	205 ^a	4,71	3,54	0	18
Consultas del MdF	417 ^b	3,32	2,98	0	18
Visitas del MdF	417 ^b	1,41	1,66	0	9
Consultas de la EdF	417 ^b	0,79	2,59	0	42
Visitas de la EdF	417 ^b	4,26	6,07	0	38
Consultas de la EGC	417 ^b	1,14	1,74	0	9
Visitas de la EGC	417 ^b	1,27	1,91	0	15
Visitas del equipo medicalizado SUAP	417 ^b	2,08	1,93	0	12
Visitas equipo enfermero SUAP	417 ^b	0,41	0,97	0	8
Visitas equipo medicalizado 061	417 ^b	0,20	0,56	0	4
Visitas equipo enfermero 061	417 ^b	0,06	0,26	0	2
Admisiones a urgencias de AP	417 ^b	0,09	0,61	1	11
Admisiones a urgencias de hospital / ingresos hospitalarios	417 ^b	1,46	2,14	0	20

AP: atención primaria. CP: cuidados paliativos. EdF: enfermeras de familia. EGC: enfermeras gestoras de casos. MdF: médicos de familia. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

^aPacientes susceptibles de CP atendidos por unidad de CP.

^bTotal de pacientes susceptibles de CP.

Tabla II. Perfil de enfermedades según seguimiento por unidad de CP.

Seguimiento por unidad de CP	Sí		No	
	N	%	N	%
Cáncer	181	88,3	77	36,3
Demencia y alzheimer	4	2	79	37,3
EPOC	5	2,4	21	9,9
Insuficiencia cardíaca	4	2	13	6,1
Enfermedad de Parkinson	1	0,5	11	5,2
Insuficiencia renal	2	1	7	3,3
Insuficiencia hepática	4	2	3	1,4
Enfermedad neuromotora	4	2	0	0
Enfermedad de Huntington	0	0	1	0,5
Total	205	100	212	100

CP: cuidados paliativos. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

($p < 0,05$); prevaleciendo el cáncer en el primer caso y las enfermedades no oncológicas en el segundo.

Dada la diferencia en el perfil poblacional, se procedió a realizar una estratificación según enfermedad oncológica (o no) para comparar los recursos asistenciales de AP y urgencias empleados, atendiendo al seguimiento por la unidad de CP. A continuación, se analizó y confirmó que ninguna variable era paramétrica ($p < 0,01$), acorde a las pruebas de normalidad (test Kolmogorov-Smirnov y test Shapiro-Wilk).

Bajo esta premisa, se encontró que aumentó la media de consultas y visitas por parte de todos los profesionales de AP -agregados- cuando hubo seguimiento por parte de la unidad de CP ($p < 0,05$), tanto si los pacientes eran oncológicos (29,6 %) como si no lo eran (39,2 %) (Tabla III). Igualmente sucedió con la media de asistencias por todos los recursos de urgencias y emergencias (agregados) ($p < 0,05$), que se incrementó para pacientes seguidos por la unidad de CP, tanto si eran oncológicos como si no, en un 39,8 % y en un 25,1 %, respectivamente (Tabla III).

Tras desglosar entre los profesionales de AP, se observó que no existieron diferencias en el número de visitas y consultas de MdF para pacientes oncológicos (o no), ni de consultas y visitas de EdF en pacientes no oncológicos, según el seguimiento por unidades de CP. En cambio, aumentó significativamente el número de visitas (31,3 %) y de consultas de la EdF (41,1 %) en pacientes oncológicos, así como las visitas y consultas de la EGC (51 y 75 %) en ambos tipos de pacientes, cuando son seguidos por unidades de CP (Tabla IV).

Por parte de las unidades de urgencias, no se observaron diferencias en las unidades del 061 en general, ni en los equipos medicalizados del SUAP en pacientes no oncológicos, según seguimiento por la unidad de CP. No obstante, dicho seguimiento se relacionó con un aumento de visitas del equipo medicalizado del SUAP en pacientes oncológicos (16,5 %); así como del equipo enfermero del SUAP (71,7 %) y de admisiones a urgencias hospitalarias (64,2 %) en pacientes no oncológicos, y en pacientes oncológicos (55,7 y 27,6 %, respectivamente) (Tabla IV).

DISCUSIÓN

En líneas generales, se puede afirmar que las personas susceptibles de CP reciben un elevado número de asisten-

Tabla III. Recursos sanitarios de AP y urgencias (agregados) según seguimiento (o no) por unidades de CP y enfermedad oncológica (o no).

	Cáncer	Unidad de CP	N	Media	Desviación típica	p
Asistencias por AP	No	Sí	24	19,16	12,44	< 0,01 ^a
		No	135	11,69	8,06	
	Sí	Sí	181	12,73	8,22	
		No	77	9,21	7,79	
Asistencias por urgencias	No	Sí	24	5,54	5,67	0,03 ^a
		No	135	3,76	3,29	
	Sí	Sí	181	5,10	4,51	
		No	77	3,76	3,29	

AP: atención primaria. CP: cuidados paliativos.

^aTest U de Mann-Whitney.

cias desde los distintos ámbitos del sistema sanitario en los seis meses previos a su fallecimiento en el domicilio, que además aumenta cuando la situación clínica de los pacientes es compleja y requieren seguimiento por parte de las unidades de CP.

El mayor número de asistencias a los pacientes paliativos son proporcionadas por la unidad de CP, a la que son derivados cuando la situación clínica del paciente se torna compleja conforme al instrumento IDC-PAL, que recoge el Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos que plantea la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹⁷. Independientemente del seguimiento por la unidad de CP, el peso asistencial recae sobre la EdF y el MdF, seguidos de las urgencias extrahospitalarias. Las visitas por la EdF podrían explicarse principalmente con la frecuencia de curas por las úlceras por decúbitos presentes en más del 37 % de personas en situación terminal, más allá de ayudar en el control de la múltiple sintomatología emergente (más de 5 síntomas en el 57 % de esta población) cuyo peso podría recaer más sobre el MdF²⁶. Las urgencias hospitalarias desempeñan un papel central ante el control de síntomas y complicaciones de la enfermedad avanzada²¹, que en los pacientes oncológicos puede desembocar en un 56,1 % de ingresos y un 30,7 % en observación, mientras que las urgencias extrahospitalarias podrían centrar su respuesta sobre la reagudización de sintomatología, como el dolor oncológico o la agonía final (datos no publicados), especialmente la acaecida en horario nocturno, festivos y fines de semana.

Los pacientes en seguimiento por la unidad de CP presentan una mayor complejidad al cumplir dicho criterio para su seguimiento^{4,17}, y son mayoritariamente oncológicos, por lo que los resultados que comparan el uso de recursos asistenciales de ambos grupos poblacionales tienen un fin descriptivo y no evaluativo.

Epidemiológicamente, hubiera sido deseable un ensayo clínico para evaluar la eficacia de la unidad de CP, sin embargo las limitaciones éticas de este diseño recomiendan desecharlo ya que podría limitar el acceso a la equidad en la asistencia con especialistas de CP para pacientes que sufren mayores niveles de complejidad en el manejo de su situación clínica²⁷, contemplado en el modelo organizativo andaluz. Además, la selección de grupos comparables está limitada no solo por la

complejidad, sino por el tiempo de asistencia por la unidad de CP. Así, el presente estudio evalúa las asistencias de los últimos seis meses, aunque muchos pacientes no son seguidos ese tiempo por dicha unidad. Seleccionar a pacientes similares para evaluar asistencias durante idéntico tiempo que el seguimiento por CP se convierte en un reto o utopía.

La mayor utilización de recursos asistenciales tanto de AP como de urgencias en pacientes seguidos por la unidad de CP podría deberse a la mayor complejidad de estos pacientes, tal como establecen los documentos oficiales al respecto^{4,23}, favoreciendo la equidad antes mencionada. En cualquier caso, estos resultados podrían ser similares en otros núcleos urbanos andaluces por compartir el modelo organizativo, aunque no parece que se puedan establecer paralelismos en las zonas rurales por una menor utilización de los servicios sanitarios y de urgencias^{28,29}. No obstante, cabe mencionar que estos resultados discrepan con el estudio realizado por Quiñones Pérez y cols.²¹, que encuentran una menor tasa de demandas a servicios de urgencias en personas con seguimiento por la unidad de CP, poniendo en cuestión el uso de las urgencias sin matices como indicador de calidad de estas unidades²⁰.

El aumento de asistencias por la EdF, la EGC y el equipo enfermero de urgencias del SUAP, si existe seguimiento por la unidad de CP, podría deberse, al menos en parte, al plan asistencial escrito que deja el médico en el domicilio con los rangos de dosificación de medicamentos, permitiendo a las enfermeras su manejo según la necesidad del paciente. Esta práctica avanzada de las enfermeras que ha sido descrita desde final del siglo pasado, y que se contempla en los distintos ámbitos asistenciales³⁰, es ya una realidad en urgencias domiciliarias de pacientes con CP³¹, por lo que requeriría su reconocimiento normativo más amplio por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía³², la cual trabaja sobre la determinación de formación y competencias⁶. Una vez que dichos rangos y medicamentos resultan insuficientes, sobre todo en pacientes con cáncer, procedería requerir de un equipo medicalizado del SUAP, no emergencias, especialmente en horario nocturno o fines de semana, lo que podría explicar su mayor tasa de asistencia.

Como conclusión, se puede afirmar que los pacientes susceptibles de CP requieren un elevado uso de recursos asis-

Tabla IV. Recursos asistenciales empleados según seguimiento (o no) por unidades de CP y enfermedad oncológica (o no).

	Cáncer	Unidad de CP	N	Media	Desviación típica	p
Visitas del MdF	No	No	135	1,75	1,87	0,90 ^a
		Sí	24	1,83	2,20	
	Sí	No	77	1,22	1,43	0,80 ^a
		Sí	181	1,19	1,45	
Consultas del MdF	No	No	135	2,56	2,12	0,16 ^a
		Sí	24	3,25	2,36	
	Sí	No	77	3,31	3,08	0,19 ^a
		Sí	181	3,91	3,40	
Visitas de la EdF	No	No	135	5,83	6,45	0,53 ^a
		Sí	24	9,75	12,08	
	Sí	No	77	2,22	3,98	0,00 ^a
		Sí	181	3,23	4,49	
Consultas de la EdF	No	No	135	0,48	1,12	0,27 ^a
		Sí	24	0,50	0,78	
	Sí	No	77	0,66	2,25	0,03 ^a
		Sí	181	1,12	3,49	
Visitas de la EGC	No	No	135	0,48	0,84	0,00 ^a
		Sí	24	1,92	1,81	
	Sí	No	77	0,94	1,27	0,00 ^a
		Sí	181	1,92	2,40	
Consultas de la EGC	No	No	135	0,56	1,17	0,00 ^a
		Sí	24	1,92	2,08	
	Sí	No	77	0,79	1,52	0,00 ^a
		Sí	181	1,62	1,96	
Visitas del equipo medicalizado SUAP	No	No	135	2,15	1,75	0,43 ^a
		Sí	24	2,42	2,08	
	Sí	No	77	1,77	2,10	0,04 ^a
		Sí	181	2,12	1,95	
Visitas equipo enfermero SUAP	No	No	135	0,26	0,54	0,00 ^a
		Sí	24	0,92	1,28	
	Sí	No	77	0,23	0,56	0,02 ^a
		Sí	181	0,52	1,13	
Visitas del equipo medicalizado 061	No	No	135	0,17	0,55	0,23 ^a
		Sí	24	0,33	0,86	
	Sí	No	77	0,17	0,41	0,86 ^a
		Sí	181	0,22	0,57	
Visitas equipo enfermero 061	No	No	135	0,07	0,25	0,19 ^a
		Sí	24	0	0	
	Sí	No	77	0,06	0,29	0,92 ^a
		Sí	181	0,06	0,26	
Admisiones a urgencias de AP	No	No	135	0,03	0,17	0,21 ^a
		Sí	24	0,08	0,28	
	Sí	No	77	0,04	0,20	0,48 ^a
		Sí	181	0,15	0,91	
Admisiones a urgencias de hospital / ingresos hospitalarios	No	No	135	0,64	1,00	0,00 ^a
		Sí	24	1,79	2,46	
	Sí	No	77	1,47	2,08	0,03 ^a
		Sí	181	2,03	2,53	

AP: atención primaria. CP: cuidados paliativos. EdF: enfermeras de familia. EGC: enfermeras gestoras de casos. MdF: médicos de familia. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

^aTest U de Mann-Whitney.

tenciales tanto de AP como de urgencias y, en su caso, de la unidad de CP durante los seis meses previos al fallecimiento en su domicilio. Esta alta utilización de recursos asistenciales se relaciona directamente con el seguimiento de la unidad de CP, que coincide con pacientes que presentan un mayor nivel de complejidad. Este incremento de asistencia recae principalmente en las enfermeras de AP y urgencias, que adoptan un papel fundamental en la continuidad del plan asistencial elaborado por la unidad de CP para el manejo de estos pacientes durante sus últimos meses de vida.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El presente trabajo ha sido financiado por el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Proyecto 2014-DGSM-COD6.

PRESENTACIÓN EN CONGRESOS

- I Congreso Internacional y X Jornadas Nacionales de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería. Granada. 19 y 20 de octubre de 2017.
- Jornadas Internacionales de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud. Sevilla. 27-28 de octubre de 2016.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación CUDECA por facilitar los datos sobre el número de asistencias que han realizado a los pacientes del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szekendi MK, Vaughn J, Lal A, Ouchi K, Williams MV. The prevalence of inpatients at 33 U.S. hospitals appropriate for and receiving referral to palliative care. *J Palliat Med.* 2016;19:360-72.
2. Domínguez-Berjón MF, Esteban-Vasallo MD, Zoni AC, Gênova-Maleras R, Astray-Mochales J. Place of death and associated factors among patients with amyotrophic lateral sclerosis in Madrid (Spain). *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener.* 2015;17:62-8.
3. Morris D, Galicia-Castillo M. Dying with dyspnea in the hospital. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;34:132-4.
4. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2017 [acceso 24 Jun 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cuidados_paliativos/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del padrón municipal a 1 de enero. Málaga: Población por municipios y sexo. [Internet]. 2007 [acceso 24 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2882>
6. Lafuente Robles N, Rodríguez Gómez S, Casado Mora MI, Ayuso Fernández M, Morcillo Muñoz Y, Viñas Vera C, et al. *PiCuida. Estrategia de cuidados de Andalucía. Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía.* Sevilla: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud; 2015.
7. Martínez Ríos I, López Alonso SR, Martín Caravante S, Morales Infante L, Soriano Ruiz SI, Martínez García AI. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio según sexo. *An Sit Sanit Navar.* 2018;41:321-8.
8. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Paz S, Stjernswärd J. Medicina paliativa: modelos de organización. En: Walsh D, editor. *Medicina Paliativa.* 1.a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 23-9.
9. Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enferm.* 2011;20:71-5.
10. Núñez Olarte JM. Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. *Med Palliat.* 2014;21:113-20.
11. Hendry M, Pasterfield D, Lewis R, Carter B, Hodgson D, Wilkinson C. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med.* 2013;27:13-26.
12. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gomez C, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit.* 2011;25:205-10.
13. Herrera Molina E, Rocafort Gil J, Cuervo Pinna MA, Redondo Moralo MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de Atención Primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria.* 2006; 38(Supl 2):85-92.
14. Harding R, Epiphaniou E, Hamilton D, Bridger S, Robinson V, George R, et al. What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psychoeducational intervention. *Support Care Cancer.* 2012;20:1975-82.
15. De Gispert B, Pigem E, Viladot M. Atención paliativa en la enfermedad terminal. *AMF.* 2013;9: 607-17.
16. Tejada FJ, Ruiz MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enfermería Global.* 2009; 15:1-13
17. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado cuidados paliativos. 3.a ed [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2019 [acceso 17 Ene 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI%20PALIATIVOS_4_DEFINITIVO_WEB.pdf
18. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos)© [Internet]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Fundación CuDEca; 2014 [acceso 24 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal>
19. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2017;358:j2925.
20. 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.

21. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, García Sánchez MJ, Guardia Mancilla P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Med Paliat.* 2013;20:60-3.
22. López Alonso SR, Martín Caravante S, Rivero Sánchez C, Linares Rodríguez C, García González JA, Martínez García AI. Casuística, farmacología y juicio clínico de la enfermera de urgencias a domicilio. *Index Enferm.* 2016;25:9-13.
23. López Alonso SR, Martín Caravante S, Rivero Sánchez C, Linares Rodríguez C, Martínez García AI. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio para patologías leves. *Index Enferm.* 2014;23:134-8.
24. 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;22:441-4.
25. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 1st ed. Arlington, VA: National Hospice Organization; 1995.
26. Arrieta E, Gómez de Caso JA, Vega T, Lozano JE, Zuriaga O, en nombre del Equipo de Investigadores del Estudio APASO. Pacientes que reciben atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Estudio APASO, mediante Redes Centinelas Sanitarias. *Med Paliat.* 2017;24:31-8.
27. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30 (Supl 3):71-86.
28. Ladin K. Decomposing differences in utilization of health services between depressed and non-depressed elders in Europe. *Eur J Ageing.* 2012;9:51-64.
29. Sarria-Santamera A, Prado-Galbarro J, Ramallo-Farina Y, Quintana-Díaz M, Martínez-Virto A, Serrano-Aguilar P. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semergen.* 2015;41:63-9.
30. Dahlin C, Coyne PJ, Ferrell BR, editor. *Advanced practice palliative nursing.* New York: Oxford University Press; 2016.
31. López Alonso SR, Bermejo Pérez MJ, Rivero Sanchez C, Alcover Robles R, Rodríguez Orellana S, Linares Rodríguez C. Atención al dolor oncológico-enfermedad terminal por la enfermera de urgencias a domicilio. *Enferm Comunitaria.* 2019;15:e12342.
32. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuello Contreras JA, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Sanz Amores R, et al, coordinadores. *Sedación paliativa y sedación terminal: orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica* [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2005 [acceso 29 Oct 2019]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956ee2fe7_cpali_sedacion.pdf