

Percepción de los médicos hospitalarios sobre los equipos de soporte de atención paliativa domiciliaria[☆]



Hospital medical doctors perception on palliative home care support team

Los cuidados paliativos (CP) tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes, siendo el domicilio el mejor lugar para proporcionar los CP en aquellos pacientes que así lo deseen. Esta situación hace que se planteen modelos de atención integral donde es fundamental la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales de forma continuada y global, adaptándose a las necesidades de los pacientes y sus familias^{1,2}.

Los Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) son equipos interdisciplinares que, en los casos más complejos, prestan ayuda y soporte a los profesionales. Realizan actividades de conexión y de docencia, entrenamiento del resto de profesionales y de investigación en su ámbito, colaborando en situaciones difíciles, tanto a nivel de control sintomático como de manejo psicoemocional, consiguiéndose además un descenso del número de ingresos hospitalarios y de las visitas a los servicios de urgencias^{3,4}.

El ESAPD, radicado en la atención primaria de la antigua Área 9, tiene 2 hospitales de referencia para sus pacientes: el Hospital Severo Ochoa de Leganés, con equipo de soporte hospitalario y camas paliativas, y el Hospital de Fuenlabrada que carece de dichos recursos.

El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar las características de los profesionales sanitarios y su comportamiento con respecto a la derivación de pacientes terminales al ESAPD en este Área.

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario en los hospitales de Leganés y Fuenlabrada. La población incluida fueron los facultativos especialistas no quirúrgicos con más de un año de antigüedad. Se excluyeron a los médicos en formación. Se calculó el tamaño muestral para una diferencia esperada en la proporción de derivación al ESAPD entre centros del 25%, una confianza del 95%, una potencia del 80% y una tasa de respuestas del 90%, siendo necesarias 64 respuestas de cada hospital. Se recibieron 54 respuestas del Hospital de Fuenlabrada y 60 del hospital de Leganés.

Se recogieron variables sociodemográficas (sexo y edad) y las relacionadas con la formación (especialidad, formación en CP), el conocimiento del Plan de CP de la Comunidad de Madrid (si se conocía el Plan de CP y los criterios de derivación) y el manejo de pacientes en situación terminal (actitud frente a pacientes en situación terminal, las dificultades en su derivación y si cambiaría su forma de derivación en caso de conocer mejor el funcionamiento del Plan). Las variables fueron descritas con su distribución de frecuencias. Las asociaciones se evaluaron mediante pruebas de comparación de proporciones. Se empleó un modelo de regresión logística multivariante para establecer los factores predictivos relacionados con la derivación y la capacidad discriminadora del modelo mediante curva ROC.

La mayoría de los encuestados fueron mujeres (64,9%) y el 78,1% tenían entre 31 y 50 años. Por especialidad, la que más respondió a las encuestas fue urgencias, seguido por medicina

Tabla 1

Dificultad en el manejo de pacientes terminales expresada por los facultativos

Manejo del paciente terminal	N.º (%)
Identificar la situación terminal	22 (19,3)
Abordaje familiar y emocional	31 (27,2)
Falta de formación en CP	28 (24,6)
Acceso a paliativos (hospital/domicilio)	29 (25,4)
Otras situaciones	4 (3,5)
Total	114 (100)

CP: cuidados paliativos.

interna y cardiología. El 43% manifestó tener conocimientos en CP, pero solamente el 36,8% conocían el Plan de CP y un 41,6% los criterios de derivación. La formación en paliativos por especialidad fue desigual, siendo los oncólogos los que tenían mayor formación, seguido de urgencias y medicina interna, siendo esta formación baja y mejorable⁵. Respecto a su actitud cuando un paciente llega a una situación terminal, el 40,6% eligen como primera opción la consulta al servicio de paliativos, mientras que un 31,6% derivaría directamente al ESAPD. En la [tabla 1](#) se muestra la distribución de frecuencias del manejo de pacientes terminales expresada por los facultativos. El Hospital de Fuenlabrada, que no cuenta con unidad de paliativos hospitalaria, considera el acceso a paliativos como parte importante en la dificultad del manejo de estos pacientes.

El 77,7% de los facultativos cambiaría su forma de derivación al ESAPD si conociese mejor el funcionamiento y las formas de derivación ($p < 0,01$).

Aquellos profesionales que conocen el Plan de CP, los criterios y vías de derivación al ESAPD utilizan más este servicio y expresan menor dificultad en la atención de pacientes terminales. El modelo de regresión logística predeciría correctamente el 80,4% de las derivaciones al ESAPD con un poder de clasificación aceptable ya que la especificidad y la sensibilidad iguala o supera el 75% (curva ROC).

La proporción de hospitales con equipos especializados es todavía insuficiente⁴, a pesar de ser un recurso coste-efectivo y de incrementar la satisfacción del usuario^{6,7}. Una identificación rápida de los pacientes que pueden beneficiarse de estos cuidados, la existencia de mayor formación y conocimiento de los recursos disponibles, así como de liderazgo clínico compartido entre niveles asistenciales mejoraría la atención sanitaria en CP².

Autorizaciones

El estudio ha sido autorizado por las direcciones médicas de los hospitales de Leganés y de Fuenlabrada.

Bibliografía

1. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2010-2014.
2. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013;368:1173–5.
3. Jiménez Torres EF, Palomera García M. Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:9224–33.
4. Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: A community-oriented, population-based, public-health approach. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6:371–8.
5. Hernández Belmonte A, Ferrer Colomer M. Conocimientos en cuidados paliativos del paciente no oncológico. *Cuad Bioética*. 2009;XX:540–1.
6. Bernacki RE, Ko DN, Higgins P, Whitlock SN, Cullinan A, Wilson R, et al. Improving access to palliative care through an innovative quality improvement initiative: An opportunity for pay-for-performance. *J Palliat Med*. 2012;15:192–9.
7. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6.

[☆] Forma parte del trabajo de investigación de la XIII edición del máster de Medicina Paliativa de la Universidad Autónoma de Madrid.

Margarita Mosquera-González^{a,*}, María Cruz Martín-García^b,
Sara Sánchez-Riquelme^c y Marcos Alonso-García^a

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) Norte, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Medicinsk Center Sondenborg, Sygehus Sønderborg, Sønderborg, Dinamarca

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmosquera@fhacorcon.es
(M. Mosquera-González).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.010>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Encuesta sobre la actividad de interconsultas a geriatría en los hospitales españoles



A survey on geriatric consultation activity in Spanish hospitals

En medicina es cada vez más frecuente la especialización, lo que conduce a la necesidad de realizar interconsultas (IC) entre diferentes servicios. La actividad de IC es importante en geriatría, dada la presencia de pacientes geriátricos en el resto de servicios. El papel de los equipos consultores geriátricos se describió en los años 80 en EE. UU.¹⁻³ y en los 90 en España⁴⁻⁷. Estos dispositivos demostraron la reducción de días de hospitalización de los ancianos⁴, pero no obtuvieron una evidencia incontestable de su actividad por razones como el no haberse dirigido a un tipo de pacientes diana, como los ancianos frágiles⁸, la escasa adherencia a sus recomendaciones^{1,4}, la falta de recursos estructurales y su excesiva focalización en la reducción de la estancia en lugar de en aspectos clínicos.

Recientemente se ha publicado un análisis de la actividad interconsultora de los servicios de medicina interna (SMI) en España⁹. Revela que se realizan IC en un 79% de los SMI, que existen IC monográficas en el 45% y que en el 31% disponen de protocolos de asistencia compartida con otros servicios. La mayoría las realizan facultativos a tiempo parcial.

La falta de una visión conjunta sobre este tema en los servicios de geriatría (SG) españoles motivó a los autores a la realización de una sencilla encuesta como aproximación para conocer esta actividad en ellos.

Se envió una encuesta de 10 preguntas con respuesta múltiple sobre la actividad de IC a 102 SG españoles localizados mediante la secretaría de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y el listado de unidades docentes acreditadas en la página Web de la sociedad (<https://www.segg.es/formacion/mir-de-geriatria>). Se envió un correo electrónico el 21 de junio de 2017 a los jefes de servicio o responsables. A los SG que no respondieron se les reenvió la encuesta hasta en 3 ocasiones con intervalos de un mes. Posteriormente, se intentó contactar con los SG sin respuesta mediante otros miembros del SG.

Del total de 102 SG a los que se envió se recogieron un total de 50 encuestas contestadas, de los que 41 (82%) sí realizaban IC (tabla 1). La mitad de las respuestas (48,8%) procedieron de hospitales de tamaño medio. El 41% valora entre 100 y 500 IC y otro 41% más de 500 IC al año. Los principales servicios consultores son traumatología (28,1%) y cirugía general (23,7%). La mayoría de las IC (82,9%) fueron para seguimiento clínico y, generalmente (85,4%), los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria. Sin embargo, solo se aporta informe en el 51,2% de los casos. La gran mayoría de SG tienen uno o 2 adjuntos (58,5% y 21,9%) dedicados a esta actividad, generalmente a tiempo parcial (70,7%). Cuando hay médicos residentes estos participan en la actividad (88,9%).

En sus inicios se pensaba que la IC a geriatría se realizaba preferentemente para traslado asistencial o para planificación del alta, pero actualmente el tipo de interconsulta más frecuente es para

seguimiento médico (82,9%). Es destacable que prácticamente en la mitad de los pacientes evaluados no se entrega ningún informe médico al paciente. A pesar de ocupar una parte importante de la actividad del SG la información no se transmite al alta.

Tabla 1

Resultados de la encuesta sobre la actividad de interconsultas en los servicios de Geriatría españoles (n = 50 servicios)

<i>Ubicación geográfica de los servicios</i>	
Madrid	17 (14,1%)
Cataluña	9 (7,4%)
Andalucía	4 (3,3%)
Castilla-León	4 (3,3%)
Castilla-La Mancha	4 (3,3%)
Aragón	3 (2,5%)
Otras ^a	9 (7,5%)
<i>Número de camas del hospital</i>	
< 200	12 (29,3%)
200-500	20 (48,8%)
500-1.000	6 (14,6%)
> 1.000	3 (7,3%)
<i>Número de interconsultas recibidas al año</i>	
< 100	7 (17,9%)
100-499	16 (41,1%)
500-1.000	8 (20,5%)
> 1.000	8 (20,5%)
<i>Servicios consultores más frecuentes</i>	
Traumatología	32 (28,1%)
Cirugía general	27 (23,7%)
Urgencias	15 (13,1%)
Medicina interna	13 (11,4%)
Otros ^b	27 (23,7%)
<i>Tipos de interconsultas</i>	
De seguimiento clínico	34 (82,9%)
Peticiones de traslado de pacientes	7 (17,1%)
<i>Seguimiento de los pacientes hasta el alta</i>	
Sí	35 (85,4%)
No	6 (14,6%)
<i>Informe de geriatría al alta</i>	
No	20 (48,8%)
Sí, por separado	14 (34,2%)
Sí, añadido al del servicio consultor	7 (17%)
<i>Número de médicos dedicados a interconsultas</i>	
1	24 (58,5%)
2	9 (22%)
3 ó más	8 (19,5%)
<i>Dedicación horaria:</i>	
A tiempo completo	12 (29,3%)
A tiempo parcial	29 (70,7%)
<i>Participación de los médicos residentes</i>	
Número (%) de servicios que tienen residentes	27 (65,9)
Participan en las interconsultas	24 (88,9%)
No participan	3 (11,1%)

^a Asturias, Extremadura, Baleares, Canarias, Cantabria, Navarra y Valencia.

^b Cuidados paliativos, cirugía plástica, cirugía vascular, cardiología, dermatología, ginecología, enfermedades infecciosas, neumología, neurología, neurocirugía, oncología, psiquiatría y urología.