

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de Medicina Interna

OVIEDO

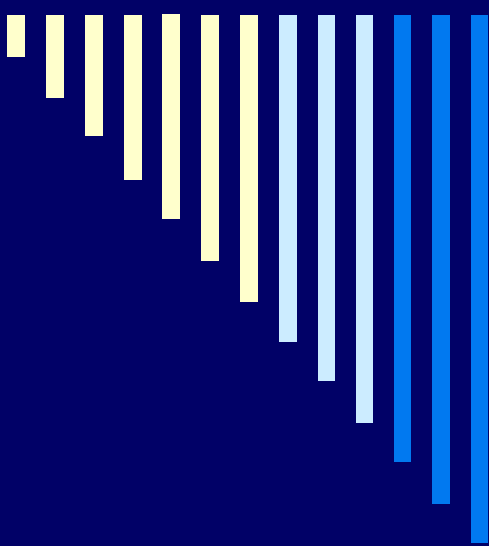
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**

La Unidad de Hospitalización a Domicilio como Equipo de Soporte en el paciente Terminal médico y oncológico: propuesta de una nueva clasificación.

Juan Manuel Melero Bellido.
Hospital U. Virgen del Rocío.



COMPLEJIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES EN SITUACIÓN AVANZADA Y TERMINAL EN UNA UHD

A. Fernández López
U.H.D. H.Virgen delRocío.Sevilla
El Escorial. Junio 2006

Sinopsis de los criterios y grado de Terminalidad

Pacientes Médicos

- **Criterios de la National Hospice Organization . NHO 1996**
 - Modificaciones posteriores de Lynn J. (2001) y Grbich (2005).
 - Exige la existencia de la totalidad de los criterios generales y los específicos de la enfermedad.
 - Están en continua revisión. En España actualmente proyecto multicéntrico PALIAR.

Sinopsis de los criterios y grado de Terminalidad

Pacientes Oncológicos

- **Eastern Cooperative Oncology Group ECOG 1982**
 - Clasificación sencilla y generalizada.
 - Establece 5 niveles en función de necesidad tiempo de encamamiento vigil.
 - Se exige puntuación $\Rightarrow 4$

Sinopsis de los criterios y grado de Terminalidad

Pacientes Oncológicos

➤ **Palliative Performance Scale PPS 1996**

- Establece 11 niveles y se expresa en %
- Valora 5 ítems:
 - Deambulación
 - Evidencia enfermedad/Actividad
 - Autocuidados
 - Ingesta
 - Nivel de conciencia

Sinopsis de los criterios y grado de Terminalidad

Pacientes Oncológicos

➤ **Palliative Prognostic Index PPI 1999**

- Incluye 5 variables puramente clínicas:

- Puntuación PPS
- Ingesta oral
- Edemas
- Disnea de reposo
- Delirio

- Tiene valor pronóstico, que aumenta con valores por encima de 4

Características y limitaciones de estas clasificaciones I

- Todas se refieren casi exclusivamente al estado clínico del paciente
- Exigen apoyarse, a su vez, en otras clasificaciones:
 - NYHA para I. Cardíaca
 - MRC para EPOC
 - Child-Pugh para cirrosis
 - Índice de Charlson
 - Diagnóstico de Síndrome confusional agudo (Confusion Assessment Method CAM)

Características y limitaciones de estas clasificaciones II

- Todas tienen escaso valor predictivo a medio plazo, salvo la escala PPI
 - Sin embargo el clínico mediante la aplicación de las mismas y con su experiencia, obtiene una determinada idea de la complejidad del manejo de la situación.
- Se escapan aspectos importantes como:
 - Factores ligados a familia y cuidadores.
 - Relacionados con los propios profesionales que le atienden.
 - Otras variables de entorno como estrategia de actuaciones complejas, idioma, vivienda, uso fármacos hospitalarios, etc.,.



Características y ventajas de la clasificación basada en la Complejidad de los pacientes Terminales I

- Se enmarcan dentro de un modelo de Atención integral y compartida:
 - Atención Primaria de Salud
 - Equipos de Soporte Domiciliario
 - Camas de Cuidados Paliativos
 - Dispositivos externos de Urgencia

Características y ventajas de la clasificación basada en la Complejidad de los pacientes Terminales II

- Incorpora las clasificaciones y escalas conocidas y añade otros factores, a veces determinantes.
- Agrupa y sistematiza todos los posibles eventos.
- Asumida la terminalidad, prioriza el grado de complejidad del paciente y su entorno para abordarlo en el lugar, por los profesionales y de la forma mas adecuada para el mismo y su familia.

Características y ventajas de la clasificación basada en la Complejidad de los pacientes Terminales III

- Del carácter holístico e integrador de esta clasificación, se derivan beneficios de tres órdenes:
 - Para el clínico, que conocerá mejor a la situación a la que se enfrenta.
 - Para el gestor clínico, que tendrá herramientas y criterios para ordenar la atención a estos pacientes en el escalón sanitario correspondiente y disponer la necesaria coordinación entre ellos.
 - Para el proveedor/planificador de servicios que conocerá mejor dónde y cómo tiene que distribuir los recursos y qué tipo de ellos.

Niveles de Complejidad I

1. Dependientes del paciente

➤ De las características personales:

- Niño o adolescente.
- Problemas de adicción a drogas.
- Enfermedades mentales previas que han requerido tratamiento.
- Profesional sanitario.
- Rol que representa el paciente en la familia y sociedad.

Niveles de Complejidad II

1. Dependientes del paciente

➤ De situaciones clínicas complejas I

- Síntomas intensos de difícil control o refractarios.
- Obstrucción intestinal o urológica.
- Pelvis congelada con obstrucción.
- Situación de últimos días con mal control.
- Fallo cognitivo y delirio.
- Trastornos de comportamiento 2º a afectación neurológica previa.
- Rápido deterioro clínico con crisis de necesidades frecuentes.

Niveles de Complejidad III

1. Dependientes del paciente

➤ De situaciones clínicas complejas II

- Fístulas, úlceras tumorales u otras lesiones de piel y mucosas que requieren control por su tamaño, localización, infección u otros síntomas.
- Afectación de cabeza y cuello avanzada.
- Uso reiterado de los dispositivos de urgencias externos u hospitalarios por crisis de necesidades reiteradas e intensas o por el impacto en el enfermo y cuidadores.
- Existencia de pluripatología con situación clínica inestable e incremento brusco de la dependencia.
- Que requieran sedación por síntomas refractarios o síntomas difíciles

Niveles de Complejidad IV

1. Dependientes del paciente

➤ De situaciones clínicas complejas III

- Existencia pluripatología con alto nivel de dependencia actual o ya establecido.
- Síntomas intensos no controlados pero sin reunir la condición de situación clínica compleja.

Niveles de Complejidad V

1. Dependientes del paciente

- De Crisis de Necesidades que precisan respuesta urgente I
 - Hemorragias o riesgo alto de las mismas.
 - Delirium.
 - Síndrome de Cava Superior.
 - Enclavamiento por hipertensión endocraneal.
 - Hipercalcemia.
 - Disnea aguda.

Niveles de Complejidad VI

1. Dependientes del paciente

- De Crisis de Necesidades que precisan respuesta urgente II
 - Estatus convulsivo.
 - Sospecha compresión medular.
 - Fractura patológica de huesos.
 - Crisis de pánico o angustia existencial.
 - Insuficiencia aguda de órgano de difícil control.

Niveles de Complejidad VII

1. Dependientes del paciente

➤ De problemas Psicoemocionales severos

- Riesgo de suicidio.
- Falta o mala comunicación con la familia y/o equipo terapéutico.
- Trastornos adaptativos severos.
- Cuadros depresivos mayores con manifestaciones psicóticas.

Niveles de Complejidad VIII

2. Dependientes de la Familia

- Claudicación Familiar
- Ausencia/insuficiencia de soporte familiar y cuidadores.
- Familiares no competentes para los cuidados y/o familias difíciles.
- Familias con duelos patológicos previos no resueltos.
- Conspiración de silencio de difícil abordaje.
- Insuficiente aceptación o negación de la realidad.

Niveles de Complejidad IX

3. Dependientes de los Profesionales

- Falta de conocimiento y/o motivación en el enfoque paliativo.
- Dilemas éticos y de valores, actitudes y creencias.
- Duelo propio no resuelto por parte de los componentes del equipo.
- Conflictos dentro del equipo o con otros equipos en la toma de decisiones.

Niveles de Complejidad X

4. Dependiente de estrategias de Actuaciones Complejas

- Rotación de opioides.
- Indicación y gestión de estrategias terapéuticas especiales:
 - Radioterapia, endoscopia, cirugía, ventilación mecánica, bloqueos y otras.
- Demanda reiterada de eutanasia y suicidio asistido por el paciente o sus familiares.
- Actuaciones complejas en domicilio:
 - Nutrición enteral/parenteral, tratamientos endovenosos, transfusiones, paracentesis y curas difíciles.
- Indicación y aplicación de Sedación Paliativa.

Niveles de Complejidad XI

5. Otros elementos

- ▶ Condiciones de vivienda y entorno no adecuados.
- ▶ Idioma y/o cultura diferente.
- ▶ Fármacos de uso hospitalario.
- ▶ Necesidad de materiales especiales:
 - Ortopédico, oxigenoterapia, aspirador portatil, ventilación mecánica.
- ▶ Necesidades de Coordinación y Gestión
 - Cita a Consultas, traslados, ingresos programados, comunicación otros profesionales

Objetivos de la ponencia I

- 1. Comprobar si los distintos grupos basados en su complejidad, se comportan coherentemente en relación a unos parámetros seleccionados:
 - Estancia Media
 - Mortalidad
 - Necesidad de Ingresos hospitalarios
 - Frecuentación de las visitas
 - La hipótesis de partida es que todos estos parámetros sean inferiores en los grupos menos complejos (P1) que en los de alta complejidad (P3), con la excepción de las estancias en los P4.

Objetivos de la ponencia II

- 2. Conocer, en el periodo analizado, qué tipo de pacientes, en función de su complejidad, han sido atendidos en un Equipo de Soporte Domiciliario (ESD) integrado en una U. de Hospitalización a Domicilio.
 - La hipótesis de inicio deseable sería que los de menor complejidad (P1) serían menores en número y/o permanencia en el ESD y los de mayor complejidad (P3) serían los mas numerosos y los que permanecen mas tiempo.
- 3. Contribuir con sus resultados a avalar la idoneidad de esta clasificación y colaborar así, de alguna manera, al proceso de Validación y aceptación generalizada de la misma.

Metodología. I

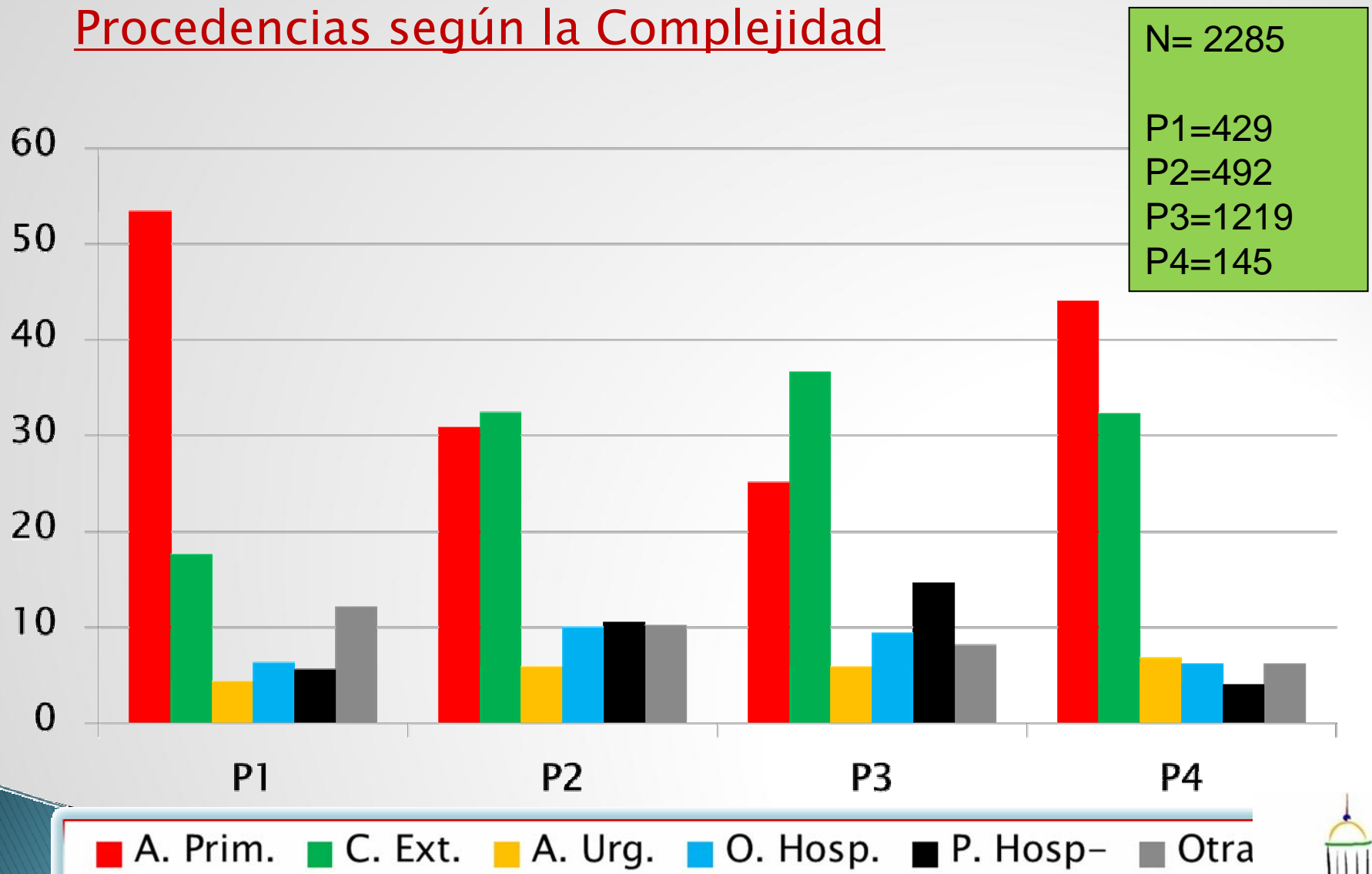
- Se analizan las Procedencias de 2285 ingresos de pacientes oncológicos y las Estancias, Frecuentación, Exitus e Ingresos hospitalarios de 2270 ingresos, en un periodo de tiempo desde Enero 2005 a 31 Marzo de 2010.
- La valoración se realiza entre la primera y segunda visita. Los profesionales han sido todos los mismos durante estos 5 años, con especialidad vía MIR y la mayoría Master en C. Paliativos. La recogida e introducción en base de datos se ha hecho por la misma persona de la totalidad de los enfermos.
- Se realiza estadística descriptiva de las variables del estudio; para ello se usa frecuencias absolutas y relativas, para las variables cualitativas. Para las cuantitativas se resumen en Media y Desviación Estándar o Mediana y Rango (mínimo y máximo)

Metodología. II

- Se realizó una comprobación del grado de Complejidad con respecto a los Exitus e I. hospitalarios mediante X^2 y para las comparaciones 2 a 2 se aplicó la Corrección de Bonferroni ($p < 0,0083$).
- Para analizar los días de Estancia y la Frecuentación, según Complejidad, se realizó mediante ANOVA, utilizando, para un factor, el Test de Welch y, para comparaciones múltiples, se usó el de Games–Howell.
- El nivel de significación estadística ha sido establecido en $p < 0,05$.

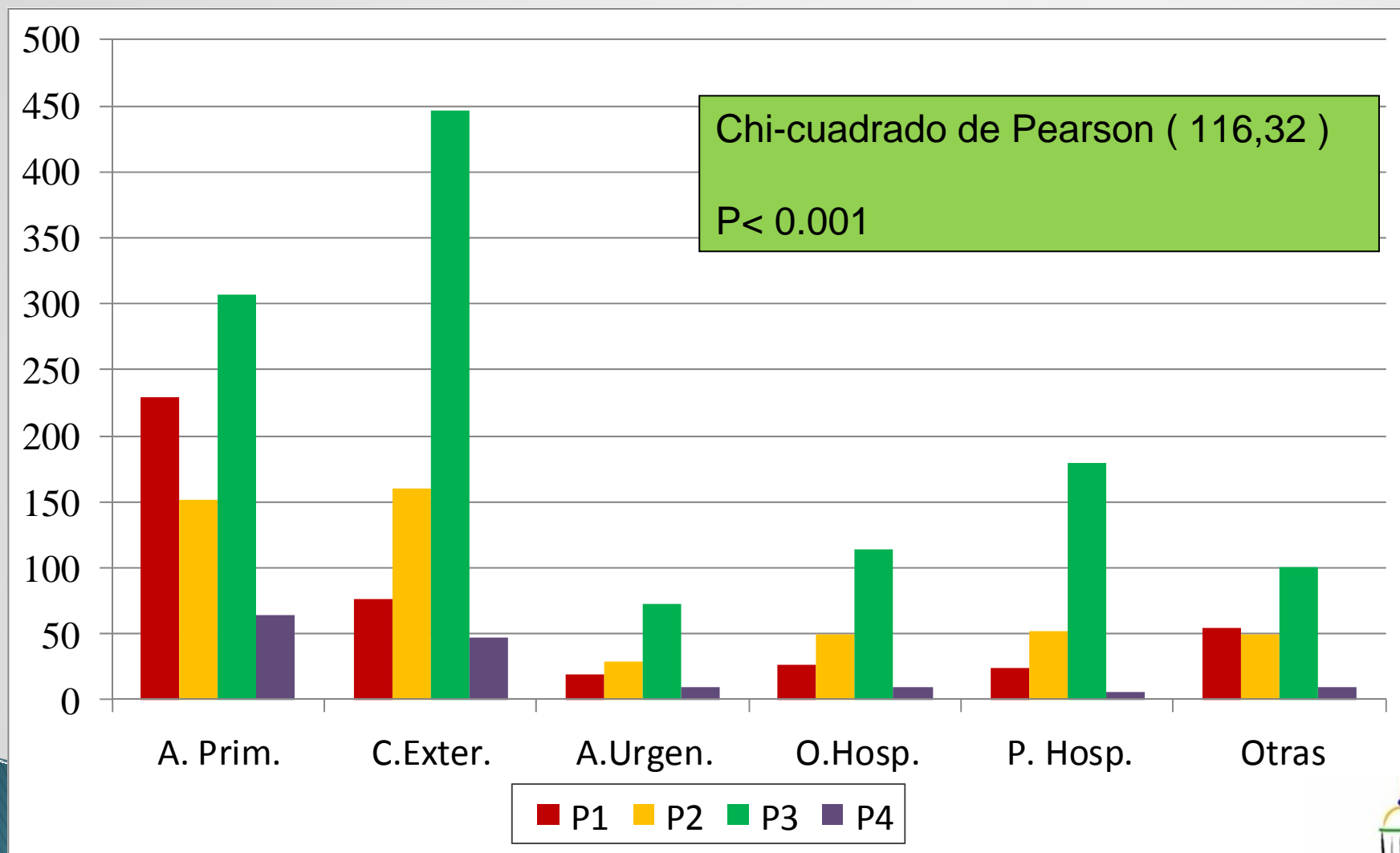
Resultados. I

Procedencias según la Complejidad



Resultados. II

Complejidad según Procedencias



Resultados. III

Comportamiento de las Estancias según Complejidad

Complejidad	Numero	Media	D.Standar	Mediana	Rango
P1	426	4,25	± 10,5	1	0-86
P2	490	20.73	± 20,09	14	1-164
P3	1210	23,52	± 24,32	66	1-192
P4	144	4,99	± 9,03	2	0-197

ANOVA (Test de Welch)

$P < 0,001$

Prueba pos-hoc (Games-Howell)

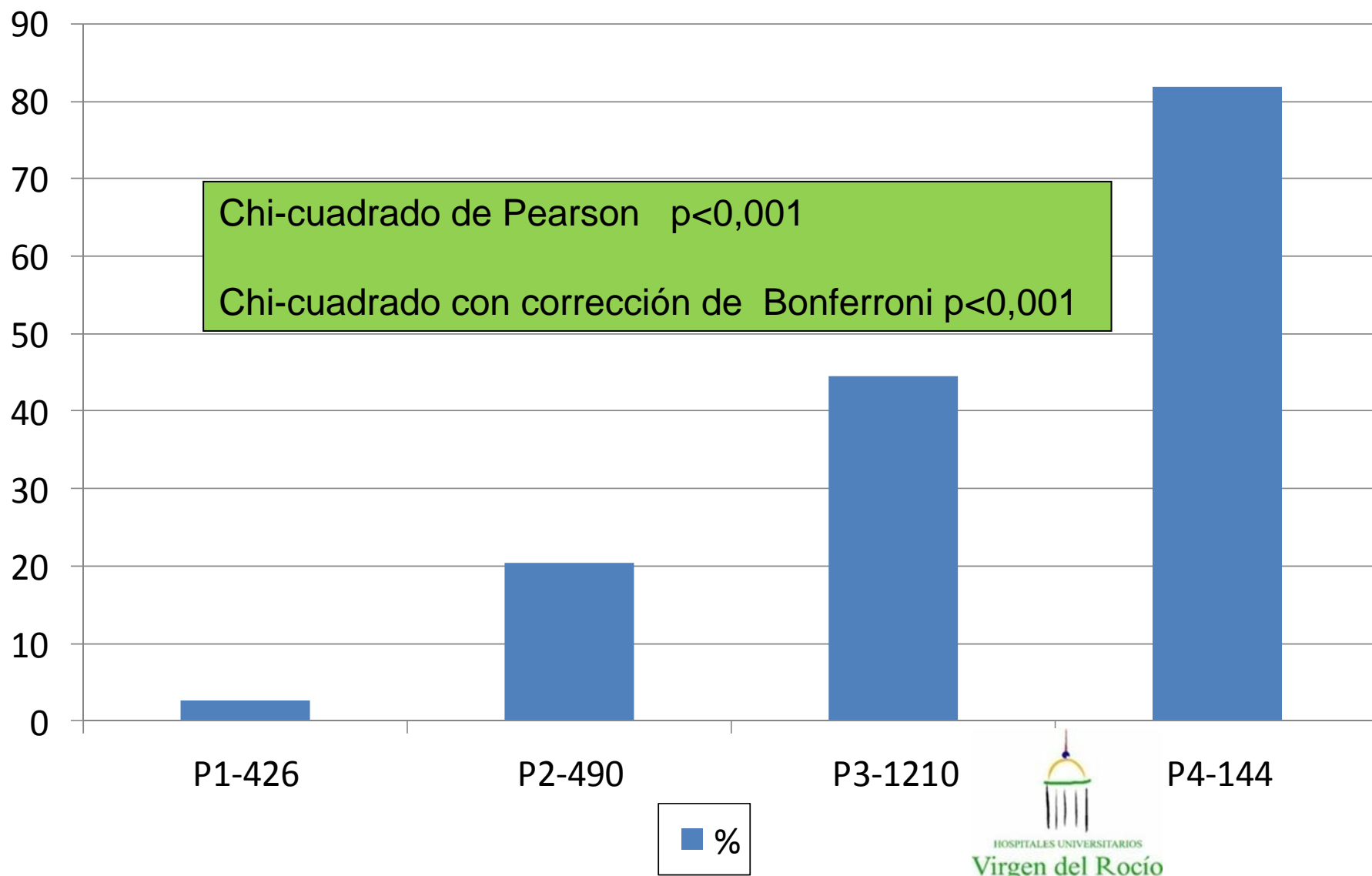
Todas significativas ($p < 0,001$)

No significativas entre P1 y P4 ($p=0,846$) y P2 y P3 ($p=0,071$)

HISTORIAS	GRUPATOLOG	T	M	L	ESTANCIAS	VSANITARIA	VISTTOTAL	R E/VF	R E/VS	R E/VT	E MEDIA
1084	NM	5508	4338	154	22389	9846	10000	4,06	2,27	2,24	20,65
2294	CC	4314	27882	336	47166	32196	32532	10,93	1,46	1,45	20,56
1013	CO	2985	18073	130	28136	21058	21188	9,43	1,34	1,33	27,77
136	CR1	2864	6313	191	33952	9177	9368	11,85	3,70	3,62	249,65
2372	CV	6576	46802	581	73600	53378	53959	11,19	1,38	1,36	31,03
1223	DI	3351	2650	90	11970	6001	6091	3,57	1,99	1,97	9,79
140	EN	792	795	12	2967	1587	1599	3,75	1,87	1,86	21,19
245	HM	769	767	34	3923	1536	1570	5,10	2,55	2,50	16,01
871	CA	5222	3741	123	19242	8963	9086	3,68	2,15	2,12	22,09
155	NF	900	1365	5	3744	2265	2270	4,16	1,65	1,65	24,15
83	TR	129	777	6	1448	906	912	11,22	1,60	1,59	17,45
426	NR	2597	2984	72	10859	5581	5653	4,18	1,95	1,92	25,49
18	RE	82	62	2	440	144	146	5,37	3,06	3,01	24,44
2890	TE	26654	24385	182	100146	51039	51221	3,76	1,96	1,96	34,65
426	TE1	793	491	0	1810	1284	1284	2,28	1,41	1,41	4,25
490	TE2	3164	2011	0	10158	5175	5175	3,21	1,96	1,96	20,73
1210	TE3	9974	7071	0	28464	17045	17045	2,85	1,67	1,67	23,52
145	TE4	421	219	1	720	640	641	1,71	1,13	1,12	4,97
479	MI	3119	4012	33	13991	7131	7164	4,49	1,96		
15700		80214	154738	1952	415125	234952	236904				

Resultados. IV

Los Exitus según la Complejidad



Resultados. V

La Frecuentación según la Complejidad

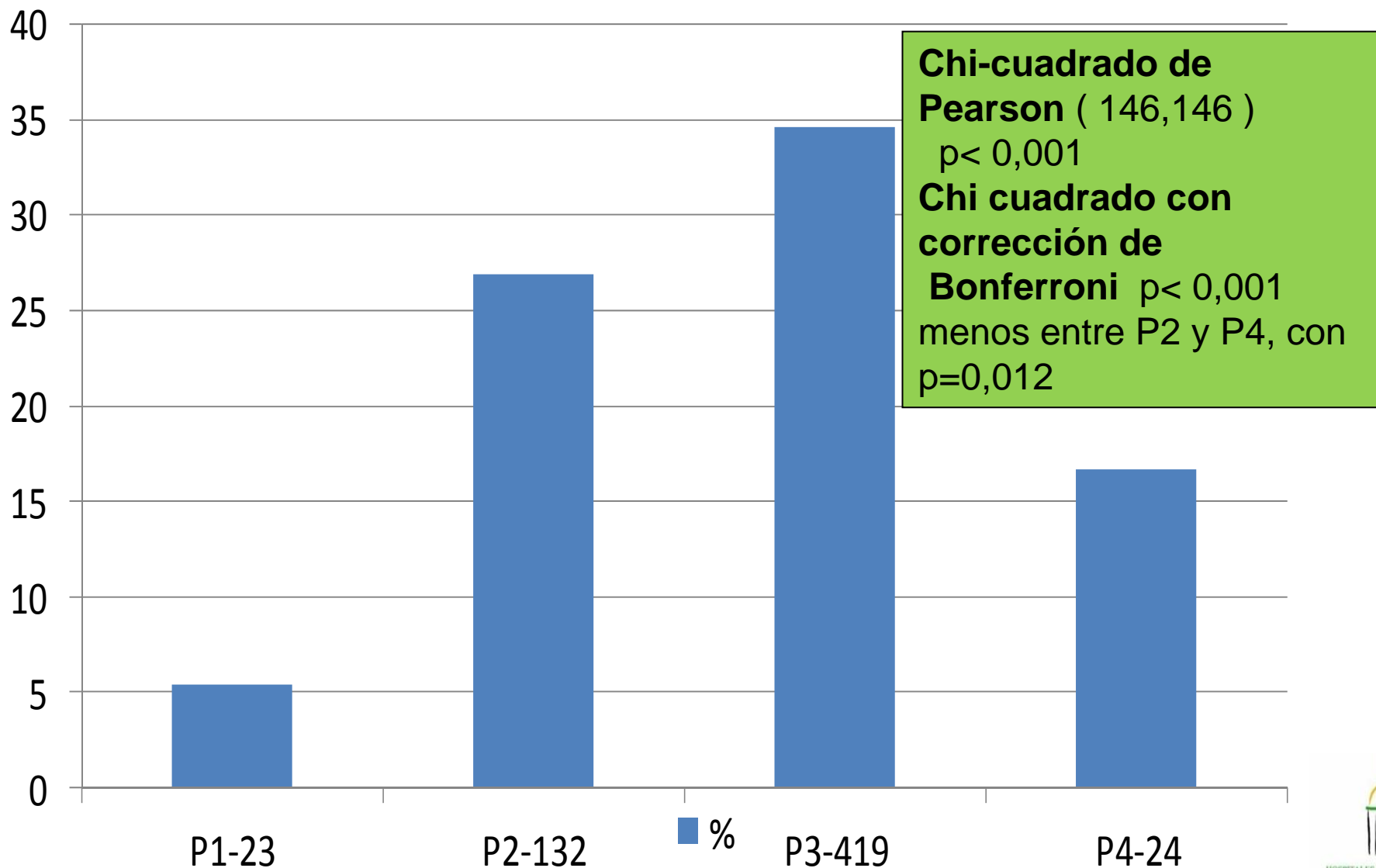
Complejidad	Número	Media	D. standar
P1	426	13,67	± 6,74
P2	490	6,20	± 3,92
P3	1210	7,89	± 5,43
P4	144	13,11	± 7,49

ANOVA (Test de Welch) $p < 0,001$

**Prueba pos-hoc (Games-Howell) para todos $p < 0,001$
menos entre P1 y P4 con una $p = 0,860$**

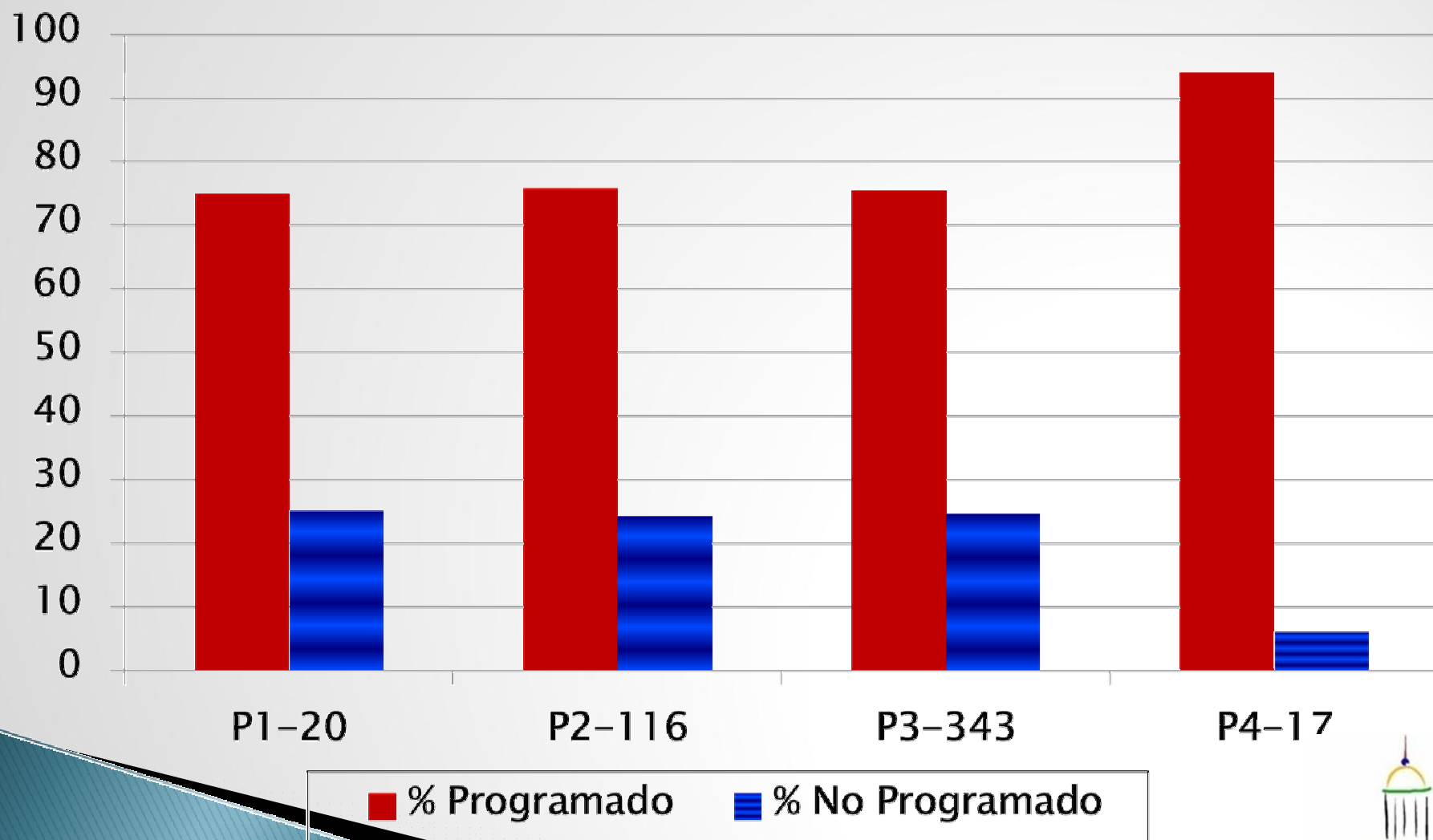
Resultados. VI

Los Ingresos hospitalarios según la Complejidad



Resultados. VII

Modalidad de los Ingresos hospitalarios según la Complejidad



Consideraciones finales. I

1. Se observa un alto grado de coherencia entre la complejidad de los grupos y los parámetros analizados; la no correspondencia entre las estancias y el grupo P4 era previsible
2. La significación estadística discutible entre las E. Medias de los grupos P2 y P3, responde a las dificultades para poder derivar pacientes con complejidad media hacia A. Primaria, en un contexto aun no idóneo.
3. Los lugares de procedencia mas numerosos, prácticamente 2/3, son A. Primaria y Consultas Externas, es decir de pacientes que están en su domicilio.
4. La llegada a un ESD de pacientes es situación agónica/preagónica tiene difícil justificación. La formación básica en C. Paliativos de todos los profesionales debe permitir encarar esta situación con eficacia.

Consideraciones finales. II

5. La formación adecuada y generalizada en C. Paliativos, no solo en A. Primaria y la dotación de recursos materiales precisos, posibilitaría la disminución del número de pacientes de baja complejidad (P1) en un ESD y una permanencia mas ajustada de los de complejidad media (P2).
6. Aunque este trabajo se ha realizado sobre pacientes oncológicos en situación de terminalidad, creemos que sus principios pueden y deben ser aplicados, de igual manera, a los pacientes médicos en igual situación.
7. Consideramos que estudios como el presente, aportan elementos valiosos al proceso de Validación y aceptación por parte de la comunidad de Clasificación en función de la Complejidad del paciente Terminal.