[1134-248X (2008) 15: 1; pp. 7]
MEDICINA PALIATIVA
Copyright © 2008 ARÁN EDICIONES, S.L.

MED PAL (MADRID)
Vol. 15: N.º 1; 7-17, 2008

Evolución y resultados de la consulta externa de Cuidados Paliativos en el Institut Català d'Oncologia: 2001-2005

J. PORTA SALES, X. GÓMEZ BATISTE-ALENTORN, N. CODORNIZ ZAMORA, G. SERRANO BERMÚDEZ, E. ALBURQUERQUE MEDINA, J. ESPINOSA ROJAS, D. SÁNCHEZ POSADA, A. DURÁN FERNÁNDEZ, J. GONZÁLEZ BARBOTEO, A. TUCA RODRÍGUEZ, R. SALA COROMINAS, A. VIDAL MILLÀ[1], J. M. BORRÁS ANDRÉS[2]

Servicios de Cuidados Paliativos y de [1]Calidad. Institut Català d'Oncologia. [2]Plan Oncológico de Cataluña. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de citación en la consulta externa y sus principales resultados clínicos del Servicio de Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia, para el periodo 2001-2005.

Pacientes y métodos: pacientes consecutivos por los que se consultó y se visitaron en las consultas externas durante el periodo de estudio. Cada paciente por el que se consultó fue evaluado y programado para visita siguiendo un protocolo claramente definido. En cada visita se registraron variables demográficas y clínicas y se evaluaron el dolor, anorexia, estreñimiento, insomnio, debilidad, ansiedad y depresión. La eficacia en el control sintomático se analizó para aquellos pacientes que fueron capaces de hacer tres visitas consecutivas.

Resultados: referente al proceso de citación fueron evaluables 2.385 pacientes. El 80% de los pacientes programados vinieron a visita y la mediana de tiempo entre la demanda y la visita fue de 10 días. La evaluación del control sintomático fue posible para 553 pacientes, mostrando un significativo buen control de todos los síntomas con excepción de la astenia. El 55% de los pacientes requirieron opioides para el dolor, observándose un cambio en el patrón pasando de morfina a fentanilo TTS.

Conclusiones: la carga asistencial, en nuestro centro, en la consulta externa de cuidados paliativos es alta. Los resultados del proceso de citación muestran un alto cumplimiento con un mínimo tiempo de espera entre la petición y la visita. Los resultados clínicos muestran un buen control global de los síntomas con excepción de la astenia. También se observa un cambio en el patrón de la prescripción de opioides. Este estudio ha de ser considerado como la línea basal para futuros estudios en nuestro centro o en otros de características similares.

Med Pal 2008; Vol. 15, pp. 7-17

PALABRAS CLAVE:
Cuidados Paliativos. Consulta externa. Cáncer.

ABSTRACT

Objective: to describe the appointment scheduling process in the outpatient clinic, and the main clinical results of the palliative care service at Institut Català d'Oncologia for the period 2001-2005.

Patients and methods: patients consecutively visited in the outpatient clinic during the study period. Each patient was evaluated and scheduled following a clearly defined appointment protocol. Demographic and clinical variables, and symptom control for pain, anorexia, constipation, insomnia, weakness, anxiety, and depression were recorded for each visit. Symptom control efficacy was analyzed for patients able to pay three consecutive visits.

Results: regarding the appointment process, 2,385 patients were evaluable. Eigthy percent of patients scheduled were able to attend the visit, and the median time between request and visit was 10 days. Symptom control was evaluable for 553 patients, with a significantly good control for all symptoms but weakness. Opioids for pain were used by 55% of patients, with a progressive change in the pattern of prescription from morphine to fentanil-TTS.

Conclusion: in our center palliative care outpatient activity has a high workload. The results of our appointment process show high compliance with a minimum delay between request and visit. Overall, clinical outcomes demonstrate a good control for a set of paradigmatic symptoms in advanced cancer patients, except fort weakness. Also, a change was found in the pattern of opioid prescription. This study should be considered a baseline report that may be of help for further analyses, both in our Institute and other cancer centers.

KEY WORDS:
Palliative Care. Oupatient. Cancer.

INTRODUCCIÓN

En el contexto del desarrollo del programa piloto de la OMS de Cuidados Paliativos de Cataluña (1), en 1990 se inició, en el Institut Català d'Oncologia (ICO) de L'Hospitalet de Llobregat, el funcionamiento de un equipo de soporte (UFISS) de Cuidados Paliativos. Este primer equipo evolucionó hasta que en 1996 se constituyó el Servicio de Cuidados Paliativos (SCP) con una unidad de hospitalización de 16 camas y una consulta externa, manteniendo la UFISS inicial. El ICO se halla ubicado en el Hospital Duran i Reynals que junto con el Hospital Universitario de Bellvitge, constituyen la Ciudad Sanitaria Universitaria de

Recibido: 27-09-06
Aceptado: 02-01-07

Bellvitge (CSUB), ubicada en L'Hospitalet de Llobregat; municipio colindante con Barcelona y parte de su área metropolitana. La CSUB ofrece un área de hospitalización de 1.000 camas para una población aproximada de 1,5 millones de habitantes. El ICO constituye el centro de referencia para Cataluña para tumores poco prevalentes y centro oncológico para la atención de la zona del Baix Llobregat. El SCP constituye uno de los cuatro servicios asistenciales de lo que se ha convenido en llamar modelo oncológico integral del ICO, que incluye además oncología médica, oncología radioterápica y hematología clínica. Este modelo se ha desplegado en otros centros, existiendo en la actualidad el ICO-Badalona ubicado en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y el ICO-Girona situado en el Hospital Universitario Josep Trueta.

En la literatura referente a cuidados paliativos (CP) hay abundante información sobre eficacia y eficiencia de los equipos domiciliarios (2), unidades hospitalaria y equipos de soporte hospitalario (3). La actividad en la consulta externa de cuidados paliativos ha sido escasamente analizada y sólo recientemente se le ha prestado cierta atención. Lo anterior es realmente paradójico ya que la atención ambulatoria en CP se desarrolla prácticamente desde el inicio de los CP modernos (4) y por muchos equipos.

En el 2001 se toma la decisión en el SCP de profundizar en el audit clínico como instrumento de mejora continuada. El audit clínico en CP no supone ninguna novedad, ya que existe una larga tradición en CP (5,6). Por razones de tipo organizativo se inicia este proceso en el ámbito de la consulta externa (CEX).

El proceso de atención en la CEX se puede dividir en dos grandes subprocesos, uno corresponde al subproceso de citación y el otro propiamente corresponde a la actividad clínica en la CEX. El proceso de citación se definió en 2001, tal como se muestra en la figura 1, y el proceso de atención clínica se halla protocolizado siendo hecha su última revisión en septiembre 2003.

El objetivo del presente trabajo es describir los resultados desde el inicio de un audit sistemático en la CEX desde finales del 2001 hasta mediados del 2005, con el fin último

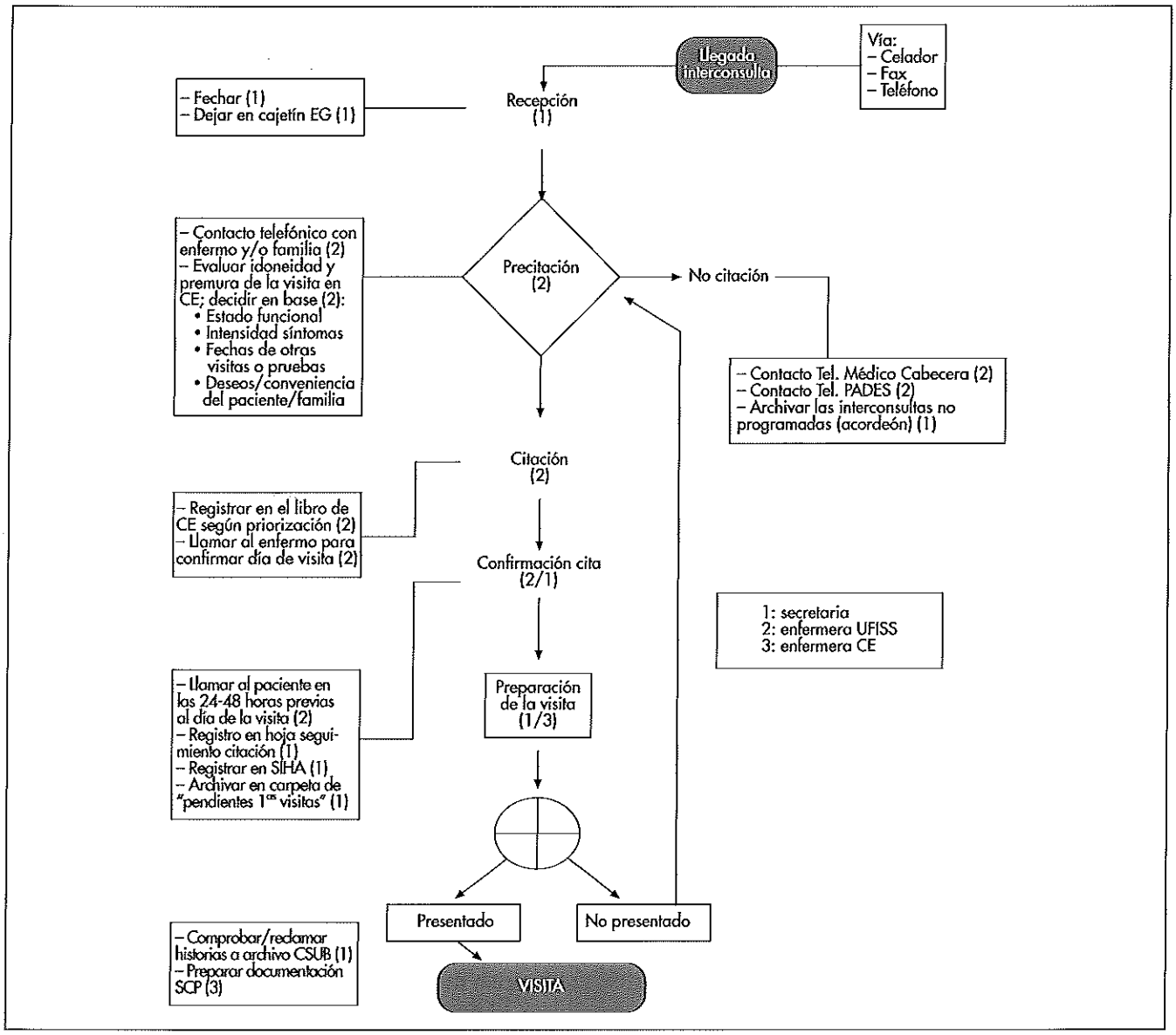

Fig. 1. Proceso de citación en CEX entre noviembre 2001 y julio 2005.

de poder tomar decisiones de mejora en el proceso. La descripción y análisis de resultados se cierra en el verano de 2005, donde se hicieron algunos cambios significativos en el proceso de atención, cuyas razones y alcance se comentarán en las conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el subproceso de citación a la CEX se incluyen de forma consecutiva todos los pacientes a los que se ha solicitado una visita en CEX de CP desde cualquier servicio del ICO o del HUB de la CSUB, desde noviembre 2001 hasta julio 2005.

Para el subproceso de atención clínica, se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que fueron citados y que asistieron a la visita programada. La visita en CEX se halla sistematizada y en la que se recogen diferentes parámetros demográficos, así como diferentes variables clínicas: tipo de tumor y su extensión, *screening* de alcoholismo mediante el test CAGE (7), estado cognitivo usando el MEC-30 (8), valoración pronóstica del dolor (Edmonton Staging System) (9), índice de Karnofsky (10) y uso de analgésicos. Sistemáticamente se valoraban con una escala numérica (0-10) varios síntomas guía preestablecidos (dolor, anorexia, estreñimiento, insomnio, astenia, ansiedad, depresión) que se registraban para 3 visitas consecutivas. Para el control de síntomas sólo se consideró aquel grupo de pacientes que pudieron realizar 3 visitas consecutivas, ya que ello permitiría obtener información sobre el proceso de la CEX sin los artefactos derivados de la inestabilidad clínica de los pacientes. Debido al proceso de implementación de los registros para el análisis del subproceso de atención clínica sólo se incluyen los pacientes visitados desde el 2002 hasta agosto del 2005.

Los datos derivados de ambos subprocesos se registraban por la secretaria del servicio. Los datos del proceso de citación en una hoja de cálculo Excel y los resultados de la atención en CEX en una base de datos Acces. Los datos referentes al uso del teléfono en CEX, si bien se registraba desde hacía tiempo sólo se hallan disponibles los correspondientes a los 9 primeros meses del 2005. Los datos de ambas bases de datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 12 para Windows.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los casos no evaluables por cualquier razón se indican en el análisis. El análisis de las variables categóricas o dicotómicas se realiza calculando las frecuencias absolutas. Las variables continuas se describen mediante el cálculo de un valor central, media o mediana, y el rango de valores. La evaluación del control sintomático de los pacientes, se realiza en el caso de variables cualitativas apareadas la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas. Las variables continuas, el test *t-student* para muestras relacionas. En caso de variables no apareadas utilizamos para las variables cualitativas la prueba Chi-cuadrado o la prueba Exacta de Fisher, dependiendo el caso; y para las variables continuas el test t-student. Para todas las comparaciones se utiliza test de dos colas y con un error tipo del 5%.

Para el análisis de los tiempos en el proceso de citación, tiempos inferiores al día se han contabilizado como un día.

RESULTADOS

PROCESO DE CITACIÓN

Se analizan los datos referentes a los pacientes visitados en la consulta externa desde el 9 de noviembre de 2001 al 11 de julio del 2005.

Durante el periodo analizado se registraron 2.414 fichas de pacientes, de las cuales 8 (0,3%) no eran evaluables por no haberse registrado el nº de historia clínica, de los 2.406 restantes, 198 (8,9%) correspondían a casos duplicados y 2.208 era casos primarios. El motivo por el cual en 198 pacientes se hicieron dos interconsultas no se ha podido establecer. Para la descripción de los datos demográficos sólo se consideran evaluables los 2.208 pacientes. Para la descripción y análisis del proceso de citación se incluyen las 2.406 peticiones de interconsulta, ya que lo que se pretende es el análisis del proceso y no lo que ocurre para un paciente singular.

Respecto al sexo, de los 2.208 pacientes evaluables 1.519 (69%) eran hombres. Siete (0,3%) de los pacientes no tenían registrado el sexo. La edad media de toda la serie es de 65,5 ± 12,1 años, con un rango de 17 a 100 años. Para los hombres la edad media fue 65,3 ± 11,6 años, con un rango de 17 a 96 años; en el caso de la mujeres la edad media fue 66 ± 13,1 años, con un rango de 23 a 100 años.

PROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE CEX

Respecto a la procedencia de las interconsultas distribuidas por servicios y los diferentes años, se muestra en la tabla I. De las 2.406 interconsultas son evaluables para su procedencia 2.385 (99,1%), las no evaluables lo son por no estar registrado en la base de datos. Como puede observarse el 72,8% de todas las interconsultas proceden de servicios oncológicos del ICO y principalmente de Oncología Médica. Respecto a Oncología Radioterápica se sitúa en segundo lugar aunque vale destacar que puntualmente se observó una caída de cerca del 50% en la interconsultación en el 2005 respecto a una situación relativamente estable en los años precedentes. Hematología mantiene de forma estable la misma proporción de interconsultas que se halla sobre el 3%.

El porcentaje de intreconsultación promedio de Cirugía General y Medicina Interna, es respectivamente del 3,9% y 0,8%. La interconsultación desde Atención Primaria, PADES y Centros Socio-Sanitarios, en su conjunto no alcanza el 4%. Desde la UFISS, como recurso interno, la interconsultación ha ido descendiendo paulatinamente desde el 11-12% de los años 2001-2002 al 3,9% del 2005.

Respecto a la patología de base en las interconsultas, consta en 2.371 (98,5%), predomina la neoplasia de pulmón con un 23,5% de las interconsultas. Los tumores digestivos constituyen otro 23,4%, mientras que los tumores ginecológicos y genito-urinarios suponen un 3,6 y 7,1% respectivamente. Referente a los tumores hematológicos son interconsultados un 3,7%. La mayoría de las patologías son consultadas de una forma estable durante el periodo de observación, con excepción de las neoplasias de mama que experimentan un progresivo aumento, pasando de un 1% en 2001 a un 8,2% en 2005.

TABLA I

DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LAS INTERCONSULTAS Y AÑO DE REALIZACIÓN

Servicio		*Año interconsulta (IC)* 2001	2002	2003	2004	2005	*Total*
Oncología Médica	Recuento	48	323	424	391	207	1.393
	% de año IC	49,0%	51,3%	60,5%	60,2%	67,6%	58,4%
Oncología RDT	Recuento	10	79	70	96	22	277
	% de año IC	10,2%	12,5%	10,0%	14,8%	7,2%	11,6%
Hematología	Recuento	3	13	26	17	7	66
	% año IC	3,1%	2,1%	3,7%	2,6%	2,3%	2,8%
UFISS	Recuento	11	75	43	32	12	173
	% de año IC	11,2%	11,9%	6,1%	4,9%	3,9%	7,3%
Cirugía Gral.	Recuento	6	29	27	29	3	94
	% de año IC	6,1%	4,6%	3,9%	4,5%	1,0%	3,9%
Neumología	Recuento	2	13	4	3	3	25
	% de año IC	2%	2,1%	0,6%	0,5%	1%	1%
Urología	Recuento	1	11	15	3	6	36
	% de año IC	1%	1,7%	2,1%	0,5%	2,0%	1,5%
Digestivo	Recuento	0	4	4	3	6	17
	% de año IC	0%	0,6%	0,6%	0,5%	2%	0,7%
Med. Interna	Recuento	3	3	6	7	1	20
	% de año IC	3,1%	0,5%	0,9%	1,1%	0,3%	0,8%
Otros Servicios HUB	Recuento	6	44	40	38	21	149
	% de año IC	6,1%	7,0%	5,7%	5,8%	6,9%	6,2%
Otros Hosp. Agudos	Recuento	1	0	1	5	1	8
	% de año IC	1%	0%	0,1%	0,8%	0,3%	0,3%
CSS	Recuento	0	0	0	0	1	1
	% de año IC	0%	0%	0%	0%	0,3%	0%
PADES	Recuento	2	11	15	5	4	37
	% de año IC	2,0%	1,7%	2,1%	0,8%	1,3%	1,6%
CAP	Recuento	2	13	11	13	6	45
	% de año IC	2,0%	2,1%	1,6%	2,0%	2,0%	1,9%
Iniciativa propia	Recuento	2	6	3	1	2	14
	% de año IC	2%	1%	0,4%	0,2%	0,7%	0,6%
Otros	Recuento	1	6	12	7	4	30
	% de año IC	1%	1,0%	1,7%	1,1%	1,3%	1,3%
Total	Recuento	98	630	701	650	306	2.385
	% de año IC	100%	100%	100%	100%	100%	100%

RDT: radioterápica; CSS: centro socio-sanitario; PADES: equipo atención domiciliario; CAP: centro atención primaria.

RESULTADOS DEL PROCESO DE CITACIÓN

De las 2.406 interconsultas realizadas fueron evaluables 2.385 (99,1%). El número final de pacientes que acudieron a la visita fueron 1.505, lo que supone el 68,1% de todos los pacientes posibles y un 79,8% de los programados para visita.

Respecto a los resultados de la evaluación telefónica para la citación muestra unas cifras de programación a la CEX relativamente estables, para todo el periodo de estudio, entorno al 80%, así como una conexión a PADES, fluctuante, pero alrededor del 12%. Los pacientes que fallecen entre la interconsulta y el contacto para programación está sobre el 1%.

Una vez programados para visita a CEX, el porcentaje promedio de pacientes presentados es del 83,3%. La mortalidad entre la programación y el día de la visita, globalmente ha sido del 2,8%. El tiempo medio entre la solicitud y la recepción de la intreconsulta en el servicio es de 2 días con una mediana de 1 día. El tiempo entre la recepción y la evaluación telefónica ha sido de media 1,6 días con una mediana de 1 día.

El tiempo de demora (tiempo entre la recepción de la interconsulta y la visita) promedio es de 11,5 días con una mediana de 10 días.

ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

El análisis referente a la atención en CEX incluye pacientes visitados durante los años 2002 a 2005 (de 25/01/2002 a 19/08/2005. Para el año 2002 se registraron 88 casos, 448 casos para 2003, 442 casos para 2004 y 269 casos para el periodo evaluable de 2005. De los 1.247 evaluables, 829 (66,5%) eran hombres. La edad media de la serie es de 65,5 ± 12,1 años, con un rango que va de 23 a 96 años; para los hombres la edad media es de 65,5 ± 11,6 años, con un rango de 23 a 96 años y para las mujeres las edad media es de 65,5 ± 13 años, con un rango de 23 a 93 años.

TABLA II

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES VISITADOS POR SERVICIO CONSULTOR Y AÑO

Servicio Procedencia		Año de visita 2002	2003	2004	2005	Total
Oncología Médica	Recuento	54	290	285	178	807
	% año de visita	61,4%	64,7%	64,6%	66,7%	64,9%
Otros Servicios HPE	Recuento	0	0	3	0	3
	% año de visita	0%	0%	0,7%	0%	0,2%
Otros Hosp. Agudos	Recuento	0	5	4	10	19
	% año de visita	0%	1,1%	0,9%	3,7%	1,5%
CSS	Recuento	5	17	6	7	35
	% año de visita	5,7%	3,8%	1,4%	2,6%	2,8%
PADES	Recuento	2	7	6	7	22
	% año de visita	2,3%	1,6%	1,4%	2,6%	1,8%
CAP	Recuento	0	0	1	0	1
	% año de visita	0%	0%	0,2%	0%	0,1%
Iniciativa propia	Recuento	0	9	4	4	17
	% año de visita	0%	2%	0,9%	1,5%	1,4%
Otros	Recuento	1	8	10	4	23
	% año de visita	1,1%	1,8%	2,3%	1,5%	1,8%
Oncología Radioterápica	Recuento	8	39	57	16	120
	% año de visita	9,1%	8,7%	12,9%	6,0%	9,6%
Hematología	Recuento	2	17	17	14	50
	% año de visita	2,3%	3,8%	3,9%	5,2%	4,0%
UFISS	Recuento	5	20	18	9	52
	% año de visita	5,7%	4,5%	4,1%	3,4%	4,2%
Cirugía Gral.	Recuento	0	13	8	2	23
	% año de visita	0%	2,9%	1,8%	0,7%	1,8%
Neumología	Recuento	3	3	6	1	13
	% año de visita	3,4%	0,7%	1,4%	0,4%	1%
Urología	Recuento	0	2	1	0	3
	% año de visita	0%	0,4%	0,2%	0%	0,2%
Digestivo	Recuento	0	2	4	1	7
	% año de visita	0%	0,4%	0,9%	0,4%	0,6%
Medicina Interna	Recuento	8	16	11	14	49
	% año de visita	9,1%	3,6%	2,5%	5,2%	3,9%
Total	Recuento	88	448	441	267	1.244
	% año de visita	100%	100%	100%	100%	100%

CSS: centro socio-sanitario; PADES: equipo atención domiciliario; CAP: centro atención primaria; UFISS: equipo de soporte hospitalario.

Referente al servicio de procedencia de los pacientes visitados, son evaluables 1.244 (99,7%), y se muestra en la tabla II. El 78,5% de los pacientes proceden de los servicios oncológicos del ICO, especialmente de Oncología Médica de donde proceden 2/3 de los pacientes. Respecto a los pacientes procedentes de otros servicios, se observa un incremento paulatino de los pacientes con tumores hematológicos, para el resto de servicios su frecuencia se mantiene relativamente estable en el tiempo que se analiza.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

En la tabla III se muestra la distribución de los pacientes visitados por patología, así como las características clínicas de los pacientes visitados para todo el periodo descrito. La patología es evaluable para 1.204 (96,6%) pacientes. Los pacientes no evaluables lo son por no estar registrado en la base de datos. La patología más frecuente es el cáncer de pulmón (23,2%). Los pacientes con tumores digestivos son el grupo más numeroso con un 26,2%. Los pacientes con neoplasias hematológicas alcanzan un 4,6%. En general se aprecia una estabilidad global en el tipo de tumores de los pacientes que son visitados por año, quizás con un incremento paulatino de las pacientes con neoplasia de mama. El 73,2% de los pacientes presentan un proceso metastático, en la primera visita, siendo la extensión de carácter local 11,2% y regional 15,6. Respecto a las características clínicas de los pacientes visitados, destaca el elevado número de pacientes con factores de mal pronóstico para el control del dolor (ESS). Respecto al estado funcional la mayoría de los pacientes presentan un estado funcional bueno, siendo la mediana del KPS de 70.

VISITAS DE SEGUIMIENTO

Tal como se muestra en la tabla IV, entre la primera y segunda visita 1/3 de los pacientes han de suspender la visita a la CEX, y entre la segunda y tercera visita un 20% de los

TABLA III

DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES NEOPLASIAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES VISITADOS EN CEX

Neoplasias	*N*	*%*
Digestivo	*316*	*26,2*
Pulmón	*279*	*23,2*
Uro-genital	*129*	*10,7*
Cabeza y cuello	*105*	*8,7*
Mama	*81*	*6,7*
Hematológicas	*55*	*4,6*
Origen desconocido	*26*	*2,2*
Otras localizaciones	*213*	*17,7*
Carcterísticas clínicas		
Antecedentes psicopatológicos	*230*	*18,9*
CAGE +	*310*	*25,7*
ESS (II+III)	*842*	*71,7*
KPS		
0-20	*2*	*0,2*
30-50	*189*	*15,9*
60-80	*895*	*75,5*
90-100	*101*	*8,5*
Mediana	*70*	

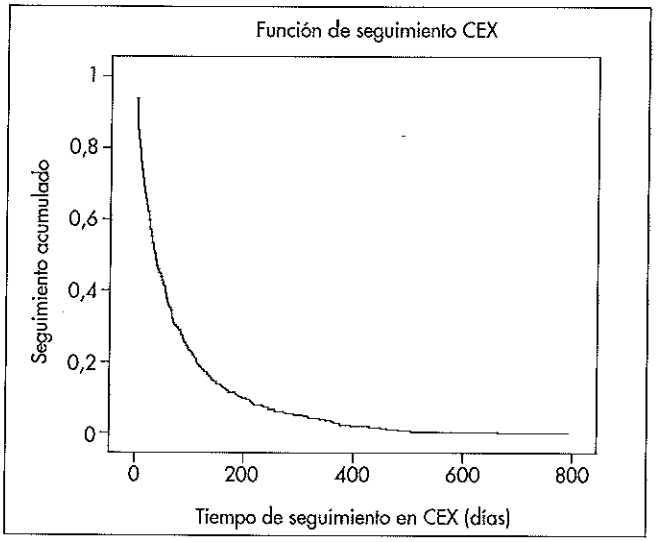

Fig. 2. Número de pacientes atendidos en CEX en base al tiempo de seguimiento.

pacientes han de interrumpir el seguimiento. El tiempo promedio entre la primera y segunda visita está en torno a los 20 días y entre la segunda y tercera visita, entorno a los 29 días. En los últimos años el tiempo entre visitas ha tenido tendencia a acortarse (datos no mostrados). El tiempo de seguimiento se ha podido establecer en 785 (62,9%) de los 1.247 pacientes posibles, siendo la media de 74,9 ± 102,5 días con un rango entre 1 y 792 días, y una mediana de 37 días (Fig. 2).

El ratio de segundas visitas por primeras se ha podido establecer en 1.242 (99,5%) de los pacientes. El ratio entre primeras y segundas visitas (sólo para visitas médicas) es de 2,7 llegando a 3,2 cuando se contemplan la visitas de carácter urgente o no programado.

Las causa para suspender el seguimiento es evaluable en 766 (61,4%) de los 1.247 posible. La causa principal de suspender el seguimiento en CEX fue mayoritariamente el ingreso en UCP (79,6%), seguido de traslado a PADES (11,2%). El lugar de muerte se ha podido establecer en 470 (37,7%) de los 1.247 posibles, mayoritariamente el lugar de fallecimiento fue la UCP (81,5%). Durante el seguimiento en CEX sólo un 9,4% falleció en su domicilio y un 4,9% en otros servicios de hospitales de agudos.

USO DEL TELÉFONO

Respecto al uso del teléfono, relativo al periodo de enero a septiembre 2005, se han cotabilizado 1.851 llamadas, tanto de entrada como de salida, que arroja un promedio diario de 10,3 llamas por día laboral.

TRATAMIENTO ANALGÉSICO

El tratamiento analgésico se muestra en la tabla V, tanto el que tomaban en el momento de la primera visita como en las dos vistas sucesivas. Se observa, de forma global, un incremento del uso de opioides potentes tras la primera visita, pasando de un 38% en la primera visita a un 42%, siendo los principales opioides potentes utilizados la morfina y el fentanilo en parche. De forma particular, referente a los opioides potentes, se observa que los pacientes que llegaban a la primera visita eran tratados con, en 2003, morfina (24,7%) y fentanilo-TTS (13,5%). La proporción se ve invertida en 2005, siendo morfina (12,4%) y fentanilo-TTS (24,0%). También se observa un descenso en el uso de morfina en las segundas y terceras visitas, especialmente para los años 2004 y 2005, junto con una tendencia al incremento del uso de fentanilo-TTS en las visitas sucesivas, pero sólo observable en 2005.

TABLA IV

TOTAL DE PACIENTES VISITADOS POR AÑOS Y LOS QUE ALCANZARON LA SEGUNDA Y TERCERA VISITA CONSECUTIVA

			Año de visita				
			2002	*2003*	*2004*	*2005*	*Total*
Nº pacientes	*1ª visita*	*Recuento*	*88*	*448*	*442*	*269*	*1.247*
		% año visita	*100%*	*100%*	*100%*	*100%*	*100%*
Nº pacientes	*2ª visita*	*Recuento*	*71*	*292*	*285*	*160*	*808*
		% año visita	*80,7%*	*65,2%*	*64,5%*	*59,4%*	*64,8%*
Nº pacientes	*3ª visita*	*Recuento*	*67*	*194*	*189*	*103*	*553*
		% año visita	*76,1%*	*43,3%*	*42,8%*	*38,3%*	*44,3%*

TABLA V

DISTRIBUCIÓN DE LOS ANALGÉSICOS QUE TOMABAN LOS PACIENTES EN LAS TRES PRIMERAS VISITAS EN CEX, POR AÑOS

		Año de visita				
		2002	*2003*	*2004*	*2005*	*Total*
No analgésico	Recuento	16	87	94	37	234
1ª visita	% año visita	18,8%	19,9%	21,7%	14,8%	19,4%
No analgésico	Recuento		32	46	13	91
2ª visita	% año visita		12,9%	18,7%	12,7%	15,3%
No analgésico	Recuento		18	30	5	53
3ª visita	% año visita		10,8%	19,9%	11,6%	14,7%
1er escalón	Recuento	28	101	125	77	331
1ª visita	% año visita	32,9%	23,1%	28,8%	30,8%	27,4%
1er escalón	Recuento		47	83	21	151
2ª visita	% año visita		19,0%	33,7%	20,6%	25,3%
1er escalón	Recuento		31	41	8	80
3ª visita	% año visita		18,7%	27,2%	18,6%	22,2%
Codeína	Recuento	7	41	18	12	78
1ª visita	% año visita	8,2%	9,4%	4,1%	4,8%	6,5%
Codeína	Recuento		20	13	4	37
2ª visita	% año visita		8,1%	5,3%	3,9%	6,2%
Codeína	Recuento		13	6	2	21
3ª visita	% año visita		7,8%	4,0%	4,7%	5,8%
Tramadol	Recuento	8	35	40	23	106
1ª visita	% año visita	9,4%	8%	9,2%	9,2%	8,8%
Tramadol	Recuento		25	21	20	66
2ª visita	% año visita		10,1%	8,5%	19,6%	11,1%
Tramadol	Recuento		25	21	20	66
3ª visita	% año visita		10,1%	8,5%	19,6%	11,1%
Morfina	Recuento	16	108	68	31	223
1ª visita	% año visita	18,8%	24,7%	15,7%	12,4%	18,5%
Morfina	Recuento		78	32	8	118
2ª visita	% año visita		31,5%	13%	7,8%	19,8%
Morfina	Recuento		55	17	4	76
3ª visita	% año visita		33,1%	11,3%	9,3%	21,1%
Metadona	Recuento	2	3	8	3	16
1ª visita	% año visita	2,4%	0,7%	1,8%	1,2%	1,3%
Metadona	Recuento		15	8	1	24
2ª visita	% año visita		6,0%	3,3%	1%	4%
Metadona	Recuento		9	5	0	14
3ª visita	% año visita		5,4%	3,3%	0%	3,9%
Fentanilo-TTS	Recuento	8	59	79	60	206
1ª visita	% año visita	9,4%	13,5%	18,2%	24,0%	17,1%
Fentanilo-TTS	Recuento		28	36	30	94
2ª visita	% año visita		11,3%	14,6%	29,4%	15,8%
Fentanilo-TTS	Recuento		17	24	12	53
3ª visita	% año visita		10,2%	15,9%	27,9%	14,7%
Buprenorfina	Recuento	0	2	0	2	4
1ª visita	% año visita	,0%	0,5%	0%	0,8%	0,3%
Buprenorfina	Recuento		1	4	1	6
2ª visita	% año visita		0,4%	1,6%	1%	1%
Buprenorfina	Recuento		1	2	2	5
3ª visita	% año visita		0,6%	1,3%	4,7%	1,4%
Oxicodona	Recuento	0	1	2	5	8
1ª visita	% año visita	0%	0,2%	0,5%	2%	0,7%
Oxicodona	Recuento		2	3	4	9
2ª visita	% año visita		0,8%	1,2%	3,9%	1,5%
Oxicodona	Recuento		1	2	2	5
3ª visita	% año visita		0,6%	1,3%	4,7%	1,4%

Respecto al uso de metadona se observa un descenso en su uso en CEX, en la tercera visita era de un 5,4% en 2003 y 0% en 2005. En sentido contrario la oxicodona experimenta un incremento que va del 0,6% en 2003 al 4,7% en 2005. El incremento para la tercera visita, observado para oxicodona es similar al experimentado por la buprenorfina-TTS, para ese mismo periodo de tiempo.

CONTROL SINTOMÁTICO

Referente a quién evalúa los síntomas, son evaluables 1.152 (93.4%) de todos lo que atendieron a la 1ª vista. De forma general, puede observarse cómo el paciente es el propio evaluador entre el 70-60% de las ocasiones y el profesional lo hace entre un 30-40% de las veces en las primeras visitas. En las segundas y terceras visitas la proporción de evaluaciones por paciente y profesional se iguala al 50% para cada uno. Respecto al estado cognitivo de los pacientes, en la primera visita consta como evaluado en el 89,2% de los pacientes, en la segunda visita en un 53,6% y en la tercera visita en el 34,5%. En la primera visita el 11,6% de los pacientes presentan fallo cognitivo, en la segunda un 7,6% y en la tercera un 5,6%.

Para los 553 pacientes evaluables, de forma global y para los años estimados se observa una mejoría global de los síntomas evaluados entre la primera y tercera visita a excepción de la astenia (Tabla VI). Esta mejoría no es apreciable entre la segunda y tercera visita en el dolor, insomnio, ansiedad y depresión. La anorexia y el estreñimiento sí presentan una mejoría continuada a lo largo de las tres primeras visitas. Respecto a la astenia hay una mejoría estadísticamente significativa entre la primera y segunda visita que luego no se mantiene.

Respecto al dolor se observa un buen control del dolor (dolor ≤ 4) en todos los años. Tal como se muestra en la figura 3, la frecuencia de pacientes que obtienen un buen alivio del dolor se halla siempre por encima del 75%. La anorexia también mejora con frecuencias de buen control por encima del 75%. Respecto al estreñimiento, con la excepción del año 2002, se obtiene un aceptable control con más del 75% de buen control. La astenia no suele

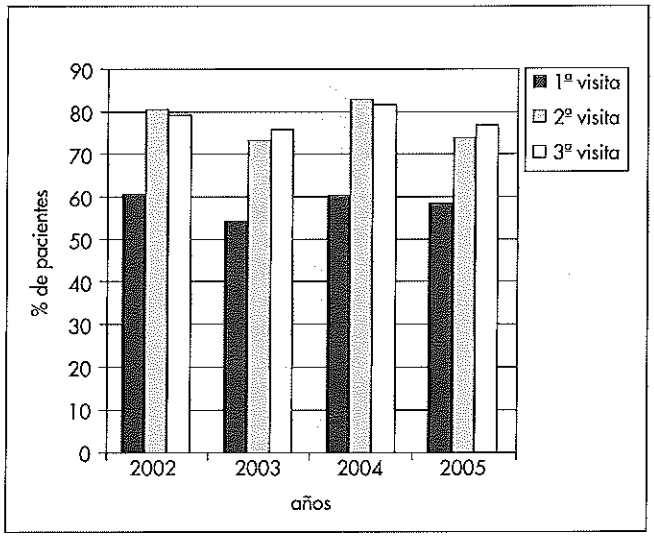

Fig. 3. Porcentaje de pacientes con dolor ≤ 4, distribuidos por años y visita.

TABLA VI

CONTROL SINTOMÁTICO EN LOS PACIENTES QUE REALIZARON 3 VISITAS CONSECUTIVAS ENTRE 2002 Y AGOSTO DE 2005

Síntoma	*1ª visita (%)*		*2ª visita (%)*		*3ª visita (%)*		*p**
n = 553	*≤ 4*	*> 4*	*≤ 4*	*> 4*	*≤ 4*	*> 4*	
Dolor	58	42	77,9	22,1	78,4	21,6	α = < 0,0001 β = NS Δ = < 0,0001
Anorexia	62,7	37,3	75,9	24,1	79,9	20,1	α = < 0,0001 β = 0,037 Δ = < 0,0001
Estreñimiento	70,8	29,2	78,4	21,6	83,0	17,0	α = < 0,0001 β = 0,004 Δ = < 0,0001
Insomnio	66,3	33,7	79,9	20,1	83,9	16,1	α = < 0,0001 β = NS Δ = < 0,0001
Astenia	48,5	51,5	55,6	44,4	52,3	30,6	α = 0,008 β = NS Δ = NS
Ansiedad	59,7	40,3	66,9	33,1	69,4	10,6	α = < 0,0001 β = NS Δ = < 0,0001
Depresión	59,4	40,6	70,0	30,0	70,3	29,7	α = < 0,0001 β = NS Δ = < 0,0001

*p para la rueba de rangos de Wilcoxon. α: sig. entre 1ª y 2ª visita; β: sig. entre 2ª y 3ª visita; Δ: sig. entre 1ª y 3ª visita.

mejorar en los pacientes observándose sólo mejorías entre la 1ª y 2ª visita los años 2002 y 2003. Respecto a los síntomas emocionales, ansiedad y depresión, se observa una mejoría estadísticamente significativa en los años 2003 y 2004, pero no en 2002 y 2005 (datos no mostrados).

DISCUSIÓN

PROCESO DE CITACIÓN

Las pérdidas de información acumuladas durante todo el análisis es inferior al 10% por lo que podemos considerar que los resultados son relativamente fiables y nos permiten llegar a conclusiones generales.

En primer lugar, respecto a los interconsultores (*clientes internos*) se constata una cierta estabilidad general, a pesar de la tendencia a la pérdida de consultas por parte de Cirugía General del HUB y de Medicina Interna, lo cual podría entenderse si fuesen vehiculizadas a través de Oncología Médica. Ello podría explicar el declive progresivo de la interconsultación a través de la UFISS, más si se tiene en cuenta que la UFISS establece un mayor contacto con recursos en la comunidad (PADES o CSS), en cualquier caso es un aspecto que debería explorarse. Respecto a las patologías no parece deferir de los habitualmente comunicado por otros servicios en España, con baja consultación en el caso de neoplasia de mama y por hematología. Quizás es más significativo el descenso desde Oncología Radioterápica, ya que es un servicio que habitualmente atiende muchos pacientes en situación avanzada. Es posible formular, a este respecto, dos posibilidades, o bien no se hace tan necesaria la intervención de un equipo específico de CP por haber implementado estrategias que resuelven parte de las necesidades de los pacientes o bien ha existido un cambio de apreciación sobre lo que ofrece o puede ofrecer el equipo de CP.

Respecto a los tiempos del proceso de citación es imposible decir si son adecuados o no, ya que no existe un indicador de calidad definido. El indicador más aconsejable sería la mediana, ya que indicaría que el 50% de los pacientes estarían por debajo de la cifra que indica. La media puede quedar muy alterada por los valores extremos. Así pues, el hecho de que más del 80% de los pacientes puedan ser visitados, iría a favor de que una mediana en el tiempo de demora promedio de 10 días sería adecuado como estándar en nuestro servicio y la comunidad a la que sirve, pero este parámetro debería ajustarse a otras variables relevantes como sería el estado funcional del paciente y el nivel de distrés sintomático y emocional. Es decir, posiblemente 10 días es adecuado para pacientes con KPS o PPS (11) de 70, pero largo para pacientes con PPS de 50 o prolongable para pacientes con PPS de 90 y escasamente sintomáticos. La tendencia observada de que los pacientes sean remitidos en periodos más precoces de su enfermedad podría hacer cambiar el estándar que ahora establecemos de 10 días.

Recientemente, el proceso de citación se ha modificado con el ánimo de mejorar su eficiencia, ya que en el proceso en que intervenían dos enfermeras, ahora se hace por una sola que corresponde a la enfermera clínica directamente relacionada con el proceso asistencial en la CEX. Referente al trimestre agosto-octubre 2005, el tiempo medio de demora ha sido de 12 días con una mediana de 13 días.

Un aspecto curioso es el tiempo invertido entre la solicitud y la llegada de la interconsulta, cuyo promedio es de 2 días, hecho chocante si se tiene en cuenta que la distancia física entre el origen de la interconsulta y el servicio de cuidados paliativos es de pocos metros, es posible que una gestión más eficiente de las interconsultas abrevie el tiempo del proceso, por ejemplo con el uso de intranet.

Otro aspecto a tener en cuenta de la mortalidad cercana al 3% en un promedio de 11 días, lo cual indicaría la fragilidad de los pacientes o una interconsultación tardía o ambas cosas a la vez.

Globalmente, el proceso de citación permite que cerca del 90% de los pacientes contacten con un recurso de CP, ya sea mediante un visita en CEX o bien por contacto con PADES.

Áreas de mejora

A tenor de los datos obtenidos y respecto a las áreas de mejora en el proceso de citación a CEX se pueden plantear, la reducción en el tiempo de interconsultación con el uso de circuitos alternativos a los actuales y el ajuste de el tiempo de demora en la visita mediante un sistema de valoración más contrastado que priorice la urgencia en que se debe citar al paciente.

ATENCIÓN CLÍNICA

Desde la perspectiva del análisis de resultados se observa pérdidas importantes de información en varios sentidos. En primer lugar, el hecho de que la información se almacenase en 2 ó 3 archivos diferentes, facilita las pérdidas, por ello algunos datos deben considerarse como estimativos o tendencias, tal es el caso del año 2002 en que se presentaron en CEX 460 pacientes y sólo se tienen datos sobre 88 (19,1%). En la hoja de recogida de datos constaban otras variable referentes al uso de recursos clínicos, maniobras terapéuticas o de indicación de intervención psicológica o de trabajo social, el hecho de su escasísima cumplimentación ha hecho que no consten en el presente análisis.

Respecto a los servicios consultantes y las neoplasias que presentan los pacientes que fueron visitados en la CEX en el periodo analizado, estos siguen un paralelismo con lo ya comentado para el proceso de citación.

Respecto a las características clínicas se observa que los antecedentes de psicopatología se mantienen entorno al 20% y el 25% para los antecedentes de enolismo (CAGE); con estimaciones de hasta un 78,5% de pacientes con mal pronóstico (ESS) en el control del dolor. Lo anterior no parece acompañarse ni de un incremento de opioides potentes ni con una disminución en la eficacia en el control del dolor, ambas cosas esperables. Da la impresión de que hay una sobreestimación de pacientes con mal control del dolor. Las frecuencias esperadas estarían sobre el 60% (12) aspecto que seguramente requiere un análisis particular. La mediana del KPS se mantiene sistemáticamente en un 70%.

Respecto a las altas de la CEX, los datos muestran que la salida mayoritaria es el ingreso en la UCP y ulteriormente su fallecimiento. Se pone de manifiesto que la conexión con recursos de CP comunitarios es escaso como motivo de alta. La interpretación de estos datos requiere un análisis

particular, ya que ello puede provenir del deseo del paciente, su procedencia geográfica o de sobresaturación u otros factores en los recursos destinatarios de una eventual alta.

En referencia al uso de analgésicos el patrón general observado, en el periodo analizado, es: no precisan analgésicos 15%, analgésicos de primer escalón 20%, opioides débiles 15%, opioides potentes 40%. Ello para tres visitas consecutivas sucedidas en una mediana de 42 días y con un buen control del dolor postratamiento, alcanzando el 75-80% de buen control, en consonancia con lo indicado por la OMS (13). Lo anterior sugiere un patrón de pacientes consultados precozmente donde el dolor es posiblemente no la principal causa. En cualquier caso, surgen algunos interrogantes como: ¿cuáles son los motivos por los que los pacientes son remitidos a CEX?, si el dolor no es muy presente, ¿qué otras necesidades o problemas presentan los pacientes?

De los fármacos utilizados, en el segundo escalón se usa preferentemente tramadol y se observa en el tercer escalón la disminución progresiva de morfina con el creciente uso de fentanilo-TTS y una tímida alza de buprenorfina-TTS y oxicodona, pero siempre como segunda opción.

Respecto a la evaluación del estado cognitivo y a la evaluación de los síntomas por parte de los pacientes se observa un agotamiento progresivo con el paso de los años y con el seguimiento. Ello puede haber influido en los resultados obtenidos traduciendo aquello bien conocido de que es importante evaluar bien, centrándolo en el paciente y la familia (14), para tener más opciones de tratar bien. En nuestro caso hemos podido mostrar que los resultados clínicos mejoran sustancialmente cuando la evaluación es sistemática, minuciosa y basada en la evaluación por el paciente (15). La evaluación sistemática de los problemas clínicos se han mostrado como un instrumento eficaz en la evaluación de las necesidades de los pacientes (16) en identificar aquellos pacientes frágiles que posiblemente requieran un seguimiento más próximo (16) o incluso ayuden a estimar su supervivencia (17) con todo lo que ello comporta.

Los resultados en el control sintomático, son aceptables globalmente, pero indican claras áreas de mejora, siempre que no se demuestre que hay un límite que constituya un estándar para CEX.

Áreas de mejora

A tenor de los datos obtenidos y respecto a las áreas de mejora en el proceso de atención en CEX se pueden plantear, el aumento de la fiabilidad de los resultados mediante un sistema de registro más directamente vinculado al acto clínico y mejora el control de síntomas mediante revisión de las guías y protocolos actuales.

CONCLUSIONES

El audit de los resultados clínicos y de proceso, en nuestro caso, de la consulta externa de nuestro servicio, hacen evidente el beneficio en indicarnos los aspectos que funcionan bien y que deben mantenerse, indicando así mismo algunos aspectos que son claras áreas de mejora. Un proceso similar puede ayudar a establecer indicadores de calidad para un recurso determinado, ya que la idiosincrasia de los recursos de cuidados paliativos hace necesaria la adaptación de algunos de dichos indicadores. Nuestros resultados parecen mostrar la necesidad de revaluar con frecuencia, quizás semestralmente, los principales resultados tanto clínicos como de proceso, para garantizar la corrección de las desviaciones. Lo anterior es especialmente cierto ya que todo proceso tiende al agotamiento y se requiere su visualización y revisión periódica con la única finalidad de garantizar la calidad asistencial que todos anhelamos. Esperemos que los datos mostrados puedan ser de ayuda para otros equipos de cuidados paliativos que buscan formas de mejora continuada en la atención de sus pacientes.

AGRADECIMIENTOS

El más sincero agradecimiento a la Sra. Rosa Artigas Lage que como secretaria del servicio ha contribuido con su labor tenaz y eficaz a la recogida y almacenamiento de los datos que han sido la base para el presente trabajo.

CORRESPONDENCIA:
Josep Porta Sales
Servicio de Cuidados Paliativos
Institut Català d'Oncologia
C/ Gran Vía, s/n, km. 2,7
08907 l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
e-mail: jporta@iconcologia.net

Bibliografía

1. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Corrales E, Madrid F, Trelis J, et al. Spain: The who demonstration project of Palliative Care implementation in Catalonia: Results at 10 Years (1991-2001). J Pain Symptom Manage 2002; 24: 239-44.
2. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: Evidence from Catalonia. Palliat Med 2001; 15: 271-8.
3. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliat med 1998; 12: 317-32.
4. Saunders C, editor. The management of terminal malignant disease. London: Edward Arnold; 1984.
5. Higginson I. Clinical audit and organizational audit in palliative care. Cancer Surv 1994; 21: 233-45.

6. Higginson IJ, Hearn J, Webb D. Audit in palliative care: Does practice change? Eur J Cancer Care (Engl) 1996; 5: 233-6.
7. Rodríguez Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. Droga-Alcohol 1986; 11: 132-9.
8. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112: 767-74.
9. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J, et al. A prospective multicenter assesment of Edmonton Staging System for cancer pain. J Pain Symptom manage 1995; 10: 348-55.
10. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. Cancer 1984; 53: 2002-7.
11. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): A new tool. J Palliat Care 1996; 12: 5-11.
12. Bruera E, Neumann C, Brenneis C, Quan H. Frequency of symptom distress and poor prognostic indicators in palliative cancer patients admitted to a tertiary palliative care unit, hospices, and acute care hospitals. J Palliat care 2000; 16: 16-21.
13. Schug SA, Zech D, Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. J Pain Symptom Manage 1990; 5: 27-32.
14. Nekolaichuk CL, Maguire TO, Suárez-Almazor M, Rogers WT, Bruera E. Assessing the reliability of patient, nurse, and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. J Clin Oncol 1999; 17: 3621-30.
15. Porta-Sales J, Codorniu N, Gómez-Batiste X, Alburquerque E, Serrano-Bermúdez G, Sánchez-Posadas D, et al. Patient appointment process, symptom control and prediction of follow-up compliance in a palliative care outpatient clinic. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 145-53.
16. Bradley N, Davis L, Chow E. Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 123-31.
17. Palmer JL, Fisch MJ. Association between symptom distress and survival in outpatients seen in a palliative care cancer center. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 565-71.

[1134-248X (2008) 15: 1; pp. 18]
MEDICINA PALIATIVA
Copyright © 2008 ARÁN EDICIONES, S.L.

MED PAL (MADRID)
Vol. 15: N.° 1; 18-22, 2008

Concordancia entre las preferencias de pacientes con cáncer avanzado y sus familias en cuanto al lugar de fallecimiento

J. J. DE ARRIBA MÉNDEZ, C. NERÍN SÁNCHEZ, M. J. BLANQUER GARCÍA, M. C. ORTIZ MARTÍNEZ, L. RÓDENAS GARCÍA, B. VILA MEIZOSO

Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete

RESUMEN

Objetivo: determinar la concordancia entre los deseos de los pacientes y los de sus familias en cuanto al lugar de fallecimiento (domicilio u hospital).

Pacientes y método: estudio de cohortes prospectivo, con los pacientes incluidos en el programa de la Unidad de Medicina Paliativa de Albacete desde enero de 2001 y que fallecieron antes del 31 de diciembre de 2002. Se estudió si el paciente y la familia habían expresado sus preferencias en cuanto al lugar de fallecimiento, y cuáles eran estas preferencias. Se analizó el grado de concordancia entre ambos.

Resultados: se incluyeron 675 pacientes, con mediana de edad de 72 años (rango 18-97 años), mayoritariamente varones (67%), de hábitat rural (61%) con nivel sociocultural medio o bajo (86%) y ECOG menor o igual a 2 (51%). Los tumores más frecuentes fueron los de origen digestivo y pulmonar (32 y 20% respectivamente). Un 48% de los pacientes no conocía el diagnóstico de cáncer a la entrada en programa. Se analizaron las preferencias de 424 pacientes (63% de la muestra) y de 441 familias (65%). La elección mayoritaria fue el domicilio, preferido por el 93% de los pacientes que se pronunciaron y el 85% de las familias que así lo hicieron. Se estudió la concordancia en un grupo de 414 casos, de los cuales en 207 casos, paciente y familia habían expresado una preferencia. Se observó un alto grado de concordancia, con menos del 6% de opiniones divergentes. Sólo 1 paciente prefería el hospital cuando su familia prefería el domicilio, y sólo 11 pacientes preferían el domicilio cuando su familia prefería el hospital.

Conclusiones: en las condiciones en que se desarrolla la labor habitual de nuestra unidad, existe un alto grado de concordancia entre la opinión de pacientes y familias en cuanto al lugar de fallecimiento, siendo el domicilio el lugar elegido mayoritariamente por ambos.

Med Pal 2008; Vol. 15, pp. 18-22

PALABRAS CLAVE:
Lugar de fallecimiento. Cuidados Paliativos. Cáncer.

ABSTRACT

Objetive: to determine agreement between patients and their families regarding place of death (home or hospital).

Patients and method: a prospective, cohort study with patients referred to a palliative care team (Unidad de Medicina Paliativa, Albacete, Spain) since January 2001, and who died before December 31, 2002. We assessed whether patients and their families had expressed a preference regarding place of death, and analyzed extent of agreement between them.

Results: a total of 675 patients, mostly males, were included (67%), with a rural environment (61%), medium or low social condition (86%), and ECOG 0-2 (51%). Median age was 72 years (range 18-97). The most frequent diagnosis was digestive (32%) or lung (20%) cancer. Forty-eight percent of patients were not aware of their diagnosis at referral. The data from 424 patients (63%) and 441 families (65%) were analyzed. Home was the preferred place of death for patients and families alike (93 and 85 percent of those who had expressed a preference, respectively). We assessed extent of agreement in a group of 441 cases, in 207 of which had the patient and his/her family expressed a preference. The proportion of non-concordant reports was lower than 6 percent. Only one patient expressed a preference for the hospital with the family choosing home, and only 11 patients chose home with the family expressing a preference for the hospital.

Conclusions: in the setting in which our palliative care team works there is a high degree of concordance regarding the preferred place of death between patients and their families. Home is the preferred place for a majority of patients and families.

KEY WORDS:
Place of death. Palliative care. Cancer.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, parte de la investigación en cuidados paliativos se ha centrado en el estudio del lugar en que se produce la muerte del enfermo (1-10). Aunque la mayoría de los trabajos señalan una preferencia de los pacientes por el domicilio (11,12), el lugar más adecuado para cada enfermo depende de la complejidad de la situa-

Recibido: 28-08-06
Aceptado: 25-01-07