

# Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario

SILVIA MÍNGUEZ MASÓ, AUGUST SUPERVÍA, ISABEL CAMPODARVE, ALFONSO AGUIRRE, JOSÉ LUIS ECHARTE, MARÍA JESÚS LÓPEZ CASANOVA

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario del Mar. Barcelona, España.

**CORRESPONDENCIA:**

Silvia Mínguez Masó  
Servicio de Urgencias  
Hospital Universitario del Mar  
Passeig Marítim, 25-29  
08003 Barcelona, España  
E-mail: SMinguez@imas.imim.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:**

29-11-2007

**FECHA DE ACEPTACIÓN:**

28-1-2008

**CONFLICTO DE INTERESES:**

Ninguno

**Objetivos:** Describir las características demográficas y asistenciales de los pacientes que fallecieron en nuestro servicio de urgencias hospitalario y analizar en qué puntos se podría mejorar la atención asistencial a este grupo de pacientes.

**Método:** Estudio descriptivo de los pacientes que fallecieron en el servicio de urgencias entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2006, excluyendo los pacientes fallecidos en las áreas de pediatría y ginecología. Se recogieron datos demográficos y clínicos, así como el tiempo de permanencia y la ubicación del paciente en el momento del óbito.

**Resultados:** La tasa de mortalidad fue 0,2%. El perfil habitual fue el de un paciente de edad avanzada cuyo fallecimiento era esperado. La causa más frecuente de muerte fue la neoplasia en fase terminal y la mediana de permanencia en urgencias, de 6 horas. Únicamente se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar en una cuarta parte de los pacientes. La prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo fue del 32%. En la mayoría de ocasiones se consideró adecuada la ubicación del paciente en el momento de producirse su fallecimiento.

**Conclusiones:** Dado el porcentaje no despreciable de pacientes afectados de una enfermedad terminal que fallecen en los servicios de urgencias se debería mejorar los circuitos de derivación hacia unidades más específicas. También es conveniente la elaboración de protocolos específicos para este grupo de pacientes. [Emergencias 2008;20:113-116]

**Palabras clave:** Mortalidad. Fallecimiento. Urgencias hospitalarias. Lugar de la muerte. Cuidados terminales.

## Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de pacientes que fallecen en los Servicios de Urgencias Hospitalarios<sup>1,2</sup>. Esto puede atribuirse a varias causas, entre las que destacan la mala evolución de la patología que motivó la consulta, los casos de muerte súbita y cada vez con más frecuencia, los fallecimientos de enfermos que acuden a Urgencias por procesos crónicos en fase terminal. El cambio sociocultural que ha experimentado la sociedad occidental en las últimas décadas conlleva que un número creciente de pacientes moribundos se trasladen a los SUH<sup>3-6</sup>. Además, a este hecho, se suma su permanencia en urgencias debido a la falta de camas en las plantas de hospitalización<sup>3,5,7</sup>. Todo ello contribuye a au-

mentar la presión asistencial y organizativa, así como a la aparición de una nueva necesidad, la de adquirir conocimientos sobre las medidas requeridas por este tipo de pacientes<sup>8</sup>. El conocimiento de la situación real hace necesario la creación de registros de mortalidad en urgencias.

En nuestro servicio se realiza un registro de mortalidad desde hace siete años y, desde el año 2004, se incluyen las circunstancias de la muerte y la adecuación en la ubicación del paciente dentro de nuestro servicio.

Los objetivos de este estudio son describir las características demográficas y asistenciales de los pacientes que fallecen en nuestro servicio de urgencias, así como analizar en qué puntos se puede incidir para mejorar la atención asistencial y organizativa.

## Método

Estudio descriptivo de los pacientes que fallecieron en el servicio de urgencias de nuestro centro entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2006, con exclusión de los pacientes de las áreas de pediatría y ginecología. Se revisaron todos los informes médicos de asistencia y los informes de epicrisis. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), horas de permanencia en el servicio de urgencias, frecuentación (entendido como visitas a nuestro servicio en el último mes), causa de muerte (tanto el diagnóstico principal como el secundario), existencia de demencia, si había o no "ingresado cadáver", si la muerte era esperada, si el paciente se hallaba en una fase terminal de una enfermedad subyacente, si se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar, si se aplicaron medidas paliativas, si se solicitó estudio necrópsico (clínico o judicial) y si la ubicación de los pacientes en el servicio fue la adecuada.

Las causas de muerte se definieron según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, modificación clínica (CIE-9-MC). Se consideró muerte esperada como aquella que ocurría en un enfermo que padecía una enfermedad neoplásica avanzada o que a su llegada al servicio de urgencias presentaba bradicardia inferior a 50 latidos/min o taquicardia superior a 150 latidos/min, hipotensión con presión arterial sistólica < 90 mmHg, bradipnea inferior a 10 respiraciones/min, o taquipnea superior a 30 respiraciones/min y/o disminución del nivel de conciencia (Glasgow coma score < 10) sin presentar respuesta al tratamiento oportuno. Se consideró como paciente en fase terminal aquellos afectos de neoplasia diseminada, demencia avanzada, neumopatía o cardiopatía avanzadas y con calidad de vida con puntuaciones en índice de Karnofsky inferior o igual a 50.

La adecuación de la ubicación dentro de nuestro servicio se definió de acuerdo con la estructura del mismo. Nuestro servicio dispone de cuatro áreas asistenciales separadas. En la primera área se atiende a los pacientes con patología médica leve que no requieren técnicas diagnósticas complejas y en los que el alta se prevé en pocas horas (nivel I). En una segunda área se atiende la patología quirúrgico-traumatológica leve (área de curas). En tercer lugar, existe un área formada por 14 boxes asistenciales con una o dos camillas en cada cubículo, donde se atienden pacientes médicos y quirúrgicos graves (nivel II). Por último, existe un área con 11 camas en box individual, donde ingresan los pacientes más graves que precisan ob-

servación (sala de observación). Se consideraron adecuadamente ubicados si la muerte del paciente se producía en el nivel II siempre que no hubieran transcurrido más de 12 horas desde su llegada a urgencias, o en la sala de observación pasado este tiempo. Se consideró ubicación inadecuada si la muerte se producía en el nivel II tras más de 12 horas de su llegada a urgencias, o si se producía una vez solicitado el ingreso al paciente, independientemente del tiempo transcurrido desde su llegada, y no se había efectuado el traslado a planta de hospitalización por falta de camas.

El análisis descriptivo de frecuencias se realizó con un programa SPSS versión 13.0, con análisis de porcentajes, medias y medianas.

## Resultados

Durante el periodo estudiado se atendieron un total de 69.353 pacientes, y se produjo un total de 144 (0,21%) fallecimientos, de los cuales 73 (50,7%) eran varones. La media de edad de los pacientes fallecidos fue de  $77,98 \pm 13,9$  años. El tiempo de permanencia en el servicio de urgencias mostró una mediana de 6 horas, con un rango entre 0 y 86 horas. Un 16% de los pacientes había acudido al servicio de urgencias en el mes previo al óbito.

La causa de muerte más frecuente fue la neoplasia en fase terminal (10,4%), seguida de la neumonía (9,7%) y del infarto agudo de miocardio (9%). Los diagnósticos de todos los pacientes se especifican en la Tabla 1. Un 15,3% de los pacientes ingresaron cadáver, sin conocer la causa de la muerte.

Se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar en un 25% de los pacientes, la mayoría de los cuales no estaban en fase terminal de una enfermedad subyacente ni afectos de demencia.

Las muertes fueron esperadas en un 62,5% de los casos, un 17,2% estaban en fase terminal de una patología subyacente.

Las medidas paliativas se aplicaron al 25% de casos y, de éstos, un 19,4% estaba en fase terminal de una patología subyacente y un 30,5% estaba afecto de demencia.

La porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo fue del 32%.

Se solicitaron un 27,8% de estudios necrópsicos, que en un 22,1% correspondía a necropsias judiciales y en un 5,7%, a estudios clínicos.

En un 82% de los casos se consideró que la ubicación del paciente dentro del servicio de ur-

**Tabla 1.** Principales causas de muerte de los pacientes fallecidos en urgencias

Causa principal de la muerte	Nº casos (%) (n=144)
<b>Neoplasias</b>	
Neoplasia terminal	15 (10,4)
<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas</b>	
Diabetes Mellitus complicada	2 (1,4)
<b>Enfermedades sistema circulatorio</b>	
Infarto agudo miocardio	13 (9)
Insuficiencia cardíaca refractaria	7 (4,9)
Trastorno del ritmo cardíaco	6 (4,2)
Accidente cerebrovascular isquémico	5 (3,5)
Hemorragia cerebral	5 (3,5)
Tromboembolismo pulmonar	2 (1,4)
Hemorragia intraabdominal	2 (1,4)
Patología aórtica	1 (0,7)
<b>Enfermedades del aparato respiratorio</b>	
Neumonía	14 (9,7)
Broncoaspiración	7 (4,9)
Neumopatía crónica	5 (3,5)
<b>Enfermedades del aparato digestivo</b>	
Hemorragia gastrointestinal	3 (2,1)
Insuficiencia hepatocelular	1 (0,7)
<b>Enfermedades del aparato genitourinario</b>	
Sepsis urinaria	4 (2,8)
Insuficiencia renal terminal	2 (1,4)
Hemorragia genitourinaria	1 (0,7)
<b>Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo</b>	
Sepsis partes blandas	2 (1,4)
<b>Lesiones y envenenamientos</b>	
Herida arma blanca	1 (0,7)
<b>Síntomas, signos y estados mal definidos</b>	
Shock séptico	10 (6,9)
Desconocido (ingreso cadáver)	22 (15,3)

gencias en el momento de producirse el fallecimiento era la adecuada.

## Discusión

La mortalidad global en nuestro servicio fue del 0,2%, claramente inferior a la observada con anterioridad, tanto en nuestro centro<sup>9</sup> como en otros trabajos publicados<sup>1,7</sup>. Durante el periodo de 1995 al 2000, la mortalidad de nuestro centro fue de un 0,9%<sup>9</sup>. Inicialmente este descenso puede sorprender aunque ello podría explicarse, al menos en parte, por los cambios en los criterios de inclusión del actual registro, que excluyó las áreas de ginecología y pediatría. Si se aplican los mismos criterios que en años anteriores, el número total de pacientes atendidos en el área médica fue de 30.643, con un total de 136 fallecimientos, lo que incrementaría el porcentaje hasta un 0,44%. La diferencia aún existente podría atribuirse a la mayor agilidad que existe en el último año en los circuitos de derivación de nuestro centro hacia las unidades de cuidados paliativos, junto a la priorización de los ingresos de los pacientes afectos de patologías terminales a las unidades de hospitalización.

**Tabla 2.** Características clinicodemográficas de los pacientes fallecidos en el servicio de urgencias

Edad, años (DE)	77,98 (13,9)
<b>Sexo</b>	
Varones	57,7%
Mujeres	49,3%
<b>Horas de permanencia</b>	
< 12 horas	72,27%
> 12 horas	27,73%
<b>Frecuentación</b>	
> 1 visita en último mes	16%
Única asistencia último mes	84%
<b>Deterioro cognitivo</b>	
Sí	32%
No	68%
<b>Muerte esperada</b>	
Sí:	62%
– Fase terminal	19,4%
– Demencia avanzada	30,5%
No	38%

El conocimiento de las circunstancias de la muerte permite dilucidar cuáles deberían haberse producido en otros ámbitos asistenciales más apropiados que el servicio de urgencias<sup>4,9,11</sup>. Con ello, sería posible mejorar los circuitos de soporte asistencial a pacientes terminales y en últimos días de la vida. De todas formas, determinar qué pacientes no deberían fallecer en urgencias es difícil, ya que además de los factores estrictamente clínicos, hay que tener en cuenta el cambio sociocultural experimentado sobre quién debe realizar los cuidados a los pacientes moribundos<sup>3,5,8</sup>.

El elevado porcentaje de pacientes que fallecieron como consecuencia de una patología terminal (hasta un 17,2% en nuestra serie), en muchos casos afectos de una enfermedad neoplásica, lleva a la necesidad de adquirir conocimientos sobre los cuidados de la agonía por parte de los médicos que atienden a estos pacientes<sup>2</sup>. Éstos abarcan tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas, así como las pautas de sedación<sup>10</sup>. De hecho, a la luz de estos resultados y del elevado número de pacientes que precisan de este manejo, desde febrero del 2006, se ha puesto en marcha en nuestro centro un protocolo específico de medidas paliativas.

En general, los servicios de urgencias no están preparados ni adecuados para ofrecer una muerte digna a este tipo de pacientes<sup>3-5,10</sup>. Ya que en más de la mitad de las ocasiones (62,5%) el fallecimiento fue esperado, sería aconsejable disponer de un lugar con mayor privacidad donde pudieran estar acompañados por sus familiares. En el presente estudio se consideró que hasta un 18% de pacientes no tenía una ubicación adecuada. Por el contrario, sí se consideró una correcta ubicación cuando el fallecimiento se produjo en la sala de observación. En ella se ubican los pacien-

tes más graves y, llegado el caso, los familiares pueden disponer de una mayor intimidad para acompañar al paciente. La mala ubicación de los pacientes cuya muerte es esperada muchas veces es consecuencia de la insuficiente oferta de camas, bien sea de la sala de observación o de las unidades de hospitalización convencional, una vez finalizado el proceso diagnóstico-asistencial de los pacientes por parte del servicio de urgencias.

En conclusión, existe un porcentaje no despreciable de pacientes que fallecen en los servicios de urgencias y cuya muerte es esperada, por lo que se debe seguir mejorando los circuitos de derivación hacia las unidades de cuidados paliativos, soporte domiciliario o agilizar el traslado hacia unidades de hospitalización convencional. Así, se conseguirá mejorar la atención ofrecida a estos pacientes en los últimos momentos de la vida.

## Bibliografía

- 1 Miró O, de Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Milla J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencia, causas y consecuencia. *Med Clin (Barc)* 1999;112:690-2.
- 2 Sanz Ortiz J. La Sociedad, la medicina y la muerte. *Med Clin (Barc)* 1990;95:419-20.
- 3 Iglesias ML, Echarte JL. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias* 2007;19:210.
- 4 Ramón I, Alonso J, Subirats E, Yáñez A, Santed R, Pujol R y el grupo de estudio. El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. *Rev Clin Esp* 2006;206:549-55.
- 5 Rodríguez Maroto O, Llorente Álvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Álvarez Álvarez B, De la Riva Miranda G. ¿Son los servicios de urgencias hospitalarios un lugar adecuado para morir? *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:19-23.
- 6 Regidor E, Íñigo J, Sendra JM, Gutiérrez-Fisac JL. Evolución de la mortalidad por las principales enfermedades crónicas en España, 1975-1988. *Med Clin (Barc)* 1992;99:725-8.
- 7 Nieto A, Arranz F, Lana R, Torres P, Rodríguez M, Jiménez de Diego L. Análisis descriptivo de la mortalidad en un servicio de urgencias terciario. *Emergencias* 2000;12:291-2.
- 8 Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa E, et al. Resource consumption and cost of palliative care services in Spain: A Multicenter Prospective Study. *J Pain Symptom Management* 2006;31:522-32.
- 9 Iglesias ML, Pedro-Botet J, Pallàs O, López-Casanova MJ, Hernández-Leal E, Alameda F. Autopsia clínica: Una herramienta más en el servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2004;123:337-9.
- 10 González M, Gómez C, Vilches Y. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados de la agonía, síntomas refractarios y sedación. *Med Clin (Barc)* 2006;127:421-8.
- 11 Rodríguez O, Llorente S, Casanueva M, Álvarez B, Menéndez P, De la Riva G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias* 2004;16:17-22.

## Characteristics associated with emergency department deaths

Mínguez Masó S, Supervía A, Campodarve I, Aguirre A, Echarte JL, López Casanova MJ

**Objectives:** To report clinical and demographic characteristics of patients who died in our hospital emergency department and to assess several aspects of medical care that could be improved.

**Methods:** Descriptive study of patients who died in the Emergency Department between January 1st and December 31st, 2006, excluding those patients who expired in the areas of pediatrics and gynecology. Demographic and clinical data, length of stay and location/placement of the patient at the time of death were recorded.

**Results:** Mortality rate was 0.2%. The most common type of patient was an elderly person whose death was expected. The most frequent cause of death was end-stage malignant disease and the median length of stay was 6 hours. Only 25% of patients undergone cardiopulmonary resuscitation manoeuvres. Prevalence of cognitive impairment was 32%. Patient location at the time of death was considered correct in most cases.

**Conclusions:** Given the significant ratio of patients with a terminal illness who die in the Emergency Departments, to enhance the transfer to more specific areas is mandatory. To design specific protocols for this group of patients is also desirable. [*Emergencias* 2008;20:113-116]

**Key words:** Mortality. Death. Emergency Services, hospital. Palliative care.