Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):1212

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-359. - ¿PUEDE INFLUIR LA ¿REZONIFICACIÓN¿ EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN MEDICINA INTERNA? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. García Caballero, M. Barrera Ruiz, R. Alonso Navarro, B. Herreros Ruiz Valdepeñas, J. Castilla Castellano, L. Téllez González, O. Martín Segarra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: Analizar si el cambio de zona ("rezonificación") en un hospital de tercer nivel influye en las características de los pacientes fallecidos en Medicina Interna y en la atención médica que reciben en el final de la vida.

Métodos: En abril de 2012 al Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se le asigna otro Área Asistencial al inaugurarse un nuevo hospital, que se encarga del área rural, donde están la mayoría de las residencias. Para averiguar la influencia de la "rezonificación" en el tipo de paciente que fallece y en su atención, se realiza un estudio retrospectivo de todos los exitus en Medicina Interna durante 3 meses antes (mayo-julio de 2011) y 3 meses después (mayo-julio de 2012). Se registra: sexo, edad, residencia, estancia media, causa de muerte, deterioro cognitivo (deterioro de la función intelectual adquirida y persistente; usando el Clinical Dementia Rating), la Escala de Comorbilidad de Charlson, peso de cada paciente (extraído de codificación) y presencia de enfermedad terminal (avanzada, progresiva, incurable y con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico). Se valora la atención recibida registrando: órdenes de no reanimación cardiopulmonar (RCP), órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), sedación y duración de ésta.

Resultados: 2007 pacientes ingresados en Medicina Interna, 1236 (62%) en 2011. Fallecen 211 (11%), 151 en 2011 (72%). Tras la "rezonificación" disminuyen los ingresos el 38% y la mortalidad el 60%. Con el cambio de zona los pacientes institucionalizados pasan del 63% en 2011 al 38%, los terminales del 47% al 57%, las muertes inesperadas del 8% al 7%, los pacientes sin demencia del 33% al 50% (con demencia severa son similares: 40% vs 39%) y el Índice de Charlson de 3,19 a 3,85. Aumentan los ingresos por infección respiratoria (IR) (33% vs 40%), insuficiencia cardiaca (IC) (18% vs 20%) e infecciones urinarias (12% vs 13%); disminuyen los ingresos por ictus (11% vs 7%) y el resto de causas. Aumentan las IR como causa de exitus (33% vs 45%) e IC (16% vs 23%), disminuyendo el resto de causas. Las órdenes de no RCP pasan del 76% al 67%, las indicaciones de LET del 83% al 93%. Se realizan 3 autopsias (2011), en pacientes considerados como "muerte inesperada", aunque en los 3 se especificaron órdenes de LET y pautó sedación. La sedación en los pacientes fallecidos pasa de realizarse en el 52% al 45%, aumentando las horas de sedación hasta el exitus de 29h a 50h.

Discusión: Con el cambio de zona y la desaparición del Área rural disminuyen los ingresos en Medicina Interna casi el 40%, y la mortalidad el 60%. Nos planteamos si también cambia el tipo de paciente fallecido. Hay menos pacientes de residencia y menos con deterioro cognitivo. Ambos parecen estar relacionados: los pacientes institucionalizados suelen tener deterioro cognitivo, lo que aumenta la morbi-mortalidad. Sorprendentemente, esto no se traduce en el Índice de Charlson, ya que aumenta con la "rezonificación". Además de haber más pacientes terminales. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre la importancia que tiene el deterioro cognitivo (y la institucionalización) en el Índice de Charlson. Este índice puede subestimar demencia y enfermedades cardiovasculares, entidades de suma importancia en los exitus en Medicina Interna: la demencia supone 1 punto, frente a 6 del SIDA. Tras el cambio de zona fallecen menos pacientes con órdenes de no RCP firmadas, más con órdenes de LET, y se pautan menos sedaciones, aunque duran más. Este cambio en la forma de proceder puede relacionarse también con el cambio en el tipo de paciente atendido.

Conclusiones: Los pacientes fallecidos en el HUFA tras la "rezonificación" tienen menos deterioro cognitivo, proceden menos de residencia, tienen más comorbilidad y hay más enfermos terminales. Fallecen menos con órdenes de no RCP firmadas, más con órdenes de LET, y se pautan menos sedaciones, aunque éstas duran más.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.