



EA-1. - CALIDAD DE LA MUERTE HOSPITALARIA Y EL PROCESO FIN DE VIDA

G. Lara Martínez¹, A. Peláez Ballesta¹, V. Martínez Pagán¹, M. Molina Mora², M. Miluy Guerrero¹, R. Mateo Paredes¹, E. Mené Fenor¹, F. Escobar Gómez-Villalba¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: Describir la situación clínico-asistencial de los pacientes durante los 6 últimos meses de vida y del ingreso en que se produce el fallecimiento en el hospital de nuestra área de salud.

Métodos: Revisamos el 50%, 84, de los pacientes fallecidos durante el primer semestre de 2012 en nuestro hospital de área, de unos 200.000 habitantes, con 183 camas de agudos. Revisamos la historia clínica física y electrónica hospitalaria, y el portal informático Agora Plus que a modo de historia electrónica única, reúne los principales registros clínicos de primaria y especializada. recogimos datos administrativos, lugar de fallecimiento del total de exitus (hospital de agudos, larga estancia o domicilio), diagnósticos al ingreso y de alta por exitus; probabilidad de fallecimiento al ingreso; número de visitas a urgencias, atención primaria, especializada e ingresos hospitalarios durante los últimos seis meses de vida; intervención de la unidad de cuidados paliativos; registros de información pronóstica a la familia, órdenes de reanimación cardiopulmonar (RCP), instrucciones previas, evidencias de limitación del esfuerzo terapéutico o futilidad, y uso de recursos terapéuticos.

Resultados: La edad media de los fallecidos en el hospital fue de 77 años. Los servicios responsables del ingreso fueron: 68% Medicina interna, 14% Cirugía, 14% Medicina intensiva y 4% ORL. La estancia media fue de 11 días. 50% se clasificaron de alta probabilidad de fallecimiento durante la hospitalización (> 20%) según gravedad, edad y comorbilidad para cada enfermedad. 46% se clasificaron de moderada probabilidad (5-20%) y 4% de baja probabilidad (< 5%). El 50% de los pacientes sufrían enfermedades crónicas avanzadas o neoplásicas, y el 25% enfermedades crónicas moderadas. El 59% de los pacientes hicieron alguna consulta a especializada los últimos 6 meses; la media de visitas fue de 2,78. El 58% hicieron alguna visita a atención primaria y la media de visitas por paciente fue de 1,85. Un 50% de los pacientes hicieron alguna visita a urgencias del hospital y la media de visitas fue de 1,6. El 14% no consultó a ningún médico y el 17% consultó en los tres niveles. El 33% de los pacientes tuvo una alguna hospitalización. Únicamente el 15% de los pacientes tenían registro de estadiaje de su enfermedad crónica. El 58% de las historias contenía constancia escrita de información pronóstica a la familia. El 51% contenía órdenes de reanimación cardiopulmonar. Ningún paciente tenía registro de Instrucciones Previas. Encontramos evidencias de Limitación del esfuerzo terapéutico en el 14% y futilidad en un 3% de pacientes. En cuanto a uso de medidas terapéuticas: 72% llevaron Sonda Urinaria, 32% SNG; 3% ventilación mecánica no invasiva; 13% ventilación mecánica; 24% fueron intervenidos quirúrgicamente; 38% transfusión; 76% antibióticos; 24% drogas vasoactivas; 24% laxantes; 65% sedantes; alimentación oral el 57% de los casos, parenteral el 17%, enteral el 10% y absoluta el 10%; ninguno estaba en tratamiento

oncológico activo. 50% recibieron analgesia; 48% sedación paliativa durante las últimas 48h de vida y 17% llevaban dispositivos de soporte vital en el momento de fallecer.

Discusión: La mayoría de los pacientes tenían altas posibilidades de fallecer al ingreso y los de probabilidad intermedia sufrían una enfermedad grave con avanzada edad o complicaciones graves que desembocaron en un fallecimiento previsible, agotadas las medidas diagnóstico-terapéuticas y de soporte adecuadas a cada caso. Se consultó más a especializada y urgencias que a primaria. No existía un adecuado estadiaje de cronicidad por escrito y la información pronóstica y las órdenes de RCP estaban ausentes en la mitad de los casos.

Conclusiones: El esfuerzo terapéutico curativo realizado es suficiente; y puede decirse, con nuestros datos, dada la alta prevalencia de enfermedad crónica y neoplásica avanzadas, que hay un uso excesivo de recursos curativos al final de la vida y un relativo escaso esfuerzo paliativo.