

ANEXO I

AUDITORÍA SOBRE EL PROCESO DE MUERTE EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AGS NORTE DE ALMERÍA

EVALUACIÓN CUANTITATIVA

- Se realiza una consulta en base de datos MEDICS sobre las altas en año 2011 cuya causa ha sido éxitos. Se obtienen 322 casos de los cuales se revisan 84 historias (26%) de los cuales son válidas 60. Se descartan 24 casos por encontrarse los episodios incompletos.
- Para un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10% con una heterogeneidad del 50% es necesario revisar 57 casos
- Características poblacional y datos generales de ingreso

Edad media	Máximo	Mínimo
79.8 (DE 10.20)	97	45
Estancia media	Maximo	Mínimo
13.72 (DE 13.91)	84	0

- El 100% de los ingresos son urgentes

AREA DE HOSPITALIZACIÓN		
	n	%
Medicina interna	41	68,33
Cardiología	5	8,33
Neumología	6	10,00
Digestivo	2	3,33
Medicina intensiva	5	8,33
Urología	1	1,67
	60	100,00

MI y Especialidades	54	90
---------------------	----	----

- Se consultan 15 pacientes para valoración de ingreso en UCI. Se acepta el ingreso el 46.6% (7 casos)

INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA FASE DE INDICACIÓN DE POSIBLE PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

- En el 55% de los casos hay registrado alguna forma de valoración funcional en la historia médica (33 casos) y en el 43% hay mención a la calidad de vida del paciente (26 casos)
- Se realiza una valoración funcional mediante la escala de Barthel en el 61% de los casos (37 casos) con una media de puntuación de 44.8
- Un caso el 1.66% se ha valorado la calidad de vida percibida del paciente
- Queda reflejado el pronóstico de la enfermedad en el 65% de los casos con los siguientes términos :“ mal pronóstico”, “ probable fallecimiento”, “ muerte en ingreso”, “ terminalidad”, “pronóstico infausto”

	n	%
Enfermedad oncológica avanzada	12	20
Enfermedad no oncológica avanzada	20	26.66

Los datos se obtienen de la valoración de la historia, no se ha tenido en cuenta que específicamente se encontrara registrado

- No queda claramente reflejado el nombre de los profesionales que han participado en la toma de decisiones y en 6 casos hay constancia que ha habido decisiones compartidas con el equipo (10%)

INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA FASE DE PONDERACIÓN

- La valoración de la capacidad del paciente para la toma de decisiones queda reflejada en tres casos que corresponde al 5% y en ningún caso de los analizados se consulta las voluntades anticipadas.
- En relación a la información que se ofrece y que queda registrada en la historia para una posible toma de decisiones compartidas se comprueba que en 52 casos (86.6%) se informa a la familia y en los 8 casos restantes (13.3%) no hay constancia de la información a la familia. Por, tanto, en ningún caso hay constancia de que se haya realizado alguna información al paciente ni que se haya explorado que el paciente quiera información
- En ningún caso hay nombrado un representante para la toma de decisiones
- En 58 casos (90%) no se incluyen las preferencias o valores del paciente en la historia

	Paciente		Familia	
	N	%	N	%
No sabe nada	6	9,09	1	1,52
Sabe que tiene una enfermedad grave	0	0,00	0	0,00
Sabe que tiene una enfermedad avanzada	0	0,00	2	3,03
Sabe que tiene una enfermedad avanzada y verbaliza que puede morir	0	0,00	8	12,12
Sabe que va a morir	0	0,00	31	49,97
No consta	54	63,64	18	27,27

- En 8 casos se incluye la opinión sobre la decisión al paciente y o familia que corresponde al 13.3 % de los casos

INFORMACIÓN REGISTRADA DE LA FASE DE DECISIÓN

- Se hace una valoración del nivel de asistencia en 16 pacientes (26.6%). Se ha considerado que el rechazo de ingreso en UCI se considera una valoración del nivel de asistencia. Si no cuentan los pacientes rechazados serían 8 pacientes y correspondería al 13.3% de los casos.

Niveles de asistencia	N	%
Nivel 1. No requiere pruebas diagnósticas y el tratamiento está dirigido a proporcionar confort y alivio de dolor. Valoración de retirada de medidas de soporte vital si las tuviera.	9	56.25
Nivel 2. Está indicado el tratamiento médico conservador y NO se iniciarán las siguientes medidas de soporte	7	43.75
Nivel 3. Está indicado tratamiento con soporte total salvo maniobras de RCP	0	0
Nivel 4. soporte total	0	0
	16	100

- En 7 casos (11.66%) hay constancia de información al equipo sobre las decisiones tomadas

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

- En un 50% de casos (30) se ha hecho alguna forma de LET de los cuales la forma de "no inicio" ha sido del 80% (24 casos). No ha sido necesario que conste la expresión de LET se ha tenido en cuenta el rechazo de tratamiento en uci y aquellas situaciones en las que no se han realizado acciones clínicas que corresponderían para la patología del paciente.
- En todos los casos ha sido una decisión medica unilateral y en ningún caso se ha detectado conflicto en la toma de decisiones

SEDACIÓN PALIATIVA

	n	%
Sedaciones paliativas	13	21.66
Síntoma refractario	11	84.6
Constancia de información	12	92.3
Consentimiento informado	3	23.07

EVALUACIÓN CUALITATIVA

- En general no se establece o no queda reflejada la finalidad terapéutica, salvo los objetivos parciales que están relacionados con cada uno de los tratamientos que tienen los pacientes. Ello dificulta las decisiones finales
- No se percibe una comunicación o bien una toma de decisiones compartida entre los profesionales que asisten a los pacientes. En general, aunque hay un médico asignado a cada paciente, son varios los que participan. En la historia no queda bien reflejado la justificación de las decisiones relacionadas con el final de la vida, tanto para iniciar, no iniciar o retirar.
- En general, el médico responsable no deja clarificada la actitud a seguir y que sirva de orientación para el resto de profesionales, sobre todo aquellos que participan en situación de urgencias
- No se percibe una participación más directa del enfermero responsable.
- La historia de enfermería tiene recogidos elementos relacionados con aspectos sociales y biográficos del paciente pero no suelen estar conectados con la historia médica y se detecta su uso en la toma de decisiones
- No se percibe la participación de enfermería en la toma de decisiones. Ocasionalmente se recogen en los registros de incidencias de cada turno las decisiones médicas
- La toma de decisiones en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada se expresa con una mayor claridad desde el inicio de la asistencia en relación a los pacientes con una enfermedad no oncológica avanzada
- El nivel de asistencia proporcionado es más claro y justificado en pacientes que se ha establecido previamente, bien por un ingreso previo, bien por rechazo de ingreso en UCI
- Las decisiones tomadas siempre han sido unilaterales, no se ha percibido la participación de la familia (nunca del paciente) y en algunos casos se deja constancia de la asunción de la decisión por parte de la familia.

- La limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica clínica habitual. No obstante con frecuencia no se justifica las decisiones tomadas y se decide en las horas finales sin una clara planificación previa
- No suelen estar recogidos los deseos del paciente/familia y cuando se reflejan no han formado parte de la decisión.

CONCLUSIONES

1. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico es una práctica habitual en nuestro entorno si bien se establece o se percibe en las últimas horas del paciente
2. Con los datos recogido en la historia clínica, no se comprueba que exista una toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes/familia
3. Determinar un objetivo terapéutico con un nivel de asistencia proporcionado a la situación clínica y valores del paciente es clave para una asistencia sanitaria de calidad y ello se hace más relevante en el escenario del final de la vida
4. En vista de los resultado es necesario establecer un procedimiento de ayuda en la toma de decisiones que permita recoger todos los elementos necesarios y facilite la colaboración y participación de los equipos profesionales y la familia