

Bibliografía comentada

Enrique Limón Cáceres

Profesor asociado de la Escuela de Enfermería.
Universidad de Barcelona

Mosley C. Coordination of care in disease management: opportunities and financial issues. *Semin Dial* 2000 Nov-Dec;13(6):346-50

PALABRAS CLAVE: PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA ENFERMEDAD RENAL, COSTES ECONÓMICOS.

Actualmente dentro de nuestro sistema sanitario se están dando muchas iniciativas privadas con fines lucrativos que trabajan ofreciendo servicios de salud, este artículo es interesante precisamente por su carácter descriptivo del sistema norteamericano que intenta combinar ganancias y calidad de cuidados. Si bien en estos momentos puede parecer que se aleja de nuestra realidad sanitaria es interesante observar como otros sistemas sanitarios solventan sus diferencias y problemas. Los pacientes en la fase terminal de la enfermedad renal y las personas que están en una fase de agravamiento de su patología renal requieren una utilización mayor de recursos de cuidados de salud. Las modalidades de reembolso que se utilizan actualmente en EEUU contribuyen a la fragmentación del cuidado de estos pacientes, y esto acompañado de que la información financiera es inadecuada encubre si una buena coordinación en la gestión de los cuidados produce un impacto económico en esta población. En el artículo se discuten áreas potenciales de coordinación y sus posibles beneficios financieros. Como servicios independientes el paciente percibe que en cada uno de los servicios donde es atendido recibe un servicio excelente. El problema reside en que no hay demasiada coordinación de los cuidados entre estos servicios, y de hecho la fragmentación de los cuidados puede causar un desgaste innecesario en el paciente, y aumentos del gasto global al sistema de

cuidados de salud. La reducción de la fragmentación de los servicios mejorarían el paso del paciente a través del sistema. Este artículo proporciona algunos ejemplos de descoordinación que se pueden presentar y las implicaciones financieras que esto representa, sobre todo durante la transición hacia la diálisis. En los pacientes en la fase final de la enfermedad renal cada área de cuidados tiene un criterio establecido que determina los valores de la calidad. En ninguno de los servicios, tanto si es la unidad de diálisis, el hospital, o la consulta del médico, existe ausencia de regulaciones. El artículo describe los múltiples estamentos que deben coordinarse para dar unos servicios de calidad. Éstos pueden ser estatales o federales: State or federal, National Council on Quality Assurance (NCQA), Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), Water Standards, Occupational Safety and Health Administration (OSHA), Fire Codes, Physician peer Review, Medicare Billing, Health Care Finance Administration (HCFA), the ESRD networks, Credentialing, Health Maintenance Organization (HMO), Insurance Requirements, Pharmacy Benefits and Formularies, Safe Harbors, “antikick-back,” or National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKF-DOQI). Para todos los proveedores de cuidados, el otro componente crítico es la habilidad de conseguir los ingresos adecuados para rentabilizar el negocio, y conseguir ganancias combinándolos con unos cuidados de calidad. Depende, según los autores, de la astucia de moverse dentro de los límites y de las restricciones reguladoras para proporcionar un cuidado óptimo y conseguir ganancias. Sin embargo, la continuidad de los cuidados según los autores no debe ser un problema aplastante para los proveedores ya que una buena coordinación posibilitaría que el paciente, que en el fondo es quien paga, fuera atendido en los servicios que le ofrecieran mejor calidad-precio.

Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM, Woods AL, Pekow PS, Kjellstrand CM. Dying well after discontinuing the life-support treatment of dialysis. *Arch Intern Med* 2000 Sep 11;160(16):2513-8

PALABRAS CLAVE: DIÁLISIS EN PACIENTES TERMINALES.

Los cuidados al paciente terminal son siempre objeto de discusión y dudas. El objetivo de este estudio es examinar la calidad de vida que se proporciona a una persona cuando se le realiza tratamientos de diálisis en una fase terminal. La investigación se realizó mediante un estudio observacional que involucró 6 clínicas de diálisis en los Estados Unidos y 2 clínicas en Canadá, en total eran 131 pacientes adultos con tratamiento de diálisis de mantenimiento donde el receptor murió después del cese del tratamiento. Una entrevista realizada por personas preparadas para tal fin cuantificó duración, dolor y sufrimiento, relacionados con factores psicosociales. Los resultados obtenidos muestran una población donde el 59% eran mujeres, la edad media era 70.0+/-1.2 años, la duración del tratamiento de diálisis era de 34.0+/-2.8 meses, y la muerte ocurrió 8.2+/-0.7 días después del último tratamiento de diálisis. Los datos obtenidos en función de la entrevista realizada y sus ítems, nos da un treinta y ocho por ciento de los pacientes que habían completado el protocolo habían considerado que habían tenido una buena muerte, el 47% consideraba que la muerte había sido regular, y un 15% consideraba que había tenido una mala muerte. Durante el último día de vida, el 81% de la muestra no sufrieron, aunque un 42% tenía un poco de dolor y un adicional 5% tenían dolor severo. Según el estudio psicosocial de la calidad de vida en esta última etapa vital, los pacientes que murieron en casa o en las unidades de cuidados terminales, las muertes eran percibidas como buenas frente a aquellos que murieron en un hospital. Las conclusiones a las que llegan los autores es que el cese del tratamiento de diálisis en estos últimos momentos aumenta la percepción de una muerte más aceptable. La influencia del lugar donde una persona va a morir y las actitudes de los médicos y de las enfermeras sobre la decisión de detener los tratamientos que alarguen la vida merecen investigaciones más exhaustivas. La recomendaciones finales de los autores es potenciar la búsqueda de herramientas que puede

usarse para establecer unos baremos de calidad para la provisión de cuidados terminales.

Scott MB. Exploration of factors that impact mode of death in the hemodialysis patient. *ANNA J* 1999 Dec;26(6):577-83; discussion 584-5

PALABRAS CLAVE: HEMODIÁLISIS, DERECHOS DEL PACIENTE.

El propósito de este estudio cuantitativo y cualitativo era examinar la fases por las que pasa un paciente con una enfermedad renal, su integración social, el cambio de rol que supone, y el apoyo social que pueden haber influido en el modo en que los pacientes en hemodiálisis perciben su propia muerte. Se utilizaron datos de un archivo cuantitativo del registro médico que daba datos del modo de muerte que habían padecido estos pacientes en la fase de la enfermedad renal, la mayoría extraídos del formulario de notificación de muerte. Las entrevistas tenían el fin de estudiar la percepción que había tenido el paciente en hemodiálisis antes de su muerte y ver cual había sido la trayectoria de la enfermedad en el paciente, como experimento los momentos finales de la vida, su integración social, cambios rol, y el apoyo social que recibía. Diecisiete pacientes experimentaron una muerte súbita e inesperada, y 15 pacientes murieron después de retirarle tratamiento de hemodiálisis. Los indicadores cualitativos de trayectoria de la enfermedad indicaron un curso descendente bastante lento en la muerte súbita o en un rápido desenlace, mientras que en el caso de la retirada del tratamiento se describe como un movimiento en espiral. No se conoce en los individuos que pedían el cese del tratamiento había una falta de integración social o de apoyo social, los resultados sugieren que algunos individuos que solicitaban el cese del tratamiento de hemodiálisis ejercían sus derechos de libre determinación y por tanto se negaban a someterse a tratamientos que les alargasen la vida. Aunque los resultados de este estudio no son generalizables, puede ser aconsejable para las enfermeras comprometer a los pacientes y a los miembros de la familia en las discusiones de las decisiones que influyen en la vida del paciente, los derechos que tienen para negarse al tratamiento, y la posibilidad de cesar el tratamiento cuando éste se convierte en un efecto negativo para una muerte aceptable del paciente.