



DP-012 - CIRCUNSTANCIAS PREVIAS AL INICIO DE LA SEDACIÓN EN LAS GUARDIAS

R. Martínez Cabrera, L. Gagliardi Alarcón, M. Herrera Abian, Á. Jiménez Rodríguez, C. Rubiera Ponga, B. Escat Juanes y A. López Martín

Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

Resumen

Objetivos: Describir las medidas aplicadas de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y sedación en los pacientes fallecidos intrahospitalariamente y cuya pauta es iniciada por un médico de guardia diferente al facultativo habitual del paciente.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes fallecidos entre enero y noviembre de 2019, en el área médica del Hospital Infanta Elena, a quienes se les inició sedación paliativa por parte del médico de guardia. Variables: sociodemográficas, fecha de ingreso y de inicio de perfusión, comorbilidades, reflejo en la historia clínica de AET en caso necesario y consenso previo con la familia.

Resultados: N: 57 pacientes, edad media: 80 años, mujeres (66%). El 82% con enfermedad terminal: neurológica (38%), enfermedad oncológica (32%), enfermedad cardiovascular (21%). El 86% presentaron enfermedad aguda (67% infecciosa). La sedación se inició desde urgencias en un 17%, del resto de pacientes sedados por el médico de guardia, un 6% no tenían aún médico asignado. Orden de no RCP en 95% y de AET en 90%.

Discusión: Desde marzo de 2017 la Ley de Derechos y Garantías en el Proceso de Morir establece la definición de AET y sedación paliativa. En casi todos los pacientes, existía indicación de AET en caso de empeoramiento clínico por parte del médico habitual, sin embargo, la indicación de sedación no fue tan habitual. El 97% estaba consensuado previamente con la familia o paciente. Los pacientes con demencia fueron los que más se beneficiaron de sedación paliativa, seguido de los oncológicos. La mayoría presentó una enfermedad aguda, predominando la patología infecciosa. Se observó que, en los pacientes añosos, con demencia o institucionalizados, el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el inicio de la perfusión fue significativamente menor.

Conclusiones: Con los datos obtenidos, parece que a los médicos les resulta más fácil indicar medidas de AET que una sedación terminal. Además, se observó que, en los pacientes con demencia y comorbilidades, el inicio de la sedación era más precoz que en otro perfil de paciente.

Bibliografía

1. Cherny NI. Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end

of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol.* 2014;25(Suppl_3):iii143-52.