



DP-5. - FACTORES CLÍNICOS PREDICTIVOS DE SEDACIÓN PALIATIVA EN DOMICILIO

J. Galindo Ocaña¹, C. Aguilera González¹, A. Fernández López¹, R. Parra Alcaraz¹, L. Calle Cruz², R. González León¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Atención Primaria. C.S. Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Identificar qué factores del paciente en situación terminal pueden asociarse a una mayor probabilidad de administración de sedación paliativa (SP) en domicilio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado mediante cuestionario estructurado, a todos los pacientes atendidos sucesivamente entre enero de 2012 y mayo de 2013 por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de un hospital universitario de Sevilla. Si la sedación se administraba en el hospital se clasificaba como otra actuación (ingreso). Análisis descriptivo e inferencial. Análisis de regresión logística univariados y modelos de regresión multivariante para identificar las variables asociadas independientemente a recibir sedación paliativa en domicilio con mayor frecuencia.

Resultados: 561 pacientes fueron incluidos. Presentaba un cáncer en ST el 74,2% y pluripatología descompensada el 8,8%, otras causas fueron mucho menos frecuentes. El tipo de cáncer más frecuente fue el de pulmón (25,8%), seguido del colorrectal (13,9%). Conocía el diagnóstico el 49,7% y el pronóstico 30,1%. Un 10,3% presentaba inicialmente un grado de complejidad mínimo, un 23,1% medio y un 66,7% máximo. 150 pacientes recibieron SP (26,7%), un 29,7% de pacientes con cáncer en ST y el 18,8% de no oncológicos en ST (OR 1,825; IC 1,205-2,763; $p = 0,002$), un 31,9% de los que conocían su diagnóstico, frente a un 21,6% entre los que no lo conocían (OR 1,697; IC 1,162-2,479; $p = 0,004$). En cambio, conocer el pronóstico no supuso diferencias significativas ($p = 0,065$). Los pacientes oncológicos recibieron SP en un 29,4% vs 18,9% en los no oncológicos ($p = 0,016$). De PPP recibió sedación un 14,8% vs 27,6% no PPP ($p = 0,046$), demencias 18,9%, EPOC 20% y AVC 23,5% ($p = 0,043$). Por localización del cáncer, salvo los tumores de cabeza y cuello con un 10% y páncreas con un 50%, el resto fue sedado en alrededor del 30%. Lógicamente, los pacientes con peor estado funcional (peor Barthel, Karnofsky o PPS) recibieron SP con mayor frecuencia ($p = 0,022$; $p = 0,000$ y $p = 0,001$ respectivamente). Por nivel de complejidad al ingreso en la unidad, los pacientes con nivel de complejidad mínimo fueron sedados en situación de últimos días en un 8,9% (5/51), nivel medio 22,2% (28/98) y máximo en (116/248) 31,8% ($p = 0,001$). En un modelo multivariante, las variables independientemente asociadas a mayor probabilidad de recibir sedación fueron no conocer el diagnóstico (OR 0,434; $p = 0,043$) y un peor estatus funcional definido por un Karnofsky inferior a 40.

Discusión: Conocer la enfermedad y padecer de cáncer en ST pueden ejercer de factores

facilitadores de la sedación en domicilio. En caso contrario la familia podría decidir otra alternativa terapéutica como el ingreso hospitalario. Los resultados concuerdan con publicaciones previas (J Pain Symptom Manage. 2012;44:33-43), con cifras algo superiores debido a la mayor complejidad y situación más avanzada por tratarse de pacientes atendidos por una unidad especializada que asiste a los pacientes en su propio hogar, si bien parecen depender de la idiosincrasia asistencial de cada lugar más que de factores clínicos o de otro tipo, y que genera importantes diferencias entre países, p.e. por usar preferentemente hospices o residencias asistidas versus el propio domicilio (J Pain Symptom Manage. 2014: en prensa).

Conclusiones: Los factores asociados a recibir sedación paliativa con mayor frecuencia fueron padecer una enfermedad oncológica en situación terminal con peor estatus funcional, conocer el diagnóstico y determinados grupos de enfermedades como cáncer de páncreas.