Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):157

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1233 - LA MEDICALIZACIÓN DE LA MUERTE

***M.Á. Galindo Andúgar**, L.A. González Sánchez, Á. Arias Arias, J.M. Fernández Ibáñez, M.C. Morales Ballesteros, A.M. Martín Castillo, L.J. Fernández-Clemente Martín-Orozco e I. Fernández Visier*

Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna en nuestro centro que precisan sedación paliativa antes de fallecer, y las potenciales dificultades que puedan derivarse.

Métodos: Estudio descriptivo que incluye pacientes desde noviembre 2017 hasta junio 2021. Criterios de inclusión: Ingreso en nuestro centro a cargo de la internista (autora principal del trabajo). Fallecimiento en el hospital. Criterio de exclusión: estar ingresado por causa del SARS-CoV-2. Recogida de la información a través de la Historia Clínica digitalizada (Mambrino XXI). Análisis con PASW Statistics 18. Para estimar la pluripatología de los pacientes se calcula el índice de Barthel. Para establecer los criterios de terminalidad de las enfermedades, se aplican los criterios recogidos en la "Guía de Cuidados Paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos" de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes, 54 hombres y 61 mujeres, con edad media de 86 años (rango 52-104) y estancia media de 7 días (rango 1-58). La mitad había ingresado al menos 1 vez en los últimos 3 meses, y 68 (60%) lo habían hecho en el último año. Hasta un 25% provenían de residencias, y estaban con oxigenoterapia domiciliaria 37 pacientes (32%). La mayoría presentó un índice de Barthel con dependencia grave o total (73%). Hasta 70 pacientes (61%) cumplían criterios de enfermedad terminal, siendo las más frecuentes: deterioro cognitivo 24, tumores en fase avanzada/terminal en 18 (26%), EPOC en 13 (19%) e insuficiencia cardíaca (ICC) en 11 (16%). Solo 5 pacientes estaban en programa de Cuidados Paliativos. En un 45% se necesitó sedación paliativa para control de síntomas, todos ellos por disnea de reposo refractaria salvo 2 pacientes con dolor intratable. Se habló por primera vez de la posibilidad de sedación por el facultativo responsable en el pase de visita, excepto en 3 ocasiones en que lo hizo el médico de guardia. Estos 3 pacientes presentaron complicaciones agudas que no estaban previstas inicialmente: 2 broncoaspiraciones masivas y 1 síndrome coronario agudo con edema agudo de pulmón. En general la recepción fue muy buena, con oportunidad para expresar dudas y aclarar conceptos erróneos. De los 115 pacientes, se generaron dificultades en 2 casos. Mujer de 92 años, vida previa activa, ingresada por infarto agudo de miocardio Killip III. Mala evolución desde el principio, la paciente pidió luchar hasta el último momento. Rechazó sedación a pesar de disnea de reposo. Solución: se pactó control de síntomas con morfina en perfusión intravenosa, y dosis de benzodiacepinas orales que ella pedía y controlaba. Mujer de 104 años. Deterioro cognitivo no estudiado. La familia no deseaba sedación

por considerar que la situación era recuperable. Ingreso por neumonía broncoaspirativa que evolucionó mal. Finalmente la aceptaron en caso necesario, pero no fue preciso iniciarla (control síntomas con morfina, escopolamina, etc. y por desarrollo de encefalopatía hipercápnica).

Conclusiones: Cerca de la mitad de pacientes que fallecieron necesitaron sedación paliativa, casi siempre por disnea refractaria. Hablar de la sedación y anticiparse al momento crítico es tarea del médico responsable.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.