



6035-413. CAMBIOS EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA TRAS EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PREVIA Y LA INTRODUCCIÓN FORMAL DE UNA HOJA CONSENSUADA DE ORDEN DE NO REANIMAR

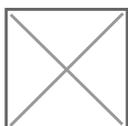
Juan Ruiz-García¹, Pablo Díez-Villanueva², Ana Ayesta-López³, Vanesa Bruña-Fernández³, Lourdes Figueiras-Graillet⁴, Laura Gallego-Parra⁵, Francisco Fernández-Avilés³ y Manuel Martínez-Sellés⁶ del ¹Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ⁵Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey (Madrid) y ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y Universidad Europea de Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiología está implicada en el diagnóstico y tratamiento de las principales causas de mortalidad. La atención prestada a los cuidados al final de la vida es escasa, y el uso de las órdenes de no reanimar (ONR) está menos extendido que en otras especialidades. Se pretende valorar los cambios tras la introducción formal de una hoja de ONR.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los fallecidos en un servicio de cardiología durante 26 meses. Tras ello se expusieron los resultados en sesión médica y se consensó la introducción formal de una hoja de ONR. Finalmente se analizaron retrospectivamente los fallecidos en los 26 meses siguientes, comparándose los datos en función de la presencia de la nueva hoja (grupo A) o una ONR convencional (grupo B).

Resultados: En ambos períodos fallecieron un número similar de pacientes -198 y 197-, aumentando significativamente el porcentaje de fallecidos con una ONR (57% frente a 69%, $p = 0,02$). Respecto al primer período, los pacientes del grupo A recibieron un día antes la ONR, y hasta el 25% (frente a 3%, $p 0,001$) de ellos la recibió en las primeras 24 horas de ingreso; aunque seguían sin participar en la decisión, pues nuevamente solo el 4% estaba informado de la misma. Solo el 10% del grupo A se encontraba asintomático en el momento de tomar la decisión de no reanimar; la hoja naranja incentivó el inicio de distintas medidas de carácter paliativo y de confort (50%), así como la realización de medidas específicas de limitación del esfuerzo terapéutico. Por el contrario en el grupo B solo se identificó una medida de carácter paliativo y la limitación del esfuerzo terapéutico se realizó sin especificar en ningún caso las medidas limitadas. Respecto a los portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) con una ONR, antes de fallecer se desconectaron las terapias de desfibrilación a 1 de los 4 pacientes (25%) en el primer período pero a los 8 pacientes (100%) del grupo A ($p = 0,02$) (fig.).



Pacientes portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) a los que se desconectó la terapia de desfibrilación tras la orden de no reanimar (ONR).

Conclusiones: El análisis y exposición de los cuidados al final de la vida junto a la introducción de una hoja de ONR puede mejorar la aplicación de los mismos, aumentando el uso y precocidad de las ONR, e individualizando los cuidados paliativos o de confort así como las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico. Además se logra la coherencia en el manejo de los DAI al final de la vida.