

ORIGINAL BREVE

Registro MORCAT: descripción de la sedación paliativa y la mortalidad en los servicios de urgencias

Oriol Yuguero-Torres^{1,2}, María Jesús López^{2,3}, Emilia Cortés^{2,4}, Carme Boqué^{2,5}, Montse Navarra^{2,6}, Sònia Jiménez^{2,7}

Objetivo. Describir las características y manejo de los pacientes con sedación paliativa (SP) en 11 servicios de urgencias hospitalarios (SUH) catalanes.

Método. Estudio prospectivo descriptivo de pacientes que recibieron SP entre abril y julio de 2018. Se recogieron variables demográficas, enfermedades del paciente, índice de Charlson (IC), procedencia, tiempos en urgencias y fármacos utilizados.

Resultados. Se incluyeron 323 pacientes (48,9% varones) con una edad media de 84 (DE 12) años. El IC fue significativamente mayor en hospitales de primer nivel. La SP se consideró primera opción de tratamiento en el 27% y se inició en una media de 18 (DE 28) horas tras su llegada, significativamente diferente en hospitales de segundo nivel. Fallecieron mayoritariamente en el SUH (74,2%).

Conclusiones. Los pacientes que reciben SP en los SUH son ancianos con comorbilidad grave, y en su mayoría reciben tratamiento con intención curativa como primera opción terapéutica. Existen diferencias significativas del tiempo transcurrido hasta el inicio de la SP según la complejidad del centro.

Palabras clave: Urgencias. Sedación. Cuidados paliativos. Ética.

Palliative sedation and mortality in emergency departments: descriptive study of cases in the MORCAT registry

Objective. To describe the clinical management of palliative sedation and the characteristics of sedated patients in 11 Catalan hospital emergency departments.

Methods. Prospective descriptive study of a cohort of patients given palliative sedation between April and July 2018. We registered patient demographic and disease data, the Charlson comorbidity index (CCI), patient's point of origin before emergency department arrival, times related to emergency care, and medications used.

Results. We included 323 patients (48.9% men) with a mean (SD) age of 84 (12) years. The CCIs were significantly higher in patients attended in level-I hospitals. Palliative sedation was the first option in 27% and was initiated within 18 (28) hours of arrival on average, an interval that was significantly shorter in level-II hospitals. Most patients (74.2%) died in the emergency department.

Conclusions. Patients treated with palliative sedation in hospital emergency departments are older and have serious concomitant conditions. Most patients are first treated with intention to cure. Time until the start of palliative sedation differs significantly according to hospital level.

Keywords: Emergency department. Sedation. Palliative care. Ethics.

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población y la medicalización del final de la vida tienen repercusión sobre los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). En el periodo 1997-2003, un 53% de los fallecimientos en España tuvo lugar en un centro hospitalario. El 10,7% de dichos fallecimientos aconteció en el SUH¹, lo que ha constituido un tema de reflexión². En estudios previos realizados en SUH más del 80% de las muertes eran previsibles y estaban precedidas de tratamiento paliativo en el 41% de casos^{3,4}.

El final de vida se convierte en un proceso urgente más, a pesar de que los pacientes prefieren morir en su domicilio y no en un box de un SUH. Por este motivo se han elaborado programas desde atención primaria que tratan de dar respuesta a esta situación⁴.

Los proyectos de humanización de la asistencia urgente tienden a garantizar el confort de los pacientes en situación terminal y a facilitar que la familia viva de la forma menos traumática la muerte de un ser querido. Ello, unido a que la mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y un instrumento para la planificación y la gestión hospitalarias⁵, ha llevado en los últimos años a un aumento del interés sobre la atención a los pacientes en situación de últimos días en los SUH. Planteamos este estudio con el objetivo de describir el volumen, características y manejo de los pacientes en situación terminal que requieren sedación paliativa (SP) en los SUH de Cataluña participantes, ante la hipótesis de la heterogeneidad en la indicación de tratamientos paliativos en los SUH⁵.

Filiación de los autores:

¹Institut d'Investigació Biomedica de Lleida, IRBLleida, Lleida, España.

²Grupo de Trabajo Bioética. Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias, España.

³Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital de Calella, Calella, Barcelona, España.

⁵Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

⁶Servicio de Urgencias, Hospital Comarcal del Pallars, Tremp, España.

⁷Área de Urgencias, Hospital Clínic, Grupo: Urgencias Procesos y Patologías, Área 1, IDIBAPS, Barcelona, España.

Contribución de los autores:

Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Oriol Yuguero Torres
Avda. Rovira Roure, 80
25198 Lleida, España

Correo electrónico:

Oriol.yuguero@gmail.com

Información del artículo:

Recibido: 17-9-2019
Aceptado: 23-10-2019
Online: 6-2-2020

Editor responsable:

Agustín Julián-Jiménez

Método

Estudio de cohorte, prospectivo, no intervencionista y de inclusión consecutiva, de pacientes que recibieron SP en 11 SUH de Cataluña del 1 de abril al 31 de julio de 2018. Se incluyeron todos los pacientes a los que se inició SP en el SUH, después de obtener el consentimiento informado de familiares o representantes. El principal criterio de exclusión fue la negativa a participar en el estudio.

Se recogieron variables demográficas, patología del paciente, identificación como paciente crónico complejo (PCC) o MACA (Model d'Atenció a la Malaltia Crònica Avançada), seguimiento por unidades de cuidados paliativos, alarma de no reanimación y el índice de comorbilidad de Charlson, sistema de evaluación de la esperanza de vida a los 10 años, en dependencia a la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del paciente. Se registraron tiempos vinculados a la atención en urgencias, a la sedación, fármacos utilizados, síntoma refractario y destino final. Para su análisis los hospitales se agruparon en función del nivel de complejidad asignado a los mismos.

En relación con el análisis estadístico, los datos se expresan como media y desviación estándar (DE) o como valores absolutos y porcentajes. Las variables continuas de distribución no paramétrica se comparan mediante el test de Mann-Whitney, y el test de ji cuadrado o el exacto de Fischer para variables cualitativas. La significación estadística se estableció en un valor de p inferior a 0,05.

El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y ratificado por los centros participantes.

Resultados

Se incluyeron un total de 323 pacientes, con una edad media de 84 (DE 12) años, 157 (48,9%) varones y 164 (51,1%) mujeres. Procedían del lugar de residencia habitual el 83%, del domicilio en 57,2% y residencia de ancianos en el 26%. La alarma de no reanimación constaba en la historia clínica de urgencias en 195 (72%) pacientes. En la Tabla 1 están recogidas las características de los pacientes agrupados por nivel de complejidad hospitalario. De nivel I procedían 108 (33,4%), 78 (24,1%) de nivel II y 137 (42,4%) de nivel III. No se detectaron diferencias en cuanto a edad, sexo, o identificación como PCC/MACA. El índice de Charlson medio fue 6,23 (DE 3,5), y fue significativamente mayor en los pacientes de los hospitales de primer nivel. En la Tabla 2 se recogen los datos relativos al proceso de sedación. La SP fue la primera opción de tratamiento en el 27% de los pacientes, sin diferencias entre centros. Tampoco hubo diferencias respecto al síntoma refractario ni a los fármacos utilizados, a excepción de la escopolamina. Recibieron globalmente tratamiento con midazolam el 86% de los pacientes y con morfina la totalidad de pacientes de hospitales de nivel I, 69 (88,9%) de nivel II y 133 (97%) de nivel III. La media de tiempo hasta el inicio de la SP fue de 22 (DE 34) horas en centros de nivel I, 17 (DE 29) horas en nivel III y 10 (DE 13) horas en nivel II, con diferencia estadísticamente significativa en estos últimos. Desde el inicio de la sedación al fallecimiento transcurrieron 22 (DE 24) horas, sin diferencias entre centros.

Tabla 1. Características de los pacientes según nivel asistencial

	Global N = 323 n (% del centro/ % del total)	Nivel I N = 108 n (% del centro/ % del total)	Nivel II N = 78 n (% del centro/ % del total)	Nivel III N = 137 n (% del centro/ % del total)	P
Edad en años [media (DE)]	84 (12)	84 (11)	81 (15)	86 (9)	0,024
Sexo varón [n (%)]	157 (48,9)	57 (52,8)	40 (51,3)	60 (43,8)	0,325
Procedencia					0,01
Domicilio	187 (57,2)	65 (60,7)	56 (73,7)	66 (48,9)	
Residencia	84 (26)	23 (21,5)	12 (15,8)	49 (36,3)	
Centro sociosanitario	43 (13,3)	19 (17,8)	8 (10,5)	16 (11,9)	
Otro Hospital	4 (1,2)	–	–	4 (3)	
No consta	4 (1,2)	–	2	2	
Catalogación					
Paciente crónico complejo (PCC)	127 (39,3)	43 (41)/33,9	27 (34,6)/21,3	57 (41,6)/44,9	0,571
Paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA)	46 (14,6)	20 (18,7)/43,5	9 (12)/19,6	17 (12,5)/37	0,311
Cuidados paliativos					
PADES	39 (12,56)	17 (16,2)/43,6	11 (14,5)/28,2	11 (8)/28,2	0,127
Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)	37 (11,7)	18 (17,3)/48,6	8 (10,5)/21,6	11 (8,1)/29,7	0,086
Diagnóstico principal					0,025
Cardiovascular	84 (6)	29 (26,9)/34,5	13 (16,7)/15,5	42 (30,7)/50	
Neurológico	81 (25)	30 (27,8)/37	15 (19,2)/18,5	36 (26,3)/44,4	
Respiratorio	60(181)	22 (20,4)/36,7	13 (16,7)/21,7	25 (18,2)/41,7	
Oncológico	48 (14,8)	11 (10,2)/22,9	20 (25,6)/41,7	17 (12,4)/35,4	
Sepsis	12 (3,7)	1 (0,9)/ 8,3	5 (6,4)/41,7	6 (4,4)/50	
Politraumatismo	1 (0,3)	–	1 (1,3)/100	–	
Otros	29 (8,9)	–	–	–	
Índice de Charlson [media (DE)]	6,23 (3,5)	6,73 (2,88)	5,94 (3,9)	5,96 (3,6)	0,027
Orden de no reanimación	195 (72)	37 (64)	52 (67)	106 (77,9)	1,01

DE: desviación estándar; n: número; PADES: programa de atención domiciliaria al paciente y equipos de soporte.

Tabla 2. Datos relacionados con el proceso de sedación paliativa

	Global N = 323 n (%)	Nivel I N = 108 n (%)	Nivel II N = 78 n (%)	Nivel III N = 137 n (%)	p
Sedación paliativa como 1ª opción	74 (27,0)	20 (32,8)	25 (32,5)	29 (21,3)	0,52
Síntoma refractario					
Disnea	111 (34,3)	111 (34,3)	24 (30,7)	73 (53,2)	0,01
Dolor	27 (8,3)	27 (8,3)	6 (7,6)	21 (15,3)	0,01
Agitación	4 (1,2)	4 (1,2)	3 (3,8)	1 (0,7)	0,05
Delirium	28 (8,6)	28 (8,6)	4 (5,1)	18 (13,1)	0,049
No consta	153 (47,3)	153 (47,3)	-	-	-
Fármacos					
Morfina	310 (95,9)	108 (100)	69 (88,9)	133 (97,0)	0,05
Midazolam	278 (86,0)	93 (86,0)	73 (93,6)	112 (81,8)	0,055
Haloperidol	69 (21,5)	64 (92,0)	5 (7,2)	0	0,01
Escopolamina	215 (66,0)	69 (64,0)	34 (43,5)	112 (81,7)	0,01
Tiempo en horas transcurrido hasta el inicio sedación [media (DE)]	18 (28)	23 (34)	10 (13)	17 (29)	0,013
Tiempo en horas inicio sedación hasta fallecimiento [media (DE)]	22 (24)	21 (22)	22 (31)	22 (25)	0,158
Tiempo total en horas [media (DE)] [mediana (RIC)]	39 (38)	43 (40)	32 (36)	39 (38)	0,901
Ubicación final					0,088
Urgencias	240 (74,2)	77 (72,6)	59 (75,6)	104 (77)	
Hospitalización	60 (19,1)	20 (18,9)	15 (19,2)	25 (18)	
Centro sociosanitario	15 (4,7)	9 (8,5)	1 (1,3)	5 (3,7)	
Residencia	2 (0,6)	-	2	-	
Hospitalización domiciliaria	1 (0,3)	-	1 (1,3)	-	
Domicilio	1 (0,3)	-	-	1	

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartil.

La media del tiempo total desde la llegada del paciente hasta el óbito fue de 43 (DE 40) horas en nivel I, de 32 (DE 36) horas en nivel II y de 39 (DE 38) h en nivel III. El fallecimiento tuvo lugar mayoritariamente en el SUH (74,2%).

Discusión

Este es el primer estudio descriptivo, piloto, realizado en España, sobre la situación de la SP en los servicios de urgencias que muestra diferencias en el manejo de estos pacientes. Los enfermos que reciben SP en los SUH catalanes participantes en el estudio son ancianos, presentan comorbilidad grave y tres cuartas partes reciben tratamiento con intención curativa como primera opción terapéutica, de manera que la SP no se inicia hasta casi 18 horas desde su llegada al SUH. Este perfil coincide con el observado en otros estudios⁶. Unos pacientes llegan en situación de agonía mientras otros presentan margen para intentar otras opciones terapéuticas. El origen oncológico constituye solo un 14,8% de los casos, probablemente porque recibe más atención y orientación paliativa. Existen diferencias significativas en el momento del inicio de la sedación según la complejidad del centro. En los hospitales de segundo nivel se inicia la SP de modo más precoz que en los hospitales comarcales y de tercer nivel.

El paciente anciano, frecuentemente con escasez de recursos sociales, personales y económicos⁷, ha recibido menos atención al final de la vida en referencia a los cuidados paliativos. Por ello, puede acudir a urgencias

como síntoma de la claudicación familiar o personal. Los ancianos constituyen el mayor porcentaje de los pacientes que requieren SP y que fallecen en los SUH, algo ya descrito previamente⁸. La ausencia del control de los síntomas, la angustia y la incertidumbre llevan a los pacientes y sus familias a los SUH⁸.

El bajo porcentaje de pacientes identificados como PCC, MACA o en programas de atención domiciliaria (PADES) puede sugerir que no se haya detectado la situación. En más del 70% de los casos, la orden de no reanimación constaba en las órdenes médicas de urgencias; sin embargo, el 94% de los pacientes no disponía de documento de voluntades anticipadas (DVA) a su llegada a los distintos SUH.

En referencia a los fármacos, el midazolam fue utilizado en el 80% de los pacientes, lo que supone una adecuada adherencia a las recomendaciones⁷, aunque la morfina destaca como el más prevalente, sobre todo en los centros de menor complejidad. Como hemos descrito, la SP no es el tratamiento inicial en la mayoría de pacientes a su llegada a los SUH, en un 70% se intenta ofrecer una primera oportunidad, curar antes que paliar.

Es destacable que los hospitales de segundo nivel inician antes la sedación, mientras que en los hospitales de primer nivel se demora unas horas más. La decisión de no iniciar o retirar medidas de soporte vital se plantea en los SUH hasta en un 80% de estos pacientes según describen Le Conte *et al.*¹⁰. Estas importantes diferencias en la situación y manejo inicial pueden determinar el amplio rango observado en el tiempo de permanencia en los SUH, en mediana alrededor de las

24 horas, aunque con gran variabilidad. En la actualidad se reconoce la importancia de la paliación como un acto médico más también en los SUH¹¹. Pero hasta ahora la formación recibida por el personal sanitario en este ámbito ha sido escasa e irregular.

En su mayoría, los pacientes que reciben SP no llegan a ser derivados a otros dispositivos asistenciales, sino que fallecen en los SUH. Esto supone un número no despreciable de estancias en servicios con una importante sobrecarga asistencial y sin las condiciones de privacidad deseables para el paciente y su familia.

Consideramos que la principal limitación del estudio ha sido no efectuar una comparación con otras áreas del hospital distintas de urgencias, al no disponer de datos acerca de SP y mortalidad en ellas.

Con este estudio aportamos una muestra de la atención al final de vida en urgencias, su adherencia a las recomendaciones terapéuticas y su heterogeneidad en el momento de decidir el inicio de la sedación. Quizás como reflejo de distintos abordajes y ritmos según la complejidad del centro. Somos conscientes que tiene las mismas implicaciones éticas retirar un tratamiento que no iniciarlo, y que en situación de final de vida el objetivo es evitar sufrimiento innecesario a los pacientes. Esperamos ser un primer paso hacia una reflexión profunda sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico y el respeto a la voluntad del paciente, puesto que son conceptos que los profesionales de urgencias deben conocer y manejar de forma habitual.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado la confidencialidad y el respeto de los derechos a los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y derechos de EMERGENCIAS.

El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y ratificado por los centros participantes.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Adenda

Han participado en el estudio: Oriol Yuguero, Ana Vena, Xavier Ichart (Hospital Universitario Arnau de Vilanova); Carme Boque (Hospital Universitario Joan XXIII); Ignasi Bardés (Hospital Universitario de Bellvitge); Silvia Lorca Eva Lista (Hospital Universitari Parc Taulí); Silvia Flores (Hospital Santa Tecla); Josep Antoni Montiel (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau); Montse Navarra (Hospital Comarcal Pallars); Anna Carreras (Hospital Universitario Germans Trias i Pujol), M.ª Jesús López Casanova (Hospital del Mar), Sònia Jiménez (Hospital Clínic), Emilia Cortés, Abraham Alonso, Jorge Pinzón (Hospital de Calella).

Bibliografía

- 1 Jiménez-Puente A, Perea-Milla E, Rivas-Ruiz E. Distribución y tendencia de los fallecimientos en el medio hospitalario en España durante el periodo 1997-2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:377-85.
- 2 Miró O, Alonso JR, Coll-Vinent B. Fallecimiento de los pacientes en hospital de agudos: ¿morir ingresados o morir en Urgencias? *Rev Clin Esp*. 2008;208:262-3.
- 3 Parra Caballero P, Curbelo García JJ, Gullón Ojeto A, Ruiz-Giménez Arrieta N, Suárez Fernández C, Del Arco Galán C. Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial. *Emergencias*. 2011;23:430-6.
- 4 Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2016.
- 5 Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, et al. Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emerg Med J*. 2012;29:795-7.
- 6 Metola Gómez A, García Romo E, Bellido Vega S, Carretero Lanchasa Y, Azcoitia Álvarez B, Guerrero L. Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de Urgencias. *Med Paliat*. 2013;20:10-8.
- 7 Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Löfmark R, Miccinesi G, Kaasa S, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliat Med*. 2008;22:702-10.
- 8 Bell D, Ruttenberg MB, Chai E. Care of Geriatric Patients with Advanced Illnesses and End-of-Life Needs in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34:453-67.
- 9 Porta S, Bernades S, Liras M, López ME, Lyng F. Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa. Societat Catalanobaleare de Cures Pal·liatives. 2012. (Consultado 23 Octubre 2019). Disponible en: <http://www.academia.cat/files/204-5903-FITXER/SEDACIOCATALA.pdf>
- 10 Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med*. 2010; 36:765-72.
- 11 Shreves A, Marcolini E. End of life/palliative care/ethics. *Emerg Med Clin North Am*. 2014;32:955-74.