

TÍTULO

“Cuando adecuar es lo adecuado”

AUTORES

Raquel Montosa García, Arturo Pereda Mas, Alberto Peñalver Manzano, Ana Marín Yago , Laura Sanchez Olmos, Diego José Montes Díaz

HOSPITAL

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

CIUDAD

El Palmar

PROVINCIA

Murcia

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad el descenso de la mortalidad infantil ha convertido el fallecimiento de un niño en un hecho completamente excepcional (1), (2).

La disponibilidad tecnológica de la UCI Pediátrica (UCIP) permite prolongar la vida, pero en algunas ocasiones la supervivencia se produce a costa del compromiso importante de la calidad de vida posterior (2), (3).

PALABRAS CLAVE

Bioética, mortalidad, limitación de esfuerzo terapéutico, UCI Pediátrica.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Diversos estudios sugieren que hay diferencias en la adecuación del esfuerzo entre países e incluso entre hospitales (3), (5).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Describir las características de los fallecimientos producidos en una UCIP de tercer nivel.
- Analizar el tipo de adecuación del esfuerzo terapéutico realizado.

MATERIAL

Búsqueda de historias clínicas a través del sistema IntelliSpace Critical Care and Anesthesia.

Análisis de datos con hoja de Excel.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica (Medline, Embase, DARE, LILACS), palabras clave “withholding, “withdrawal”, “Life-sustaining Treatment”, “paliative care”, “LET” y “limitación de esfuerzo terapéutico”.

Estudio descriptivo retrospectivo de fallecimientos en los años 2016 y 2017 en la UCI Pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se registraron 1016 ingresos y 21 fallecimientos de los cuales 53 % eran niños.

Mortalidad bruta 2%, sin diferencias significativas en los dos años.

Edades: Mediana 54 meses, rango 22d-14a, DS 54,7 meses.

<1 año: 19%, 1-5 años:38%, 5 -14 años:43%

Procedencia: 35% oncohematología, 29% otros hospitales de Murcia, 17% urgencias, 11% hospitales de otra Comunidad Autónoma.

Días de ingreso: Media 6,6 días (rango 1-22d), DS 6,3.

Morbi-mortalidad: enfermedades previas: 85,7% (43% oncohematológicas, 33 % neurológicas, 9% cardíacas).

1 muerte tras procedimiento quirúrgico (Cirugía cardíaca).

4 muertes encefálicas (3 niños sanos),

Adecuación de esfuerzo terapéutico: se realiza en 10 casos (47%) , incluyendo la decisión de no iniciar reanimación cardiopulmonar (RCP) 19%,

no inicio de ventilación invasiva (VMI) 19% y retirada de VMI 9,5 % (40%, 40%, 20% con respecto al total de los casos de adecuación)

Consulta a Cuidados Paliativos: 34% (sobretudo neurología)
Apoyo psicológico adicional: 28% (principalmente oncológicos).

CONCLUSIONES

El análisis de la mortalidad en UCI Pediátrica permite evaluar la calidad de la asistencia y detectar resultados adversos (2).

La mayoría de los niños que fallecieron tenían una enfermedad de base previa y se distribuyeron por edades de forma bimodal, atribuyéndose la mortalidad en edades más tempranas

a patologías congénitas sobre todo neurológicas y a enfermedades oncohematológicas en los niños mayores.

Las formas más frecuentes de adecuación se refieren a la no instauración de nuevos tratamientos (3),(4),(6).

La adecuación del esfuerzo terapéutico está sobradamente justificada en el hecho de convertir los momentos finales de nuestros pacientes en una experiencia que se pueda asumir con mayor serenidad, proporcionando los cuidados paliativos y el apoyo psicológico necesarios, dos aspectos aún muy mejorables en nuestra Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

(1) E. Alonso Millan, J Perez Rodriguez, JA Ruiz

Infant mortality in third level paediatric hospital. therapeutic effort limitation, clinical-pathological agreement
An Pediatr 2012; 75 :343-9

(2) BA.Catherine Howes

Caring until the end: a systematic literature review exploring Paediatric Intensive Care Unit end-of-life care
Nursing in Critical Care 2014 :20(1):41-51

(3) L Kathlen, MD Meert,MD Linda Keele

End-of-life practices among tertiary care pediatric intensive care units in the U.S: A multicenter study.
Pediatr Crit Care Med.2015:16(7): 213-238

(4) F.Oberender, J. Tibballs

Withdrawal of life-support in paediatric intensive care a study of time intervals between discussion, decision and death

BMC Pediatr 2011; 11(1): 2-6

DOI: 10.1186/1471-2431-11-39

(5) J Denis, MD Devictor, MD Duc Tinh Nguyen

Forgoing life sustaining treatments in children: A comparison between northern and southern European pediatric intensive care units.

Pediatr Crit Care Med 2004; 5(3): 211-5

(6) Gonzalo Morales, V

Limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos.

Rev Chil Pediatr,2015; 86 (1): 56-60

TIPO DE PRESENTACIÓN

Póster