



DP-001 - CUIDADOS PALIATIVOS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

J. Fernández Mondelo², G. Levon Artinyan², R. de la Corte Carmona², E. de la Fuente Crespo², T. Muñoz Valera², M. Corbacho Loarte², S. Plaza Canteli¹ y S. Plaza Canteli¹

²Residente Medicina Interna, ¹Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) u otra cardiopatía estructural (CE), ingresados o valorados por la Unidad de Cuidados Paliativos de un servicio de Medicina Interna (MIPA).

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes con IC u otra CE que ingresan en MIPA o son valorados como interconsulta. Los datos se recogen a partir de una base de datos propia de la Unidad y el sistema de información hospitalaria entre el 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2017.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 53 pacientes que generaron 59 episodios, 34 fueron ingresos urgentes, 7 fueron traslados de otros servicios, 1 paciente fue ingresado de forma programada y 17 fueron valorados en interconsultas. El 66,1% (n = 39) eran mujeres. La edad media fue de 85,6 años (DE 7,9). La media del índice de Charlson era de 7,20 (DE 1,78). Respecto a la cardiopatía de base lo más frecuente era la asociación de fibrilación auricular (FA) con valvulopatía 35% (n = 21), seguido de cardiopatía isquémica 24% (n = 14), FA aislada 22% (n = 13) y 19% (n = 11) el resto (miocardiopatía y valvulopatía aisladas). La mayoría presentaban FEVI conservada 66% (n = 38) y el 60% (n = 35) tenían disnea grado III-IV de la escala NYHA. La media de ingresos previos era de 5,01 (DE 4,30) durante los años incluidos en nuestra base de datos. 5 pacientes habían ingresado previamente en la Unidad, uno de ellos hasta 3 veces. El motivo de ingreso fue la insuficiencia cardiaca/edema agudo de pulmón en 15 casos (26%), la infección respiratoria con/sin neumonía en 12 (20%), la cardiopatía isquémica aguda en 9 (15%). Los síntomas principales durante el ingreso fueron la disnea y el control del dolor en un 81% (n = 48) de los pacientes. 9 (15,5%) pacientes recibían tratamiento con opioides para el control de síntomas previo al ingreso. Tras el ingreso o durante el mismo el 66,1% (n = 39) precisó tratamiento con opioides. El tipo de alta fue a domicilio o residencia 18 (31%), a otras unidades de cuidados paliativos de media y larga estancia 6 (10%) y exitus en hospital 35 (59%), de los cuales 11 (31%) recibieron sedación paliativa.

Discusión: Presentamos una población envejecida con un elevado índice de comorbilidades. La mayoría de los estudios previos presenta pacientes con FEVI disminuida sin embargo en nuestra población predominan los pacientes con FEVI preservada. Destaca que en nuestra población por una parte la clase funcional predominante sean los grados III-IV de la NYHA y que por otra parte los

síntomas principales sean la disnea y el control del dolor. Sin embargo solo un porcentaje muy bajo de pacientes utilizaba opioides como tratamiento sintomático o se encontraba en seguimiento por la unidad previamente al ingreso. Además durante el ingreso un porcentaje elevado de pacientes requirió el uso de los mismos para el control sintomático. La media de ingresos hospitalarios previos en nuestra muestra es alta lo que evidencia la importante tendencia al reingreso en la cardiopatía avanzada sin embargo solamente 5 pacientes habían ingresado previamente en nuestra Unidad.

Conclusiones: Los cuidados paliativos están ganando cada vez más reconocimiento como un componente crucial de la atención avanzada de la IC y la CE avanzada puesto que proporcionan importantes beneficios como el alivio de síntomas que provocan sufrimiento y la mejora de la calidad de vida.