



<https://www.revclinesp.es>

EA-008 - PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA NO ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE APOYO. MORTALIDAD Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

M. Ulla Anes, G. García-Melcón, C. Barrasa, T. Bellver, J. Casado, B. Escolano, B. G^a-Olid

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

Resumen

Objetivos: El envejecimiento de población y la mejora de las condiciones socio/sanitarias ocasionan un progresivo incremento de pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica (ECANO). Estos pacientes consumen elevados recursos sanitarios, requieren ingresos hospitalarios frecuentes y son candidatos a adecuación de esfuerzo terapéutico (ADET) y/o tratamiento paliativo (TP).

Material y métodos: Se evaluó la aplicación de TP y/o sedación paliativa en los pacientes fallecidos con ECANO en el Servicio de M. Interna del Hospital Virgen de la Torre. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de los pacientes fallecidos en el período de un año.

Resultados: Fallecieron 151 pacientes, 94 (62,25%) con ECANO. Edad media 86 años (R: 65-98), mujeres 60 (64%). Criterios de ECANO: demencia avanzada (52%), enfermedad pulmonar (EPOC grado IV o fibrosis avanzada) (17%), ICC estadio IV (16%), otros (15%). 41 pacientes (43,6%) estaban incluidos en el Programa de Enfermedad Crónica Avanzada (PECA) de nuestro hospital, orientado a ADET. Se aplicó algún grado de TP en 85 pacientes (el 100% de los pacientes PECA frente al 83% de los no incluidos). Se realizó ADET con retirada de tratamiento activo en 59 pacientes (62,7%), supervivencia media de 3,03 días tras la suspensión del mismo. Se realizó sedación paliativa en 9 pacientes (18,3%), siendo la disnea y el delirium las causas más frecuentes. Fármacos más utilizados para control de síntomas: opiáceos (83%), benzodiacepinas (55,3%), anticolinérgicos (43,6%) y neurolépticos (16%). Ningún paciente había realizado Documento de Instrucciones Previas (DIP). Mención especial merece el subgrupo de pacientes con demencia avanzada por ser el más prevalente. n: 49 (52%). Mujeres (73,5%), Barthel medio 10/100, Pfeiffer medio 9,35. Vivían en domicilio el 65,3%. La estancia media hasta el exitus fue de 13,7 días. El 65,3% fallecieron por patología respiratoria (NAC/intrahospitalaria, neumonía broncoaspirativa, etc.), el 20,5% por patología cardiovascular, otras causas (ictus, enfermedad renal o hepática avanzada, etc.) 14,2%. Se realizó ADET (retirada de tto activo) en el 73,46% con una estancia media de 14,7 días y una supervivencia media de 3,7 días tras ADET. Recibieron cuidados y TP 47 (96%), se realizó sedación paliativa en 5 pacientes por disnea y, en 2 casos, delirium asociado. Los fármacos más utilizados fueron opiáceos (83,7%), benzodiacepinas (57%), anticolinérgicos (49%) y neurolépticos (16%). Se utilizó la vía sc (69,3%), iv (45%), sonda vesical (10%) y SNG (8%).

Discusión: Los pacientes ECANO suponen un alto porcentaje de los ingresos hospitalarios. Además, requieren en su última etapa de la vida una correcta ADET y, llegado el momento, el TP y/o sedación adecuada en cada caso. Los Programas de Enfermedad Crónica Avanzada (PECA) son una buena

herramienta para detectar este tipo de pacientes y permiten un mejor acceso de los mismos a los cuidados paliativos. En nuestro hospital disponemos de un PECA desde hace aproximadamente 10 años, en él se incluyen los pacientes con ECANO, evitando el paso previo por el Servicio de Urgencias cuando precisan ingreso hospitalario. Este programa, para cuyo ingreso se precisa consentimiento informado con renuncia a medidas agresivas y conformidad con ADET, mejora claramente la atención de los pacientes en la fase final de la vida mediante un mejor acceso a TP y/o sedación. Se precisa una mayor concienciación de la población en relación con la necesidad de DIP.

Conclusiones: La instauración de programas específicos (PECA) para pacientes ECANO garantiza un buen acceso de los pacientes a los cuidados paliativos en el final de la vida. Así mismo, la formación y sensibilización de los profesionales en ADET y cuidados paliativos permite evitar yatrogenia en estos pacientes, priorizar el confort de los mismos y optimizar el gasto sanitario.