



DP-003 - VALORACIÓN HOLÍSTICA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Trasancos Escura¹, M. Gandía Herrero¹, M. Martín Cascón¹, J. Alcaraz Martínez² y M. Herranz Marín¹

¹Medicina Interna; ²Unidad de Calidad. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Evaluar los síntomas físicos, el bienestar emocional y la dimensión espiritual de los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) ingresados en un Servicio de Medicina Interna (MI).

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Se realizó una encuesta con cuestionarios validados en español, a los pacientes ingresados en MI por insuficiencia cardiaca aguda con criterios clínicos de ICA. Los pacientes se seleccionaron consecutivamente desde junio de 2016 a mayo de 2017. Se consideró ICA con una clase funcional NYHA III o IV previo al ingreso y si cumplían al menos uno de los siguientes criterios: FEVI \leq 35%, patrón diastólico de alteración de la relajación, PSAP $>$ 60 mmHg, \geq 1 ingreso por IC o \geq 3 consultas al Servicio de Urgencias en los últimos 12 meses. Se excluyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos de MI, con enfermedad crónica asociada que justificara su deterioro clínico basal y test de Pfeiffer \geq 5 puntos (deterioro cognitivo moderado).

Resultados: De 347 pacientes ingresados por IC, 32 cumplían criterios de inclusión y aceptaron participar. El 53,1% eran hombres y la edad media fue de 81 años (DE 6,9). Las etiologías más frecuentes de IC fueron hipertensiva (25%) y por valvulopatía (21,9%). El 15,6% de los pacientes tenían FEVI \leq 35%, 40,6% un patrón diastólico de alteración de la relajación y el 28,1% PSAP $>$ 60 mmHg. La mediana de ingreso fue de 8 días (RIC 6-11). Fallecieron 3 pacientes ingresados y 8 tras el alta. Tras usar la escala Edmonton Symptom Assessment System los síntomas más prevalentes fueron: dificultad para dormir (75%), cansancio (50%), disminución del bienestar (50%) y del apetito (46,9%). La calidad de vida se valoró con Minnesota living with Heart Failure Questionnaire, siendo la puntuación media total de 40,1 (DE 16,9), en la dimensión física 24,2 (DE 9,3), en la emocional 8,8 (DE 6) y en la socioeconómica 7 (DE 5,4). Con la Hospital Anxiety-Depression Scale, el 28,1% de los pacientes presentaron datos de ansiedad y el 18,8% de depresión, coincidiendo ambos en el 21,8% de ellos. Se abordó el área espiritual con el cuestionario-GES. El 93,8% eran cristianos católicos y el 6,3% ateos. El 93,8% de los pacientes refirieron no haber hablado de temas espirituales con su médico y al 76,7% de éstos les hubiera gustado tratar este tema. El 71,9% refirieron que su médico no les había ofrecido la posibilidad de recibir atención espiritual durante el ingreso. De ellos, el 56,5% hubieran deseado recibirla.

Discusión: Una adecuada atención médica en las fases avanzadas de la enfermedad, no solo implica aliviar los síntomas físicos, sino valorar al paciente desde un punto de vista holístico que nos permita conocer también sus necesidades a nivel emocional, espiritual, intelectual y social. En nuestros pacientes la disnea no se encuentra entre los síntomas más prevalentes y esto podría deberse a la mejoría clínica en el momento de la entrevista. Menos de la mitad de los casos tienen criterios de ansiedad o depresión, sin embargo es

necesario identificar estos síntomas durante el ingreso ya que influyen en la calidad de vida e incluso en el pronóstico de la enfermedad según algunos estudios. En las fases avanzadas de la enfermedad, la dimensión espiritual cobra mayor importancia en muchos pacientes por lo que debería formar parte de la atención médica que reciben. En la mayoría de los encuestados no se analizó esta área ni se ofreció soporte espiritual durante el ingreso.

Conclusiones: 1. Los síntomas físicos más prevalentes en nuestros pacientes fueron el insomnio, el cansancio, la disminución del bienestar y del apetito. 2. El 28,1% de los casos presentaron criterios de ansiedad y el 18,8% de depresión. 3. El deterioro en la calidad de vida que presentaban nuestros pacientes, se debía principalmente a las limitaciones físicas en relación con la enfermedad. 4. En la mayoría de los casos no se valoró la dimensión espiritual durante el ingreso.