Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S154

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1021 - INFLUENCIA DEL MANEJO ESPECIALIZADO DE LA ICC AVANZADA Y TERMINAL EN LA VALORACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cristina Vicente Martín, Natacha Trapero Iglesias, Vanesa de la Cuesta Rueda, Paula de Peralta García, María Asenjo Martínez, María I. Díaz Medina, Estefanía Rama García y Miguel Yebra Yebra

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Las guías clínicas recomiendan la inclusión precoz de pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada y terminal (ICA) en cuidados paliativos (CP). Sin embargo, hay controversia en los criterios de derivación y de coordinación interdisciplinar y el tiempo óptimo para considerarlo. Queremos valorar si los pacientes con ICA vistos por unidades especializadas en IC (UIC) favorecen la valoración por CP antes que otros servicios y si influye en la actividad asistencial de CP.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes atendidos por ICA por un equipo de soporte de CP (ESH) de un hospital de segundo nivel entre 01/06/2020 al 30/04/2024. Grupos estudio: UIC: pacientes atendidos por equipo internistas expertos en ICC (MIC) o cardiología. Generalistas (NOIC): geriatría, resto MI, urgencias, otros.

Resultados: De 2.721 pacientes atendidos por CP, 170 (6,2%) fueron derivados por IC: 33 por MI-IC y 19 por CAR. El 80% de las derivaciones de UIC y el 90% de las NOIC eran por partes de interconsulta. En la tabla se muestran los resultados del análisis. UIC incluye más varones y algo más jóvenes mientras que en los NOIC hay más institucionalización. Dos pacientes se excluyeron de necesitar CP a su valoración con un tiempo de supervivencia tras la misma de 137,5 días (p25-75 = 32-243). El fallecimiento se produce en más del 60% de la cohorte siendo dados de alta en programa más del 80% de ellos en ambos grupos. De forma global ambos grupos reciben soporte especializado por CP igual pero en los NOIC, el 20% era en domicilio, 9% en consulta externa y el 10% en hospital de media/larga estancia de cp (HMLE) mientras que UIC fue 25%, 19% y 6% respectivamente. Aunque no hubo diferencias estadísticas en el tiempo de seguimiento, los UIC tienden a solicitar antes la valoración con un manejo previo a la inclusión en programa que es muy similar en ambos grupos en los fallecidos mientras que en los vivos, se retrasa lo que puede venir influido por que sus necesidades están cubiertas por ESH/UIC sin precisar todos los recursos del programa.

Datos demográficos y de seguimiento			
Variables	UIC	NOIC	p

Sexo (%)	Varón	29 (55,8)	39 (33,1)	0,021
Mujer	23 (44,2)	79 (66,9)		
Edad media (DE)	años	85 (10,1)	89 (7,0)	0,017
Residencia (%)	Sí	10 (19,2)	50 (42,4)	0,004
Exitus (%)	Sí	37 (71,2)	71 (60,2)	0,17
Alta programa CP (%)	Sí	43 (82,7)	107 (90,7)	0,136
Recurso seguimiento (%)	CP especializado	21 (40,4)	48 (40,7)	0,994
CP no especializado	25 (48,1)	57 (48,3)		
Lugar fallecimiento	Hospital	27 (51,9)	52 (44,1)	0,957
Domicilio/residencia	8 (15,4)	15 (12,7)		
Seguimiento hasta *exitus*	Días, mediana (IC95%)	28 (10,1-45,8)	15 (7,8-22,1)	0,221
Seguimiento apertura programa CP hasta *exitus*	Días, mediana (IC95%)	16 (7,7-24,2)	11 (5,8-16,1)	0,667
Seguimiento tras 1ª valoración por ESH hasta *exitus* o fin de estudio	Días, mediana (p_{25-75})	48,5 (8,5-427)	42,5 (9-427)	0,868
Seguimiento desde inclusión en programa de CP hasta *exitus* o fin de estudio	Días, mediana (p_{25-75})	29 (3,2-193)	64,5 (8-460)	0,371

Conclusiones: El tiempo de seguimiento por ESH es clínicamente mayor en los UIC vs. NOIC siendo estos más jóvenes y no institucionalizados precisando más recursos extrahospitalarios de CP. Es importante promover la inclusión anticipada óptima para permitir una buena organización compartida de la asistencia sanitaria y la planificación anticipada de cuidados y no solo el manejo sintomático en de la situación de últimas semanas de la ICA.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.