

Reducción de la mortalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardíaca tras la implantación de un programa domiciliario multidisciplinar de insuficiencia cardíaca paliativa

Irene Ruiz López(1), Vicente Peruyero Gil(1), Cristina Morán Tiesta(2), Cristina de Miguel Sánchez(2), Concepción Fernández Pascual(1), Marianna D'amato(1), Miguel Calderón Flores(1), Edurne López Soberón(1) y Juan Górriz Magaña(1) de (1)Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid - España y (2)Centro de Salud Espronceda, Madrid - España

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) en estadios avanzados conlleva una elevada morbimortalidad y representa una causa relevante de fallecimiento intrahospitalario (IH). La detección precoz de pacientes en fase terminal y su inclusión en circuitos asistenciales orientados al manejo sintomático y soporte domiciliario podría disminuir tanto las readmisiones como la mortalidad IH por IC refractaria. Nuestro objetivo fue analizar el impacto clínico de un programa de coordinación entre la Unidad de IC de Cardiología y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en pacientes con IC avanzada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes derivados desde la Unidad de IC con criterios de IC avanzada (?2 hospitalizaciones en el año previo o al menos un ingreso >40 días), asociados a ?2 marcadores de progresión (congestión refractaria a tratamiento óptimo, PPS ?50, caquexia cardíaca o datos de hipoperfusión según criterios ESCAPE), descartados previamente para trasplante o asistencia ventricular.

Resultados: Desde diciembre de 2022 se incluyeron 19 pacientes (53% mujeres), mediana de edad 90 años (RI 86–93), índice de Barthel basal 60 (45–65) y PPS 50 (40–60). Presentaban alta carga de comorbilidad, con afectación frecuente de la función renal, disfunción del ventrículo derecho y elevación marcada de biomarcadores (Tabla 1). La dosis mediana de furosemida fue de 140 mg diarios, requiriendo 3 pacientes infusión subcutánea continua. La mediana de seguimiento fue de 4,5 meses y la supervivencia mediana de 5,2 meses. Ningún paciente incluido en el programa reingresó ni falleció en el hospital por IC como causa principal. Tras la implantación del programa, la mortalidad intrahospitalaria en Cardiología por IC/renal se redujo un 75%, la mortalidad por otras causas un 65,5%, con una reducción global del 69,6%. En términos absolutos, ambas contribuyeron de forma similar a la reducción global.

Conclusiones: En nuestro servicio, la implantación de un programa estructurado y multidisciplinar de atención domiciliaria en pacientes con IC avanzada/terminal se ha asociado a un desplazamiento del lugar de fallecimiento hacia el ámbito extrahospitalario y, simultáneamente, una objetivada reducción significativa de la mortalidad intrahospitalaria, especialmente por IC/renal.

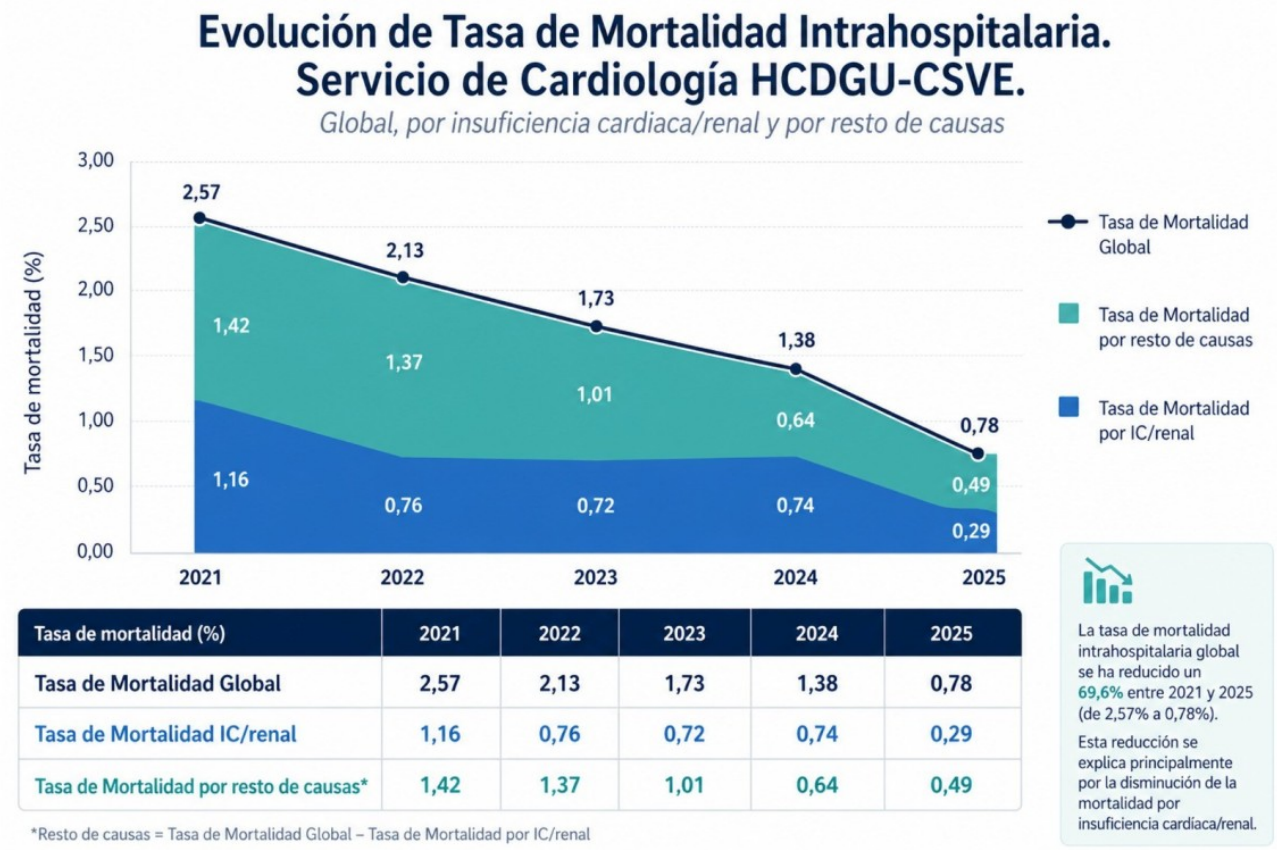


Tabla 1. Características basales de la cohorte (n = 19).

Variables demográficas y funcionales	**Mediana (rango intercuartílico)**
Edad, años (mediana, RI)	90 (86-93)
Sexo femenino (n, %)	10 (52,6%)
Índice de Barthel (mediana, RI)	60 (45-65)
PPS (mediana, RI)	50 (40-60)
Carga de enfermedad	
Índice de Charlson (mediana, RI)	4 (4-5)
Filtrado glomerular inicial, ml/min (mediana, RI)	33 (24-36)
Perfil de insuficiencia cardiaca avanzada	
NT-proBNP, pg/ml (mediana, RI)	7184 (4953-10902)
CA125, U/ml (mediana, RI)	47 (20-60)
Disfunción ventricular derecha (n,%)	12 (63,2%)
Dilatación ventricular derecha (n,%)	11 (57,9%)
FEVI, % (mediana, RI)	48 (43-60)
Tratamiento	
Furosemida, mg/día (mediana, RI)	140 (80-230)
iSGLT2 (n,%)	7 (36,8%)

RI=rango intercuartílico; PPS=Palliative Performance Scale; FEVI=fracción de eyección ventricular izquierda; iSGLT2: inhibidor de cotransportador sodio-glucosa tipo 2.