



ORIGINAL BREVE

Insuficiencia cardiaca avanzada como motivo de ingreso en una unidad de cuidados paliativos de media estancia de la Comunidad de Madrid: más allá de la patología oncológica

Gemma Cuesta Castellón^{*1}, Concepción Jiménez Rojas², Saleta M.^a Goñi Rosón³, Lucía Gómez González⁴ y Javier Gómez Pavón⁵

¹Servicio de Geriátría. Hospital Universitari de Vic. Barcelona, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Central de la Cruz Roja. Madrid, España. ³Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid, España. ⁴Hospital Universitario de Ginebra. Ginebra, Suiza. ⁵Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Central de la Cruz Roja. Madrid, España.

Recibido el 1 de mayo de 2024

Aceptado el 18 de julio de 2024

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca avanzada, necesidades paliativas, unidad de cuidados paliativos, unidad de media estancia.

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) supone un desafío en cuidados paliativos por su heterogeneidad evolutiva, dificultad pronóstica y elevada carga sintomática. El estudio compara a pacientes con ICA frente a oncológicos (PO) y no oncológicos (OPNO) en una Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 400 pacientes ingresados (30 ICA, 75 OPNO, 295 PO) entre 2019-2022. Se analizaron características epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas mediante T-student, Chi-cuadrado y test de Fisher.

Resultados: Los pacientes con ICA eran más jóvenes que los otros grupos ($p < 0,02$) y fueron derivados principalmente desde hospitalización. La mortalidad alcanzó el 40 % en la primera semana, con un tercio en los tres primeros días. El 70 % precisó perfusión subcutánea, el 30 % intravenosa y solo el 33 % sedación paliativa, significativamente menor que en OPNO y PO. La planificación compartida de la atención y la presencia familiar fueron similares en todos los grupos.

Discusión: Los pacientes con ICA presentan elevada complejidad y mortalidad precoz, con necesidades paliativas comparables a los oncológicos, aunque con menor acceso a cuidados domiciliarios. Se destaca la importancia de una planificación anticipada y revisada en cada reagudización.

*Autor para correspondencia:

Gema Cuesta Castellón

Servicio de Geriátría, Hospital Universitari de Vic. Carrer de Francesc Pla el Vigatà, n.º 1. 08500, Vic, Barcelona, España

Correo electrónico: gecucas@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1502/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Advanced heart failure as a reason for admission to a medium-stay palliative care unit in the Community of Madrid: beyond oncological pathology

KEYWORDS

Advanced heart failure, palliative needs, palliative care unit, medium stay unit.

Abstract

Introduction: Advanced heart failure (AHF) poses a major challenge in palliative care due to its heterogeneous course, prognostic uncertainty, and high symptom burden. This study compares AHF patients with oncological (PO) and other non-oncological (ONPO) patients admitted to a Medium-Stay Palliative Care Unit (UCPME).

Materials and methods: A retrospective study of 400 patients admitted between 2019-2022: 30 with AHF, 75 ONPO, and 295 PO. Epidemiological, therapeutic, and outcome variables were analyzed using T-student, Chi-square, and Fisher's exact test.

Results: AHF patients were younger than the other groups ($p < 0.02$) and were mostly referred from hospital wards. Mortality reached 40% within the first week, with one-third dying in the first three days. Continuous subcutaneous infusion was required in 70 % and intravenous infusion in 30 %, while only 33 % required palliative sedation, significantly less than ONPO and PO groups. Advance care planning and family presence were similar across all groups.

Discussion: AHF patients show high clinical complexity and early mortality, with palliative needs comparable to oncology patients, yet with lower access to home-based palliative care. Early and regularly updated advance care planning is essential, particularly after acute decompensations.

Cuesta Castellón G, Jiménez Rojas C, Goñi Rosón SM^a, Gómez González L, Gómez Pavón J. Insuficiencia cardiaca avanzada como motivo de ingreso en una unidad de cuidados paliativos de media estancia de la Comunidad de Madrid: más allá de la patología oncológica. *Med Paliat.* 2024;31:129-132.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de las necesidades paliativas en pacientes con patologías avanzadas no oncológicas en las últimas décadas ha ido ampliando el campo de los cuidados paliativos (CP) hacia un grupo poblacional mucho más amplio, en fases cada vez más tempranas de la enfermedad y en diferentes entornos asistenciales. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares suponen según la OMS el 38,5 % de los adultos con necesidades paliativas¹⁻³. Muchos modelos de atención sanitaria para los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) integran la participación de cardiólogos y paliativistas para dar respuesta a las diversas necesidades y planificación en fases más avanzadas^{1,3,4}.

Entendemos como insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) la etapa de la enfermedad en la que el paciente presenta signos y síntomas graves, progresivos y persistentes de fallo cardiaco a pesar de un tratamiento óptimo, incluyendo las fases más avanzadas de IC refractaria (con síntomas en reposo) y las fases finales o IC en estadio terminal.

El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los 30 pacientes ingresados por ICA con necesidades paliativas en una Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME). Se comparan con los pacientes ingresados por patología oncológica (PO) y con los que lo hacen por otras patologías no oncológicas (OPNO) en el mismo periodo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo del total de los 400 pacientes ingresados en la UCPME de nuestro centro desde diciembre de 2019 hasta junio de 2022. Se analiza la muestra de 30 pacientes ingresados por ICA con necesidades paliativas, comparada con el grupo de pacientes que ingresan por OPNO (75) y con pacientes ingresados por PO (295).

Se recopilaron datos sobre variables epidemiológicas (edad, procedencia, diagnóstico al ingreso) y evolutivas (altas, días de estancia hasta el fallecimiento). Como variables de complejidad sintomática se midió la necesidad de medicación parenteral para un adecuado control (utilización de fármacos en perfusión intravenosa o subcutánea) y el porcentaje de requerimiento de sedación paliativa. Como medidas indirectas del grado de implicación del paciente y familia en el proyecto terapéutico se analizó la realización de planificación anticipada de cuidados y la presencia familiar continua (más de 12 h al día) durante el ingreso. La planificación compartida de la atención (PCA) al ingreso en nuestra unidad sustenta el proyecto asistencial, iniciándose en el momento del ingreso y actualizándose a lo largo de toda su trayectoria. Los datos fueron recogidos por 3 médicos internos residentes de Geriatria y el médico adjunto responsable de la UCPME.

Desde el punto de vista estadístico, las variables continuas se describieron mediante la media y desviación estándar,

y las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes. La comparación de datos se realizó utilizando la prueba de la t de Student para comparación de medias y la de Chi-cuadrado para comparación de porcentajes, considerando un margen de error del 0,05 y un intervalo de confianza del 95 %. En el caso de que el número esperado, bajo la hipótesis nula de no asociación de individuos, fuese menor o igual a 5, se ha empleado el test de Fisher. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS

La edad de los pacientes que ingresan por ICA fue inferior a la de los pacientes que ingresan por otras patologías oncológicas y no oncológicas (el 93,3 % eran menores de 85 años frente al 59,7 % PO y 39 % OPNO) ($p < 0,001$) (Tabla I). La derivación de los pacientes con ICA a la UCPME se hace mayoritariamente desde otras unidades de hospitalización (en un 70 % de los casos) al igual que en el resto de OPNO, a diferencia de los pacientes con PO, que hasta en un 50 % de los casos son derivados de equipos de cuidados paliativos domiciliarios. La estancia media fue similar en los 3 grupos: PO: $15,3 \pm 21,6$; PNO: $14,7 \pm 24,2$ e IC: $14 \pm 14,3$. El porcentaje de pacientes dados de alta desde la UCPME fue del 13 %, sin diferencias significativas con los otros grupos. La mortalidad en la primera semana alcanzó el 40 % (sin diferencias con el resto de los pacientes), destacando un fallecimiento precoz (en los 3 primeros días de ingreso) en un tercio de los pacientes con ICA. Los fármacos (exceptuando los diuréticos) utilizados para el tratamiento de los síntomas en final de vida fueron similares

en los 3 grupos. La necesidad de fármacos de administración por vía parenteral en bomba de perfusión continua subcutánea fue de hasta el 70 % en los pacientes con ICA, similar a los pacientes con OPNO. Los pacientes con cáncer requirieron fármacos en perfusión continua intravenosa para optimizar el control de síntomas con más frecuencia (50,8 frente al 29,6 % de los pacientes con ICA y con OPNO). El porcentaje de pacientes con ICA que requirieron sedación paliativa en situación de final de vida por sintomatología refractaria fue menor que en el resto de los grupos (30 frente al 58,6 % PO y 42,7 % OPNO) ($p < 0,001$).

Se realizó PCA al ingreso en el 100 % de los pacientes ingresados por ICA, sin diferencias significativas con los otros grupos en los que hubo algunos casos en los que por extrema gravedad del paciente y falta de información y de interlocutor válido no se llevó a cabo (un 4,9 % en OPNO y un 3,45 % en PO). La realización de la PCA sin la participación directa del paciente en el momento del ingreso fue significativamente mayor en los pacientes con ICC (75,9 %) y los PNO (95 %) que en los PO (50 %) ($p < 0,001$). La presencia familiar continua durante el ingreso, al igual que en el resto de los pacientes de nuestra UCPME, es habitual, alcanzando hasta un 85,3 % en el grupo de ICA sin diferencias significativas entre los 3 grupos (75,6 % en OPNO y 78,3 % en PO).

DISCUSIÓN

El paciente con IC presenta a lo largo de los años una disfunción cardiaca progresiva interrumpida por exacerbaciones. En situación de ICA, estas pueden ser más frecuentes

Tabla I. Resultados.

	ICA n = 30	OPNO n = 75	PO n = 295	Valor de p
<i>Edad estratificada</i>				< 0,001
≤ 85 años	93,3 %	39 %	59,7 %	
> 85 años	6,7 %	61 %	40,3 %	
<i>Procedencia derivación</i>				< 0,001
Hospitalización	70 %	65,9 %	56,9 %	
ESAD	30 %	26,8 %	41,4 %	
Residencia	0 %	2,4 %	1,7 %	
<i>Estancia media (DE)</i>	14 ± 14,3	14,7 ± 24,2	15,3 ± 21,6	
<i>% Altas</i>	13 %	18 %	7,8 %	
<i>Mortalidad</i>				
Precoz (< 3 días)	33 %	23,5 %	76,5 %	
Mortalidad (< 7 días)	40 %	52,2 %	47,1 %	
<i>Fármacos en perfusión continua</i>				
Vía subcutánea	70 %	66 %	66,5 %	
Vía Intravenosa	29,6 %	19,2 %	80,8 %	
<i>Necesidad de sedación paliativa</i>	30 %	42,7 %	58,6 %	< 0,001
<i>PCA al ingreso</i>	100 %	96,6 %	95,1 %	< 0,001
<i>PCA al ingreso solo con familiares</i>	75,9 %	95 %	50 %	
<i>Presencia familiar continua</i>	83,3 %	75,6 %	78,3 %	

DE: desviación estándar. ESAD: equipos de soporte de atención domiciliaria. ICA: insuficiencia cardiaca avanzada. OPNO: otras patologías no oncológicas. PCA: planificación compartida de la atención. PO: patología oncológica.

y acompañarse de mayor deterioro funcional sin llegar a recuperar su situación basal.

Los patrones evolutivos variables contribuyen a la dificultad para orientar el pronóstico de supervivencia. La complejidad de la sintomatología, la frecuente comorbilidad y los ingresos hospitalarios generan en pacientes y familiares necesidades de atención clínica, funcional, psicológica y social que les hacen tributarios de una intervención paliativa temprana y personalizada^{1,3,4,8}. La importancia de establecer circuitos de comunicación y de derivación entre los diferentes profesionales implicados (atención primaria, cardiología, medicina interna, geriatría y cuidados paliativos) y la necesidad de adaptar los recursos asistenciales de CP a la complejidad del paciente con ICA es una realidad ampliamente reconocida^{6,7}. Aunque los pacientes de elevada complejidad acceden cada vez con mayor frecuencia a una intervención especializada en CP, son aún escasas las publicaciones referidas a su atención en unidades de CP hospitalarias.

Entre los motivos de derivación a CP, y en concreto a las UCPME, destacan la dificultad para el adecuado control de síntomas por refractariedad, las complicaciones y comorbilidades, la inestabilidad clínica con reingresos frecuentes, las dudas pronósticas y el soporte para la toma de decisiones. También, la dificultad para asumir esta etapa final de la enfermedad en domicilio por motivos de sobrecarga de cuidados o falta de recursos sociales adecuados y la complejidad en el manejo farmacológico en situación de últimos días^{2,8}. Nuestros pacientes con ICA fueron derivados mayoritariamente desde unidades de hospitalización y en menor medida desde los equipos de CP domiciliarios comparados con los pacientes con PO. Esto podría justificarse tanto por el aumento de necesidades paliativas que siguen a una hospitalización por reagudización (refractariedad, dificultad en el control de síntomas y cambios en el pronóstico) como por el menor porcentaje de pacientes no oncológicos incluidos en programas de CP domiciliarios⁹.

Los pacientes ingresados con ICA no se encontraron entre los grupos más añosos (mayores de 85), con un porcentaje de fallecimientos similar al resto de pacientes, destacando una mortalidad del 40 % en los primeros 6 días (precoz en los 3 primeros días en un 33,3 %). La estancia media fue similar al resto de los pacientes oncológicos y no oncológicos de nuestra UCPME, lo que puede interpretarse como una adecuada selección en el proceso de derivación. Dado el perfil evolutivo, la presencia familiar permanente en nuestra unidad es habitual durante el ingreso en todos los grupos, lo que facilita el trabajo conjunto centrado en los objetivos de paciente y familia. La trayectoria clínica y el intervencionismo requeridos para un adecuado control sintomático (necesidad de perfusión continua de fármacos e indicación de sedación paliativa) fueron similares a los de los pacientes oncológicos salvo por el menor uso de perfusión intravenosa, algo influenciado por disponer con menor frecuencia de catéter central de inserción periférica o catéter subcutáneo implantable en el momento del ingreso. La PCA al ingreso en nuestra unidad resulta imprescindible para la toma de decisiones conjunta ajustada a criterios clínicos y éticos. El proceso se inicia en el momento del ingreso y se articula en torno a los elementos más relevantes descritos en la literatura, incluyendo objetivos terapéuticos, anticipación a eventos clínicos esperables, preferencia respecto al control de síntomas y deseo de sedación en situaciones de refractariedad

entre otras^{1,3,4,10}. Es escasa la información que los pacientes con ICA tienen sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico y la importancia de esta para su participación en la toma de decisiones y planificación³. Esto, probablemente sumado al elevado porcentaje de muerte temprana, haya influido en nuestra muestra en el menor porcentaje de implicación directa en la PCA de los pacientes con ICA comparados con los PO.

Podemos concluir que pese a limitaciones que supone el hecho de tratarse de un estudio retrospectivo y el tamaño muestral, podemos decir que los pacientes con ICA ingresados en nuestra UCPME, derivados principalmente de unidades hospitalarias, son mayoritariamente menores de 85 años, y con una mortalidad, estancia y necesidades farmacológicas similares a los pacientes con otras patologías oncológicas y no oncológicas. Participan menos de forma directa a su ingreso en la PCA y requieren menos indicación de sedación paliativa por refractariedad sintomática.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se ha precisado ninguna fuente de financiación.

REFERENCIAS

- García Pinilla JM, Díez-Villanueva P, Bover Freire R, Formiga F, Cobo Marcos M, Bonanad C, et al. Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca de las Secciones de Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:69-77.
- Chang YK, Allen LA, McClung JA, Denvir MA, Philip J, Mori M, et al. Criteria for referral of patients with advanced heart failure for specialized palliative care. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80:332-44.
- Rexach Cano L. Cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca. *Med Paliat*. 2010;17:286-300.
- Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, Blay C, Boyd K, Moine S, et al. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: An update from several European initiatives and recommendations for policy. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53:509-17.
- Solís García del Pozo J, Olmeda Brull C, de Arriba Méndez JJ, Corbí Pascual M. Palliative medicine for patients with advanced heart failure: New evidence. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2019;219:332-41.
- Meehan CP, White E, CVitan A, Jiang L, Wu WC, Wice M, et al. Factors associated with early palliative care among patients with heart failure. *J Palliat Med*. 2024. doi: 10.1089/jpm.2023.0539.
- Chuzi S, Manning K. Integration of palliative care across the spectrum of heart failure care and therapies: Considerations, contemporary data, and challenges. *Curr Opin Cardiol*. 2024;39:218-25.
- Fadol AP, Patel A, Shelton V, Krause KJ, Bruera E, Palaskas NL. Criterios de derivación a cuidados paliativos y resultados en cáncer e insuficiencia cardíaca: una revisión sistemática de la literatura. *Cardio-Oncología*. 2021;7:1-21.
- Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C, Cano González JM, García Verde I, Molina Baltanás E, Vicente Aedo M, et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Med Paliat*. 2017;24:179-87.
- Schichtel M, Wee B, Perera R, Onakpoya I. The effect of advance care planning on heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2020;35:874-84.