PC-110

Factores pronósticos de mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en una unidad de cuidados paliativos

L. Maciel, C. Roqueta, L. Batiste, A. Renom, O. Vázquez, J. Planas, C. Farriols

Servicio de Geriatría, Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Objetivo: Explorar los factores pronósticos de mortalidad en pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos (UCP) por insuficiencia cardiaca.

Método: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional de pacientes que ingresaron en UCP durante un periodo de 8 años consecutivos (2009-2016) por insuficiencia cardiaca. Se registraron variables clínicas globales: síntomas (disnea, anorexia, dolor), parámetros analíticos al ingreso (insuficiencia renal severa: filtrado glomerular [FG] < 30 ml/min/1,73 m^2), albúmina plasmática e hiponatremia (sodio plasmático [Na] < 130 mEq/L), comorbilidad (índice de Charlson), variables funcionales al ingreso (índice de Barthel [IB] e índice de Karnofsky [IK]) y síndromes geriátricos (delirium, disfagia y úlceras por presión). Asimismo se registraron variables cardioespecíficas (parámetros ecocardiográficos: fracción de eyección deprimida [FE] < 30 e hipertensión pulmonar severa [HTP], PAP > 60 mmHg y número de ingresos previos por descompensación cardiaca).

Resultados: De los 2.812 pacientes ingresados en UCP durante este periodo, 68 (2,42%) ingresaron por insuficiencia cardiaca, de los cuales 52 (76,47%) fallecieron durante el ingreso. La media de los parámetros evaluados en los que fallecieron fueron: albúmina plasmática: 3,28 ± 0,61; índice de comorbilidad de Charlson: 3,25 ± 1,54; número de ingresos previos: 4,25 ± 1,70; IB: 23,63 ± 23,95. En los 16 (23,53%) pacientes que no fallecieron la media de los parámetros fueron: albúmina: 3,41 ± 0,50 (p = 0,43); índice de comorbilidad de Charlson: 3,50 ± 1,50 (p = 0,57); número de ingresos previos: 4,37 ± 1,96 (p = 0,81); IB: 30,68 ± 22,49 (p = 0,30). De los 52 pacientes que fallecieron, 2 (3,85%) presentaron un IK ≥ 50, 21 (40,38%) IK 30-40 y 29 (55,77%) IK 10-20. De los 16 pacientes que no fallecieron, 4 (25%) IK ≥ 50, 11 (68,75%) IK 30-40, 1 (6,25%) IK 10-20 (p < 0,001). No se halló relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y los síntomas evaluados, la presencia de insuficiencia renal severa, hiponatremia, fracción de eyección deprimida, hipertensión pulmonar severa y los síndromes geriátricos.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes ingresados en UCP por insuficiencia cardíaca fue muy bajo y la mortalidad, elevada. Los pacientes con un índice de Karnofsky menor al ingreso presentaron una mayor mortalidad. Es necesaria una atención paliativa precoz en pacientes con insuficiencia cardiaca para conseguir una mejora en su calidad de vida.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.256

PC-111

Peritonitis y neumoperitoneo masivo secundario a perforación de víscera hueca tratado de forma conservadora: a propósito de un caso

A. Merello de Miguel, J. Mateos del Nozal, L. Hernández Sánchez, J. Albéniz López, P. Fernández Montalvan, A.J. Cruz Jentoft, L. Rexach Cano

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivo: Se propone discutir un caso tratado de forma conservadora con escasa evidencia clínica, consensuado en equipo multidisciplinar.

Caso clínico: Mujer, 90 años, con dolor abdominal difuso y continuo, sin náuseas, fiebre, sudoración u otros síntomas. Cuatro días sin deposición.

Antecedentes: hipertensa, monorrena congénita sin afectación en la función renal, estreñimiento crónico. Cirugía de hernia inguinal. Alérgica a penicilinas.

Exploración: Abdomen distendido, timpánico, ruidos conservados, dolor difuso, más marcado en región umbilical y flanco izquierdo, signos de irritación peritoneal.

VGI: Barthel 100, Lawton 6. FAC 5 con bastón. Sin deterioro cognitivo. Viuda, vive sola, 2 hijos. MNA 10.

TAC: perforación de víscera hueca con peritonitis, no pudiéndose establecer el punto, con importante neumoperitoneo y colecciones extensas, la más grande con nivel hidroaéreo en raíz mesentérica. Probablemente gástrica o de asas intestinales.

Se descartó inicialmente la cirugía por alto riesgo quirúrgico, así como el intervencionismo radiológico por alto número de colecciones. Al ingreso se informó de situación a la paciente y familiares y se valoró con cuidados paliativos, decidiendo conjuntamente mantener antibioterapia, analgesia y nutrición parenteral. Se objetivó mejoría clínica progresiva y sin cambios relevantes en TAC de control, por lo que es valorada por Infecciosas aumentando el tratamiento con tigeciclina. Posteriormente la paciente realizó rehabilitación por síndrome de inmovilidad, se rotó el opioide y se retiró tras 3 semanas la nutrición parenteral, con tolerancia oral adecuada y suplementación oral, continuando una buena evolución clínica y analítica. Nuevo TAC al mes con disminución de la cuantía del neumoperitoneo y las colecciones. Posteriormente fue traslada a la unidad de media estancia tras un mes de ingreso para continuar antibioterapia y fisioterapia, completando tigeciclina intravenosa durante 4 semanas y levofloxacino y metronidazol oral 6 semanas, manteniéndose sin complicaciones hasta la fecha.

Conclusiones: No hay evidencia científica que avale el tratamiento ni el pronóstico de nuestra paciente, siendo clave la toma de decisiones compartida entre el equipo médico multidisciplinar y la paciente. Es necesario investigar casos similares para ayudar a la toma de decisiones y que la edad no sea el único criterio a utilizar.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.257