



4003-6. DESACTIVACIÓN DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA: ANALIZANDO EL PROBLEMA

Alba Maestro Benedicto¹, Fina Aran Aran², Nuria Mesado Batalla², Carlos Moliner Abós¹, Antonia Pomares Varó², Antonio Pascual², Júlia Pàmies Besora², Laura López López², Marta Campreciós Crespo², Marta de Antonio Ferrer², José M. Guerra³, Lina Badimón Maestro¹ y Sonia Mirabet Pérez³

¹Instituto de Investigación del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB-Sant Pau, Barcelona, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERCV).

Resumen

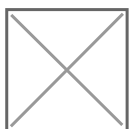
Introducción y objetivos: La desactivación de las terapias del desfibrilador automático implantable (DAI) es uno de los principales retos en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. A pesar de ser una de las recomendaciones en las fases avanzadas de la IC, el abordaje es complejo y la decisión no es un proceso fácil. El objetivo del estudio fue analizar la actuación respecto a la desactivación de terapias de DAI en una unidad de pacientes con IC avanzada en programa de atención al final de vida.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes consecutivos visitados entre 2016 y 2022 en una unidad integrada de Insuficiencia Cardiaca-Paliativos y portadores de DAI. Se recogieron los datos mediante la revisión de la historia clínica.

Resultados: De un total de 85 pacientes atendidos en la Unidad, 21 eran portadores de DAI. Se propuso desactivación a 12 de los pacientes portadores de DAI (57%), de ellos solo el 29% aceptaron la desactivación. La tabla resume sus características basales. Aunque no hubo diferencias significativas, los pacientes en los que se planteó la desactivación se encontraban en una proporción ligeramente mayor bajo tratamiento inotrópico ambulatorio, en CF IV, y realizaron más tiempo de seguimiento. En la figura se resumen los diferentes motivos de rechazo y cuándo se abordó la decisión. De los 6 pacientes en los que se desconectaron terapias, 2 murieron el mismo día (desactivación *premortem*), y los otros 4 en el intervalo de 7 días, 4 meses, 8 meses y 3 años respectivamente, siendo la causa de muerte más frecuente la IC terminal (n = 4, 67%), una muerte súbita y una muerte por sangrado gastrointestinal. Con relación a los 15 pacientes con terapias activas, la causa más frecuente de muerte fue también la IC terminal (n = 7, 47%), presentando en un caso descargas apropiadas *premortem*.

	Total portadores DAI (n = 21)	Desactivación planteada (n = 12)	Desactivación no planteada (n = 9)
Edad (años), media (DE)	77 (7)	76 (3)	77 (2)

Sexo masculino, N (%)	20 (95)	11 (92)	9 (100)
Cardiopatía isquémica, N (%)	18 (85)	10 (83)	8 (89)
Inotrópicos ambulatorios, N (%)	16 (76)	9 (56)	7 (44)
NYHA III/NYHA IV, N (%)	15 (71)/6 (29)	8 (67)/4 (33)	7 (78)/2 (22)
Antecedentes de descargas apropiadas, N (%)	18 (85)	8 (67)	4 (44)
Antecedentes de descargas inapropiadas, N (%)	0	0	0
Muertes, N (%)	18 (86)	11 (92)	7 (78)
Tiempo 1ª visita-muerte (meses), media (DE)	12 (3)	14 (4)	9 (4)



Conclusiones: En nuestro programa de atención al final de vida en IC avanzada, se ha planteado la desactivación de terapias del DAI al 57% de los pacientes, siendo desactivadas en el 29% de ellos. En un porcentaje elevado la desactivación se llevó a cabo poco antes del fallecimiento. Estos datos refuerzan la necesidad de buscar estrategias para facilitar la comunicación y la toma de decisiones, favoreciendo una medicina más humanizada y garantizando el confort del paciente y la familia en las fases finales de vida.