

Análisis de la carga asistencial generada por los pacientes en tratamiento con Levodopa intraduodenal

V. Puente⁽¹⁾, O. De Fàbregues⁽²⁾, R. Vivanco⁽¹⁾, C. Pont⁽¹⁾, G. Ribera⁽²⁾, G. Cucurella⁽¹⁾, T. Delgado⁽²⁾, E. Giralt⁽¹⁾, V. Puigdiví⁽²⁾, A. Seoane⁽³⁾

⁽¹⁾Servei de Neurologia del Hospital del Mar, IMAS, Barcelona. ⁽²⁾Servei de Neurologia del Hospital de Sabadell, C.S. Parc Taulí.

⁽³⁾Servei de Digestiu del Hospital del Mar, IMAS, Barcelona

Introducción

La atención de pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada y la implementación de nuevos tratamientos como la Levodopa intraduodenal (LID) puede suponer un aumento de la actividad asistencial en las consultas de neurología.

Objetivo

Nos proponemos analizar la carga asistencial que supone el tratamiento con LID en nuestros centros.

Material y método

Se registró la actividad asistencial generada en 24 meses por los primeros 12 pacientes desde que iniciaron LID en nuestros centros. Se cuantificó número y tipo de consultas (ordinarias y no programadas o urgentes) y la cantidad de endoscopias requeridas. Se utilizó la escala UPDRS y diarios de pacientes para valorar la respuesta terapéutica. Mediante estadísticos de correlación lineal se estudió los factores relacionados con una mayor carga asistencial.

Resultados

12 pacientes (5 mujeres y 7 hombres) con una edad media de 65.5 años, siguieron tratamiento con LID una media de 14,9 meses (± 7.9 , rango 3-24 meses). Los pacientes mostraban una mejora media de 17,9 puntos (± 13) $p < 0.005$ en la UPDRS y una reducción media del 83% (± 23.3) $p < 0.005$ del "tiempo off" diario.

La frecuencia media de visitas fue una cada 34 días (± 9.3). De 171 visitas generadas, 134 (78.37 %) eran visitas programadas. Estas visitas se hacían con una frecuencia mensual para recoger medicación de la farmacia del hospital, o trimestralmente para realizar control clínico.

37 visitas (21.63 %) eran no programadas o urgentes, lo que supone una media de 2.4 visitas no programadas o urgentes por paciente y año. Eran causadas por fallos de componentes del sistema infusor y en menor medida para ajustes de dosis.

El número de visitas esta significativamente asociado a la duración del tratamiento (índice de correlación: +0.78 ($p < 0.005$)) y a la rotura de piezas del sistema infusor (índice de correlación: +0.84 ($p < 0.001$)). No hay asociación entre la intensidad de respuesta terapéutica valorada con la UPDRS y la cantidad de las visitas realizadas.

Fueron necesarias un total de 17 endoscopias digestivas altas (1.13 endoscopias por paciente al año). Del total de endoscopias realizadas 11 eran no programadas o urgentes (6 por dislocación de la sonda interna y 5 para recambio de material de infusión). Existe una asociación inversa entre la mejora porcentual de la UPDRS y el número de endoscopias no urgentes (índice de correlación: -0.61 ($p < 0.05$)).

Se encontró una débil correlación entre las endoscopias realizadas y la duración de las

Tabla 1: Características de los pacientes y resultados. * ($p < 0.005$)

Paciente	Edad	Meses de tratamiento	Hoehn & Yahr Off	Reducción UPDRS	Reducción tiempo Off
1	60	24	3	-18	100
2	71	24	4	-16	100
3	57	20	5	-3	50
4	75	20	5	-10	100
5	68	14	5	-23	42
6	68	19	4	-38	82
7	67	19	3	-40	100
8	66	14	3	-14	100
9	76	10	5	-26	100
10	63	5	4	1	100
11	61	3	4	-24	75
12	54	5	5	-4	50
Promedio	65,5	14,8	4,2	-17,9 (± 13)*	83,2 % (± 23.3)*

Tabla 2: Registro de carga asistencial por paciente.

Paciente	Edad	Meses de tratamiento	Visitas totales	Visitas ordinarias	Visitas no programadas	Endoscopias
1	60	24	16	15	1	1
2	71	24	15	13	2	2
3	57	20	26	18	8	3
4	75	20	17	14	3	1
5	68	14	14	7	7	2
6	68	19	15	9	6	5
7	67	19	20	17	3	1
8	66	14	19	19	0	0
9	76	10	15	9	6	1
10	63	5	4	4	0	0
11	61	3	2	1	1	1
12	54	5	8	8	0	0
Promedio	65.5	14.8	14.3 (± 6.7)	11.2 (± 5.7)	3.1 (± 2.9)	1.4 (± 1.4)

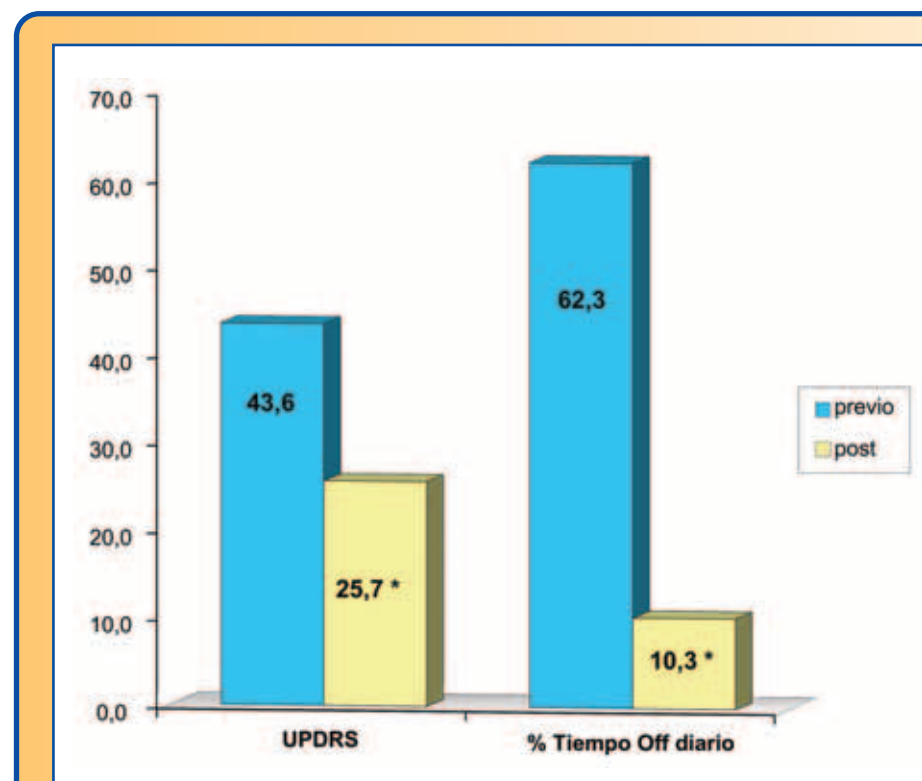


Figura 1: Resultados de la respuesta al tratamiento valorado según la escala UPDRS y la reducción del "tiempo off" diario. (* $p < 0.005$).

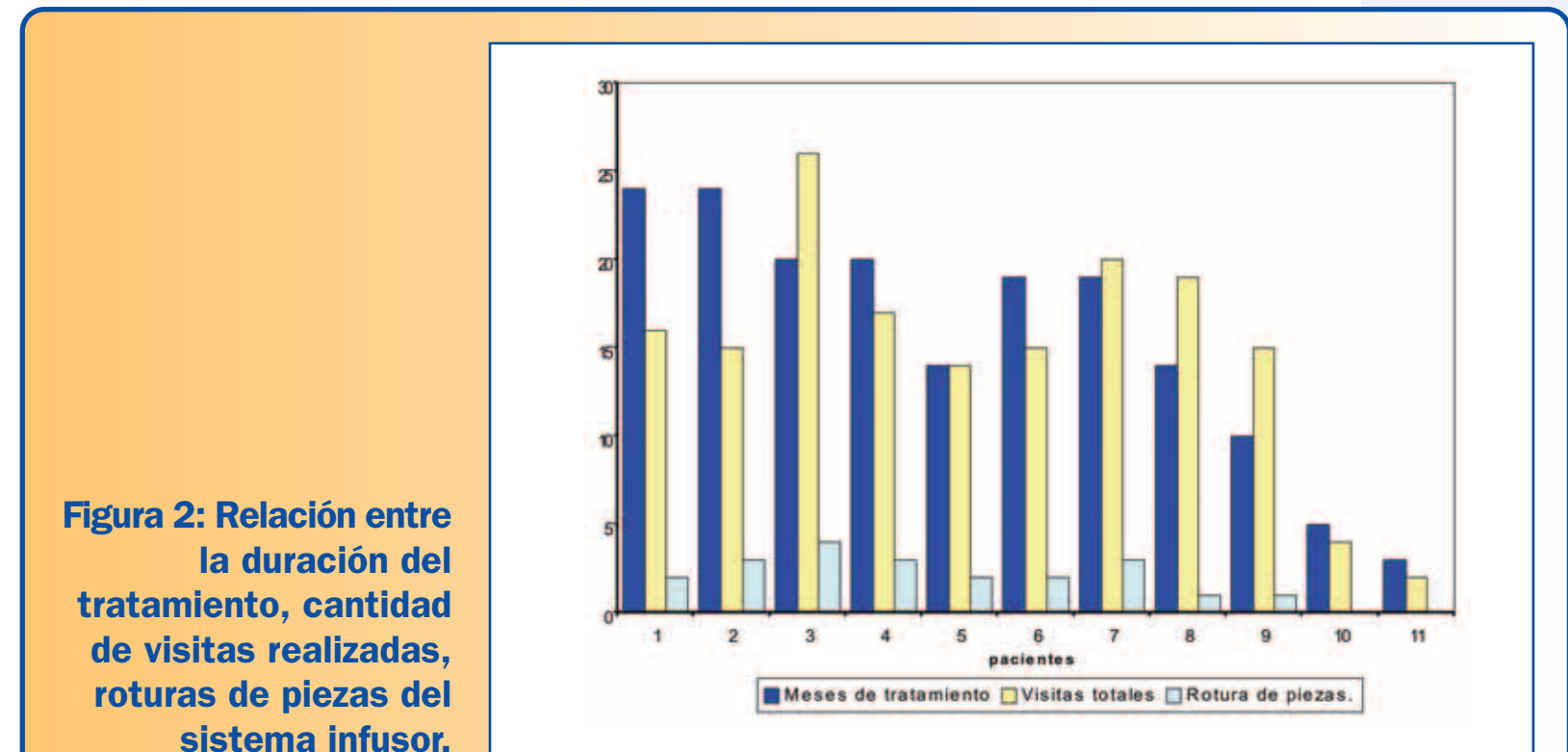


Figura 2: Relación entre la duración del tratamiento, cantidad de visitas realizadas, roturas de piezas del sistema infusor.

Conclusiones

El tratamiento con LID supone un importante número de visitas relacionadas con rutinas del tratamiento. Menos del 22 % de las visitas son no programadas o urgentes y están relacionadas con el sistema de administración del tratamiento. La necesidad de repetir endoscopias para recambio de material dañado o por problemas de dislocación de la sonda externa parece estar inversamente relacionada con una mejor respuesta al tratamiento, mientras que la presencia de discinesias se relaciona con la necesidad de repetir endoscopias. Para un correcto seguimiento del tratamiento con LID es recomendable un equipo bien coordinado, compuesto por un enfermera/o especializada en Parkinson, un neurólogo y un endoscopista.