

Dr. FJ Carrasco Sánchez
UGC Medicina Interna

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL ACTITUD TERAPÉUTICA

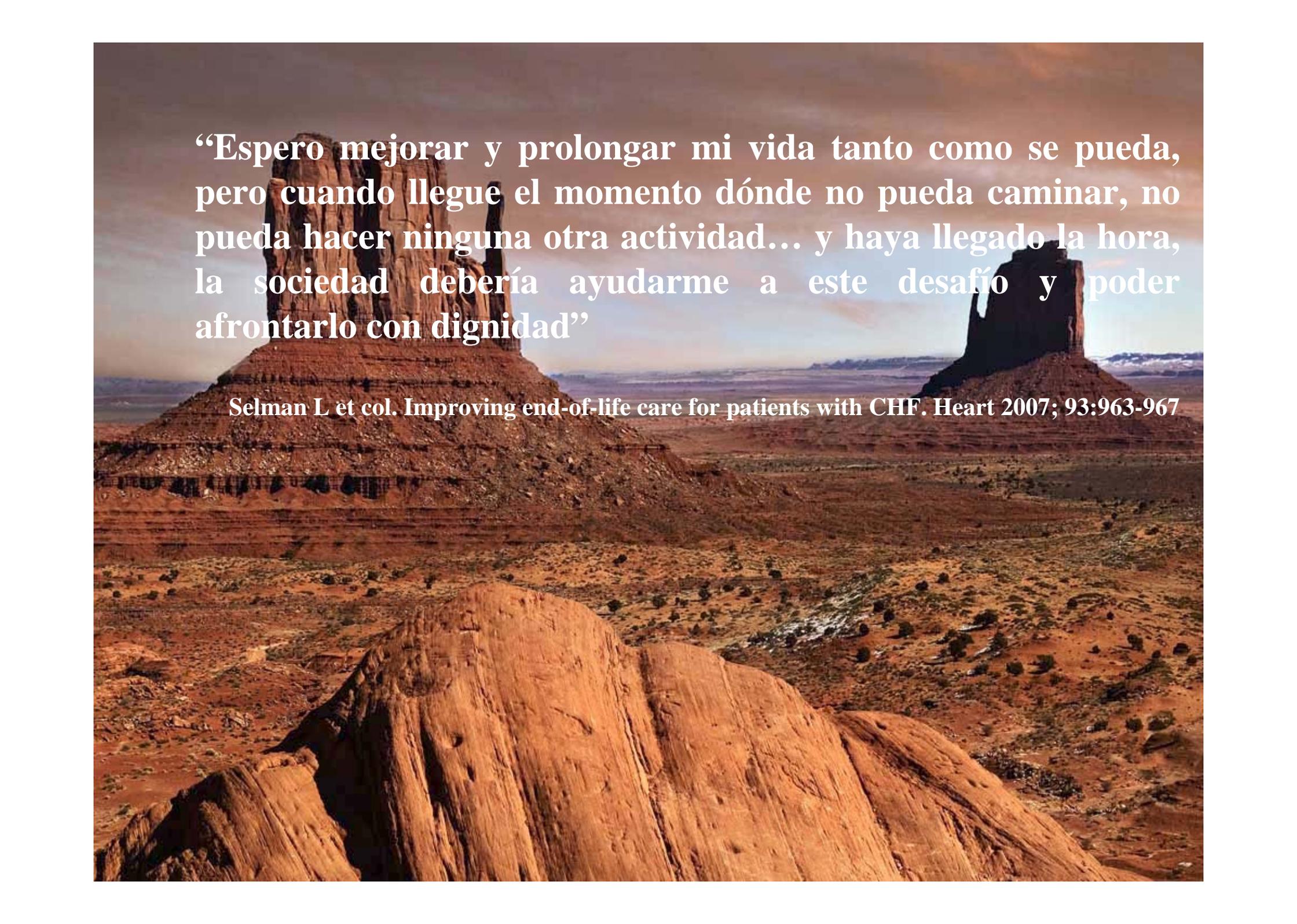
XI Reunión de Insuficiencia Cardíaca
Murcia 27 de Marzo de 2009

“Nadie puede prolongar la vida, sólo Dios”



**El Final del Camino de la
Insuficiencia Cardiaca**



A photograph of a desert landscape featuring prominent red rock formations. In the foreground, a large, rounded rock formation is visible. In the middle ground, there are several tall, rectangular rock spires. The background shows a vast, flat desert plain extending to the horizon under a cloudy sky. The text is overlaid on the upper portion of the image.

“Espero mejorar y prolongar mi vida tanto como se pueda, pero cuando llegue el momento dónde no pueda caminar, no pueda hacer ninguna otra actividad... y haya llegado la hora, la sociedad debería ayudarme a este desafío y poder afrontarlo con dignidad”

Selman L et col. Improving end-of-life care for patients with CHF. Heart 2007; 93:963-967



Insuficiencia Cardiaca Crónica Terminal ¿Problema de salud?

- **Elevada Prevalencia.**
- **Enfermedad evolutiva.**
- **Elevada frecuencia de hospitalizaciones.**
- **Alta Mortalidad a pesar de un tratamiento óptimo.**
- **Elevados costes sanitarios**

¿Por qué hay una alta prevalencia?

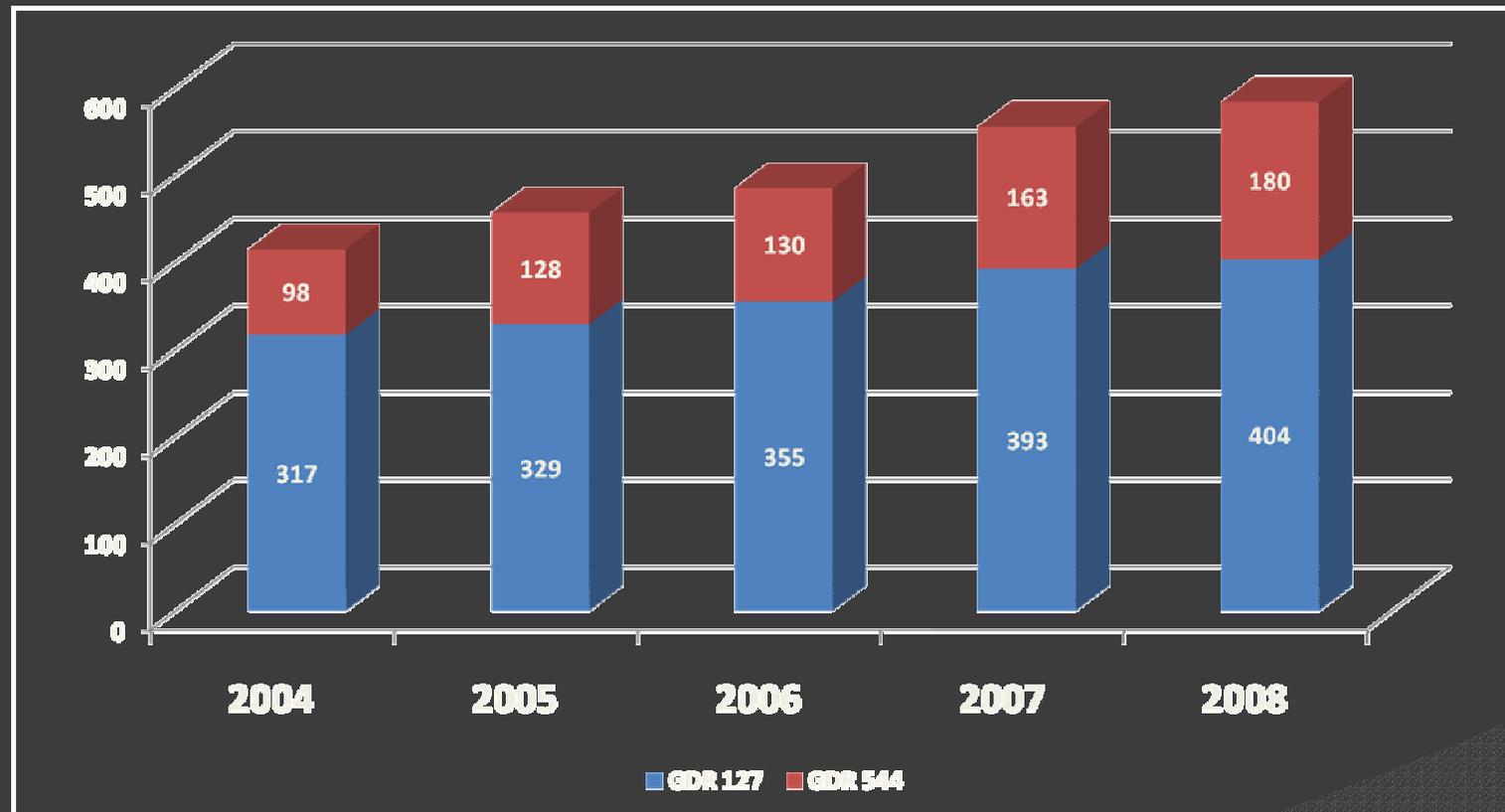
15 Millones de pacientes con ICC en la Unión Eur

- ⊙ Envejecimiento de la población.
(Edad media es de 75 años)
- ⊙ Aumento de la supervivencia de los eventos agudos.
(Desarrollo tecnológico)
- ⊙ Eficacia de la prevención primaria y secundaria.
- ⊙ Población excluida de tratamientos muy específicos:
 - Dispositivos de asistencia ventricular
 - Transplante cardiaco

**NUMEROSOS ANCIANOS CON
SITUACIÓN AVANZADA Y ENFOQUE
PALIATIVO**

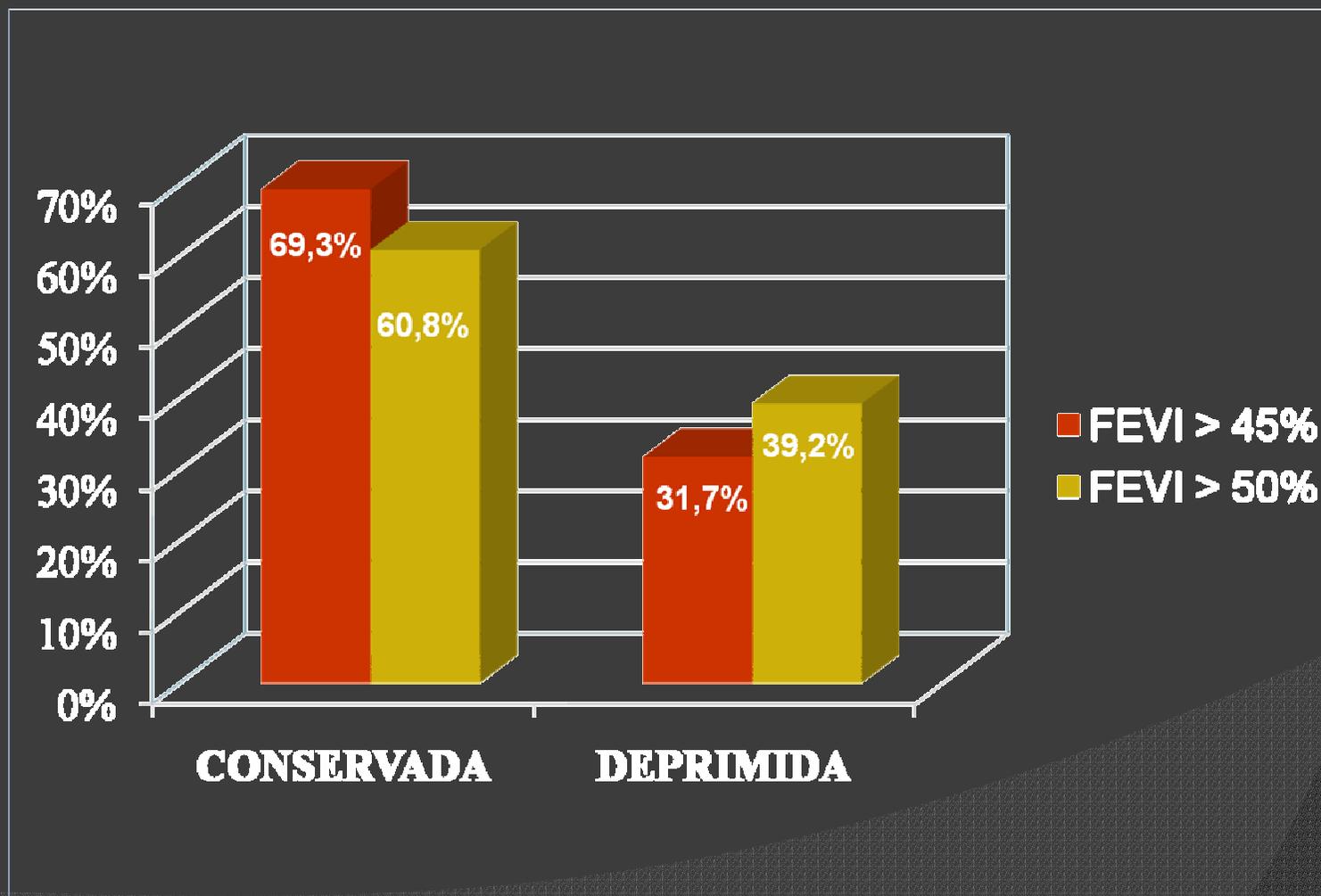
Hospital Juan Ramón Jiménez

Ingresos por ICC (GDR 127 y 544)



Hospital Juan Ramón Jiménez

Prevalencia de ICFSP en 2005



Maeder MT JACC 2009; 53: 905-918

Alrededor del 50% de los pacientes tienen ICFSC

Journal of the American College of Cardiology
© 2009 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

STATE-OF-THE-ART PAPER

Heart Failure With Left Ventricular Ejection

Micha T. Maeder, MD, David M
Melbourne, Australia

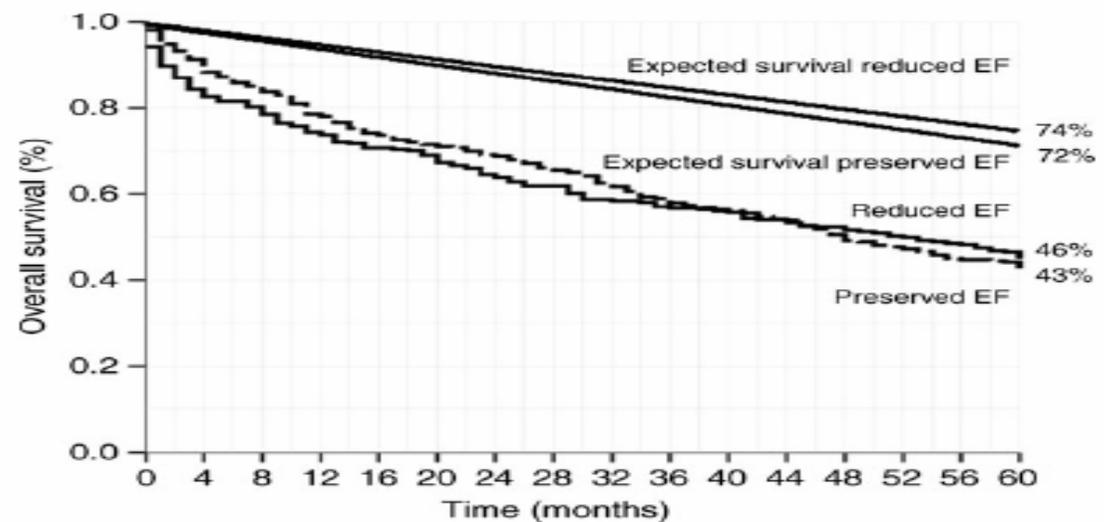
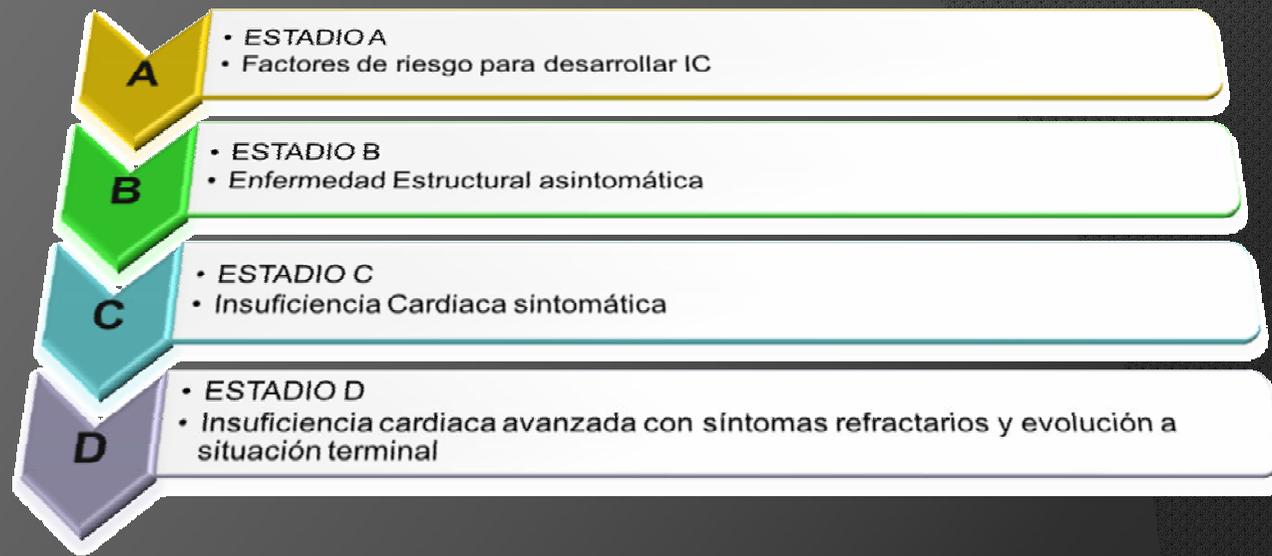


Figure 2 Observed and expected survival for patients with HF and preserved or reduced EF. Note that the 5 year overall survival is comparable in patients with preserved or reduced EF ($P = 0.94$). There is an impressive difference between the survival of patients with preserved or reduced EF and the expected survival for each group

PRONÓSTICO SIMILAR

Tribouilloy et col. Eur Heart J 2008; 29: 339-347



Enfermedad Evolutiva

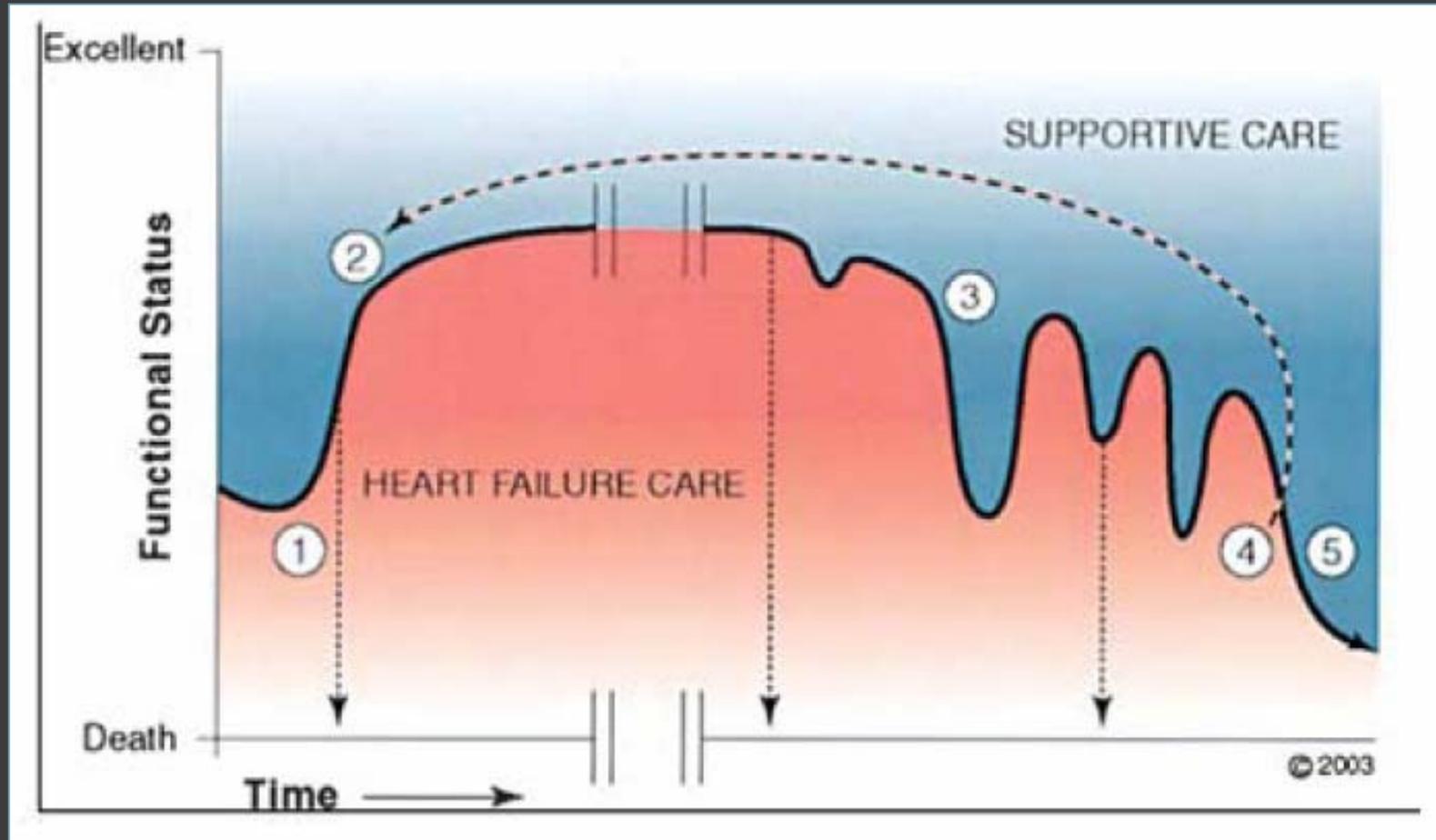
Elevada Mortalidad

- Progresión hacia el fallo de bomba (40%)
- Muerte súbita por arritmias (40%)
- Otras causas (20%)

(Massie BM y col Curr Opin Cardiol 1996; 11:221)

Goodlin SJ et col. Journal of Cardiac Failure 2004; 10: 200-209

CURSO ONDULANTE DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA



INCAPACIDAD PARA PREDECIR ADECUADAMENTE UN DECESO

Esto se evidencia en que

Solo el 3% de estos pacientes son derivados a centros de cuidados paliativos

- ⦿ Alto % FALLECEN en ambiente hospitalario.
- ⦿ La situación TERMINAL es desconocida por pacientes y familiares.
- ⦿ NO EXISTE conciencia de padecer enfermedad terminal ni el paciente, ni la familia, ni el personal sanitario.
- ⦿ Fallecen RECIBIENDO tratamientos activos.

**263 pacientes en situación terminal (48-72 horas pre-exitus)
40% intervenciones activas**

Lynn J. Ann Intern Med 1997; 126:97-106

Estudio SUPPORT en IC crónica

(Levenson JW J Am Geriatr Soc 2000; 48: S101)

Conocer situación clínica del paciente 6 últimos meses de vida

- **Estimación pronóstica vital en 6 meses (n = 1404)**
- **Simplified Acute Physiology Score (SAPS) for Hospitalized patients:** 33% (6-3 meses) hasta 44% (3 días antes)
- **Model-Based estimate of 6-month Survival:** 54% (3 días)
- **Síntomas:** disnea (63%), dolor (41%), depresión y ansiedad
- **Calidad de vida percibida** 30-58% buena (incluso días antes)
- **Preferencia de No-RCP** 33% (6-3 meses) y 47% (1 mes-3 días)
- **Impacto económico familias:** 23% pérdida de los ahorros familiares

**REFLEJA EL CURSO IMPREDECIBLE DE LA IC CRÓNICA
EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES DE LA VIDA**

Diagnóstico de la ICT



¿Identificar al paciente con
IC Terminal?

¿Qué entendemos por IC Terminal?

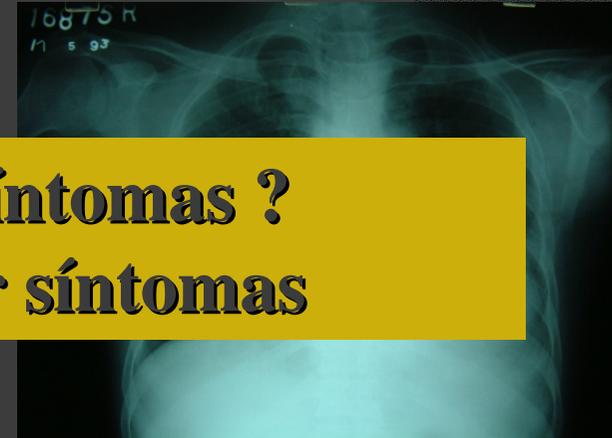
IC AVANZADA:

- Disfunción cardíaca severa
- Síntomas marcados a pesar de máxima terapia

Esperanza de vida < 6 meses con síntomas ?
Objetivos terapéuticos para aliviar síntomas

ICT (ESC 2008)

- Más de 1 episodio de descompensación en 6 meses a pesar de tratamiento máximo tolerado (REINGRESOS).
- Requerimientos de tratamiento de soporte con inotrópicos frecuentes.
- Mala calidad de vida, con síntomas de clase IV
- Signos de CAQUEXIA cardíaca
- Sentido clínico de final.
- CONTRAINDICACIÓN TRANSPLANTE**
DISPOSITIVOS



¿Cuál es el problema?

Identificar al paciente con IC Terminal

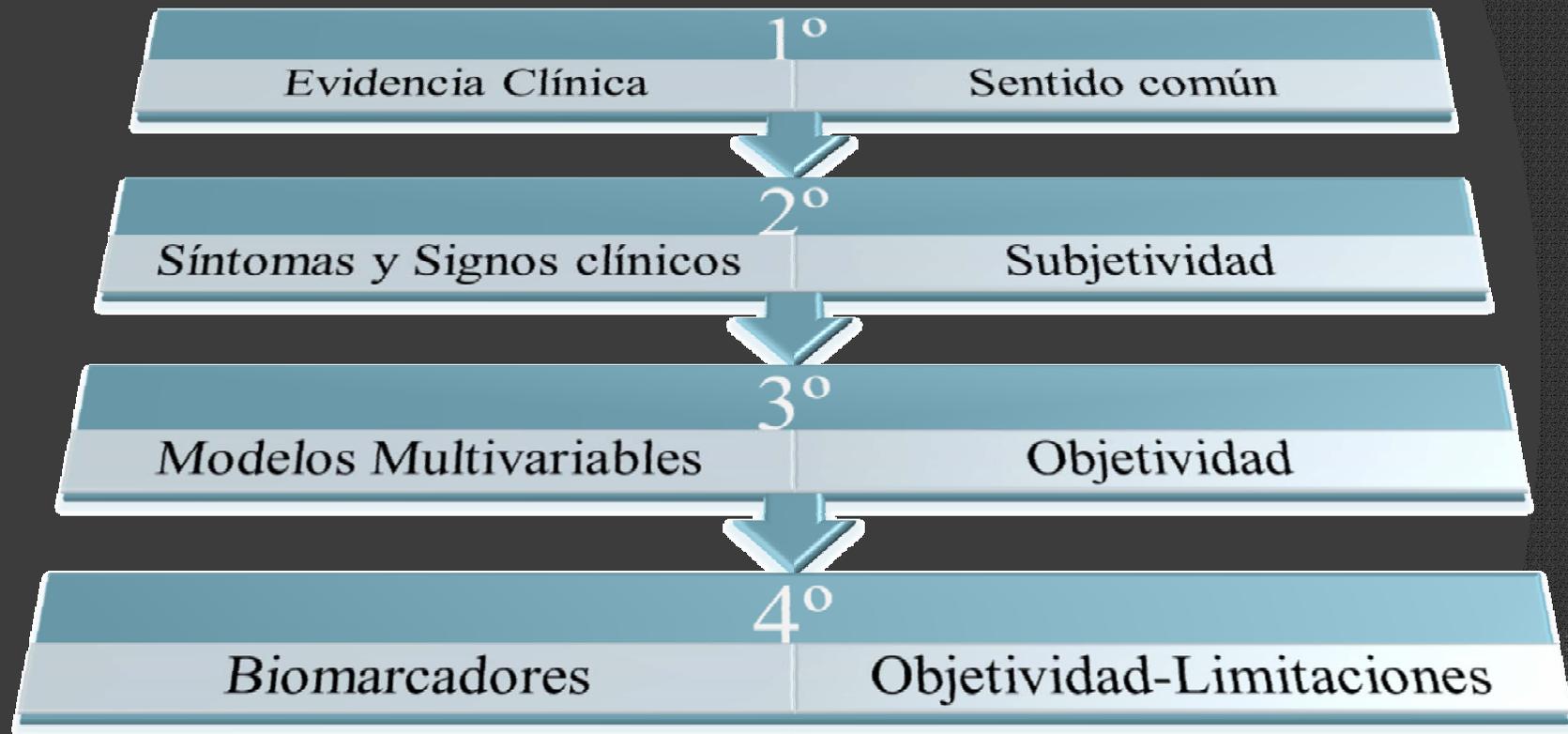
- ED
- Evo
- SIN
- FA
- con
- PE
- Pro

**VALORACIÓN PRONÓSTICA
DIFICULTAD
¡RETO!**

greso
zar).

**FALTA DE RECONOCIMIENTO SISTEMÁTICO DE LA ICT
INFRAUTILIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Herramientas para la identificación del paciente con ICT



COMORBILIDADES
DM, EPOC, Depresión

**INSUFICIENCIA
CARDIACA**

SÍNTOMAS

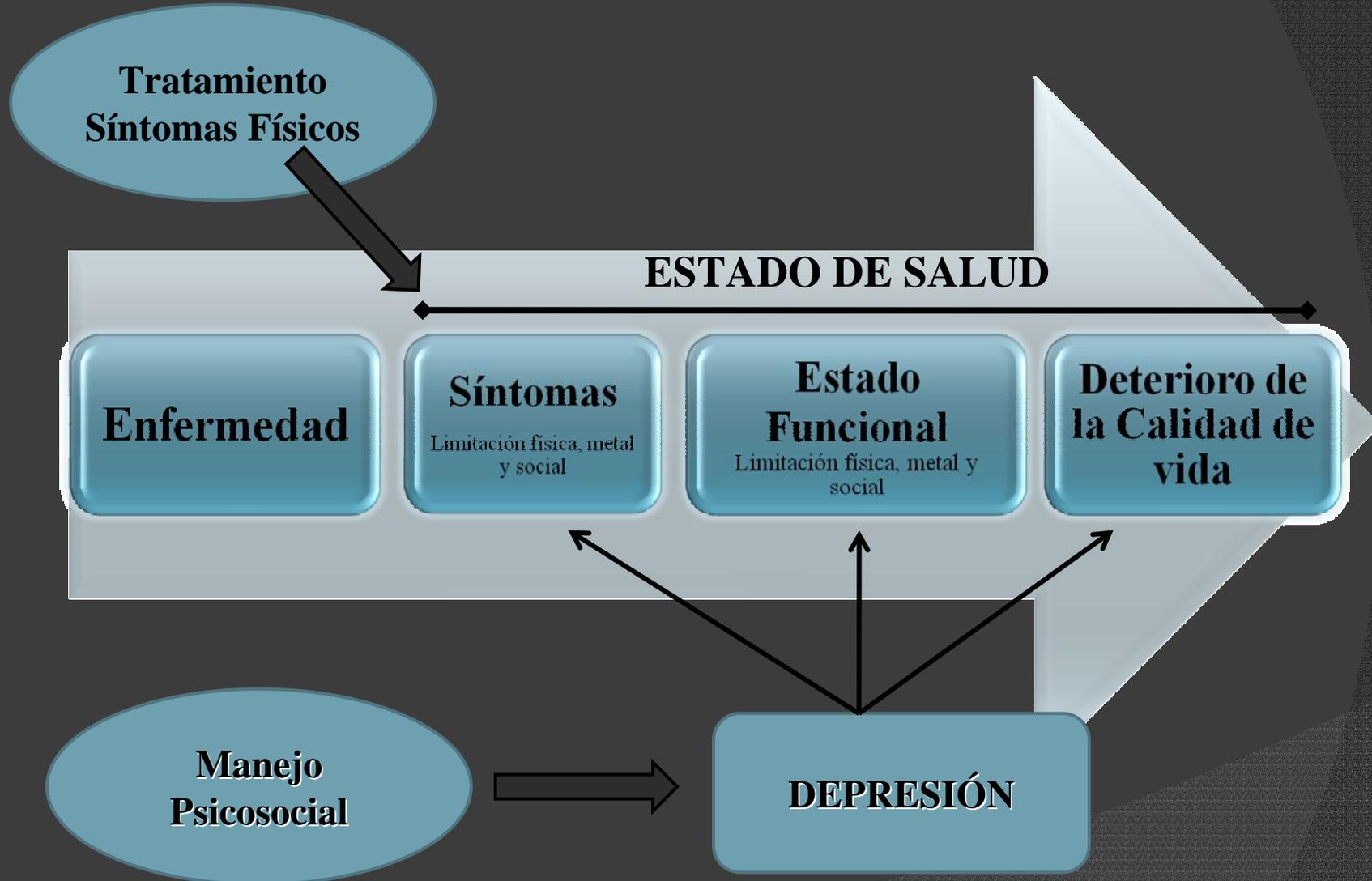
Síntomas
coincidentes

=

Síntomas
específicos

Clase Funcional NYHA

POLIFARMACIA
Hasta 11 medicamentos





International Journal of Cardiology xx (2009) xxx – xxx

International Journal of
Cardiology

www.elsevier.com/locate/ijcard

Impact of depression on quality of life assessment in heart failure[☆]

Hermann Faller^{*}, Thomas Steinbüchel, Stefan Störk, Marion Schowalter,
Georg Ertl, Christiane E. Angermann

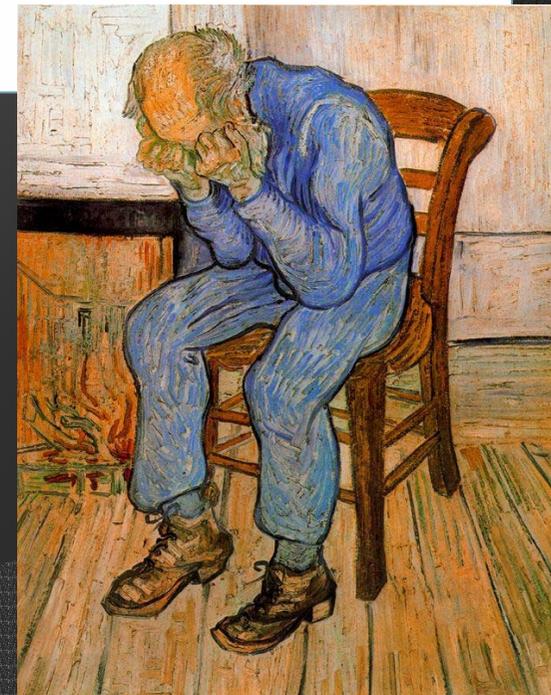
*University of Würzburg, Institute of Psychotherapy und Medical Psychology
Department of Internal Medicine I/Center for Cardiovascular Medicine, Würzburg, Germany*

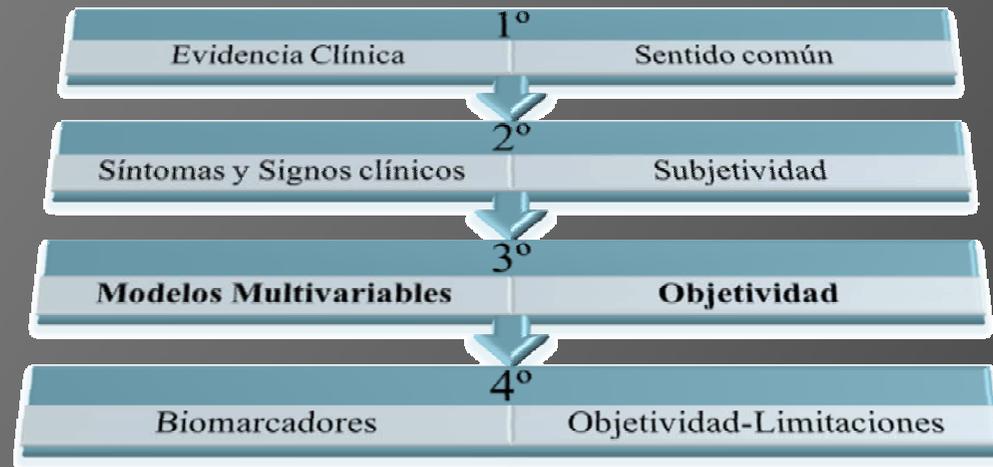
Received 12 September 2008; accepted 13 December 2008

DEPRESIÓN

Calidad de vida percibida depende más de la
depresión que de la severidad de la IC

Faller et. col International Journal of Cardiology. (In press)





**Modelos Pronósticos
Multivariables
(Poco discriminativos y exactos)**

<http://www.SeattleHeartfailureModel.org/>

Levy WC Circulation 2006; 113: 1424-1433

Seattle Heart Failure Model (SHFM)



NO EXTRAPOLABLE

- Pacientes Hospitalizados.
- Función Sistólica Preservada.
- Múltiples comorbilidades.

<http://www.ccort.ca/CHFriskmodel.asp>

Lee DS JAMA 2003; 290:2581-2587



EFFECT Heart Failure Mortality Prediction

Conventional (U.S) units Score		
Age (year)		
Respiratory Rate (breaths/min) (minimal 20;maximal 45)		
Systolic blood pressure (mmHg)		
Blood Urea Nitrogen (maximal, 60 mg/dL)		
Sodium Concentration <136 mEq/L	Yes	No
Cerebrovascular Disease	Yes	No
Dementia	Yes	No
COPD	Yes	No
Hepatic Cirrhosis	Yes	No
Cancer	Yes	No
Hemoglobin <10.0 g/dL (not required for 30-day Score)	Yes	No
30-day		
One-year		

30-Day Score	30-Day Mortality Rate (%)
< 60	0.4
61-90	3.4
91-120	12.2
121-150	32.7
> 150	59.0

One-Year Score	One-Year Mortality Rate (%)
< 60	7.8
61-90	12.9
91-120	32.5
121-150	59.3
> 150	78.8

Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses

Olatz Garin · Montse Ferrer · Àngels Pont ·
Montserrat Rué · Anna Kotzeva · Ingela Wiklund ·
Eric Van Ganse · Jordi Alonso

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Se recomienda el uso

MLHFQ (Minnesota Living Heart Failure Questionnaire)

KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire)

CHFQ (Chronic Heart Failure Questionnaire)

Existen numerosos marcadores pronósticos para estimar el riesgo de mortalidad en pacientes con IC (Clínicos y Biológicos)

- Edad
- Etiología de la IC
- Capacidad al ejercicio: NYHA, Test de los 6 minutos.
- Fracción de eyección
- Presión arterial
- Anemia
- Caquexia
- Sd Cardiorrenal
- Activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona
- Hiponatremia
- Péptidos natriuréticos
- Tratamientos médicos adecuados y dispositivos.

VALORACIÓN CORRECTA DISFUNCIÓN RENAL

Original Paper

High NT-proBNP Is a Strong Predictor of Outcome in Elderly Heart Failure Patients

Sven E. Andersson, MD, PhD;¹ Marie-Louise Edvinsson, BSc;¹ Jonas Björk, PhD;² Lars Edvinsson, MD, PhD¹
From the Department of Emergency Medicine, Institute of Clinical Science,¹ and the Competence Centre for Clinical Research,² Lund University Hospital, Lund, Sweden

Address for correspondence: Sven E. Andersson, MD, PhD, Linero Vårdcentral, Vikingavägen 31, S-224 76 Lund, Sweden

E-mail: sven.ea@telia.com

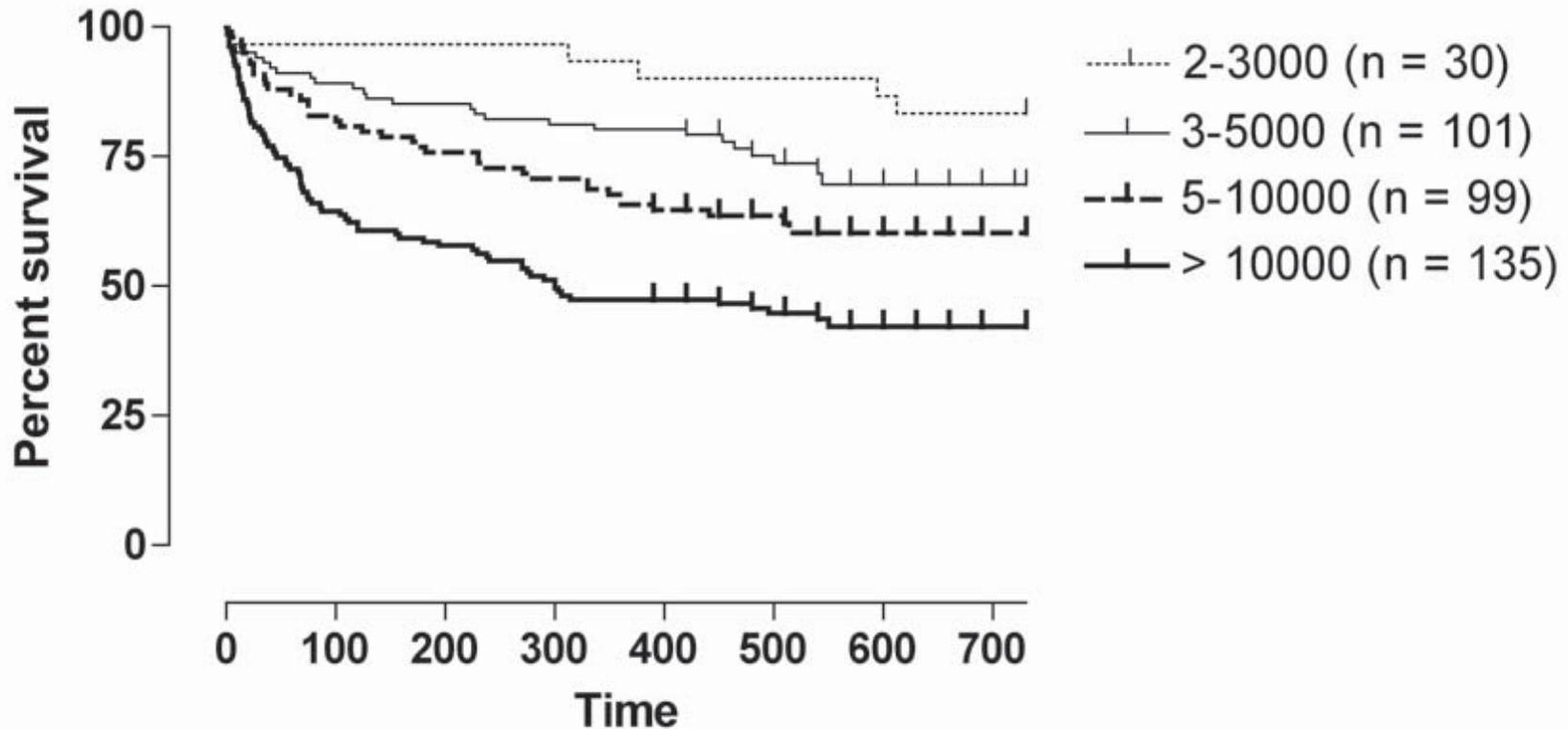
Manuscript received April 23, 2007; revised May 12, 2007; accepted May 14, 2007

Biomarcadores

NT-proBNP predictor de mortalidad en pacientes con edad avanzada

Edad > 65 años, NT-proBNP > 2000 pg/mL, Mortalidad a los 3 meses (21%), al año (35%) a los dos años (40%).

Plasma NT-proBNP concentration vs. survival



NT-proBNP predictor de mortalidad en pacientes con edad avanzada



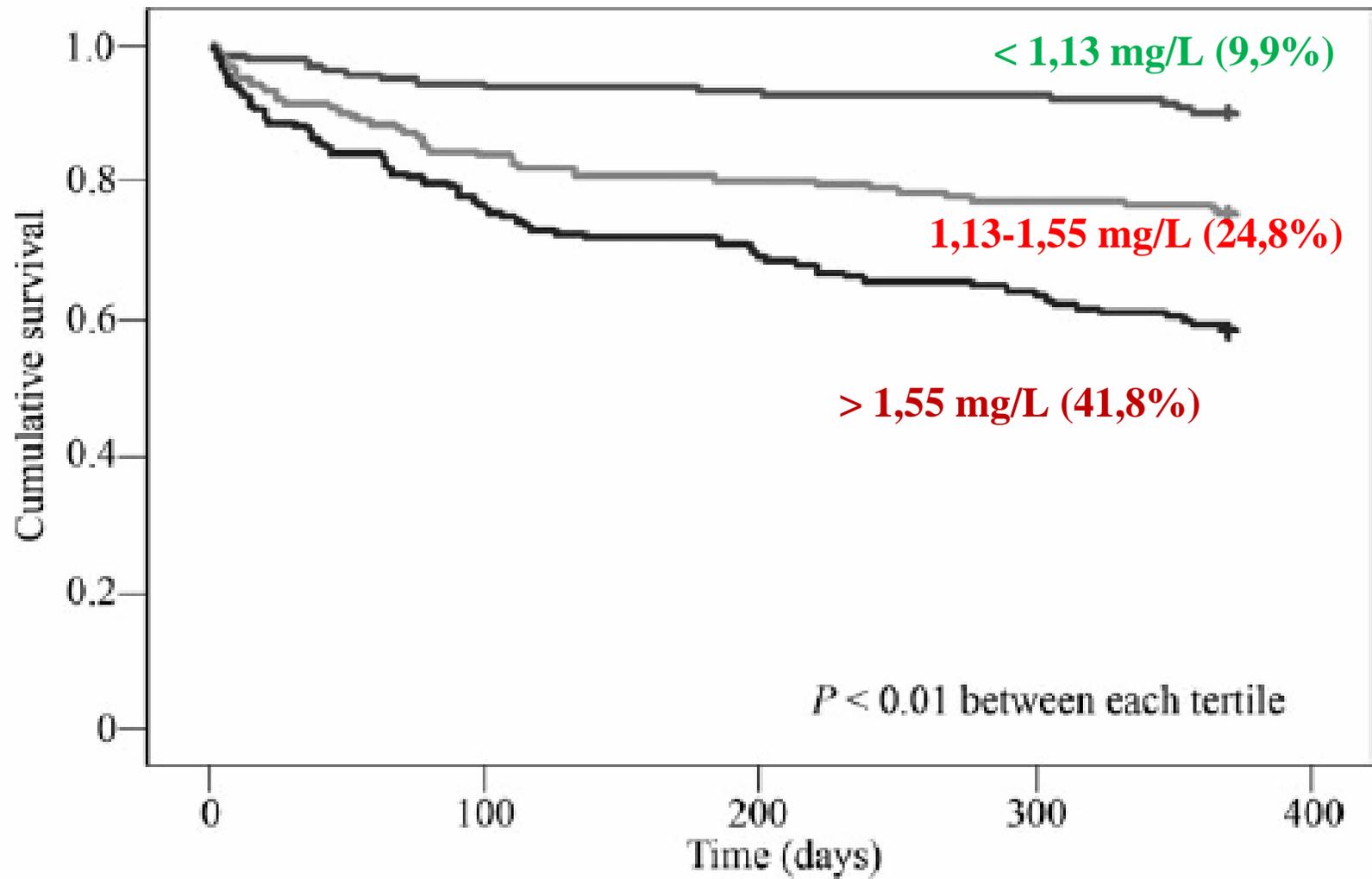
Biomarcadores emergentes

Cistatina C como biomarcador de disfunción renal se asocia a mal pronóstico en IC aguda y crónica.



Lassus y col. Eur Heart J 2007; 28: 1841

Valor pronóstico de la cistatina C en IC aguda (Mortalidad 12-meses)



Valor pronóstico de la cistatina C en pacientes con ICFSP hospitalizados por empeoramiento clínico

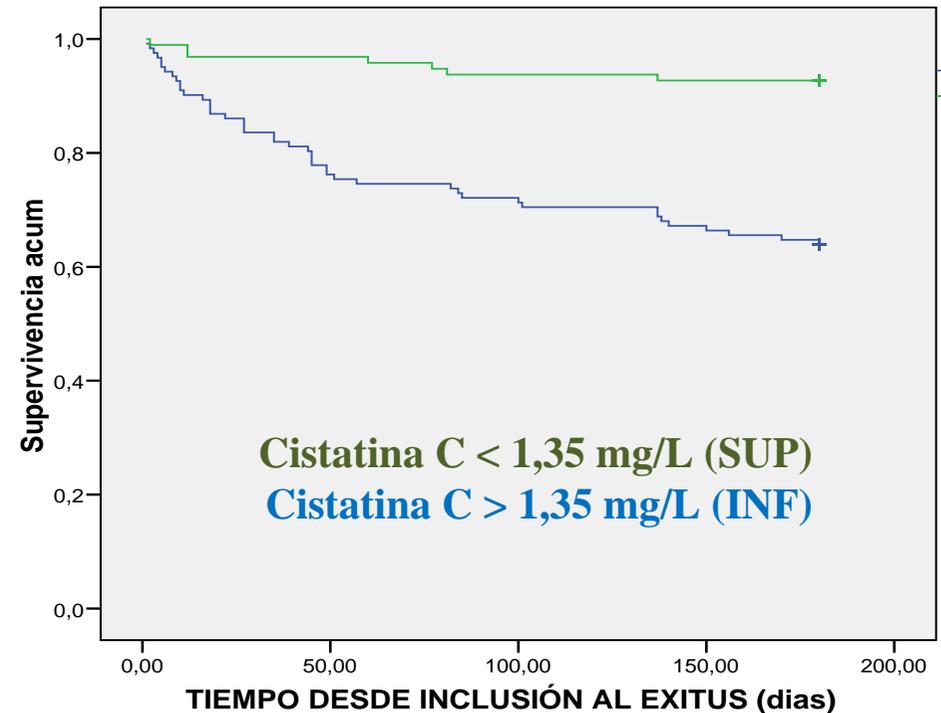
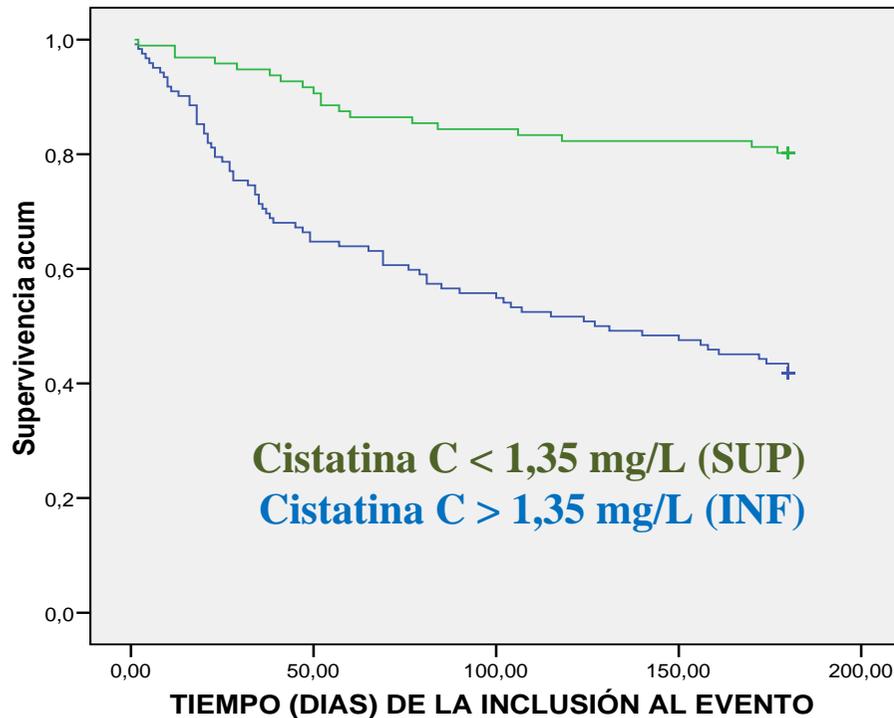
Cistatina C en ICFSP

Pendiente de publicar por nuestro grupo

- Pacientes hospitalizados con FEVI > 45%
- N = 218 pacientes
 - Edad Media 74. Mujeres 60%
 - HTA (83%). IMC 29, 96 Kg/m²
 - FA (61%) , Anemia (52,3%), Insuficiencia Renal (47,7%)
- Curva ROC : 1,35 mg/L.
- Resultados Medidos:
 - COMBINADO: MORTALIDAD Y REINGRESO
 - MORTALIDAD TOTAL (23,4%)

Valor pronóstico de la cistatina C en pacientes con ICFSP hospitalizados por empeoramiento clínico

Pendiente de publicar por nuestro grupo



Mortalidad-Reingreso a los 6 meses

Log Rank P < 0.0001

90 pacientes con eventos: 71(58,2%) vs 19 (19,8%)

Mortalidad Total a los 6 meses

Log Rank P < 0.0001

51 pacientes con eventos: 44 (36,1%) vs 7 (7,3%)

Variables predictoras de Mortalidad en el modelo multivariante de Cox a los 180 días

Variables	Univariante		Multivariante		
	RR (IC _{95%})	P	RR	IC _{95%}	P
Cistatina C > 1,35 mg/L	5,85 (2,63-12,99)	<0.0001	3,88	1,70-8,85	0.001
Edad (años)	1,08 (1,04-1,12)	<0.0001			NS
Hipertensión Pulmonar	2,15 (1,22-3,77)	0.008	2,00	1,13-3,55	0.017
Fibrilación Auricular	2,25 (1,17-4,30)	0.014	2,29	1,19-4,39	0.012
eFG MDRD-4 (ml/min/1,73 m ²)	0,98 (0,97-0,99)	0.001			NS
I. Renal (MDRD-4 < 60)	2,22 (1,25-3,95)	0.006			NS
Creatinina (mg/dl)	1,90 (1,32-2,72)	<0.0005			NS
Hemoglobina (mg/dl)		NS			NS
Anemia		NS			NS
NT-proBNP > 3606 pg/ml	2,03 (1,14-3,61)	0.015			NS
Hiponatremia	1,72 (0,98-3,00)	0.056	1,73	0,98-3,03	0.056
NYHA	1,94 (1,31-2,88)	0.001			NS
Charlson	1,89 (1,47-2,43)	<0.0001	1,52	1,15-2,01	0.003
Barthel	0,98 (0,97-0,99)	0.002	0,98	0,97-1,00	0.049
PCR > 2,05 (mg/L)		NS			NS

¿Qué son los Cuidados Paliativos?

¿Cómo pueden ayudar los Cuidados Paliativos a los pacientes mayores con insuficiencia cardiaca?

Actitud Terapéutica

Limitación del Esfuerzo Terapéutico

Los cuidados paliativos deben centrarse en las necesidades de los pacientes y no en su pronóstico

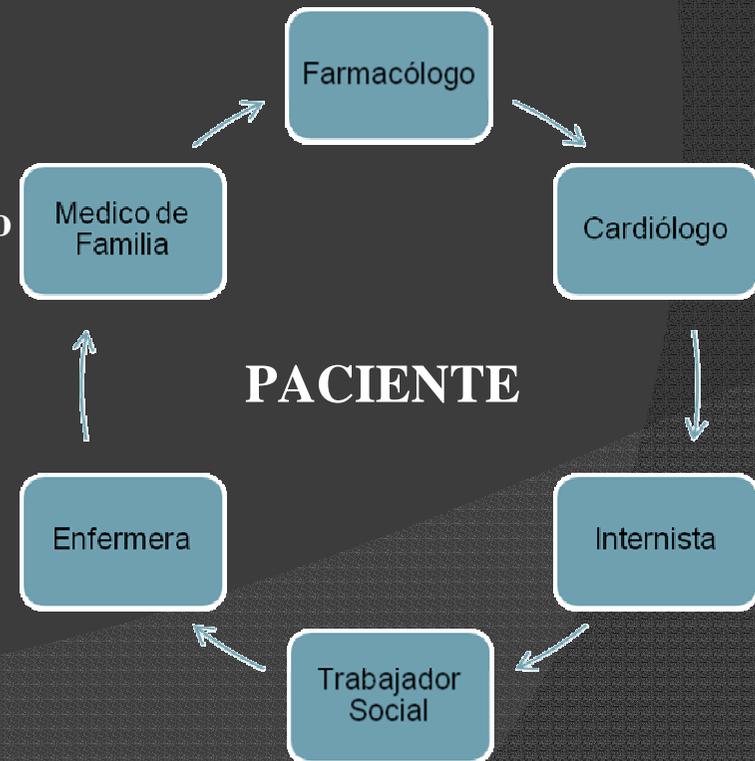
¿Cómo pueden los CUIDADOS PALIATIVOS ayudar a los pacientes mayores con IC?

- Abordaje de los SÍNTOMAS:
 - Origen triple: ICC, comorbilidad, fármacos.
- Cuidados Psicosociales y Espirituales:
 - **DEPRESIÓN y ANSIEDAD**
- Planificación de los acontecimientos
 - COMUNICACIÓN (Eje del éxito)
- Soporte a los CUIDADORES
 - Integración e implicación como base del éxito



CUIDADOR

PACIENTE



Aspectos no resueltos

- ¿Cuáles son los elementos críticos de intervención?

- Estandarizados

**INDIVIDUALIZADOS
QUIEN ATIENDA AL PACIENTE
CUANDO LO NECESITE
DÓNDE SE ENCUENTRE EL**

- MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS

PACIENTE

- Desactivación de los MARCAPASOS
- DESESTIMAR colocación de DAI en pacientes avanzados.
- DESACTIVAR los DAI en determinadas situaciones.

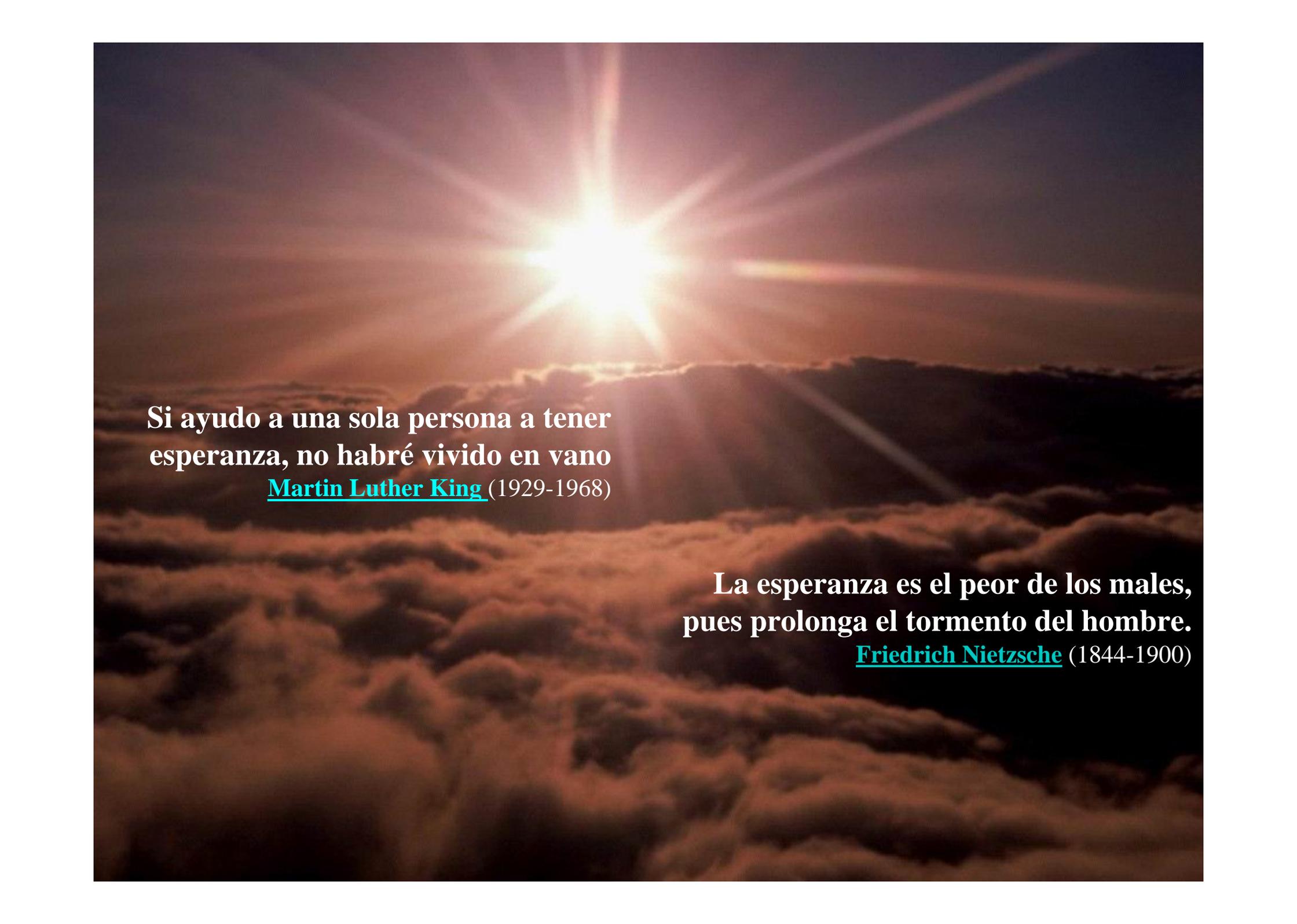
Identificación de ICT

- **NECESIDAD DE PRIMER ORDEN**
- **ENORMEMENTE COMPLEJO**
- **APROXIMACIÓN INTEGRAL**
 - Síntomas y Estado funcional
 - Calidad de vida percibida
 - Modelos Multivariables
 - Marcadores Biológicos

Limitación del Esfuerzo terapéutico

Cuidados Paliativos en ICT

- **Mejora el estado de salud de los pacientes**
- **Disminuye Hospitalizaciones**
- **Eleva CALIDAD PERCIBIDA**
- **Reduce costes**



**Si ayudo a una sola persona a tener
esperanza, no habré vivido en vano**
Martin Luther King (1929-1968)

**La esperanza es el peor de los males,
pues prolonga el tormento del hombre.**
Friedrich Nietzsche (1844-1900)



**REQUIERE NUESTRO
ESFUERZO, ATENCIÓN E INTERÉS.**



F Javier Carrasco Sánchez
Hospital Juan Ramón Jiménez

