

35^o Congreso Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

6^o Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

6-7 de Junio 2019

Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla



COMO SE RECONOCE Y SE ABORDA INTEGRALMENTE LA IC TERMINAL. ESTUDIO EPICTER

Prado Salamanca

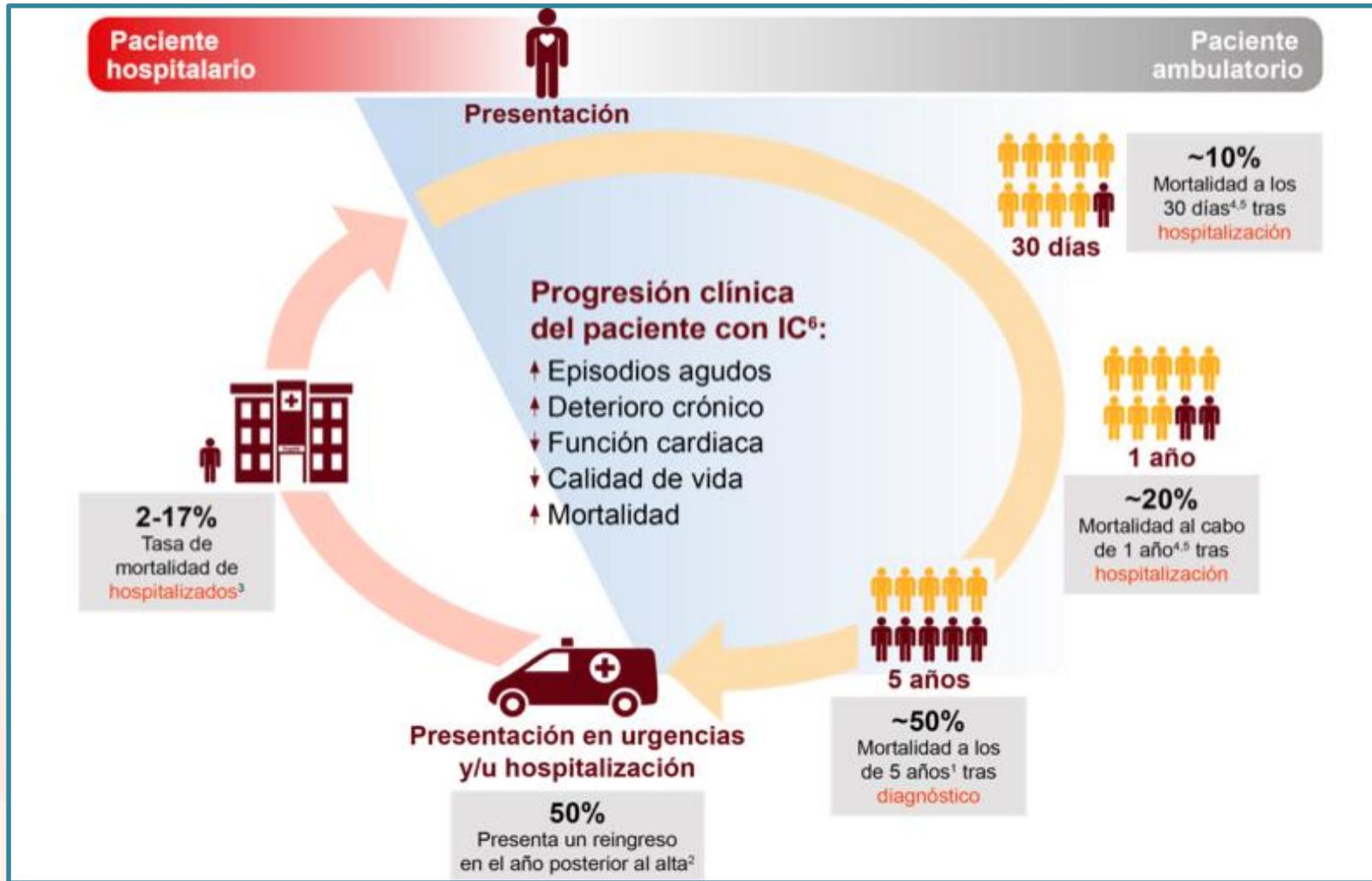
U.G.C Medicina Interna

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

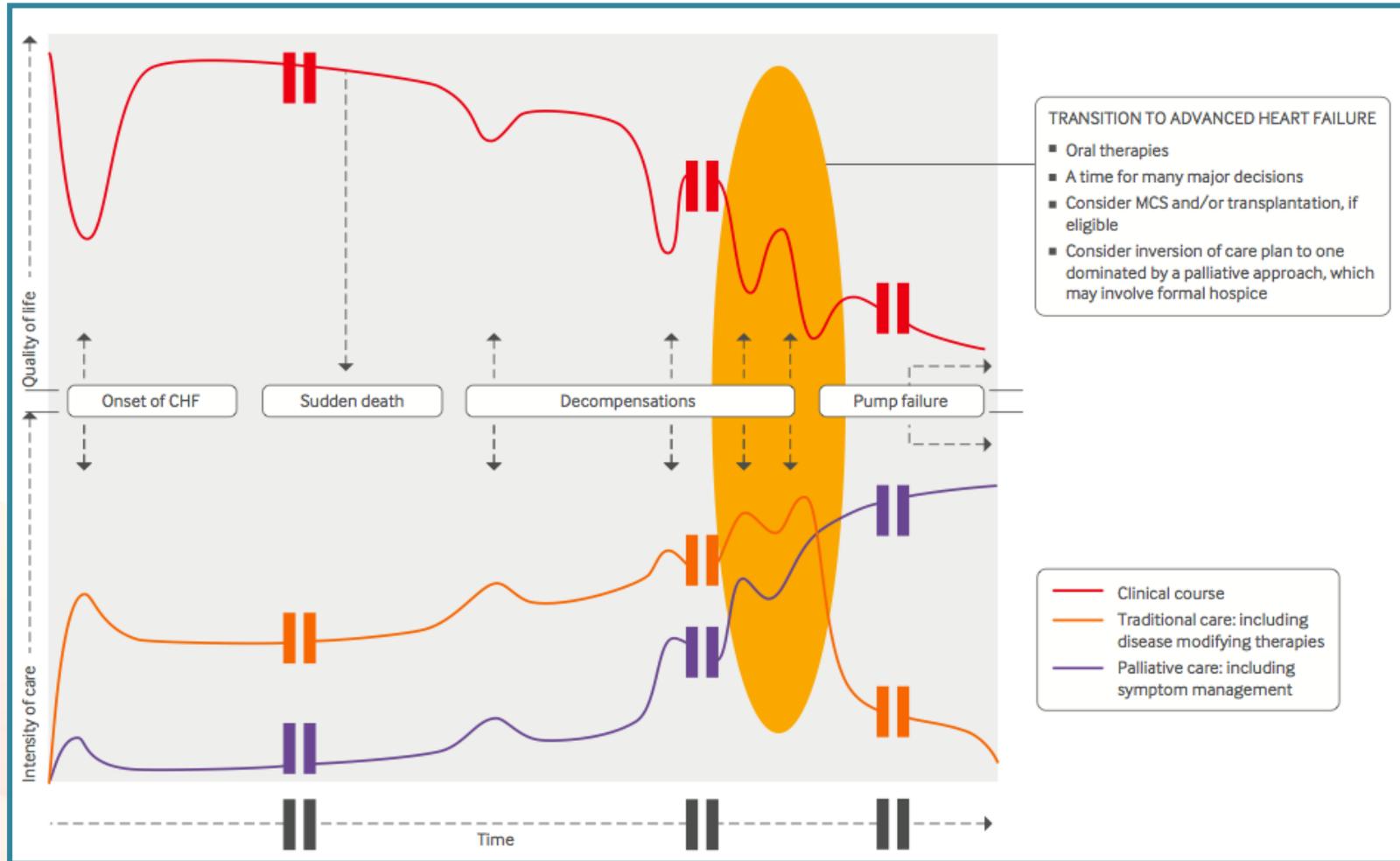
¿Cómo identificar la IC terminal?



Historia natural de la insuficiencia cardiaca



Historia natural de la insuficiencia cardiaca



Adaptado de Allen LA. *Circulation* 2012; 125:1930.

Dificultad para predecir pronóstico y usar cuidados paliativos en IC

- Evolución imprevisible, con un 40% de muerte súbita y un 40% de agudizaciones con mejorías imposibles de predecir.
- Influencia de otros factores en el pronóstico
- Falta de percepción de gravedad por parte del paciente y la familia.
- Confusión de cuidados paliativos y cuidados al final de la vida
- Falta de formación en cuidados paliativos
- Evidencia escasa en tratamiento sintomático

Rexach Cano L. Medicina Paliativa 2010;16:286-300.

Predicción mediante SCORE pronóstico



¿Urgencias, pacientes ambulatorios o ingresados?

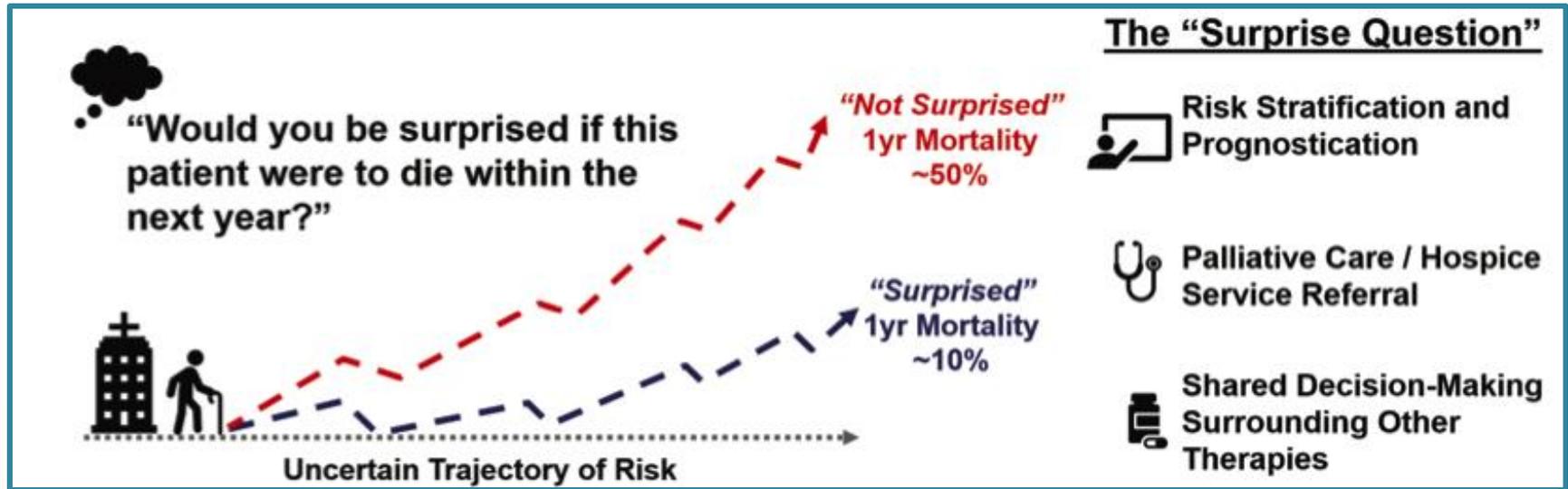
¿IC de novo o crónica?

¿Reingresos o mortalidad?

¿A corto o largo plazo?

Poblaciones heterogéneas y predicción limitada

Predicción clínica



- En la mayoría de los casos no predecimos bien
- Generalmente sobreestimamos el pronóstico
- Peor predicción cuanto mayor es la relación médico-paciente

Straw S. *Eur J Heart Fail.* 2019;21:227-34.
Christakis NA. *BMJ* 2000;320:469-73.

Insuficiencia cardiaca terminal

Estudio EPICTER



**Encuesta EPidemiológica hospitalaria sobre Insuficiencia Cardiaca
avanzada-TERminal.
(ESTUDIO EPICTER)**

Criterios de terminalidad en insuficiencia cardiaca

Organo-dependientes*

- Clase funcional III-IV
- FEVI <20%
- Anginas no tratables
- Arritmias recurrentes
- No indicación de dispositivos
- Clínica de ICC

No organo-dependientes**

- Supervivencia estimada <6 meses
- Abordaje paliativo
- Selectivos:
 - Múltiples reingresos
 - Deterioro funcional
 - Deterioro físico
 - Acuerdo entre facultativos

PACIENTE TERMINAL = 1 criterio organo-dependiente + 3 criterios generales

*The National Hospice Organization. *Hosp J.* 1996;11:47-63.

**Bernabeu M. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010;45:203-12.

Estudio EPICTER

- Estudio multicéntrico y observacional: encuesta epidemiológica.
- Pacientes ingresados por IC
- Grupo de trabajo de IC y FA (SEMI)
- Recogida basal en 2 periodos del año con un seguimiento hasta los 6 meses.
- Participación: 74 hospitales.
- Pacientes: 3153 pacientes incluidos.
- Procedencia de los pacientes: 9% primer nivel, 29,8% segundo nivel y 61,3% tercer nivel.

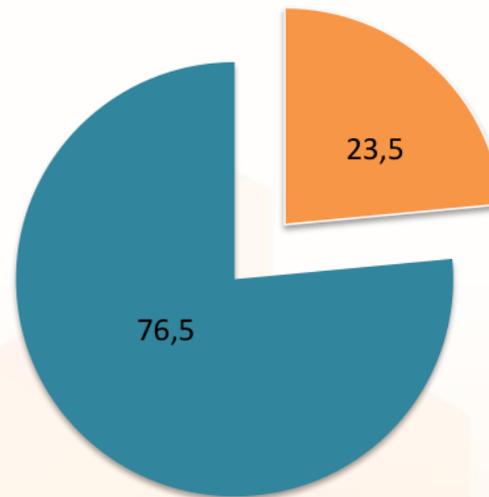


SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



Prevalencia de IC terminal

- 77 años
- 3 comorbilidades
- 68 % ingresados en MI
- 14 % deterioro cognitivo
- 17% mortalidad a los 6 meses



■ Terminales ■ No terminales

- 83 años
- 4 comorbilidades
- 80% ingresados en MI
- 31 % deterioro cognitivo
- 45% mortalidad a los 6 meses

Resultados de estudio EPICTER

Características de pacientes terminales vs. no terminales

	IC Terminal (n=739)	IC no-terminal (n=2414)	p
Edad (años)	83 ± 9	77.6 ± 11	<0,001
Mujeres (%)	418 (56,5)	1178 (48.8)	<0,001
ERC (%)	438 (59.3)	1042 (43.2)	<0,001
ACV (%)	211 (28.6)	460 (19.1)	< 0,001
Anemia (%)	432 (58.4)	1091 (45.2)	<0,001
IAM previo (%)	265 (35.9)	740 (30.6)	0,014
Valvulopatía (%)	345 (46.7)	983 (40.7)	0,013
Deterioro cognitivo (%)	235 (31.8)	338 (14.0)	<0,001
TAS (mmHg)	123.2±23.3	126.4±22.3	< 0,001
FEVI (%)	47.9±16.9	51.1±15.8	<0,001

Resultados de estudio EPICTER

6-7 de Junio 2019

Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe
Bormujos, Sevilla

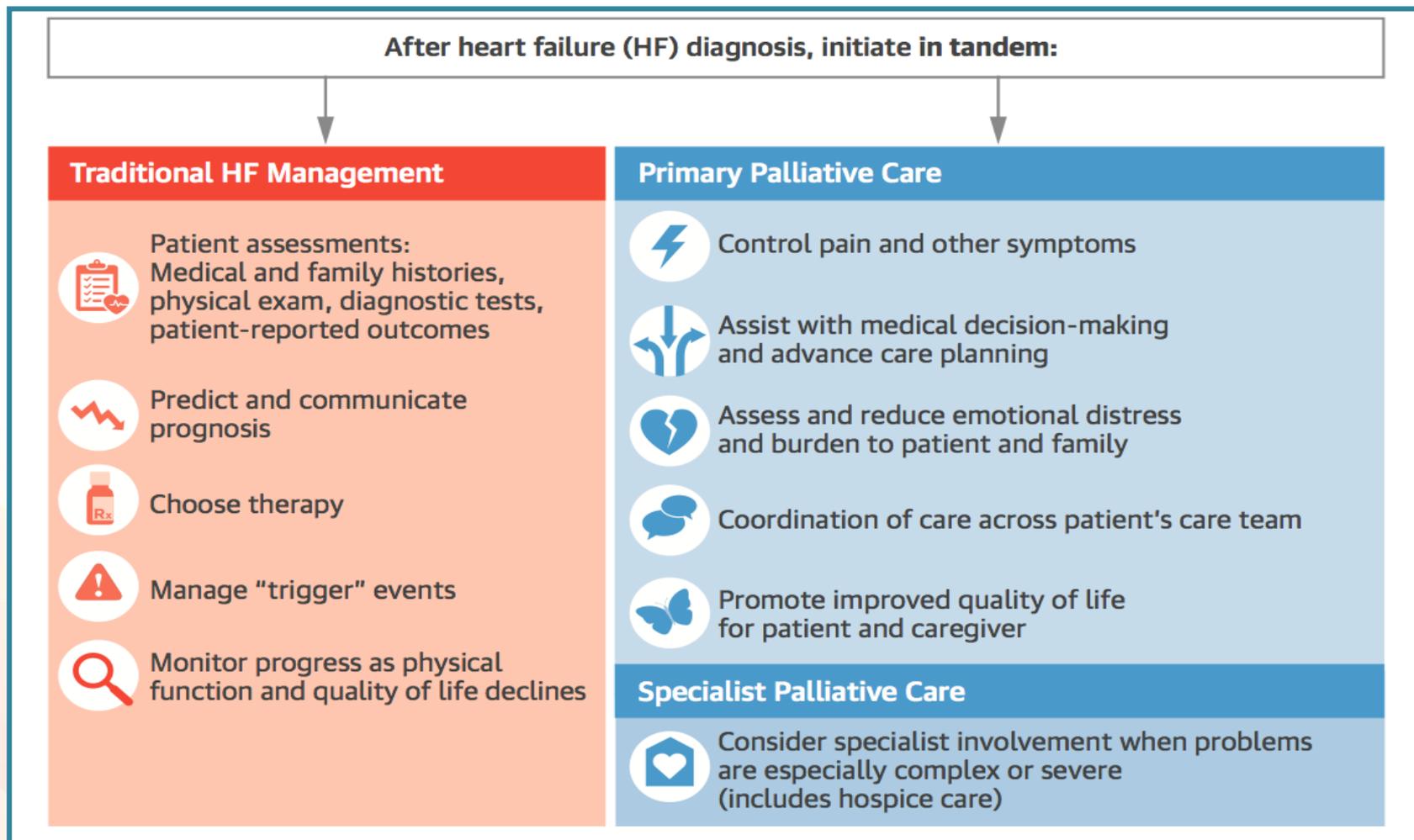
¿Cómo manejamos la IC terminal?



Cuidados paliativos en las Guías de Práctica Clínica

Sociedad	Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
 ESC EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®	Clase I	A	Los pacientes con insuficiencia cardíaca deben ser incluidos en un programa de cuidados multidisciplinares para reducir el riesgo de reingresos.
 American Heart Association®	Clase I	B	Valorar el inicio de cuidados paliativos durante el ingreso hospitalario , en la primera visita después del alta y durante el seguimiento en pacientes seleccionados.
	Clase I	B	Los cuidados paliativos son efectivos para mejorar calidad de vida en pacientes con IC avanzada y sintomática.
 Canadian Cardiovascular Society	Fuerte	Muy débil	El inicio de cuidados paliativos en los pacientes con IC debe basarse en una evaluación exhaustiva de las necesidades y síntomas , en lugar de en la estimación de la esperanza de vida que tenga el paciente.
	Fuerte	Muy débil	Los médicos que atiendan a los pacientes con IC deberían planificar la atención avanzada de la enfermedad tanto con el paciente como con la familia.
 NICE National Institute for Health and Care Excellence	---	C	Las necesidades paliativas de los pacientes y los cuidadores deben identificarse, evaluarse y manejarse tan pronto como sea posible.
	---	C	Los pacientes con insuficiencia cardíaca y sus cuidadores deben tener acceso a profesionales con habilidades de cuidados paliativos dentro del equipo de insuficiencia cardíaca

Integración de los cuidados paliativos en el tratamiento de IC

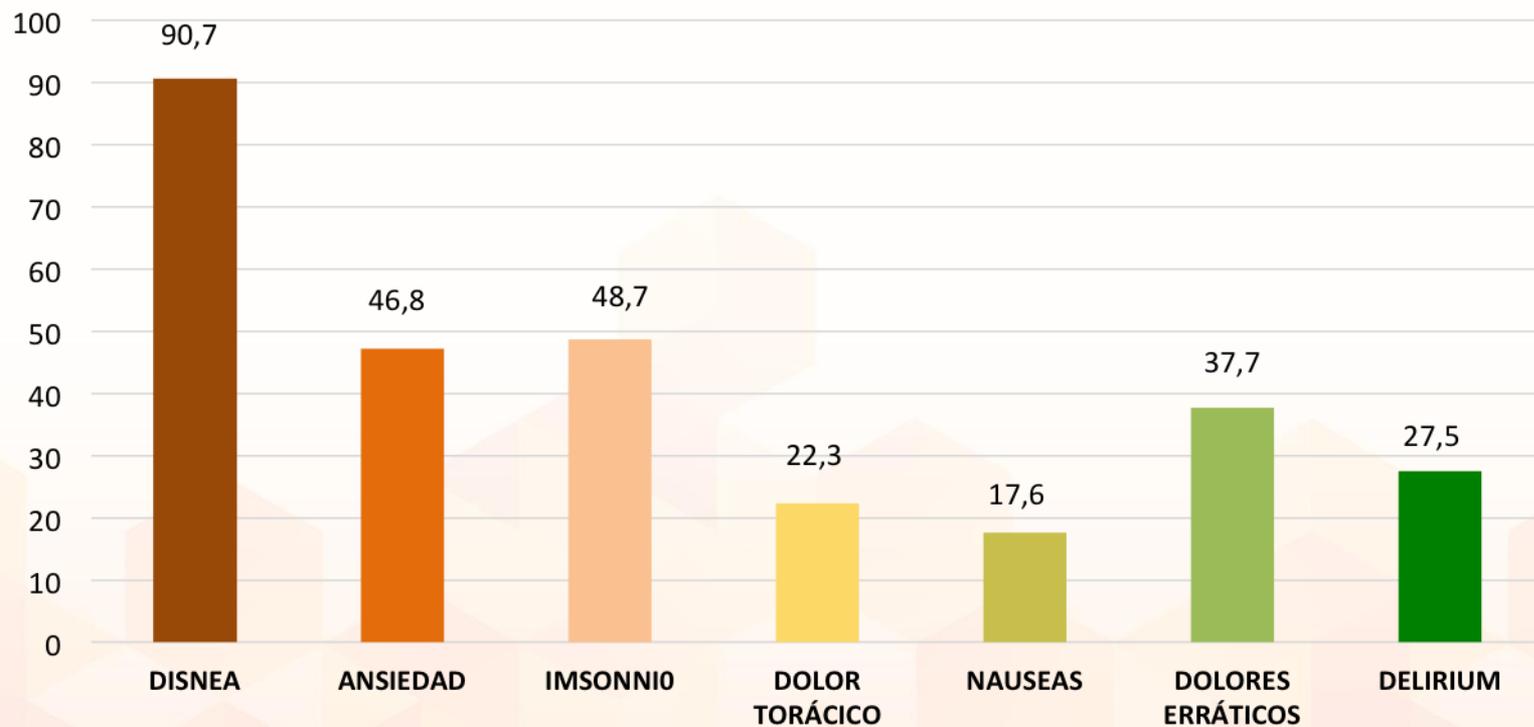


Kavalieratos, D. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70:1919–30.

Plan de cuidados en IC terminal



Síntomas en pacientes con IC terminal



Resultados de estudio EPICTER

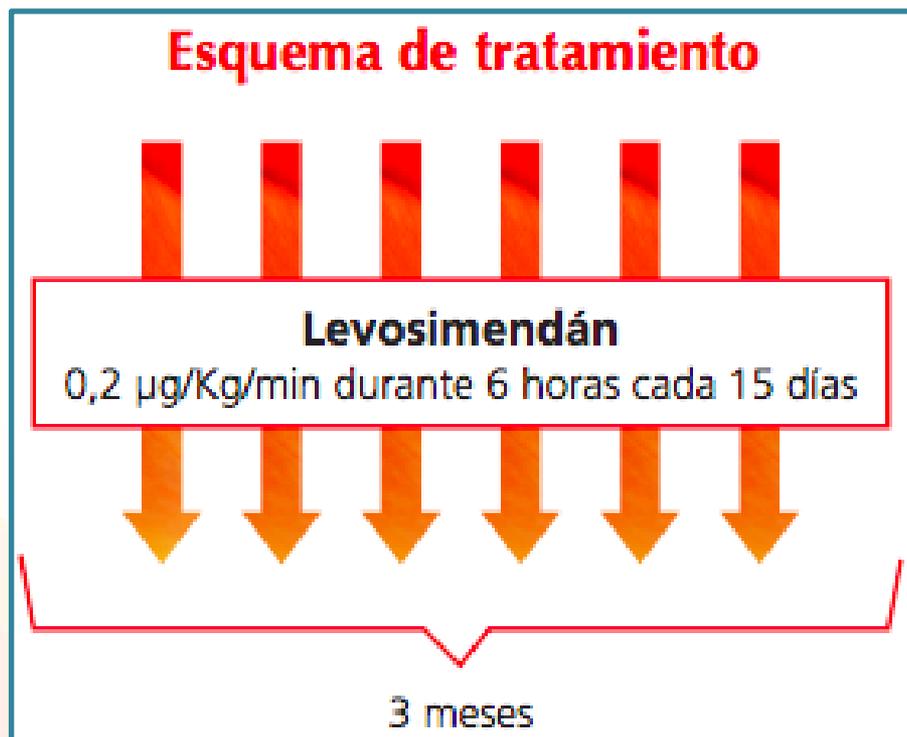
Tratamientos para aliviar la congestión persistente



- Vía oral. La **torasemida** tiene un perfil hemodinámico más favorable.
- Bloqueo secuencial de la nefrona
- La **vía subcutánea** tiene una eficacia similar a la intravenosa.
- La combinación de **suero hipertónico** con furosemida iv aumenta la respuesta diurética.
- El **tolvaptan** puede valorarse en pacientes congestivos con hiponatremia.
- La **dialisis peritoneal** tiene utilidad en casos seleccionados que no responden al resto de las medidas.

Paterna S. Adv Ther. 2015;32:971-82
Pang PS. Eur Heart J. 2009;30:2233-40.
Nuñez J. Rev Esp Cardiol 2012;65:986-95

Administración intermitente levosimendan

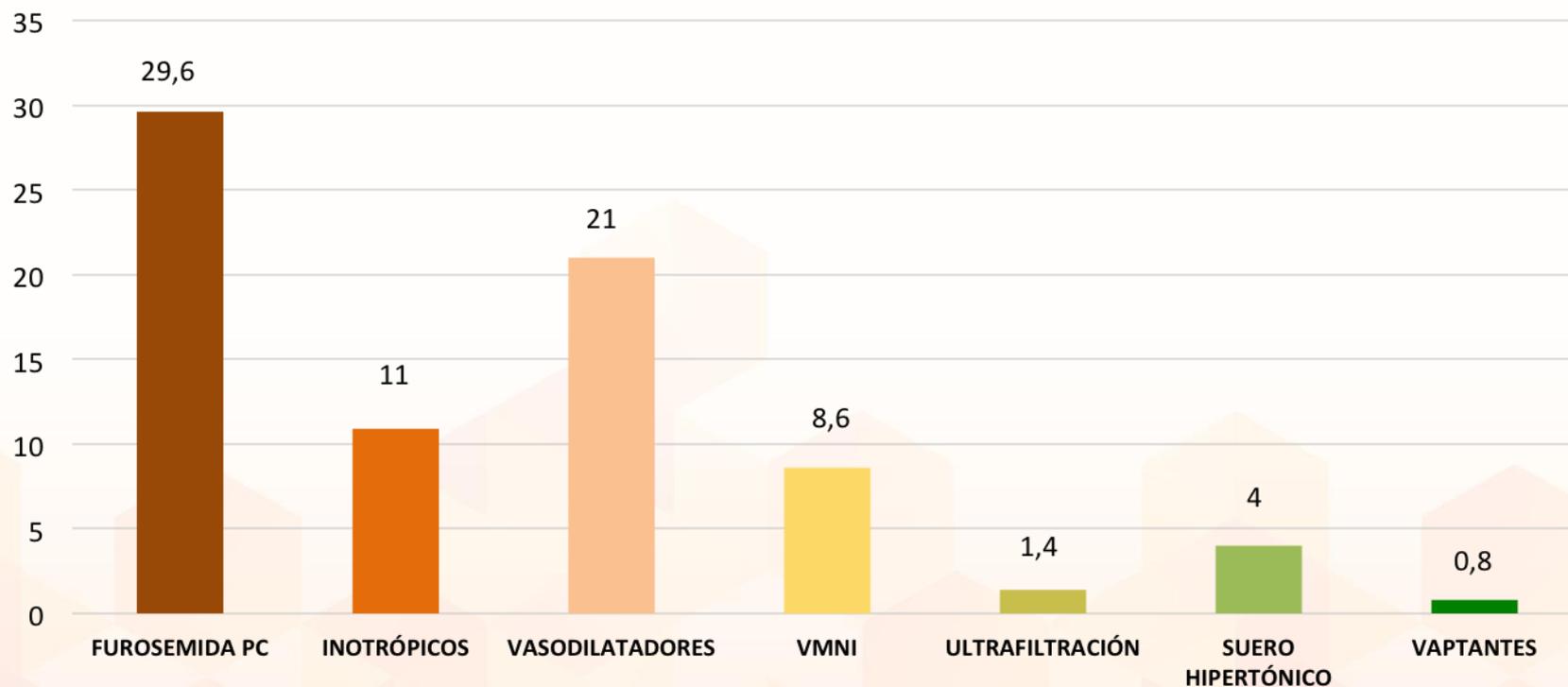


Insuficiencia cardiaca avanzada,
FEVI <35%, muy sintomáticos y
con ingresos repetidos.

Mejoría de calidad de vida y de hospitalizaciones por IC

Manito N. Eur J Heart Fail 2018;20:1128-36.

Cuidados paliativos precoces en IC



Resultados de estudio EPICTER

Uso de opiáceos en IC terminal



- La **morfina** puede usarse para tratar la disnea, el dolor y la ansiedad.
- Pocas evidencias, la mayoría con morfina oral (10-30 mg/día), con mejoría de tolerancia al ejercicio.
- La **oxicodona** se prefiere a la morfina en pacientes con enfermedad renal.
- La disnea irruptiva puede tratarse con **fentanilo de inicio rápido**.
- Los opiáceos son los únicos fármacos que **mejoran el dolor** en insuficiencia cardiaca.

Ponikowsky P. Eur J Heart Fail. 2016;18:891-975.

Johnson MJ. Eur J Heart Fail. 2002;4:753-6.

Goodlin SJ. J Card Fail. 2012;18:776-83.

6-7 de Junio 2019

Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe
Bormujos, Sevilla

Tratamiento para control de síntomas



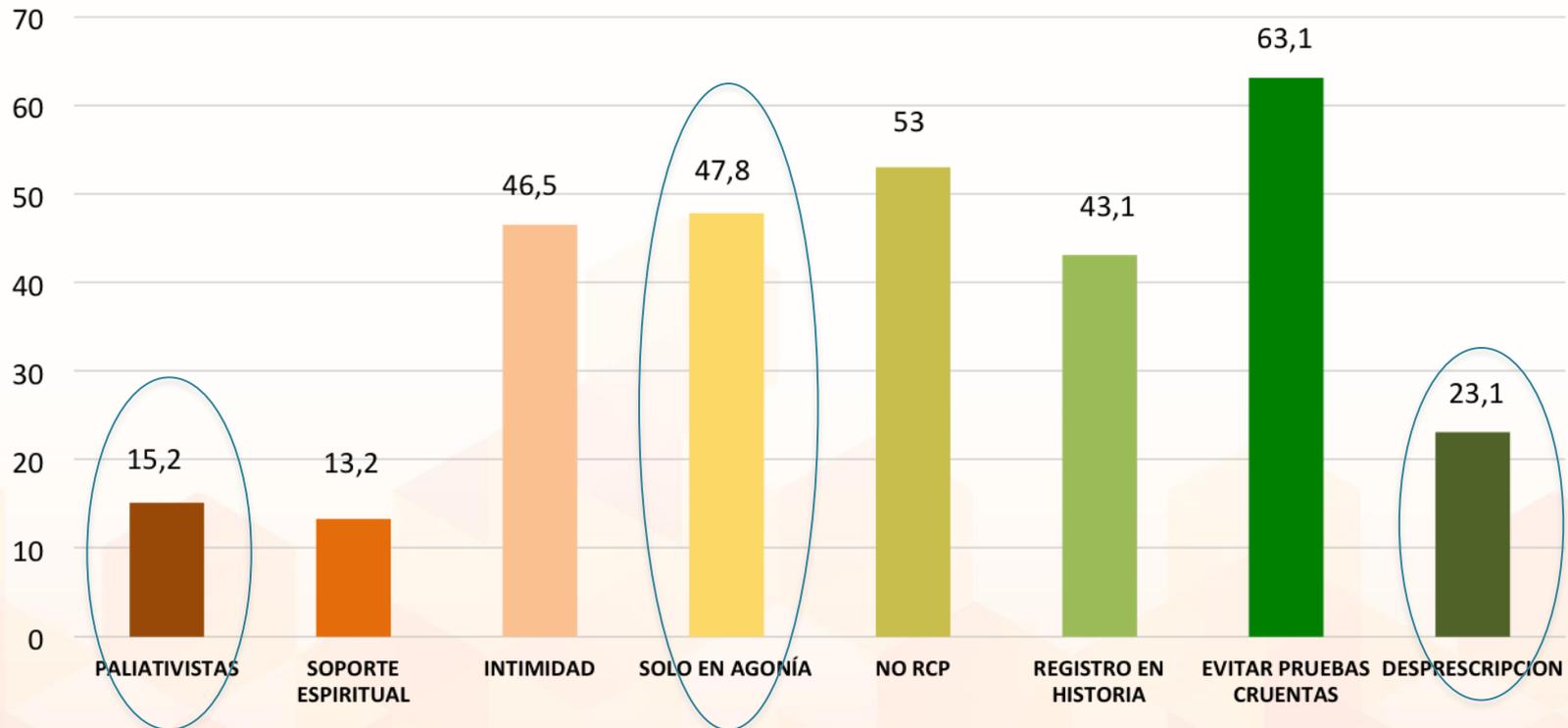
Fármaco	Dosis
Benzodiacepinas (angustia, agitación terminal) <ul style="list-style-type: none">– Lorazepam– Diazepam– Midazolam	1 mg vo sublingual o sc/6 h 5 mg vo sublingual o iv/8-12 h Bolos de 5-10 mg; después 10-30 mg en infusión sc o iv/12 o 24 h
Fenotiazinas (náuseas y vómitos) <ul style="list-style-type: none">– Haloperidol– Levomepromacina	5-10 mg/24 h sc o iv 12,5-50 mg/24 h por vía sc, vo o iv
ISRS (depresión) <ul style="list-style-type: none">– Fluoxetina	20 mg/24 h pudiendo subir dosis según respuesta
Anticolinérgicos (secreciones y edema pulmonar) <ul style="list-style-type: none">– Butilescopolamina (sin sedación paliativa)	Bolo 20 mg sc o iv, luego perfusión hasta 240 mg/24 h

Manual práctico de manejo integral de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. 4ª Edición

Tratamiento para control de síntomas

FÁRMACOS	IC Terminal (n=739)
Opioides	347 (47)
Morfina subcutánea	181 (29.3))
Morfina Intravenosa	150 (24.5)
Morfina nebulizada	3 (0.4)
Fentanilo nebulizada	8 (1.0)
Fentanilo transdérmico	48 (6.5)
Hidromorfina	16 (2.5)
Benzodiacepinas	326 (44.1)
Midazolam	66 (8.9)
Lorazepam	209 (28.3)
Diazepam	26 (3.5)
Anticolinérgicos	46 (6.2)
Neurolépticos	161 (21.8)

Manejo de pacientes con IC terminal



Resultados de estudio EPICTER

Mensajes finales

- La **prevalencia** de IC terminal en pacientes ingresados es elevada.
- La terminalidad se relaciona con la **edad avanzada** y la **comorbilidad**.
- Se necesitan **modelos pronósticos** sencillos y ajustados a nuestro perfil de pacientes para ayudar al manejo de la insuficiencia cardiaca avanzada.
- Las consultas a Paliativos son escasas. Los cuidados paliativos **se introducen tarde**, en muchos casos en las últimas horas de vida. Es fundamental basar nuestros cuidados en las necesidades del paciente mediante una **planificación anticipada de cuidados**.

Estudio EPICTER: participantes

H. Universitario de A Coruña: Patricia Vázquez / Teresa Choucino - **H. de Lugo:** Cristina Pedrosa / Manuel López - **H. Universitario de Ourense:** Juan J. González Soler - **H. Arquitecto Marcide Ferrol:** Adriana Gómez Gigirey - **H. San Agustín de Avilés:** M. Cembellin / M. Gallego - **H. C. y Severo Ochoa de Cangas del Narcea:** José María Fernández - **H. Valle del Nalón:** Iván Suárez / Isabel Arias - **H. Universitario Central de Asturias:** Jessica Paola Rugeles Niño / Elisa Esther Rodríguez Avila / Alvaro González Franco - **H. de Mendaro:** Carla de la Guerra - **H. Universitario de Cruces. Baracaldo:** Angel Sebastián Leza - **H. Royo Villanova:** Jesús Díez Manglano - **H. Universitario Lozano Blesa:** Claudia Josa - **H. Ernest Lluch de Calatayud:** Noelia Gómez Aguirre - **H. Parc Taulí de Sabadell:** Epelde / Jordana - **H. Municipal de Badalona:** Ana Serrado Iglesias - **H. del Baix Llobregat:** Luis Miguel Ceresuela - **H. del Sagrat Cor:** Rosario Salas / Jordi Delás - **H. Universitario de Bellvitge:** Francesc Formiga - **H. Universitari Clínic:** Miguel Camafort / Coloma - **Mutua de Tarrasa:** Verónica Romaní Costa - **H. Dos de Mayo:** Carlos Enrique Sabbagh Fajardo - **H. Vall d'Hebron:** Jesús Recio - **H. de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet:** Blanca Batalla Insenser - **H. de Olot:** Joan Carles Trullás - **H. Josep Trueta de Girona:** Arola Armengou - **H. Universitario Arnau de Vilanova:** Morales-Rull - **H. del Vendrell:** Ana Lacal - **H. Nuestra Señora de Sonsoles:** Cristina Sánchez Sánchez - **H. Universitario de Burgos:** Noemí Gómez Manero - **H. General de León:** Alberto Muela Molinero - **C. Hospitalario de Soria:** Margarita Carrera / Patricio Arribas - **H. Universitario Río Hortega:** Luis Inglada Galiana - **C. Asistencial de Zamora-H. Virgen de la Concha:** Lucía Fuentes Pardo - **H. Universitario de Getafe:** Esther Piniella Ruiz - **H. Universitario de Fuenlabrada:** Sonia Gonzalo - **H. Clínico Universitario de San Carlos:** Manuel Méndez Bailón - **H. Rey Juan Carlos de Móstoles:** María Asenjo - **H. Universitario Fundación de Alcorcón:** Beatriz Sánchez Sauce - **H. Universitario de la Paz:** Angustias Quesada Simón - **H. Universitario de la Princesa:** Paloma Gil - **H. Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes:** Moreno Palanco / Llanos Soler - **H. Universitario de Mostoles:** Javier Abellán Martínez / Ana María Colás Herrera - **H. Universitario Ramón y Cajal:** Genoveva López / Raúl Ruíz - **H. Universitario Puerta del Hierro-Majadahonda:** Marisa Martín Jiménez - **H. de Zafra:** José Carlos Arévalo - **H. Virgen de Altagracia de Manzanares:** Patricia Calderón - **H. de Talavera:** Almudena Herrero - **H. Universitario de Torrevieja:** Julio Blázquez Encinar - **H. Vega Baja de Orihuela:** José María Cepeda - **H. Universitario General de Valencia:** Dolores Quiles García - **H de Manises:** Pau Llacer Iborra - **H. de Cieza:** Encarnación del Moral - **C. Hospitalario Torrecárdenas:** Felipe Díez - **H. Universitario de Puerto Real:** Juan Bosco López - **H. General de Jerez de la Frontera:** Eva Menor - **H. Reina Sofía:** Manuel Montero Pérez-Barquero - **H. de Montilla:** José Luis Zambrana - **H. Infanta Margarita de Cabra:** Esther Guisado Espartero - **H. Valle de los Pedroches – Pozoblanco:** José Nicolás Alcalá - **H. Juan Ramón Jiménez:** Inmaculada Páez - **H. San Juan de Úbeda:** Marcos Guzmán - **H. Alto Guadalquivir de Andújar:** Begoña Cortés Rodríguez - **H. Médico-Quirúrgico de Jaen:** Carmen García Redecillas - **H. Costa del Sol de Marbella:** Raúl Quirós López - **H. Universitario Virgen de la Victoria:** Javier Sánchez Lora / Isabel Antequera - **H. Universitario Virgen Macarena:** Arias / Aramburu / Salamanca - **H. Universitario de Valme:** José Ángel García García - **H. San Juan de Dios del Aljarafe:** Reyes Aparicio Santos - **H. Universitario Virgen del Rocío:** Dolores Nieto Martín - **H. Son Espases. Mallorca:** María Villalonga Comas - **H. Universitario Dr. Negrín:** Alicia Conde - **H. San Roque de Maspalomas:** Alicia Puente **H. Universitario Nuestra S. de la Candelaria:** Diego Gudiño / Melitón F. Dávila.