Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 1048

Revista Española de Cardiología

6. ESCALAS DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS: MÁS ALLÁ DEL RIESGO DE MORIR

Alba Maestro Benedicto[1], Francesc Altadill Balsells[1], Claudia Guasch Niubo[1], Julia Laguna Rubio[1], Carlos Moliner Abós[1], Antonia Pomares Varó[1], Carolina Iglesias Echeverría[1], Cecilia Bauza[1], Clara Simón Ramón[1], Josefina Aran Aran[1], Nuria Mesado Batalla[1], Eulalia Villegas Bruguera[2], Marta de Antonio Ferrer[1], Antonio Pascual Pérez[1] y Sonia Mirabet Pérez[1]

[1]Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y [2]Unitat Hospitalització a Domicili HADO. Centre d'Atenció Integral Dos de Maig, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La progresión de la enfermedad y la limitación de la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los aspectos a tener en cuenta para abordar los problemas de final de la vida. Muchos autores han propuesto el uso de las escalas de riesgo de mortalidad en IC, aunque su utilidad en predecir la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) no ha sido bien establecida.

Métodos: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la precisión del Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) score, el Seattle Heart Failure Model (SHFM) i el Get-With-the-Guidelenes Score (GWTG) en predecir la mortalidad en una cohorte de pacientes con ICA derivados a un programa de cuidados paliativos (CP). Se trata de un estudio observacional, unicéntrico y prospectivo en pacientes con ICA incluidos en un programa de CP entre octubre del 2016 y marzo del 2022. Los criterios de inclusión fueron ser pacientes en clase funcional NYHA III-IV, no candidatos a trasplante cardiaco ni dispositivos de asistencia ventricular de larga duración, pobre calidad de vida y reingresos frecuentes. La evaluación de las escalas de riesgo se realizó en términos de discriminación, usando la curva característica operativa del receptor (ROC).

Resultados: Fueron incluidos un total de 83 pacientes. La tabla resume las características clínicas de nuestra población de estudio. La mortalidad al año fue del 69% con una mediana de supervivencia de 5,5 meses. En cambio, la mortalidad prevista al año con las escalas de riesgo fue del 11% con el SHFM, del 10% con GWTG score y del 19% con el MAGGIC score. El área bajo la curva (AUC) con el MAGGIC fue de 0,69 (IC95% 0-57-0,81), con el SHFM 0,58 (IC95% 0,45-0,71) y con el GWTG fue del 0,61 (IC95% 0,49-0,73).

Pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada en programa de cuidados paliativos

Pacientes con IC en programa de curas paliativas (n = 83)

Edad en años, mediana (RIQ)	79 (75-85)
Sexo masculino, número (%)	62 (74)
IC etiología isquémica, número (%)	44 (53)
IC con FEVI reducida, número (%)	45 (54)
Hospitalizaciones por IC en los últimos 12 meses, mediana (RIQ)	1,5 (0-2)
Clase funcional NYHA 4, número (%)	12 (14)
Portador de DAI, número (%)	23 (28)
Administración ambulatoria de ionotropos, número (%)	30 (37)
Furosemida vía oral dosis en mg, mediana (RIQ)	89 (60-120)
Diabetes mellitus tipo 2, número (%)	41 (49)
Fibrilación auricular, número (%)	59 (71)
EPOC, número (%)	16 (19)
Cáncer activo, número (%)	1 (1)
Demencia, número (%)	4 (5)
Diagnóstico de depresión, número (%)	34 (41)
Sodio, media (DE)	138,9 (3,7)
Potasio, media (DE)	4,3 (0,6)
Creatinina, mediana (RIQ)	1,9 (1,29-2,42)

NT-proBNP, mediana (RIQ)	10.599 (3.300-16.204)

DAI: desfibrilador automático implantable; DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; NYHA: *New York Heart Association*; RIQ: rango intercuartílico.

Escalas de riesgo de mortalidad en insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Predecir la mortalidad en pacientes con ICA es difícil con las herramientas de que disponemos en la actualidad. En nuestro estudio, ninguna de las escalas de riesgo usadas mostró buena discriminación para predecir la mortalidad en pacientes con ICA derivados al programa de CP. La derivación a programas de CP en pacientes con ICA debe realizarse de manera precoz y no basándose en el riesgo de mortalidad de dicha población sino con la intención de aportar beneficio sintomático, soporte social y psicológico.