XIII REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA

19 y 20 DE MAYO 2022

HOTEL VINCCI SOMA

MADRID

ORGANIZA:

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

FEMI
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

PPP y EA
Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

Estudio PROFUND-IC

Pronóstico del paciente pluripatológico con IC

Dra. Rosario Iguarán Bermúdez

Servicio de Medicina Interna

Hospital Clínico San Carlos

El índice PROFUND

Índice PROFUND	
Variable	Puntos
Edad ≥ 85	3
Rasgos clínicos	
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Disnea clase III-IV NYHA o 3-4 mMRC	3
Delirium en el último ingreso en el hospital	3
Hb < 10 g/dL	3
Rasgos sociofamiliares	
Índice de Barthel < 60	4
Ausencia de cuidador u otro diferente del cónyuge	2
≥ 4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	3

Bernabeu-Wittel et al. Eur J Intern Med 2011

Grupo	Puntuación PROFUND	Mortalidad a los 12 meses (%)	Mortalidad a los 4 años (%)
Bajo riesgo	0-2	12,1-14,6[a]	52[b]
Riesgo bajo-intermedio	3-6	21,5-31,5	73,5
Riesgo intermedio-alto	7-10	45-50	85
Riesgo alto	≥ 11	68-61,3	92

mMRC: *modified Medical Research Council*; NYHA: *New York Heart Association*.

[a] Cohortes de derivación y validación.

[b] Cohorte de validación.

Bernabeu-Wittel M, et al. Estratificación pronostica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatologicos. Rev Clin Esp. 2017

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

PERMANYER

Check for updates

Spanish Journal of Medicine

ORIGINAL ARTICLE

Prognostic and therapeutic stratification through the PROFUND scale in patients with heart failure and comorbidities: PROFUND-IC registry

Beatriz Sánchez-Sauce[1], Rosario Iguarán-Bermúdez[2], José L. García-Klepzig[2], Santiago Fernández[2], Julia Barrado-Cuchillo[2], Miguel Villar-Martínez[2], Pablo Pérez-Mateo[2], Lidia López-García[3], Francisco J. Martín-Sánchez[4], Elpidio Calvo-Manuel[2], Jesús Díez-Manglano[5], Ignacio Vallejo-Maroto[6], Máximo Bernabeu-Wittel[7], Álvaro González-Franco[8], Luis Matías Beltrán-Romero[7], José M. De-Miguel-Yanes[9], Alejandra García-García[9], Pau Llacer-Iborra[10], Luis Manzano-Espinosa[10], José M. Casas-Rojo[11], Emmanuel Andres[12], Noel Lorenzo-Villalba[12], and Manuel Méndez-Bailón[2]*

[1]Department of Internal Medicine, Hospital Fundación de Alcorcón, Alcorcón; [2]Department of Internal Medicine; [3]Nursing School, and [4]Department of Emergency, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid; [5]Department of Internal Medicine, Hospital Royo Villanova, Zaragoza; [6]Department of Internal Medicine, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla; [7]Department of Internal Medicine, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; [8]Department of Internal Medicine, Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias; [9]Department of Internal Medicine, Hospital Gregorio Marañón, Madrid; [10]Department of Internal Medicine, Hospital Ramón y Cajal, Madrid; [11]Department of Internal Medicine, Hospital Infanta Cristina, Madrid. Spain; [12]Internal Medicine Service, Diabète et Maladies Métaboliques, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

PROFUND SCALE PREDICTS MORTALITY IN HEART FAILURE ?

Inclusion criteria
- Main diagnosis heart failure
- NT- proBNP >300 pg/mL

Exclusion criteria
- Signature of informed consent not obtained

N= 1600

START

01 Data collection
Barthel index
PROFUND scale
MAGGIC scale
MEESSI scale

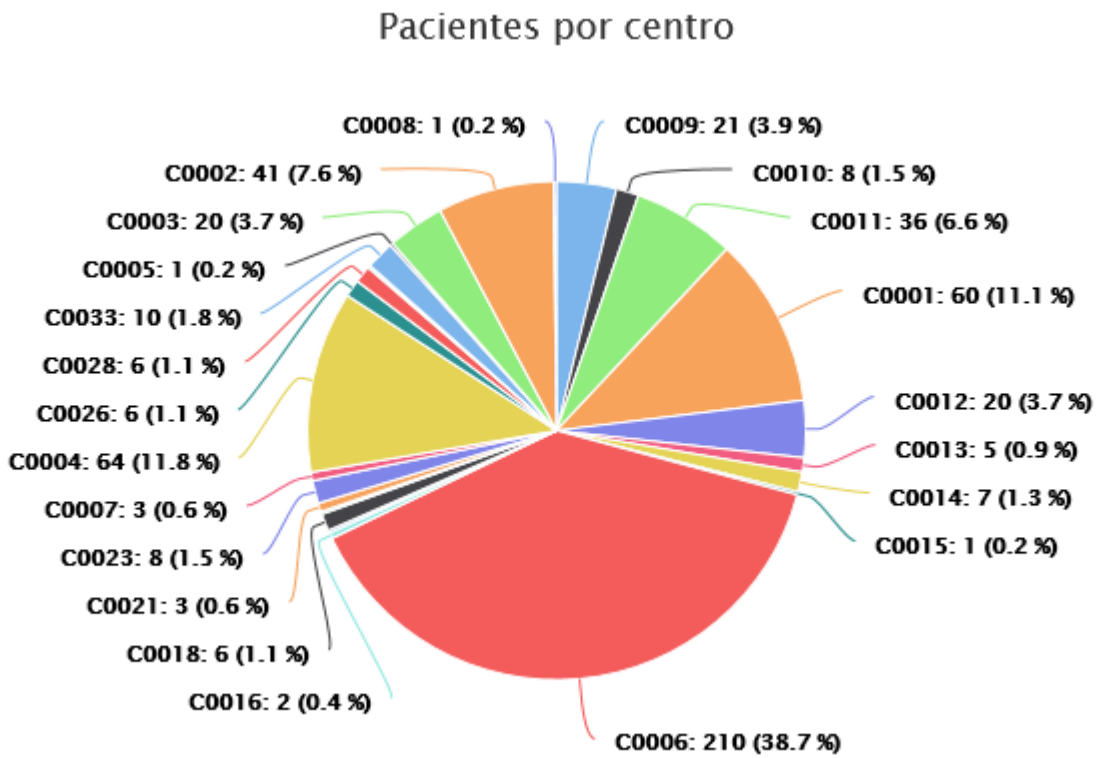
02

03 1 MONTH
- Hospital readmission
- Mortality

04 6 MONTHS
- Hospital readmission
- Mortality

05 1 YEAR
- Hospital readmission
- Mortality

Estudio PROFUND-IC



N:542

Variable	
Age	80.5 +/- 9.98 years
Sex (female)	66 (52%)
Comorbid conditions	
Hypertension	114 (90%)
Dyslipidemia	97 (76%)
Atrial fibrillation	82 (65%)
Chronic renal failure	60 (47%)
Diabetes	59 (46%)
Ischemic heart disease	45 (43%)
Anemia (Hb<10 g/dl)	45 (35%)
COPD	26 (20%)
Sleep apnea	18 (14%)
Solid tumors	9 (7%)
Cognitive impairment	14 (11%)
Heart failure etiology	
Hypertensive	53 (41%)
Ischemic	40 (31%)
Valvular	16 (12%)
Amyloidosis	6 (5%)
Other	13 (10%)
NYHA functional class	
Class I	5 (4%)
Class II	80 (62%)
Class III	42 (33%)
Class IV	1 (0.8%)
Left ventricular ejection fraction	
40-49%	23 (18%)
≥50%	78 (61%)
<40%	27 (11%)
Functional status (Barthel)	71.4+/-27.83

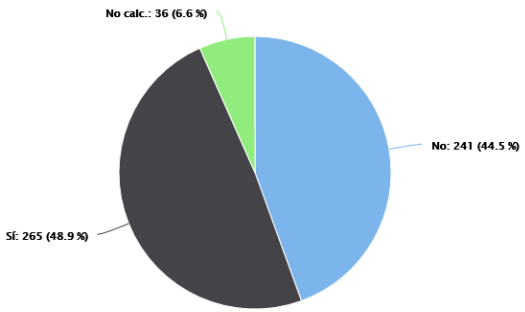
medicina

MDPI

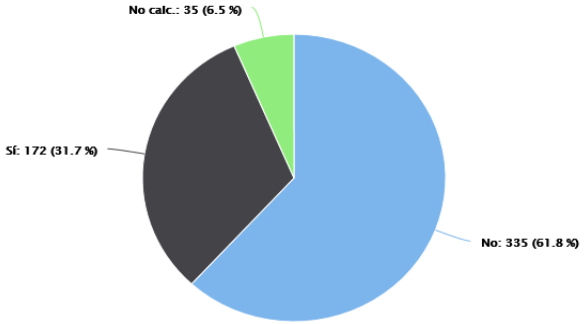
Prognostic value of the PROFUND index for 30-day mortality in acute heart failure.

Manuel Méndez Bailón[1], Rosario Iguarán Bermúdez[1], Lidia López García[2], Beatriz Sánchez Sauce[3], Pablo Pérez Mateos[1], Julia Barrado Cuchillo[1], Miguel Villar Martínez[1], Santiago Fernández Castelao[1], Jose Luis Garcia Klepzig[1],Manuel Enrique Fuentes Ferrer[4], Alejandra García García[5], Isidre Vilacosta[2], José María de Miguel Yanes[5], José Manuel Casas Rojo[4], Elpidio Calvo Manuel[1], Emmanuel Andres[6], Noel Lorenzo-Villalba[6] on behalf of the Heart Failure and Pluripathology Groups from the Spanish National Society of Internal Medicine

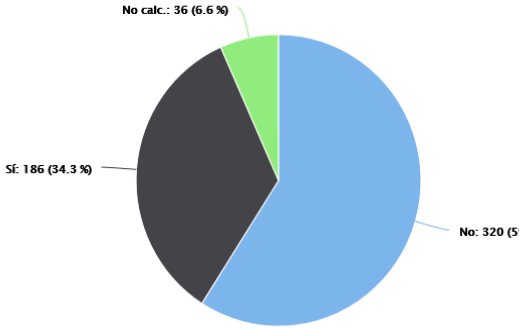
B.2. Enfermedad renal crónica



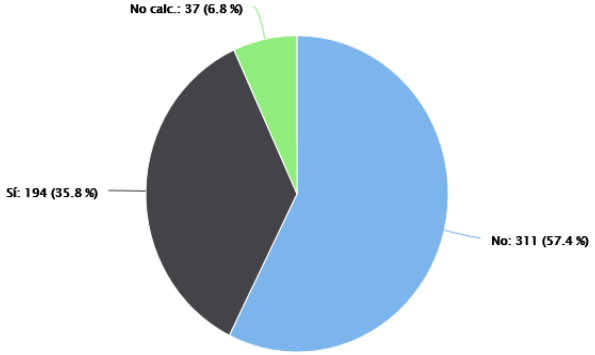
A2. Cardiopatia isquemica



G.1. Anemia crónica

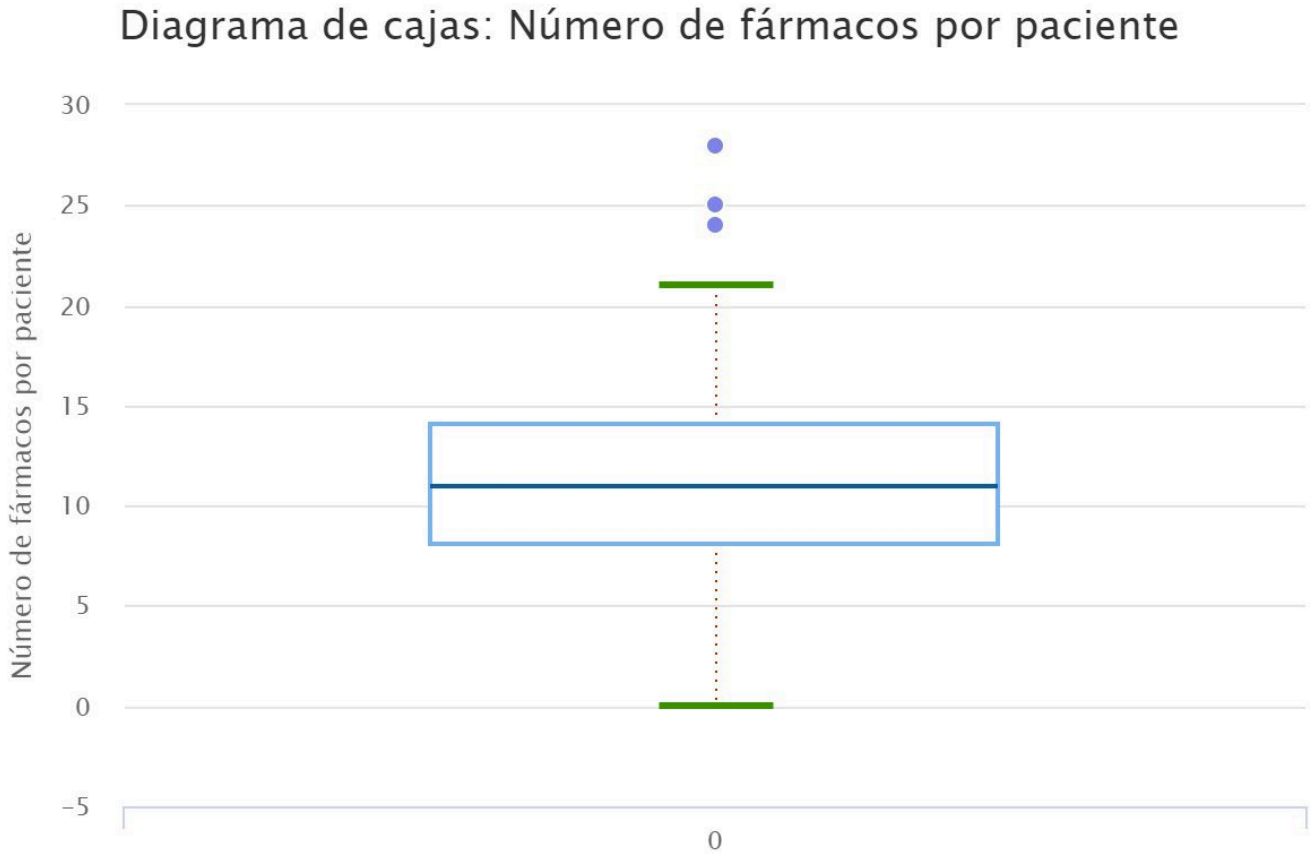


C.1. Enfermedad respiratoria crónica

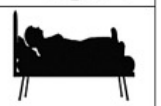


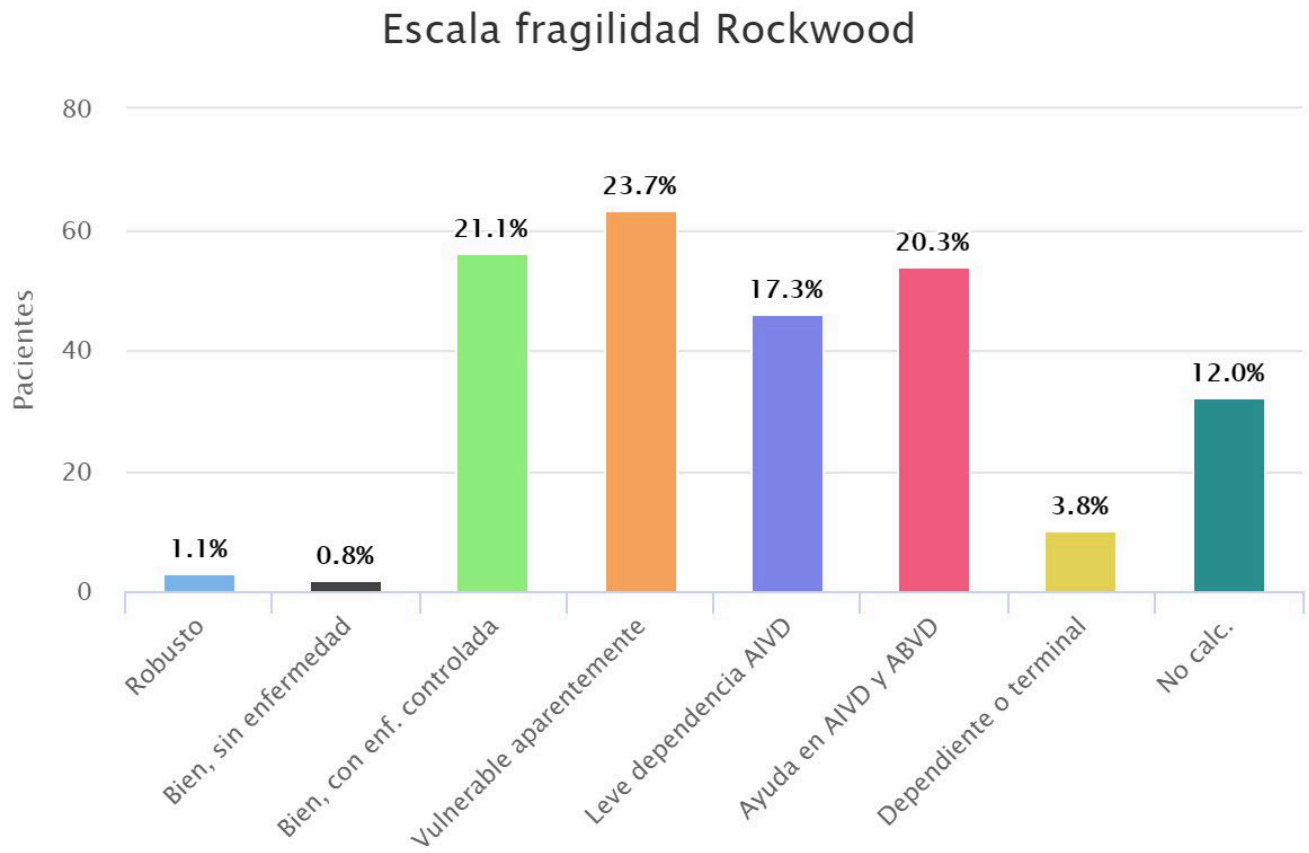
Categorías diagnósticas de Paciente Pluripatológico
CATEGORÍA A
A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA[1] (síntomas con actividad física habitual).
A.2. Cardiopatía isquémica.
CATEGORÍA B
B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.
B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o proteinuria[2], mantenidas durante 3 meses.
CATEGORÍA C
C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC[3] (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<65%, o Saturación O2 ≤ 90.
CATEGORÍA D
D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular[4] o hipertensión portal[5] .
CATEGORÍA E
E.1. Ataque cerebrovascular.
E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado[6] .
CATEGORÍA F
F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
CATEGORÍA G
G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
CATEGORÍA H
H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.
[1] Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
[2] FGe <60 mL/min/1.73 m2 de superficie corporal estimado por la fórmula CKD-EPI o procedimientos aceptados de cálculo en caso de inadecuación del FGe), Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.
[3] Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.
[4] INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
[5] Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.
[6] Pfeiffer con 5 ó más errores o Mini-examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

Estudio PROFUND-IC

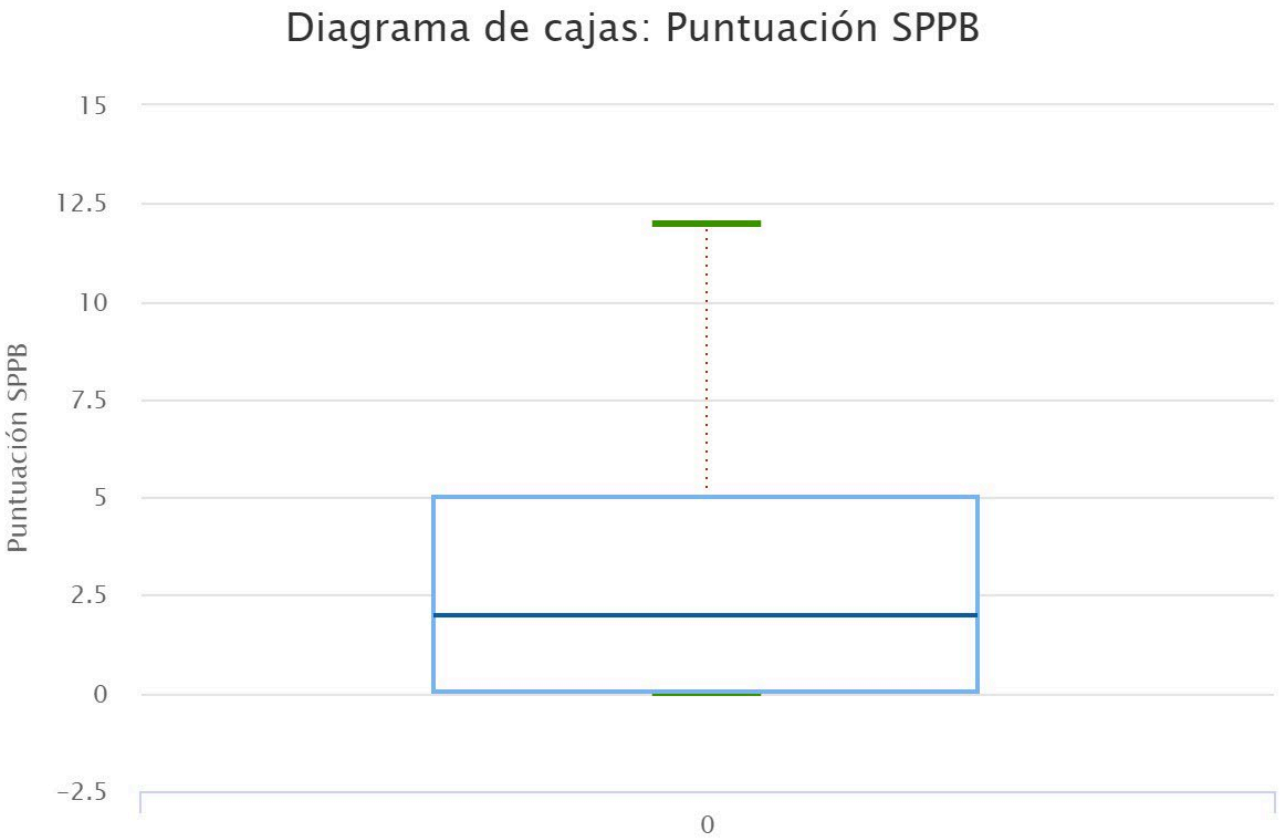


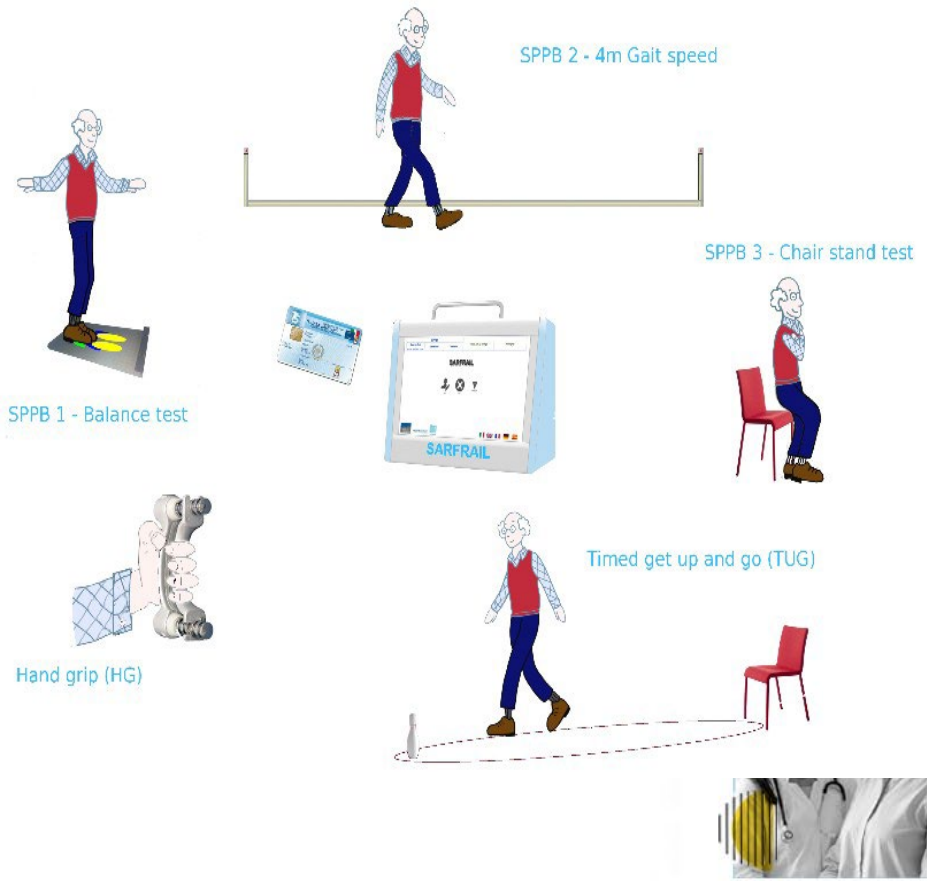
Media de N de fármacos (11)

1) En forma: Gente robusta, activa, con energía y motivación. Esta gente realiza ejercicios de forma regular. Son los más aptos físicamente para su edad.	
2) Bien de salud: Gente que no tiene enfermedad aguda ni síntomas de enfermedades crónicas pero que realiza menos actividad física que los anteriores. Ocasionalmente hacen ejercicio físico adecuado, por ejemplo, dependiendo de la temporada.	
3) Adecuado manejo: Gente cuyos problemas médicos están controlados pero que no realizan actividad física salvo dar paseos.	
4) Vulnerable: No necesitan ayuda de otras personas para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, pero los síntomas de sus enfermedades frecuentemente les limitan sus actividades. La queja común es que se sienten muy lentos o cansados durante el día.	
5) Levemente frágil: Gente que habitualmente presenta una evidente marcha lenta y que precisan ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria (finanzas, transportes, actividades domésticas pesadas, administración de fármacos). Progresivamente van teniendo dificultad para salir solos, realizar compras, preparación de las comidas y actividades domésticas	
6) Moderadamente frágil: Gente que necesita ayuda para realizar actividades fuera del domicilio y el cuidado del hogar. Habitualmente requieren ayuda para subir escaleras, ducharse. Precisan ayuda mínima o supervisión para vestirse	
7) Gravemente frágil: Completamente dependiente de un cuidador ya sea por limitación física o cognitiva. Se encuentran estables y sin alto riesgo de mortalidad a los 6 meses.	
8) Muy gravemente frágil: Gravemente dependiente y que se acerca al final de su vida. Difícilmente recuperables ante una enfermedad menor.	

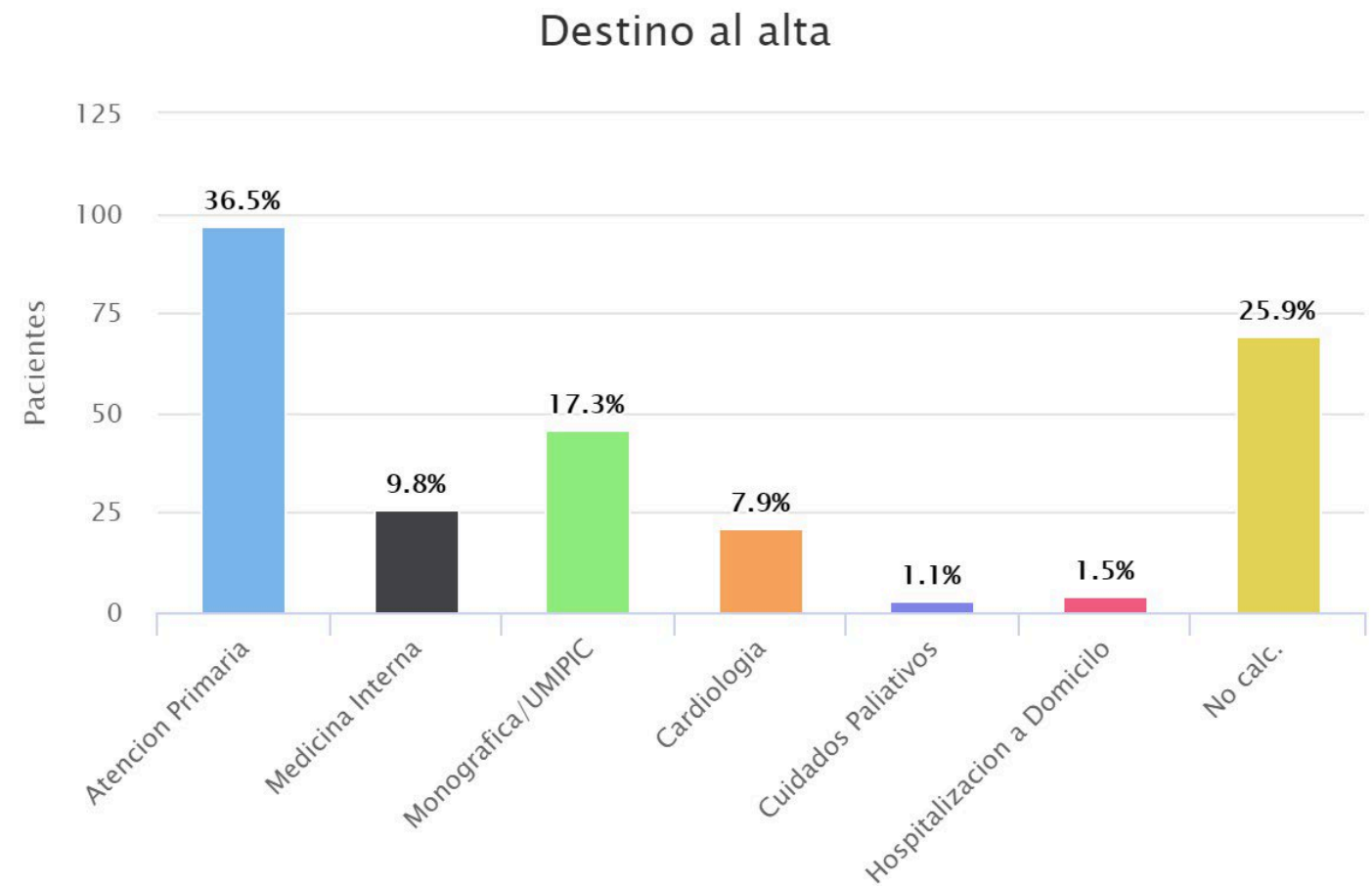


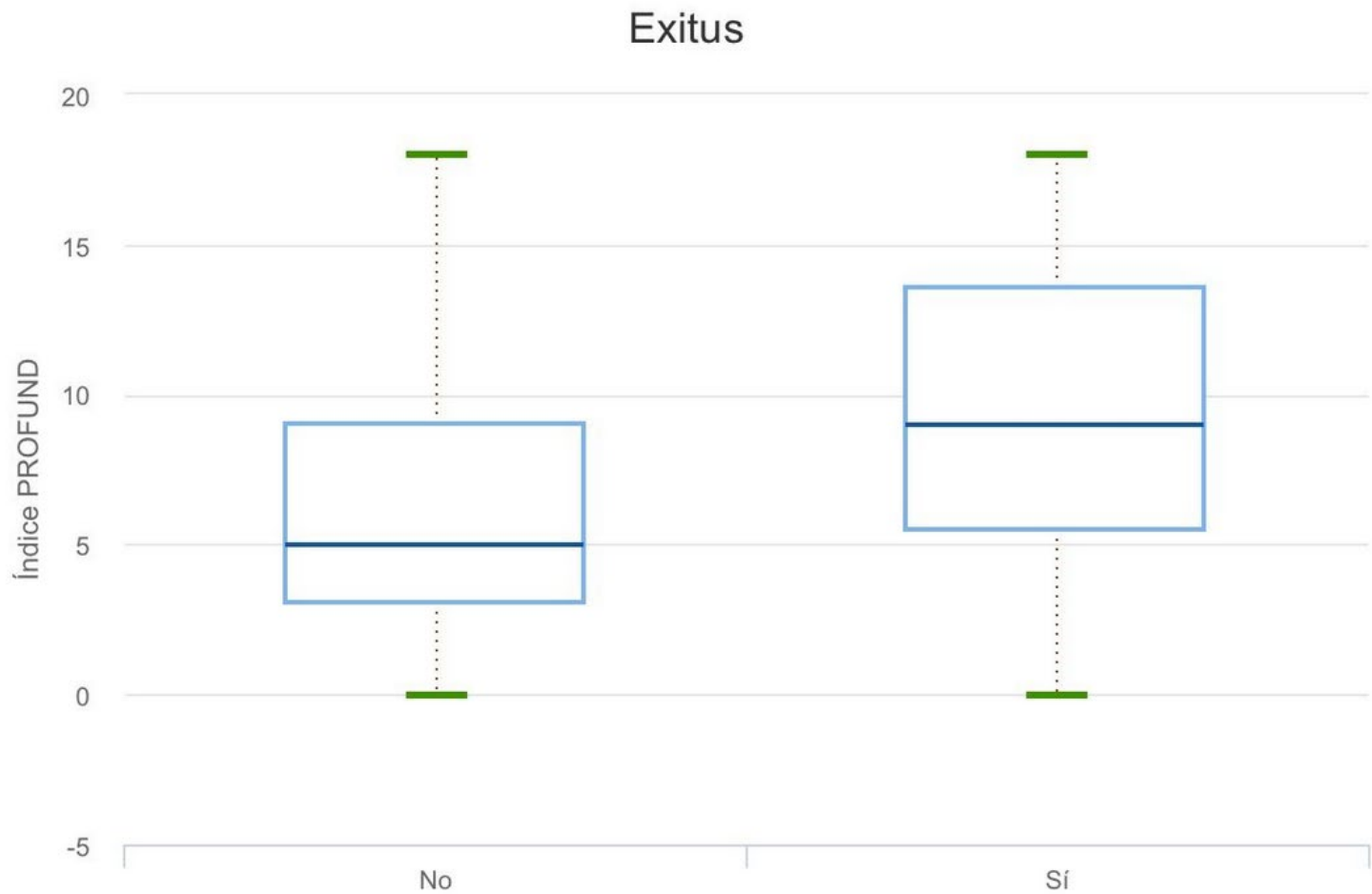
Estudio PROFUND-IC





Estudio PROFUND-IC




Exitus
Índice PROFUND
20
15
10
5
0
-5
No
Sí

Conclusiones

- El registro PROFUND IC nos puede dar información en relación a la estratificación pronóstica de los pacientes con IC y pluripatología.
- Sus fortaleza es que es un registro prospectivo y multicéntrico
- Nos puede dar información clínica en relación a escalas generales (Barthel, PROFUND, SPPB)
- La inclusión de pacientes esta yendo despacio, necesitamos de la participación de más centros manteniendo la calidad del registro