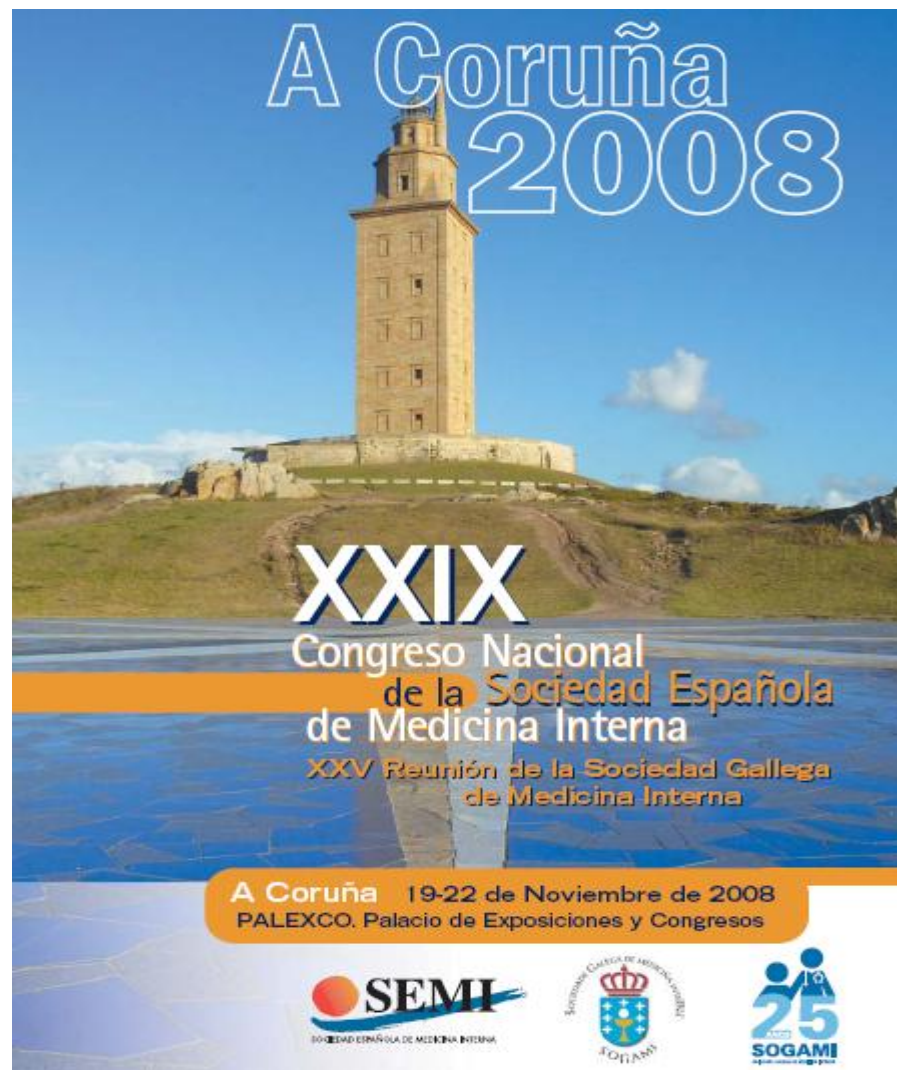




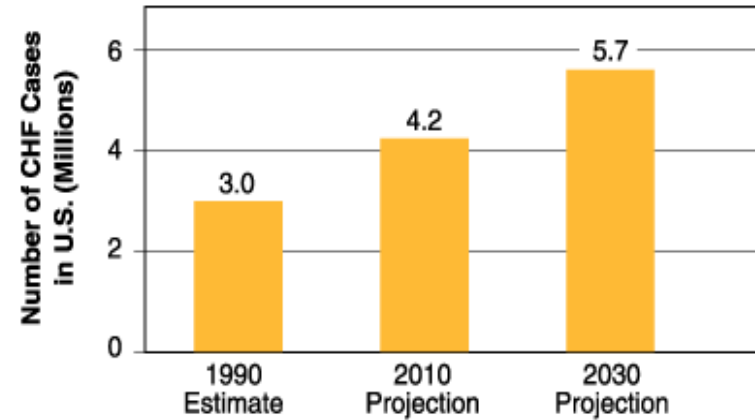
Manuel Montero Pérez-Barquero
Unidad Clínica de Medicina Interna.
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba



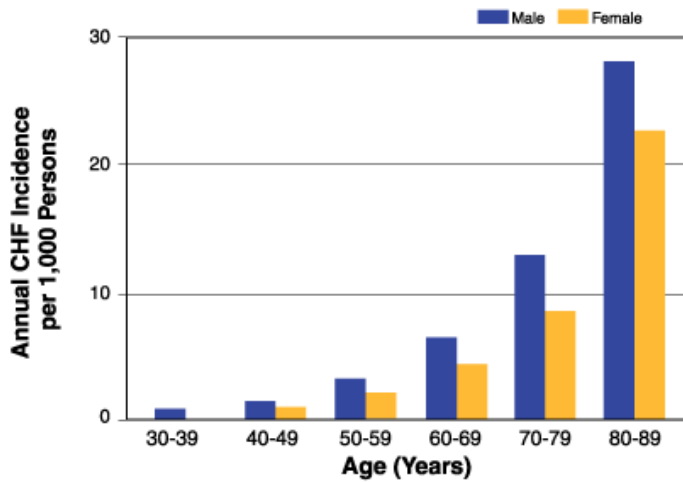
Manejo del paciente con IC y comorbilidad.
¿Registro de práctica clínica (RICA), unidades
específicas o multidisciplinarias?

Prevalencia

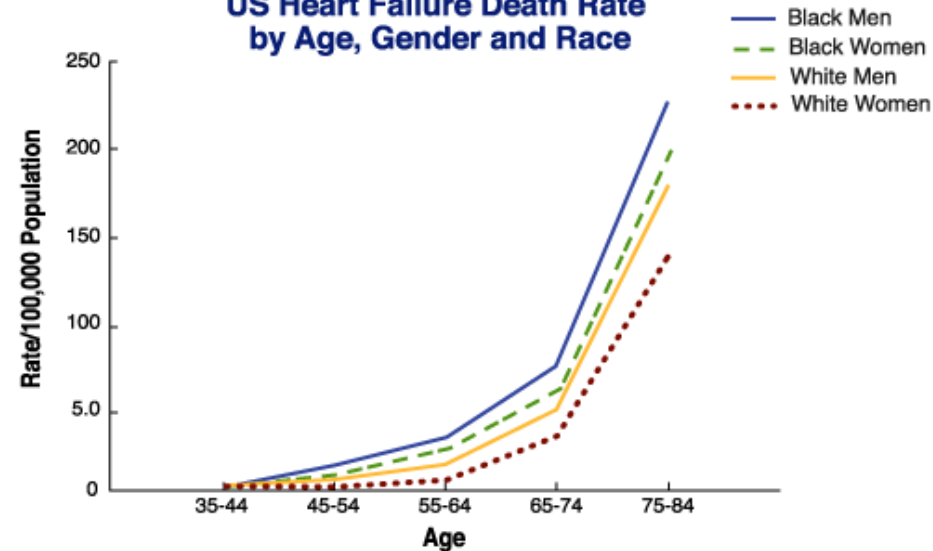
CHF Prevalence to Nearly Double by Year 2030 as U.S. Population Ages



Relationship Between Age and Heart Failure



US Heart Failure Death Rate by Age, Gender and Race



INTRODUCCIÓN

- Problema sanitario de la IC.
 - GDR más frecuente al alta en mayores de 65 años.
 - Primera causa de ingreso en Medicina Interna.
 - 1-2% gasto sanitario.
- Fármacos como IECA, ARA II y BB:
 - Mejoran pronóstico de la IC

Cortina A y col. Am J Cardiol 2001;87:1417-9.

Cleland JGF et al. Eur Heart J 2001;22:623-6.

Tratamiento de la IC con D. Sistólica

Estadios de la ACC-AHA

Estadio A
FR
para IC sin
cardiopatía
estructural

Control de
FRCV

Estadio B
Cardiopatía
estructural
sin síntomas
de IC

IECA
BB

Estadio C
Cardiopatía +
síntomas
y signos
de IC

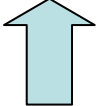
Restricción sal
Diuréticos
IECA
BB
Antag.-aldosterona
Digital
DAI/CRT

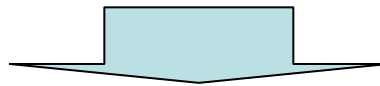
Estadio D
IC
refractaria
y terminal

Estadio C+
TC
Tto. hospitalario
Aminas
AMC
Cuidados terminales

Tratamiento multidisciplinar de la IC

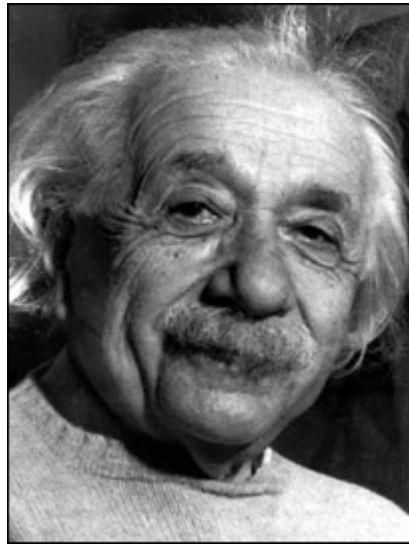
Estrategias multidisciplinarias con:

- Seguimiento y monitorización.
- Acceso a clínicos especializados y entrenados en el manejo de IC.
- Más la educación de los pacientes.
-  autocuidados.

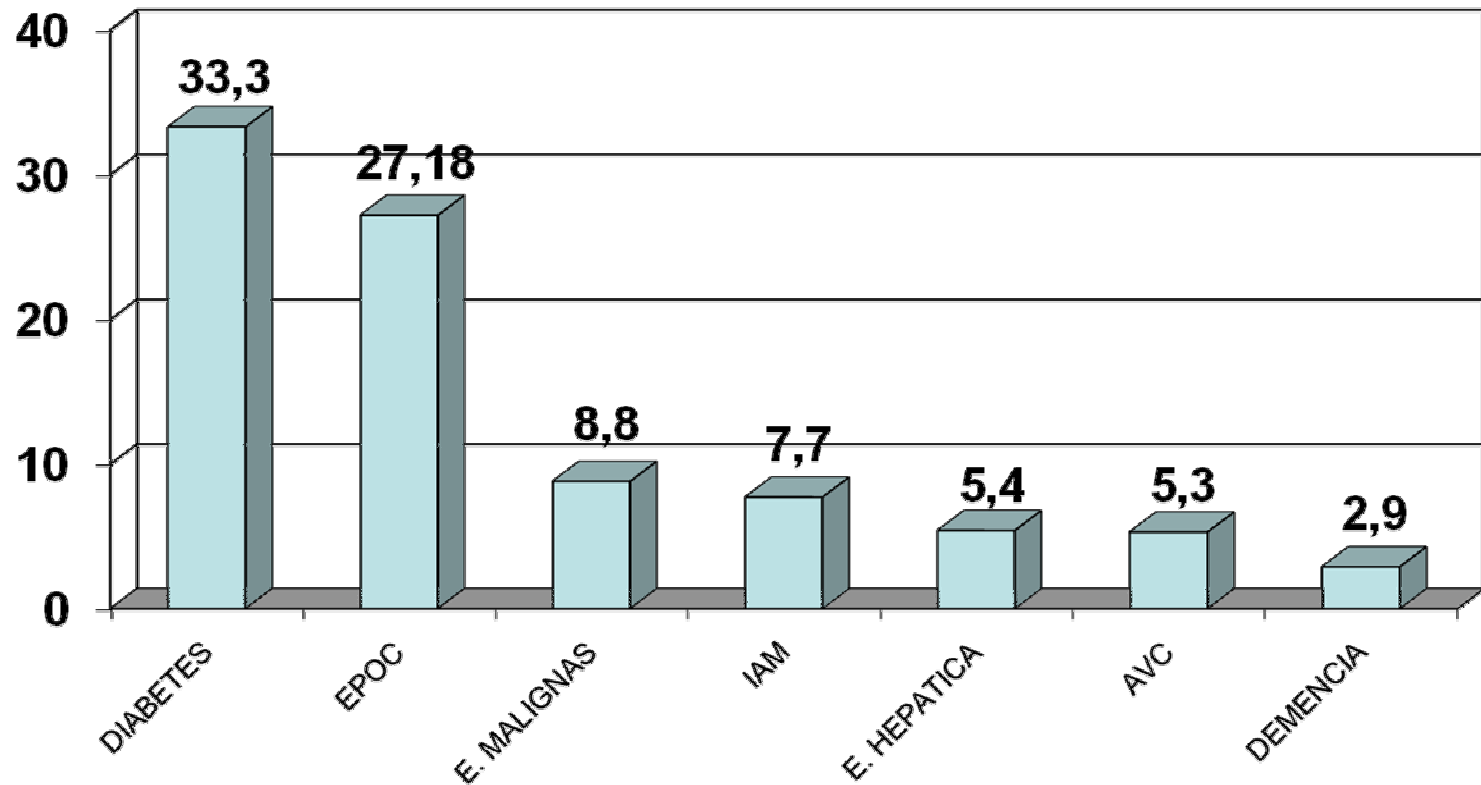


Son las aproximaciones más eficaces

Nuestros pacientes



Comorbilidades en pacientes ingresados por IC entre 1997 a 2000



M. Montero. Grupo de trabajo IC-SEMI. 2006

Factores que diferencian la IC del Anciano de la IC del adulto

	Adulto	Anciano
Prevalencia	< 1%	~10%
Sexo	Hombres	Mujeres
Etiología	C. Isquémica	Hipertensión
C. Clínicas	Típicas	Atípicas
FEVI	Reducida	Preservada
Especialistas	Cardiólogos	Internistas
E.Clínicos	Muchos	Pocos
Terapia	Evidencia	Empírica

Insuficiencia adherencia terapéutica a las guías



European Heart Journal (2005) 26, 1653–1659
doi:10.1093/eurheartj/ehi251

Clinical research

Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey

Michel Komajda^{1*}, Pablo Lapuerta², Nancy Hermans², José Ramon Gonzalez-Juanatey³, Dirk J. van Veldhuisen⁴, Erland Erdmann⁵, Luigi Tavazzi⁶, Philip Poole-Wilson⁷, and Claude Le Pen⁸

¹ Department of Cardiology, Pitié-Salpêtrière Hospital, 47-83 Boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13, France; ² Bristol-Myers-Squibb Outcomes Research, Brussels, Belgium; ³ Department of Cardiology, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Spain; ⁴ Department of Cardiology, University Hospital Groningen, Groningen, The Netherlands; ⁵ Department of Medicine III, University of Cologne, Germany; ⁶ Division of Cardiology, IRCCS Policlinico San Matteo Hospital, Pavia, Italy; ⁷ National Heart and Lung Institute, Faculty of Medicine, Imperial College London, London, UK; and ⁸ CLP Santé, Paris, France

Received 20 August 2004; revised 1 March 2005; accepted 3 March 2005; online publish-ahead-of-print 12 April 2005

Insuficiencia adherencia a las guías De las medidas no farmacológicas

Predictors of Delivery of Hospital-Based Heart Failure Patient Education: A Report from OPTIMIZE-HF

NANCY M. ALBERT, RN, PhD,¹ GREGG C. FONAROW, MD,² WILLIAM T. ABRAHAM, MD,³ KAREN CHISWELL, MS,⁴
WENDY GATTIS STOUGH, PharmD,⁵ MIHAI GHEORGHIAD, MD,⁶ BARRY H. GREENBERG, MD,⁷
CHRISTOPHER M. O'CONNOR, MD,⁸ JIE LENA SUN, MS,⁹ CLYDE W. YANCY, MD,¹⁰ AND JAMES B. YOUNG, MD¹¹

*Cleveland, Ohio; Los Angeles, California; Columbus, Ohio; Research Triangle Park, North Carolina; Durham,
North Carolina; San Diego, California; Dallas, Texas*

Journal of Cardiac Failure Vol. 13 No. 3 2007

Las unidades de IC en Medicina Interna

Justificación

Pobre seguimiento recomendaciones de las guías en España* (BB < 20% y IECAS 60%). Causas:

1. Manejo clínico complicado. Requiere formación.
2. Necesidad de visitas periódicas para titulación tto.
3. Perfil de enfermos en MI es diferente de los ensayos clínicos (FEVI: preservada).
4. Importante comorbilidad (anemia, insuficiencia renal, EPOC). Manejo integral
5. Presencia de deterioro cognitivo.
6. Más difícil la educación en los ancianos.
7. Dificultad de acceso y pobre autonomía de los pacientes.

*Unidades
multidisciplinares de
insuficiencia cardíaca
en medicina interna*

Vía clínica para el enfermo con IC

2006



Las unidades de IC en Medicina Interna

Propósito

Programas sanitarios de asistencia a enfermos con IC:

1. Precisar diagnóstico y su etiología.
2. Optimizar el tratamiento farmacológico.
3. Mejorar el nivel de educación de los pacientes.
4. Identificar y corregir los factores predisponentes de la descompensación.
5. Mejorar la calidad de vida y morbilidad:
 - Reingresos y mortalidad.

El papel de la Unidades de Insuficiencia Cardíaca en la práctica asistencial en los hospitales públicos. ¿Mito o realidad?

El desarrollo de las unidades de IC a nivel nacional sigue un proceso irregular :

- En algunos casos son proyectos.
- En otros una realidad como el hospital de Badalona.

El papel de la Unidades de Insuficiencia Cardíaca en la práctica asistencial en los hospitales públicos. ¿Mito o realidad?

Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria

Josep Lupón, Teresa Parajón, Agustín Urrutia, Beatriz González, Juan Herreros, Salvador Altimir, Ramon Coll, Montserrat Prats y Vicente Valle

Unitat d'Insuficiència Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Rev Esp Cardiol. 2005;58(4):374-80

El papel de la Unidades de Insuficiencia Cardíaca en la práctica asistencial en los hospitales públicos. ¿Mito o realidad?

EL CLÍNICO CARDIOVASCULAR EN EL SIGLO XXI

Integración de ámbitos asistenciales

Carlos Peña-Gil^a y Josep Comín-Colet^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

^bUnidad de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar (IMAS). Barcelona. España.

Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:21C-9C

El papel de la Unidades de Insuficiencia Cardíaca en la práctica asistencial en los hospitales públicos. ¿Mito o realidad?

Programa de atención especializada en la insuficiencia cardíaca terminal. Experiencia piloto de una unidad de insuficiencia cardíaca

Eulàlia Roig, Félix Pérez-Villa, Alfredo Cuppoletti, Magdalena Castillo, Nuria Hernández, Manel Morales y Amadeo Betriu

Institut del Tòrax, Hospital Clínic. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer).
Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Rev Esp Cardiol. 2006;59(2):109-16



Registro de Insuficiencia Cardíaca

Propuesta del Grupo IC de la SEMI

PROYECTO RICA



- Un registro continuo de pacientes es útil para conocer las modificaciones en el tiempo de las características de estos pacientes así como identificar variables de tipo pronóstico, incorporar indicadores de calidad y recomendaciones de mejora de la calidad asistencial.

OE.1 Conocer las características clínicas y evolutivas de los pacientes con IC.

OE2. Determinar los factores predictores pronósticos durante el ingreso.

OE3. Evaluar los indicadores de calidad asistencial, incorporando recomendaciones posteriores para la mejora de la práctica clínica.



- Población diana: Enfermos con Insuficiencia Cardíaca que ingresan en el hospital.
- Población de estudio: Criterios de inclusión (los de la Sociedad Europea de Cardiología).
- Todos los pacientes darán su consentimiento informado para participar en el Registro, de acuerdo a los requerimientos de los Comités Éticos de cada hospital.
- Criterios de exclusión: IC secundaria a Hipertensión pulmonar. Negativa a participar en el estudio.

Tipo de diseño: Registro multicéntrico de cohortes, con inclusión en el momento del ingreso del paciente y con información de la evolución a los 30, 90, 365 días y, posteriormente cada año.



Recolección de los datos:

- Se trata de un registro informático on line utilizando una página web diseñada a tal efecto con las variables incluidas en el cuaderno de recogida de datos.
 - La confidencialidad de los pacientes está preservada según la ley de protección de datos.
 - Los datos de cada investigador podrán ser volcados por este en formato Excell o spss.
-
- A la cabecera del enfermo nos aseguraremos que cumple los criterios de inclusión.
 - Al mes, tres meses, un año y posteriormente una vez al año se recogerá información sobre datos de la situación evolutiva del paciente.



TIPO DE DISEÑO:

- Registro multicéntrico de cohorte prospectiva

AMBITO DE ESTUDIO:

- Hospitales del ámbito nacional.

POBLACION DE ESTUDIO:

- Sujetos mayores de 50 años.
- Ingresados por episodio de descompensación.

PERIODO DE ESTUDIO:

- Fecha de inicio del registro: febrero de 2008.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- 157 pacientes



	media (intervalo)
Edad media (años)	78,4 (52 -100)
Días de estancia	11,7 (1 – 76)
Indice de Charlson	3,5 (0 – 14)
Indice de Barthel	81,7 (5 – 100)
IMC	28,7 (15,1 – 43,7)
PA sistólica	136,4 (84 – 200)
Frecuencia cardíaca	91,5 (40 – 150)
Hemoglobina	12,3 (6,4 – 18)
Sodio	138,9 (114 – 149)
Aclaramiento de creatin. (K-G)	57,4 (9 - 219)
% FEVI (149 pacientes)	50,1 (13 – 89)

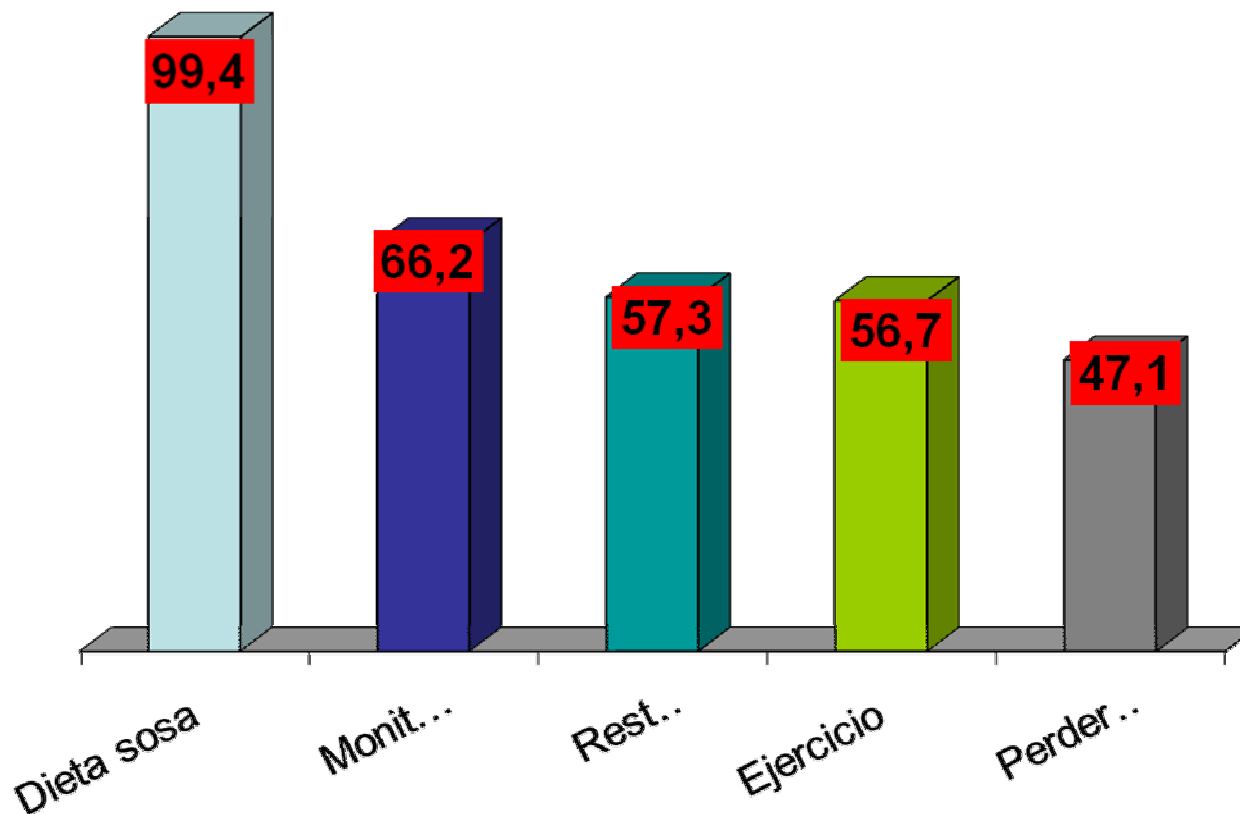


	N (Porcentaje)
Mujeres	89 (56,7 %)
Soporte familiar	144 (91,7 %)
Vive en residencia	17 (10,8 %)
Diabetes	70 (44,6 %)
Tratamiento con insulina	33 (21,0 %)
HTA	128 (81,5 %)
IAM	38 (24,2 %)
EPOC	48 (30,6 %)
Cardiomegalia	146 (93,0 %)
Fibrilación auricular	87 (55,4 %)
Insuficiencia cardíaca previa	92 (58,6%)

	N (Porcentaje)
Grados de la NYHA:	
I	6 (3,8 %)
II	78 (49,7 %)
III	58 (36,9 %)
IV	14 (8,9 %)
Factor de la descompensación:	
FA con RV rápida	37 (23,6 %)
Infección respiratoria	35 (22,3 %)
Etiología:	
C. Hipertensiva	70 (44,6 %)
C. Isquémica	56 (35,7 %)
Clasificación:	
Crónica agudizada	84 (53,5 %)
De Novo	51 (32,5%)



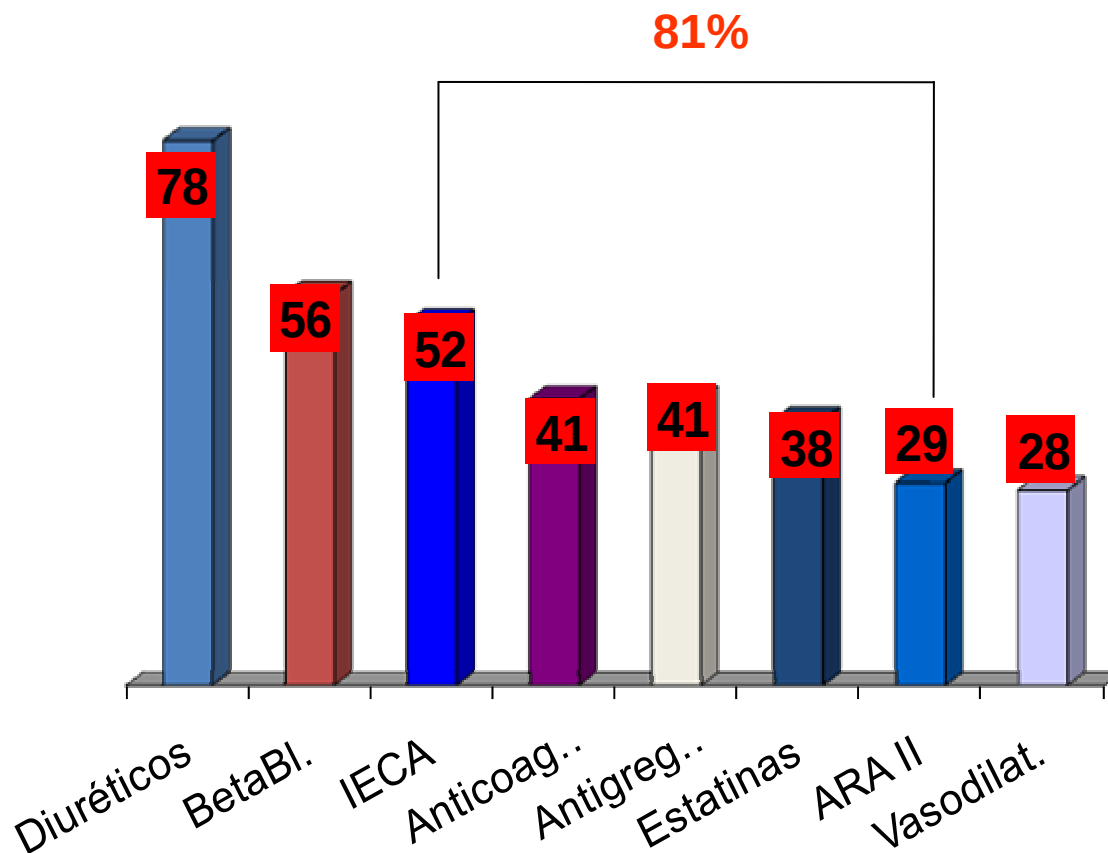
Recomendaciones al alta



Referido en porcentajes



Tratamientos al alta



Referido en porcentajes



Indicadores de calidad al alta



	N (Porcentaje)
Dieta sosa	156 (99,4 %)
Abstención de fumar (fum. Act.)	10 (100 %)
Monitorización de peso	104 (66,2 %)
Restricción de líquidos	90 (57,3 %)
Recomendación de ejercicio	89 (56,7 %)
Perder peso (IMC => 25)	66 (57,9 %)
Anticoagulación (F. auricular)	50 (76,9 %)
IECA /ARA II (%FEVI <50)	54 (84,4 %)
Betabloqueantes (%FEVI <50)	42 (65,6 %)



Datos del Seguimiento



	Mediana (intervalo)
Tiempo de seguimiento	138 días (1 – 273)

	N (Porcentaje)
Reingresos	32 (20,4 %)
Exitus	20 (12,7 %)
Reingreso y/o exitus	44 (28,0 %)



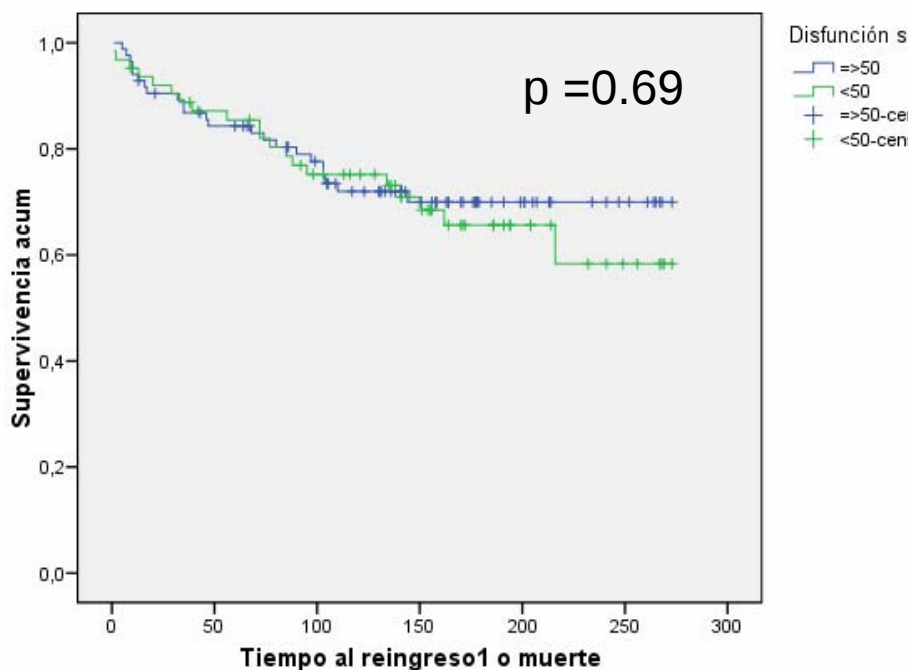
Datos del Seguimiento



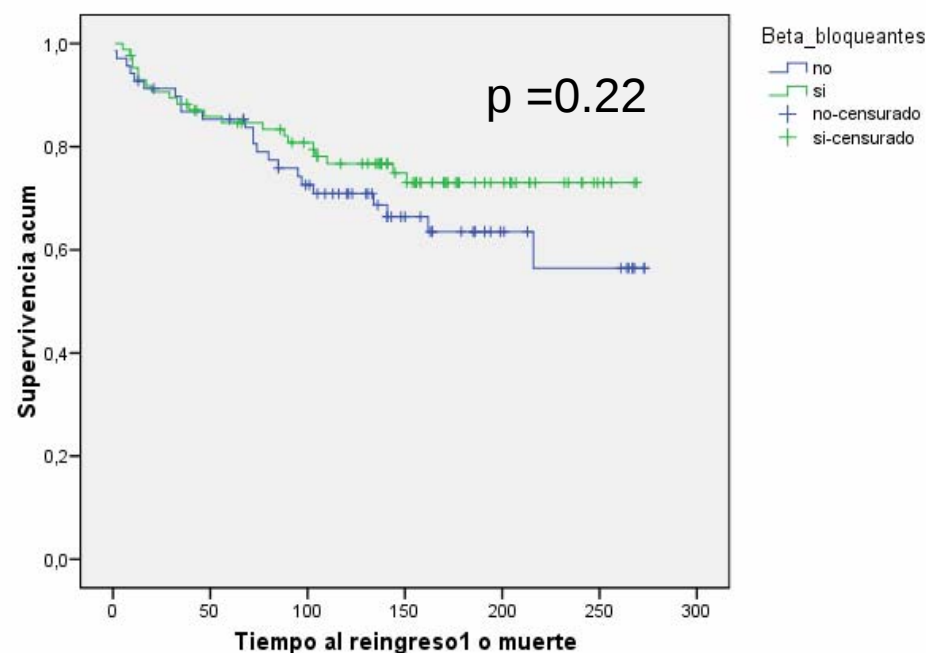
Disfunción sistólica

Tto. Con Betabloqueantes

Funciones de supervivencia



Funciones de supervivencia





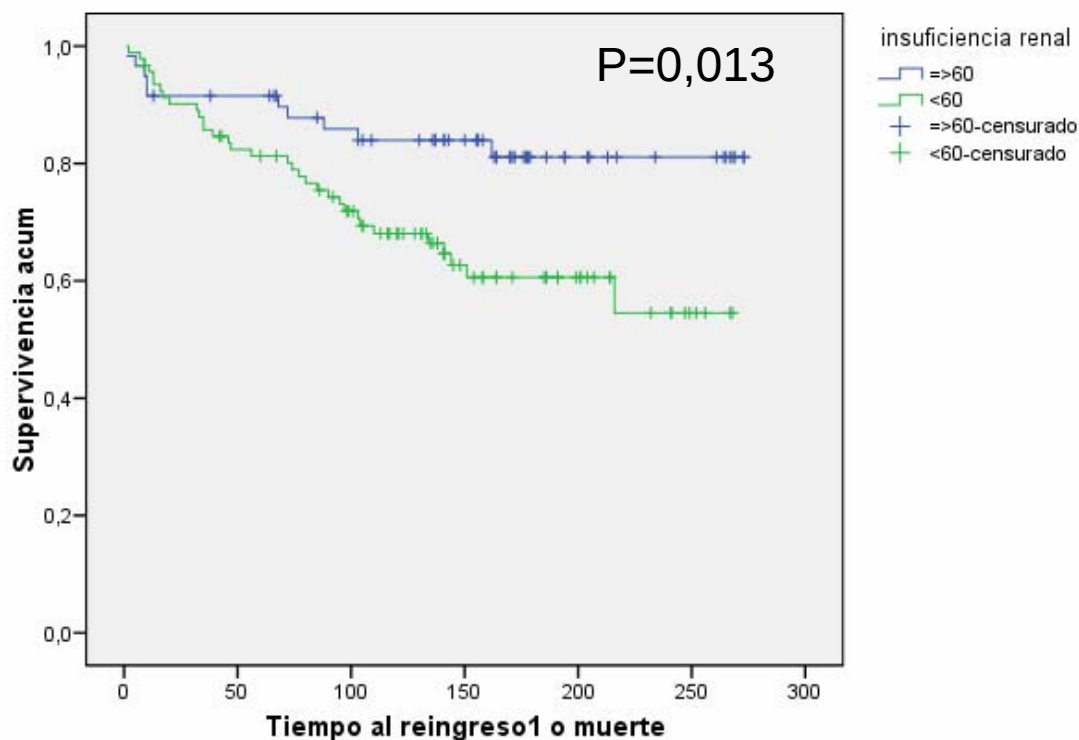
Datos del Seguimiento



Insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina)

=> 60 ml/m / < 60 ml/m.

Funciones de supervivencia

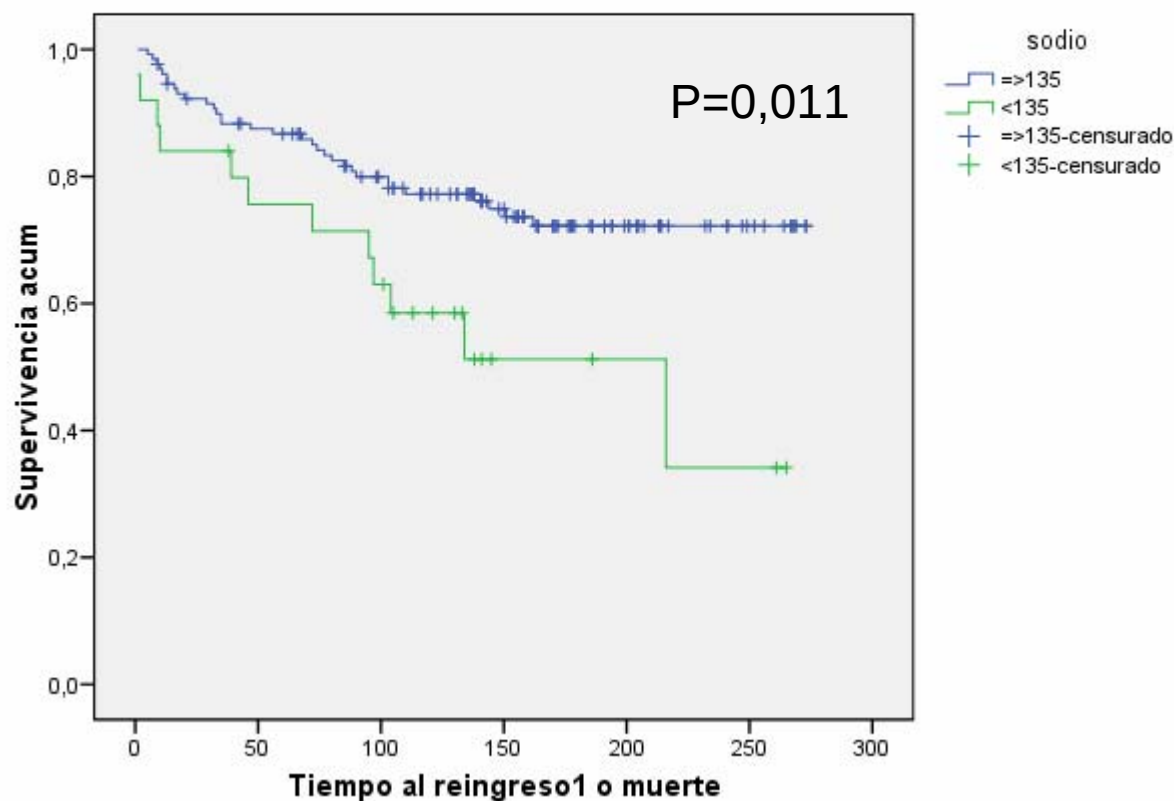




Datos del Seguimiento

Hiponatremia (<135 mEq/l)

Funciones de supervivencia

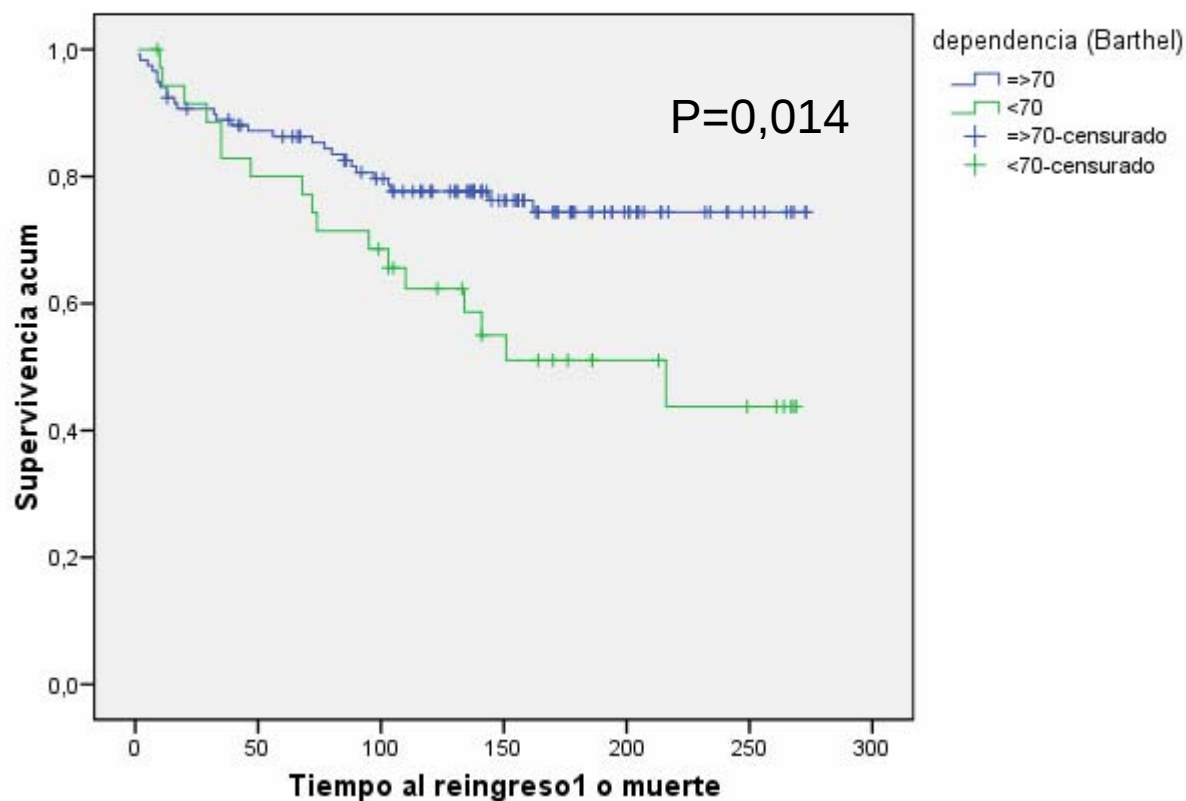




Datos del Seguimiento

Grado de dependencia (Barthel <70 puntos)

Funciones de supervivencia



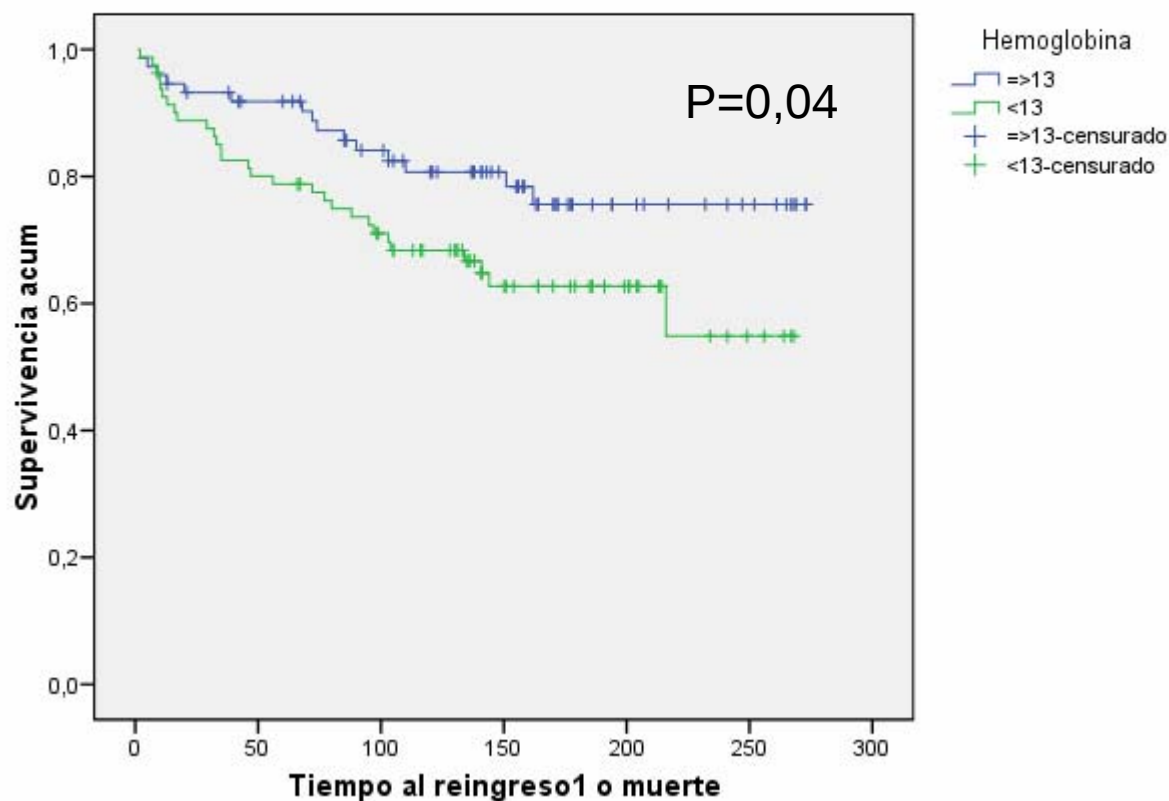


Datos del Seguimiento



Anemia (Hb< 13)

Funciones de supervivencia





Datos del Seguimiento



Modelo Reingreso / muerte (Regresión de Cox)

Variables	RR (IC al 95%)		Nivel significación
Acl. Creatinina (<60)	2,209	(1,014 - 4,808)	0,046
Barthel (<70)	1,432	(0,693 - 2,960)	0,333
Anemia (Hb < 13)	1,231	(0,606 - 2,501)	0,046
Hiponatremia (<135)	2,066	(0,954 - 4,472)	0,066
Diabetes	1,089	(0,559 - 0,119)	0,802
Género (hombre)	0,735	(0,362 - 1,491)	0,393
Disf. VI (<50%)	0,906	(0,459 - 1,786)	0,775
Trato. ARA /IECA	1,550	(0,691 - 3,481)	0,288
Betabloqueantes	1,190	(0,548 - 2,584)	0,660



Conclusiones I



- La IC es un problema sanitario de primer orden.
- La comorbilidad juega un papel destacado en el manejo de los pacientes ancianos con IC y es un campo abierto de investigación.
- La implantación de la unidades de IC en nuestro país sigue un desarrollo irregular.
- Registros IC como el RICA permiten conocer la realidad de lo que hacemos y cómo mejorar.
- El uso de B-B ha mejorado en el ámbito de la M.Interna.



Conclusiones II



- El pronóstico de los pacientes está relacionada con variables de comorbilidad como:
 - a) Insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina (< 60 ml/m).
 - b) Mayor grado de dependencia (Barthel < 70 puntos).
 - c) Hiponatremia al ingreso (< 135 mEq/l).
 - d) Anemia (Hemoglobina < 13 g/dl).

GRUPO RICA

Organizados por N° de pacientes incluidos

MIEMBRO	CENTRO	SERVICIO	PROVINCIA	PACIENTES
Romero Requena, Jorge Manuel	Hospital Comarcal de Zafra	Medicina Interna	Badajoz	27
Montero Pérez-Barquero, Manuel	Hospital Universitario Reina Sofía	Medicina Interna	Córdoba	26
Cepeda Rodrigo, José María	Hospital de Torrevieja	Medicina Interna	Alicante	21
Conde Martel, Alicia	Hospital Univ. de Gran Canaria Dr. Negrín	Medicina Interna	Las Palmas	17
Canals Febrer, Roger	Fundación Privada Hospital de Mollet	Medicina Interna	Barcelona	14
Ceresuela Eito, Luis Miguel	Hospital General de L'Hospitalet	Medicina Interna	Barcelona	11
Camafort Babkowski, Miguel	Hospital Comarcal Móra d'Ebre	Medicina Interna	Tarragona	10
Gómez Otero, Inés	Hospital Clínico de Santiago de Compostela	Medicina Interna	A Coruña	9
Aramburu Bodas, Oscar	Hospital Virgen de la Macarena	Medicina Interna	Sevilla	9
Sánchez Cembellín, Mercedes	Hospital San Agustín	Medicina Interna	Asturias	9
Armengou Arxé, Arola	Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta	Medicina Interna	Girona	8
Urrutia de Diego, Agustín	Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Medicina Interna	Barcelona	7
Pla Salas, Xavier	Corporació Sanitària Parc Taulí	Medicina Interna	Barcelona	7
Casado Cerrada, Jesús	Hospital del Henares	Medicina Interna	Madrid	7
Recio Iglesias, Jesús	Hospital Universitario Vall d'Hebrón	Medicina Interna	Barcelona	6
Ruiz Llano, Francisco Carlos	Hospital San Pedro de Alcántara	Medicina Interna	Extremadura	6

GRUPO RICA

Organizados por N° de pacientes incluidos

MIEMBRO	CENTRO	SERVICIO	PROVINCIA	PACIENTES
Pérez Bocanegra, Carmen	Hospital Universitario Vall d´Hebrón	Medicina Interna	Barcelona	6
Muela Molinero, Alberto	Hospital de León	Medicina Interna	León	6
Grau Amorós, Jordi	Hospital Municipal de Badalona	Medicina Interna	Barcelona	5
Sanjurjo Golpe, Eduardo	Hospital Comarcal del Pallars	Medicina Interna	Lleida	5
Carrasco Sánchez, Francisco Javier	Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez	Medicina Interna	Huelva	5
Arias Jiménez, José Luis	Hospital Virgen Macarena	Medicina Interna	Sevilla	5
Gil Ortega, Milagros	Hospital J.M. Morales Meseguer	Medicina Interna	Murcia	4
Calvo Rodríguez, Carmen Elena	Hospital San Agustín	Medicina Interna	Asturias	4
Sánchez Sánchez, Cristina	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles	Medicina Interna	Ávila	4
Lorenzo Álvarez, José Ángel	Hospital Juan Canalejo	Medicina Interna	A Coruña	3
Trullàs Vila, Joan Carles	Hospital Sant Jaume	Medicina Interna	Girona	3
Martínez Tudela, Silvia	Hospital Virgen de los Lirios	Medicina Interna	Alicante	2
Navarro San Francisco, Carolina	Hospital Universitario La Paz	Medicina Interna	Madrid	2
Gargallo García, Esther	Hospital General Univ. Gregorio Marañón	Medicina Interna	Madrid	2
Portillo Sánchez, José	Hospital General de Ciudad Real	Medicina Interna	Ciudad Real	2
Sampériz Legarre, Pilar	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Medicina Interna	Zaragoza	2

Listado preparado el 28 de octubre 2008

GRUPO RICA

Organizados por N° de pacientes incluidos

MIEMBRO	CENTRO	SERVICIO	PROVINCIA	PACIENTES
Martret Redrado, Xavier	Hospital Comarcal de Sant Boi	Medicina Interna	Barcelona	2
Murcia Zaragoza, José Manuel	Hospital Comarcal Vega Baja	Medicina Interna	Alicante	2
Trujillo Santos, Javier	Hospital General Santa María del Rosell	Medicina Interna	Murcia	1
Roca Villanueva, Bernardino	Hospital General Castellón	Medicina Interna	Castellón	1
Díez Manglano, Jesús	Hospital Royo Villanova	Medicina Interna	Zaragoza	1
Pérez Calvo, Juan Ignacio	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Medicina Interna	Zaragoza	1
Michán Doña, Alfredo	Hospital General de Jerez de la Frontera	Medicina Interna	Cádiz	0
Quesada Simón, M ^a Angustias	Hospital Universitario La Paz	Medicina Interna	Madrid	0
Quirós López, Raúl	Hospital Costa del Sol	Medicina Interna	Málaga	0
Satué Bartolomé, José Ángel	Hospital de Fuenlabrada	Medicina Interna	Madrid	0
de los Mártires Almingol, Ireneo	Clínica Montecanal	Medicina Interna	Zaragoza	0
Martín Serradilla, José Ignacio	Hospital General Río Carrión	Medicina Interna	Palencia	0
Castillo Rubio, Rafael	Hospital Malva-rosa	Medicina Interna	Valencia	0
Pedro de Lelis, Francisco	Hospital General Univ. de Valencia	Medicina Interna	Valencia	0
García Escrivá, David	Hospital General Univ. de Valencia	Medicina Interna	Valencia	0

Listado preparado el 28 de octubre 2008

PORTADA PÁGINA WEB REGISTRO RICA

www.registorica.org



¡ Muchas gracias!