

Alrededor de 350 expertos asistirán a la XIX Reunión de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular que la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) celebra en Oviedo

La SEMI advierte de que la prevalencia de la insuficiencia cardíaca está aumentando a causa, en parte, de la hipertensión arterial de larga evolución mal controlada y del envejecimiento de la población

- **Un adecuado control de factores de riesgo de estilo de vida como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad y el consumo excesivo de alcohol contribuyen a prevenir la insuficiencia cardíaca**
- **Actualmente, la mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca en la vida real son pluripatológicos y están polimedicados, por lo que una adecuada conciliación terapéutica es “primordial”**
- **La conferencia magistral se centra en una calculadora de riesgo de pacientes con IC a partir del estudio SENIORS y el registro RICA**

Oviedo, 30 de marzo de 2017. La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de ingreso en los servicios de Medicina Interna en España. En concreto, en 2013, la especialidad que más altas tuvo por IC fue Medicina Interna —más de 63.000—. Una cifra que representa casi un 10% del total de las altas de la especialidad.

Esta enfermedad lleva asociada una elevada mortalidad y una prevalencia que está incrementándose, a consecuencia principalmente de la hipertensión arterial (HTA) mal controlada y la cardiopatía isquémica, de larga evolución, en una población cada vez más envejecida. Además, la IC se acompaña con frecuencia de fibrilación auricular (FA). Dos enfermedades que se analizarán y desgranarán con detalle en la [XIX Reunión de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la Sociedad Española de Medicina Interna \(SEMI\)](#), que se celebra en Oviedo el 30 y 31 de marzo.

“La mayoría de los pacientes con IC y FA de la vida real tienen una edad elevada, varias comorbilidades y en muchos casos una situación de dependencia, lo que dificulta el tratamiento y complica el pronóstico. Para atender adecuadamente a este tipo de pacientes es imprescindible una atención integral de todas las comorbilidades. Este es el objetivo de las Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC (UMIPIC), basadas en Medicina Interna”, asegura el coordinador del Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la SEMI, el doctor Luis Manzano.

Para conseguir una continuidad asistencial adecuada, el experto considera muy importante la implicación de Enfermería, la colaboración con los servicios de Cardiología, Urgencias, Atención Primaria, el Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, la coordinación con los trabajadores

sociales y el compromiso y colaboración de los familiares y pacientes. “El reto es conseguir una adecuada coordinación entre todos estos agentes”, agrega el especialista.

Actualmente, muchos de los pacientes con IC son pluripatológicos y están polimedificados, de modo que una adecuada conciliación terapéutica es absolutamente primordial. Al tratarse de enfermos con un elevado número de descompensaciones, está demostrado que una adecuada educación en conceptos básicos de IC, un régimen flexible de diuréticos y una estrecha relación con el equipo asistencial, “reduce de forma sustancial la frecuentación hospitalaria, que no solo implica un consumo de recursos sanitarios considerable, sino que supone un deterioro físico y funcional que impacta muy negativamente en la calidad de vida del paciente”, asegura el doctor Manzano.

En este punto, el facultativo destaca que “la figura de la enfermería ha demostrado ser una de las medidas más eficientes al coordinar la transición entre atención hospitalaria y el manejo en el domicilio, identificar errores en la toma de la medicación, detectar barreras en las visitas domiciliarias, educar en aspectos básicos de esta enfermedad y ofrecer un apoyo constante y un seguimiento estrecho tanto al paciente, como a su entorno socio-familiar”.

Desde la SEMI se hace hincapié en que para abordar correctamente una patología como esta, se debe constituir un equipo multidisciplinar compuesto principalmente por Enfermería, Cardiología, Medicina Interna y Atención Primaria. Algo que permitirá garantizar la necesaria continuidad asistencial, en donde también pueden estar implicadas otras especialidades.

Los retos para el futuro y los hitos de 2016 del Grupo de ICyFA

Una de las principales preocupaciones que tienen los internistas es que, como se comentaba anteriormente, la prevalencia de la IC no deja de aumentar en gran parte derivada de la HTA mal controlada y la cardiopatía isquémica, de larga evolución, en una población cada vez más envejecida.

“Estas enfermedades son las principales causas de IC y aún existe una insuficiente concienciación entre la población general de la importancia de establecer medidas preventivas eficaces, mediante el control de los factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, la presión arterial, el colesterol y la diabetes mellitus, entre otros”, precisa el especialista, quien incide en que es necesario incrementar las campañas de difusión del conocimiento entre la población general e implementar medidas que ayuden a los médicos a mejorar el control de estos factores de riesgo.

Respecto a las aportaciones científicas de Medicina Interna en el ámbito de la IC, el Registro RICA ha sido, y sigue siendo, “una importante fuente de información en pacientes de edad avanzada, con numerosas publicaciones en el último año, donde los resultados de las Unidades del programa UMIPIC han confirmado una gran eficacia para reducir ingresos”, continúa el experto.

Por otra parte, el Grupo de Trabajo de IC y FA está llevando a cabo el ensayo clínico CLOROTIC, financiado por la Fundación de la SEMI, sobre el uso de diuréticos en pacientes hospitalizados con IC, cuyo diseño ya ha sido publicado. Además de la contribución de la SEMI a la formación continuada mediante cursos y másteres en IC y FA, la Sociedad y la SEC han elaborado diferentes

documentos de consenso, y han suscrito una propuesta conjunta para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardiaca en relación con programas y unidades de IC, que redundará en una mejor atención a los enfermos.

Los avances en el tratamiento de la IC con fracción de eyección reducida –menor del 40 %- han sido considerables en las últimas décadas, no solo en cuanto al tratamiento farmacológico, sino también respecto a la implantación de dispositivos. La mortalidad en estos pacientes, aunque aún sigue siendo elevada, ha disminuido significativamente, lo que contribuye también al incremento de la prevalencia global de la IC.

Sin embargo, la IC con fracción de eyección preservada -igual o superior del 50%- supone un número cada vez mayor de pacientes, que son los de más edad y padecen más comorbilidades, para los que no existe un tratamiento específico de la IC. Esta es una de las principales dificultades que tienen los internistas, ya que es el tipo de IC que atienden fundamentalmente.

El envejecimiento de la población está originando la aparición, cada vez más frecuente, de estenosis aórtica que, cuando es severa, no tiene otra opción terapéutica que el recambio valvular. Algo “imposible, en muchas ocasiones, en pacientes ancianos pluripatológicos, para los que la implantación de una válvula percutánea (TAVI) es una alternativa”, recalca el facultativo, quien agrega que el envejecimiento también está provocando que la amiloidosis cardiaca senil por transtiretina sea una entidad cada vez menos rara, para la que recientemente se ha validado un esquema diagnóstico que evita la biopsia.

Guías de práctica clínica y registro RICA

La publicación de las guías europeas de IC y de FA, en mayo y agosto respectivamente, supone una actualización en el conocimiento de ambos temas. Se ha reclasificado la IC con el establecimiento de un nuevo grupo cuando la fracción de eyección está entre 40% y 49% —rango intermedio—, cuyas bases etiológicas y de tratamiento son aún inciertas.

El doctor Manzano subraya que continúa habiendo una asignatura pendiente con la IC con fracción de eyección preservada —mayor o igual del 50%—. “Para avanzar en el manejo de estos pacientes es necesario mejorar la comprensión de sus mecanismos fisiopatológicos y poder desarrollar esquemas terapéuticos eficaces”, apostilla

La novedad farmacológica más importante en IC es la incorporación de sacubitrilo/valsartán, en sustitución de IECA o ARAlI, al tratamiento de pacientes con fracción de eyección -menor o igual del 35%-, que continúan sintomáticos a pesar de un tratamiento óptimo.

En cuanto a las guías europeas de FA, el especialista insiste en algo tan sencillo como el cribado oportunista, mediante la toma del pulso a pacientes mayores de 65 años, ya que permite detectar FA asintomática, la cual ha de ser confirmada a través de ECG. Otra de las novedades que recogen estas guías es la recomendación de abandonar el término “FA no valvular” y hacer referencia a la lesión específica subyacente.

Además, las guías europeas de FA recomiendan evitar el uso de ácido acetilsalicílico y la asociación de antitrombóticos, para la prevención del ictus, salvo que exista una indicación específica para la antiagregación. Por otra parte, establecen una preferencia de los anticoagulantes orales de acción directa sobre los anti-vitamina K.

El proyecto de evaluar una calculadora de riesgo en pacientes con IC a partir del estudio SENIORS y el registro RICA es una continuación del programa de colaboración entre el Grupo de Trabajo de IC y FA y el Profesor Flather del Reino Unido. Dicho programa de colaboración se inició en el año 2008 que contribuyó al subestudio SENIORS sobre predictores pronósticos, publicado en el año 2011 en la revista *European Journal of Heart Failure*.

“En este trabajo se establecía una escala de riesgo para la mortalidad y reingresos de los pacientes con IC. En el año 2011, tuvo continuidad el programa de colaboración con el Profesor Flather, aplicando dicha escala de forma simplificada en la cohorte del registro RICA, que dio lugar a otra publicación en el año 2015 en la revista *International Journal of Cardiology*”, explica el especialista, quien concluye que el proyecto actual consiste en desarrollar una calculadora de riesgo sobre la base del estudio mencionado del RICA, que sea de utilidad a los médicos en su práctica clínica habitual y les permita estimar el riesgo del paciente con IC de muerte o reingreso a un año.

Más información de la **Sociedad Española de Medicina Interna** (SEMI) en www.fesemi.org

Para más información:

Berbés Asociados: María Gallardo / Isabel Torres - 91 563 23 00
mariagallardo@berbes.com/isabeltorres@berbes.com