



**LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN,
COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS
DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA
CARDIACA EN MEDICINA INTERNA**



LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

ÍNDICE

COMUNICACIÓN

ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE MÉTODOS SIMPLES POR ECOCARDIOSCOPIA	3
---	----------

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO DOCENTE: ROTACIÓN EN UNIDADES DE MANEJO INTEGRAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA (UMIPIC) PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA	5
---	----------

EVALUAR LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES SANITARIAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA: PROTOCOLO PARA UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO	7
--	----------

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	8
--	----------

CASOS CLÍNICOS

ESTABILIDAD CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA, ¿LO INTENTAMOS?	9
--	----------

DISNEA DE ESFUERZO EN VARÓN DE 47 AÑOS	10
---	-----------





COMUNICACIÓN

ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE MÉTODOS SIMPLES POR ECOCARDIOSCOPIA

D. Lourdo¹, A. Cortés Troncoso¹, M. Mateos González¹, I. Casado López¹, L. Roteta García¹, R. González Davia², J. A. Blanco Cabello³, G. García De Casasola¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Cristina. Parla, Madrid

OBJETIVOS

Valorar la fiabilidad del desplazamiento vertical del anillo mitral (MAPSE), distancia E-tabique (punto e) y fracción de acortamiento-método Teicholtz realizada por médicos no cardiólogos para estimar la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, de tipo transversal en el que se incluyen pacientes con edad > 18 años e indicación de cardiiorresonancia.

A todos los enfermos se les realiza antes de la cardiiorresonancia:

- Ecocardioscopia por parte de un médico no cardiólogo para cuantificar el MAPSE, el punto e, la fracción de acortamiento- método Teicholtz.
- Ecocardiograma reglado por un cardiólogo experto para cuantificar la FEVI mediante el método SIMPSON Los ecocardiogramas reglados son realizados por un cardiólogo experimentados (ecógrafo PHILIPS iE33).

Las ecocardioscopias son realizadas un médico no cardiólogo con formación en ecocardioscopia (realización de 150 ecografías supervisadas; ecógrafo portátil Esaote MyLab Alpha).

Los estudios ecográficos deberán ser ejecutados de forma independiente por los investigadores antes de la realización de la cardio-resonancia. Ninguno de ellos tendrá acceso a la historia clínica del paciente y no deberá conocer la indicación de cardiiorresonancia ni los resultados de estudios ecocardiográficos previos.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 21 pacientes, con edad media 47.95 años; siendo un 71,43% varones.

La estimación de la FEVI tanto por método Teichholz - fracción de acortamiento como en la medida del MAPSE lateral, en correlación con los resultados obtenidos por cardio-RM, presentó un coeficiente de correlación de Spearman mejor al comparar los resultados obtenidos por ecocardiografía reglada que en ecocardioscopia.

Sin embargo, las mediciones del punto e por ecocardioscopia, presentaron mejor correlación (negativa) que la obtenida por ecocardiografía reglada.

LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

C. Spearman punto e ecocardiografía vs RM: $-0,539$; $p=0,031$

C. Spearman punto e ecocardiografía vs RM: $-0,692$; $p=0,003$

La FEVI obtenida por método Simpson por parte del servicio de cardiología, presentó una correlación excelente con los resultados de la cardio RM ($0,927$; $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

Aunque el método más fiable para estimar la FEVI mediante ecocardiografía transtorácica es el método Simpson, la estimación del punto e puede constituir una buena alternativa.





PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO DOCENTE: ROTACIÓN EN UNIDADES DE MANEJO INTEGRAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA (UMIPIC) PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Ll. Soler Rangel¹, M. L. López Reboiro², M. R. López Buitrago³, J. Pérez Silvestre⁴, J. M. Cerqueiro⁵

¹Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

²Hospital Comarcal Monforte de Lemos. Lugo

³Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante

⁴Hospital General Universitario de Valencia

⁵Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra

JUSTIFICACIÓN

La formación en Insuficiencia cardiaca (IC) es esencial en la residencia de Medicina Interna, puesto que es uno de los diagnósticos más frecuentes que se manejan y la primera causa de ingreso. Sin embargo, la mayoría de la formación en IC se hace en unidades de hospitalización, cuando los pacientes ingresan por IC descompensada. Esta formación es insuficiente en una medicina moderna, multidisciplinar y centrada en el paciente, cuyo primer objetivo y logro es precisamente evitar las hospitalizaciones. Por eso, desde la SEMI y desde las UMIPIC, se pretende lanzar una oferta a los residentes mayores de Medicina Interna, para completar su formación en IC a través de una rotación en una de estas unidades.

Para ello, se realiza esta propuesta de trabajo, con los siguientes

OBJETIVOS

- Homogeneizar la oferta docente entre las UMIPIC de modo que se garanticen contenidos asistenciales, teóricos y de investigación comunes para todas las Unidades
- Conseguir una mejor formación de los residentes de Medicina Interna en IC, lo que a largo plazo repercutirá en una mejor atención a los pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

- Elaboración un Programa de rotación común a las Unidades. En la elaboración del documento han participado facultativos con experiencia en UMIPIC de cinco hospitales.
- Oferta a las UMIPIC, a través de la página web de SEMI y del Grupo de Insuficiencia Cardiaca y FA, para inscribirse como unidades docentes. Pueden participar Unidades de toda España, y se ha establecido como requisito disponer de Unidad monográfica de Insuficiencia cardiaca reconocida como Unidad avanzada, sobre la base del documento de acreditación SEMI-Excelente.
- Publicación en la página web de la SEMI del Programa y el listado de UMIPIC que reciben rotantes, para que esté a disposición de los residentes interesados. Se recomienda que la rotación sea de dos a tres meses y en el periodo de R4.

LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

- Se recogerán los datos sobre las rotaciones realizadas (número de residentes, Unidades de destino, grado de satisfacción de los residentes con la rotación), de modo que se pueda evaluar su utilidad e interés, así como realizar de forma dinámica las mejoras que se estimen pertinentes

FINANCIACIÓN

No precisa





EVALUAR LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES SANITARIAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA: PROTOCOLO PARA UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

B. Herreros Ruiz-Valdepeñas¹, M. Martín Rios², C. Guijarro¹, T. Velasco³, M. Mendez³, B. Sánchez Sauce¹

¹*Servicio Medicina Interna Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Alcorcón, Madrid*

²*Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

³*Servicio de Intensivos de Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid*

INTRODUCCIÓN

Con la Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias se establece un proceso deliberativo de reflexión entre los profesionales sanitarios, el enfermo y sus allegados, para que el enfermo pueda tomar las decisiones que conciernen a su salud y que sus decisiones sean respetadas. Hasta este momento no se ha medido si la Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias es eficaz y, por tanto, si realmente cumple con su cometido.

OBJETIVOS

El principal objetivo del estudio es evaluar la eficacia de un Programa de Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias (PPADS) en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada. Los objetivos secundarios son analizar la repercusión del programa en la calidad de vida y de muerte de los pacientes, el grado de satisfacción y el impacto de PPADS en el cuidador del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico con pacientes de la consulta de insuficiencia cardiaca de medicina interna de cuatro hospitales de Madrid. El procedimiento de asignación de los pacientes a los grupos (control vs intervención) se realizará por muestreo aleatorio. Al grupo de intervención se le aplicará el PPADS, mientras que en el Grupo Control se realizará el seguimiento habitual en la consulta de insuficiencia cardiaca. Tras un seguimiento de 12 meses, se volverán a realizar los cuestionarios y los test relacionados con los objetivos del estudio, incluido el Test PAM (PatientActivationMeasure), que mide la activación a través de la participación y autogestión del paciente en la toma de decisiones y un check-list de comprobación de los deseos del paciente. Estos dos parámetros, participación del paciente en la toma y cumplimiento de sus deseos, permiten calibrar si un PPADS está siendo realmente eficaz.

LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK LIST PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Farid-Zahran Osuna, C. Cano, L. Dans, C. Cuervo, R. Iguarán,
M. J. Rodríguez, M. Méndez, E. Calvo
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Nuestro proyecto de investigación a presentar está dirigido a evaluar el impacto clínico que puede tener la implantación de un check-list para la planificación del alta y el seguimiento precoz de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (IC) en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos. La metodología de la implantación de este check-list viene definida por las siguientes acciones:

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermería e internistas.
2. Identificación del paciente con IC por parte del médico responsable.
3. Evaluación integral básica a través de la escala PROFUND.
4. Identificación de los factores desencadenantes y de la etiología de la IC aguda.
5. Descongestión al alta (con escala EVEREST y ecografía pulmonar).
6. Optimización del tratamiento farmacológico de la enfermedad.
7. Intervención educativa básica y detección de signos de alarma.
8. Aviso a enfermería de enlace para coordinar la planificación de alta.
9. Identificación del escenario de seguimiento al alta: (Atención Primaria, Consulta UMPIC-Hospital de Día, Hospitalización a domicilio, Paliativos, Cardiología).
10. Proporcionar un teléfono de contacto en caso de descompensación.

Nuestra dinámica de trabajo diaria consistió en identificar al paciente por parte del médico responsable del área médica, y planificar el alta en coordinación con enfermería de planta y de enlace. Además de esta acción multidisciplinar, se planificó el seguimiento precoz de los pacientes antes de los 7-10 primeros días tras el alta: en el ámbito de Atención Primaria o de nuestro centro hospitalario. La enfermería de enlace también realizó una llamada a las 48 horas tras el alta a todos los pacientes para detectar signos de descompensación de la enfermedad. Se realizaron reuniones multidisciplinarias semanales, y posteriormente quincenales, con médicos internistas y enfermeras para dar seguimiento al proceso asistencial. Se auditó por parte de dos médicos externos a la intervención las características clínicas de los pacientes incluidos en el programa de check-list. Se evaluó el grado de mortalidad intrahospitalaria y de reingreso precoz.





CASOS CLÍNICOS

ESTABILIDAD CLÍNICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA, ¿LO INTENTAMOS?

A. M. Lizcano Lizcano¹, M. C. Lázaro Bermejo¹, J. M. Arizón Muñoz²,
M. T. Salcedo Peris³, J. Á. Simancas Carrión⁴

¹*Servicio Medicina Interna-Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

²*Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

³*Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

⁴*Centro de Salud Área de Ciudad Real.*

Varón de 87 años con hipertensión arterial esencial, anticoagulado con acenocumarol por enfermedad tromboembólica no estudiada en 2018, enfermedad renal crónica estadio III por nefroangioesclerosis, poliartritis con prótesis de cadera derecha e hipertrofia prostática. Revisiones en Cardiología desde 2011 por insuficiencia mitral moderada degenerativa por prolapso valvular y FEVI conservada con rechazo de Cirugía por el paciente, básicamente clase funcional NYHA II-III, estadio AHA-C, buen nivel cognitivo y vida activa. Tratamiento crónico con enalapril, hidroclorotiazida y acenocumarol.

Ingresa en Octubre 2018 por insuficiencia cardíaca izquierda asociada a insuficiencia mitral e hipertensión pulmonar severa con disfunción sistólica (FEVI 30%), precisando soporte inotrópico con dobutamina por bajo gasto cardíaco y posteriormente ciclo de levosimendan, obteniendo una buena respuesta clínica que permitió durante el ingreso adecuación de esquema farmacológico con inicio de sacubitrilo valsartán 24/26 mg cada 12 horas, betabloqueante y diurético a dosis bajas, dado de alta a domicilio en condiciones de estabilidad clínica.

Posteriormente ha continuado en régimen de seguimiento ambulatorio por Medicina Interna en coordinación con Atención Primaria y recibe ciclos programados en Hospital de Día Médico de Levosimendan cada 3-4 semanas, con buena respuesta clínica, manteniendo una adecuada calidad de vida y libre de ingresos en estos 4 meses a pesar de la situación cardiológica tan avanzada. Sabemos que la prevalencia de insuficiencia cardíaca es muy elevada en población anciana así como su infrarrepresentación en ensayos clínicos; no obstante, este caso refleja la respuesta a un control terapéutico optimizado en base a los esquemas de tratamiento actuales y la labor del abordaje integral en programas multidisciplinares coordinados entre distintos niveles asistenciales.

LIBRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS DE LAS III JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

DISNEA DE ESFUERZO EN VARÓN DE 47 AÑOS

L. Roteta García, I. Casado López, A. Cortés Troncoso, M. Mateos González,
D. Lourdo, G. García de Casasola

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla,
Madrid.*

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 47 años con los siguientes antecedentes personales:

No alergias a medicamentos.

No factores de riesgo cardiovascular conocidos. No fumador. Consumo ocasional de cocaína hace 4-5 años. Bebedor de 10-20 gramos de alcohol al día.

No problemas médicos relevantes. No antecedentes familiares de interés.

No sigue ningún tipo de tratamiento médico de forma habitual

HISTORIA ACTUAL

En los últimos 3-4 meses astenia y disnea de grandes esfuerzos. Durante la última semana disnea progresiva que se hizo de pequeños esfuerzos con ortopnea y algún episodio de disnea paroxística nocturna. No edemas, no dolor torácico, no síncope.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 175/105 mmHg, afebril, SO₂ basal 93%. Eupneico en reposo. Frecuencia cardíaca: 74 lats/min. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos. Extremidades sin edemas. n: murmullo vesicular conservado. Auscultacireposo. Frecuencia cardíaca: 74 lats/min. Auscultaci

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES

Hemograma, coagulación, bioquímica básica normales.

PCR < 5 mg/dL; troponina I normal; proBNP 1301 pg/MI

ECG: ritmo sinusal, bloqueo de rama izquierda

Rx tórax: cardiomegalia, redistribución vascular.

Se realizó una ecografía clínica multiórgano que proporcionó datos muy relevantes que sirvieron para orientar el diagnóstico y el tratamiento del paciente.





**© 2020 Obra: Libro de Proyectos de Investigación, Comunicaciones
y Casos Clínicos de las III Jornadas de Atención
Multidisciplinar de Insuficiencia Cardíaca en Medicina
Interna**

Todos los derechos reservados.

Editado por S&H Medical Science Service, S.L.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.

ISBN: 978-84-09-19076-8



S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

S&H Medical Science Congress, S.L.
C/ Espronceda, 27 - Entreplanta. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 535 70 52
E-mail: congresos@shmedical.es
Página Web: www.shmedical.es