



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

8-9 FEBRERO 2019
HOTEL TRYP ATOCHA
MADRID



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

ÍNDICE

CASOS CLÍNICOS

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
DE CAUSA INUSUAL 4

ENDOCARDITIS Y UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS
DESDICHAS 6

COMUNICACIONES

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
BIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE
INGRESAN POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA
CARDÍACA EN FUNCIÓN DE LA MORTALIDAD DURANTE EL
PRIMER MES TRAS EL INGRESO. RESULTADOS DEL ESTUDIO
MULTICÉNTRICO PREDICE 8

IMPACTO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA
CARDÍACA AGUDA 10

PREVALENCIA DE PLURIPATOLOGÍA EN UNA UNIDAD
DE INSUFICIENCIA CARDÍACA – E LA PERSPECTIVA DE
UN INTERNISTA 12

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA Y TERAPÉUTICA MEDIANTE
LA ESCALA PROFUND EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS
CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. REGISTRO PROFUND-IC 14

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA GUIADA POR ECOGRAFÍA
PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA CRÓNICA (ESTUDIO EPICC) 15



ECOGRAFÍA CLÍNICA MULTIÓRGANO COMO
HERRAMIENTA PARA CATEGORIZAR FENOTIPOS
ECOGRÁFICOS EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA
CARDIACA AGUDA O CRÓNICA AGUDIZADA.
ESTUDIO FEICA

16

ESTRATEGIA RESTRICTIVA VS LIBERAL DE TRANSFUSIÓN
DE HEMOCONCENTRADOS EN PACIENTES CON ANEMIA E
INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. HEMOCONCENTRADOS
EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ESTUDIO HEMICA)

18



LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

CASOS CLÍNICOS

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DE CAUSA INUSUAL

D. Paredes Ruiz, R. Martínez Porqueras, C. Arévalo Cañas,
M. Carnevali Frías, D. Galindo Rodríguez, Javier Mateo Flores,
M. A. Verdejo Gómez y Ángel Coto López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

CASO

Varón de 89 años con buena situación funcional, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva con función sistólica conservada, EPOC moderado y melanoma lentiginoso acral con satelitosis en pie derecho que requirió amputación de IV y V dedos, con evidencia de recidiva local reseada tres meses antes al episodio actual. Como tratamiento habitual recibe ramipril, furosemida, atorvastatina, acenocumarol y broncodilatadores inhalados. Consulta en Urgencias por deterioro de clase funcional y aumento de edemas de miembros inferiores de una semana de evolución. A la exploración física destaca hipotensión sin taquicardia, trabajo respiratorio y estado de anasarca. TA 90/50 mmHg, FC 75 lpm, taquipneico, SpO₂ 88% con oxígeno aire ambiente. En el ECG se evidencia ritmo de fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada con bajo voltaje, y en la radiografía de tórax, se objetiva cardiomegalia y datos de congestión.

Análíticamente destaca deterioro de función renal con creatinina de 2 mg/dl (función previa conservada), hiperkalemia de 5.67 mEq/l, hipoalbuminemia de 3.18 g/dl, perfil hepático normal, anemia de trastorno crónico estable (Hb 8.2 g/dl) y leve sobredosificación de acenocumarol (INR 3.65), sin elevación de reactantes de fase aguda, orina sin hallazgos. Se realiza ecocardiograma transtorácico urgente que evidencia derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico, por lo que se realiza pericardiocentesis urgente, obteniendo líquido pericárdico de características serohemáticas (hematíes 1390783 céls/ μ L, leucocitos 2329 céls/ μ L, polimorfonucleados 20 %, mononucleados 80 %, glucosa 179 mg/dl, proteínas 4.81 g/dl, LDH 876 U/l), sin evidencia de células malignas ni aislamientos microbiológicos. Tras optimización de terapia diurética presenta progresiva disminución de semiología congestiva, y normalización de función renal. En estudio analítico ampliado destaca perfil tiroideo, autoinmunidad, marcadores tumorales y



estudio inmunoelectroforético normales. Considerando posible recidiva de melanoma acral con diseminación pericárdica, se realiza TC tóraco-abdomino-pélvico sin evidencia de datos de extensión. En la ecocardiografía postpericardiocentesis se evidencia mínimo derrame pericárdico residual, ventrículos no dilatados con hipertrofia severa concéntrica biventricular, sin obstrucción dinámica, con restricción del llenado, función sistólica conservada; aurículas moderadamente dilatadas; válvulas sin alteraciones. En ECG persisten bajos voltajes. Se realiza una prueba que resulta diagnóstica.



LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

ENDOCARDITIS Y UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS

S. Moragón Ledesma¹ y A. E. García-Espona Pancorbo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

CASO


Paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada con Acenocumarol, EPOC, SAOS con CPAP domiciliar e insuficiencia cardíaca crónica con FEVI preservada. Ingreso prolongado reciente con diagnóstico de endocarditis por *Enterococcus faecium*. Deterioro cognitivo leve secuela de ictus previo, por lo que depende de su marido. Fumadora de un paquete diario y sin alergias conocidas.

Acude a urgencias por fiebre de 38°C asociada a aumento de ortopnea. A la exploración se observan edemas con fóvea que se extienden caudalmente desde ambas rodillas. A la auscultación cardiopulmonar, ritmo cardíaco irregular y soplo sistólico. Crepitantes en hemitórax derecho hasta lóbulo medio. Ingurgitación yugular con reflejo hepatoyugular positivo. Analíticamente, signos de infección con mal control de INR y elevación de Nt-proBNP. Radiológicamente derrame pulmonar derecho. Por tanto, se decide ingreso.

Ecocardiográficamente se evidencian signos de endocarditis. En PET-TC, aumento de captación en unión mitro-aórtica y presencia de émbolos sépticos a nivel esplénico. Es valorada por cirugía cardíaca siendo desestimada para tratamiento quirúrgico por comorbilidad. Se decide tratamiento diurético con Furosemida y antibioterapia intravenosa con Ampicilina y Ceftriaxona.

La paciente presenta tres episodios de desaturación nocturna en relación con mala tolerancia a la CPAP, por lo que se ajusta sin presentar más episodios. Analíticamente, glucemias elevadas y valores de hemoglobina glicosilada compatibles con diabetes mellitus, por lo que se inicia insulino terapia permaneciendo las glucemias en rango. Se suspende Acenocumarol por mal control de INR y se decide anticoagulación con Apixaban, sin sangrado evidente.





Gasométricamente se identifica alcalosis metabólica e hipopotasemia leve, por lo que se descende la dosis de Furosemida y se administra cloruro potásico. A la tercera semana, se registra pico febril de 39°C asociado a aislamiento de *Pseudomona pútrida* en urocultivo, por lo que se amplia cobertura durante una semana con Ampicilina, Imipenem y Tobramicina.

A las seis semanas, la paciente se muestra hemodinámicamente estable y afebril. A la exploración persiste el soplo sistólico, con murmullo vesicular conservado en todos los campos pulmonares. No se observan edemas en miembros inferiores. Analíticamente se normalizan los valores gasométricos y bioquímicos. Radiológicamente desaparece la captación a nivel esplénico en el PET-TC y no se observa derrame radiografía de tórax. Por ello se decide alta hospitalaria con seguimiento analítico y ecocardiográfico a nivel ambulatorio.



LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

COMUNICACIONES

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE INGRESAN POR UN PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FUNCIÓN DE LA MORTALIDAD DURANTE EL PRIMER MES TRAS EL INGRESO. RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDICE

Á. Torralba Morón¹, D. Lora Pablos², A. Gómez de la Cámara²,
F. J. Medrano Ortega³, M. A. Navarro Puerto⁴ y J. M. Guerra Vales^{1,2}

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

²Instituto de Investigación i+12. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, biológicas y demográficas de pacientes ingresados por un primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC), y determinar la posible existencia de diferencias en función de su tasa de mortalidad a un mes.

MATERIAL Y MÉTODOS

PREDICE [Predicción de Desenlace en Insuficiencia Cardíaca en España (FIS 07/0945)] es un estudio multicéntrico observacional de cohorte histórica en el que participan los Hospitales Virgen del Rocío y Nuestra Señora de Valme de Sevilla, y 12 de Octubre de Madrid. Incluye 600 pacientes mayores de 18 años ingresados por un primer episodio de IC entre el 1/1/2003 y el 31/12/2006. Se recogieron características sociodemográficas, biológicas, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico fisiopatológico, tratamiento administrado y mortalidad y reingreso 1, 3 y 12 meses tras el ingreso.

Expresamos las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas y comparamos su significación estadística con el test Ji-Cuadrado o Test Exacto de Fisher para tablas de contingencia. Expresamos las variables cuantitativas como media y desviación estándar y comparamos la significación estadística con el test T-Student, o Mann-Whitney en caso de no cumplir la normalidad. Se considera significación estadística $p < 0,05$.



RESULTADOS

Se produjeron 39 (6,5%) fallecimientos en el primer mes tras el ingreso. Los pacientes fallecidos presentaban mayor edad media (79,8 vs 73,1 años; $p<0,01$), mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) (25,6% vs 11,6%; $p=0,02$), hiponatremia (30,8% vs 15,3%; $p=0,01$) y anemia (61,5% vs 36,2%; $p<0,01$), y mayor puntuación en la escala CHA₂DS₂-VASc (3,9 vs 3,1; $p<0,01$) y en el Índice de Charlson (6,7 vs 4,9; $p<0,01$). Al ingreso, presentaban menor cifra de hemoglobina (Hb) (11,7 vs 12,9 gr/dl; $p<0,01$) y aclaramiento de creatinina (CrCl) (51,4 vs 75,1 ml/min; $p<0,01$). Presentaban además menor frecuencia de independencia para las actividades básicas (74,4% vs 90,6%; $p<0,01$) e instrumentales (64,1% vs 88,4%; $p<0,01$) de la vida diaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al igual que en estudio previos con pacientes ingresados por descompensación de IC, la presencia de edad avanzada, ERC, anemia, hiponatremia y cifras bajas de Hb y CrCl al ingreso; se asocian con mayor mortalidad al mes en nuestros pacientes ingresados por un primer episodio de IC.

LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

IMPACTO DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

R. A. Martín Sánchez, C. M. Cano de Luque, C. Chocrón Benbunan,
A. Calvo Elías, E. Dubón Peralta, T. López Caballero, E. Calvo Manuel y
M. Méndez Bailón

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

OBJETIVOS

Generalmente, los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) requieren de anticoagulación para el tratamiento de otras comorbilidades como la fibrilación auricular. El objetivo es evaluar el impacto de la labilidad del INR, definida como tiempo terapéutico en rango menor del 60% en los últimos 6 meses (TTR<60%), en pacientes diagnosticados de IC que presentaron un efecto adverso relacionado con la anticoagulación oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y transversal de 180 pacientes hospitalizados en el Complejo Clínico San Carlos, durante el periodo comprendido entre enero de 2016 hasta julio de 2018. Todos presentaron como diagnósticos IC y reacción adversa a anticoagulación oral con Acenocumarol (sobredosificación, infradosificación, hemorragia o trombosis), y fueron divididos en dos grupos en función de si presentaban TTR<60% o no. Se recogieron características clínicas (CHADSVASC, HASBLED), analíticas (INR, hemoglobina, filtrado glomerular según la fórmula CKD-EPI), terapéuticas y pronósticas (reingreso a los 30 días, mortalidad), y se compararon entre los dos grupos descritos. Se realizó un análisis bivariante con T de Student y Chi-cuadrado, empleando SPSS v23 (significación estadística de $p<0,05$).

RESULTADOS

De los 180 pacientes, la media de edad fue de 82 años, el 56% fueron mujeres y el 52,8% presentaron TTR<60%. Los pacientes con TTR<60% tuvieron mayor puntuación de CHADSVASC (4,8 vs 4,4; $p=0,09$) y HASBLED (4.1 vs 2.7; $p<0,05$), mayor valor de INR en el momento del evento (5.8 vs 4.7; $p<0,05$), menor de hemoglobina (11.6 vs 12.8; $p=0,09$) y de filtrado glomerular (48,7 vs 51; $p=0,501$). También, presentaron mayor tasa de reingreso a los 30 días (24,2% vs 14,1%; $p=0,06$) y de mortalidad (69,2% vs 30,8%; $p=0,173$). Se mantuvo el tratamiento con Acenocumarol al alta en el 52,6% de los pacientes con TTR<60%.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este registro de pacientes diagnosticados de IC aguda y reacción a adversa a Acenocumarol, el TTR<60% se asoció a mayor riesgo de sangrado, INR en el momento del evento y tasa de ingreso precoz. Además, en más de la mitad de los pacientes con TTR<60% se mantuvo el tratamiento con Acenocumarol al alta. Sería recomendable el plantear sólo el cambio a anticoagulantes de acción directa en este tipo de pacientes.



LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

PREVALENCIA DE PLURIPATOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA – E LA PERSPECTIVA DE UN INTERNISTA

M. Rafael Marques¹, H. Gonçalves², J. Calvão², R. Bover³, J. Goirigolzarri³ y M. Mendez Bailon³

¹Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Vila do Conde, Portugal.

²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal.

³Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de pluripatología en una Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC), definir las características de los pacientes pluripatológicos (PP) y su estratificación pronóstica según el índice PROFUND y Seattle.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los pacientes observados en la consulta de Insuficiencia Cardíaca (IC) de la UIC de un hospital de tercer nivel por un período de 6 semanas. Fueron incluidos 246 pacientes con diagnóstico de IC clase funcional New York Heart Association (NHYA) II-IV. Se registraron las comorbilidades, las categorías definitorias de PP y los índices de Charlson y Seattle. En los PP se analizó además el PROFUND. Resultados: Los pacientes presentaron una media de $75 \pm 11,9$ años de edad, de los que 104 (42,3%) fueron mujeres; 118 (48%) fueron pluripatológicos, con un índice de Charlson $7,9 \pm 3,8$ y PROFUND $3,4 \pm 3,7$. De las categorías definitorias de pluripatología la más prevalente fue la categoría A (118, 100%), seguida de la categoría B (82; 33,3%) y la categoría C (31; 12,6%). Comparados con el resto, los PP fueron mayores (77 vs. 73 años, $p=0,001$), más frágiles y presentaron mayor limitación funcional (Barthel: 84,7 vs. 96,1, $p<0,001$). Además, tuvieron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, así como de las enfermedades crónicas recogidas, e ingresaron más por IC (14,4 vs. 4,7, $p=0,015$). La etiología más frecuente responsable de la IC fue la cardiopatía isquémica. Los PP presentaron mayor severidad de sintomatología con clases NHYA III-IV (4,2 vs. 0,8, $p<0,001$), NT-proBNP más elevados (2985 vs. 1780, $p=0,013$) y FEVI más reducida (45,7 vs. 47,5, $p=0,31$). Los fármacos más utilizados fueron los bloqueadores beta (75,6%). Se verificó una concordancia en la estimativa de mortalidad entre el PROFUND y el Seattle.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra la elevada prevalencia de PP en una UIC, reflejando una mayor sobrecarga asistencial y necesidad de cuidados más complejos. Los PP define un grupo de población con gran fragilidad, dependencia funcional y asociación de comorbilidades, que obliga a plantear un abordaje más eficaz en el tratamiento multidisciplinar con estrategias para el control del riesgo cardiovascular y de las enfermedades crónicas asociadas. El índice PROFUND es una herramienta útil en el manejo clínico y planificación sanitaria del paciente pues permite agrupar a los PP según el riesgo estimado de mortalidad.



LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA Y TERAPÉUTICA MEDIANTE LA ESCALA PROFUND EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. REGISTRO PROFUND-IC

M. Mendez Bailon¹ y B. Sánchez Sauce²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población se ha producido un aumento de una población con enfermedades crónicas concomitantes, los pacientes pluripatológicos. Los pacientes pluripatológicos constituyen una población homogénea con unas características clínicas definidas en estudios previos. La pluripatología tiene un impacto en el pronóstico, en la capacidad funcional y genera una mayor susceptibilidad y fragilidad clínica que conlleva a una frecuente demanda de atención por agudizaciones, lo que conduce a un deterioro progresivo de su autonomía y calidad de vida. El establecimiento de un pronóstico certero constituye uno de los objetivos primordiales en la práctica asistencial ya que permite al paciente y familiares organizar sus preferencias y prioridades y al clínico nos resulta útil en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, evitando así la iatrogenia y pudiendo planificar un estrategia de cuidados paliativos.

OBJETIVO PRINCIPAL

Realizar una estratificación de pacientes pluripatológicos cuya enfermedad principal sea insuficiencia cardiaca basándonos en la escala PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes multicéntrico con pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los servicios de medicina interna en un periodo de 6 meses. Una vez que el paciente sea incluido en el estudio se evaluará la escala PROFUND que estratifica a los pacientes pluripatológicos en cuatro grupos de riesgo al ingreso. Se recogerán parámetros epidemiológicos y clínicos de los pacientes. Se realizará un seguimiento al año de la mortalidad por todas las causas, evaluando el reingreso en menos 30 días, a los 6 meses y al año.



ESTRATEGIA TERAPÉUTICA GUIADA POR ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ESTUDIO EPICC)

R. A. Martín Sánchez, A. Calvo Elías, I. González Carrasco, E. Dubón Peralta, X. Rivas Regaira, F. J. Martín, E. Calvo Manuel y M. Méndez Bailón
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La congestión pulmonar (CP) es uno de los factores asociados al empeoramiento de la calidad de vida y aumento del riesgo de hospitalización y muerte en insuficiencia cardiaca crónica (ICC). En los últimos años la ecografía pulmonar (EP) ha demostrado una alta sensibilidad en la detección de CP en ICC. El objetivo de este ensayo es evaluar la eficacia del tratamiento guiado por EP en disminución de ingresos, reducción de hospitalizaciones y mortalidad en pacientes con ICC, frente al tratamiento convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, simple ciego, de evaluación de eficacia de un tratamiento guiado por signos ecográficos de congestión pulmonar y sistémica (valoración semicuantitativa de líneas B y derrame pleural), frente al tratamiento convencional, en pacientes en las 36 horas del alta de un episodio de IC aguda (ICA), en clase funcional II-IV de la New York Heart Association (NYHA). La variable de desenlace principal es la combinación de muerte de causa cardiovascular, nueva hospitalización o visitas a Urgencias por ICA durante 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permitirán consolidar la evidencias sobre el uso de la ecografía pulmonar en la monitorización del tratamiento de la IC.

LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

ECOGRAFÍA CLÍNICA MULTIÓRGANO COMO HERRAMIENTA PARA CATEGORIZAR FENOTIPOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA O CRÓNICA AGUDIZADA. ESTUDIO FEICA

I. Casado, Angel Crisolino, F. Deodati, G. García de Casasola,
J. C. Reparáz y J. Torres

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

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la descompensación aguda de la Insuficiencia Cardíaca (IC), las clasificaciones basadas en los fenotipos clínicos están cobrando auge en los últimos años debido a la implicación que ello tiene sobre la estrategia de tratamiento y el pronóstico. Existen en la literatura varias clasificaciones, como por ejemplo, la clasificación según perfiles hemodinámicos (A,B,L,C); o atendiendo a la fisiopatología del edema que distingue dos tipos: el redistributivo y el congestivo.

La ecografía clínica multiórgano es muy útil en el manejo del paciente con IC durante todas sus etapas: en el diagnóstico, en la descompensación e incluso para el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentarse con síntomas similares. Su utilización ha quedado demostrada en ensayos clínicos, posicionándose como una herramienta útil combinada con la exploración física, la radiografía de tórax y los péptidos natriuréticos, para el diagnóstico de descompensación.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es caracterizar mediante ecografía clínica pulmonar, cardíaca y de vena cava inferior los diferentes patrones/fenotipos ecográficos presentes en pacientes con IC aguda o crónica agudizada y analizar su posible relación con los diferentes perfiles clínicos. Como objetivo secundario se analizará el pronóstico de los pacientes (supervivencia y/o reingreso a 30 y 90 días) dependiendo del patrón/fenotipo ecográfico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo que se realizará en el Hospital Universitario Infanta Cristina.



Se realizará una valoración sistemática mediante ecografía clínica multiórgano (pulmonar, cardíaca y vena cava inferior), en la asistencia inicial, a los pacientes mayores de 18 que acudan al servicio de urgencias con sospecha de IC. Esta sospecha deberá ser confirmada de forma objetiva.

Serán criterios de exclusión: no firmar el consentimiento, demencia avanzada (moderada-severa), enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, pronóstico estimado menor de 3 meses, enfermedad pulmonar intersticial difusa y presencia de hipertensión pulmonar diferente al grupo 2.

El estudio se divide en dos partes. Inicialmente se procederá a la evaluación pulmonar y de la vena cava inferior, que debe realizarse en las primeras horas tras ser recibido el paciente en urgencias y cuyo responsable será la persona que recluta al paciente en el estudio. En una segunda fase se procederá al análisis ecocardiográfico, que será realizado por un equipo experimentado en ecografía clínica.

El número de variables recogidas está definido, no distando de los datos que, de manera habitual, son requeridos para el abordaje inicial del paciente en el área de urgencias.

Se han elaborado formularios con la lista de hallazgos ecográficos que se deben valorar durante la ecocardiografía (estimación de la función sistólica y diastólica, MAPSE, TAPSE, presencia de hipertrofia ventricular, tamaño de la aurícula izquierda, calibre y colapsabilidad de la vena cava inferior) y la ecografía pulmonar (presencia de líneas B y de derrame pleural).

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario Majadahonda-Puerta de Hierro.

APLICABILIDAD

Este estudio puede ser la base para desarrollar un estudio posterior de tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda guiada por ecografía.

FINANCIACIÓN

No hay fuentes de financiación.

LIBRO DE CASOS CLÍNICOS, COMUNICACIONES Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

II JORNADAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

ESTRATEGIA RESTRICTIVA VS LIBERAL DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCONCENTRADOS EN PACIENTES CON ANEMIA E INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. HEMOCONCENTRADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ESTUDIO HEMICA)

J. Carriel Mancilla, E. Orviz García, F. Tornero Romero, E. Jaén Ferrer, I. Burruezo López, A. Nieto Sánchez, E. Calvo Manuel y M. Méndez Bailón
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la IC no se pronuncian respecto al umbral de Hb adecuado para transfundir en IC aguda. Aún se desconoce si un enfoque restrictivo de transfusión logra resultados similares a los alcanzados mediante un enfoque más liberal.

OBJETIVOS

- Primario: Determinar si existen diferencia en reingreso a 30 días entre una estrategia de transfusión restrictiva (Hb menor 7,5 g/dL) respecto a una liberal (Hb entre 7,6 y 8,5 g/dL) en pacientes con IC aguda.
- Secundarios:
- Describir características basales de la población de la muestra.
- Establecer complicaciones asociadas a cada grupo: parámetros analíticos (creatinina, plaquetas, etc.), fiebre, delirium, encefalopatía o empeoramiento de IC.
- Diferencias en estancia media, mortalidad y calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Ensayo clínico, aleatorizado, abierto.
- Ámbito: Planta de Medicina Interna y S. de Urgencias del H. Clínico San Carlos.
- Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con IC aguda y anemia (Hb menor a 8,5 g/dL). Firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: Deterioro cognitivo, que se nieguen a recibir derivados sanguíneos, pendientes de cirugía cardíaca (sustitución vascular), SCA, trasplantados o pendientes de trasplante, neoplasia activa, embarazo, que requieran VMNI, imposibilidad para seguimiento o esperanza de vida estimada menor a 30 días.



Variables:

- Edad, Sexo, IMC, NYHA basal, al ingreso y al alta, IAM o ictus en 90 días previos, FEVI
- Comorbilidades: HTA, DM2, FA, EPOC, ERC, arteriopatía periférica, IAM, ictus, toma de anticoagulantes o antiagregantes.
- Constantes: TA, temperatura, SpO₂, FC.
- Parámetros analíticos: Hb, Htco, Plaquetas, Urea, Creatinina, NTproBNP, ferritina, IST, B12, fólico, proteínas totales.
- Días de estancia hospitalaria.
- Desarrollo de complicaciones clínicas: delirium, encefalopatía, complicación vascular (ictus, IAM...). Número de hemoconcentrados transfundidos. Mortalidad.
- Aleatorización: Los pacientes se aleatorizarán en cualquier punto del ingreso hospitalario, cuando se objeive Hb menor a 8,5 g/dL. Se realizará una aleatorización 1:1. Se utilizará un sistema de asignación automatizado, para que la asignación sea desconocida por los investigadores.
- Procedimientos: Los pacientes aleatorizados al grupo intervención (estrategia restrictiva, transfusión por debajo de 7,5 g/dL) serán manejados según las recomendaciones actuales para el tratamiento de anemia grave en pacientes con IC aguda, a juicio del investigador responsable. Adicionalmente, se realizará en las siguientes 6 horas una determinación de temperatura, TA, SpO₂, Hb, Htco, Plaquetas, Urea, Creatinina y NTproBNP.
- Los pacientes aleatorizados al grupo control (estrategia liberal, transfusión entre 7,6 y 8,5 g/dL Hb) serán manejados según las recomendaciones actuales para el tratamiento de anemia en IC aguda, a juicio del investigador responsable. Los niveles de Hb deberán ser medidos al menos al ingreso, previo a la indicación de transfusión y dentro de las siguientes 24 horas a la misma. Después del alta, todos los pacientes serán manejados según las recomendaciones para tratamiento de anemia en IC en fase estable. Se realizará seguimiento a 90 días.
- Tamaño muestral: Se esperan pérdidas del 20%, por lo que el tamaño muestral deberá ser de 450 pacientes (225 por cada brazo). Análisis estadístico: Los datos se exportarán al paquete SPSS para su análisis matemático.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

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



8-9 FEBRERO 2019
HOTEL TRYP ATOCHA
MADRID



© 2019 Obra: **Libro de Casos Clínicos, Comunicaciones y Proyectos de Investigación II Jornadas de Atención Multidisciplinar de Insuficiencia Cardíaca en Medicina Interna**

Todos los derechos reservados.

Editado por: **S&H Medical Science Congress, S.L.**

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

ISBN: 978-84-09-08705-1



S&H Medical Science Congress, S.L.

C/ Espronceda, 27 - Entreplanta. 28003 Madrid

Tíno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 535 70 52

E-mail: congresos@shmedical.es

Página Web: www.shmedical.es