

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

Alfredo José Pardo Cabello  
Unidad de Insuficiencia Cardíaca  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitario San Cecilio

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO



Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Familias



## ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ÁREA SANITARIA DEL H.U. CLÍNICO SAN CECILIO

El manejo del paciente con **Insuficiencia Cardíaca** es complejo y con frecuencia requiere ser atendido en **diferentes ámbitos sanitarios** a lo largo de su evolución con constantes modificaciones y ajustes terapéuticos.



Este escenario requiere un **abordaje integral** en los programas de **Insuficiencia Cardíaca**, con un adecuado conocimiento y coordinación de todos los profesionales que atienden en algún momento a estos pacientes.

**Organiza:** Unidad de Insuficiencia Cardíaca HU San Cecilio

**Coordina:** Fundación Andaluza de Cardiología

### PROGRAMA



**Miércoles 5 de mayo 2021**

**Acceso 1º día**

[Aquí](#)

#### Inauguración Jornadas

18:00-18:20h

**¿Qué hay de nuevo en Insuficiencia Cardíaca con FEVI reducida?**  
Dr. Diego Segura Rodríguez (Cardiología UIC)

18:20-18:40h

**Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna**  
Dr. Alfredo Pardo Cabello (Medicina Interna UIC)

18:40-19:00h

**Papel de Atención Primaria en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.**  
Dra. Paloma Cerezo Sánchez (Medicina de Familia. CS Armilla)

19:00-19:20h

**Manejo en urgencias de la descompensación de Insuficiencia cardíaca. Cuéntame cómo tratarla en pasos sencillos.**  
Dra. Irene Ortega Bueno (Medicina de Familia. Urgencias HUSC)

19:20-19:40h

**Insuficiencia Cardíaca Aguda grave: atención al shock cardiogénico y papel de las asistencias ventriculares.**  
Dra. Eugenia Poyatos Aguilera (Cuidados Intensivos Cardiológicos)

19:40-20:00h

**Manejo de la Insuficiencia Cardíaca en el paciente hospitalizado: ¿Cómo optimizo el tratamiento y planifico el alta?**  
Dra. Susana Martínez Huertas (Cardiología Hospitalización)



**Jueves 6 de mayo 2021**

**Acceso 2º día**

[Aquí](#)

18:00-18:20h

**Del paciente agudo al crónico: transición al alta hospitalaria y seguimiento crónico**  
Dr. Jesús G. Sánchez Ramos (Cardiología UIC)

18:20-18:40h

**Papel de la enfermera en la Unidad de IC: hospital de día de IC**  
Dña. María Dolores Lerma Barba (Enfermería UIC)

18:40-19:00h

**Corazón y Riñón en IC, mucho más que diuréticos.**  
Dra. María Peña Ortega (Nefrología- U Cardio-Renal).

19:00-19:20h

**Evaluación nutricional del paciente con IC: como y que puedo ofrecer a mi paciente**  
Dra. Marisa Fernández Soto (Endocrinología y Nutrición)

19:20-19:40h

**Ejercicio físico en el paciente con IC: dentro y fuera de una unidad de rehabilitación cardíaca**  
Dr. Pablo Toledo Frías (Cardiología Rehabilitación Cardíaca)

19:40-20:00h

**¿Cuándo y cómo debo iniciar el proceso "Cuidados Paliativos"?**  
Dr. Antonio José Martín Pérez (M. Interna-Cuidados Paliativos)

**Cierre Jornadas**

Con la colaboración de:

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- **¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.**
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?*

- Un meta-análisis y revisión sistemática sobre fármacos en ICC con FE<sub>p</sub> informó que:

- Sólo cinco ensayos clínicos aleatorizados o análisis post-hoc compararon la mortalidad por todas las causas frente a placebo:

- CHART-2 mostró que las estatinas (sin especificar) redujeron mortalidad a 3 años en pacientes con ICC y FE<sub>p</sub> ( $\geq 50\%$ ) (8,7% vs. 14,5%; HR 0,74; 95% CI 0,58-0,94).
- Swedish Heart Failure Registry mostró que las estatinas (sin especificar) en pacientes con FE<sub>p</sub> ( $\geq 50\%$ ) redujeron la mortalidad por cualquier causa a 1 año (HR 0,80; 95% CI 0,72–0,89) con NNT=29 para evitar una muerte a 1 año. Además las estatinas redujeron la muerte cardiovascular y el compuesto de mortalidad por cualquier causa e ingreso por ECV. Los resultados fueron similares para FEVI 40 a 49%.

Baral N, et al. Pharmacotherapies in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cureus*. 2021 Feb 28;13(2):e13604.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?*

- Un meta-análisis y revisión sistemática sobre fármacos en ICC con FEp informó que:
  - DIG mostró que la digoxina no redujo mortalidad a 3 años en pacientes con ICC y FEp (HR 1.06; 95% CI 0,79-1,42).
  - RELAX-AHF mostró que serelaxina no redujo mortalidad (HR 0.70; 95% CI 0,32-1,50).
  - TOPCAT mostró que espironolactona (15 a 45 mg/d) no redujo objetivo compuesto por mortalidad por causa cardiovascular, parada cardíaca o ingresos por ICC (HR 0.89; 95% CI, 0,77-1,04) aunque sí hospitalización por ICC (HR 0.83; 95% CI, 0,69-0,99).
  - PARAGON-HF mostró que sacubitrilo-valsartan vs. Valsartan, en ICC con FE>45%, no aportaba beneficio en mortalidad ni redujo hospitalizaciones por ICC.

Baral N, et al. Pharmacotherapies in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cureus*. 2021 Feb 28;13(2):e13604.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.

- Un meta-análisis y revisión sistemática sobre fármacos en ICC con FEp  
CONCLUYE que:

- *“It is clearly evident from the trials that there have been no promising results for mortality benefit or hospitalization except with statin and spironolactone in selected patients with HFpEF (with EF  $\geq$ 45%, elevated BNP or HF admission within one year, estimated glomerular filtration rate  $>$ 30 and creatinine  $<$ 2.5 mg/dl, potassium  $<$ 5.0 mEq /L)”.*
- *“Statin and spironolactone should be further studied in patients with HFpEF as few trials have shown improvement in all-cause mortality and reduction in HF hospitalizations in selected patients, respectively”.*

Baral N, et al. Pharmacotherapies in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cureus*. 2021 Feb 28;13(2):e13604.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?*

- Un meta-análisis y revisión sistemática de estudios publicados con digoxina hasta Marzo 2018 (incluyendo 37 ensayos con 825,061 pacientes) mostró que:
  - El uso de digoxina se asoció con un incremento del riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa (HR 1.17; 95% CI 1,05-1,29).
  - En el subgrupo de pacientes con fibrilación auricular (n = 627.620), la digoxina se asoció con un aumento de mortalidad (HR 1.23; 95% CI 1.17-1.30).
  - En el subgrupo de pacientes con insuficiencia cardíaca (n = 197.441), la digoxina se asoció con un aumento de mortalidad (HR 1.11; 95% CI 1.06-1.16)
  - En conclusión, este meta-análisis confirma que el uso de digoxina se asocia con un aumento de la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca o con fibrilación auricular.

Vamos M, et al. Meta-Analysis of Effects of Digoxin on Survival in Patients with Atrial Fibrillation or Heart Failure: An Update. Am J Cardiol. 2019 Jan 1;123(1):69-74.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.

- Un meta-análisis y revisión sistemática de los iSGLT-2 en ICC mostró que en relación a pacientes con FE preservada:

- 4 estudios (total: 1447 pacientes con iSGLT-2 vs. 1107 con placebo) evaluaron el objetivo compuesto de muerte CV u hospitalizaciones por ICC tratados con iSGLT-2: DECLARE-TIMI 58 (dapa), VERTIS CV (ertu), SOLOIST-WHF (sota en ICC de inicio reciente) y SCORED (sota en DM con ERC), observándose una reducción en el límite de la significación (HR 0.80; 95% CI 0.63-1.00; P = 0.05).
- 2 estudios post hoc (DECLARE-TIMI 58 y VERTIS CV con un total de 1079 pacientes con iSGLT-2 vs. 736 con placebo) mostraron:
  - Reducción en el primer ingreso por ICC (HR 0.71; 95% CI 0.52-0.97; P = 0.03).
  - Similar riesgo de muerte CV (HR 1.27; 95% CI 0.92-1.76; P = 0.15).
  - Similar riesgo de muerte por cualquier causa (HR 1.02; 95% CI 0.79-1.30).

Butler J, et al. Efficacy and safety of SGLT2 inhibitors in heart failure: systematic review and meta-analysis. ESC Heart Fail. 2020 Dec;7(6):3298-3309

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- *¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?*
- Un meta-análisis y revisión sistemática de los iSGLT-2 en ICC mostró que en relación a pacientes con FE preservada:
  - Entre sus resultados se especifica: *“A trend towards benefit was observed in patients with HF with preserved ejection fraction for the composite of HF hospitalization and cardiovascular death [HR: 0.80 (0.63–1.00); P = 0.05]”*.
  - Concluyendo que: *“SGLT2 inhibitors significantly improve cardiovascular outcomes including cardiovascular and all-cause mortality in patients with HF without an increased risk of serious adverse events. A trend towards benefit was observed in patients with HF with preserved ejection fraction”*.

Butler J, et al. Efficacy and safety of SGLT2 inhibitors in heart failure: systematic review and meta-analysis. ESC Heart Fail. 2020 Dec;7(6):3298-3309

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- **Definición de paciente pluripatológico.**
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Definición de paciente pluripatológico

### 1. Cumplir los criterios de paciente pluripatológico definido por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

- **Categoría A:**

A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA<sup>a</sup> (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 índice albúmina creatinina >30mg/g.

- **Categoría C:**

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC<sup>b</sup> (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<70%, o Saturación O2 ≤ 90.

- **Categoría D:**

D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.

D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular<sup>c</sup> o hipertensión portal<sup>d</sup>.

<sup>a</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

<sup>d</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

- **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<sup>e</sup>.

- **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<10g/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 que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.

H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

**ATENCIÓN a pacientes pluripatológicos [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / [autores, Manuel Ollero Baturone (coordinador) ... et al.]. -- 3ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2018] Texto electrónico (pdf), 136 p. ISBN 978-84-947313-4-1**

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *Definición de paciente pluripatológico*

### 2. Cumplir una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los criterios de complejidad de entre los siguientes:

1. Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
2. Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
3. Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
4. Úlceras por presión en estadio II ó superior.
5. Delirium actual ó episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
6. Desnutrición (IMC<18.5).
7. Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 ó más meses).
8. Dos ó más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.
9. Alcoholismo<sup>14</sup>.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- **Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.**
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- **Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.**

<https://www.fesemi.org/información/herramientas/aplicacion-para-calculo-del-riesgo-de-muerte-y-de-deterioro-funcional-en-pacientes-pluripatologicos>



The screenshot shows a web browser displaying the page for the 'Aplicación para cálculo del riesgo de muerte y de deterioro funcional en pacientes pluripatológicos'. The page features the SEMI logo (Sociedad Española de Medicina Interna) and a navigation menu. The main content area includes the title of the application, a brief description, and a link to the application. The footer contains logos for various organizations: foro español de pacientes, Alianza General de Pacientes, RECALmin, SEMI i+, Área de Formación SEMI, and SEMI RESIDENTES.

Aplicación para cálculo del riesgo de muerte y de deterioro funcional en pacientes pluripatológicos

Herramienta elaborada y desarrollada por el Proyecto PROFUND, del Grupo de Trabajo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la FEMI

[Aplicación para cálculo del riesgo de muerte y de deterioro funcional en pacientes pluripatológicos](#)

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.

<https://www.fesemi.org/información/herramientas/aplicacion-para-calculo-del-riesgo-de-muerte-y-de-deterioro-funcional-en-pacientes-pluripatologicos>



The screenshot shows a web browser displaying the website for the 'PROYECTO PROFUND' application. The browser's address bar shows the URL: [fesemi.org/información/herramientas/aplicacion-para-calculo-del-riesgo-de-muerte-y-de-deterioro-funcional-en-pacientes-pluripatologicos](https://www.fesemi.org/información/herramientas/aplicacion-para-calculo-del-riesgo-de-muerte-y-de-deterioro-funcional-en-pacientes-pluripatologicos). The website header includes the SEMI logo (Sociedad Española de Medicina Interna) and a search bar. A language selection dialog box is open in the center, titled 'Language Selection - Selección de Idioma'. The dialog box contains the following text: 'PROYECTO PROFUND', 'APLICACIÓN PARA CÁLCULO DEL RIESGO DE MUERTE Y DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ©', '- INDICE PROFUND: estratificación del riesgo de muerte en los siguientes 12 meses.', and '- INDICE PROFUNCIÓN SIMPLIFICADO: estratificación del riesgo de deterioro funcional significativo en los siguientes 12 meses.'. Below the text, there are two options for language selection: 'Elija un idioma:' with a Spanish flag icon labeled 'Español', and 'Choose a Language:' with a British flag icon labeled 'English'. The background of the website shows a blurred image of a medical professional in a white coat. At the bottom of the page, there are several logos, including 'foro español de pacientes', 'Alianza General de Pacientes', 'RECALmin', 'SEMI', 'Área de Formación SEMI', and 'SEMI RESIDENTES'.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.

APLICACIÓN PARA CÁLCULO DEL RIESGO DE MUERTE Y DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPAT...

Criterios definitorios de paciente pluripatológico. El paciente debe presentar enfermedades crónicas definidas en DOS ó MÁS de las siguientes categorías

Resultado: **NO ES UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO**

**Categoría A**

- A.1 Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA<sup>1</sup> (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 elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria<sup>2</sup>, mantenidos durante 3 meses ✓

**Categoría C**

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado 2 de la MRC<sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90% ✓

**Categoría D**

- D.1 Enfermedad inflamatoria crónica intestinal ✓

<sup>1</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.  
<sup>2</sup> Índice albumina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3mg/dl en muestra de orina o Albumina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 microg/min  
<sup>3</sup> 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.  
<sup>4</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópico.

APLICACIÓN PARA CÁLCULO DEL RIESGO DE MUERTE Y DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPAT...

Criterios definitorios de paciente pluripatológico. El paciente debe presentar enfermedades crónicas definidas en DOS ó MÁS de las siguientes categorías

Resultado: **SÍ ES UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (2 CATEGORÍAS)**

Índice PROFUND  
PROFUNCIÓN Simplificado

**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 permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 o más errores). ✓

**Categoría F**

- F.1 Arteropatía periférica sintomática ✓
- F.2 Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática ✓

**Categoría G**

- G.1 Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hgb < de 10mg/dl en dos determinaciones separadas mas de tres meses. ✓
- G.2 Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa. ✓

**Categoría H**

- <sup>1</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.  
<sup>2</sup> Índice albumina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3mg/dl en muestra de orina o Albumina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 microg/min  
<sup>3</sup> 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.  
<sup>4</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópico.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- **Escalas pronósticas.**
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Escalas pronósticas: Índice PROFUND

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	3
Características Clínicas	
- Neoplasia activa	6
- Demencia	3
- Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC	3
- Delirium en el último ingreso	3
Parámetros analíticos	
- Hemoglobina <10g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel menor de 60	4
- Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	2
Características asistenciales	
- ≥4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
<b>Nº TOTAL ITEMS = 9</b>	<b>0-30 puntos</b>

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Escalas pronósticas: Índice PROFUND

PROFUND: Índice pronóstico de mortalidad al año para pacientes pluripatológicos

**Dimensiones Demográficas**

≥85 años (3) ✓

**Dimensiones Clínicas**

Neoplasia activa (6) ✓

Demencia (3) ✓

Clase funcional III-IV de la NYHA y/o MRC (3) ✓

Delirium en el último ingreso (3) ✓

**Dimensiones Analíticas**

Hemoglobina <10g/dL (3) ✓

**Dimensiones Psicométricas-funcionales-sociofamiliares**

Índice de Barthel <60 (4) ✓

No cuidador o cuidador distinto a cónyuge (2) ✓

**Dimensiones Asistenciales**

≥4 ingresos hospitalarios en 12 meses previos (3) ✓

Puntuación: 9      Grupo de Riesgo: Intermedio-Alto Riesgo (7-10 puntos)  
Mortalidad a 12 Meses\*: 45% / 50%

\* Cohorte de derivación / cohorte de validación

Tomado de: Bernabeu-Wittel M, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med 2011; 22:311-317.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- **Abordaje de la pluripatología.**
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Abordaje de la pluripatología:

GRUPO DE RIESGO	OBJETIVO	ABORDAJE	PRESCRIPCIÓN
Bajo (0-2 puntos)	Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++	Etiopatogénico, evitación de nihilismo	Intensificada Objetivos al medio- largo plazo
Bajo- intermedio (3-6 puntos)	Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico	Racionalizada Objetivos al medio plazo
Intermedio- alto (7-10 puntos)	Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico- sintomático.	Racionalizada y con progresivo peso del objeti- vo sintomático al medio-corto plazo
Alto (≥11 puntos)	Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encar- niza miento. Valorar la nece- sidad de cuida- dos paliativos.	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valoran- do desprescrip- ción

ATENCIÓN a pacientes pluripatológicos [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / [autores, Manuel Ollero Baturone (coordinador) ... et al.]. -- 3ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2018] Texto electrónico (pdf), 136 p. ISBN 978-84-947313-4-1

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- **Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.**
- Conclusiones.

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *Impacto de la Consulta de Insuficiencia Cardíaca:*

Un estudio comparativo entre los pacientes valorados en consulta de ICC atendidos por cardiólogos (registro REDINSCOR) e internistas (RICA) mostró que:

- Entre los pacientes de Cardiología predominó el sexo masculino, eran más jóvenes (69,7 años), con mayor prevalencia de IC isquémica (50%) y con FEVI reducida (media 33%).
- Entre los pacientes de M. Interna predominó el sexo femenino, la edad avanzada (78.9 años), FEVI preservada (media 53%; 63% FE>45%) y comorbilidades (HTA, anemia y ERC).
- Los pacientes de Cardiología recibían más tratamiento médico óptimo (prescripción de BB+IECA/ARA-2+ARM) que los pacientes de MI (39% vs. 17%;  $P<0,001$ ).
- Los pacientes de Cardiología mostraron una mortalidad a 9 meses menor que los de M. Interna (11,6% vs. 16,9%,  $P<0,001$ ) sin diferencias en los reingresos por ICC. Las diferencias en mortalidad se mantuvieron tras ajuste por propensión del tratamiento ( $P=0,002$ ) mientras que los reingresos permanecieron iguales.

Álvarez-García J, et al. Prognostic Impact of Physician Specialty on the Prognosis of Outpatients With Heart Failure: Propensity Matched Analysis of the REDINSCOR and RICA Registries. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 May;70(5):347-354

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - *Impacto de la Consulta de Insuficiencia Cardíaca:*

Un estudio sobre una muestra de 250 pacientes seguidos, al menos 1 año, en C/ICC de M. Interna tras una hospitalización por ICC mostró que:

- Los pacientes tenían una edad avanzada (79,6 años), predominio masculino (54,4%) y FE preservada (52% con FEVI>50%).
- Se produjo una disminución de los ingresos y las visitas a Urgencias por IC del 56 y el 61% ( $p < 0,05$ ), respectivamente, y del 46 y el 40% ( $p < 0,05$ ) por cualquier causa.
- Se consiguió una optimización del tratamiento, con un aumento significativo en el porcentaje de prescripción de fármacos basados en la evidencia y reducción de otros, como calcioantagonistas.
- Se pasó de un 9,8% de pacientes con tratamiento optimizado (BB+IECA/ARA-2+ARM) al alta índice hasta un 22% al año de seguimiento ( $P=0,024$ ).

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

- ¿Qué hay de nuevo en insuficiencia cardíaca con FEVI preservada?.
- Definición de paciente pluripatológico.
- Herramientas para detección pacientes pluripatológicos.
- Escalas pronósticas.
- Abordaje de la pluripatología.
- Impacto de la consulta de Insuficiencia Cardíaca.
- **Conclusiones.**

# Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna

## - Conclusiones:

- Las estatinas han demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con ICC con FE preservada.
- La espironolactona, algunos iSGLT-2 (dapa y ertu) y el seguimiento en consulta monográfica de ICC han demostrado reducir hospitalizaciones por ICC en pacientes con FE preservada.
- La digoxina aumenta la mortalidad en pacientes con ICC y/o FA.
- Los iSGLT-2 y sacubitrilo-valsartan no han demostrado reducir la mortalidad en pacientes con ICC y FE preservada.
- Es recomendable diagnosticar a los pacientes pluripatológicos y calcular su pronóstico (índice Profund) para orientar su abordaje.
- Los pacientes bajo riesgo/riesgo intermedio en puntuación Profund serían candidatos a abordaje etiopatogénico mientras que aquellos con una puntuación elevada ( $\geq 11$  puntos) serían candidatos a un abordaje sintomático y valorar inclusión en Cuidados Paliativos.

# **Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada: Papel del Especialista en Medicina Interna**

***MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA  
ATENCIÓN***