

**SESION BIBLIOGRAFICA 26 DE NOVIEMBRE
DE 2022
DRA RAQUEL RODRIGUEZ DIEZ**



ELSEVIER

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC

Recibido el 30 de marzo de 2015; aceptado el 14 de julio de 2015

Disponible en Internet el 22 de agosto de 2015

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

Recibido el 12 de enero de 2021; aceptado el 26 de mayo de 2021

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada: Programa UMIPIC

Recibido el 24 de agosto de 2021; aceptado el 14 de noviembre de 2021

≡ MENÚ

GRUPO DE
TRABAJO
INSUFICIENCIA
CARDIACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR



SUBMENÚ



≡ MENÚ

GRUPO DE
TRABAJO
INSUFICIENCIA
CARDIACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR

SUBMENÚ

- Quiénes somos
- Estructura organizativa
- Memorias
- Noticias
- Proyectos de investigación
- Webinars
- Podcasts
- Programa UMIPIIC**
- Publicaciones
- Reuniones
- Blog Cardioclínico
- Formar parte del grupo
- Bibliografía comentada
- Mensajes



GRUPO DE TRABAJO INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR



SUBMENU

Programa UMIPIIC

DESCRIPCIÓN

Es una iniciativa basada en la creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIIC) en Medicina Interna, presentado formalmente en el Congreso Anual de la SEMI del año 2011.

Se trata de un modelo de gestión de pacientes crónicos con insuficiencia cardíaca centrado en 3 aspectos: la educación de conceptos básicos implicando al paciente y sus familiares en su enfermedad, la valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos y la continuidad asistencial en coordinación con atención primaria.

Sus objetivos generales son reducir la tasa de reingresos y visitas a Urgencias, reducir el número de consultas a otras especialidades, disminuir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida del enfermo con insuficiencia cardíaca.

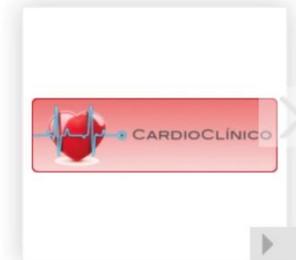
En este espacio dispondrá de información completa sobre el Programa, así como el listado de Unidades participantes y un formulario virtual para contacto y resolución de dudas.



Privacidad

Documentos

- Misión, Visión y Valores del Programa UMIPIIC
- Requisitos para incorporarse al Programa UMIPIIC
- Rotación en UMIPIIC
- Modelo de Consentimiento
- Memoria estándar UMIPIIC
- Manual de manejo integral IC (4ª ed.)
- Decálogo UMIPIIC
- Objetivos UMIPIIC
- Taller de gestión de IC



SUSCRIBIRSE terna formaci

Instagram Twitter Facebook LinkedIn YouTube RSS



“La Asistencia Centrada en el Paciente”

Misión

Ofrecer a los pacientes mayores con problemas cardiovasculares una atención sanitaria de calidad y sostenible por el sistema público, mediante el compromiso en la atención global de todas sus enfermedades, la educación sanitaria, el uso eficiente de los recursos económicos y la motivación profesional.

Visión

Aspirar a ser reconocidos como modelo asistencial de excelencia para el paciente crónico complejo, comprometido así mismo con la docencia e investigación.

Valores

Impulsar los valores humanísticos de la Medicina, basados en el respeto, afecto e integridad ética hacia el paciente y la familia, manteniendo su autonomía, garantizando la confidencialidad de la información médica, y promoviendo una actitud de respeto y colaboración con todos los profesionales sanitarios, con el objetivo último del bienestar del paciente



REQUISITOS PARA INCORPORARSE AL PROGRAMA UMIPIC

Queridos compañeros,

Con la intención de favorecer la incorporación de nuevas Unidades al Programa UMIPIC (Programa de creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC) se ha actualizado el documento con los requisitos básicos que se plantearon desde su inicio (abril-11) desde la Coordinación del Grupo de IC y la Junta Directiva de la SEMI.

Se trata de unos criterios mínimos de selección, que ayudarán a los interesados a conocer sus posibilidades reales de poder llevarlo a cabo en su centro hospitalario, y de esa forma evitar esfuerzos infructuosos.

En concreto, los criterios básicos que se han considerado son:

1. Ser miembro del Grupo de IC de la SEMI
2. Aceptación por parte del jefe de servicio de Medicina Interna (en caso de no serlo el solicitante) de la creación y promoción de la unidad de IC en su centro correspondiente.
3. Conformidad de la Dirección del hospital a la puesta en marcha de esta iniciativa.
4. Disponibilidad del solicitante de un mínimo de dedicación asistencial en la unidad de 5 horas semanales en horario laboral, con el compromiso de ir incrementando esta actividad a medida que aumente la carga asistencial. Sería muy deseable que en la planificación del funcionamiento del servicio se prevea en un futuro la dedicación a tiempo completo del solicitante en dicha actividad.
5. Disponibilidad de espacio físico adecuado en el horario laboral establecido por el solicitante, con acceso a equipo informático y conexión a internet.

Aquellos interesados deberán cumplimentar los documentos que se indican y enviarlos por correo electrónico a Conchi Jiménez: semi@fesemi.org. Teléfono: 915197080

Jesús Casado Cerrada
Coordinador del Grupo de ICyFA

Jesús Díez Manglano
Presidente de la SEMI

Luis Manzano Espinosa
Coordinador programa UMIPIC



ROTACIÓN EN UNIDAD DE MANEJO INTEGRAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA (UMIPIC)

Llanos Soler Rangel (1), Manuel Lorenzo López Reboiro (2), María Rosario López Buitrago (3), José Pérez Silvestre (4), José Manuel Cerqueiro (5)

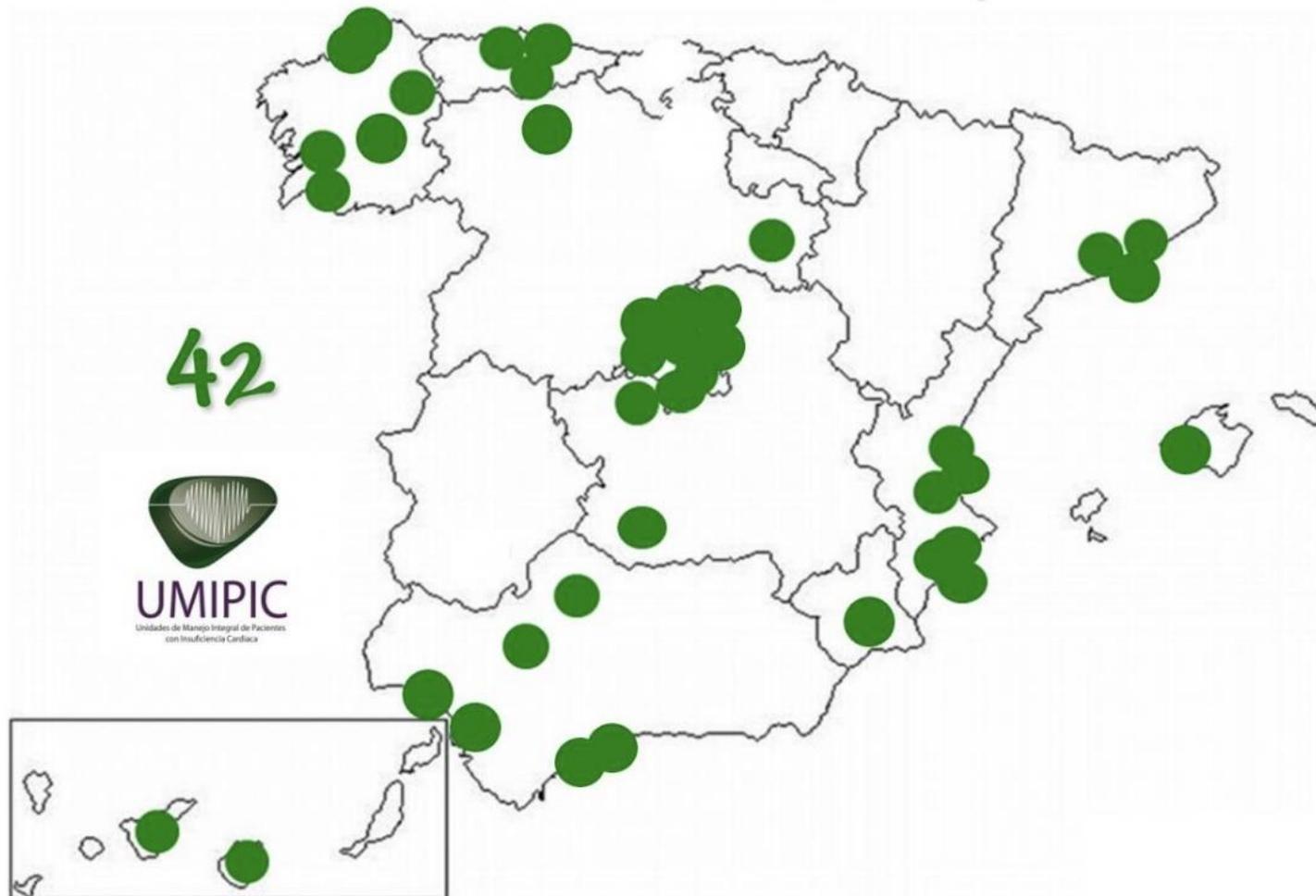
(1) Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid), (2) Hospital Comarcal Monforte de Lemos (Lugo), (3) Hospital Vega Baja Orihuela, (4) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, (5) Hospitalario Universitario Lucus Augusti (Lugo)

En las guías de práctica clínica se recoge que los pacientes con Insuficiencia cardiaca (IC) deben ser seguidos en un programa especializado de seguimiento (indicación clase IA). Sin embargo, son pocos los hospitales que cuentan con estos programas. El programa UMIPIC (Unidad de Medicina Integral para Pacientes con IC), aplicado por internistas y enfermeras especializadas en unidades dotadas, han demostrado disminuir reingresos y visitas a Urgencias, por IC y por todas las causas, mejorando la adherencia al tratamiento, la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los pacientes.

La formación en IC es esencial en la residencia de Medicina Interna, puesto que es uno de los diagnósticos más frecuentes 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, obviando el seguimiento del paciente ambulatorio. Por lo tanto, es una formación 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 el programa UMIPIC, se lanza la posibilidad a los residentes mayores de Medicina Interna, para completar su formación en IC a través de una rotación en una de estas unidades.

En el presente documento se pretende proporcionar una guía para la planificación de dicha rotación.

MAPA OFICIAL UMIPIC oct-22



- Quiénes somos
- Estructura organizativa
- Memorias
- Noticias
- Proyectos de investigación
- Webinars
- Podcasts
- Programa UMIPIC
- Publicaciones**
- Reuniones
- Blog Cardioclínico
- Formar parte del grupo
- Bibliografía comentada
- Mensajes

GRUPO DE TRABAJO INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. ACTUALIZACIÓN 2022

El siguiente documento es la actualización 2022 del Protocolo de manejo de la insuficiencia cardiaca crónica: planificación estructurada ambulatoria.

Acceso al documento

Accede aquí al nuevo "Protocolo de Manejo de la Insuficiencia Cardíaca Crónica: Planificación estructurada ambulatoria" (2021), así como a la infografía interactiva que recoge sus principales claves mediante distintos vídeos explicativos a cargo de médicos internistas que han participado en su elaboración.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA, VERSIÓN 2021

El Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular ha actualizado el Protocolo de manejo de la insuficiencia cardiaca aguda.

Acceso al documento

INFOGRAFÍA SOBRE TELEMEDICINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Acceda al documento

ACTUALIZACIÓN 2022

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

José María Fernández, José Carlos Anaya, Manuel Beltrán, Hiquel Camafort, Jesús Casado, José Manuel Cerqueiro, Alicia Conde, Francesc Formiga, Álvaro González Franco, Pau Liàcer, Luis Manzano, José Luis Morales, José Pérez Silvestre, José María Cepeda



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: PLANIFICACIÓN ESTRUCTURADA AMBULATORIA

José Manuel Cerqueiro, Álvaro González Franco, Oscar Arribas, José Carlos Anaya, José Luis Arias, Manuel Beltrán, Marga Carreras, Jesús Casado, María Pilar Chacón González, David Chivita, Alicia Conde, Pilar Cubo, Melitón Devila, Chema Fernández, Francesc Formiga, Eva García Marina, Almudena Herrero, Pau Liàcer, Manuel Lorenzo Reboiro, Eduardo Martínez Liago, Manuel Méndez, Esther Montero, Manuel Montero, José Luis Morales Ruil, María Pumarar, Prado Salamanca, Teresa Sánchez Vidal, José Ángel Saba, José Pérez Silvestre, Llanor Soler, Raúl Guirza, Joan Carles Trullas, Luis Manzano



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

TRATAMIENTO DESCONGESTIVO: DIURÉTICOS

AL INGRESO:
Furosemida iv
(en la primera hora de asistencia)

- No diurético previo: 20-40 mg bolo iv
- Sí diurético previo: de 1 a 2,5 veces la dosis de diurético previa, ahora iv

A LAS 2-6 HORAS:
valoración respuesta

Según valoración clínica:

- **NO** mejoría: dosis iv x 2/8-12h^b
- **Sí** mejoría: mantener dosis/8-12h^b

Según valoración bioquímica orina:

- **2h:** Na⁺ 50-70 meq/L o
- **6h:** volumen >100-150 mL/h

Mantener dosis/8-12h

- Por debajo de estos valores: 2 x dosis iv/8-12h

A LAS 24 HORAS (valorar congestión^c y diuresis)

Persiste congestión y diuresis <3 L/día:

Valorar opciones escalonadamente:

- 2 x dosis furosemida/24h (máx. 400-600 mg)
- Bloqueo múltiple de nefrona:
 - Tiazidas
 - AA o acetazolamida (alcalosis)
- Protocolo suero salino hipertónico^d
- Si no hay respuesta, valorar ultrafiltración

Mejoría congestión o diuresis >3L al día:

1. Continuar dosis hasta descongestión
2. Reducción dosis iv hasta mínima necesaria
3. VO \geq 24 horas previo alta

^aLos IECA o ARB/II se deben sustituir por ARNI, que ha demostrado un beneficio neto mayor en el paciente con IC-FC tanto en paciente hospitalizado como ambulatorio.

^bSe puede utilizar perfusión continua en vez de bolos

^cSe recomienda valoración multimodal de la congestión utilizando signos, síntomas, ETT, ecografía de cava y pulmonar, RX y biomarcadores

^dAnexo de protocolo suero salino hipertónico

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

◀PROTOCOLO DE SUERO SALINO HIPERTÓNICO:

- Furosemda: 250-500 mg/12h/iv en 30 minutos
- Boi-K aspártico: 2 comprimidos cada 8 horas
- Restricción hídrica de 1.000 cc diarios
- Función renal e ionograma diario
- 150 cc SSH/12h/iv en 30 min. Concentración de Na⁺ en la infusión según natremia

Concentración de la infusión	Niveles de Na ⁺ en sangre	Forma de preparación
Suero salino hipertónico al 4,6%	<125 mEq/L	Diluir 19 ampollas de ClNa 20% en 1.000 ml de suero salino 0,9% y administrar 150 ml de la dilución en 30 minutos/12 horas
Suero salino hipertónico al 3,5%	126-135 mEq/L	Diluir 14 ampollas de ClNa 20% en 1.000 ml de suero salino 0,9% y administrar 150 ml de la dilución en 30 minutos/12 horas
Suero salino hipertónico al 2,4%	136-145 mEq/L	Diluir 8 ampollas de ClNa 20% en 1.000 ml de suero salino 0,9% y administrar 150 ml de la dilución en 30 minutos/12 horas
Suero salino hipertónico al 1,4%	>145 mEq/L	Diluir 3 ampollas de ClNa 20% en 1.000 ml de suero salino 0,9% y administrar 150 ml de la dilución en 30 minutos/12 horas

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

CONSIDERACIONES ANTES DEL ALTA

1. ¿Se han identificado y controlado los factores precipitantes?
2. ¿Se han evaluado las comorbilidades?
3. ¿Está el paciente descongestionado?
4. ¿Se conoce la FEVI?
5. Si la FEVI es <40% (valorar si <50%), ¿se ha iniciado o considerado el tratamiento con
 - ARNI (en caso de que no pueda usarse, sustituir por IECA/ARA II)
 - BB
 - ARM
 - iSGTL2 (dapagliflozina/empagliflozina si <40%, empagliflozina si FEVI \geq 40%)?
6. ¿Se ha revisado el resto de medicación?
7. ¿Se han valorado la función renal y los iones?
8. ¿Se conoce la PAS, el ritmo, la FC, y la duración del QRS?
9. ¿Se ha educado sobre la enfermedad al paciente/cuidador y se han proporcionado recomendaciones?
10. ¿El paciente tiene programada una cita precoz en atención primaria y/o especializada*?

*Ver asterisco en punto 2 de la página siguiente.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: PLANIFICACIÓN ESTRUCTURADA AMBULATORIA

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA.

- 1. PRIMERA CONSULTA.
- 2. CONSULTA PROGRAMADA.
- 3. CONSULTA NO PROGRAMADA.
- 4. CONSULTA POSTALTA.
- 5. COORDINACIÓN CON UNIDAD IC AVANZADA Y PALIATIVOS.

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

- ANEXO I DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO Y ETIOLÓGICO DE LA IC. ALGORITMO.
- ANEXO II FACTORES DE DESCOMPENSACIÓN. PRINCIPALES COMORBILIDADES Y SU IMPLICACION EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. ALGORITMO.
- ANEXO III. TRATAMIENTO ÓPTIMO. ALGORITMO.
- ANEXO IV. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA. ALGORITMO.

4. CONSULTA POSTALTA.

Equipo de AP → en 1 semana.

Equipo de IC → primeras 2 semanas.

Proporcionar acceso fácil telefónico o presencial, consulta en hospital de día disponible, con revisión médica y de enfermería.

LA REVISIÓN DEBE INCLUIR:

1. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA.

- Realizar anamnesis dirigida a los síntomas de IC.
- Buscar sintomatología referida a su comorbilidad.

Ctes: Peso_____ TA_____ FC_____ SatO2_____

- Exploración general.

2. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- Valoración ecográfica de la congestión (según disponibilidad).
- Hemograma y perfil renal e iones ECG Peptidos natriureticos (si están disponibles).

3. TRATAMIENTO Y PLANIFICACIÓN (reintervención educativa, informe revisión y optimización diuréticos).

-Comprobar la toma correcta de la medicación pautada al alta.

-Comprobar ningún efecto adverso.

-Evaluación dosis diuréticos:

- Utilizarlos solo en caso de congestión persistente o descompensación aguda.

-Reintervención educativa:

- Conciliación terapéutica y revisión de la adherencia.
- Revisión de los conocimientos del paciente y sus cuidadores sobre signos de alarma y autocuidado.

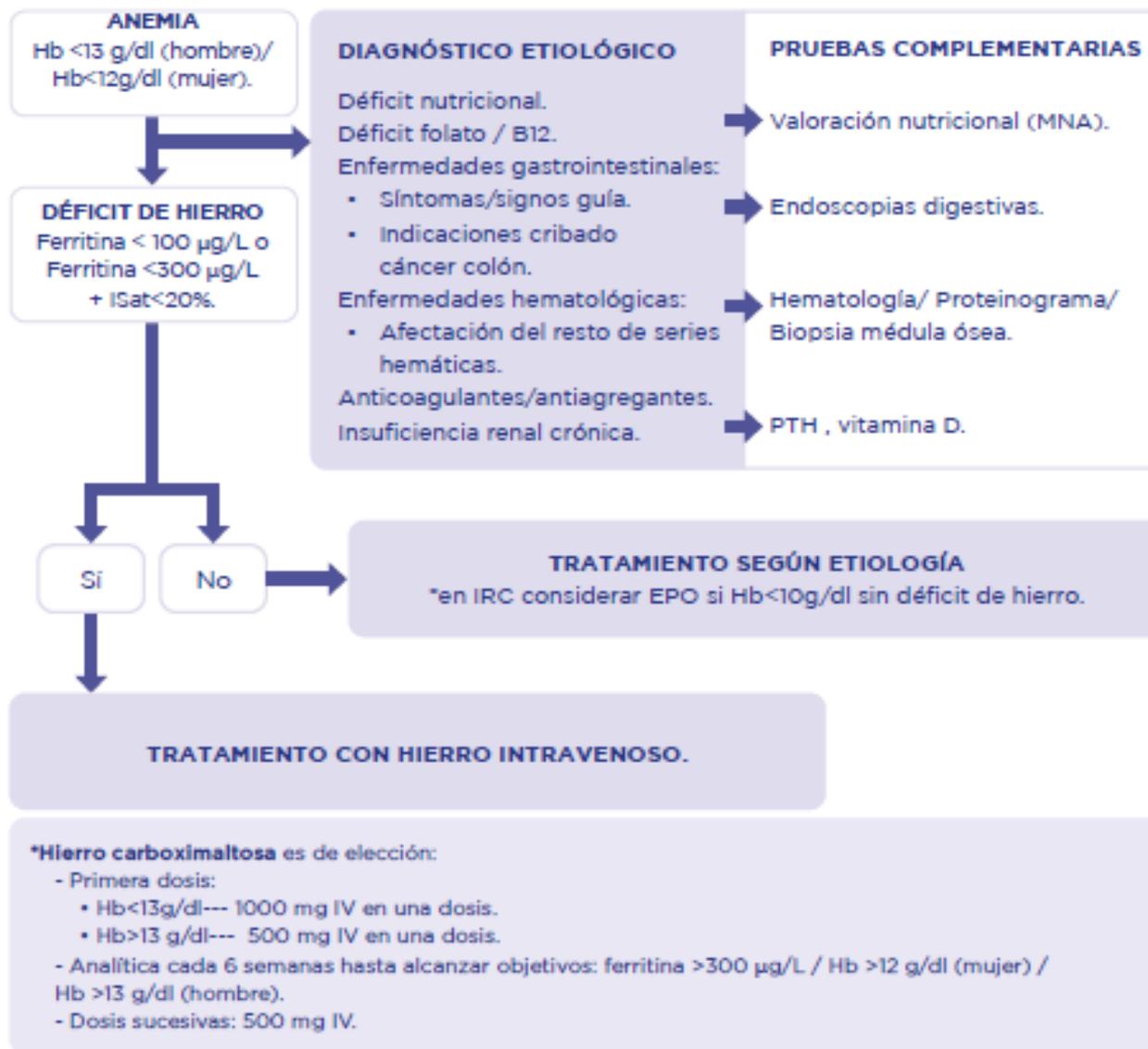
-Coordinación con Atención Primaria:

- Valorar si fue visto en AP.
- Sistemática de seguimiento con AP.

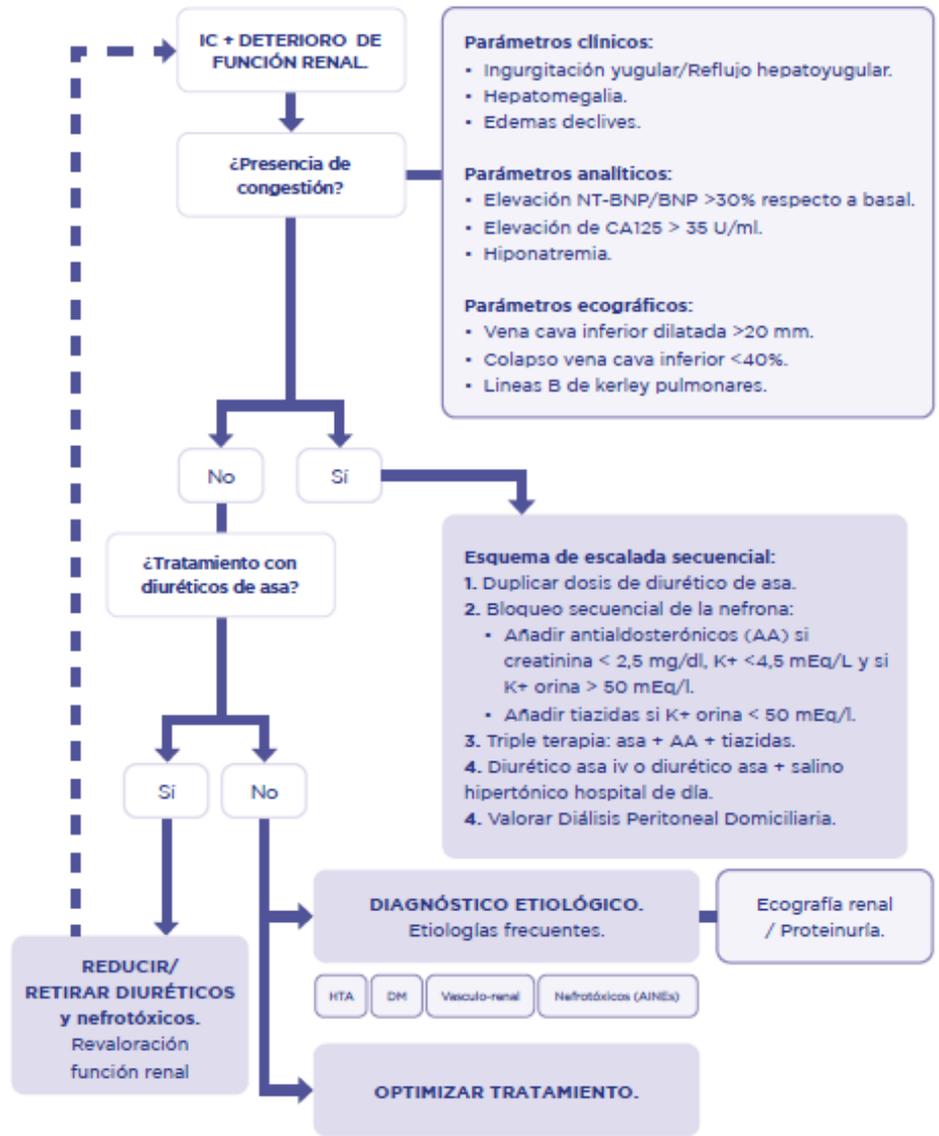
-Informe de revisión:

- Debilidades y barreras del proceso.
- Optimización fcos. pendiente (en caso necesario).
- Cómo actuar en caso de signos de alarma, descompensación o si modificaciones relevantes de los ttos.
- Métodos de contacto directo con la unidad de IC y responsables del paciente.
- Riesgo residual del paciente y si es o no candidato a terapias avanzadas en caso de empeoramiento.
- Cita prevista para la próxima revisión programada (ver apartado 2).

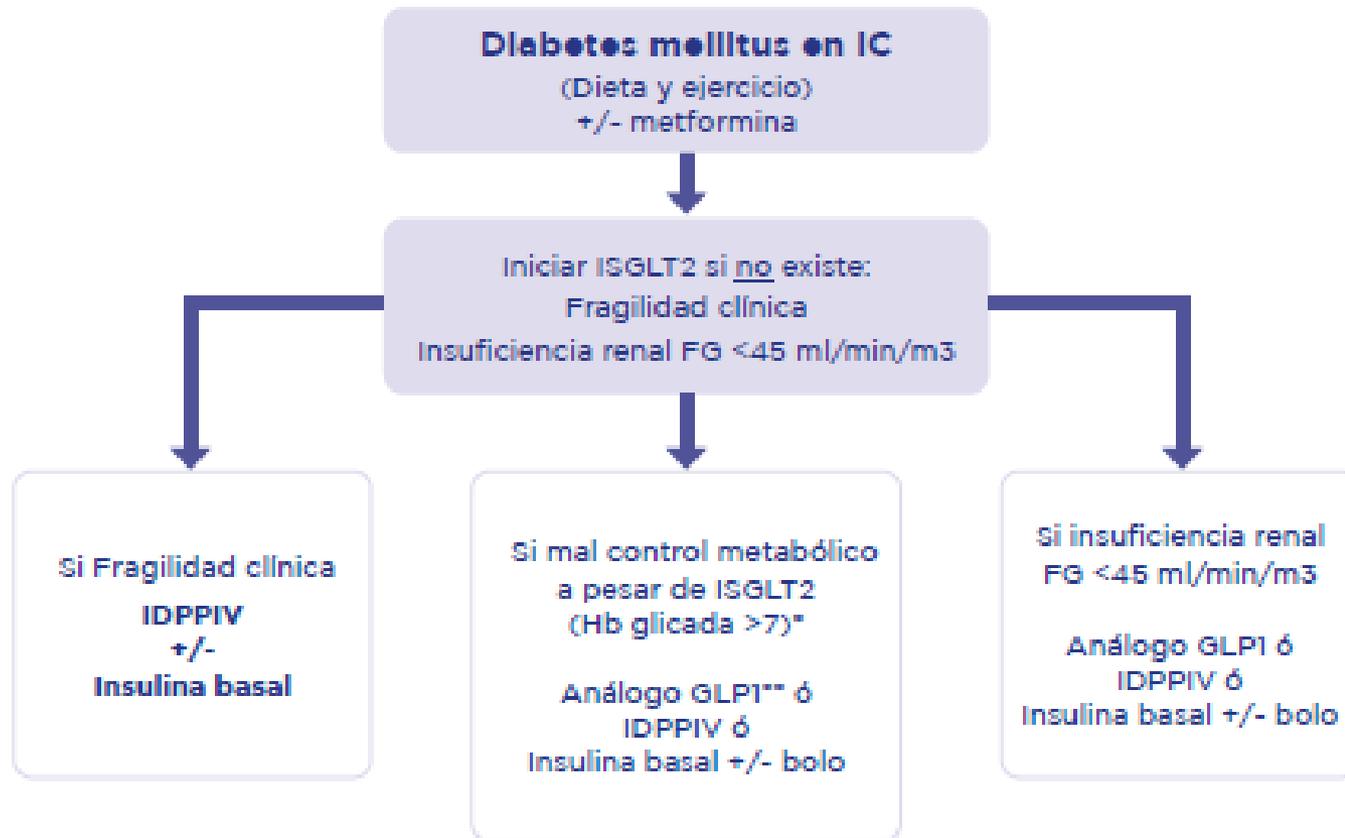
ANEXO IIa. MANEJO DE ANEMIA/DEFICIT DE HIERRO EN LA IC.



ANEXO IIb. MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORENAL.



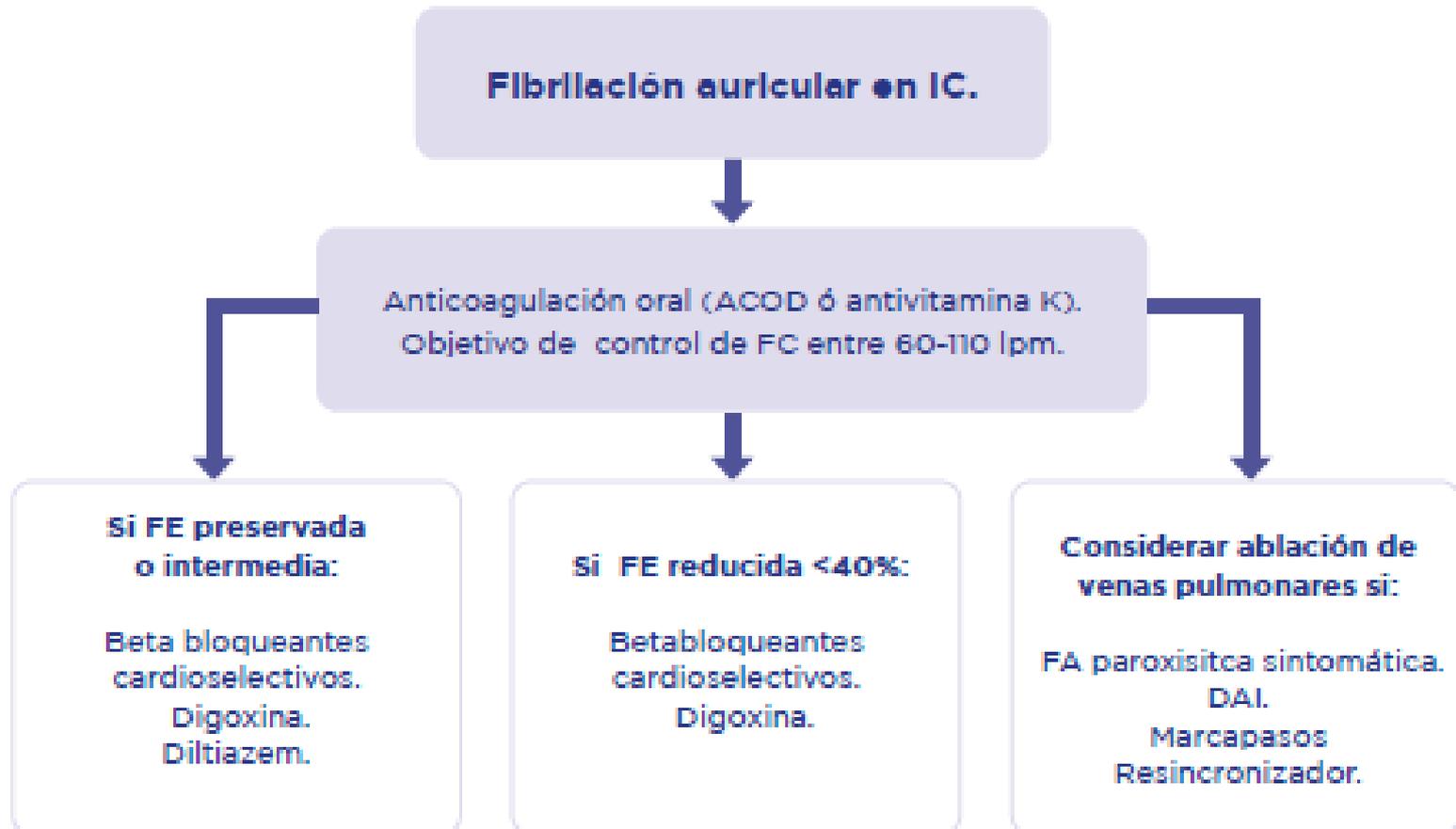
ANEXO IIc. DIABETES EN IC.



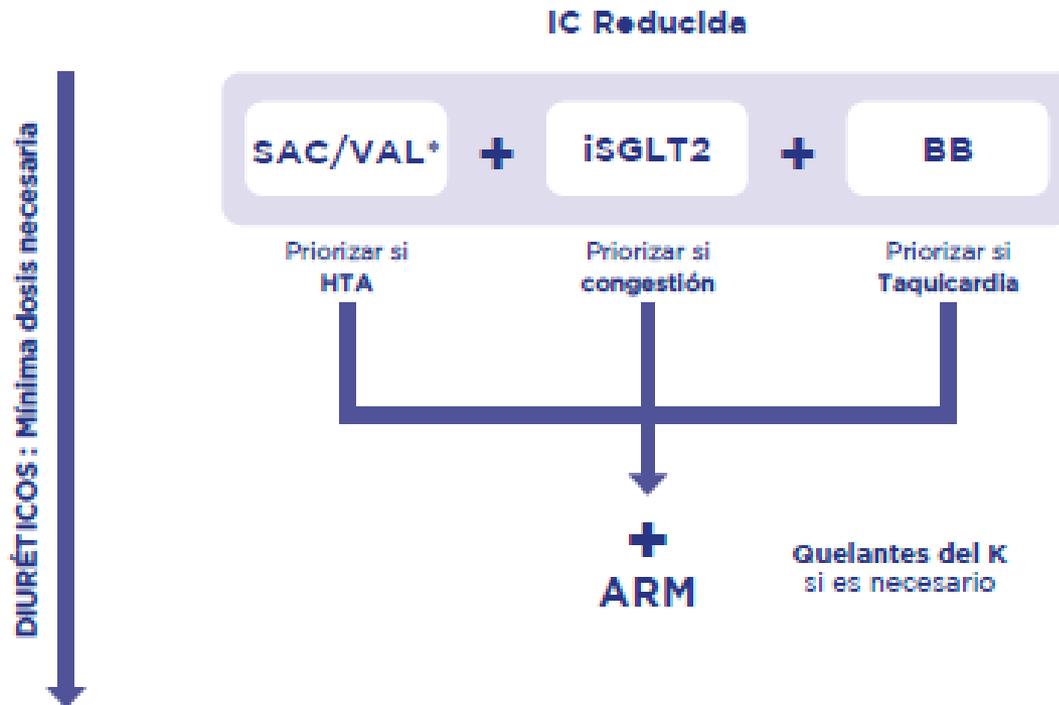
* El control glucémico del paciente con diabetes e IC debe individualizarse. El control intensivo de la glucemia no ha demostrado mejorar el pronóstico en la IC.

** Los análogos de GLP1 no han demostrado beneficio en IC con FE reducida. En diabetes y obesidad con FE preservada puede valorarse su uso para el control glucémico y la pérdida de peso.

ANEXO IIId. FIBRILACIÓN AURICULAR EN IC.



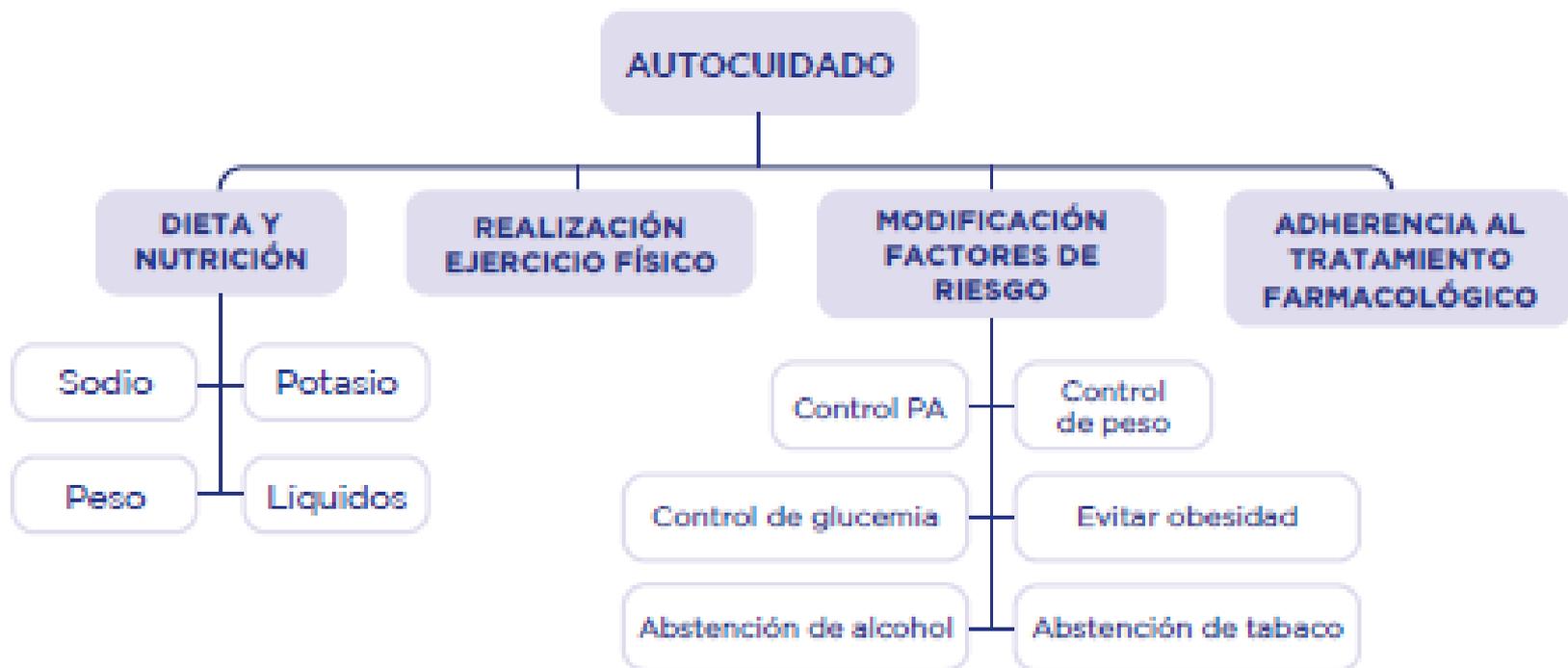
ANEXO III. TRATAMIENTO ÓPTIMO.



	TA	FC	K
Iniciar/Titular	>100 mmHg	>70 lpm	<5,5 mEq/L
Mantener	>90 mmHg	>50 lpm	>5 mEq/L

ANEXO IV^o. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA.

PACIENTE CON IC AMBULATORIA/CRÓNICA CONSULTA DE ENFERMERÍA IC



DECÁLOGO

DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON IC CRÓNICA.

1. ¿El diagnóstico sintromico de IC es correcto?, ¿se conoce adecuadamente la FEVI y la etiologia de la IC?
2. ¿Se ha evaluado adecuadamente la gravedad de la IC?
3. ¿Hemos evaluado adecuadamente la situacion basal del paciente?
4. ¿Qué comorbilidades tiene?
5. ¿Tiene Fibrilacion Auricular?, ¿está bien tratada?
6. ¿Cuál es el grado de congestión del paciente?
7. ¿Cuál es el tratamiento pautado para su IC?
8. ¿Está optimizado el tratamiento de sus comorbilidades?
9. ¿Es adecuado el conocimiento de la enfermedad y del autocuidado de la IC?
10. ¿Está bien organizada la atención Integral y la continuidad asistencial del paciente?, ¿qué estudios precisa para próxima revisión?



ORIGINAL

Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC



J.M. Cerqueiro^{a,*}, A. González-Franco^b, M. Montero-Pérez-Barquero^c, P. Llácer^d, A. Conde^e, M.F. Dávila^f, M. Carrera^g, A. Serrado^h, I. Suárezⁱ, J. Pérez-Silvestre^j, J.A. Satué^k, J.C. Arévalo-Lorido^l, A. Rodríguez^m, A. Herreroⁿ, R. Jordana^o y L. Manzano^p

Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad con una elevada morbimortalidad. Evaluamos la utilidad del programa de Unidades de Manejo Integral para Pacientes con IC (UMIPIC).

Pacientes y método: Se analizaron los datos de los pacientes incluidos en el programa UMIPIC, recogidos en el registro de IC (RICA) de la Sociedad Española de Medicina Interna. Se compararon las visitas a Urgencias y las hospitalizaciones por cualquier causa y por IC durante el año anterior a la inclusión en el programa, con las que tuvieron durante el año de seguimiento posterior, usando el test de la chi-cuadrado.

RICA: registro multicéntrico prospectivo y de cohortes, coordinado por el Grupo de trabajo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la SEMI. Se incluyen pacientes consecutivamente ingresados por un episodio de insuficiencia cardíaca descompensada que se incluyen de manera anónima a través de una página web. Se inició en 2008 con el fin de analizar las características de los pacientes ingresados por IC en hospitales españoles y su evolución clínica tras el alta. Consta de más de 7000 pacientes y se han hecho 20 publicaciones en revistas científicas y numerosas comunicaciones. Se realizan visitas a 1, 3, 6 y 12 meses y después anualmente.

RICA-2

UMIPIC: Unidad de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca



ORIGINAL

Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC



J.M. Cerqueiro^{a,*}, A. González-Franco^b, M. Montero-Pérez-Barquero^c, P. Llácer^d, A. Conde^e, M.F. Dávila^f, M. Carrera^g, A. Serrado^h, I. Suárezⁱ, J. Pérez-Silvestre^j, J.A. Satué^k, J.C. Arévalo-Lorido^l, A. Rodríguez^m, A. Herreroⁿ, R. Jordana^o y L. Manzano^p

Se incluyeron 460 pacientes del registro RICA - UMIPIC entre noviembre-11 y noviembre 2013.:

- - 80 fallecieron
- - 258 cumplieron un año de seguimiento y se incluyeron en el análisis

Se compara el número de visitas Urgencias e ingresos por cualquier causa y por IC en el año previo a incluirse en la UMIPIC con el año posterior.

Tabla 1 Características de la población evaluada en el momento de la inclusión en las unidades del programa UMIPIC

N=258		
<i>Edad y sexo</i>		
Edad	(Me, C1-C3)	81,7 (77-85,9)
Mujeres	(n, %)	134 (51,9%)
<i>Cardiopatía</i>		
Cardiopatía hipertensiva	(n, %)	104 (40,3%)
Cardiopatía isquémica	(n, %)	57 (22,1%)
Fracción de eyección	(Me, C1-C3)	52 (40-62)
Fracción de eyección < 35%	(n, %)	30 (13,4%)
Fibrilación auricular	(n, %)	156 (60,5%)
Insuficiencia cardíaca previa	(n, %)	172 (66,7%)
<i>Comorbilidades</i>		
Hipertensión arterial	(n, %)	226 (87,6%)
Diabetes	(n, %)	115 (44%)
Dislipidemia	(n, %)	129 (50%)
EPOC	(n, %)	64 (28%)
Cáncer	(n, %)	37 (14,3%)
Insuficiencia renal	(n, %)	107 (41,5%)
Anemia	(n, %)	142 (55%)
Arteriopatía periférica	(n, %)	23 (8,9%)
Enfermedad cerebrovascular	(n, %)	32 (12,4%)
Hepatopatía	(n, %)	11 (4,3%)
Demencia	(n, %)	8 (3,1%)
Índice de Charlson > 3	(n, %)	78 (30,2%)
<i>Estado cognitivo, funcional y apoyo social</i>		
Índice de Pfeiffer	(Me, C1-C3)	0 (0-2)
Índice de Barthel	(Me, C1-C3)	95 (80-100)
Institucionalizado	(n, %)	17 (7,6%)
Apoyo familiar	(n, %)	252 (97,7%)

C1-C3: primer y tercer cuartil; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Me: mediana; n: número; %: porcentaje.

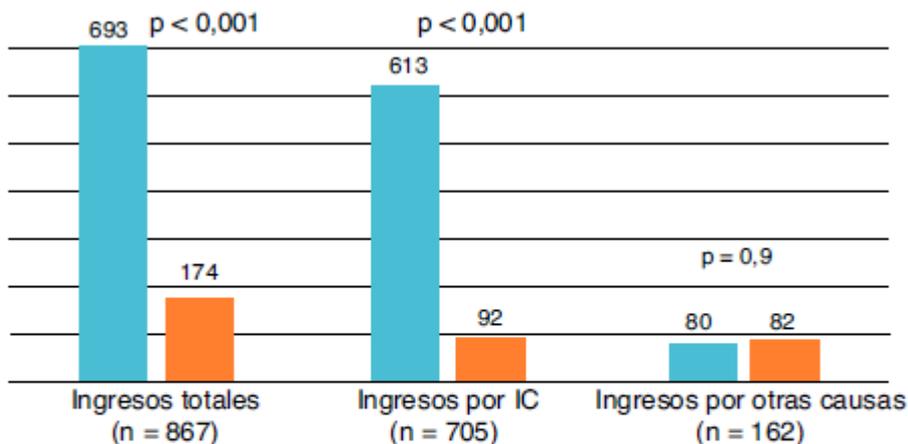


Figura 1 Ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) y otras causas durante el año anterior a la inclusión en el programa UMIPIC (barras azules) y el año de seguimiento posterior (barras naranja).

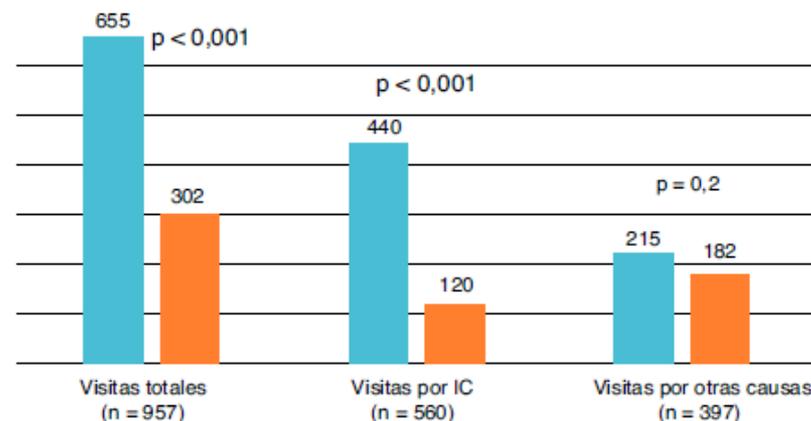


Figura 2 Visitas a Urgencias por insuficiencia cardiaca (IC) y otras causas durante el año anterior a la inclusión en el programa UMIPIC (barras azules) y durante el año de seguimiento posterior (barras naranja).

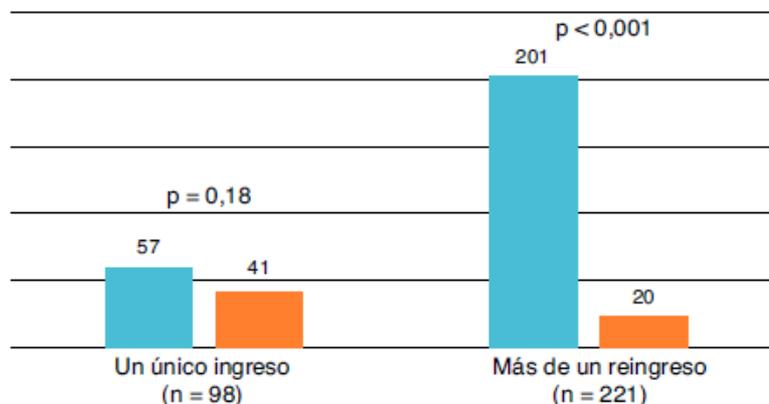


Figura 3 Frecuencia de los reingresos por insuficiencia cardiaca (IC) durante el año anterior a la inclusión en el programa UMIPIC (barras azules) y durante el año de seguimiento posterior (barras naranja).



ORIGINAL

Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC



J.M. Cerqueiro^{a,*}, A. González-Franco^b, M. Montero-Pérez-Barquero^c, P. Llácer^d, A. Conde^e, M.F. Dávila^f, M. Carrera^g, A. Serrado^h, I. Suárezⁱ, J. Pérez-Silvestre^j, J.A. Satué^k, J.C. Arévalo-Lorido^l, A. Rodríguez^m, A. Herreroⁿ, R. Jordana^o y L. Manzano^p

Conclusión

El programa UMIPIC, basado en una atención integral y continuada proporcionada por servicios de Medicina Interna, se ha mostrado capaz de reducir tanto los ingresos como las visitas a Urgencias durante el primer año de seguimiento en pacientes ancianos con IC y comorbilidad, especialmente en los que sufren un mayor número de hospitalizaciones. Se necesitan nuevos estudios para confirmar estos resultados, analizar los costes y definir el perfil del paciente que más se pueda beneficiar de esta intervención.



ELSEVIER

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

Á. González-Franco^{a,*}, J.M. Cerqueiro González^b, J.C. Arévalo-Lorido^c, P. Álvarez-Rocha^d, S. Carrascosa-García^e, A. Armengou^f, M. Guzmán-García^g, J.C. Trullàs^{h,i}, M. Montero-Pérez-Barquero^j y L. Manzano^k, en representación de los investigadores del registro RICA[◇]

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal de Zafra, Zafra, Badajoz, España

^d Servicio de Medicina Interna y Cardiología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay

^e Servicio de Medicina Interna, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^f Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona, España

^g Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de la Cruz, Jaén, España

^h Servicio de Medicina Interna, Hospital d'Olot i comarcal de la Garrotxa, Girona, España

ⁱ Laboratori de Reparació i Regeneració Tissular (TR2Lab), Facultat de Medicina, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, Vic, Barcelona, España

^j Servicio de Medicina Interna, IMBIC/Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

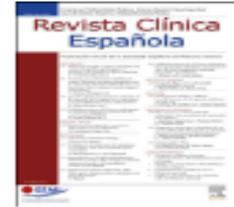
^k Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá (IRYCIS), Madrid, España

Recibido el 12 de enero de 2021; aceptado el 26 de mayo de 2021

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

Antecedentes: Los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca (IC) presentan una elevada comorbilidad que conlleva una atención fragmentada, con frecuentes hospitalizaciones y alta mortalidad. En este estudio se evaluó el beneficio de un modelo asistencial caracterizado por una atención integral y continuada (programa UMIPIC), en pacientes con IC de edad avanzada.

Métodos y resultados: Se analizaron prospectivamente 2.862 pacientes con IC atendidos en servicios de Medicina Interna, procedentes del registro RICA. Se dividieron en 2 grupos: uno en RICA. nimiento en el programa UMIPIC (grupo UMIPIC, n: 809) y otro atendido de forma convencional (grupo RICA, n: 2053). Se evaluaron los reingresos por IC durante 12 meses de seguimiento y la mortalidad total tras un episodio de hospitalización por IC. Los pacientes del grupo UMIPIC tuvieron más edad, comorbilidades y fracción de eyección preservada que los del grupo



Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

- OBJETIVO PRIMARIO: tasa de reingresos al mes y a los doce meses en el grupo de pacientes atendidos en UMIPIC comparado con el convencional
- OBJETIVO SECUNDARIO: mortalidad a los 12 meses

Tabla 1 Características basales de los pacientes del estudio

	UMIPIC (N = 809)	RICA (N = 2053)	p
Edad (Me, C1-C3)	82 (77-86)	80 (73-84)	< 0,001
Mujeres (n, %)	388 (48%)	950 (46%)	0,429
Hipertensión arterial (n, %)	722 (89%)	1737 (85%)	0,001
Diabetes (n, %)	444 (55%)	1015 (49%)	0,009
Dislipidemia ^a (n, %)	419 (52%)	1007 (49%)	0,198
Hiperuricemia ^b (n, %)	261 (66%)	796 (58%)	0,006
Cardiopatía isquémica (n, %)	198 (24%)	599 (29%)	0,011
NYHA I (n, %)	60 (7,4%)	183 (8,9%)	0,206
NYHA II (n, %)	435 (54%)	1102 (54%)	1,000
NYHA III (n, %)	287 (35%)	706 (34%)	0,632
NYHA IV (n, %)	27 (3,3%)	58 (2,8%)	0,465
FEVI (n, %)	55 (40-62)	53 (38-62)	0,065
FEVI < 35% (n, %)	110 (14%)	373 (18%)	0,003
FEVI ≥ 50% (n, %)	535 (66%)	1204 (59%)	< 0,001
Insuficiencia cardíaca previa (n, %)	532 (66%)	1234 (60%)	0,005
Fibrilación auricular (n, %)	494 (61%)	1107 (54%)	< 0,001
EPOC (n, %)	184 (23%)	542 (26%)	0,045
Cáncer (n, %)	104 (13%)	222 (11%)	0,133
Insuficiencia renal ^c (n, %)	383 (47%)	792 (39%)	< 0,001
Anemia ^d (n, %)	474 (59%)	1120 (55%)	0,055
Arteriopatía periférica (n, %)	92 (11%)	273 (13%)	0,171
ACV (n, %)	122 (15%)	284 (14%)	0,405
Enfermedad hepática (n, %)	128 (16%)	310 (15%)	0,645
Demencia (n, %)	34 (4,2%)	126 (6,1%)	0,047
Índice de Charlson > 3 (n, %)	298 (37%)	691 (34%)	0,116
Índice de Pfeiffer (Me, C1-C3)	1 (0-2)	1 (0-3)	< 0,001
Índice de Barthel (Me, C1-C3)	95 (75-100)	95 (70-100)	0,277
Institucionalizado (n, %)	56 (6,9%)	228 (11%)	< 0,001
Apoyo familiar (n, %)	784 (97%)	1900 (93%)	< 0,001
IECA o ARA-II (n, %)	491 (61%)	1536 (75%)	< 0,001
Antagonistas aldosterona (n, %)	330 (41%)	645 (31%)	< 0,001
Betabloqueantes (n, %)	563 (70%)	1264 (62%)	< 0,001
Digoxina (n, %)	140 (17%)	478 (23%)	< 0,001
Ca-antag no dihidro (n, %)	28 (3,5%)	42 (2,0%)	0,032
Ca-antag dihidro (n, %)	37 (4,6%)	104 (5,1%)	0,632

ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonista de los receptores de angiotensina II; Ca-antag dihidro: calcioantagonistas dihidropiridínicos; Ca-antag. no dihidro: calcioantagonistas no dihidropiridínicos; C1-C3: primer y tercer intercuartil; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; Me: mediana; n: número; NYHA: *New York Heart Association*; RICA: Registro de Insuficiencia Cardíaca; UMIPIC: Unidades de Manejo Integral de Insuficiencia Cardíaca; %: porcentaje.

^a Dislipidemia: colesterol total < 190 mg/dL, LDLc > 115 mg/dL.

^b Hiperuricemia: > 7 mg/dL en varones, > 6 mg/dL en mujeres.

^c Insuficiencia renal: tasa de filtrado glomerular estimada < 60 mL/min/1,73 m².

^d Anemia: hemoglobina < 13 mg/dL en varones, < 12 g/dL en mujeres.

UMIPIC:

- > edad
- > HTA y DM
- > FEVI p
- > ERC
- > apoyo fam
- < demencia

RICA:

- > CI
- > EPOC
- > demencia
- > institucionalizado

Tabla 2 Reingresos por insuficiencia cardíaca en el primer mes, al año y mortalidad total en la población no emparejada y la emparejada por *propensity score*

Eventos	Población no emparejada			Población emparejada			
	UMIPIC (N: 809)	RICA (N: 2053)	p	UMIPIC (N: 370)	RICA (N: 370)	p	HR (IC 95%)
Ingresos IC 1. ^{er} mes, n (%)	16 (2%)	109 (5,3%)	< 0,001	7 (1,9%)	31 (8,4%)	< 0,001	0,22 (0,09-0,50)
Ingresos IC 12. ^o mes, n (%)	139 (17%)	536 (26%)	< 0,001	57 (15%)	111 (30%)	< 0,001	0,44 (0,32-0,60)
Mortalidad total, n (%)	129 (16%)	545 (27%)	< 0,001	64 (17%)	103 (28%)	0,001	0,58 (0,42-0,79)

HR: hazard ratio; IC insuficiencia cardíaca; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; n: número; RICA: Registro de Insuficiencia Cardíaca; UMIPIC: Unidades de Manejo Integral de Insuficiencia Cardíaca.

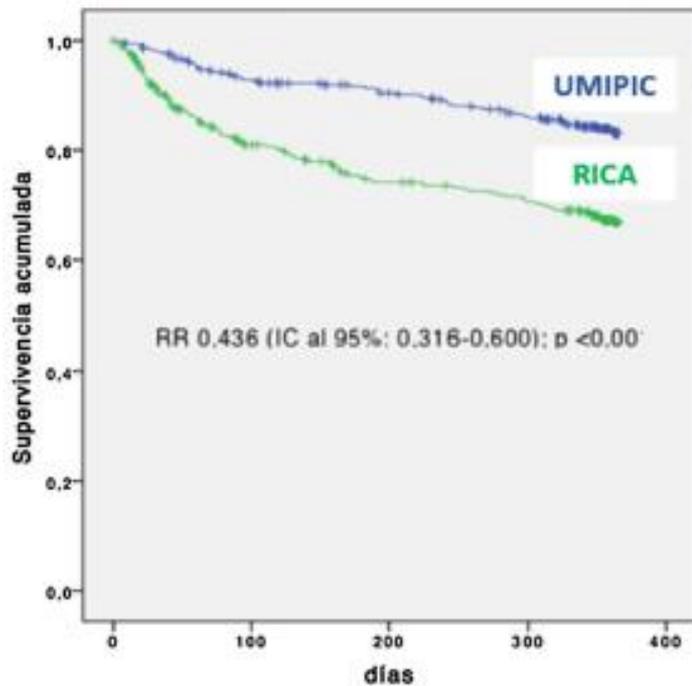


Figura 1 Evolución de reingresos por insuficiencia cardíaca (IC).

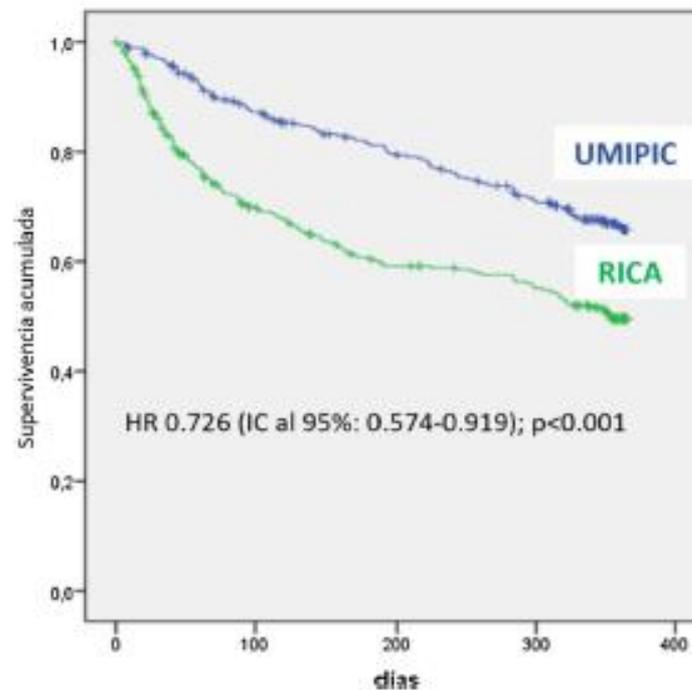


Figura 2 Evolución de reingresos por cualquier causa (población emparejada).

Tabla 3 Reingresos por IC y por cualquier causa y mortalidad a 12 meses en población emparejada por *propensity score*

Tasa ajustada de eventos	UMIPIC (N: 370)	RICA (N: 370)	p	HR (IC 95%)
Reingreso por IC 12 meses, n (%)	57 (15%)	111 (30%)	< 0,001	0,436 (0,316-0,600)
Reingreso por cualquier causa 12 meses, n (%)	117 (32%)	173 (47%)	< 0,001	0,726 (0,574-0,919)
Mortalidad 12 meses, n (%)	64 (17%)	103 (28%)	0,001	0,580 (0,425-0,793)

HR: hazard ratio; IC: insuficiencia cardíaca; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; n: número; RICA: Registro de Insuficiencia Cardíaca; UMIPIC: Unidades de Manejo Integral de Insuficiencia Cardíaca.

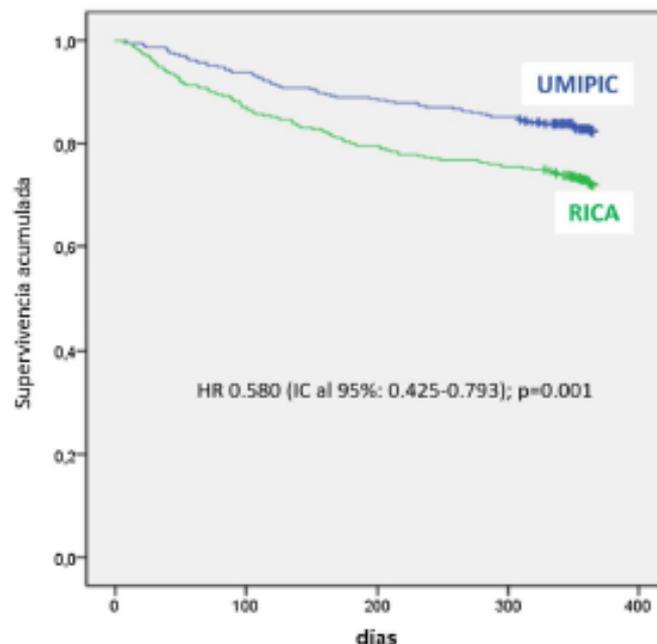


Figura 3 Evolución de mortalidad (población emparejada).
IC al 95%: intervalo de confianza al 95%; RICA: Registro de Insuficiencia Cardíaca; HR: hazard ratio; UMIPIC: Unidades de Manejo Integral de Insuficiencia Cardíaca.



Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

Conclusiones

Los resultados del presente estudio demuestran que el programa UMIPIC, basado en una atención integral y continuada a pacientes ancianos con IC y elevada comorbilidad, con implicación de profesionales de enfermería e internistas y el adecuado apoyo socio-familiar, disminuye de manera significativa los reingresos por IC y la mortalidad total respecto a un seguimiento convencional.



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada: Programa UMIPIC

J.M. Cerqueiro-González^{a,+}, Á. González-Franco^b, S. Carrascosa-García^c, L. Soler-Rangel^d, F.J. Ruiz-Laiglesia^e, F. Epelde-Gonzalo^f, M.F. Dávila-Ramos^g, J. Casado-Cerrada^h, E. Casariego-Valesⁱ y L. Manzano^j

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^c Servicio de Medicina Interna, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lazcano Blesa, Zaragoza, España

^f Hospital Universitari Parc Taulí, Barcelona, España

^g Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^h Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

ⁱ Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

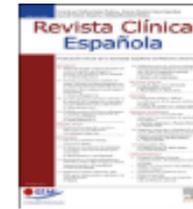
^j Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid, España

Recibido el 24 de agosto de 2021; aceptado el 14 de noviembre de 2021



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada: Programa UMIPIC

Métodos: Se analizaron prospectivamente los datos de 2.401 pacientes con ICfEp atendidos en servicios de medicina interna, procedentes del registro RICA. Se dividieron en 2 grupos, uno en seguimiento en el programa UMIPIC (grupo UMIPIC, n: 1.011) y otro atendido de forma convencional (grupo RICA, n: 1.390). Se seleccionaron por emparejamiento (*propensity score matching*) 753 pacientes en cada grupo y se evaluaron los ingresos y la mortalidad durante 12 meses de seguimiento, tras un episodio de hospitalización por IC.

Tabla 1 Características basales de los pacientes

Variable	Total (n= 2.401)	UMIPC (n= 1.011)	RICA (n= 1.390)	p
Datos demográficos				
Edad, años (mediana, C1-C3)	82,8 (78,6-86,6)	83,7 (79,9-87,2)	82,2 (78,0-86,1)	< 0,001
Sexo, mujeres (%)	1.532 (64)	645 (64)	887 (64)	0,994
Antecedentes clínicos				
Hipertensión (%)	2.158 (90)	921 (91)	1.237 (89)	0,091
Diabetes mellitus (%)	1.074 (45)	462 (46)	612 (44)	0,417
Dislipidemia ^a (%)	1.189 (50)	526 (52)	663 (48)	0,036
Cardiopatía isquémica (%)	428 (18)	176 (17)	252 (18)	0,649
Fibrilación auricular (%)	1.707 (71)	733 (73)	974 (70)	0,195
EPOC (%)	550 (23)	219 (22)	331 (24)	0,216
Cáncer (%)	321 (13)	155 (15)	166 (12)	0,016
Insuficiencia renal ^b (%)	1.441 (60)	588 (58)	853 (61)	0,113
Anemia ^c (%)	1.409 (59)	617 (61)	792 (57)	0,047
Arteriopatía periférica (%)	226 (9,4)	97 (9,6)	129 (9,3)	0,795
Ictus (%)	344 (14)	151 (15)	193 (14)	0,468
Enfermedad hepática (%) ^d	121 (5,0)	51 (5,0)	70 (5,0)	0,992
Demencia (%)	142 (5,9)	56 (5,5)	86 (6,2)	0,506
Institucionalizado (%)	155 (6,5)	55 (5,4)	100 (7,2)	0,084
Índice de Charlson (media ± DE)	2,89 ± 2,38	3,12 ± 2,44	2,73 ± 2,32	< 0,001
Índice Charlson > 3 (%)	791 (33)	376 (37)	415 (30)	< 0,001
Características clínicas				
IMC (media ± DE)	29,91 ± 7,61	30,12 ± 6,19	29,71 ± 9,04	0,293
NYHA (media ± DE)	2,31 ± 0,64	2,33 ± 0,61	2,30 ± 0,67	0,203
Índice de Barthel (media ± DE)	79,25 ± 23,21	78,17 ± 23,44	80,03 ± 23,01	0,053
Índice de Pfeiffer (media ± DE)	1,78 ± 2,07	1,43 ± 1,84	2,04 ± 2,19	< 0,001
PAS, mm Hg (media ± DE)	139,96 ± 26,97	136,49 ± 25,03	142,49 ± 28,03	< 0,001
PAD, mm Hg (media ± DE)	74,58 ± 15,91	72,17 ± 15,23	76,34 ± 16,17	< 0,001
Frecuencia cardíaca (media ± DE)	85,66 ± 21,89	83,42 ± 20,63	87,29 ± 22,63	< 0,001
Fracción de eyección (media ± DE)	62,66 ± 43,26	63,23 ± 9,17	62,09 ± 7,69	0,195
Laboratorio				
Hemoglobina, g/dL (media ± DE)	11,82 ± 1,98	11,77 ± 1,93	11,86 ± 2,00	0,243
Creatinina, mg/dL (media ± DE)	1,31 ± 0,70	1,28 ± 0,68	1,34 ± 0,71	0,064
Filtrado glomerular MDRD, mL min ⁻¹ 1,73 m ² , (media ± DE)	56,95 ± 25,52	58,39 ± 26,69	55,90 ± 24,59	0,02
Sodio, mEq/dL (media ± DE)	138,67 ± 5,64	138,37 ± 4,84	138,90 ± 6,15	0,022
Potasio, mEq/dL (media y DE)	4,36 ± 0,63	4,39 ± 0,65	4,33 ± 0,62	0,045
NT-proBNP (media y DE)	5.446 ± 6,946	5.445 ± 5,808	5.447 ± 7,396	0,997
Tratamiento al alta hospitalaria				
Diuréticos (%)	2.195 (91)	929 (92)	1.266 (91)	0,484
IECA o ARA-II (%)	1.603 (67)	620 (61)	983 (71)	< 0,001
Espirinolactona (%)	510 (21)	232 (23)	278 (20)	0,081
Bloqueadores beta (%)	1.278 (53)	566 (56)	712 (51)	0,021
Ca-antagonistas no DHP (%)	545 (23)	243 (24)	302 (22)	0,182
Estatinas (%)	976 (41)	443 (44)	533 (38)	0,007
Dicumarínicos (%)	1.142 (48)	439 (43)	703 (51)	< 0,001
Aspirina (%)	593 (25)	245 (24)	348 (25)	0,653

ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonista de los receptores de angiotensina II; C1-C3: primer y tercer intercuartil; Ca-antagonistas no DHP: calcio-antagonistas no dihidropiridínicos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IECA: inhibidor del enzima convertidor de angiotensina; IMC: índice de masa corporal; n: número; NYHA: New York Heart Association; PAD: presión arterial diabética; PAS: presión arterial sistólica; %: porcentaje.

^a Dislipidemia: colesterol total > 190 mg/dL, LDLc > 115 mg/dL.

^b Insuficiencia renal: tasa de filtrado glomerular estimada < 60 mL/min/1,73 m².

^c Anemia: hemoglobina < 13 mg/dL en varones, < 12 g/dL en mujeres.

^d Enfermedad hepática: elevación de AST o ALT > 3 veces el límite superior de la normalidad.

Tabla 2 Características basales de la población emparejada

Variable	Total (n= 1.506)	UMIPC (n= 753)	RICA (n= 753)	p
Datos demográficos				
Edad, años (mediana, C1-C3)	83,0 (78,8-86,8)	83,4 (79,2-86,9)	82,8 (78,6-86,5)	0,178
Sexo, mujeres (%)	939 (62)	473 (63)	466 (62)	0,750
Antecedentes clínicos				
Hipertensión (%)	1.364 (91)	685 (91)	679 (90)	0,659
Diabetes mellitus (%)	677 (45)	344 (46)	333 (44)	0,604
Dislipidemia ^a (%)	782 (52)	389 (52)	393 (52)	0,877
Cardiopatía isquémica (%)	266 (18)	130 (17)	136 (18)	0,736
Fibrilación auricular (%)	1.073 (71)	541 (72)	532 (71)	0,649
EPOC (%)	324 (22)	160 (21)	164 (22)	0,851
Cáncer (%)	212 (14)	107 (14)	105 (14)	0,941
Insuficiencia renal ^b (%)	896 (59)	447 (59)	449 (60)	0,958
Anemia ^c (%)	900 (60)	450 (60)	450 (60)	1,000
Arteriopatía periférica (%)	147 (9,8)	69 (9,2)	78 (10)	0,487
Ictus (%)	205 (14)	102 (14)	103 (14)	1,000
Enfermedad hepática (%) ^d	83 (5,5)	41 (5,4)	42 (5,6)	1,000
Demencia (%)	75 (5,0)	39 (5,2)	36 (4,8)	0,813
Institucionalizado (%)	98 (6,5)	47 (6,2)	51 (6,8)	0,754
Índice de Charlson (media ± DE)	2,95 ± 2,37	2,97 ± 2,38	2,93 ± 2,37	0,753
Índice Charlson > 3 (%)	502 (33)	253 (34)	249 (33)	0,870
Características clínicas				
NYHA (media ± DE)	2,31 ± 0,62	2,31 ± 0,62	2,31 ± 0,63	0,901
Índice de Barthel (media ± DE)	80,18 ± 22,19	79,54 ± 22,55	80,82 ± 21,83	0,263
Índice de Pfeiffer (media ± DE)	1,54 ± 1,92	1,51 ± 1,89	1,57 ± 1,94	0,519
PAS, mm Hg (media ± DE)	138,17 ± 26,10	137,99 ± 24,94	138,35 ± 27,22	0,788
PAD, mm Hg (media ± DE)	73,34 ± 15,21	73,19 ± 15,54	73,48 ± 14,88	0,711
Frecuencia cardíaca (media ± DE)	84,49 ± 21,25	84,21 ± 21,21	84,76 ± 21,29	0,615
Laboratorio				
Hemoglobina, g/dL (media ± DE)	11,77 ± 1,93	11,76 ± 1,91	11,78 ± 1,96	0,826
Creatinina, mg/dL (media ± DE)	1,31 ± 0,67	1,30 ± 0,71	1,31 ± 0,62	0,844
Filtrado glomerular MDRD, mL min ⁻¹ 1,73 m ² , (media ± DE)	57,26 ± 25,94	57,48 ± 26,18	57,05 ± 25,72	0,749
Sodio, mEq/dL (media ± DE)	138,47 ± 5,95	138,48 ± 4,62	138,45 ± 7,04	0,921
Potasio, mEq/dL (media y DE)	4,39 ± 0,66	4,41 ± 0,67	4,37 ± 0,65	0,297
NT-proBNP (media y DE)	5.332,19 ± 6.247,79	5.485,58 ± 5.988,99	5.249,29 ± 6.388,21	0,632
Tratamiento al alta hospitalaria				
Diuréticos (%)	1.377 (91)	694 (92)	683 (91)	0,357
IECA o ARA-II (%)	955 (63)	472 (63)	483 (64)	0,593
Espirinolactona (%)	331 (22)	171 (23)	160 (21)	0,534
Bloqueadores beta (%)	817 (54)	411 (55)	406 (54)	0,836
Ca-antagonistas no DHP (%)	364 (24)	180 (24)	184 (24)	0,857
Estatinas (%)	653 (43)	325 (43)	328 (44)	0,917
Dicumarínicos (%)	692 (46)	339 (45)	353 (47)	0,501
Aspirina (%)	371 (25)	189 (25)	182 (24)	0,720

ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonista de los receptores de angiotensina II; C1-C3: primer y tercer intercuartil; Ca-antagonistas no DHP: calcio-antagonistas no dihidropiridínicos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IECA: inhibidor del enzima convertidor de angiotensina; n: número; NYHA: New York Heart Association; PAD: presión arterial diabética; PAS: presión arterial sistólica; %: porcentaje.

^a Dislipidemia: colesterol total > 190 mg/dL, LDLc > 115 mg/dL.

^b Insuficiencia renal: tasa de filtrado glomerular estimada < 60 mL/min/1,73 m².

^c Anemia: hemoglobina < 13 mg/dL en varones, < 12 g/dL en mujeres.

^d Enfermedad hepática: elevación de AST o ALT > 3 veces el límite superior de la normalidad.

Tabla 3 Datos de mortalidad global e ingresos en la población emparejada

Pacientes	Población emparejada			p	HR (IC 95%)
	Total (n= 1.506)	UMIPIC (n= 753)	RICA (n=753)		
Ingresos IC 1.º mes, n (%) ^a	71 (4,7)	16 (2,12)	55 (7,3)	< 0,001	0,35 (0,20-0,62)
Ingresos IC 12º mes, n (%) ^a	420(27,8)	145 (19,2)	275 (36,5)	< 0,001	0,56 (0,45-0,68)
Ingresos por otras causas, n (%) ^a	372 (24,7)	188 (24,9)	184 (24,4)	NS	
Ingresos totales a los 12 meses, n (%) ^a	792 (52,2)	333 (44,2)	459 (60,9)	0,0077	0,76 (0,65-0,87)
Mortalidad global a los 12 meses, n (%) ^a	306 (20,3)	95 (12,6)	211 (28)	< 0,001	0,40 (0,31-0,51)

HR: *hazard ratio*; IC: insuficiencia cardíaca; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; NS: no significativo.

^a Número y de porcentaje por cada 100 pacientes y año de seguimiento.

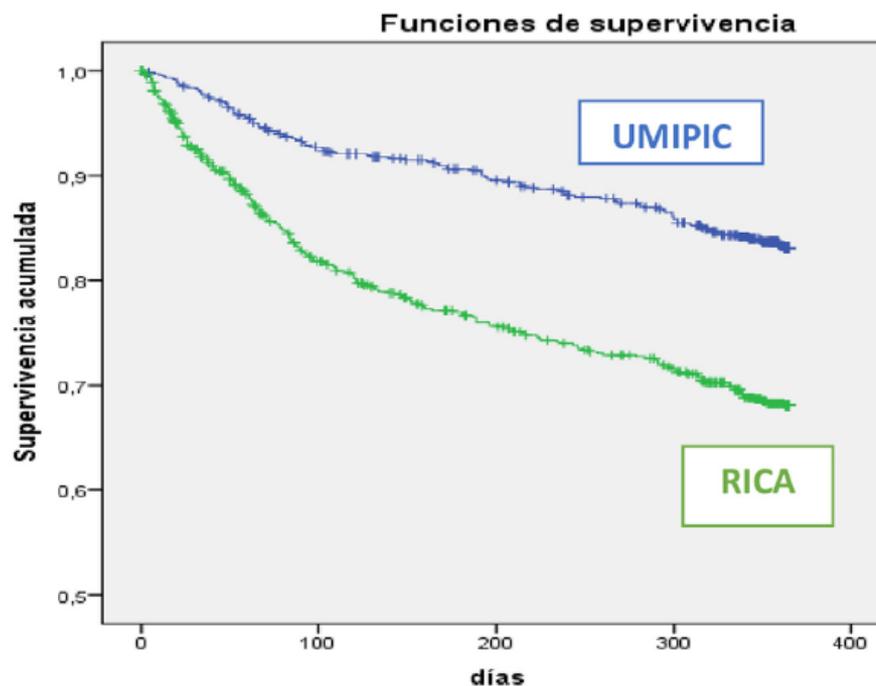


Figura 1 Curvas de Kaplan-Meier para el ingreso por IC durante el año de seguimiento. $p < 0,001$; RR (grupo UMIPIC) = 0,663 (0,569-0,772); NNT: 7.

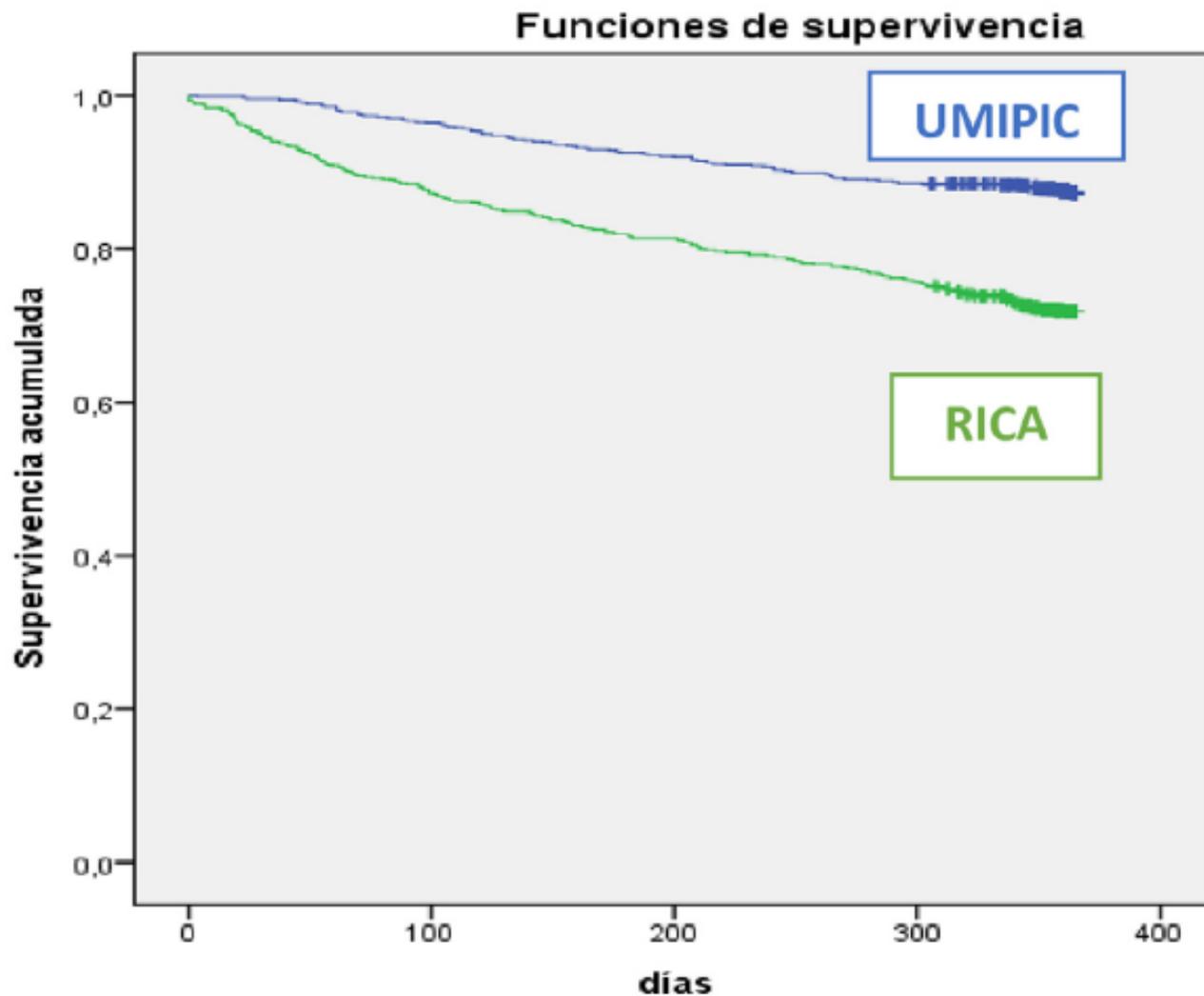


Figura 2 Curvas de Kaplan-Meier para la mortalidad global durante el año de seguimiento.
 $p < 0,001$; RR (grupo UMIPIC) = 0,566 (0,475-0,674); NNT: 8.



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada: Programa UMIPIC

Conclusiones

El programa UMIPIC, en pacientes con ICFEp, reduce significativamente tanto el riesgo de ingreso hospitalario como de mortalidad en el primer año de seguimiento tras un alta hospitalaria por IC. Se precisan más estudios para confirmar estos hallazgos, establecer el beneficio de este seguimiento a más largo plazo y poder profundizar sobre las causas de ingresos diferentes a la IC.

