

Comentarios acerca del algoritmo de insuficiencia cardíaca aguda

Òscar Miró¹, Víctor Gil¹, Javier Jacob², F. Javier Martín-Sánchez³

Sr. Director:

Hemos leído con sumo interés el artículo de “Algoritmo de insuficiencia cardíaca aguda. Manejo inicial: etapa prehospitalaria, departamento de emergencias, internación en unidad coronaria” acerca del manejo inicial de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) publicado recientemente en su Revista¹. Este es un proceso en el que la participación de los profesionales que trabajan en urgencias resulta fundamental, puesto que la mayoría de pacientes con ICA consultarán a los servicios de urgencias prehospitalarios u hospitalarios para el diagnóstico y control de sus síntomas. Desde la experiencia de nuestro grupo, nos gustaría enfatizar algunos aspectos del citado artículo.

En primer lugar, nos congratulamos que los autores hayan incluido un epígrafe dedicado exclusivamente a la atención prehospitalaria en al ICA. Este había sido un escenario poco valorado hasta la fecha, y que trabajos recientes han puesto de manifiesto la importancia (y dificultad) de detectar este síndrome en la atención inicial prehospitalaria^{2,3} y el potencial beneficio que puede tener un tratamiento precoz de cara a mejorar el pronóstico de la ICA^{4,6}. En este sentido, nos gustaría remarcar el efecto negativo que el uso de morfina puede tener en estos pacientes. Si bien la morfina tiene un rol indudable en mejorar la inquietud y la sensación de disnea del paciente, la mayoría de estudios señalan que su uso puede estar asociado a un incremento de mortalidad⁷⁻⁹. Por ello, creemos que su uso debiera limitarse al máximo y, en última instancia, puede ser que otros fármacos, como las benzodiacepinas, tengan capacidad de lograr estos mismos efectos beneficiosos sin impactar en la mortalidad. Esperamos que el ensayo MIMO, actualmente en marcha y que compara el uso de morfina frente a midazolam en los pacientes con ICA, pueda responder esta incógnita¹⁰.

Segundo, resulta crítico identificar ya desde el momento de la primera atención urgente, los potenciales desencadenantes del episodio de ICA, ya que algunos de ellos

son potencialmente tratables y tienen incidencia en el pronóstico final del paciente¹¹. Éste es un aspecto que no debiera nunca dejarse en un segundo plano, minimizado por el hecho del propio tratamiento de la ICA, que en algunos pacientes constituye una verdadera emergencia médica tiempo-dependiente. Corresponde en muchos casos a los profesionales de urgencias diagnosticar dichos desencadenantes y tratarlos.

Tercero, es importante remarcar la necesidad de ajustar las recomendaciones terapéuticas y de manejo clínico en general a las particularidades de cada paciente¹². Así, en una sociedad cada vez más envejecida, el porcentaje de pacientes frágiles y dependientes se incrementa globalmente y, paralelamente, también aumenta el número de pacientes con ICA frágiles y dependientes. En ellos, el ajuste de un plan de cuidados holístico, que prevenga la aparición de estas situaciones o que consiga revertirlas tras una descompensación, resulta tan importante como el propio tratamiento específico de la ICA^{13,14}.

En cuarto lugar, tan importante como elegir un buen tratamiento es tomar la decisión correcta en cuanto ingresar o dar de alta al paciente. Esta decisión en la actualidad se guía por el criterio clínico del médico que atiende al paciente, sin ninguna herramienta que pueda ayudarle a esta toma de decisión¹⁵. Es necesario de acertar en esta decisión, ya que puede mejorar el pronóstico del episodio de la ICA de forma independiente a la actuación terapéutica realizada. En este sentido, queremos llamar la atención acerca de escalas desarrolladas en servicios de urgencias y para la aplicación en el servicio de urgencias, como la escala MEESI¹⁶ y la escala EAHFE-3D^{17,18}, que permiten estratificar el riesgo de los pacientes con ICA y seleccionar aquellos de bajo o alto riesgo susceptibles de ser tratados, respectivamente, ambulatoriamente o en unidades de cuidados intensivos; así como limitar las estancias hospitalarias inadecuadas^{19,20}, pues se sabe que la hospitalización por sí misma constituye un riesgo para el paciente.

Finalmente, creemos que es de vital importancia poten-

¹ Médico. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

² Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

³ Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. Víctor Gil.

Área de Urgencias, Hospital Clínic, Calle Villarroel 170, 08036 Barcelona, España.

E-mail: vgil@clinic.cat

ciar la investigación de este síndrome durante la fase de atención urgente. La mayoría de ensayos y registros en los que se basan las actuales recomendaciones y guías han sido realizados en pacientes hospitalizados, en ocasiones acotados a los ingresados en salas de cardiología, los cuales representan tan solo una parte del espectro de la ICA. Por ejemplo, entre el 18% y el 36% de pacientes diagnosticados de ICA son dados de alta desde urgencias sin precisar ingreso, y es posible que las recomendaciones no se ajusten completamente a este subgrupo de pacientes que no han participado de los ensayos o registros que han generado dichas recomendaciones²¹. Por ello, no solo el abordaje, sino también la investigación multidisciplinaria puede contribuir a mejorar el pronóstico de un síndrome el cual ha permanecido inalterado las últimas décadas.

Referencias bibliográficas

1. Lobo Márquez L, Cursack G, García Brasca D, Echazarreta D, Perna E. Algoritmo de insuficiencia cardíaca aguda. Manejo inicial: etapa prehospitalaria, departamento de emergencias, interacción en unidad coronaria. *Insuf Card* 2018; 13:24-39.
2. Miró O, Llorens P, Escalada X, Herrero P, Jacob J, Gil V, et al. Atención prehospitalaria a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en España: estudio SEMICA. *Emergencias* 2017;29:223-30.
3. Viejo-Moreno R, Hernández-Corral J, Campos-Espolio MC. Comentarios sobre el estudio SEMICA. *Emergencias* 2017; 429;29:430.
4. Miró Ò, Hazlitt M, Escalada X, Llorens P, Gil V, Martín-Sánchez FJ, et al. Effects of the intensity of prehospital treatment on short-term outcomes in patients with acute heart failure: the SEMICA-2 study. *Clin Res Cardiol* 2018; 107:347-361.
5. Matsue Y, Damman K, Voors AA, Kagiya N, Yamaguchi T, Kuroda S, et al. Time-to-Furosemide Treatment and Mortality in Patients Hospitalized With Acute Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69:3042-3051.
6. Harjola P, Harjola VP. ¿Podemos hacer más por los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en la fase prehospitalaria?. *Emergencias* 2017; 29:221-2.
7. Peacock WF, Hollander JE, Diercks DB, Lopatin M, Fonarow G, Emerman CL. Morphine and outcomes in acute decompensated heart failure: An ADHERE analysis. *Emerg Med J* 2008; 25:205-9.
8. Miró Ò, Gil V, Martín-Sánchez FJ, Herrero-Puente P, Jacob J, Mebazaa A, et al. Morphine use in the ED and outcomes of patients with acute heart failure: a propensity score-matching analysis based on the EAHFE Registry. *Chest* 2017; 152:821-832.
9. Miró Ò, Gil V, Peacock WF. Morphine in acute heart failure: good in relieving symptoms, bad in improving outcomes. *J Thorac Dis* 2017; 9:E871-E874.
10. Domínguez-Rodríguez A, Burillo-Putze G, García-Saíz MDM, Aldea-Perona A, Harmand MG, Miró Ò, et al. study design and rationale of “A multicenter, open-labeled, randomized controlled trial comparing Midazolam Versus MORphine in acute pulmonary edema”: MIMO Trial. *Cardiovasc Drugs Ther* 2017; 31:209-213.
11. Aguirre Tejedó A, Miró O. Prevalencia de factores precipitantes de insuficiencia cardíaca aguda y su impacto pronóstico: una revisión sistemática. *Emergencias* 2017;29:185-93.
12. Formiga F, Chivite D. Insuficiencia cardíaca aguda: básico conocer al paciente. *Emergencias* 2018;30:145-6.
13. Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Vidan MT, Díez Villanueva P, Llopis García G, González Del Castillo J, et al. Impacto de las variables geriátricas en la mortalidad a 30 días de los ancianos atendidos por insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias* 2018;30:149-55.
14. Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Vidan MT, Llopis García G, González Del Castillo J, Rizzi MA, et al. Impact of frailty and disability on 30-day mortality in older patients with acute heart failure. *Am J Cardiol* 2017; 120:1151-1157.
15. Llorens P. Necesidad de evaluar el riesgo de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias más allá del juicio clínico. *Emergencias* 2018; 30:75-6.
16. Miró Ò, Rossello X, Gil V, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero-Puente P, et al. Predicting 30-day mortality for patients with acute heart failure in the emergency department: A cohort study. *Ann Intern Med* 2017; 167:698-705.
17. Jacob J, Miró Ò, Herrero P, Martín-Sánchez FJ, Gil V, Tost J, et al. Predicting short-term mortality in patients with acute exacerbation of chronic heart failure: The EAHFE-3D scale. *Med Intensiva* 2016; 40:348-55.
18. García-Gutiérrez S, Quintana López JM, Antón-Ladislao A, Gallardo Rebollal MS, Rilo Miranda I, Morillas Bueno M, et al. Validación externa de la escala EAHFE-3D para la evaluación del pronóstico en insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias* 2018;30:84-90.
19. Carbajosa V, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Alquézar A, et al. Factores asociados a estancias cortas en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias* 2016;28:366-74.
20. Peacock WF. ¿Cuándo y durante cuánto tiempo tienen que estar ingresados los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda? *Emergencias* 2016;28:363-5.
21. Miró Ò, Levy PD, Möckel M, Pang PS, Lambrinou E, Bueno H, et al. Disposition of emergency department patients diagnosed with acute heart failure: an international emergency medicine perspective. *Eur J Emerg Med* 2017; 24:2-12.

Insuf Card 2018; 13(2): 101-102

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca - Insuficiencia cardíaca aguda - Insuficiencia cardíaca descompensada - Departamento de emergencias - Estrategias de diagnóstico - Estrategias de tratamiento