

Insuficiencia cardíaca. Diferentes caras de un mismo problema

Heart Failure. Different Aspects of the Same Problem

EULALIA ROIG

El síndrome de insuficiencia cardíaca aguda (SICA) es una patología frecuente, que motiva múltiples consultas en los servicios de urgencias de los hospitales generales, y se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. (1,2) En España se producen alrededor de 100 000 ingresos anuales por SICA, con cifras que van en aumento año tras año. (3) Este aumento en la prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) se debe, en parte, a la mayor supervivencia de los sujetos afectados por enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, así como a los resultados de la cirugía cardíaca. (4) Por otra parte, la IC es una enfermedad frecuente en edades avanzadas, y como la expectativa de vida se va prolongando, la población en riesgo de presentarla aumenta también. Ello supone una importante carga económica y de recursos sanitarios en todos los países. (5)

La IC constituye la fase final de muchas cardiopatías y aunque los síntomas varían según su gravedad, suelen ser bastante uniformes. Las principales manifestaciones clínicas son diferentes grados de disnea y retención de líquidos, que pueden combinarse con signos de mala perfusión periférica. (6,7) Estos síntomas pueden aparecer de forma crónica o aguda y, por tanto, tener diferentes formas de presentación.

Como muy bien define en su artículo C. Belziti (8), el SICA puede aparecer en tres formas diferenciadas. Una de ellas es el edema agudo de pulmón de aparición rápida, que suele ser la forma de presentación en pacientes con hipertensión arterial. En este caso, el SICA se debe al rápido aumento de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo, asociada a una alteración de la relajación diastólica de la pared ventricular. Este aumento rápido de las presiones intracavitarias izquierdas se transmite de forma retrógrada al pulmón y causa el edema pulmonar. En este caso predomina una vasoconstricción periférica veno-arterial como causa del aumento de la precarga, más que un acúmulo real de líquidos. Es la forma de presentación más aparatosa, con disnea intensa de reposo e hipoxemia grave, pero al mismo tiempo, es la que tiene mejor respuesta al tratamiento y mejor pronóstico.

El edema agudo de pulmón suele ser secundario a una crisis hipertensiva o a la fibrilación auricular de

inicio reciente con frecuencia ventricular rápida. (9,10) Una vez instaurado el tratamiento inicial y revertido el proceso desencadenante, el pronóstico suele ser bueno. El perfil de estos pacientes es también algo diferente comparado con el de los que padecen IC crónica, y, aunque afecta por igual a ambos sexos, es más prevalente en la mujer. El edema agudo de pulmón suele asociarse a fracción de eyección preservada y a hipertensión arterial mal controlada.

El SICA suele aparecer de forma más lenta en la IC crónica, ya diagnosticada o bien *de novo*; en este caso, el paciente sufre una descompensación con retención real de líquidos y un deterioro más lento en relación con los síntomas y signos de IC. (11) Estos pacientes tienen repetidas descompensaciones y pueden considerarse “viajeros frecuentes” de los servicios de urgencias en todos los países. Aunque en algunos casos leves de SICA, los pacientes pueden mejorar con el tratamiento agudo y no requerir ingreso hospitalario, la mayoría de los afectados requieren un ingreso en Cardiología o Medicina Interna, o incluso, en unidades de cuidados intensivos, según su gravedad. (12)

El SICA es el diagnóstico más frecuente en los ingresos hospitalarios a partir de los 60 años. (13) Afecta por igual a pacientes con fracción de eyección reducida, mínimamente reducida o preservada, y a pesar de los avances terapéuticos recientes, con cada ingreso empeora el pronóstico a mediano plazo. (9) La aparición del SICA en el paciente con IC crónica ya tratado puede ser secundaria a causas identificables, como una arritmia, la transgresión dietética o la falta de adherencia al tratamiento. Los casos en los que no se evidencia una causa clara que motive la descompensación se asocian especialmente a un peor pronóstico. Aunque numerosos tratamientos tanto farmacológicos como tecnológicos han permitido mejorar la supervivencia de estos pacientes (6,7), se estima que la mortalidad a medio-largo plazo sigue siendo alta: del 50% a los 4-5 años y del 90% a los 10 años. Para reducir el número de hospitalizaciones y mejorar el pronóstico de los pacientes con IC crónica, se crearon las unidades de insuficiencia cardíaca, que permiten una atención individualizada, llevada a cabo por médicos y enfermeras

especializados. Estos equipos se ocupan de la educación del paciente y su cuidador en torno al manejo de la enfermedad, mejoran el autocontrol y optimizan el tratamiento y la adherencia a este. Además, permiten hacer una intervención terapéutica precoz cuando los síntomas de descompensación se intensifican y, en muchos casos, contribuyen a evitar un ingreso por SICA. Estas unidades sirven también de enlace con los servicios de cuidados paliativos en las fases avanzadas de la enfermedad, con lo que se mejora la atención y la calidad de vida de los pacientes terminales. (14)

Por lo general, el SICA requiere una intervención terapéutica urgente, pero en algunos casos, como en el shock, se requiere de forma emergente, por lo que es la forma más grave de presentación. (15) Se acompaña de inestabilidad hemodinámica con riesgo de muerte inminente; esto obliga, en la mayoría de casos, a iniciar las medidas de soporte con drogas vasoactivas. Si estas no mejoran la condición del paciente, deben considerarse sin dilación los sistemas de soporte mecánico externo, como el ECMO o las asistencias ventriculares de corta duración, ya sea como puente a la recuperación o al trasplante cardíaco. La instauración de estos sistemas de asistencia circulatoria ha permitido mejorar la supervivencia del shock cardiogénico (15) y evitar el daño multiorgánico debido a la perfusión deficiente de los órganos vitales, especialmente del sistema renal y hepático. La limitación más importante es que estos dispositivos solo están disponibles en hospitales de tercer nivel. En el estudio recién citado se han excluido las causas más frecuentes de shock reversible, como el infarto de miocardio, la miocarditis o el síndrome de Takotsubo, por lo que la mortalidad es alta pero similar a la descrita en otros estudios. (15) De hecho, cuando el shock aparece durante de la IC crónica, indica un estado muy avanzado de aquella, y si además afecta a pacientes de edades superiores a los 80 años, suele tener una mortalidad muy elevada (8). Asimismo, los pocos pacientes que sobreviven siguen teniendo una mortalidad significativamente mayor al año de seguimiento.

El futuro pasa, sobre todo, por la prevención primaria, lo que implica asegurar un buen control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, reducir los factores de riesgo cardiovascular modificables, como el tabaquismo, la obesidad y la dislipidemia, y mejorar el estilo de vida, con dietas saludables y mayor actividad física. Asimismo, es fundamental el tratamiento precoz una vez detectado el daño estructural cardíaco que podría desencadenar la IC en el futuro. Estas medidas, a la larga, sin duda contribuirán a reducir la aparición del SICA.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardíaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Rev Esp Cardiol* 2015;68:245-8. <http://doi.org/f25m96>
2. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, et al; for the ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2005;149:209-16. <http://doi.org/bd56dt>
3. Montes Santiago J, Arevalo Llorido JC, Cerqueiro Gonzalez JM. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca aguda. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142 Supl 1:3-8. <http://doi.org/f2scks>
4. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46. <http://doi.org/d4nwsx>
5. Ambrosy A, Fonarow G, Butler J, Chioncel O, Greene S, Vaduganathan M, et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:1123-33. <http://doi.org/f2q42v>
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJ, et al, 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;37:2129-200. <http://doi.org/gbv2k3>
7. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM et al, 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation* 2017;136:e137-e161. <http://doi.org/cwhd>
8. Belziti C, Garagoli F, Favini A, Chiabrando JG, Barbagelata L, Denes J, et al. Valor pronóstico de la presentación clínica en los Síndromes de Insuficiencia Cardíaca Aguda. *Rev Argent Cardiol* 2019;87:34-40
9. Gheorghiade M, Pang PS. Acute heart failure syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:557-73. <http://doi.org/c9p744>
10. Gheorghiade M, Mebazaa A. Introduction to Acute Heart Failure Syndromes. *Am J Cardiol* 2005;96:1G-4G. <http://doi.org/c9p744>
11. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, Chioncel O, Leiro MC, Drozd J, et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 2013;15:808-17. <http://doi.org/f23zc4>
12. Zsilinszka R, Mentz R, DeVore A, Eapen Z, Pang P, Hernandez A. Is Hospital Admission for Heart Failure Really Necessary? The role of the ED and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *Am Coll Cardiol* 2013;61:121-6. <http://doi.org/f25qjh>
13. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:163-70. <http://doi.org/cx3v>
14. Roig E, Pérez-Villa F, Cuppoletti A, Castillo M, Hernández N, Morales M, et al. Specialized Care Program for End-Stage Heart Failure Patients. Initial Experience in a Heart Failure Unit. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:109-16. <http://doi.org/bcxvh3>
15. Beurtheret S, Mordant P, Paoletti X, Marijon E, Celermajer DS, Leger P, et al. Emergency circulatory support in refractory cardiogenic shock patients in remote institutions: a pilot study (the cardiac-RESCUE program). *Eur Heart J* 2013;34:112-20. <http://doi.org/f4kh3g>