

Puesta al día: Insuficiencia cardiaca aguda

Insuficiencia cardiaca aguda: una epidemia poco conocida



Acute Heart Failure: The Unrecognized Epidemic

Antoni Bayes-Genis^{a,*}, Pablo Avanzas^a, Leopoldo Pérez de Isla^a y Juan Sanchis^b^a Editor Asociado, REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA^b Editor Jefe, REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Historia del artículo:

On-line el 4 de febrero de 2015

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) forma parte del *continuum* de la epidemia de la insuficiencia cardiaca y constituye un verdadero problema personal para los pacientes afectados, asistencial —por la complejidad de su diagnóstico y tratamiento— y también social —por los elevados costes que conlleva—. Se trata de una patología muy frecuente, que colapsa regularmente los servicios de urgencias de los hospitales, y con una importante morbimortalidad. En España se producen alrededor de 100.000 hospitalizaciones anuales por ICA, con cifras que siguen una senda ascendente año tras año¹. Por ello, dentro de su programa de formación continuada, REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA dedica su nueva serie de «Puesta al día» a la ICA. Para comenzar, expertos internacionales abordan magistralmente y de forma clara y contundente la epidemiología de la ICA, así como su patogénesis y su presentación clínica.

Ante la sospecha de ICA, lo primero que debe realizar el clínico es un diagnóstico correcto, y esto es complejo, especialmente en pacientes de edad avanzada², por la falta de especificidad de los signos y síntomas y por la presencia de múltiples comorbilidades. La identificación de la ICA se ha apoyado clásicamente en la anamnesis, la exploración física, la radiografía de tórax y el electrocardiograma. En los últimos 15 años, y fundamentalmente tras la publicación del estudio *Breathing Not Properly* en 2001³, los biomarcadores han emergido como un complemento importante, o casi podríamos decir imprescindible, en los servicios de urgencias para establecer el diagnóstico de ICA (o descartarlo) de forma más rápida y precisa. Esta «Puesta al día» presta especial atención al valor de los biomarcadores y fundamentalmente del NTproBNP (fragmento aminoterminal del péptido natriurético cerebral) en la ICA, no solo como complemento diagnóstico sino también por su alto valor pronóstico. Además aborda el uso de multimarcadores en la ICA, otro tema de gran actualidad.

Asimismo, las técnicas de imagen han evolucionado de manera espectacular en todas las ramas del saber cardiovascular y en la ICA, además de poder determinar mediante ecocardiografía si el paciente tiene la fracción de eyección deprimida o preservada, disponemos de infinidad de nuevos recursos de imagen para precisar mejor su causa etiológica. Por ello se va a profundizar en este tema de la mano de alguno de los pioneros en la identificación de nuevas utilidades de los ultrasonidos y demás técnicas de imagen.

En los episodios de ICA no solamente sufre el corazón, sino que a menudo esta descompensación afecta a múltiples órganos, entre los

que el riñón desempeña posiblemente el papel más importante. La coexistencia en la afectación de ambos órganos, corazón y riñón, sea cual sea el inicialmente involucrado y sea cual sea el estadio evolutivo de su disfunción, es lo que en los últimos años se ha denominado síndrome cardiorenal⁴. Es tal la participación del riñón en la insuficiencia cardiaca (y por ende, también en la ICA), que recientemente se ha empezado a considerar la insuficiencia cardiaca con función ventricular preservada no solo como una enfermedad del miocardio sino como una enfermedad vascular que afecta tanto al músculo cardiaco como al riñón de forma preferente. Por este motivo, se ha dedicado un capítulo a desmenuzar las peculiaridades del síndrome cardiorenal en la ICA con un abordaje integral.

El enfoque terapéutico de la ICA se ha dividido en 2 capítulos, uno centrado en el enfoque farmacoterapéutico y otro en la aproximación no farmacológica del manejo de la ICA. Es evidente que la ICA es una enfermedad congestiva que requiere del uso de diuréticos. Aunque no se disponga de mucha evidencia científica del beneficio de los diuréticos, estos van a seguir siendo el pilar del tratamiento en el presente y futuro próximo. Sin embargo, además de los diuréticos, es frecuente precisar de la colaboración de fármacos vasodilatadores e inotrópicos. Estos pueden proporcionar un efecto beneficioso de mejoría sintomática e incluso en parámetros hemodinámicos a corto plazo, aunque a largo plazo su uso puede estar asociado a un incremento de la mortalidad. Hay numerosos fármacos en estudio para el tratamiento de la ICA, pero el que parece mejor posicionado es la serelaxina. La serelaxina ha demostrado, de forma evidente, reducir la disnea y en el estudio RELAX-AHF también mostró beneficios en la mortalidad a largo plazo⁵, aunque dicho efecto no era el objetivo primario del estudio y está en fase de validación en un nuevo estudio multicéntrico prospectivo.

Para finalizar, en esta «Puesta al día» REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA quiere aportar una visión moderna de la gestión organizativa de la ICA. La ICA en el siglo XXI debe abordarse desde la perspectiva de la colaboración entre el médico de urgencias, el internista, el cardiólogo y el médico de familia, sin olvidar nunca a las enfermeras especialistas en insuficiencia cardiaca. Únicamente trabajando en equipo se reducirán las visitas recurrentes de los pacientes con ICA a los servicios de urgencias, se conseguirá que estos vivan más y mejor y, en última instancia, se logrará limitar el creciente coste sanitario.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

* Autor para correspondencia: REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Nuestra Sra. de Guadalupe 5, 28028 Madrid, España.

Correo electrónico: rec@revespcardiol.org (A. Bayes-Genis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes Santiago J, Arévalo Lorigo JC, Cerqueiro González JM. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca aguda. *Med Clin (Barc)*. 2014;142 Supl 1: 3-8.
2. Martín-Sánchez FJ, Marino-Genicio R, Rodríguez-Adrada E, Pablo Herrero JJ, Miró O, Llorens P, et al. El manejo de la insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios españoles en función de la edad. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:715-20.
3. Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Duc P, et al; Breathing Not Properly Multinational Study Investigators. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med*. 2002;347:161-7.
4. Ronco C, Haapio M, House AA, Anavekar N, Bellomo R. Cardiorenal syndrome. *JAm Coll Cardiol*. 2008;52:1527-37.
5. Teerlink JR, Cotter G, Davison BA, Felker GM, Filippatos G, Greenberg BH, et al; RELAXin in Acute Heart Failure (RELAX-AHF) Investigators. Serelaxin, recombinant human relaxin-2, for treatment of acute heart failure (RELAX-AHF): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2013;381:29-39.