

EDITORIAL

Insuficiencia cardiaca aguda: básico conocer al paciente*Acute heart failure: Understanding the patient is essential*

Francesc Formiga, David Chivite

La insuficiencia cardiaca (IC) constituye un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia y a la gran mortalidad y morbilidad asociada a su presencia. En España, la IC es la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años¹: la historia natural de esta enfermedad condiciona consultas a urgencias y hospitalizaciones repetidas muy frecuentes especialmente en las fases iniciales y (sobre todo) finales de la enfermedad. Estos episodios de descompensación suelen distribuirse al ingreso entre diferentes servicios: urgencias, cardiología, medicina Interna y geriatría, por lo que resulta primordial compartir una aproximación similar al proceso de atención a la IC en que se tenga en cuenta tanto a la enfermedad como al paciente².

En el mundo real, el paciente con IC es frecuentemente un individuo anciano, con características etiopatogénicas, epidemiológicas e incluso clínicas de la IC que difieren de las del paciente más joven³. Por este motivo resultan necesarios artículos como el de Martín Sánchez *et al.*⁴ en el que los autores demuestran que en el paciente anciano con ICA existen algunas variables de la valoración geriátrica global (VGG) que debieran contemplarse siempre de cara a la estratificación de riesgo a corto plazo, sin perjuicio (más bien complementando) las valoraciones y recomendaciones aplicables de forma aislada a la IC^{5,6}. En su estudio evalúan 565 pacientes muy mayores (edad media 83 años) y reportan que la presencia de síndrome confusional agudo (OR ajustada = 2,2; IC95% 1,0-4,8; p = 0,04), de enfermedad aguda (OR ajustada = 1,8; IC95% 0,9-3,4; p = 0,05) o pérdida de apetito (OR ajustada = 1,8; IC95% 1-3,4; p = 0,04) en los últimos 3 meses, y de fragilidad (OR ajustada = 2,0; IC95% 1,0-4,1; p = 0,05) o discapacidad grave (OR ajustada = 4,4; IC95% 1,9-11,4; p = 0,01) son factores independientes asociados con mortalidad a los 30 días.

El estudio es retrospectivo y con limitaciones sensibles reconocidas por los autores, algunas hoy en día ya relevantes: hay ausencia de información de datos ecocardiográficos como la función contráctil del ventrículo izquierdo o bien de los biomarcadores específicos de IC, que proporcionan información especialmente relevante para certificar la presencia de IC en el subgrupo de pacientes incluidos en el estudio sin un diagnóstico

previo establecido (casi el 40%). Sin embargo, el valor añadido del estudio se centra en la importancia que cobra la valoración de algunas de las variables "geriátricas" incluidas, que siempre deberíamos evaluar en el paciente anciano con IC: si es o no frágil (cuestionario del fenotipo de fragilidad), si es muy dependiente o no para el desempeño de las actividades de la vida diaria (índice de Barthel) o su estado nutricional (dos preguntas subjetivas sobre el estado de salud o nutrición en los últimos 3 meses).

Todos estos aspectos de la VGG ya han demostrado previamente su utilidad, medidas por las escalas utilizadas en este estudio u otras similares que evalúan los mismos conceptos⁷⁻⁹. Especialmente relevante es algo tan básico y fácil de obtener como el Índice de Barthel previo al ingreso del paciente, un excelente predictor de mortalidad en pacientes que sobreviven a un ingreso hospitalario a los 3 meses⁷ y al año (datos del registro RICA aún no publicados) y que nos puede ayudar en el momento de tomar decisiones de intensidad diagnóstica o sobre todo terapéutica. También la fragilidad⁸ y la malnutrición, medida esta última con escalas de riesgo o estimada mediante la concentración plasmática de prealbúmina⁹, se han asociado a tener peores resultados de salud en los pacientes con IC. Especialmente importante es la valoración de estos dos últimos parámetros ya que, a diferencia de lo que está ocurriendo con la valoración del estado funcional, se recogen todavía en contadas ocasiones en ancianos hospitalizados.

Otras variables relevantes evaluar al paciente anciano con IC son la sarcopenia¹⁰ y la cognición¹¹. La relación entre IC y demencia es bien conocida y su asociación con peor pronóstico a los 180 días se ha reportado recientemente¹². En el estudio que comentamos sí se detecta asociación con mayor riesgo de mortalidad del antecedente de demencia, así como del delirium durante el ingreso (marcador indirecto de reserva cognitiva alterada), en el análisis univariante, aunque esta significación se pierde cuando se evalúa el despistaje de demencia⁴. Otros aspectos también cada vez más respaldados por la literatura como relevantes para conocer bien al paciente anciano con IC son el estado de ánimo y la calidad de vida³.

Filiación de los autores: Programa de Geriatría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Información para correspondencia: Francesc Formiga. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Carrer de la Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat

Información del artículo: Recibido: 31-10-2017. Aceptado: 9-11-2017. Online: 23-1-2018.

Editor responsable: Óscar Miró, MD, PhD.

El artículo de Martín Sánchez *et al.*⁴ refuerza por lo tanto nuestra convicción que, especialmente en ancianos, además de conocer la enfermedad resulta básico conocer cómo es y cómo está el paciente. En este aspecto son importantes algunas consideraciones. En primer lugar es evidente que la VGG consume tiempo y que no siempre los servicios de urgencias hospitalarios serán el lugar adecuado para evaluar todos los parámetros. Pero sí que es importante que los equipos sanitarios que atiendan al paciente anciano con IC dispongan de formación (y sensibilidad) geriátrica, para que de manera multidisciplinar e interdisciplinar se incorporen sistemáticamente los datos de la VGG en las historias clínicas de estos pacientes de la misma manera que se recogen los antecedentes cardiovasculares o la fracción de eyección, de forma que estén disponibles en el momento de la descompensación aguda de cara a orientar mejor el pronóstico. Un segundo apartado, en nuestra opinión relevante, es la necesidad de alcanzar un consenso de expertos para sistematizar las escalas y procedimientos que deberíamos aplicar sistemáticamente para valorar función, cognición, nutrición, fragilidad y sarcopenia, entre otros componentes de la VGG, para unificar el discurso relacionado con la VGG e intentar que este fuera el más eficiente posible. Por ejemplo, si bien existe cierta unanimidad en la medida de la comorbilidad agregada mediante el Índice de Charlson¹³, sería deseable aclarar el método que aplicamos para su cálculo, sin tener que especificar por ejemplo si en un estudio hemos ponderado con un "1" o un "0" (al tratarse de la enfermedad índice) la presencia de IC al evaluar la comorbilidad asociada a la descompensación del paciente con IC aguda. Finalmente, es esencial que, ya demostrada la utilidad de la VGG, se proceda a aplicar las intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras que permitan incidir en los aspectos potencialmente modificables detectados en la evaluación del paciente: no basta con decir que se ha detectado riesgo nutricional y que este se asocia a mayor mortalidad; en la medida posible, debemos revertirlo.

En definitiva es básico que conozcamos bien la IC de nuestros pacientes (fracción de eyección del ventrículo izquierdo, péptidos natriuréticos, clase funcional de la NYHA, etc.), los factores precipitantes de un episodio de ICA¹⁴ y las comorbilidades asociadas (anemia, insuficiencia renal, etc.), pero en un mundo real de IC caracterizado por la edad avanzada de los pacientes resulta también básico que la VGG se sistematice y que con ella se detecten déficits o riesgos, que además de marcar el pronóstico, puedan en cierta medida ser paliados o mejorados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:649-36.
- Vicent L, Ayesta A, Vidán MT, de Miguel-Yanes JM, García J, Gómez V, et al. Perfil de la insuficiencia cardiaca en función del servicio de ingreso. Implicaciones para el manejo multidisciplinar. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:182-7.
- Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:237-46.
- Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Vidán MT, Díez Villanueva P, Llopis García G, González del Castillo J, et al. Impacto de las variables geriátricas en la mortalidad a 30 días entre los ancianos atendidos por insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias.* 2018;30:149-55.
- Llorens P, Manito Lorite N, Manzano Espinosa L, Martín-Sánchez FJ, Comín Colet J, Formiga F, et al. Consensus on improving the care integrated of patients with acute heart failure. *Emergencias.* 2015;27:245-66.
- Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Llorens P, Formiga F. Mensajes claves para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:185-94.
- Formiga F, Chivite D, Conde A, Ruiz-Laiglesia F, Franco AG, Bocanegra CP, et al.; RICA Investigators. Basal functional status predicts three-month mortality after a heart failure hospitalization in elderly patients - the prospective RICA study. *Int J Cardiol.* 2014;172:127-31.
- Vidán MT, Blaya-Novakova V, Sánchez E, Ortiz J, Serra-Rexach JA, Bueno H. Prevalence and prognostic impact of frailty and its components in non-dependent elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2016;18:869-75.
- Franco J, Formiga F, Trullas JC, Salamanca Bautista P, Conde A, Manzano L, et al.; RICA investigators group. Impact of prealbumin on mortality and hospital readmission in patients with acute heart failure. *Eur J Intern Med.* 2017;43:36-41.
- Saitoh M, Ishida J, Doehner W, von Haehling S, Anker MS, Coats AJS, et al. Sarcopenia, cachexia, and muscle performance in heart failure: Review update 2016. *Int J Cardiol.* 2017;238:5-11.
- Cannon JA, Moffitt P, Perez-Moreno AC, Walters MR, Broomfield NM, McMurray JVV, et al. Cognitive Impairment and Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Card Fail.* 2017;23:464-75.
- Gelow JM, Mudd JO, Chien CV, Lee CS. Usefulness of cognitive dysfunction in heart failure to predict cardiovascular risk at 180 days. *Am J Cardiol.* 2015;115:778-82.
- Ruiz-Laiglesia FJ, Sánchez-Martínez M, Pérez-Calvo JI, Formiga F, Bartolomé-Satué JA, Armengou-Arxé A, et al. Comorbidity in heart failure. Results of the Spanish RICA Registry. *QJM.* 2014;107:989-94.
- Aguirre Tejedro A, Miró O. Prevalencia de factores precipitantes de insuficiencia cardiaca aguda y su impacto pronóstico: una revisión sistemática. *Emergencias.* 2017;29:185-93.