

EDITORIAL

La organización asistencial de la insuficiencia cardiaca descompensada en España: ¿dónde estamos?

Management of acute decompensated heart failure in Spain: Where are we now?

Miguel Lorenzo Hernández¹, Juan Sanchis¹⁻³

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) constituye un motivo frecuente de consulta al servicio de urgencias (SU) con un impacto importante tanto en la morbilidad del paciente como en el gasto sanitario¹. De aquellos pacientes que acuden a los SU por ICA, casi el 80% requieren el ingreso hospitalario². Además, tras el alta después del ingreso o de la administración de tratamiento intravenoso en urgencias sin ingreso, un tercio de los pacientes fallece o reingresa en los primeros 30 días². Por tanto, resulta clave conocer cómo se organiza la atención desde el primer momento y establecer protocolos específicos que permitan cumplir con estándares de calidad y al mismo tiempo garantizar la atención continuada³.

En este contexto surge el reciente artículo publicado en EMERGENCIAS por Miró *et al.*⁴. Los autores realizaron una encuesta a nivel nacional a los responsables de los SU hospitalarios (SUH) sobre distintos aspectos relacionados con la atención multidisciplinar, la disponibilidad de herramientas diagnósticas y terapéuticas y la continuidad de cuidados al alta. Aunque artículos previos evidenciaron, por ejemplo, la disparidad de las características clínicas y del manejo de los pacientes con ICA entre la península y las Islas Canarias⁵, hasta la fecha no disponíamos de un registro tan exhaustivo para conocer el manejo de este síndrome en España. Es elogiable la alta participación en la encuesta, ya que se obtuvo información de casi el 90% de los centros. Como dato más destacable se puede señalar que únicamente un 32% de los hospitales tenía cardiólogo de guardia y un 35% unidad de insuficiencia cardiaca. La mayor proporción de unidades de insuficiencia cardiaca que de cardiólogos de guardia indica el creciente desarrollo de estas unidades, que son la mejor estrategia para continuar el proceso diagnóstico-terapéutico del paciente con ICA^{6,7}. Llama la atención una cierta heterogeneidad en la existencia de unidades de insuficiencia cardiaca dentro del territorio nacional, ya que en varias comunidades autónomas no existe ningún hospital que cuente con ellas, mientras que en otras están presentes en más del 50% de los centros.

En cuanto a la disponibilidad de herramientas diagnósticas y terapéuticas, era posible determinar péptidos

natriuréticos (PN) únicamente en el 84,4% de los centros y se realizaba ecocardiografía en el 80% de ellos. Los PN constituyen un pilar clave en el diagnóstico de la ICA y deberían estar disponibles en la totalidad de los centros. De hecho, se corre el riesgo de diagnosticar una ICA sin la determinación de PN o la realización de una ecografía, lo cual aumenta la probabilidad de errores diagnósticos⁸. Las cánulas nasales para oxigenoterapia de alto flujo estaban disponibles en el 64% de centros. Sin embargo, la ICA puede requerir métodos con aplicación de presión positiva en la vía aérea, en el caso de ser necesaria la ventilación no invasiva. Por ello hubiera sido interesante evaluar la disponibilidad de este tipo de ventilación.

Únicamente el 22% de los servicios, y solo en un 5,5% de forma sistemática, realizaban una evaluación del riesgo del paciente en el momento de la atención. Esta estratificación del riesgo es crucial para decidir el destino del paciente y la correcta transición de cuidados postalta, asegurar la buena evolución clínica y optimizar los recursos. La escala MEESSI, que fue la más utilizada en el cuestionario, ha sido validada para predecir el riesgo de mortalidad a 30 días⁹ y de revisita al SUH a los 7 y 30 días^{9,10}. Por otra parte, hubiera sido útil conocer en qué servicios se realiza una monitorización de la respuesta diurética durante las primeras horas y analizar el tiempo hasta el inicio del tratamiento diurético, ya que se ha observado un impacto pronóstico de la demora del tratamiento en la ICA¹¹. Existen diferentes documentos de consenso, como los de la Sociedad Europea de Cardiología, sobre el manejo diurético en pacientes con ICA y hubiera sido interesante conocer en qué proporción se aplican en los SU¹². En cuanto a la continuación de medidas postalta, un 59,6% de los centros podía citar a los pacientes con su médico de atención primaria o con el especialista, porcentaje que resultaría mucho mayor si se contara con protocolos específicos de manejo, que solo estaban presentes en un 56,8% de los centros con unidad de insuficiencia cardiaca.

En definitiva, este artículo resume de forma muy precisa la situación actual de la atención a los pacientes con ICA en España y pone en evidencia los potenciales campos de mejora que pasan principalmente por tres puntos:

Filiación de los autores: ¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España. ²Universitat de València, España. ³CIBERCV, 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.

Autor para correspondencia: Juan Sanchis. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. C/ Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia, España.

Correo electrónico: Juan.Sanchis-Fores@uv.es

Información del artículo: Recibido: 10-11-2021. Aceptado: 11-11-2021. Online: 31-1-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E080.2022

la disponibilidad de herramientas diagnósticas en todos los centros para identificar correctamente a los enfermos y poder realizar una correcta estratificación del riesgo en el momento del alta, el desarrollo de unidades de insuficiencia cardiaca que permitan continuar con el proceso diagnóstico y terapéutico y, por último, la existencia de protocolos específicos de manejo de este síndrome consensuados entre todos los servicios implicados para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad.

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

Financiación: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Anguita Sánchez M, Bonilla Palomas JL, García Márquez M, Bernal Sobrino JL, Elola Somoza FJ, Marín Ortuño F. Tendencias temporales de las tasas de frecuentación y mortalidad hospitalaria de la insuficiencia cardiaca en España por edad y sexo (2003-2018). *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:994-6.
- 2 Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2018;137:E64-E492.
- 3 McKenna WJ, Montoro-López MN. Nuevas estrategias para evaluar la efectividad de servicios de insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:200-4.
- 4 Miró Ò, Sánchez C, Gil V, Repullo D, García-Lamberechts EJ, González del Castillo J, et al. Organización y práctica clínica actual en los servicios de urgencias españoles en la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias.* 2022;34:85-94.
- 5 Benito Lozano M, Miró O, Llorens P, Travería L, Pavón Monzó JM, Noval de la Torre A, et al. Características clínicas, asistenciales y evolutivas de la insuficiencia cardiaca aguda en el clima subtropical: resultados del estudio CANAR-ICA. *Emergencias.* 2021;33:413-20.
- 6 Mollar A, Villaescusa A, Sastre C, Civera JM, Conesa A, Miñana G, et al. Efecto de la implantación del cuidado transicional en una unidad de insuficiencia cardiaca tras un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda. *REC: Cardio Clinics.* 2020;55:217-25.
- 7 Barge-Caballero E, Barge-Caballero G, Couto-Mallón D, Paniagua-Martín MJ, Marzoa-Rivas R, Naya-Leira C, et al. Comparación de mortalidad pronosticada y mortalidad observada en pacientes con insuficiencia cardiaca tratados en una unidad clínica especializada. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:652-9.
- 8 Anguita M. Insuficiencia cardiaca y medicina basada en la evidencia: no todo está en las guías. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:802-3.
- 9 Miró Ò, Rosselló X, Gil V, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero P, et al. Utilidad de la escala MEESI para la estratificación del riesgo de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:198-207.
- 10 Miró O, Gil V, Rosselló X, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Jacob J, et al. Eventos adversos en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda clasificados de bajo riesgo por la escala MEESI y dados de alta desde urgencias: cuantificación y predictibilidad. *Emergencias.* 2019;31:5-14.
- 11 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;69:3042-51.
- 12 Mullens W, Damman K, Harjola V-P, Mebazaa A, Brunner-La Rocca H-P, Martens P, et al. The use of diuretics in heart failure with congestion - a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology: Diuretics in heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2019;21:137-55.