

EDITORIAL

¿Cuándo y durante cuánto tiempo tienen que estar ingresados los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda?

When and for how long do patients with acute heart failure have to be admitted?

W. Frank Peacock

El número de patologías que la profesión médica puede situar en la lista de “éxitos de manejo” se incrementa cada año. Si la Medicina fuera un equipo de fútbol, estaríamos ganando la semifinal de la Copa de Europa. Podemos manejar la diabetes y la hipertensión, hemos erradicado la viruela, y casi eliminado la polio. Realizamos de forma rutinaria trasplantes de riñón, reemplazamos articulaciones y hacemos avances impresionantes cada día. Pero estamos perdiendo la guerra en la insuficiencia cardiaca (IC). La IC no ha conseguido estar situada en la lista de “éxitos de manejo”, y de hecho, la población con IC continúa creciendo en la mayor parte del mundo industrializado^{1,2}. Esto quiere decir, que más pacientes sufren los síntomas de la IC, que pasan más días en el hospital, y que a la postre la sociedad debe soportar el incremento de los costes asociados cada año.

La IC es una enfermedad de reincidencia. Tras una hospitalización inicial, la ocurrencia de más ingresos está garantizada, con un incremento de la frecuencia y un empeoramiento de la capacidad funcional del paciente tras cada episodio. Con la disnea como el conductor que fuerza al paciente a buscar atención médica, su calidad de vida se deteriora rápidamente. Estar con dificultad respiratoria todo el tiempo es deplorable. Sufrir disnea hasta el punto de buscar hospitalización es incluso peor. Y estar obligado a permanecer en un hospital es sin duda lo peor. Los pacientes miden la calidad de vida como el número de días que están vivos y fuera del hospital. Los días de hospitalización no son días buenos desde el punto de vista de casi todos los pacientes. La razón por la que el manuscrito de Carbajosa *et al.*³ es importante, como se documenta en el presente número de la Revista, porque la estrategia discutida incrementa el número de días que el paciente con IC está vivo y fuera del hospital.

La unidad de corta estancia (UCE) puede representar una opción para el paciente con ICA, y el estudio de Carbajosa *et al.*³ es uno de los mayores análisis prospectivos realizados en ICA en las UCE. Este artículo es un informe de los resultados derivados de un estudio de cohorte observacional prospectivo que muestra que existen alternativas a un ingreso prolongado en la plan-

ta de hospitalización por ICA. Esto aborda un aspecto crítico en el manejo de la ICA. Mediante el examen de los resultados de 1.359 pacientes ingresadas, los autores han definido los beneficios potenciales que se pueden conseguir tras un periodo breve de manejo intensivo de la ICA. Lo más importante: los pacientes manejados en las UCE tuvieron un tiempo de estancia de 4 días comparados con los 6 días si el paciente era ingresado en una planta convencional. Esto representa 2 días más de estar vivo y fuera del hospital para los pacientes de las UCE que para la cohorte de pacientes ingresados en planta convencional.

Cuando se considera el tiempo de estancia, es fundamental evaluar el porcentaje de revisita. Esto se debe a que cuando los pacientes se dan de alta demasiado pronto, simplemente retornan para reingresar. Lo importante en este estudio es que el porcentaje de revisita a los 30 días fue similar entre los pacientes que fueron manejados en las UCE y aquellos que tuvieron una hospitalización más prolongada. Este resultado de revisitas similar entre los grupos de pacientes de las UCE y los ingresados en planta convencional lleva a formularse la pregunta: “¿los pacientes de la UCE y los ingresados en planta convencional fueron similares? Si son similares, entonces existe un claro beneficio de la atención en una UCE. Pero si los pacientes ingresados en planta tuvieron una mayor gravedad de enfermedad, la pregunta entonces se convierte en: ¿la igualdad en las revisitas es simplemente un beneficio funcional de un periodo de tratamiento más prolongado? Si ese es el caso, ¿serían las revisitas menores en la cohorte de la UCE si se mantuvieran durante más tiempo? Las respuestas a estas preguntas son importantes, pero no puede ser respondidas de forma definitiva por la metodología de un estudio observacional. La contestación a esta pregunta sobre la igualdad en las tasas de revisita requeriría un ensayo clínico aleatorizado para determinar si una estancia más prolongada contribuye a reducir el porcentaje de revisitas.

En este estudio de Carbajosa *et al.*³, el mayor tiempo de estancia de los pacientes ingresados en salas convencionales tiene varios parámetros que indican la posibilidad de una mayor gravedad de su enfermedad

Filiación de los autores: Professor, Emergency Medicine, Associate Chair and Research Director, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, EE.UU.

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

Información para correspondencia: W.F. Peacock, Baylor College of Medicine, 1 Baylor Plaza, Houston, TX 77030, EE.UU.

Correo electrónico: frankpeacock@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 12-9-2016. Aceptado: 13-9-2016. Online: 10-11-2016.

Editor responsable: Óscar Miró, MD, PhD.

(ej.: más enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC–, infección subyacente, hipotensión, anemia, e hiponatremia). Sin embargo, la población de la UCE fue significativamente más anciana, tuvo más episodios previos de IC y documentaron tener menor adherencia al tratamiento. Algunos usarán estas diferencias para criticar los resultados, afirmando que los tiempos de estancias más cortos deberían haber tenido un menor porcentaje de visitas a los 30 días. No obstante, la igualdad de la visita a los 30 días entre las cohortes de pacientes de UCE e ingresados en planta convencional también debe ser considerada en el contexto de que no todo lo ocurrido en un hospital es beneficioso para el paciente.

Las complicaciones iatrogénicas son reales y representan un riesgo significativo de resultados adversos. Debido a que enfermedades adquiridas en el hospital (ej.: infección por estafilococos aureus meticinil resistente, neumonía nosocomial, etc.) ocurren con una frecuencia proporcional al tiempo de exposición al ambiente hospitalario, actualmente se pueden proporcionar beneficios superiores minimizando el tiempo de estancia. Mientras que el estudio de Carbajosa *et al.*³ no documenta los porcentajes de enfermedades adquiridas en el hospital, otras evaluaciones de las UCE han documentado los porcentajes en los que estas complicaciones ocurren. De hecho, en un estudio de 1.042 pacientes con embolismo pulmonar emparejados por propensión de riesgo⁴, aquellos manejados en una UCE, en comparación con los ingresados en una planta de hospitalización convencional, tuvieron resultados similares a 30 días, pero un porcentaje absoluto de un 6,9% menor ($p < 0,0001$) de enfermedades adquiridas en el hospital y unos costes de 1.395 dólares menos ($p < 0,001$) que los manejados en planta de hospitalización convencional.

Debería destacarse que mediante el uso de la UCE, en comparación con los pacientes ingresados en una planta convencional, los médicos responsables de estos pacientes fueron capaces de al menos acortar de forma significativa el tiempo de estancia de los pacientes sin un incremento asociado en los porcentajes de visita o mortalidad, y por tanto mejoró la experiencia del paciente, en lo que se refiere a días vivo fuera del hospital. Uno de los intentos importantes del manuscrito de Carbajosa *et al.*³ fue determinar si se podrían identificar características que permitiesen seleccionar los pacientes que probablemente fueran manejados con éxito en la UCE. Mientras otros han realizado un trabajo similar, el tamaño de este análisis y su derivación de 10 hospitales proporcionan confianza dada la probabilidad de reproducir sus resultados cuando se apliquen a otros lugares. Algunas de las asociaciones descritas en este estudio pueden ser usadas por los *urgenciólogos* para identificar a los pacientes que requieren un mayor nivel de atención que el disponible en una UCE. Estos incluyen una presión arterial sistólica < 100 mmHg y una saturación de O_2 por debajo de un 90%. Adicionalmente, este manuscrito valida resultados previos⁵ que muestran que los pacientes con hipertensión y troponina normal tienen mayor probabilidad de ser manejados con éxito en un

UCE. Finalmente, la asociación con un mayor porcentaje de pacientes no cumplidores en la UCE puede identificar una cohorte que es particularmente respondedora con un periodo breve de tratamiento, ya que simplemente necesitan recibir el tratamiento previamente prescrito.

Existen algunos resultados que son difíciles de comprender en este análisis. De los datos presentados, no está clara la razón de por qué los pacientes tienen un diferente tiempo de estancia en función del día de la semana que ingresaron. Uno puede pensar que los pacientes que son ingresados a largo del fin de semana pueden recibir una atención menos agresiva los sábados y los domingos, cuando trabaja una plantilla menor, lo que puede contribuir a un ingreso más prolongado. Es necesario un análisis adicional, pero si se confirmasen estos resultados deberían hacerse protocolos de forma inmediata para mejorar el tratamiento durante el fin de semana de manera que los pacientes no estén sujetos a una hospitalización más prolongada simplemente por el mero hecho del día de la semana de ingreso.

Finalmente, este estudio no describe el tratamiento que los pacientes recibieron, ni en la UCE ni en la planta de hospitalización. Estudios previos⁶⁻⁸ han descrito, con gran detalle y con resultados notablemente mejores, algoritmos de tratamiento que resultan en una menor necesidad de hospitalización. Estos algoritmos previamente publicados también reconocen el reto de un diagnóstico de IC, y tienen parámetros detallados para asegurar la certeza diagnóstica. Desafortunadamente, los resultados de los péptidos natriuréticos no estuvieron sistemáticamente disponibles en este registro, lo que representa un factor de confusión significativo. En el ensayo Breathing Not Properly⁹, el porcentaje de errores diagnósticos en el servicio de urgencias usando solo el juicio clínico, sin cifras de BNP, fue de un 26%. Los pacientes erróneamente diagnosticados no responden al tratamiento de la IC y los resultados beneficiosos asociados con los protocolos de tratamiento agresivos probablemente no son reproducibles si los errores diagnósticos permiten la inclusión de pacientes sin IC.

Futuros estudios serían necesarios para validar prospectivamente los resultados documentados en esta publicación, esencialmente con diseño aleatorizado, para determinar si la atención en planta convencional proporciona un beneficio neto (ej: más días vivos y fuera del hospital) o un riesgo neto (los resultados de enfermedades adquiridas en el hospital) en comparación con la UCE. Finalmente, aunque no discutido en el presente manuscrito, también será necesario controlar la atención recibida en el hospital y el posterior manejo al alta, ya que los resultados están claramente afectados por el grado en que los pacientes reciben el tratamiento siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación

El autor declara la no existencia de financiación externa del presente artículo.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- 1 Roger VL. Epidemiology of Heart Failure. *Circ Res.* 2013;113:646-59.
- 2 Norton C, Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Butler J. Epidemiology and Cost of Advanced Heart Failure. *Prog Card Dis.* 2011;54:78-85.
- 3 Carbajosa C, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Alquezar A, et al. Factores asociados a estancias cortas en los pacientes ingresados por insuficiencia aguda. *Emergencias.* 2016;28:366-74.
- 4 Weeda, ER, Wells PS, Peacock WF, Fermann GJ, Baugh CW, Ashton V, et al. Outcomes Associated with Observation Status versus Inpatient Management of Pulmonary Embolism Patients Anticoagulated with Rivaroxaban. *Int J Cardiol.* doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.126.
- 5 Diercks DB, Peacock WF, Kirk JD, Weber JE. ED Patients with Heart Failure: identification of an observational unit-appropriate cohort. *Am J Emerg Med.* 2006;24:319-24.
- 6 Peacock WF, Albert NM. Observation Unit Management of Heart Failure. *Emerg Clin North Am.* 2001;19:209-32.
- 7 Peacock WF IV, Young J, Collins S, Diercks D, Emerman C. Heart Failure Observation Units: Optimizing Care. *An Emerg Med.* 2006;47:22-33.
- 8 Peacock WF IV, Remer EE, Aponte J, Moffa DA, Emerman CE, Albert NM. Effective observation unit treatment of decompensated heart failure. *Congest Heart Fail.* 2002;8:68-73.
- 9 McCullough PA, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Herrmann HC, Steg PG, et al, for the BNP Multinational Study Investigators. B-Type Natriuretic Peptide and Clinical Judgment in Emergency Diagnosis of Heart Failure Analysis From Breathing Not Properly (BNP) Multinational Study. *Circulation.* 2002;106:416-22.