



REVISIÓN

Mensajes clave para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardiaca aguda



F. Javier Martín-Sánchez^{a,*}, Esther Rodríguez-Adrada^a, Pere Llorens^b y Francesc Formiga^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Programa Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de diciembre de 2014

Aceptado el 9 de febrero de 2015

On-line el 8 de mayo de 2015

Palabras clave:

Insuficiencia cardiaca aguda

Anciano

Urgencias

R E S U M E N

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un síndrome geriátrico de alta prevalencia que origina uno de los motivos más frecuentes de visita a urgencias y de ingreso hospitalario, asociándose a una alta morbilidad e impacto funcional agudo. En los últimos años ha surgido cada vez más información sobre la importancia del manejo inicial de la ICA de cara a los resultados a corto plazo y su posible influencia en la historia natural de la enfermedad. El objetivo del presente trabajo es recoger una serie de recomendaciones prácticas que deberían considerarse a la hora de la atención inicial del paciente anciano con ICA en los servicios de urgencias hospitalarios y revisar las estrategias de intervención más interesantes que están en marcha en la actualidad.

© 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Key messages for the initial management of the elderly patient with acute heart failure

A B S T R A C T

Acute heart failure is a high prevalence geriatric syndrome that has become one of the most frequent causes of visits to emergency departments, as well as hospital admission, and is associated with high morbidity, mortality and functional impairment. There has been an increasing amount of information published in recent years on the initial management of acute heart failure and the results of the short-term outcomes, as well as the natural history of the disease. The objective of this study is to provide several recommendations that should be taken into account in the initial management of the elderly patient with acute heart failure in the emergency departments, and to review the most interesting currently on-going clinical trials.

© 2014 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se define como la aparición o modificación repentina de los síntomas o signos secundarios a una anomalía cardiaca estructural o funcional que requiere de atención médica inmediata debido al potencial riesgo vital¹. La ICA es uno de los motivos más frecuentes de atención urgente y la principal causa de ingreso hospitalario en la población anciana¹⁻⁴. Se

considera un síndrome geriátrico asociado a una alta morbimortalidad (reingreso a los 60-90 días, 30%; mortalidad intrahospitalaria, 2-7%; mortalidad a los 60-90 días, 5-14%, y mortalidad a los 4 años, 50%) y a un importante impacto funcional agudo⁴⁻⁷.

En los últimos años ha surgido cada vez más información sobre la trascendencia de la correcta atención inicial de la ICA, ya que podría influir en el pronóstico a corto plazo y por tanto modificar la historia natural de la enfermedad. Por otro lado, se conoce bien que, dada la mayor probabilidad de presentación atípica de enfermedades, de comorbilidad y de polifarmacia en el paciente anciano, la atención urgente en dicho grupo etario se asocia a una evaluación clínica más compleja, mayor consumo de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

recursos y un riesgo incrementado de presentar eventos adversos en comparación con los adultos más jóvenes^{8,9}. Teniendo todo lo anterior en cuenta, y a pesar de los escasos estudios sobre la atención inicial de la ICA que incluyen pacientes ancianos, el objetivo del presente trabajo es el recoger una serie de recomendaciones prácticas que deberían considerarse a la hora del manejo inmediato del paciente anciano con ICA en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

Primer mensaje: detectar de forma inmediata al anciano de alto riesgo vital

En primer lugar, y coincidiendo con el primer contacto con el paciente, bien sea en el ámbito extrahospitalario u hospitalario, se debe realizar una primera valoración clínica de forma inmediata con el fin de identificar al paciente de alto riesgo vital que pueda requerir procedimientos invasivos urgentes (reperusión coronaria, intubación orotraqueal y ventilación mecánica, fármacos vasoactivos, marcapasos o cardioversión cardiaca) y potencial traslado a una unidad coronaria. Para ello, es clave detectar si el paciente presenta síntomas o signos de fallo respiratorio inminente o hipoperfusión sistémica (frío-húmedo), elevación del segmento ST o una arritmia de riesgo vital en el electrocardiograma⁶. De forma paralela a este proceso, se deben aunar elementos clínicos, funcionales y neuropsiquiátricos, así como de la voluntad del paciente, que pudieran limitar el esfuerzo terapéutico.

La mayoría de los SUH poseen sistemas de triaje estructurado que permiten clasificar en diferentes niveles de gravedad —generalmente 5— y priorizar el orden de asistencia en el SUH¹⁰. La situación clínica de necesidad de valoración inmediata, anteriormente descrita, es poco frecuente (<1% de los casos atendidos en los SUH españoles) y suele ser clasificada por dichos sistemas de triaje como nivel 1 (Sistema Español de Triaje) o Rojo (Sistema de Triaje de Manchester)⁶. El resto de los casos, la mayoría niveles 2-4 (Naranja-Amarillo-Verde), son clasificados en diferentes niveles de gravedad y se les asigna un tiempo de espera estimado de atención en el SUH. En este sentido, hay que considerar que los ancianos tienden a ser clasificados con niveles de gravedad menores a los que les corresponden, especialmente en los niveles 2-3 (Naranja-Amarillo), debido a la mayor frecuencia de quejas inespecíficas o dificultades en la comunicación, y por tanto existe mayor probabilidad de demorar la atención en dicho grupo de edad¹¹. De hecho, algunos autores proponen realizar una triaje multidisciplinar, incorporando un médico al equipo del triaje, que permitiría estratificar a los ancianos con niveles de gravedad 2-3 en función de la complejidad, asegurando así un tiempo de atención y una ubicación adecuada a la llegada del paciente a urgencias¹².

Segundo mensaje: realizar el diagnóstico correcto de la insuficiencia cardiaca aguda

En segundo lugar, se debe asegurar el diagnóstico precoz certero de la ICA en los ancianos atendidos por disnea en los SUH, ya que el retraso o el error en el diagnóstico del síndrome en urgencias se ha asociado a una demora en la prescripción del tratamiento y peores resultados globales a corto plazo^{13,14}. El diagnóstico de sospecha de ICA se basa en la presencia de síntomas y signos clínicos, electrocardiográficos y radiológicos compatibles. La sospecha de ICA no es fácil, ya que los síntomas y signos clínicos, del electrocardiograma y la radiografía de tórax tienen una limitada sensibilidad y certeza diagnóstica¹⁵. Esta complejidad es aún mayor según avanza la edad del paciente, ya que existe mayor probabilidad de detectar signos menos específicos (p. ej., edemas) y reproductibles (p. ej., presión venosa yugular elevada) y menor probabilidad de signos típicos (p. ej., disnea paroxística nocturna) y

específicos (p. ej., tercer tono)¹⁶. Además, el envejecimiento se asocia a la presencia de ciertos cambios fisiológicos y comorbilidades que dificultan la anamnesis (p. ej., deterioro cognitivo), la interpretación clínica (p. ej., enfermedad pulmonar crónica) y favorecen la presencia de manifestaciones atípicas (p. ej., deterioro funcional, cuadro confusional, síncope o caídas de repetición)⁷.

La introducción de los péptidos natriuréticos tipo B (BNP y NT-proBNP) y de la ecografía a pie de cama ha mejorado el rendimiento diagnóstico de la ICA, siendo en la actualidad herramientas de gran utilidad a la hora del diagnóstico precoz en los SUH¹⁶. Los péptidos natriuréticos tipo B son biomarcadores de estrés del miocito, que son liberados por el miocardio ventricular en respuesta al estrés de la pared y tienen una función cardioprotectora¹⁷. Dichos biomarcadores han demostrado utilidad a la hora de identificar la disnea originada por insuficiencia cardiaca y se correlacionan con la gravedad del episodio¹⁷. Por tanto, los péptidos natriuréticos tipo B se deberían solicitar siempre en aquellos pacientes ancianos atendidos por disnea en urgencias, y como mínimo en aquellos casos donde existan dudas sobre el origen cardiaco de la disnea⁶. En general, se considera que un BNP < 100 pg/ml y NT-proBNP < 300 pg/ml descarta casi con toda probabilidad el diagnóstico de ICA. Por el contrario, en relación con el diagnóstico, se han descrito diferentes puntos de corte de NT-proBNP en función del grupo de edad, estableciéndose el punto de corte en 1.800 pg/ml para los pacientes de 75 años o más¹⁸. Es importante considerar que se han reflejado otras circunstancias, como la función renal, el estado nutricional o ciertas condiciones agudas, como la fibrilación auricular, el tromboembolismo pulmonar, la sepsis, la anemia, la cardiopatía isquémica o las miocardiopatías, que pueden incrementar el valor de dichos péptidos¹⁹.

La ecografía a pie de cama, realizada por el médico responsable de la atención, permite mejorar la capacidad diagnóstica en el momento de la atención inicial y poder modificar actitudes terapéuticas basadas en la función del ventrículo izquierdo²⁰. Esta técnica permite cuantificar las líneas B pulmonares o artefactos de reverberación verticales, que se correlacionan con el grado de edema pulmonar, el grado de colapso de la vena cava, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo de manera cualitativa, el derrame pericárdico, la dilatación del ventrículo derecho, la regurgitación mitral aproximada, el grosor miocárdico y el tamaño de la aurícula izquierda²¹. Se ha publicado que se desconoce la función ventricular en más de la mitad de los pacientes atendidos por ICA en los SUH españoles, siendo casi dos tercios de estos pacientes geriátricos²². Algunos autores han propuesto introducirla en el algoritmo diagnóstico de la ICA, especialmente en aquellos casos donde los péptidos natriuréticos ofrecen incertidumbre diagnóstica y donde es complejo el diagnóstico diferencial con la patología pulmonar^{20,23,24}. Dicha práctica no debe sustituir nunca la realización de una ecocardiografía reglada, que debería practicarse lo antes posible, y solo de forma urgente en casos de shock o inestabilidad hemodinámica, ya que nos ayuda a confirmar el diagnóstico de ICA, conocer la posible etiología cardiaca y valorar el grado de disfunción sistólica y/o diastólica del ventrículo izquierdo⁶ (fig. 1).

Tercer mensaje: identificar los factores precipitantes de la insuficiencia cardiaca aguda

En tercer lugar, una vez hecho el diagnóstico de ICA en urgencias («poner nombre»), es fundamental identificar el factor precipitante («poner apellidos»), ya que el pronóstico a corto plazo podría estar modificado por la tipología del mismo²⁵. Las infecciones son la causa más frecuente de descompensación en la población de mayor edad, siendo además frecuente la coexistencia de varios desencadenantes asociados^{22,26}. La identificación de los factores precipitantes del episodio de la ICA en urgencias es casi aún más complejo que el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/938392>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/938392>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)