



# Insuficiencia cardiaca aguda

M. Gallego Alonso-Colmenares, J. Fernández Herranz, M. Jiménez Lucena y S. Gordo Remartínez

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Insuficiencia cardiaca aguda
- Urgencias
- Péptidos natriuréticos
- Ecografía
- Tratamiento

## Keywords:

- Acute heart failure
- Emergency
- Natriuretic peptides
- Ultrasound
- Treatment

## Resumen

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad cuya prevalencia está en aumento. Es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en la población anciana. En los servicios de Urgencias la insuficiencia cardiaca puede aparecer como una situación nueva o como una agudización de un proceso ya existente. Existe un perfil de paciente en el que el diagnóstico será sencillo; sin embargo, cuando los síntomas más típicos están ausentes el diagnóstico es un reto para el clínico. Siempre debemos mantener un alto nivel de sospecha y utilizar las herramientas en nuestra mano, como los péptidos natriuréticos y la ecografía cardiaca y pulmonar, que sí han revolucionado el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca en los servicios de Urgencias. El tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda ha variado poco en los últimos años. Se han estudiado muchos fármacos nuevos que, si bien han encontrado su sitio en situaciones muy específicas, no han cambiado significativamente el cuadro de la insuficiencia cardiaca aguda.

## Abstract

### Acute heart failure

Heart failure is a disease whose prevalence is increasing. It is the most frequent cause of hospitalization in the elderly population. In the Emergency Department heart failure it may appear as a new situation or a worsening of an existing process. There is a profile of patients in which the diagnosis is simple; however, when the most typical symptoms are absent diagnosis is a challenge for clinicians. We must always maintain a high level of suspicion and use the tools in our hands as natriuretic peptides and the cardiac ultrasound and lung that have actually revolutionized the diagnosis of heart failure in the emergency services. Treatment of acute heart failure has changed little in recent years. We have studied many new drugs that have found their place in very specific situations but have not significantly changed the picture of acute heart failure.

## Concepto

La insuficiencia cardiaca (IC) se define como la incapacidad del corazón de llevar oxígeno suficiente a los tejidos con presiones de llenado normales o solo a base de aumentar las presiones de llenado. La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un síndrome clínico muy complejo que abarca una gran multitud de presentaciones clínicas y causas desencadenantes<sup>1</sup>. Se trata de una descompensación aguda de una situación de IC con síntomas principalmente de congestión y de bajo gasto que obligan al paciente a buscar ayuda urgente.

## Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en Urgencias

La IC es una patología emergente con una incidencia y prevalencia cada vez mayores. La mejora de los tratamientos y la disminución de la mortalidad del síndrome coronario agudo han sido los principales motivos de este aumento. La IC se presenta en el 1-2% de la población mayor de 40 años y en el 10% de la población con edades por encima de los 60 años. Esto supone en España que unas 200.000 personas entre 40 y 60 años y más de 500.000 mayores de 60 años re-

quieren atención sanitaria por IC. Es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años (causa 74.000 hospitalizaciones al año en España). La supervivencia es del 50% a los 5 años del diagnóstico, por lo que no es mejor que la de muchos cánceres. Esto hace de la IC una de las patologías más prevalentes en nuestro medio<sup>2</sup>.

El registro EAHFE recogió información de pacientes atendidos en distintos servicios de Urgencias en toda España y nos da una imagen muy real de la situación. La media de edad fue de 79 años, con un 56% de mujeres. Los pacientes tenían un alto grado de comorbilidad y una situación basal con una disnea según la NYHA de II/IV (52%), III/IV (23%) y IV/IV (1,7%), con un grado de dependencia al menos moderado en más de un 50% de los casos según el índice de Barthel.

Las formas más frecuentes de presentación son la normotensiva, seguida de la hipertensiva, con un pequeño porcentaje de IC hipotensiva y solo un 0,7% de *shock* cardiogénico de inicio. La IC derecha aislada fue del 2,6%.

La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,6%, del 9,6% a los 30 días y del 29% al año. Los síntomas más frecuentes fueron los edemas (75%), seguidos de la ortopnea (64%) y la disnea de reposo. Los signos más frecuentes fueron los crepitantes (87%), seguidos de ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular y tercer ruido, menos habituales. Con respecto al tratamiento previo a la visita a Urgencias, solo un 55% tomaba inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II), y un 32%, betabloqueantes. El fármaco que tomaban con más frecuencia fueron los diuréticos de asa (67%)<sup>3</sup>.

En resumen, la IC es una enfermedad muy prevalente en Urgencias, por lo que los profesionales que las atienden tienen que estar muy familiarizados con su tratamiento. La población atendida por esta patología es muy mayor y con una situación funcional mala en más de la mitad de los casos, por lo que los cuidados y las expectativas tienen que ser ajustados a nuestros pacientes. El tratamiento de los enfermos antes de acudir a la urgencia no es óptimo en un gran número de casos, los fármacos que han demostrado un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de nuestros pacientes tienen que ser pautados y titulados; los servicios de Urgencias pueden ser un lugar para detectar a los pacientes que no están siendo tratados de forma adecuada<sup>4</sup>.

## Diagnóstico en Urgencias

### Diagnóstico clínico

La sospecha clínica de IC se debe realizar según la clínica del paciente. Las pruebas complementarias nos deben ayudar a confirmar o no la sospecha, así como a evaluar posibles factores desencadenantes. Según el registro AEHFE, un 30% de los casos son IC *de novo*; en estos hay que mantener un alto grado de sospecha, al ser una enfermedad muy prevalente. En los pacientes con agudizaciones de IC crónica, la clínica puede ser claramente reconocible, si bien debemos centrar nuestra labor en conocer el factor desencadenante.

Hay una serie de síntomas y signos clínicos de hipoperfusión y congestión pulmonar y sistémica que nos ayudan a

TABLA 1

**Síntomas y signos ante los que hay que sospechar una insuficiencia cardiaca**

**Congestivos**

- Disnea de esfuerzo
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Aumento de PVY
- Hepatomegalia
- Edemas
- Taquicardia
- Tercer tono
- Crepitantes
- Desplazamiento impulso apical
- Derrame pleural
- Ascitis
- Tos nocturna
- Síncope

**Hipoperfusión**

- Extremidades frías
- Palidez
- Retraso del relleno capilar
- Livedo reticularis
- Obnubilación. Inquietud
- Deterioro de la función renal
- Aumento del láctico arterial

PVY: presión venosa yugular.

sospechar la enfermedad. Sin embargo, principalmente en pacientes con enfermedad moderada algunos síntomas pueden ser superponibles a otras patologías, especialmente en los ancianos, que además son los que tienen un mayor índice de comorbilidad. Por lo tanto, los síntomas tienen una alta sensibilidad y una baja especificidad. Los estudios clásicos utilizaron los criterios de Framingham para incluir pacientes, pero actualmente las guías recomiendan sospecharlo ante determinados síntomas y signos, y completar el diagnóstico con pruebas complementarias (tabla 1).

## Pruebas complementarias

### Hemograma

La anemia es un factor pronóstico independiente, además de un posible desencadenante. Los leucocitos nos pueden orientar a una infección como desencadenante o como diagnóstico alternativo.

### Coagulación

Pacientes anticoagulados o con mal estado general. El dímero-D nos orientará hacia tromboembolismo pulmonar como causa del cuadro. En ocasiones es muy difícil de distinguir de un episodio de IC. Además, este cuadro puede elevar el NT-proBNP y la troponina T de forma aguda.

### Bioquímica

**Función renal.** Tanto para diagnóstico como para pronóstico, así como para valorar un empeoramiento secundario. Es necesaria para el ajuste de dosis de fármacos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806583>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806583>

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