

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

Replantando el abordaje de las descompensaciones de insuficiencia cardiaca: ¿es la hospitalización la vía que favorece a nuestros pacientes?



Rethinking the management of heart failure decompensations: Is hospitalization the way that favors our patients?

Alfredo Barrio Rodríguez*, Inés Toranzo Nieto y Pedro Luis Sánchez Fernández

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Hasta hace unos meses hablábamos de la insuficiencia cardiaca (IC) como una de las pandemias del siglo XXI, con una incidencia creciente que aumenta con la edad, y con grandes avances en el tratamiento farmacológico y no farmacológico que aportaban luz a una enfermedad con una alta morbilidad¹.

Aunque la IC sigue siendo un proceso asistencial de gran relevancia y las implicaciones pronósticas de la misma se mantienen invariables, la infección por el virus SARS-CoV-2 ha dado un giro de 180 grados a nuestra práctica clínica habitual y es quizá ahora el momento adecuado para replantearse si la hospitalización para tratamiento deplectivo es la mejor vía de abordaje de los pacientes con IC descompensada.

En la biografía de un paciente con IC, la hospitalización supone un punto de deterioro significativo, en ocasiones con consecuencias fatales. Cuando ingresamos a un paciente, lo exponemos a un mayor riesgo de infecciones, en muchas ocasiones por gérmenes multirresistentes. La inmovilidad se asocia inherentemente con un mayor riesgo de eventos tromboembólicos y pérdida de masa muscular, que sabemos que es un marcador de mal pronóstico y, teniendo en cuenta la

edad avanzada que se asocia con este síndrome, es frecuente la aparición de episodios confusionales que pueden suponer un cambio irrecuperable en el estado cognitivo y, por tanto, en su vida basal. Sumado a lo anteriormente expuesto, en la situación actual de alerta por la infección por SARS-CoV-2, con el alto riesgo de transmisión en el medio hospitalario y las implicaciones pronósticas que ello conlleva, debemos plantearnos alternativas seguras, efectivas y eficaces que nos permitan abordar las descompensaciones de IC fuera de la hospitalización.

La evidencia científica al respecto es escasa y disponemos de pocos estudios, en su mayoría retrospectivos y unicéntricos, que aboguen por la seguridad de los programas de abordaje ambulatorio de las descompensaciones de IC, así como un beneficio en términos económicos^{2,3}. En esta línea, el trabajo de Fort et al.⁴ recientemente publicado en REC: CardioClinics pone de manifiesto como una estrategia estructurada de tratamiento ambulatorio es segura y coste-efectiva, en una cohorte de pacientes de edad avanzada (edad media 75 ± 11 años), con fracción de eyección conservada o en rango intermedio en el mayor porcentaje de los casos, y con dosis basal de diurético alta.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.05.009>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfredobarrior@gmail.com (A. Barrio Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.08.002>

2605-1532/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

Centrándonos en el abordaje ambulatorio, las estrategias utilizadas son múltiples y varían de manera significativa entre los diferentes estudios. Así mismo, en función de los recursos de los que disponga nuestro centro podremos ofrecer una atención más o menos personalizada a los pacientes con IC. Una herramienta de gran valor es el hospital de día del corazón, que permite, en horario diurno, una atención continuada a pacientes cardiológicos, como ya quedó demostrado en la experiencia inicial del hospital de día del Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca⁵, en la que el 65% de las revisiones clínicas (35% de la actividad registrada) se relacionaban con IC, administrándose un diurético intravenoso en el 7% de los pacientes.

Uno de los puntos clave para el correcto funcionamiento de este tipo de estrategias es la selección adecuada de pacientes, y para ello podemos apoyarnos en diferentes escalas, como la *Multiple Estimation of Risk Based on the Spanish Emergency Department Score in Patients with Acute Heart Failure* (MEESII-AHF), escala de riesgo validada en diferentes hospitales españoles, que valora el riesgo de mortalidad a 30 días de los pacientes con IC aguda. Esta se compone de 13 ítems y clasifica a los pacientes en 4 categorías (riesgo bajo, intermedio, alto y muy alto), con un mayor riesgo de mortalidad a 30 días al aumentar la puntuación de la misma⁶. Una vez clasificado el paciente podremos establecer el seguimiento ambulatorio en aquellos de menor riesgo, o en los pacientes de riesgo moderado que presenten factores favorables para el seguimiento ambulatorio, como puede ser el buen cumplimiento terapéutico o un buen soporte familiar formado en IC. De la misma manera, la inteligencia artificial *machine learning* es una herramienta que ha demostrado ser de utilidad para la identificación de pacientes de mayor o menor riesgo de rehospitalización y así ofrecer un seguimiento más individualizado.

El trabajo de Fort et al.⁴ pone de manifiesto la importancia de la organización asistencial de la IC, con flujos de tratamiento protocolizados, liderados por equipos multidisciplinares expertos en IC. En este sentido, se antoja fundamental la coordinación con atención primaria y los servicios de urgencias. El seguimiento de estos pacientes implica asegurar un adecuado conocimiento de la enfermedad, detectar los posibles desencadenantes de la descompensación, buscar de forma activa y constante la optimización del tratamiento neurohormonal, corregir el déficit de hierro y estudiar el estado nutricional, entre otras tareas. También debemos evaluar de forma regular la situación volémica y ajustar el tratamiento diurético, buscando estrategias para vencer la resistencia a diuréticos de asa, que es frecuente en estos pacientes y que en ocasiones solo requiere asociar otros tratamientos diuréticos, como hacen en este trabajo⁴, u otras vías de administración.

Aunque asociemos el abordaje ambulatorio al tratamiento diurético intravenoso, no debemos limitarlo a esta opción terapéutica. Existen otras formas de administración de un diurético, como puede ser la vía subcutánea, que ha demostrado ser una estrategia válida y segura en este escenario⁷. Y disponemos de otras terapias, como el tratamiento inotrópico ambulatorio en pacientes con disfunción ventricular⁸ o la corrección del déficit de hierro⁹, que han demostrado mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

En la línea de mantener al paciente en el medio extrahospitalario, también deberíamos reflexionar sobre la necesidad de ingreso en las fases terminales de la enfermedad, acerca de lo cual existen algunos trabajos en los que el tratamiento extrahospitalario multidisciplinar mejora no solo la calidad de vida de los pacientes, sino también la de sus familias¹⁰.

Por último, y muy de actualidad por la situación de alerta sanitaria en la que nos encontramos, la telemedicina es un recurso que ha llegado para quedarse. De esta manera, en el ámbito de la IC es una herramienta más para el abordaje ambulatorio de estos pacientes¹¹.

Con lo anteriormente expuesto, y atendiendo a la situación pandémica actual, sería el momento de replantear si la hospitalización es la mejor opción de abordaje para los pacientes con descompensaciones de IC. Trabajos como el de Fort et al.⁴ avalan la seguridad y eficacia de programas de tratamiento ambulatorio de IC, evitando el ingreso en el 81% de las descompensaciones y con una tasa muy baja de complicaciones, asociando una disminución en el coste hospitalario directo frente a la hospitalización. No obstante, se necesitan ensayos clínicos multicéntricos que comparen ambas estrategias para disponer definitivamente de evidencia científica que apoye el cambio en el paradigma de abordaje de nuestros pacientes con IC.

Conflicto de intereses

No se declara ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:891-975.
2. Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghiade M. Is hospital admission for heart failure really necessary?: The role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:121-126.
3. Makadia S, Simmons T, Augustine S, et al. The diuresis clinic: A new paradigm for the treatment of mild decompensated heart failure. *Am J Med*. 2015;128:527-531.
4. Fort A, Luiso D, Blázquez-Bermejo Z, et al. Ambulatory intravenous treatment of decompensated heart failure: An effective, safe and cost-effective approach. *Rev Esp Cardiol*. 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2020.05.009>. En prensa.
5. Gallego-Delgado M, Villacorta E, Valenzuela-Vicente MC. Puesta en marcha de un hospital de día del área del corazón: análisis de actividad, calidad y coste-efectividad en el primer año de funcionamiento. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:130-137.
6. Miró Ò, Roselló X, Gil V, et al. Utilidad de la escala MEESI para la estratificación del riesgo de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:198-207.
7. Verma A, da Silva J, Kuhl D. Diuretic effects of subcutaneous furosemide in human volunteers: A randomized pilot study. *Ann Pharmacother*. 2004;38:544-549.
8. Comín-Colet J, Manito N, Segovia-Cubero J, et al. Efficacy and safety of intermittent intravenous outpatient administration of levosimendan in patients with advanced heart failure:

-
- The LION-HEART multicentre randomised trial. *J Heart Fail.* 2018;20:1128–1136.
9. Ponikowski P, van Veldhuisen DJ, Comin-Colet J, et al. Beneficial effects of long-term intravenous iron therapy with ferric carboxymaltose in patients with symptomatic heart failure and iron deficiency. *Eur Heart J.* 2015;36: 657–668.
10. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *PREFER: A randomized controlled study. Eur J Heart Fail.* 2014;16:1142–1151.
11. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2020.06.027>. En prensa.