

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

CÓDIGO INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. ¿UN FUTURO INMEDIATO?.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) es una patología compleja y son muchos los criterios que se han usado para clasificar y evaluar las diferentes formas de presentación. La fisiopatología, comorbilidades y factores precipitantes, conforman los distintos tipos de clasificación. No obstante, a efectos prácticos, para la planificación de la mejor estrategia terapéutica en los servicios de urgencia, parece más útil considerar cuáles son los factores que en mayor medida pueden determinar la decisión terapéutica. En la atención de los pacientes con clínica sugestiva de ICA en las emergencias del 061, en ocasiones se pueden presentar escenarios clínicamente engañosos, que no suponen una señal de alarma protocolizada de urgencia. Sin embargo, se puede desencadenar en cualquier momento un evento de riesgo vital para el paciente.

En cada caso clínico, se acompañe o no de una historia clínica previa, será gracias a la correcta información obtenida que se impondrá la celeridad y diligencia adecuadas para realizar la primera aproximación clínico-terapéutica.

OBJETIVOS

Dar a conocer el “*consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda*”, elaborado por expertos de las siguientes Sociedades Científicas: Sociedad Española de Cardiología (SEC), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Un consenso pionero en Europa con el que se reclama que la atención en la ICA sea considerada igual de urgente que el Infarto Agudo de Miocardio. (Diciembre 2014).

Este consenso consta de 36 recomendaciones, todas dirigidas a la atención hospitalaria, urgencias y especializada, sin tener en cuenta la atención prehospitalaria.

Si el código infarto ha marcado un antes y un después en el tratamiento del infarto, con una reducción de la mortalidad de hasta un 50% en los últimos años, con una implicación importante de los Equipos del 061, consideramos que con este consenso el 061 tienen también mucho que aportar y conocerlo y difundirlo es nuestro deber.

Esto es solo una aproximación de nuestra actuación ante una ICA.

RESUMEN

Adaptación para los Equipos del 061 de las recomendaciones del Consenso ICA:

1. Evaluación integral del paciente con clínica sugestiva de ICA:

En la evaluación inicial y urgente del paciente con ICA son claves una serie de variables y parámetros clínicos como el nivel de conciencia, el grado de disnea, la presión arterial, la frecuencia y ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, así como la presencia de congestión o de compromiso de la perfusión sistémica. Deben tenerse en cuenta también la situación funcional y cognitiva previas, así como las comorbilidades existentes.

2. Criterios ante la toma de decisión inicial

Las diferentes actuaciones clínicas ante una ICA, independientemente de su presentación fisiopatológica, se deben basar en un primer momento en el control de aquellos

aspectos críticos del paciente que ponen en peligro su vida o condicionan el tratamiento como:

- El estado hemodinámico.
- El estado de la ventilación/oxigenación.
- La presencia o no de isquemia miocárdica.
- La presencia de la causa mecánica/difusión valvular.
 - La presencia o no de insuficiencia renal grave.
 - Trastornos de ritmo.
 - La presencia de comorbilidad activa.

¿Qué medidas farmacológicas y no farmacológicas se deben considerar en el manejo hospitalario de estos pacientes?

Este apartado no pretende compendiar las múltiples recomendaciones, guías y protocolos que ya existen para cada una de las medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas a considerar en el manejo hospitalario de estos pacientes, únicamente se apuntarán aspectos que los expertos participantes en el proceso de consenso han enfatizado ya sea por su particular interés o aspecto práctico.

1. Medidas no farmacológicas:

a) Oxigenoterapia

El objetivo de la oxigenoterapia es mantener la saturación de oxígeno por encima del 95 % mediante el aumento de la fracción de oxígeno en el aire inspirado. Las evidencias comparadas entre los sistemas tradicionales de oxigenación y el uso de la Presión Positiva Continua (PPC) en la vía aérea en el tratamiento de pacientes con ICA hipertensiva, muestran que ésta última mejora los parámetros clínicos y de la gasometría en sangre y disminuye el número de intubaciones orotraqueales, así como las complicaciones posteriores. También produce una disminución de la tasa de ingreso en UCI y de la mortalidad a corto plazo respecto al uso de sistemas tradicionales de oxigenación.

b) Ventilación No Invasiva (VNI)

La VNI ha demostrado mejorar la insuficiencia respiratoria de los pacien-

tes con edema agudo de pulmón de forma más rápida y eficaz que la oxigenoterapia convencional, reduciendo las necesidades de intubación y de ventilación mecánica invasiva. Su impacto en la mortalidad es más incierto dado que varios metaanálisis han mostrado una reducción de la mortalidad con el uso de CPAP, especialmente en pacientes de alto riesgo (isquemia o infarto), pero un estudio con más de 1.000 pacientes desarrollado en Gran Bretaña no encontró diferencias significativas.

La CPAP es una técnica sencilla que no precisa el concurso de un ventilador, con lo que puede utilizarse en ambulancias o en áreas con poco equipamiento. Por el contrario, para la presión de soporte se precisa siempre un ventilador, preferentemente dotado con algoritmo de VNI y cierta experiencia.

2. Medidas farmacológicas

a) Opiáceos:

La administración intravenosa de opiáceos (junto con un antiemético) debe considerarse en pacientes particularmente ansiosos, inquietos o con dificultades para aliviar estos síntomas y mejorar la disnea, y con el uso de la VNI para mejorar la adaptación del paciente. Tras la administración de los opiáceos se deben monitorizar estrechamente las alertas y los esfuerzos ventilatorios, por la tendencia de éstos a deprimir a nivel central la respiración.

b) Diuréticos:

Los diuréticos sólo deben administrarse cuando hay evidencia de sobrecarga de volumen sistémico. Aunque no es el tratamiento de primera línea ideal para la mayoría de los pacientes con un escenario clínico de ICA tipo CS1 de patrón hipertensivo, suelen ser útiles si se añaden a la terapia con vasodilatadores (nitratos). En pacientes con ICA descompensada se recomienda tanto la utilización de bolos intermitentes como la infusión continua de furosemida. Algunos estudios han mostrado que la infusión

continua con furosemida favorece una diuresis más constante y estable. Todo esto supone cambios más graduales en el volumen intravascular y menos activación neurohormonal y menos vasoconstricción reactiva. La mayor estabilidad de las concentraciones del fármaco en sangre incidiría en la menor presencia de efectos adversos y secundarios. Sin embargo, otros estudios no muestran diferencias significativas comparando la infusión continua con los bolos intravenosos de furosemida.

c) Inotrópicos y vasodilatadores:

El uso de inotrópicos como la dobutamina se debe reservar para aquellos pacientes con reducción severa del gasto cardíaco en que la perfusión de los órganos vitales se ve comprometida. Son pacientes en situación de hipotensión y con riesgo de entrar en situación de shock. El uso de inotrópicos podría causar taquicardia sinusal e inducir isquemia miocárdica y arritmias, lo que puede repercutir sobre las tasas de mortalidad. En estos casos se justificaría el uso de levosimendan (o un inhibidor de la fosfodiesterasa III como milrinona), sobre todo, si fuese necesario contrarrestar el efecto betabloqueante.

Noradrenalina: la noradrenalina estimula los receptores α -adrenérgicos y produce vasoconstricción con poco efecto inotrópico. Actualmente, en la ICA se utiliza en

situaciones en las que la hipotensión pone en peligro la vida del paciente, y ha mostrado su superioridad sobre la dopamina en situaciones de shock cardiogénico. Se puede combinar con dobutamina o levosimendan para mejorar el estado hemodinámico del paciente.

El uso de vasopresores, como la dopamina o norepinefrina puede ser considerado en pacientes con shock cardiogénico, a pesar del tratamiento con un fármaco inotrópico para aumentar la presión arterial y la perfusión de los órganos vitales.

d) Anticoagulantes

Heparina. La profilaxis tromboembólica con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) se recomienda para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar en pacientes no anticoagulados y sin contraindicación para la anticoagulación.

Este consenso consta de 36 recomendaciones, todas dirigidas a la atención hospitalaria, urgencias y especializada, sin tener en cuenta la atención prehospitalaria. Si el código infarto ha marcado un antes y un después en el tratamiento del infarto, con una reducción de la mortalidad de hasta un 50 % en los últimos años y con una implicación importante de los 061. Considero que en este consenso los 061 tienen mucho que aportar y debemos conocer. Esto es solo una aproximación ante una ICA.

BIBLIOGRAFÍA:

- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). European heart journal. 2008;29(19):2388-442.
- Degertekin M, Erol C, Ergene O, Tokgozoglu L, Aksoy M, Erol MK, et al. [Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study]. Turk KardiyolojiDernegiarsivi : Turk KardiyolojiDernegininyayinorganidir. 2012;40(4):298-308.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012;125(1):e2-e220.
- Levitan EB, Wolk A, Mittleman MA. Consistency with the DASH diet and incidence of heart failure. ArchIntern Med. 2009; 169(9):851-7.
- Allender S, Scarborough P, O'Flaherty M, Capewell S. Patterns of coronary heart disease mortality over the 20th century in England and Wales: Possible plateaus in the rate of decline. BMC publichealth. 2008; 8:148.
- Anguita Sanchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galvan E, Jimenez Navarro M, Alonso-Pulpon L, Muniz Garcia J, et al. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study. Rev EspCardiol. 2008;61(10):1041-9.
- Rodriguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillon P. [Epidemiology of heart failure]. Rev EspCardiol. 2004;57(2):163-70.
- Writing Group M, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010;121(7):e46-e215.
- Neumann T, Biermann J, Erbel R, Neumann A, Wasem J, Ertl G, et al. Heart failure: the commonest reason for hospital admission in Germany: medical and economic perspectives. DeutschesArzteblatt international. 2009;106(16):269-75.
- Berry C, Murdoch DR, McMurray JJ. Economics of chronic heart failure. European journal of heartfailure. 2001;3(3):283-91.
- www.secardiología.es/images/publicaciones/documentos-consenso/consenso-ica-sec-semi-semes.pdf. Consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con ICA. Diciembre 2014.

AUTORES:

Dr. D. Abdelghani El Amrani El Marini.
Dr. D. Medí El Amrani El Mrni.

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras.

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-15-012-7
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>