

Mnemotecnia para no llegar tarde en insuficiencia cardíaca avanzada: RECUÉRDAME

Mnemonics to avoid being late in advanced heart failure: REMEMBER ME

LUCRECIA MARÍA BURGOS¹, MTSAC, , ROCÍO CONSUELO BARO VILA¹, , MIRTA DIEZ¹, MTSAC, 

Al editor,

Muchos pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) progresan a la fase de IC avanzada. (1) Son aproximadamente entre el 1 % y el 10 % de la población general con IC, y la prevalencia está aumentando debido al creciente número de pacientes con IC y su mejor tratamiento y supervivencia. (2,3) La IC avanzada se caracteriza por un empeoramiento progresivo de los síntomas incapacitantes para la vida diaria, refractarios a todas las terapias, y presenta alta mortalidad, que puede oscilar entre el 25 % y el 75 % anual. (4)

El curso clínico de la IC puede desafiar incluso al médico más experimentado para identificar correctamente el momento óptimo de derivación a un especialista en IC avanzada. Mientras que algunos casos son abruptos, otros están relacionados con enfermedades progresivas que evolucionan sutilmente con el tiempo. La adición de medidas objetivas de rendimiento del ejercicio, calidad de vida, estructura y función cardíaca, biomarcadores, evaluaciones de laboratorio y carga de arritmia son útiles en la evaluación continua de pacientes con IC crónica, y pueden servir como complementos importantes para obviar la sensación de “estabilidad clínica”. (1)

Una cuestión clave a la que se enfrentan los médicos que atienden a pacientes con IC, es qué pacientes deben ser derivados a un especialista en IC avanzada⁵. Hay ciertos indicadores, que en el contexto de terapias médicas y eléctricas óptimas que deberían desencadenar la consideración de derivación para la evaluación de terapias avanzadas. La derivación tardía de estos pacientes puede traer múltiples consecuencias que se asocian a una peor evolución. (1,5,6)

1. Pueden desarrollar daños irreversibles en los órganos blanco, como insuficiencia renal o hepática progresiva.
2. Caquexia cardíaca progresiva y fragilidad.
3. Riesgo de evolucionar a un deterioro fulminante y un shock cardiogénico manifiesto que requiera soporte mecánico temporal (p. ej., oxigenación por

membrana extracorpórea) con su riesgo concomitante.

4. Desarrollo de insuficiencia ventricular derecha progresiva, de modo que un dispositivo de asistencia circulatoria ventricular duradero ya no sea una opción, lo que podría resultar fatal en un paciente no elegible para trasplante.
5. Desarrollo de hipertensión pulmonar severa irreversible, resultando en una contraindicación al trasplante cardíaco.

Por todo ello resulta imperiosa una definición completa de IC avanzada para facilitar la aplicación adecuada del tratamiento, como el trasplante cardíaco o los dispositivos de soporte circulatorio mecánico a largo plazo, o simplemente para identificar aquellos que pueden requerir terapias paliativas. (7) La Sociedad Americana de Insuficiencia Cardíaca, el Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón y la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología proponen diferentes definiciones de IC avanzada. (3,8,9) Las tres tienen como denominador común la presencia de síntomas graves, hospitalizaciones recurrentes, disfunción de órganos extracardíacos, intolerancia a fármacos modificadores de pronóstico, deterioro de la capacidad de ejercicio en test de caminata de 6 minutos y test de ejercicio cardiopulmonar, arritmia ventricular y pérdida de peso involuntaria. La definición europea adicionalmente considera parámetros ecocardiográficos, hemodinámicos y péptidos natriuréticos.

A partir de las definiciones contemporáneas derivamos una mnemotecnia que puede ser particularmente útil para ayudar a identificar rápidamente a los pacientes que necesitan derivación a un especialista en IC avanzada; la misma se llama “RECUÉRDAME”. Integra múltiples parámetros clínicos, hospitalizaciones, uso de inotrópicos, la intolerancia a los medicamentos, además alteración estructural y daño de órgano extracardíaco (Figura 1). Es similar a la mnemotecnia en inglés denominada “I need help”. (10)

Rev Argent Cardiol 2022;90:319-320. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i4.20545>

Dirección para separatas: Lucrecia M. Burgos. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina. Blanco de Encalada 1543. 1428, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: 54 11 47877500 - Fax: 54 11 47877500 - E-mail: lburgos@icba.com.ar

¹ Servicio de insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar y trasplante cardíaco. Instituto cardiovascular de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

R	Recurrentes hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca
E	Edemas y congestión persistente, con diuréticos en dosis elevadas o en combinación
C	Clase funcional III o IV
U	Uso de inotrópicos en el último año
E	Ejercicio limitado por clínica, en TC6M y/o TECP
R	Reducción grave de la función ventricular izquierda (FEVI<30%) o derecha
D	Daño de órgano extracardíacos: caquexia, disfunción hepática o renal, o hipertensión pulmonar tipo 2
A	Arritmias malignas
M	Medicación modificadora de pronóstico suspendida por intolerancia
E	Elevación de péptidos natriuréticos

TC6M: Test de caminata de 6 minutos. TECP: Test de ejercicio cardiopulmonar. FEVI Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Fig. 1. Mnemotecnica para identificar pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada

Este recordatorio a partir de una simple palabra en español que repasa los puntos principales que nos indica que nos encontramos frente a un paciente con IC avanzada. “RECUERDAME” respalda el concepto de derivación temprana para evitar estadios progresivos irreversibles que acompañan a la IC avanzada prolongada y pueden impedir la candidatura para terapias avanzadas, o implementarlas cuando ya son consideradas de alto riesgo y resultan en un aumento de la morbimortalidad.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

Consideraciones éticas

No aplican

BIBLIOGRAFÍA

1. Truby LK, Rogers JG. Advanced heart failure: epidemiology, diagnosis, and therapeutic approaches. *JACC Heart Fail* 2020;8:523–36. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2020.01.014>
2. Bjork JB, Alton KK, Georgiopoulou VV, Butler J, Kalogeropoulos AP. Defining advanced heart failure: a systematic review of criteria used in clinical trials. *J Card Fail* 2016;22:569–77. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.03.003>
3. Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, Milicic D, Costanzo MR, Filippatos G, et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Car-

diology. *Eur J Heart Fail* 2018;20:1505–35. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1236>

4. Xanthakis V, Enserro DM, Larson MG, Wollert KC, Januzzi JL, Levy D, et al. Prevalence, neurohormonal correlates, and prognosis of heart failure stages in the community. *JACC Heart Fail* 2016;4:808–15. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2016.05.001>

5. Morris AA, Khazanie P, Drazner MH, Albert NM, Breathett K, Cooper LB, et al. American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; and Council on Hypertension. Guidance for Timely and Appropriate Referral of Patients With Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144:e238–50. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001016>

6. Fanaroff AC, DeVore AD, Mentz RJ, Daneshmand MA, Patel CB. Patient selection for advanced heart failure therapy referral. *Crit Pathw Cardiol*. 2014;13:1–5. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000004>

7. Crespo-Leiro MG, Barge-Caballero E. Advanced Heart Failure: Definition, Epidemiology, and Clinical Course. *Heart Fail Clin*. 2021;17:533–45. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2021.06.002>

8. Fang JC, Ewald GA, Allen LA, Butler J, Westlake Canary CA, Colvin-Adams M, et al. Advanced (stage D) heart failure: a statement from the Heart Failure Society of America Guidelines Committee. *J Card Fail* 2015;21:519–34. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.04.013>

9. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013;128:1810–52. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8807>

10. Baumwöl J. “I Need Help”-A mnemonic to aid timely referral in advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2017;36:593–94. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2017.02.010>