



EDITORIAL

Insuficiencia cardiaca: ¿importa la especialidad que la trate?

Heart failure: Does it matter which speciality treats it?

Prado Salamanca Bautista^{a,*}, Óscar Aramburu Bodas^a y Francesc Formiga^b

^a UGC Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Interna, IDIBELL, Hospital Universitario Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España



La insuficiencia cardiaca (IC) constituye un importante problema epidemiológico a nivel mundial debido a su gran mortalidad y morbilidad, así como al gran consumo de recursos sanitarios asociado. En nuestro país la IC es la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años, con una estancia media por hospitalización en torno a 9 ± 5 días¹. La historia natural de esta enfermedad hace que las hospitalizaciones repetidas sean muy frecuentes, particularmente en su fase final. Así no extraña que en las 3 últimas décadas en España, paralelamente al envejecimiento de la población, se haya observado un crecimiento constante y progresivo de las tasas de ingresos por IC, que se reparten entre diferentes servicios: urgencias, cardiología, medicina interna y geriatría. La necesidad de gestionar el gasto sanitario ha atraído la atención hacia las especialidades que tratan la enfermedad, planteando interrogantes acerca de si hay diferencias en el manejo clínico y en las tasas de mortalidad y hospitalizaciones de estos pacientes en virtud del especialista que los trate.

Los registros de pacientes en la práctica clínica real desempeñan una función crucial para resolver estas cuestiones, proporcionando información útil, del día a día, acerca de las características de los pacientes y sus necesidades. Así en el estudio prospectivo publicado en esta misma revista, Vicent et al.² analizan los perfiles clínicos, el manejo y el pronóstico de 235 pacientes ingresados por descompensación de IC en diferentes servicios (geriatría, medicina interna y cardiología) de un hospital de tercer nivel, que son seguidos durante los 45 días posteriores al alta. A pesar de algunas limitaciones, como estar realizado en un único centro con un tamaño muestral pequeño y un seguimiento corto, sus hallazgos son probablemente extrapolables a muchos otros hospitales de características similares. En el estudio, la edad y la comorbilidad contribuyeron de manera importante a la selección del servicio de ingreso, siendo los pacientes pluripatológicos los que ingresaban con más frecuencia en geriatría y medicina interna. Otros factores como la causa precipitante de la descompensación, la existencia de deterioro cognitivo, el tipo de disfunción y la necesidad de procedimientos invasivos también resultaban determinantes a la hora

de ingresar a los pacientes a cargo de una especialidad u otra. De este modo, los pacientes descompensados por infecciones o con otras causas potencialmente reversibles, como la anemia grave, ingresaban con más frecuencia en medicina interna o geriatría, así como aquellos con demencias. Por el contrario, los pacientes sin un claro factor desencadenante de la descompensación, con disfunción sistólica y que precisaban un abordaje más intervencionista, eran frecuentemente tratados por cardiólogos.

Estos perfiles claramente dispares entre los pacientes tratados por cardiólogos y otros especialistas no solo son apreciables en el ámbito hospitalario. Otro reciente estudio llevado a cabo en enfermos ambulatorios viene a confirmar estos hallazgos³. En este caso se comparaban las características y la tasa de reingreso y muerte de 2 registros nacionales que incluían a pacientes con IC: REDINSCOR (cardiología) y RICA (medicina interna). Como en la mayoría de los estudios publicados, los pacientes de más edad y enfermedad asociada eran seguidos por otras especialidades distintas a la cardiología, como medicina interna o geriatría.

Por tanto, parece claro que los pacientes que trata cardiología no son los mismos que siguen el resto de los especialistas, y por ello es complicado comparar los pacientes sin incorporar variables de función, cognición, comorbilidad, etc. Es difícil afirmar que el seguimiento por un especialista concreto tiene una implicación pronóstica en estos pacientes con características tan diversas. En el trabajo de Vicent² los pacientes tratados por internistas reingresaban de manera precoz significativamente más que los tratados por cardiología y geriatría (14.5% vs 4.8% y 3.6% respectivamente), sin diferencias en mortalidad intrahospitalaria entre especialidades. En el estudio RICA-REDINSCOR³, al igual que en algunos otros previos^{4,5}, los enfermos con seguimiento por parte de cardiología tenían menor mortalidad. No obstante, no se apreciaron diferencias en las tasas de reingresos. Los autores resaltaban no tanto el hecho de que fallecieran menos los pacientes seguidos por cardiólogos, sino que el pronóstico era sustancialmente mejor en los pacientes seguidos en «unidades de insuficiencia cardiaca». En este mismo trabajo se comentaba un aspecto que nos parece básico, como es el de la necesidad de que los facultativos que tratan pacientes con IC reciban una formación específica, independientemente de la especialidad médica que tengan. Otros estudios

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pradosalamanca@gmail.com (P. Salamanca Bautista).

han demostrado que la experiencia del facultativo que atiende a enfermos con IC tiene un efecto en el pronóstico, obteniendo los mejores resultados en cuanto a supervivencia y rehospitalizaciones los especialistas que atendían a un mayor volumen de pacientes⁶.

Es innegable la gran complejidad de estos enfermos, que tienen multitud de necesidades, más allá de las puramente cardiológicas. Quizá la conclusión a sacar de los datos anteriores sea la necesidad de trabajar de forma conjunta y coordinada en beneficio de los pacientes. Estos enfermos mejoran enormemente con una atención multidisciplinar que dé respuesta a sus problemas psicológicos, cognitivos y sociales, y donde se realice una adecuada valoración geriátrica. Es decir, el seguimiento debe hacerse, siempre que sea posible, en una unidad especializada y por un equipo que integre a profesionales de diferente formación. Recientes iniciativas en este sentido, centradas en el diseño de programas de atención multidisciplinar y transición de cuidados en los pacientes con IC, impulsan la creación de unidades con sistemas de organización compartidos entre especialidades^{7,8}. La figura del geriatra debe ser importante en una unidad de IC multidisciplinar.

Solo así, con una formación específica en esta enfermedad y una atención en la que colaboren diferentes profesionales, seremos capaces de afrontar el reto que supone tratar a nuestros pacientes en el día a día. Pacientes del mundo real que frecuentemente serán mayores, con peculiaridades diferenciales respecto a los pacientes de los ensayos clínicos^{9,10}, y en los que en muchas ocasiones las decisiones a aplicar serán sin el soporte de la información de las guías de práctica clínica¹¹.

Bibliografía

1. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:649-736.
2. Vicent L, Ayesta A, Vidán MT, de Miguel-Yanes JM, García J, Gómez V, et al. Perfil de la insuficiencia cardiaca en función del servicio de ingreso. Implicaciones para el manejo multidisciplinar. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017. En prensa.
3. Álvarez-García J, Salamanca-Bautista P, Ferrero-Gregori A, Montero-Pérez-Barquero M, Puig T, Aramburu-Bodas O, et al. Prognostic impact of physician specialty on the prognosis of out patients with heart failure: propensity matched analysis of the REDINSCOR and RICA registries. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017. (Epub ahead of print).
4. Uthamalingam S, Kandala J, Selveraj V, Martin W, Daley M, Patvardhan E, et al. Outcomes of patients with acute decompensated heart failure managed by cardiologists versus noncardiologists. *Am J Cardiol*. 2015;115:466-71.
5. Ansari M, Alexander M, Tutar A, Bello D, Massie BM. Cardiology participation improves outcomes in patients with new-onset heart failure in the outpatient setting. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:62-8.
6. Joynt KE, Orav EJ, Jha AK. Physician volume, specialty and outcomes of care for patients with heart failure. *Circ Heart Fail*. 2013;6:890-7.
7. Documento de consenso SEC-SEMI. Propuesta conjunta SEC-SEMI para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardiaca en base a programas y unidades de insuficiencia cardiaca. [consultado 22 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/consenso-sec-semi.pdf>
8. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:951-61.
9. Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Llorens P, Formiga F. Mensajes clave para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:185-94.
10. Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:237-46.
11. Formiga F, Martínez-Velilla N, Baztán JJ. La guías de práctica clínica en geriatría: ¿son realmente útiles? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:252-3.