Necesidad del manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva por el internista y ventajas de la investigación clínica

De Berrazueta JR. Necesidad del manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva por el internista y ventajas de la investigación clínica. An Med Interna (Madrid) 2006; 23: 457-458.

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las patologías más prevalentes y con una mortalidad más elevada en nuestro medio. Su incidencia aumenta con la edad, lo que hace que en una alta proporción la padezcan fundamentalmente personas de edad avanzada, pero la tendencia actual es que se va reduciendo paulatinamente la incidencia de la enfermedad y el mejor conocimiento de su fisiopatología y tratamiento, está mejorando la supervivencia de estos pacientes.

El diagnóstico de la IC sintomática sigue siendo clínico, basado en los clásicos criterios de Framingham, pero a ellos se han sumado los criterios ecocardiográficos, que permiten clasificarla en IC con disfunción sistólica, e IC con disfunción diastólica o función sistólica preservada. Ambas situaciones pueden diagnosticarse en fase preclínica, asintomática.

Los avances en el tratamiento han venido de la mano del bloqueo de las hormonas del eje renina angiotensina aldosterona, y de la actividad simpática, pero siguen siendo básicos otros fármacos. Los diuréticos se emplean cuando la disfunción ventricular produce síntomas congestivos. Entre los fármacos inotrópicos sólo la Digoxina y no en todos los casos, tiene indicación en la IC crónica. Los inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) mejoran el pronóstico y los síntomas en pacientes con disfunción sistólica sintomática o asintomática. Los bloqueantes de receptores AT1 de la Angiotensina II (ARA II), no son inferiores a los IECA, y son eficaces como fármacos alternativos o añadidos a los IECA. Los bloqueantes de la Aldosterona reducen la mortalidad añadidos al resto de tratamientos. Los betabloqueantes son imprescindibles en todas las fases de la enfermedad al reducir la morbilidad. La combinación hidralazina y dinitrato de isosorbide es eficaz en pacientes de raza negra, y en algunos casos podría ser una alternativa en otros pacientes. Todos estos tratamientos, salvo contraindicaciones, los empleamos hoy en beneficio clínico y pronóstico de estos pacientes (1). Los nuevos tratamientos reducen la mortalidad y la hospitalización y con ello también los altos costes que derivan de los ingresos hospitalarios.

En este número de *Anales Medicina Interna* dos grupos de internistas (2,3) comunican su experiencia en el manejo de la IC. El trabajo de Fernández Galante (2) analiza de forma

retrospectiva el perfil de 104 pacientes con IC que ingresan en un Servicio de Medicina Interna en un hospital universitario. Nos fijaremos entre otros aspectos interesantes en tres hechos: Al 56% de los pacientes se les realizó un ecocardiograma para definir el tipo de disfunción ventricular izquierda. En cuanto al tratamiento el 90% de los pacientes recibieron diuréticos, el 41% digital, el 36% IECAS, el 16% ARAII, el 20% antialdosterónicos, el 19% betabloqueantes y 15% nitritos. La estancia media fue de 15 días.

El segundo estudio (3) analiza también el manejo de la IC en uno de los 27 Servicios de Medicina Interna de hospitales de toda España que forman el grupo ATICA. Este estudio tiene un diseño prospectivo, con un período de inclusión de 3 meses al inicio de 2005, y un seguimiento hasta 12 meses de 586 pacientes. EL ecocardiograma lo realizaron al 71% de los pacientes. Los fármacos empleados incluían IECAS en cerca del 55% de los pacientes, betabloqueantes en al menos del 30%, antialdosterónicos en cerca del 22% y ARA II en el 20%. La estancia media fue de 11 días.

Varios son los aspectos que se pueden analizar a la vista de estos dos trabajos. El primero es que por más que unos u otros nos empeñemos en discutir a quien "pertenece" una determinada patología como la IC, esta es manejada tanto por cardiólogos como por internistas y geriatras. Aunque existen datos de que los pacientes que son tratados en el hospital por cardiólogos, tienen un menor riesgo de fallecer o de readmisiones (4) otros estudios no encuentran diferencias en la supervivencia, y sí un mayor costo en el diagnóstico de los pacientes tratados por cardiólogos (5). Mientras que los mejores resultados se obtienen en pacientes atendidos por generalistas en los que los cardiólogos intervienen como consultores (6).

En un problema de la magnitud asistencial de la IC lo importante no es qué titulación tiene quien maneja al paciente, sino que el resultado del tratamiento beneficie claramente al paciente en su pronóstico y calidad de vida y sin sobrecoste para el sistema. Para conseguir esto último se emplean ya estrategias que reducen los ingresos y las estancias hospitalarias: como unidades de observación y corta estancia de IC vinculadas a los servicios de Urgencia (7), nuevos modelos de cui-

dados en clínicas de IC, control domiciliario, programas telefónicos, ampliando el papel de la enfermera (8) e integrando grupos multidisciplinarios (9).

Algunos datos comparables de ambos estudios son interesantes de analizar. La estancia media es de 15 días en el estudio retrospectivo (2) y de 11 días en el estudio prospectivo (3). Esta última es similar a la que se alcanza tanto en Servicios de Cardiología como de Medicina Interna (10). Los médicos que participan en el estudio prospectivo y multicéntrico, conocen que su práctica clínica será evaluada en el conjunto de un grupo interhospitalario. La comparación de ambos estudios viene a confirmar la idea de que los grupos que participan en estudios clínicos, reducen los costes del tratamiento.

También a los pacientes incluidos en el estudio multicéntrico se les realizan más estudios ecocardiográficos diagnósticos (71% frente a 56%). Este es un parámetro de calidad en el manejo de estos pacientes. Los resultados en ambos son superiores a los de otros estudios. De nuevo el comportamiento de los médicos que forman parte del grupo multicéntrico es más

agresivo y alcanzan porcentajes de confirmación de la fracción de eyección tan altos como los mayores en estudios similares (6).

El estudio de Casado (3) no es tan minucioso al describir los fármacos administrados, pero de nuevo se aprecia en sus gráficos que también estos pacientes se benefician en mayor medida de recibir más IECAS/ARA II y betabloqueantes, pero en ambos estudios en menor porcentaje que lo alcanzado ya en otros grupos (11).

Por tanto, ambos estudios nos muestran la realidad del eficaz manejo de la IC por médicos internistas, y las ventajas para los pacientes y para el ahorro del sistema sanitario de la investigación clínica.

J. R. DE BERRAZUETA

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

Bibliografía

1. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). American College of Cardiology Web site.: http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/pdfs/hf_fulltext.pdf).
2. Fernández Galante I, González Sarmiento E. Características clínicas y terapéuticas de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna por insuficiencia cardiaca. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 459-464.
3. Casado JM, Visus E, Recio JP, Sánchez-Ledesma M, Chimeno M, Roca B et al y el Grupo Atica. Bloqueo neurohormonal al alta en pacientes con insuficiencia cardiaca. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 478-482.
4. Jong P, Gong Y, Liu PP, Austin PC, Lee DS, Tu JV. Care and Outcomes of Patients Newly Hospitalized for Heart Failure in the Community Treated by Cardiologists Compared With Other Specialists. *Circulation* 2003; 108: 184-191.
5. Auerbach AD, Hamel MB, Davis RB, Connors AF Jr, Regueiro C, Desbiens N, et al. Resource use and survival of patients hospitalized with congestive heart failure: differences in care by specialty of the attending physician. *Ann Intern Med* 2000; 132: 191-200.
6. Ahmed A, Allman RM, Kiefe CI, Person SD, Shaneyfelt TM, Sims RV, et al. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. *Am Heart J* 2003; 145: 1086-1092.
7. Peacock WF, Young J, Collins S, Diercks D, Emerman C. Heart Failure Observation Units: Optimizing Care. *An Emerg Medicine* 2006; 47:22-33.
8. Albert NM. Evidence-based nursing care for patients with heart failure. *AACN Adv Crit Care* 2006; 17: 170-83.
9. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 374-80.
10. García Castelo A, Muñiz García J, Sesma Sánchez P, Castro Beiras A. (en representación del grupo de estudio INCARGAL). Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL). *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 49-56.
11. Anguita Sánchez M (y los investigadores del Registro BADAPIC). Características clínicas, tratamiento y morbilidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardiaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardiaca. Resultados del Registro BADAPIC. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 1159-1169.