

Insuficiencia cardíaca: viejas cuestiones, soluciones incompletas

Gaietà Permanyer Miralda

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Proliferan los trabajos que analizan el cumplimiento de guías de práctica clínica en múltiples síndromes y enfermedades, en un loable intento de calibrar la distancia que separa las recomendaciones teóricas de la realidad asistencial. La insuficiencia cardíaca no es una excepción. En el presente número de la Revista, García Castelo et al¹ exponen los resultados del estudio INCARGAL, en el que se evalúan las diferencias en el tratamiento del síndrome según el tipo de servicio de ingreso (cardiología o medicina interna y geriatría) en 14 hospitales de la comunidad gallega¹. El interés del estudio radica no sólo en su aportación al conocimiento crítico de la realidad asistencial en España, todavía insatisfactoria, sino también en su contribución a la polémica suscitada en las páginas de esta misma Revista²⁻⁵ sobre qué especialidad o tipo de servicio son los más idóneos para el tratamiento adecuado de la insuficiencia cardíaca.

Los hallazgos del estudio van en la misma dirección que los de otros trabajos⁶⁻⁸, respecto tanto a las tendencias en el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos en general como a las diferencias observadas en el perfil de los pacientes y patrones de tratamiento en los servicios de cardiología y medicina interna. Un primer comentario, algo marginal, hace referencia a la relativa similitud entre los hallazgos de distintos trabajos (en cuanto a sus variables más relevantes), a pesar de la seria limitación que representa la ausencia de criterios diagnósticos del síndrome satisfactorios y consensuados. Esa ausencia sigue siendo un importante problema para la investigación y la práctica clínica, a pesar del empeño de las sociedades científicas para forzar la introducción de criterios de este tipo. Si se alcanza en el futuro un consenso sobre criterios diagnósticos sensibles, específicos y realmente aplicables para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, sin duda nuestros conocimientos sobre las características del síndrome

ganarán en precisión; no parece probable, en cambio, que se modifiquen sustancialmente nuestras ideas fundamentales sobre formas de presentación, evolución, pronóstico y patrones actuales de tratamiento en la vida real.

Una vez más, en el estudio de García Castelo et al se comprueba que, en el marco de unos resultados en su conjunto mejorables, los pacientes atendidos en servicios de medicina interna suelen ser mayoritariamente de edad avanzada y con mayor tasa de ciertas enfermedades asociadas (bronconeumopatías crónicas, demencia) que en los servicios de cardiología. Así mismo, las tasas de uso de exploraciones complementarias, como ecocardiograma o cateterismo cardíaco, o de tratamientos, como los bloqueadores beta, eran también significativamente más frecuentes en los servicios de cardiología, aunque los autores no mencionan las tasas crudas de uso. Este tipo de datos se ha utilizado para argumentar la conveniencia de que sean los cardiólogos los responsables fundamentales del tratamiento de los enfermos. ¿Sería lógicamente correcta esta deducción? No parece un razonamiento del todo convincente. La cuestión de quién debe tratar la insuficiencia cardíaca es compleja, y la mayoría de los argumentos relevantes se ha expuesto claramente²⁻⁵, pero no parecen inoportunas unas consideraciones sintéticas a la luz del estudio de García Castelo et al. Lo que éstos sugieren realmente, al igual que otros trabajos semejantes, es que el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca es defectuoso en muchos ámbitos, aunque menos entre cardiólogos y en el tipo de pacientes concretos que les corresponde tratar. No se deduce de estos datos que la solución del problema tenga forzosamente que ser generalizar la atención cardiológica en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Esos estudios indican que es probablemente en el ámbito cardiológico donde, en conjunto, se ha alcanzado una mayor sensibilización sobre el tratamiento óptimo de la insuficiencia cardíaca y una mayor facilidad para su puesta en práctica; esto no quiere decir que los conocimientos necesarios para su tratamiento sean todos de índole especializada. La información relativa a los avances farmacológicos se ha dado a conocer tanto en medios de comunicación y formación cardiológicos como generales, y su aplicación se en-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 49-56

Correspondencia: Dr. G. Permanyer Miralda.
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitari Vall d'Hebron.
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.

Full English text available at: www.revespcardiol.org

cuentra al alcance de médicos bien preparados, independientemente de su tipo de especialización. Ciertamente, el cardiólogo debe ejercer un papel relevante en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, aunque muy variable en necesidad según los pacientes. A menudo su opinión podrá ser importante, incluso imprescindible según los casos, en momentos concretos en el curso de la enfermedad. Estos momentos fundamentales son, a mi entender: primero, y muy especialmente, el momento del diagnóstico inicial, cuando hay que juzgar, a partir de datos de exploraciones, sobre la cardiopatía causal y la posibilidad de su tratamiento específico (recambio valvular, *bypass* coronario, etc.), así como sobre las características de la función ventricular; en segundo lugar, cuando se plantea la necesidad de opciones no farmacológicas de tratamiento (trasplante, estimulación eléctrica, etc.); y ocasionalmente, situaciones en las que la interpretación del ritmo cardíaco y su tratamiento puedan ser complejos (p. ej., ritmos lentos a consecuencia del uso de bloqueadores beta). Por otra parte, los problemas generales del paciente, cada vez más a menudo anciano y con graves enfermedades asociadas, requieren una atención que no es nada seguro que el cardiólogo pueda ofrecer mejor que otros profesionales. Por ejemplo, en un reciente estudio sobre pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca⁶, comprobamos que casi el 25% de la mortalidad a los 18 meses era atribuible a enfermedades no cardíacas, hecho que pone de manifiesto la complejidad, más allá del ámbito cardiológico estricto, de la población global afectada de insuficiencia cardíaca. En realidad, es frecuente que en la práctica clínica el cardiólogo que tiene a su cargo pacientes con insuficiencia cardíaca deba frecuentemente consultar a otros especialistas o remitirles el paciente para su adecuada valoración y tratamiento. Y, muy fundamentalmente, fuera del momento de decisiones como los mencionados en los que la función del cardiólogo me parece básica, el elemento esencial del tratamiento de la insuficiencia cardíaca son el tesón, la voluntad terapéutica, la compasión, la paciencia y el uso imaginativo de los recursos a mano para tratar a un enfermo crónicamente doliente, con escasa respuesta al tratamiento y a menudo desesperanzado. Las cualidades (o incluso la cualificación profesional) que se requieren para ello están fuera del ámbito de la especialización médica clásica.

A pesar de que los ensayos clínicos sobre insuficiencia cardíaca son todavía muy insuficientes en lo que se refiere a recomendaciones aplicables a ancianos o a pacientes con comorbilidad grave, en principio se presume (a efectos de auditorías o análisis de la actividad clínica) que estos pacientes son candidatos a las mismas medidas que la población de los ensayos clínicos. Sin embargo, quizá la abstención de ciertas exploraciones y tratamientos en algunos de los pacientes de avanzada edad y con particular mal pronóstico, tratados por internistas y ge-

riatras, pueda ocasionalmente reflejar la existencia de un mayor grado de individualización o sabiduría clínica que de información insuficiente o insuficientemente aplicada. Esta consideración no niega, ni mucho menos, la posibilidad de que, a todos los niveles, exista todavía un grado de información, concienciación o voluntad insuficiente para la aplicación de ciertas exploraciones o tratamientos, o escasas facilidades estructurales y organizativas para llevarlas a cabo.

¿Dónde está la solución al problema? No creo que radique en la reclamación exclusiva de la insuficiencia cardíaca como campo propio de ninguna de las especialidades médicas existentes hoy día. A mi juicio, lo que los datos actualmente conocidos sugieren es que el tratamiento de la insuficiencia cardíaca ofrece limitaciones importantes en todos los ámbitos convencionales de atención sanitaria tal como están estructurados en las sociedades desarrolladas. A la percepción de este problema obedecen la concepción y el desarrollo de nuevas modalidades o alternativas asistenciales en los últimos años, ya sea la creación de unidades hospitalarias específicas de insuficiencia cardíaca, el enfoque pluridisciplinario de su tratamiento (con la participación creciente, incluso protagonismo, de enfermeras especializadas), o los programas educativos específicos^{9,10}. Sin ánimo de tomar partido abierto por ninguna de estas opciones, cuya aplicación debe adaptarse cuidadosamente a cada entorno y no ser objeto de improvisación, lo que en mi opinión está claro, a la luz de la experiencia y de la bibliografía reciente, es que el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca requiere fundamentalmente una dedicación sostenida, un esfuerzo importante y una atención multidisciplinaria. Tanto el cardiólogo como el internista, geriatra, médico de familia, enfermera y otros profesionales de la salud tienen un papel a desempeñar si se pretende mejorar no sólo la supervivencia (lo cual es en no pocas ocasiones problemático), sino también el maltrecho bienestar de los pacientes con insuficiencia cardíaca. El problema, más que las disputas sobre la pertenencia territorial de la insuficiencia cardíaca a uno u otro campo, es aplicar realmente ese conjunto de profesionales y actividades a la atención sanitaria. Hago referencia no tan sólo a la atención en la sanidad pública, sino también en la sanidad privada. Interpreto el trabajo de García Castelo et al como otro conjunto de hallazgos que sugiere la conveniencia de una remodelación de los patrones convencionales de asistencia médica, e incluso de sus estructuras de trabajo, para el tratamiento adecuado de un síndrome de creciente impacto en la salud pública. Independientemente de los necesarios cambios estructurales, el deseo de colaboración entre los diversos tipos de profesionales, su voluntad terapéutica y la adaptación juiciosa a las características de cada medio asistencial favorecerán, sin duda, la buena atención de los pacientes.

Otro aspecto digno de mención del estudio de García Castelo et al es que, al igual que otros trabajos de dise-

ño similar, es de base hospitalaria. Aunque ciertamente no faltan trabajos de base comunitaria¹¹⁻¹³, muchos de nuestros conocimientos sobre el distinto tratamiento de la insuficiencia cardíaca por diferentes especialistas están basados en poblaciones hospitalarias. Aunque este tipo de estudios es importante, tendría un especial interés un mayor conocimiento de cómo se trata la insuficiencia cardíaca antes de entrar en contacto con el hospital. Ciertamente, dado el curso habitualmente implacable de la insuficiencia cardíaca, son pocos los pacientes que en un momento u otro de su evolución no requieren atención hospitalaria, pero es un hecho que, si realmente los tratamientos a nuestra disposición actúan retrasando la evolución clínica más que resolviendo la enfermedad, sería interesante conocer cuáles son los patrones de su administración (así como de estudio de los pacientes) antes de alcanzarse la fase, por lo común avanzada, en que el paciente requiere ingreso hospitalario. A pesar de que algunos de base poblacional muestran un pronóstico prácticamente tan malo como los de pacientes hospitalarios¹¹, no siempre sucede así^{12,13}, y hay razones para suponer que el conocimiento de los patrones de asistencia en fases precoces nos podría dar una idea más precisa del beneficio que una actuación insuficiente deja de obtener.

Trabajos como el de García Castelo et al son los que han contribuido a la observación, ampliamente constatada, de que la población más importante de pacientes con insuficiencia cardíaca es distinta (de mayor edad, mayor comorbilidad y peor pronóstico general) que los pacientes incluidos en ensayos clínicos. Sobre este aspecto todo el mundo está de acuerdo. Lo difícil es dilucidar qué representa esta diferencia en la práctica. Podríamos preguntarnos si en un paciente anciano y con comorbilidad importante (p. ej., enfermedad pulmonar crónica, déficit neurológico o insuficiencia renal), y especialmente sin disfunción sistólica importante, que ciertamente no hubiera sido incluido en ensayos clínicos, se alcanza también el efecto de prolongación de supervivencia demostrada en ensayos clínicos con complejas asociaciones de fármacos que requieren una supervisión paciente, minuciosa y frecuente, y una atención especial a efectos indeseables. Podríamos, más aún, preguntarnos si esta prolongación de la supervivencia es previsiblemente sustancial y valiosa en esos casos. Podríamos también, y ahí sí que la respuesta tendrá carácter especulativo en lo general y empírico en lo particular, preguntarnos cuál será el beneficio real en términos de ganancia en calidad de vida de cada una de las medidas terapéuticas mencionadas. Ciertamente, la respuesta a todas estas preguntas, más allá de la experiencia y dotes de observación individuales, exigiría nuevos tipos de ensayo clínico y amplios estudios de efectividad que el curso un tanto aberrante de la investigación terapéutica actual en insuficiencia cardíaca hace cada vez más necesarios. Estos trabajos podrían salvar la disyuntiva,

plantada a menudo en enfermos distintos de los incluidos en los ensayos clínicos clásicos, entre el cumplimiento ciego, laborioso y poco convencido de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, por un lado, y las improvisaciones individuales más o menos arriesgadas y discutibles, por otro.

El trabajo de García Castelo et al tiene el mérito de plantear una vez más viejas cuestiones y demostrar que siguen vigentes en nuestro ámbito. Las respuestas definitivas a esas viejas cuestiones siguen estando, en buena parte, en el terreno de los buenos deseos. Parece, en espera de soluciones mejores, que no debemos desaprovechar el ejemplo sentado por las iniciativas de organización terapéutica alternativa en la insuficiencia cardíaca e interpretar creativamente sus resultados para una mejor efectividad de su tratamiento y un mayor alivio de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- García Castelo A, Muñiz García J, Sesma Sánchez P, Castro Beiras A, en nombre del grupo de estudio INCARGAL. Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca: influencia del servicio de ingreso. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:49-56.
- Anguita Sánchez M, Vallés Belsué F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca? *Rev Esp Cardiol* 2001;54:815-8.
- Betancor León P. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca: ¿médicos de familia, internistas o cardiólogos? [carta]. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:1466-7.
- Ribera Casado JM. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca: ¿médicos de familia, internistas o cardiólogos? [carta]. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:1467.
- Sánchez Tejero E, Aragonés Jiménez A, Sánchez García E. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca: ¿médicos de familia, internistas o cardiólogos? [carta]. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1467-8.
- Permanyer Miralda G, Soriano N, Brotons C, Moral I, Pinar J, Cascant P, et al. Características basales y determinantes de la evolución en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en un hospital general. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:571-8.
- Weil E, Tu JV. Quality of congestive heart failure treatment at a Canadian teaching hospital. *CMAJ* 2001;165:284-7.
- Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, Griffo R, LoPinto G, Maggioni AP, et al. Speciality-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure. The OSCUR study. *Eur Heart J* 2001; 22:596-604.
- Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999;354:1077-83.
- Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:83-9.
- Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Grossman W, Levy D. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation* 1993;88:107-15.
- Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, et al. Congestive heart failure in the community. Trends in incidence and survival in a 10-year period. *Arch Intern Med* 1999;159:29-34.
- Mosterd A, Cost B, Hoes AW, De Bruijne MC, Deckers JW, Hofman A, et al. The prognosis of heart failure in the general population. The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2001;22:1318-27.