

¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca?

Manuel Anguita Sánchez y Federico Vallés Belsué^a

Presidente del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología.

^aPresidente de la Sociedad Española de Cardiología.

La insuficiencia cardíaca es el «cáncer de la cardiología». Es la única enfermedad cardiovascular cuya incidencia y prevalencia siguen aumentando en la actualidad¹, afectando al 2-3% de la población adulta en los países occidentales y al 8-10% de la población de más de 65-70 años de edad^{1,2}. Su mortalidad es similar a la de los tipos más habituales de cáncer. Así, en la población general de pacientes con insuficiencia cardíaca, la mortalidad a los 3-5 años es superior al 50% para los casos de insuficiencia cardíaca moderada o severa³, tasas similares a las del cáncer colorrectal. Además, la insuficiencia cardíaca tiene una morbilidad elevada, con tasas de reingresos hospitalarios superiores al 50% a los 2 años⁴. El coste económico de la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca es también muy elevado y se estima en casi el 2% de la totalidad del gasto sanitario. Casi el 80% de este gasto se genera durante los ingresos hospitalarios, que están aumentando en los últimos años debido a la disminución de la mortalidad y al envejecimiento de la población^{5,6}.

Así pues, el tratamiento de la insuficiencia cardíaca es un reto para todos los sectores implicados. En las últimas 2 décadas se han producido notables avances en el conocimiento de la fisiopatología y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Fármacos como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los bloqueadores beta han permitido mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular asintomática⁷⁻¹⁰. Así mismo, la demostración del efecto perjudicial de otros fármacos, como la mayoría de los antiarrítmicos, inotrópicos y algunos vasodilatadores, ha permitido también mejorar el tratamiento farmacológico de estos enfermos. Sin embargo, esta mejoría pronóstica sugerida por los resultados de los ensayos clínicos no parece haberse se-

guido, por lo menos hasta el momento, de una mejoría de grado similar en la población general¹¹. Para esta discordancia entre los resultados ofrecidos por los ensayos clínicos y los estudios epidemiológicos en la población general pueden existir diversas explicaciones, que se resumen en dos: *a*) las características de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos son distintas de las de la población general (mayor edad y comorbilidad)¹¹⁻¹³, y *b*) existe una infratilización de los medios de diagnóstico y tratamiento que han demostrado tener un efecto favorable en la insuficiencia cardíaca¹²⁻¹⁴. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca que reciben los fármacos recomendados por los resultados de los ensayos clínicos es bajo y que, además, las dosis utilizadas tampoco son las adecuadas¹¹⁻¹³.

Es en este contexto de las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca y de la eficacia terapéutica donde se plantea la cuestión que da título a este Editorial: ¿Quién debe tratar a los pacientes con insuficiencia cardíaca? Para nosotros, la respuesta es obvia: la insuficiencia cardíaca es una enfermedad cardiológica y, por tanto, debe ser tratada por los especialistas con mayores conocimientos y formación en este campo, es decir por los cardiólogos. Sin poner en duda los conocimientos de otros especialistas, el cardiólogo está mejor preparado y formado para el manejo y el tratamiento de cualquier enfermedad cardíaca, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, incluyendo por supuesto la insuficiencia cardíaca. El diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca no son una actividad puramente rutinaria que consiste en la mera aplicación de los resultados de los ensayos clínicos a la práctica diaria, sino que exige un conocimiento amplio, no sólo de la farmacología, sino también de la fisiopatología y la hemodinámica cardíacas, aspectos ampliamente tratados en los programas de formación de nuestra especialidad. Por el contrario, la formación cardiológica que adquieren los MIR de otras especialidades, facilitada por médicos no cardiólogos, es generalmente escasa. A pesar de que las enfermedades cardíacas son muy frecuentes, basta comprobar en

Correspondencia: Dr. M. Anguita.
Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004. Córdoba.

nuestros hospitales que el tiempo que emplean otros médicos en rotar por el servicio de cardiología es de 1-4 meses y, en general, lo hacen en el primer año de su residencia, cuando no han contrastado sus conocimientos médicos generales con la práctica médica.

La relación entre formación y función a realizar choca a veces con la situación real en nuestro país. La elevada prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca ha hecho que el número de pacientes afectados por este problema y los ingresos hospitalarios por dicho motivo sobrepasen en muchos centros las posibilidades asistenciales de los servicios de Cardiología, por lo que los pacientes con insuficiencia cardíaca son atendidos con frecuencia por otros especialistas (internistas, geriatras). Este problema se acentúa aún más en los hospitales comarcales, donde no existe servicio de Cardiología y donde los cardiólogos, lamentablemente, no son responsables en muchos casos de la asistencia directa de los pacientes, sino meros «realizadores» de técnicas (ecocardiograma, ergometrías, etc.). En una reciente encuesta llevada a cabo por la Sociedad Valenciana de Cardiología, no publicada, se constata que sólo en la mitad de los 14 hospitales comarcales, que atienden a 2.131.000 habitantes, los cardiólogos tienen asignados de manera oficial los enfermos ingresados. Por otra parte, en el seguimiento extrahospitalario de los pacientes con insuficiencia cardíaca participan de forma muy activa los médicos de atención primaria.

Desde la creación del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología siempre hemos intentado colaborar con las otras especialidades en nuestras reuniones y congresos, colaboración que creemos ha sido fructífera para todos. Sin embargo, recientemente se han expuesto opiniones que menoscaban el papel del cardiólogo en el tratamiento del paciente con insuficiencia cardíaca, opiniones no basadas en evidencia científica¹⁵. Según los autores de este artículo, el papel del cardiólogo se reduce a «colaborar» en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (realización de ecocardiogramas) y en el tratamiento de casos seleccionados, mientras que el tratamiento en general de los pacientes hospitalizados se reserva para los internistas¹⁵.

Creemos que el papel del cardiólogo en el manejo de la insuficiencia cardíaca no puede limitarse a estas actividades; el cardiólogo no sólo debe colaborar en el diagnóstico inicial, sino que es el protagonista del manejo inicial del paciente con insuficiencia cardíaca, por muy diversos motivos. En efecto, el ecocardiograma es fundamental para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, que ya no puede basarse sólo en criterios clínicos, como bien establecen las Sociedades Europea y Española de Cardiología en sus Guías de Actuación¹⁶⁻¹⁸. Pero la valoración del ecocardiograma-Doppler y, sobre todo, la valoración de la relación entre sus resultados y el posible diagnóstico de insuficiencia cardíaca debe ser llevada a cabo por un cardiólogo ya

que, en muchos casos, las alteraciones de la función ventricular, sobre todo cuando sólo existe alteración diastólica y la contractilidad es normal, pueden no estar relacionadas con la clínica del enfermo, con el consiguiente falso diagnóstico de casos con insuficiencia cardíaca.

En el manejo inicial del paciente se deben identificar las posibles etiologías específicas, que pueden ser corregibles, como la estenosis aórtica y, en especial, la enfermedad coronaria, la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca en nuestro medio. La valoración de las indicaciones de las pruebas diagnósticas pertinentes debe ser realizada por el cardiólogo. Diversos estudios han puesto de manifiesto el bajo índice de realización de pruebas fundamentales para la evaluación del paciente con sospecha de insuficiencia cardíaca en poblaciones no atendidas por cardiólogos (sobre todo, ecocardiograma-Doppler, pero también de Holter, ergometría y coronariografía). Por citar un ejemplo reciente, en un estudio italiano en el que se compararon las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca tratados por internistas o cardiólogos en los mismos hospitales, la tasa de realización de ecocardiogramas, Holter, ergometrías y coronariografías fue del 92, 25, 20 y 12%, respectivamente, para los pacientes tratados por cardiólogos, y del 37, 3, 0,5 y 0,3%, respectivamente, de los tratados por internistas¹³. Por otra parte, el tratamiento farmacológico del paciente con insuficiencia cardíaca es complejo, precisa la asociación de varios fármacos y unas pautas de incrementos de dosis y controles clínicos muy estrechos en el período inmediatamente posterior al ingreso o al diagnóstico, hasta conseguir el tratamiento adecuado. El seguimiento posterior, una vez ajustado el tratamiento farmacológico y con el paciente estabilizado, puede ser realizado por el médico de atención primaria, pero siempre mediante protocolos coordinados con el servicio de Cardiología.

El punto más importante no debe ser quién trata al paciente con insuficiencia cardíaca, sino quién le trata mejor, y hay abundante evidencia de que los recursos diagnósticos y terapéuticos se emplean mejor en el ámbito de la cardiología. Ya hemos comentado los resultados del estudio italiano en relación con el bajo índice de realización de pruebas básicas para el paciente con insuficiencia cardíaca en poblaciones no atendidas por cardiólogos¹³, y esto probablemente es extrapolable a España. En cuanto al tratamiento farmacológico, la evidencia es similar. Aunque existe en todos los ámbitos, incluyendo el cardiológico, una menor tasa de utilización de los fármacos recomendados por los resultados de los ensayos clínicos y por las Guías de Actuación en insuficiencia cardíaca^{16,17}, esta infrautilización es mayor en pacientes no tratados por cardiólogos. En el estudio italiano antes citado¹³, los pacientes tratados por cardiólogos recibieron inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina en el 100% de

los casos sin contraindicaciones para éstos (frente al 74% en los tratados por internistas), bloqueadores beta en el 32% (frente a sólo el 3% de los tratados por internistas) y espironolactona en el 35% (frente al 6% de los tratados por internistas)¹³. No hubo diferencias en el resto de los fármacos (digoxina, diuréticos, etc.). Las dosis utilizadas fueron mucho más elevadas en los pacientes tratados por cardiólogos; por ejemplo, para enalapril se prescribieron 21 mg en los pacientes tratados por cardiólogos y 13 mg en el grupo tratado por internistas; para carvedilol, las dosis fueron de 29 frente a 19 mg, etc. Es decir, los pacientes tratados por cardiólogos estaban recibiendo los fármacos y las dosis que han demostrado un efecto pronóstico favorable en una proporción mucho más elevada que los enfermos tratados por no cardiólogos.

Puede argüirse que la mortalidad hospitalaria no es distinta en los pacientes tratados por cardiólogos y por no cardiólogos, como de hecho ocurrió en ese estudio¹³ y en la mayoría de los que han estudiado este dato. Sin embargo, la heterogeneidad de las poblaciones hace imposible comparar de forma válida estos resultados, ya que los pacientes ingresados en servicios de Cardiología suelen tener una insuficiencia cardíaca más grave, aunque la edad y comorbilidad de los enfermos atendidos por no cardiólogos suele ser mayor. Aunque no existen datos de estudios comparativos a largo plazo, la supervivencia y la tasa de reingresos a largo plazo deben ser mejores cuanto más se adecue el tratamiento farmacológico, y esto con independencia de la edad u otras condiciones asociadas. Debemos tender a aplicar más correctamente las recomendaciones derivadas de los ensayos clínicos incluso a esta población de mayor edad y con mayor comorbilidad, que es la que va a seguir aumentando en el futuro, y éste es nuestro reto.

En un reciente editorial publicado en el *European Heart Journal*, a la pregunta sobre si los internistas tratan igual de bien la insuficiencia cardíaca que los cardiólogos los autores responden que probablemente no¹⁹, a la vista de los resultados de los estudios antes comentados. Nosotros creemos que todas las enfermedades cardiológicas, incluyendo la insuficiencia cardíaca, deben ser tratadas básicamente por cardiólogos, con la colaboración de otros especialistas (como los médicos de atención primaria, para el seguimiento y control de los enfermos una vez hayan sido estudiados, correctamente tratados y estabilizados). Si las circunstancias, en forma de la elevada prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca y de la falta de cardiólogos, hacen difícil esta práctica, nuestra obligación primera es solicitar un aumento del número de cardiólogos en nuestro país, cardiólogos clínicos con responsabilidad directa en el tratamiento y control de los pacientes cardiopatas. Esta necesidad de mayor número de cardiólogos es evidente en todos los niveles asistenciales, pero es todavía más imperiosa en los

hospitales de primer y segundo nivel, donde hay que conseguir que los cardiólogos lleven y traten directamente a los pacientes y no sigan siendo meros realizadores de ecocardiogramas. Hasta que se consigan alcanzar estas metas, es evidente que los pacientes con insuficiencia cardíaca van a ser tratados también por otros especialistas no cardiólogos, como los internistas o geriatras. Nuestra obligación es conseguir que, con independencia de quién trate a los pacientes, las medidas diagnósticas y terapéuticas utilizadas sean las correctas. La gran mejoría conseguida en los últimos años en el pronóstico de la insuficiencia cardíaca con los nuevos fármacos puede quedar anulada o reducida por la infratilización de dichos recursos. Por ello, es muy importante la formación continuada y la coordinación de los cardiólogos con el resto de los médicos que traten a estos enfermos con un conocimiento cada vez más profundo del tema, desde el punto de vista fisiopatológico y terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cleland JGF, Khand A, Clark A. The heart failure epidemic: exactly how big is it? *Eur Heart J* 2001; 2: 623-626.
2. Hedberg P, Lonnberg I, Jonason T, Nilsson G, Pehrsson K, Ringqist I. Left ventricular systolic dysfunction in 75-year-old men and women: a population-based study. *Eur Heart J* 2001; 2: 676-683.
3. 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: 1077-1083.
4. Krumholz HM, Parent EM, Tu N. Readmissions after hospitalisation for congestive heart failure among medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 1997; 157: 99-104.
5. McMurray J, Hart W, Rhodes G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Br J Med Econ* 1993; 6: 99-100.
6. Burns RB, McCarthy EP, Moskowitz MA, Ash A, Kane RL, Finch M. Outcomes for older men and women with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 276-280.
7. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure: results of the CONSENSUS Study. *N Engl J Med* 1987; 316: 1429-1435.
8. Packer M, Bristow M, Cohn J, for the US Carvedilol Study Group. The effects of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996; 334: 1349-1355.
9. CIBIS II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 9-13.
10. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fraction and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325: 293-302.
11. MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JWT, Boyd J, Finlayson A et al. Evidence of improving prognosis in heart failure. Trends in case fatality in 66,547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation* 2000; 102: 1126-1131.
12. Rich MW, Gray DB, Beckham V, Wittemberg C, Luther P. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *Am J Med* 1996; 101: 270-276.

13. Bellotti L, Badano LP, Acquarone N, Griffo R, Lo Pinto G, Maggioni A et al. Specialty-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.
14. Hobbs FDR, Jones MI, Allan TF, Wilson S, Tobias R. European survey of primary care physicians perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). *Eur Heart J* 2000; 21: 1877-1887.
15. Conthe P, Pacho E. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 551-562.
16. The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The treatment of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18: 736-753.
17. Navarro-López F, de Teresa E, López-Sendón JL, Castro-Beiras A, Anguita MP, Vázquez de Prada JA et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico. En: Marin Huerta E, Rodríguez Padial L, Bosch X, Iñiguez Romo A, editores. Sociedad Española de Cardiología. Madrid: 2000; 123-179.
18. Navarro-López F, de Teresa E, López-Sendón JL, Castro-Beiras A. Guías para diagnóstico, clasificación y tratamiento de la insuficiencia cardíaca y el shock cardiogénico. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50 (Supl 1): 1-51.
19. Bonarjee VVS, Dickstein K. Management of patients with heart failure: are internists as good as cardiologists? *Eur Heart J* 2001; 22: 530-531.