

Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



Preguntas y respuestas

El punto de vista del internista: papel de la comorbilidad asociada en la insuficiencia cardiaca

The internist opinion: Co-morbidity in heart failure

Carlos M. San Román-Terán^{a,*}, Ricardo Guijarro-Merino^b y María Guil-García^a

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal de La Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario «Carlos Haya», Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de agosto de 2010

Aceptado el 30 de septiembre de 2010

On-line el 27 de octubre de 2010

Introducción

Repetir que el síndrome de insuficiencia cardiaca (IC) en la actualidad representa un auténtico problema de salud pública constituyendo una de las principales causas de hospitalización en adultos en el mundo desarrollado, con un incremento continuo en los últimos años, es una obviedad. En EE.UU. se encontró este diagnóstico en 2,6 millones de adultos hospitalizados en 1995, siendo la causa de ingreso en más de 870.000.

En España se producen cerca de 200.000 ingresos hospitalarios anuales con IC entre los diagnósticos referidos en sus informes de alta.

La alta prevalencia y coste de los episodios de hospitalización por IC ha dado y está dando lugar a multitud de aproximaciones a su estudio no solo desde el punto de vista clínico sino epidemiológico y de aspectos relacionados con la economía de la salud. Han aparecido publicaciones de intensos, y en ocasiones vehementes, debates sobre las características de su manejo y quién o quiénes han de ser los responsables de este.

Uno de los problemas que siempre han tenido algunos de los estudios sobre IC lo constituye la seria limitación que representa la ausencia de criterios diagnósticos del síndrome suficientemente satisfactorios para todos y debidamente consensuados. Esa ausencia sigue siendo un contratiempo

no despreciable para la investigación y la práctica clínica, a pesar del empeño de sociedades y grupos científicos para hacer prevalecer sus propios criterios.

Objetivo

Nuestro objetivo es tratar de describir la realidad del manejo hospitalario de la IC en España desde un punto de vista epidemiológico y aportar algunas ideas sobre las razones que modulan dicha epidemiología.

Metodología

Se han analizado los datos procedentes del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del Sistema Sanitario Público de España tanto de los propios hospitales públicos como de algunos concertados que vierten sus datos al Sistema de Información del Ministerio de Sanidad del periodo completo que comprenden los años 2005 y 2006. Hemos aprovechado, además, nuestro estudio descriptivo previo de los episodios de ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca producidos en los 32 hospitales de la Red Pública de Andalucía

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosm.sanroman.sspa@juntadeandalucia.es (C.M. San Román-Terán).

gestionados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) durante el periodo comprendido entre el 1/1/1998 y el 31/12/2002¹.

El CMBD codifica los datos administrativos, el diagnóstico principal y 9 diagnósticos secundarios, 2 códigos especiales y hasta 10 códigos de procedimientos según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a edición, modificación clínica (CIE 9 MC). Hemos excluido del análisis los casos con edad menor de 14 años. Los episodios fueron agrupados según la especialidad que procedió a su alta.

Se define el diagnóstico principal como el «proceso patológico al que, tras el estudio pertinente, se considera responsable del ingreso del paciente en el hospital». Se considera diagnóstico secundario el «proceso patológico, diferente del principal, que puede estar presente con el mismo en el momento del ingreso, o bien que se desarrolla a lo largo de la estancia en el hospital, o que influye en la duración de la misma o en el tratamiento administrado». Se excluyen los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso. Para la comparación de medias hemos utilizado la *t* de Student y la *chi* cuadrado para la comparación de variables categóricas con el software SPSS versión 11.0 (SPSS Inc.[®], Chicago, Ill, Estados Unidos).

Resultados

Los episodios analizados de los años 2005 y 2006 son 1.320.114 de los que un 25,02% contienen IC como diagnóstico primario o secundario. Las cantidades y proporciones exactas, así como los datos demográficos de sexo y edad, se pueden apreciar en la [tabla 1](#).

Discusión

En anteriores aproximaciones habíamos comunicado la característica fundamental de nuestros resultados en el estudio epidemiológico andaluz ([fig. 1](#)) que consistía en que, según nuestra opinión, las poblaciones que son atendidas en uno u otro servicio son diferentes por lo que resulta complicado e imprudente hacer comparaciones sobre los resultados obtenidos.

En los datos aportados en la [tabla 1](#) llama la atención que los análisis de los episodios de ingreso de los años 2005 y 2006 los

pacientes que ingresan en servicios de MI frente a los de cardiología tienen mayor tendencia a ser del sexo femenino (6 de cada 10) y con una edad media de 79 años son 6 años mayores que los de cardiología siendo estas diferencias claramente significativas ($p < 0,0001$) desde el punto de vista estadístico y nos atreveríamos a decir que también desde el punto de vista clínico. En los dos años referidos, el Sistema Sanitario Público Español que aporta datos al CMBD atiende, en sus unidades de cardiología o MI, un total de 330.267 episodios de IC de los que el 42% corresponden al diagnóstico principal. Uno de cada 4 pacientes de todos los que ingresan en ambas especialidades son filiados de IC pura, complicada, aislada o con comorbilidad por los clínicos que les dan de alta y en uno de cada diez es la IC la causa de ese ingreso hospitalario.

La tendencia a ingresar un paciente con IC en MI en vez de en cardiología según nuestros datos, descartando los hospitales que no tenían unidades de cardiología diferenciadas, viene dada por la edad, el sexo, y la pluripatología (obesidad, diabetes mellitus, EPOC, HTA y otras) lo que le convierte en sujeto de cierta complejidad en el manejo ([fig. 1](#)). Situándose esta cuestión paralela al hecho de que el porcentaje de pacientes filiados como pluripatológicos en la unidades de MI alcanza en algunos estudios el 40%. El número de diagnósticos en MI supera los 6 por episodio de ingreso¹.

Parece también bastante evidente que hay diferencias en cuanto al manejo de los pacientes con IC según sean atendidos por diferentes especialistas, con distintas tasas de utilización de IECA y, sobre todo, de betabloqueantes, aunque bastante similares en cuanto al resto de las medidas de cuidado recomendadas en las guías, si bien todos los autores insisten en la diferencia de poblaciones estudiadas^{2,3}.

La organización general de los hospitales comarcales donde las unidades de especialidades están integradas en MI y la base de la atención en hospitalización está bajo responsabilidad directa de los internistas así como la proliferación y desarrollo de unidades de MI que incluyen entre sus funciones organizativas y estructurales la asistencia domiciliaria, la asistencia de corta estancia, las consultas de clasificación, el hospital de día y otros campos de la atención integral, característica propia de la especialidad, hacen que se juegue un papel clave en la asistencia de los pacientes con IC crónica o con frecuentes episodios de agudización, sin que los resultados finales en términos de morbilidad y reingresos se resentan⁴⁻⁶.

Tabla 1 – Insuficiencia cardíaca

Sistema Nacional de Salud. Años 2005 y 2006			
	Cardiología	Medicina interna	Total
Diagnóstico principal	39.372	100.643	140.015
Diagnóstico secundario	48.699	141.553	190.252
Total episodios	88.071	242.196	330.267
Ingresos totales	336.671	983.443	1.320.114
Diagnóstico principal %	11,69	10,23	10,61
Diagnóstico secundario %	14,46	14,39	14,41
Sobre total episodios %	26,16	24,63	25,02
Género, mujer/hombre	48/52	59/41	$p < 0,0001$
Edad	72,7 años	78,8 años	$p < 0,0001$

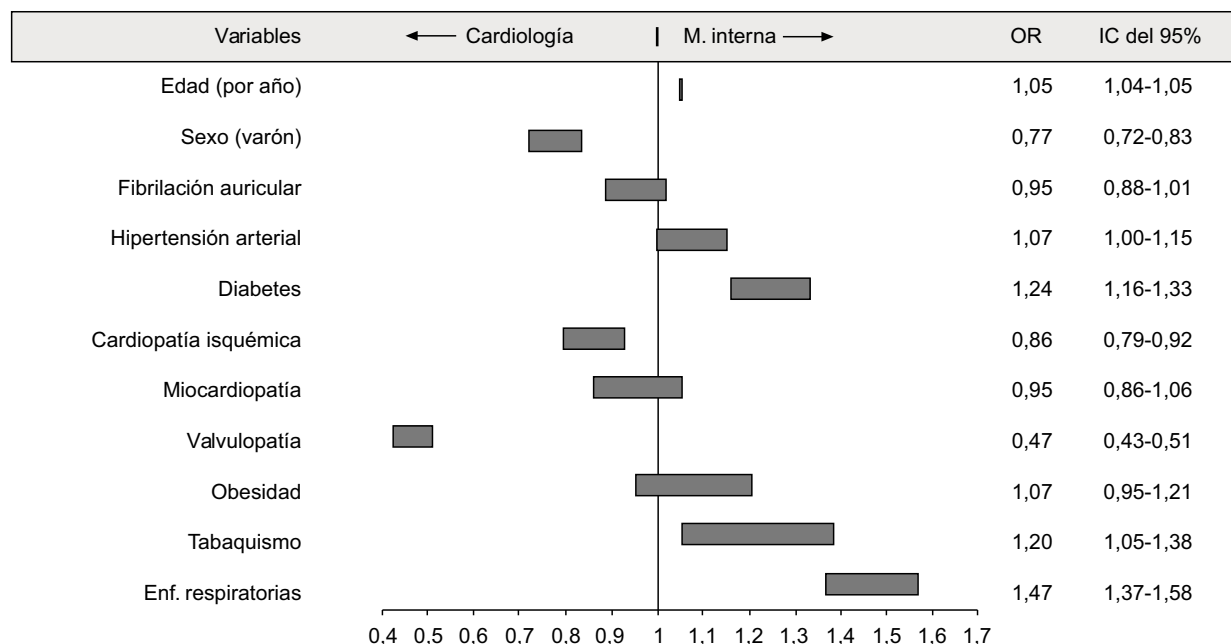


Figura 1 – Variables que influyen en el servicio al que han sido asignados los pacientes con episodios de ingreso por ICC. Análisis multivariante.

Por otro lado, no deja de ser cierto que diversos estudios han tratado de analizar la adecuación de los pacientes reales atendidos por IC a los grandes ensayos clínicos en los que se apoyan la evidencia para su manejo con resultados poco o nada alentadores. Solo el 17,7% de los pacientes mayores de 64 años atendidos en una unidad de cardiología podrían haber sido incluidos en alguno de los ensayos clínicos considerados como «guías» de la evidencia en IC⁷. En nuestro caso, en que la edad media de nuestros pacientes supera los 70 años, ninguno de los 133 episodios de ingreso por IC en el primer trimestre de tres años consecutivos cumplía criterios de inclusión o carecía de los de exclusión para haber sido incluido en los ensayos de referencia elegidos: SOLVD, RALES, SENIORS (Ramos Cantos MC et al. Insuficiencia cardiaca y aplicabilidad de los ensayos clínicos. XXII Congreso de SADEMI, Baeza; 2006).

Nos inclinamos por apoyar la opinión ya extendida de que el debate sobre quién debe atender a los pacientes con IC está ya fuera de lugar y de tiempo y solo se puede entender como obedeciendo a intereses gremiales que se alejan del beneficio del paciente⁸. La presencia multidisciplinar de profesionales bien formados que se ajusten a las directrices marcadas por la unidades específicas de IC y la colaboración fluida y disciplinada de especialistas de cardiología, de MI, generalistas y médicos de familia llenaría los huecos que actualmente puedan existir.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible en virtud de la colaboración del Servicio del Producto Sanitario de la Subdirección General de Asistencia Especializada del Servicio Andaluz de Salud y el Servicio de Información Sanitaria de la Agencia de Calidad del

Ministerio de Salud y Política Social a quienes agradecemos la facilitación de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

- San Román C, Guijarro R, Guil M, Villar J, Martín M, Gómez Huelgas R. Analysis of 27,248 hospital discharges for heart failure: a study of an administrative database 1998-2002. *Rev Clin Esp.* 2008;208(6):281-7.
- Yancy CW, Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghiade M, et al. Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF. *Am Heart J.* 2009;157:754-62.
- Cook NL, Ayanian JZ, Orav EJ, Hicks LS. Differences in specialist consultations for cardiovascular disease by race, ethnicity, gender, insurance status, and site of primary care. *Circulation.* 2009;119:2463-70.
- Tibaldi V, Isaia G, Scarafiori C, Gariglio F, Zancocchi M, Bo M, et al. Hospital at Home for Elderly Patients with Acute Decompensation of Chronic Heart Failure. A prospective Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med.* 2009;169:1569-75.
- Mendoza H, Martín MJ, García A, Arós F, Aizpuru F, Regalado J, et al. "Hospital at home" care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2009;11:1208-13.
- Gómez-Soto FM, Puerto JL, Andrey JL, Fernández FJ, Escobar MA, García-Egido AA, et al.; Grupo para la Atención Médica Integral y Continua de Cádiz. Consultation between specialists in Internal Medicine and Family Medicine improves management and prognosis of heart failure. *Eur J Intern Med.* 2008;19:548-54.
- Muñoz García AJ, Sánchez González C, Jiménez Navarro MF, De Teresa Galván E. Aplicabilidad de los ensayos clínicos de insuficiencia cardiaca a los pacientes mayores. *Med Clin (Barc).* 2005;124:558.
- Permanyer Miralda G. Insuficiencia cardiaca: viejas cuestiones, soluciones incompletas. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:30-3.