



## EDITORIAL

### Comorbilidad en la insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada. ¿Son galgos o podencos?

**Comorbidity in acute or chronic decompensated heart failure.  
Are they grayhounds or bloodhounds?**

Si bien en los últimos años se ha logrado un avance extraordinario en el conocimiento fisiopatológico y el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, la insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada, cuando ingresa en el hospital, continúa siendo un reto. En esta situación no existe ninguna estrategia terapéutica que haya demostrado algún beneficio clínico convincente<sup>1,2</sup>. El fracaso en conseguir una mejoría del pronóstico a corto y medio plazo en los pacientes que ingresan en el hospital puede deberse a múltiples causas y, probablemente, la heterogeneidad de esta población y la comorbilidad asociada son dos de los factores más importantes.

En este número de Medicina Clínica, el Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna publica los resultados de un registro multicéntrico que incluye a 2.127 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna, con el objetivo principal de valorar la comorbilidad asociada y analizar su relación con diversas variables sociodemográficas y clínicas así como su influencia en el manejo de los pacientes<sup>3</sup>. A pesar de ser un registro con algunas dificultades metodológicas, entre las que se incluyen el modo de seleccionar los hospitales participantes (voluntario), el carácter retrospectivo y algo confuso en la selección de pacientes, los criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca, la aparente falta de definiciones uniformes de las diversas comorbilidades y la falta de claridad en la selección de variables en el análisis multivariante, los autores concluyen, acertadamente, que los pacientes con mayor comorbilidad ingresan más y por más tiempo, presentan mayor mortalidad y tienen un grado de discapacidad superior a los enfermos con menor comorbilidad,

conclusión, por otra parte, lógica y fácilmente comprensible. Curiosamente, los tratamientos específicos de insuficiencia cardíaca fueron similares a los que recibieron los enfermos que tenían una menor comorbilidad.

### Insuficiencia cardíaca: ¿un síndrome único?

Los pacientes que ingresan en el hospital con insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada constituyen un grupo muy heterogéneo con diferente etiología, forma de prestación, diferente tipo de disfunción ventricular, riesgo variable y comorbilidades complejas (tabla 1)<sup>2,4-7</sup>. Todos estos factores hacen difícil no sólo el tratamiento individual de cada paciente, sino también la organización de la atención médica más adecuada, y pueden contribuir a explicar el fracaso de los ensayos clínicos que intentan demostrar el beneficio de estrategias terapéuticas concretas durante el ingreso hospitalario.

### El especialista de insuficiencia cardíaca

Periódicamente (aunque ya con menos frecuencia y virulencia) surge la discusión acerca de quién debe tratar a los pacientes con insuficiencia cardíaca y, peor todavía, quién los trata mejor<sup>8</sup>. Discusión interesante, aunque sólo sea por su carácter bizantino. Por definición, los enfermos que ingresan en el hospital por insuficiencia cardíaca necesitan tratamientos diferentes y se ubican, con mejor o peor criterio y dependiendo de sus características clínicas, en diferentes áreas del hospital. En este reparto, ciertamente todavía no bien organizado, la tendencia es que los pacientes que necesitan soporte vital dependiente de

**Tabla 1** Factores clínicos de complejidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada ingresados en el hospital

Factor	Importancia
<i>Forma clínica</i>	Diferente pronóstico y tratamiento
• Bajo gasto cardíaco/shock	
• Congestión/edema pulmonar	
• Hipertensión con edema pulmonar	
• Insuficiencia cardíaca derecha	
<i>Etiología</i>	Tratamiento específico necesario
• Isquemia crónica	
• Infarto agudo de miocardio	
• Valvular	
• Miocarditis	
• Desconocida	
<i>Score de riesgo: factores</i>	Pronóstico
• Edad	Necesidad de tratamientos especiales
• Hipotensión	
• Función renal	
• Tipo de etiología (infarto agudo)	
• Arritmias	
• Comorbilidad	
<i>Tipo de disfunción ventricular</i>	Efectividad de tratamiento clásico sólo demostrada en función sistólica deprimida
• Función sistólica deprimida	
• Shock	Necesidad de tratamientos especiales (ventilación mecánica, asistencia circulatoria, etc.)
• Función sistólica conservada	
• Disfunción diastólica	
<i>Comorbilidades</i>	Pronóstico
• Anemia	
• Insuficiencia renal	Necesidad de tratamientos específicos
• Ictus previo	
• Infecciones	
• Broncopatía	
• Cáncer	
• Demencia	
• Otros	
<i>Genotipo</i>	Respuesta diferente al mismo fármaco
<i>Especialista responsable</i>	Diferente enfoque terapéutico Diferente habilidad/interés (por la insuficiencia cardíaca o por la comorbilidad)/cualificación

máquinas (ventilación mecánica, diálisis, asistencia circulatoria, marcapasos temporales o medicaciones intravenosas complejas, etc.) ingresen en las unidades de cuidados intensivos, generales o cardíacos, los pacientes con infarto agudo de miocardio ingresen en unidades cardiológicas más específicas (si existen como tales en el hospital) y los pacientes cuya patología predominante en ese momento es típica de medicina interna lo hagan en el servicio de medicina interna. Por tanto, comparar si los pacientes son diferentes según dónde ingresan tiene una respuesta clara desde el principio, al igual que su tratamiento general y su pronóstico. Obviamente, los pacientes más graves ingresan en unidades especiales y la mortalidad es mayor. El reparto por edades (biológicas o reales) o por un mayor o menor interés personal o científico no es, o no debería ser, un factor determinante de la ubicación del paciente.

## Retos y oportunidades

La elevada prevalencia de insuficiencia cardíaca y su complejidad obliga, querámoslo o no, a la intervención especializada y coordinada de múltiples profesionales: cardiólogos, especialistas de insuficiencia cardíaca (si es que esto existe), especialistas de medicina interna, de urgencias, hemodinamistas, electrofisiólogos, especialistas en técnicas de diagnóstico, cirujanos, enfermeras, sin olvidar a los profesionales que tienen que atender a los pacientes fuera del hospital: personal médico y paramédico de UVI móviles y médicos de atención primaria. Todos deben tener los conocimientos adecuados para establecer el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y deben aportar en los momentos adecuados su valor especial en la necesaria labor de equipo: el internista aportando su

mejor capacidad para resolver problemas no cardíacos, el cardiólogo para implementar nuevas estrategias todavía no suficientemente difundidas entre los profesionales menos especializados y para ponderar intervenciones cardiológicas complejas, el especialista en cuidados intensivos para la atención específica, el médico de asistencia primaria para el control diario de la enfermedad, el cirujano para operar (obviamente), y así sucesivamente.

Los profesionales interesados en la insuficiencia cardíaca tenemos desde hace tiempo no sólo el reto de tratar mejor a los pacientes, también tenemos la oportunidad de hacerlo trabajando en equipo<sup>2,8-10</sup>. La discusión entre galgos y podencos de la fábula de Tomás de Iriarte terminó mal. Habrá que fijarse en la moraleja.

## Bibliografía

1. López-Sendón J. Insuficiencia cardíaca aguda. Nuevas directrices. En: Sociedad española de Medicina Interna: Insuficiencia cardíaca. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas. Madrid: Jarpio Ed; 2005. p. 129-46.
2. Nieminen MN, Böhm M, Drexler H, Jondeau G, Filippatos G, Hassin Y, et al. The Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute heart failure. Eur Heart J. 2005;26: 384-416.
3. Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Corteza Rey J. Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (estudio SEMI-IC). Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de Medicina Interna. Med Clin. 2009 completar.
4. Nieminen M, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP, et al. on behalf of the EuroHeart Survey Investigators. Euroheart Failure Survey II (EHFS II): A survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. Eur Heart J. 2006;27:2725-36.
5. Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, Gross CP, Rathore SS, Steiner JF, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. Am Heart J. 2003;146:250-7.
6. Lenzen MJ, Scholte op Reimer WJ, Boersma E, et al. Differences between patients with a preserved and a depressed left ventricular function: A report from the EuroHeart failure survey. Eur Heart J. 2004;25:1214-20.
7. Kashani A, Gibson M, Murphy S, et al. for the In Time investigators. Angiography and revascularization in patients with heart failure following fibrinolytic therapy for ST-elevation acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2005;95:228.
8. López-Sendón J. Trabajo en equipo, unidades de insuficiencia cardíaca o especialidad de insuficiencia cardíaca? Rev Esp Cardiol 2004;57:1136-8.
9. Méndez M, Conthe P, Comin Colet J, García Alegría J, López Sendón J. Unidades multidisciplinares de insuficiencia cardíaca en medicina interna. Vía clínica para el enfermo con insuficiencia cardíaca. Madrid: Jarpyo Eds; 2006 1-106.
10. Swedberg K, Cleland J, Cowie MR, Nieminen M, Priori SG, Tavazzi L, et al. Successful treatment of heart failure with devices requires collaboration. Eur J Heart Fail. 2008;10:1229-35.

J. López-Sendón  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz,  
Madrid, España  
Correo electrónico: jlsendon@terra.es