

Cartas al Editor

Sobre la especialidad que trata a los pacientes con insuficiencia cardiaca



About the Specialty Treating Patients With Heart Failure

Sr. Editor:

Álvarez-García et al.¹ analizan las características de los pacientes con insuficiencia cardiaca según el especialista que realiza el seguimiento (cardiólogo o internista). La insuficiencia cardiaca es un síndrome complejo en cuyo proceso asistencial participan distintas especialidades². Analizar la influencia en su pronóstico según el especialista es una tarea difícil, no totalmente aclarada e incluso podría ser controvertida. En nuestra opinión el presente estudio tiene importantes limitaciones, algunas no exploradas y otras no adecuadamente justificadas, que merecen algunos comentarios.

Hay diferencias en muchas de las variables analizadas, casi todas ellas estadísticamente significativas y/o clínicamente relevantes. El registro REDINSCOR incluye sobre todo a pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida, mientras que pasa lo contrario en el RICA. Una valvulopatía grave es criterio de exclusión solo en el registro REDINSCOR, por lo que esta variable no se puede incluir en el análisis por emparejamiento. A pesar de que todos los pacientes tienen en común el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, sus características son tan distintas entre los dos registros que plantean si tiene sentido realizar dicha comparación. Así, recientemente hemos comparado las características de los pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en un mismo nivel asistencial (medicina interna), en una misma fase evolutiva (descompensación) incluidos en 2 registros diferentes: EAHFE (creado por médicos de urgencias) y RICA (creado por internistas)³. *A priori*, sería lógico pensar que no encontraríamos diferencias, pero los resultados muestran diferencias significativas en prácticamente todas las variables analizadas. Por ello, creemos que las comparaciones entre registros deben interpretarse con cautela y solo recomendarse cuando ambos registros tengan el mismo diseño y la misma metodología.

Es llamativa la baja proporción de pacientes bajo tratamiento médico óptimo en ambos registros (el 17 y el 39%). Sería importante conocer si en dicho análisis se ha incluido a pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada, para los que no existe tratamiento médico óptimo. Aun siendo así, llama la atención que en los pacientes del REDINSCOR (con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida) este porcentaje sea tan bajo y tan alejado de los datos españoles recientemente analizados del registro de la Sociedad Europea de Cardiología. En dicho estudio hay un excelente cumplimiento de las guías, y la proporción de pacientes que no reciben tratamiento médico óptimo es < 5%⁴. Este dato es todavía más sorprendente al analizar los anexos de los 2 estudios y ver que existen al menos 7 centros que participan simultáneamente en ambos registros (REDINSCOR y registro europeo).

Además, a pesar del emparejamiento de 18 variables, no se han incluido otras que son muy prevalentes en los pacientes del RICA⁵ y con conocida influencia en el pronóstico⁶: valvulopatías graves con indicación quirúrgica (excluidas del REDINSCOR), capacidad funcional (índice de Barthel) y situación cognitiva. Así, es probable

que dicho emparejamiento no sea tan riguroso como comentan los autores.

Es también llamativo el esfuerzo por analizar las causas de mayor mortalidad en el RICA, pero no se discute por qué no hay diferencias en los reingresos. La mayor mortalidad en el RICA se atribuye a la menor complejidad de algunos centros y a la menor disponibilidad de recursos y/o formación. Si esta suposición fuera cierta, ¿no deberían ser peores también las tasas de reingreso en el RICA? Estas diferencias evolutivas encontradas se contraponen con los datos del estudio SOPICA EN ESPAÑA, que muestran que, tras un episodio de IC, la especialidad que realiza el seguimiento no influye en los resultados a medio plazo⁷.

Así, aunque es plausible que la mortalidad sea superior entre los pacientes atendidos por medicina interna, es probable que existan causas más difíciles de medir y emparejar (mayor fragilidad, dependencia y comorbilidad) que justifiquen dichas diferencias y este estudio no ha podido reflejar^{5,7}.

Joan Carles Trullàs^{a,b,*} y Òscar Miró^{c,d}

^aServicio de Medicina Interna, Hospital de Olot, Olot, Girona, España

^bDepartament de Ciències Mèdiques, Universitat de Girona, Girona, España

^cÀrea de Urgències, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España

^dFacultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jctv5153@comg.cat (J.C. Trullàs).

On-line el 10 de febrero de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-García J, Salamanca-Bautista P, Ferrero-Gregori A, et al. Impacto pronóstico de la especialidad en el paciente ambulatorio con insuficiencia cardiaca: un análisis emparejado de los registros REDINSCOR y RICA. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:347-354.
2. Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover Freire R, et al. Classification and quality standards of heart failure units: scientific consensus of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:940-950.
3. Trullàs JC, Miró Ògae, Formiga F, et al. The utility of heart failure registries: a descriptive and comparative study of two heart failure registries. *Postgrad Med J*. 2016;92:260-266.
4. Crespo-Leiro MG, Segovia-Cubero J, González-Costello J, et al. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardiaca: ESC Heart Failure Long-term Registry. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:785-793.
5. Ruiz-Laiglesia FJ, Sánchez-Martel M, Pérez-Calvo JI, et al. Comorbidity in heart failure. Results of the Spanish RICA Registry. *QJM*. 2014;107:989-994.
6. Formiga F, Chivite D, Conde A, et al. Basal functional status predicts three-month mortality after a heart failure hospitalization in elderly patients. *Int J Cardiol*. 2014;172:127-131.
7. Miró Ògae, Escoda R, Martín-Sánchez FJ, et al. Evaluación de los conocimientos y la percepción de soporte a la enfermedad en los pacientes con insuficiencia cardiaca. Estudio SOPICA EN ESPAÑA. *Rev Clin Esp*. 2016;216:237-247.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.021>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.023>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.