

¿Trabajo en equipo, unidades de insuficiencia cardíaca o especialidad de insuficiencia cardíaca?

José López-Sendón

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

En este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se publican 2 artículos sobre el seguimiento ambulatorio de pacientes con insuficiencia cardíaca. Ambos son registros descriptivos, que proporcionan una información actual de la forma de tratar pacientes con insuficiencia cardíaca.

En el primero de los registros¹ (Base de DATos en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca; BADAPIC) se incluyó a pacientes con insuficiencia cardíaca seleccionados por criterios variables, lo que hace muy difícil la interpretación de los hallazgos (se define el criterio de insuficiencia cardíaca, pero no el de inclusión/exclusión en la unidad o consulta concreta). El interés del registro radica en la heterogeneidad de las unidades/consultas de insuficiencia cardíaca. En unos casos son simples consultas externas, unas con cardiólogos y otras con especialistas de medicina interna; en otras ocasiones se trata de unidades más complejas y organizadas, que están constituidas por personal multidisciplinario que sigue protocolos de asistencia más elaborados, incluyendo en ocasiones enfermeras y visitas al domicilio de los pacientes.

En el otro registro se analizan los datos de 1.252 pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente por 465 cardiólogos en 1 día en Francia, Alemania y España², y se comparan las características demográficas y el tratamiento de los pacientes en los 3 países. De forma interesante, se destaca la especialidad de los profesionales médicos responsable del seguimiento ambulatorio del paciente con insuficiencia cardíaca (se entiende que con responsabilidad en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca): en el 46% de

los pacientes, el responsable es sólo el cardiólogo (el 64% en Francia, el 52% en España y el 29% en Alemania), en el 32% sólo el médico general y en el 16% la responsabilidad es compartida entre el cardiólogo y el médico general.

La pregunta real en ambos estudios es quién puede y debe controlar a los pacientes con insuficiencia cardíaca y qué tipo de organización es la más adecuada. Aún no existe una respuesta definitiva a esta pregunta, si bien las posibilidades que se manejan son las siguientes:

1. El cardiólogo es el responsable de la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca³. El fundamento de las especialidades médicas es la distribución de competencias y responsabilidades, y en este sentido el planteamiento es muy claro: la insuficiencia cardíaca es el resultado del fracaso de la función del corazón y, por tanto, el especialista en cardiología tiene la responsabilidad de atender correctamente esta patología. El argumento en contra señalado con más frecuencia por los cardiólogos es el elevado número de pacientes con insuficiencia cardíaca y que el colectivo de cardiólogos no es capaz de atender la demanda. La solución es sencilla: el número de especialistas necesario lo determina la prevalencia de la patología que deben atender. Si no hay suficientes cardiólogos, las sociedades de cardiología deben informar a las autoridades sanitarias sobre el problema, y las autoridades sanitarias deben actuar en consecuencia.

2. El especialista en medicina interna y los médicos de familia asumen la responsabilidad de la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca⁴. Los argumentos más sólidos en este sentido son la elevada comorbilidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca, la experiencia acumulada en una patología que, en definitiva, es una parte de la medicina interna, la desidia de algunos equipos de cardiología y la oportunidad de que los pacientes tengan un acceso más fácil, rápido y frecuente a las consultas ambulatorias (e incluso a las camas en los hospitales).

3. Las consultas de insuficiencia cardíaca¹ constituyen un intento de resolver el problema de la atención ambula-

VÉASE ARTÍCULOS EN PÁGS. 1159-69 y 1170-88

Correspondencia: Dr. J. López-Sendón.
Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.

Full English text available at: www.revvespcardiol.org

toria crónica de los pacientes con insuficiencia cardíaca. En su forma más simple son una muestra de la voluntad para organizar la asistencia, generalmente sin un apoyo institucional claro. En un grado mayor de organización, se establecen protocolos de seguimiento y actuación coordinada con otros especialistas del área sanitaria.

4. Unidades de insuficiencia cardíaca⁵⁻⁷. El paciente con insuficiencia cardíaca es complejo y precisa de la asistencia médica y sanitaria de múltiples especialistas en diverso grado y medida dependiendo del paciente y su momento de evolución. Entre ellos se incluyen los cardiólogos, especialistas de medicina interna, médicos de asistencia primaria, especialistas en cuidados intensivos, médicos de los servicios de urgencias, cirujanos, enfermeras y asistentes sociales, entre otros. Todos son importantes en sus funciones específicas y la actuación coordinada de todos ellos es, como poco, de sentido común. La definición de unidad de insuficiencia cardíaca todavía está en desarrollo, pero incluye cardiólogos, médicos de atención primaria o especialistas de medicina interna y enfermeras, que de forma protocolizada proporcionan un control muy estrecho del paciente y un tipo de atención que en gran parte es social, más que estrictamente médico-científica. El beneficio de este tipo de unidades, *en pacientes seleccionados*, parece relacionarse con una mejor evolución; al menos con una disminución de los ingresos hospitalarios a medio plazo^{5,6}. La organización de unidades de insuficiencia cardíaca exige la colaboración explícita de la administración sanitaria, por la necesaria contratación especial de personal y sus funciones novedosas en algunos ámbitos médicos (asistencia especializada a domicilio, educación del paciente y familiares, nuevas responsabilidades de enfermería, nuevas necesidades de asistencia social, etc.).

La Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología apoya la creación de esas unidades⁷, y ofrece su colaboración a todos los equipos interesados e intenta agruparlos para conseguir una mayor comunicación y un avance más fácil en la implantación y el desarrollo de las unidades de insuficiencia cardíaca.

5. Especialistas de insuficiencia cardíaca⁸. La superespecialización (más correctamente subespecialización) es la evolución natural en medicina como respuesta al incremento de prevalencia de una enfermedad y, fundamentalmente, al rápido aumento de la complejidad en los métodos de diagnóstico y de tratamiento. Ambas condiciones se dan en la insuficiencia cardíaca. En el momento actual el problema no es simplemente el de la rápida incorporación de tratamientos farmacológicos convencionales. El diagnóstico y el tratamiento adecuados de la cardiopatía de base (incluida la isquemia miocárdica), así como la correcta identificación de candidatos a terapias de resincronización, desfibriladores, asistencia circulatoria mecánica, trasplante cardíaco y en el futuro de terapia génica, así

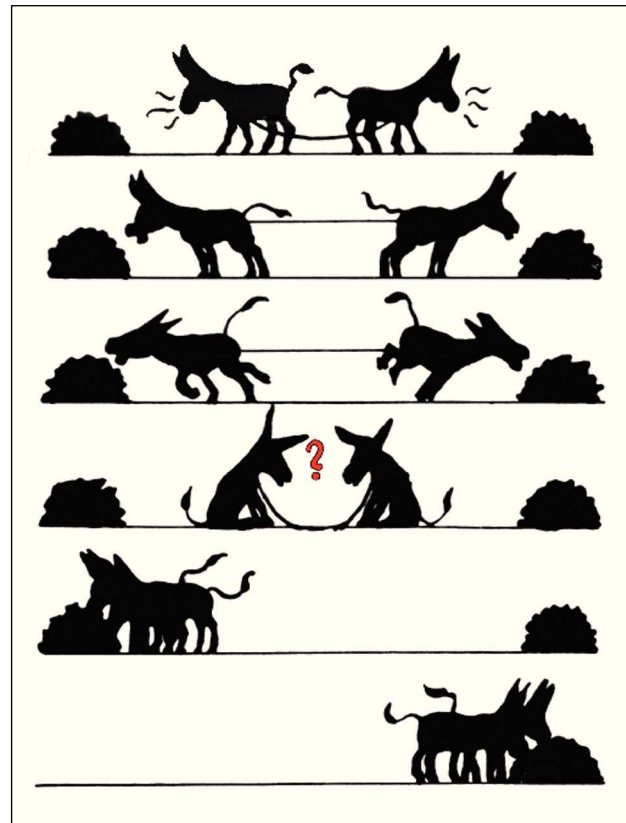


Fig. 1. Trabajo en equipo.

como su seguimiento posterior, plantean la posible necesidad de la acreditación de especialistas en insuficiencia cardíaca⁸. Probablemente es pronto para que este tipo de iniciativa tenga el respaldo necesario para un reconocimiento oficial, máxime cuando en Europa las subespecialidades cardiológicas se orientan a las técnicas, pero resalta la importancia y la dificultad de mantener actualizados los conocimientos adecuados en distintas enfermedades.

Los artículos de Salvador et al¹ y Anguita Sánchez² ponen de manifiesto una vez más el problema de la coordinación de distintos especialistas que atienden a pacientes con insuficiencia cardíaca, así como la necesidad de mantener una formación adecuada de los especialistas involucrados en el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes. En el momento actual la respuesta más inteligente a este problema quizá sea la más difícil, la de trabajo en equipo (fig. 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita Sánchez M y los investigadores del registro BADAPIC. Características clínicas, tratamiento y morbilidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Resultados del Registro BADAPIC. Rev Esp Cardiol 2004;57:1159-69.

2. Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, et al. Estudio europeo del tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardíaca realizado por cardiólogos. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:1170-8.
3. Anguita Sánchez M, Vallés Belsué F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca? *Rev Esp Cardiol* 2001;54:815-8.
4. Betancor León P. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca: ¿médicos de familia, internistas o cardiólogos? *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1466-7.
5. Kimmelstiel C, Levine D, Perry K, Patel AR, Sanadantz A, Gorham N, et al. Randomized, controlled evaluation of short- and long-term benefits of heart failure disease management within a diverse provider network. The SPAN-CHF Trial. *Circulation* 2004;110:1450-5.
6. McAlister FA, Simon Stewart S, Stefania Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810-9.
7. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. www.escardio.org/bodies/associations/HFA
8. Konstman MA, for the executive council of the Heart Failure Society of America. Heart failure training. A call for integrate, patient focused approach to an emerging cardiology subspecialty. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1361-2.