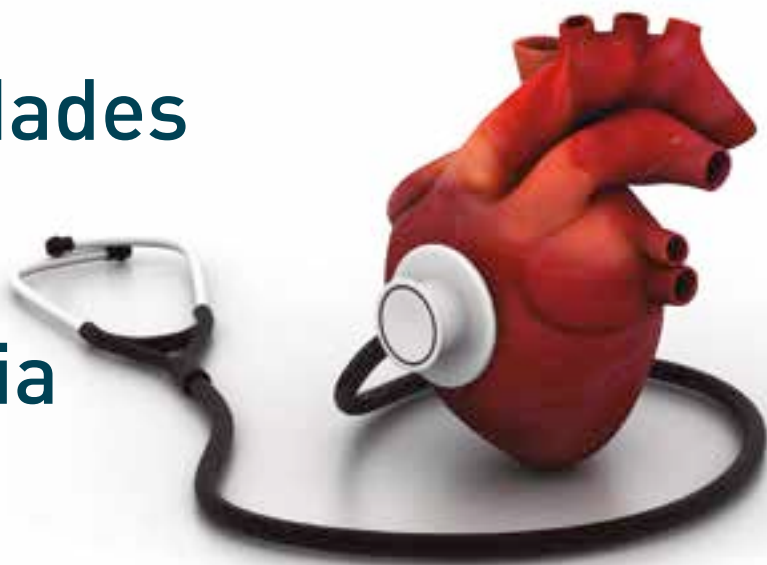


Primaria y unidades especializadas, aliados frente a la insuficiencia cardiaca

Óscar Giménez



La insuficiencia cardiaca se ha convertido en un problema de salud de primer orden en el mundo occidental. Afecta al 2-5% de nuestra población, es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y representa el 2-3% de los costes sanitarios

Los números cada vez son más claros a la hora de poner de relieve el gran impacto que tiene la insuficiencia cardiaca en los países desarrollados. Los estudios epidemiológicos realizados en países europeos y en Estados Unidos sitúan la prevalencia de la enfermedad en torno al 2%, aunque es de destacar que la proporción de afectados varía considerablemente con la edad. De hecho, el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población occidental constituyen una de las causas principales, si no la principal, de que las cifras aumenten. Así, aunque la tasa de enfermos por debajo de los 50 años es inferior al 1%, se duplica con cada década hasta superar el 8% entre los mayores de 75 años.

Cifras en España

En comparación con los estudios de otros países, los realizados en España arrojan cifras de prevalencia en torno al 5%, si bien algunos investigadores creen que esta proporción mayor que en el resto del mundo occidental se debe probablemente a diferencias metodológicas, tal como señalan los autores del artículo «Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años», publicado en 2013 en la *Revista Española de Cardiología* (2013; 66: 649-656).

Los mismos autores, además de citar el envejecimiento de la población, consideran que el otro gran factor que ha dado lugar al incremento de la prevalencia de la insuficiencia cardiaca han sido los avances en el tratamiento de la cardiopatía isquémica y de la hipertensión arterial, que han permitido reducir la mortalidad de estos pacientes «a expensas de que los supervivientes queden con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca».

Los dos estudios epidemiológicos más importantes realizados en nuestro país son el PRICE (Prevalencia de Insuficiencia Cardiaca en España) y el EPISERVE (Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas). En el primero participaron 15 centros de 9 comunidades autónomas y se incluyó a cerca de 1.800 personas mayores de 45 años, aunque seleccionadas sin un criterio de aleatorización preestablecido. El PRICE determinó que la prevalencia de la enfermedad en nuestro país se situaba en el 6,8%, tanto en varones como en mujeres. Entre los 45 y los 54 años era del 1,3%, pero a partir de los 75 años se disparaba al 16,1%. A su

En portada

Primaria y unidades especializadas, aliados frente a la insuficiencia cardiaca

vez, el EPISERVE, en el que participaron 507 investigadores y que incluyó a más de 2.500 participantes, encontró una prevalencia del 4,7%.

Ambos resultados chocan con las cifras más bajas halladas en otros estudios, como el 2,2% que muestra el realizado en Estados Unidos por Redfield et al. (JAMA. 2003; 289: 194-202) o el 1,5% del llevado a cabo en Glasgow (Lancet. 1997; 350: 829-833). Son trabajos más antiguos que los españoles y revelan cifras de prevalencia significativamente más bajas, aunque los autores del artículo citado anteriormente aparecido en la *Revista Española de Cardiología* consideran que las diferencias se deben más a las peculiaridades metodológicas que a las disparidades reales entre poblaciones: «la participación de centros y pacientes según criterios de conveniencia o voluntariedad en los estudios españoles de base poblacional apunta a un sesgo “positivo” de selección», escribían.

En cualquier caso, las cifras permiten hacer una valoración de la gravedad creciente de la situación. Manuel Anguita, presidente electo de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), recuerda que tanto la incidencia como la prevalencia están aumentando de forma muy importante en España y en el resto del mundo occidental. «Los estudios realizados en Estados Unidos, Europa y España –comenta– muestran una incidencia de 3 a 5 nuevos casos anuales por cada 1.000 personas. Este aumento de la incidencia, unido a la reducción de la mortalidad, da lugar a una mayor prevalencia.» Como ya se ha visto, estudios españoles como el PRICE, coordinado por la propia SEC, muestran una tasa de casi el 7% en mayores de 45 años, y aunque otros trabajos han encontrado prevalencias algo más bajas en nuestro país (del orden del 3 al 5%) «en todo caso implican una cifra absoluta muy alta de afectados», afirma Anguita.

Hospitalizaciones

Las descompensaciones son muy habituales en la historia natural de la insuficiencia cardiaca y con frecuencia requieren ingreso hospitalario. De hecho, esta enfermedad constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años tanto en España como en el resto de países industrializados. Y estas hospitalizaciones están en aumento, como demuestran los estudios realizados en las últimas décadas. Por ejemplo, los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre hospitalizaciones con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca entre mayores de 65 años revelan un aumento del 26% entre 2003 y 2011. «De hecho, es la única enfermedad cardiovascular en la que los ingresos están aumentando –afirma Manuel Anguita–. Esto se debe a que estos enfermos reciben mejor tratamiento y mueren menos, pero no se curan, de modo que la evolución siempre se dirige hacia un mayor deterioro que se traduce en descompensaciones y en hospitalizaciones.»



Además, explica Anguita, «la mayor parte del gasto asociado a la insuficiencia cardiaca, entre el 75 y el 80% del total, está relacionado con los ingresos hospitalarios. Como las hospitalizaciones están aumentando, el coste económico también se incrementa. Se estima que entre el 2 y el 4% de todo el gasto sanitario de un país se destina a la atención de la insuficiencia cardiaca».

Mortalidad

Afortunadamente, «en cuanto a la mortalidad sí que estamos viendo una reducción –señala el presidente electo de la SEC–, tanto en ensayos clínicos como en estudios poblacionales, aunque menos marcada en estos últimos. Esta disminución se ha conseguido gracias a la disponibilidad de nuevos tratamientos y a la mejor organización del manejo de la enfermedad».

No obstante, en nuestro país es la cuarta causa de muerte cardiovascular, por detrás de la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades del corazón, y según los datos del INE correspondientes a 2015, fallecieron a causa de la insuficiencia cardiaca en España un total de 19.029 personas ese año, lo que supone 52 fallecimientos diarios.

Los datos de este organismo revelan que la enfermedad es la causa de muerte del 3% absoluto de los varones y del 10% de las mujeres. Sin embargo, como ya se ha comentado, la mortalidad está en descenso: pasó de 46 defunciones por cada 100.000 habitantes en el año 2000 a 35 por 100.000 en 2010. Debido a que se trata de cifras basadas en la codificación de los certificados de defunción, que pueden contener errores, los investigadores opinan que las tasas de mortalidad por insuficiencia cardiaca reales se pueden subestimar o sobrestimar, pero en cualquier caso, en todos los países de nuestro entorno se observa esa tendencia decreciente.

Comorbilidades

Las comorbilidades asociadas más frecuentemente a la insuficiencia cardiaca son las derivadas de la edad, dado que el envejecimiento es el factor que más influye en el desarrollo de la enfermedad. Al ser la mayoría de los pacientes de edad avanzada, es habitual que presenten también patología respiratoria, renal, hormonal, anemia, etc. «Si tuviera que destacar alguna –señala Manuel Anguita– diría que las más importantes son la anemia y el déficit de hierro, que disponen de tratamiento efectivo. También la EPOC, la apnea obstructiva del sueño o la insuficiencia renal. Esta última es probablemente la que añade un mayor riesgo a la insuficiencia cardiaca porque aumenta la mortalidad y limita el uso de los tratamientos que la mejoran, como es el caso de los inhibidores de la ECA, los diuréticos o el sacubitrilo-valsartán, puesto que pueden alterar la función renal.»

Abordaje de la insuficiencia cardiaca

Uno de los actuales objetivos de la SEC es la creación de programas y unidades específicas de atención a la insuficiencia cardiaca en los hospitales de toda la geografía nacional. Tal como indica su presidente electo en la entrevista adjunta, la mejora organizativa que suponen permite reducir los ingresos hospitalarios e incrementar la calidad de vi-

da de los pacientes, e incluso se ha visto que puede disminuir la mortalidad y los costes económicos.

Los resultados más recientes del proyecto RECALCAR, una iniciativa de la SEC consistente en un registro de los recursos, actividad y calidad de las unidades asistenciales de cardiología, muestran que la dotación de unidades de insuficiencia cardiaca en los hospitales españoles aumentó del 42 al 56% en el periodo comprendido entre 2011 y 2014.

Con estas unidades especializadas, formadas por equipos multidisciplinares y en las que se trabaja la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral de la enfermedad, se pretende ofrecer una asistencia coordinada que proporcione a los pacientes la mejor asistencia médica, psicológica y social disponible en la actualidad.

Tratamiento

Los avances terapéuticos para la insuficiencia cardiaca durante los últimos 20 años han sido extraordinarios. Como comenta el presidente electo de la SEC, es uno de los campos de la medicina donde se han producido más avances, y entre ellos destaca el que ha representado la aparición del sacubitrilo-valsartán para los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida,

En portada

Primaria y unidades especializadas, aliados frente a la insuficiencia cardíaca

Día Europeo de la Insuficiencia Cardíaca

La coruñesa Torre de Hércules se iluminó de rojo el pasado 6 de mayo con motivo del Día Europeo de la Insuficiencia cardíaca, una iniciativa de la Sociedad Europea de Cardiología y la Asociación Europea de Insuficiencia Cardíaca dirigida a concienciar a la población sobre el impacto de esta enfermedad y subrayar la importancia de la prevención, el diagnóstico precoz y los tratamientos correctos que mejoran la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.



fármaco que ha demostrado reducir la mortalidad en mayor medida que la medicación disponible antes de su comercialización.

Por otro lado, a pesar de que para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada no se han producido tantos avances, Anguita destaca que «nuestro propósito en estos momentos consiste en optimizar lo que ya tenemos, aprovechar los recursos y los tratamientos disponibles, tanto farmacológicos como no farmacológicos, para que la mayor parte de los pacientes se beneficie del uso adecuado de los mismos. Por eso es tan importante la implantación de programas y unidades de insuficiencia cardíaca, cuyos beneficios se basan, sobre todo, en que utilizan mejor los tratamientos eficaces para mejorar el pronóstico de los pacientes».

En cuanto a los procedimientos con células madre que se han evaluado como tratamiento de la insuficiencia cardíaca, «la mayoría de los estudios realizados no han sido capaces de demostrar realmente su eficacia regenerando células miocárdicas –comenta Anguita–. Esto no significa que la terapia de regeneración miocárdica no vaya a ser de utilidad en el futuro, pero se trata de un campo en el que es necesaria más investigación básica para conocer mejor los mecanismos de actuación de estas células y cuáles son las mejores formas de administrarlas para que realmente se produzca la regeneración».

«Pienso que se pasó muy rápido de la pura hipótesis de trabajo a la aplicación clínica –continúa el presidente electo de la SEC–. Los resultados obtenidos hasta ahora han dado lugar a que se haya perdido un poco la confianza en esta técnica y, ahora mismo, no se puede afirmar que sea un tratamiento que merezca utilizarse de forma rutinaria.»

Retos de futuro

A juicio de este especialista, el mayor desafío en estos momentos reside en la prevención. «Si pudiéramos prevenir

la insuficiencia cardíaca –explica–, evitaríamos la enfermedad en millones de personas, y esto es factible porque en los países occidentales se calcula que el 80% de todos los casos se deben principalmente a dos factores: la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria. Prevenirlos implica controlar los factores de riesgo a través de la adquisición de estilos de vida cardiosaludables (practicar ejercicio, controlar la obesidad, evitar el tabaquismo, seguir una dieta adecuada, controlar la diabetes y la hipercolesterolemia, etc.). Asimismo, un control adecuado de la hipertensión arterial evitaría aún más casos de insuficiencia cardíaca. Con esto no la eliminaríamos por completo, pero reduciríamos drásticamente el número de casos de una enfermedad que produce una gran mortalidad. Es necesario destacar que los pacientes que ingresan en el hospital por su causa tienen un 50% de probabilidades de morir en los siguientes 3-5 años, a pesar de todos los tratamientos que tenemos disponibles.»

«Una vez se presenta la insuficiencia cardíaca, se puede controlar pero no tiene cura –prosigue–. En esta situación el reto consiste en la mejor utilización de los recursos disponibles en cuanto a diagnóstico y tratamiento, para lo cual es necesario un cambio de modelo en la atención, mediante la creación de unidades y programas específicos en cada centro hospitalario, así como la organización y coordinación en todas las comunidades autónomas para que en todos los sitios se aborde la insuficiencia cardíaca de la misma manera y de la mejor forma posible, independientemente del lugar donde uno viva.»

Además de esos dos retos principales, el presidente electo de la SEC cita otros, como son conseguir nuevos tratamientos más eficaces, desarrollar la terapia génica, la terapia de regeneración con células madre, y el empleo de dispositivos de asistencia ventricular como los llamados «corazones artificiales» para pacientes que no pueden recibir un trasplante.



«En los últimos años ha aumentado el número de hospitales con estructuras específicas para organizar la atención a la insuficiencia cardiaca»

Dr. Manuel Anguita

Presidente electo de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

Médico adjunto del Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

–¿Cómo describiría el impacto que tiene la insuficiencia cardiaca en la población mundial?

En términos generales, se está empezando a considerar la insuficiencia cardiaca una epidemia, no sólo en cardiología sino en todo el ámbito de la medicina. Esto está relacionado con dos aspectos. Por una parte, con el aumento de la edad de la población, puesto que se trata de una enfermedad asociada a la edad; por otra, con la mejora del tratamiento del resto de cardiopatías, sobre todo las agudas. Esta mejora del tratamiento ha conducido a que los pacientes con síndromes coronarios agudos, arritmias, etc. no fallezcan como ocurría en el pasado. Se ha conseguido una reducción muy importante de la mortalidad, pero pueden quedar con cierto grado de disfunción cardiaca que finalmente se traduce en el desarrollo de insuficiencia cardiaca. La suma de estos dos factores ha hecho de esta enfermedad un gran problema de salud en todo el mundo occidental.

–Desde la SEC se demanda que todos los hospitales cuenten con unidades o programas de insuficiencia cardiaca. ¿En qué medida pueden mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes?

Muchos estudios han demostrado que esta forma de organización de la asistencia a la insuficiencia cardiaca a través de programas específicos y unidades con personal especializado da lugar a una disminución de rehospitalizaciones y a una mejora de la calidad de vida de los pacientes. Incluso algunos estudios y metaanálisis muestran una reducción de la mortalidad y de los costes. Todas las guías de práctica clínica recomiendan estos programas, que constituyen uno de los objetivos de la SEC. Es algo que, además, se está consiguiendo, ya que ha aumentado en los últimos años el número de hospitales que han creado estructuras específicas para organizar la atención a la insuficiencia cardiaca.

–En cuanto a tratamientos, ¿qué novedades han aparecido en los últimos años y qué resultados ofrecen?

La insuficiencia cardiaca es uno de los campos de la medicina en los que se han producido más avances. Se ha conseguido mejorar tanto el pronóstico de los pacientes

que es difícil encontrar nuevos fármacos o procedimientos que consigan reducir más la mortalidad. En cualquier caso, hay que destacar un gran avance, en particular para los afectados de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, que es el sacubitrilo-valsartán, que, comparado con los fármacos disponibles antes de su aparición, consigue disminuir aún más la mortalidad. El desafío desde el punto de vista farmacológico en estos momentos reside en conseguir que todos los médicos que tratan la insuficiencia cardiaca sepan manejar bien este nuevo fármaco. En la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada no se han producido tantos avances, no han aparecido nuevos fármacos que hayan demostrado reducir la mortalidad ni los ingresos, por lo que se trata de otro de los desafíos de futuro. Hay fármacos que están actualmente en estudio y es posible que más adelante resulten útiles.

–¿Qué papel puede ejercer el médico de atención primaria (AP) en el manejo de esta enfermedad?

El papel del médico de AP debería ser fundamental, dada la gran prevalencia de la insuficiencia cardiaca, puesto que no hay cardiólogos e internistas suficientes para atender todas las revisiones de todos los pacientes afectados por esta enfermedad. Los especialistas en cardiología o medicina interna nos centramos en determinados momentos de su evolución, como son el diagnóstico, la instauración del tratamiento, la estratificación del riesgo o el tratamiento de las descompensaciones durante los ingresos, pero cuando los pacientes están estables deben ser los médicos de AP los encargados de llevar a cabo el control. Su papel es también muy importante en la prevención de la enfermedad, controlando los factores de riesgo como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la hipercolesterolemia, etc. El problema es que el manejo de esta enfermedad es muy complejo y requiere una formación muy específica. De ahí que sea también importante que los médicos de AP que tengan más interés en esta enfermedad se integren en las unidades de insuficiencia cardiaca y trabajen en ellas junto a los especialistas hospitalarios.