

Insuficiencia Cardiaca *al día*

- ▶ Nesiritide en insuficiencia cardiaca aguda: ¿aumenta la mortalidad?
- ▶ Marcadores biológicos en el pronóstico de la ICC. Utilidad del factor de crecimiento hepatocítico y del factor de crecimiento vascular endotelial
- ▶ Insuficiencia cardiaca no diagnosticada en pacientes ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable
- ▶ ¿Mejora nebivolol la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca crónica?
- ▶ ¿Damos suficiente educación a nuestros pacientes?: adherencia al tratamiento en insuficiencia cardiaca

© De los textos: los autores, 2006



Coordinación editorial:
Jarpyo Editores
Antonio López Aguado, 4
28029 Madrid
e-mail: editorial@jarpyo.es
www.jarpyo.es

Insuficiencia cardiaca al día está patrocinado por Laboratorios Menarini, S.A.

Depósito Legal:
SVR: 42/05-R-CM
ISSN: 1885-3803

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fotográfico, dibujos o cuadros contenidos en el presente libro, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

M

uchas, y muy variadas, son las novedades, en la literatura médica, sobre insuficiencia cardíaca, que van apareciendo día a día, de modo que resulta imposible acceder a todas, sin una inversión importante de tiempo.

Pretendemos pues, por medio de este boletín, hacer una selección resumida, para estar al día, escogiendo los artículos más relevantes que han aparecido.

Hemos intentado en este nuevo número abarcar diferentes aspectos, del diagnóstico, comorbilidad, adherencia y terapia.

Para este número, hemos escogido un artículo de Martje, y colaboradores que incide en el tema de la adherencia, tema clave a la hora de plantearse buenos resultados en una enfermedad crónica tan prevalente como es la ICC.

Por otra parte, la coexistencia de bronquitis crónica e ICC no es desconocida para los internistas, comentamos por eso un interesante artículo de Rutten y colaboradores, que intenta averiguar la incidencia de IC silente en pacientes con bronquitis crónica.

Desde los primeros artículos sobre BNP y NT proBNP, se ha despertado un renovado interés sobre biomarcadores en ICC, por ello hemos incluido en este número un comentario al artículo de Lamblin y colaboradores sobre el papel del factor de crecimiento hepatocítico en IC.

En cuanto a terapéutica, hemos incluido dos artículos, uno en el que se valora los avances y efectos secundarios que supondrá la terapia con nesiritide, y un nuevo estudio sobre nebivolol que confirma los resultados del estudio Seniors, apreciándose una importante mejoría en la fracción de eyección de ventrículo izquierdo, en pacientes de más de 70 años, con IC por disfunción sistólica de ventrículo izquierdo.

Como ya se comentó en el primer número, pretendemos que este boletín sea interactivo, de modo que genere debate e incluso algún estudio, como se desprende del comentario de Francesc Formiga en este número.

Pedro Conthe
Director de IC al día

Miguel Camafort
Co-director de IC al día

Director: Dr. Pedro Conthe. **Co-director:** Dr. Miguel Camafort

Comite Editorial: Dra. Blanca Pinilla, Dr. Manuel Montero, Dr. Jordi Forteza-Rey, Dr. Jordi Casademont, Dr. José María Lobos, Dr. J Luis Palma, Dra. Ángeles Alonso, Dr. Vicente Bertomeu, Dr. JM^a Cepeda, Dr. Juan I Pérez Calvo, Dr. Francesc Formiga, Dr. Bernardino Roca, Dr. Javier García Alegría, Dr. Alfredo Michán, Dr. Manuel Méndez

Nesiritide en insuficiencia cardíaca aguda: ¿aumenta la mortalidad?

Short-term risk of death after treatment with nesiritide for decompensated heart failure

Sackner-Bernstein JD, MD; Kowalski M, MD; Fox M, MD; Aaronson K, MD, MS.
JAMA 2005;293:1900-1905

Introducción

El nesiritide (NE) es un análogo del péptido natriurético tipo B (BNP) que tiene efectos vasodilatador y diurético en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) reagudizada. Su eficacia en mejorar la disnea asociada a IC comparada con placebo ha sido puesta de manifiesto a través de varios ensayos clínicos (**VMAC**, **NSGET** y **PROACTION**). Su seguridad también parece ser mejor que la de otros inotrópicos (dobutamina) empleados habitualmente en la IC descompensada por presentar menos tendencia a producir arritmias. Sin embargo, su eficacia y seguridad superior frente al manejo convencional con terapia vasodilatadora y diuréticos no ha sido comprobada.

El objetivo principal de este meta-análisis fue evaluar el riesgo de mortalidad tras el empleo de nesiritide en pacientes con IC descompensada comparado con el manejo convencional con terapia vasodilatadora y diuréticos.

Material y métodos

Se realizó un meta-análisis de los ensayos clínicos realizados con NE hasta diciembre de 2004, incluidos en la FDA, PUBMED y en Scios INC. De los 12 ensayos encontrados, sólo tres cumplieron los criterios de randomización ciega en pacientes con IC descompensada, mortalidad a los 30 días, infusión de NE de al menos 6 horas de duración y no empleo de inotrópicos. De estos tres estudios el VMAC, NSGET y PROACTION fueron los incluidos. Las *odds-ratio* (OR) y probabilidades libres de supervivencia a los 30 días de seguimiento se evaluaron a través de un análisis de regresión de COX y de supervivencia de Kaplan-Meier, respectivamente.

Resultados

De los tres ensayos incluidos en el análisis, 485 pacientes recibieron durante la randomización nesiritide y 377, terapia convencional con diuréticos y nitroglicerina. La incidencia de mortalidad tendió a ser más elevada en el grupo de nesiritide que en el de los pacientes con terapia convencional (7,2% [35 de 485] *versus* 4,0% [15 de 377], respectivamente. La OR del meta-análisis asociada a la mortalidad por nesiritide fue de 1,74 con un intervalo de confianza al 95% de 0,97-3,12. La significación estadística fue de $p = 0,059$ (tabla i).

Conclusiones

El empleo de nesiritide en pacientes con IC reagudizada puede estar asociado a un aumento de incidencia en la mortalidad, comparado con el empleo convencional de diuréticos y nitroglicerina que se emplea en el manejo de la descompensación de la IC.

COMENTARIO

A través de este meta-análisis se pone en evidencia si el nesiritide, un vasodilatador ampliamente usado en los Estados Unidos para el tratamiento de la IC aguda, podría tener efectos deletéreos sobre la mortalidad en este tipo de pacientes. Aunque Sackner-Bernstein JD y colaboradores demuestran un aumento de frecuencia en la mortalidad a los treinta días de seguimiento, existen algunas objeciones al respecto.

Tabla I. Frecuencia de mortalidad entre los pacientes tratados con nesiritide y terapia convencional a los treinta días de seguimiento en los ensayos clínicos VMAC, PROACTION y NSEGT

Estudio	% Mortalidad con nesiritide	% Mortalidad con terapia convencional	OR	p = 0,05
NSEGT	7,1	4,8	1,48	NS
VMAC	8,6	5,5	1,56	NS
PROACTION	4,2	0,9	4,88	NS
Total	7,2	4,0	1,74	p = 0,059

En primer lugar, el poder estadístico de este estudio no ha sido demasiado grande, ya que el número de estudios incluidos para el análisis ha sido de tan sólo tres con un total de 862 pacientes. La población de estos ensayos ha sido variable en cuanto a sus características clínicas y tratamiento recibido concomitantemente a nesiritide. Por otro lado, la significación estadística no se ha alcanzado en este estudio ni se ha realizado análisis por subgrupos con la mortalidad de los ensayos incluidos. En cuanto al diseño estadístico debemos destacar que ninguno de los ensayos estaban diseñados para evaluar la mortalidad de nesiritide frente a la terapia con diuréticos y nitroglicerina. Por tanto, al basarse en un análisis retrospectivo, este estudio podría haber introducido sesgos en la interpretación de sus resultados.

En segundo lugar, las dosis de nesiritide empleadas en los tres ensayos ha sido variable y, en algunos de ellos, elevada. El nesiritide fisiopatológicamente, tiene las mismas acciones que el BNP y, por tanto, sus efectos vasodilatores y diuréticos serían los contrarios a los del eje- renina- angiotensina- aldosterona, teniendo una acción nefroprotectora. Sin embargo, su efecto secundario más frecuente es la hipotensión y este factor depende de la dosis empleada. Por tanto, este efecto deletéreo en la hemodinámica renal podría

ser debido más bien a la posología empleada del fármaco que a las acciones biológicas de nesiritide.

En tercer lugar, el registro más amplio realizado en IC aguda hasta la fecha (ADHERE) con más de 100.000 pacientes incluidos no ha demostrado aumento de mortalidad con nesiritide. Sin embargo, el empleo de otros fármacos también ampliamente utilizados, como los diuréticos, no ha demostrado tener efectos favorables en la supervivencia de los pacientes tratados. Es más, algún estudio clínico demuestra que las dosis elevadas de furosemida iv se acompañan de activación neurohormonal y empeoramiento del pronóstico.

Por tanto, de los hallazgos expuestos podemos concluir que este meta-análisis demuestra que el nesiritide no debería ser fármaco de primera elección en el tratamiento de la IC aguda. Como bien reconocen los autores, hay en marcha ensayos clínicos randomizados cuyos resultados, junto con próximos ensayos, evaluarán los efectos de nesiritide y de la terapia diurética con nitroglicerina sobre la mortalidad de la IC aguda.

Manuel Méndez — Médico internista.

Marcadores biológicos en el pronóstico de la ICC. Utilidad del factor de crecimiento hepatocítico y del factor de crecimiento vascular endotelial

Prognostic significance of circulating levels of angiogenic cytokines in patients with congestive heart failure

Lamblin N, Sophie S, Dagorn J, MD, Mouquet F, Jude B, Van Belle E, et al.
Am Heart J 2005; 150: 137-143.

En este artículo, original de Lamblin *et al.*, se evalúa la utilidad como marcador pronóstico de los niveles plasmáticos de dos citoquinas angiogénicas, el factor de crecimiento hepatocítico (*Hepatocyte growth factor, HGF*) y el factor de crecimiento vascular endotelial (*vascular endothelial growth factor, VEGF*) en la insuficiencia cardíaca (IC).

Los autores midieron las concentraciones sanguíneas de HGF y VEGF en una cohorte de 529 pacientes ingresados de forma consecutiva en una unidad especializada en insuficiencia cardíaca. Se pretendía analizar la correlación entre los niveles de estos marcadores y la gravedad y evolución de la IC. Se realizó un seguimiento medio de 988 días.

La concentración de HGF se correlacionó con la edad, con la presencia de diabetes y con la gravedad de la IC. Igualmente, aquellos pacientes con mayores niveles de HGF (1001 pg/ml) mostraron una peor evolución que los que tenían concentraciones más bajas (773 pg/ml). Mediante técnicas de análisis multivariante se estimó que una concentración de HGF superior a 802 pg/mL se asociaba con un incremento de la mortalidad cardiovascular (razón de riesgo = 1,85, 95% CI = 1,09-3,13, $p = 0,02$). Otras variables que retenían una asociación significativa en el análisis multivariante fueron el BNP, el consumo máximo de oxígeno y la etiología isquémica. Las concentraciones de VEGF no mostraron diferencias significativas con ninguno de los parámetros anteriores. Los autores concluyen que las concentraciones de HGF se correlacionan con la gravedad de la IC y se asocian con un incremento de mortalidad cardiovascular en el seguimiento.

COMENTARIO

Disponer de marcadores informativos y seguros en un síndrome complejo, como es la IC, es de gran valor para los médicos clínicos. A las herramientas tradicionales de evaluación (anamnesia, exploración física, ECG, ecocardiograma) se han incorporado en fechas más recientes algunos marcadores biológicos interesantes, como el BNP y ¿NT pro-BNP? Otros biomarcadores son objeto en la actualidad de un intenso estudio. Así ocurre con las troponinas, endotelina 1, cistatina y PCR, que pueden tener valor en el contexto de la IC.

Las concentraciones sanguíneas de HGF se correlacionaron directamente con la gravedad (grado de la clasificación NYHA, fracción de eyección) y la mortalidad por IC en una cohorte de pacientes.

¿Qué importancia puede tener esta observación, desde el punto de vista fisiopatológico? El HGF es una citoquina implicada en la mitogénesis, angiogénesis, morfogénesis, metastatización tumoral, movilidad celular y crecimiento por medio de la activación de una tirosín-quinasa de la membrana celular, a través del receptor c-Met. A través de estas acciones puede estar implicada en los procesos de remodelado vascular. De hecho, en pacientes con IAM las concentraciones de HGF son predictivas de un remodelado patológico.

El HGF tiene una potente acción antiapoptótica. De hecho, se ha puesto de manifiesto en estudios sobre modelos celulares que el HGF incrementa la expresión de proteínas de la familia Bcl de los miocitos humanos y es sabido que

estas proteínas interrumpen la cascada de apoptosis mediada por las caspasas.

Se cree que el HGF puede ser un buen marcador de apoptosis cardiomiocitaria y, por tanto, expresión de un remodelado activo en pacientes con IC con mayor riesgo de sufrir una evolución adversa.

Finalmente, los autores sugieren que los pacientes con IC podrían beneficiarse de una evaluación mediante multibiomarcadores. Es muy atractivo pensar que cada uno de ellos sería la expresión de los diferentes componentes fisiopatológicos implicados en un síndrome tan complejo como es la IC.

La lectura del editorial sugiere, a mi juicio, una última reflexión adicional. En la búsqueda de marcadores pronósticos con utilidad real en la práctica clínica lo que realmente les confiere solidez es el vínculo fisiopatológico entre marcador y enfermedad. Es decir, la existencia de una relación plausible entre ambos. Dando la vuelta al argumento se comprende mejor la importancia que el conocimiento profundo de los mecanismos celulares de respuesta y adaptación tiene en la práctica clínica.

Cada día es más patente la importancia y relación entre las ciencias básicas y las clínicas.

Juan I Pérez Calvo — Médico Internista

Insuficiencia cardíaca no diagnosticada en pacientes ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable

Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease

Rutten FH, Cramer MJM, Grobbee DE, Sachs AP, Kirkels JH, Lammers JWJ, Hoes AW. *European Heart Journal* 2005; 26: 1887-18894

Introducción

Aunque, tanto la insuficiencia cardíaca como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son dos enfermedades ampliamente estudiadas, son escasos los trabajos que evalúan la presencia de insuficiencia cardíaca en pacientes diagnosticados previamente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se han descrito porcentajes de entre el 20-30% de insuficiencia cardíaca en estudios en pacientes evaluados en el momento de una exacerbación de su enfermedad pulmonar.

Objetivo

Establecer la prevalencia de insuficiencia cardíaca, no diagnosticada, en pacientes ancianos, con diagnóstico previo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en fase estable.

Métodos

Participantes

Se evaluaron 405 pacientes, mayores de 65 años, clasificados según su médico de cabecera como pacientes afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y sin que existiese, en ninguno de ellos, el diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca.

Procedimientos diagnósticos

Se les realizó una historia clínica detallada y una exploración física completa, seguidas por una radiografía de tórax y un electrocardiograma. También se les practicó a todos ellos un ecocardiograma, así como una espirometría forzada completa.

Con dicha información el diagnóstico final de insuficiencia cardíaca fue validado por un grupo de expertos compuesto por dos cardiólogos, un neumólogo y un médico de familia basándose para ello en los criterios de la *European Society of Cardiology*. Se definió la insuficiencia cardíaca sistólica cuando la fracción de eyección era menor del 46%.

Por otra parte, el diagnóstico final de enfermedad pulmonar obstructiva crónica se hizo en base de los criterios GOLD (*global initiative for chronic obstructive pulmonary disease*).

Estudio estadístico

Se realizó, básicamente, estadística descriptiva. Se definió la prevalencia como el número de casos de insuficiencia cardíaca dividido por el número de participantes.

Resultados

La edad media de los participantes era de 73 años, siendo varones un 55% de los pacientes.

En 83 pacientes se diagnosticó la existencia de una insuficiencia cardíaca, que no era previamente conocida (prevalencia, 20,5%). De ellos, en 33 sólo existía clínicamente insuficiencia cardíaca, mientras que en los 50 restantes coexistía dicho diagnóstico con el de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

De los 83 pacientes con insuficiencia cardíaca, en 42 era por disfunción sistólica y en 41 era por disfunción diastólica.

En total, 244 (61,2%) de los pacientes cumplían los criterios GOLD para enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Otros diagnósticos fueron asma, bronquiectasias, tuberculosis antigua y alveolitis.

Conclusiones

La existencia de insuficiencia cardíaca, no diagnosticada, es muy frecuente en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, evaluados en fase estable de la enfermedad. Es básico intensificar la cooperación entre médicos de cabecera, neumólogos, cardiólogos e internistas, para mejorar la detección de la insuficiencia cardíaca y, con ello, mejorar el manejo de los pacientes.

COMENTARIO

Es evidente que la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituyen dos de las enfermedades más comunes en los pacientes ancianos y cuyas descompensaciones más ingresos motivan, ocurriendo éstos muy frecuentemente en los servicios de medicina interna.

Frecuentemente hemos visto el problema desde el otro lado evaluando la existencia de comorbilidad en el paciente con insuficiencia cardíaca. Así, en el amplio registro de la insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna (estudio SEMI-IC) se reflejaba que, aproximadamente un 30% de los pacientes con insuficiencia cardíaca, también

estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es por ello que el trabajo comentado me parece muy interesante por su originalidad y, por otra parte, por su sencillez, que permite que lo podamos reproducir, si estamos interesados, en nuestro ámbito. Se evalúan los pacientes que solemos ver en la práctica clínica diaria, pacientes con elevada edad e importante comorbilidad.

Realmente no sorprende la coexistencia de ambas enfermedades, que podrían tener en el tabaco un factor de riesgo común, especialmente en los pacientes con insuficiencia cardíaca de origen isquémico.

Es evidente que debemos intensificar esfuerzos para diagnosticar bien a nuestros pacientes y, en un futuro, herramientas como el péptido natriurético quizás puedan ayudar, especialmente en los casos en que sea difícil acceder al ecocardiograma.

También, y de manera colateral, debe destacarse que en un 32% el diagnóstico final fue diferente de la insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo principalmente de asma.

Francesc Formiga — Médico Internista

¿Mejora el nebivolol la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca crónica?

Effects of nebivolol on left ventricular function in elderly patients with chronic heart failure: results of the ENECA study

Istvan Edes, Zbigniew Gasior, Krystian Wita.

European Journal of Heart Failure. 2005 Vol. 7. Núm. 4. Pág. 631

¿Mejora el nebivolol la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca crónica?

Esta es la pregunta que se plantean los investigadores del estudio ENECA (*efficacy of nebivolol in the treatment of elderly patients with chronic heart failure as add-on therapy*), para intentar averiguar si, del mismo modo que otros beta-bloqueantes, nebivolol es capaz de mejorar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, en aquellos pacientes que la tienen deprimida, con la particularidad de que se lo plantean en pacientes de más de 65 años.

Objetivo

Los investigadores del estudio ENECA se proponen valorar efecto del nebivolol añadiéndolo a la terapia estándar de pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca crónica, y con una función ventricular de VI deprimida. Se planteó el estudio en este grupo de pacientes dado que la mayor parte de los estudios están hechos con pacientes menores de 65 años.

Material y métodos

Se trata de un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego, con grupo placebo y grupo control, en tratamiento con nebivolol a dosis crecientes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes hospitalizados o atendidos en consultas, por insuficiencia cardíaca, con una edad mayor de 65 años, con clase funcional de la NYHA II, III o IV, Fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 35%, y con tratamiento previo para la insuficiencia cardíaca (IECA o ARA II, y/o digital) sin cambios en las últimas 2 semanas.

Los criterios de exclusión fueron: infarto agudo de miocardio en los 3 meses previos, intervención coronaria percutánea y/o cirugía coronaria el mes previo, miocardiopatía hipertrófica u obstructiva, cardiopatía congénita o valvular hemodinámicamente relevante, taquiarritmia de más de 100x' resistente al tratamiento, bradicardia mayor de 50 x'; asimismo se excluyeron aquellos pacientes que habían recibido durante el mes previo betabloqueantes o presentaban intolerancia o alergia a nebivolol.

Se planteó como objetivo primario el aumento en la elevación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo después de 8 meses con nebivolol, midiendo la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) por 2 observadores independientes a doble ciego al mes y a los 7, 9 y 11 meses.

Los objetivos secundarios fueron valorar otros parámetros de eficacia y seguridad, como fueron cambios en el estadio clínico, calidad de vida (según el cuestionario Minnesota living with heart failure), hospitalizaciones, supervivencia y parámetros de seguridad (efectos adversos, constantes y análisis).

Resultados

Se incluyeron 354 pacientes, de los cuales se excluyeron 94 por no cumplir criterios o por deficiencias en la calidad de la ecocardiografía, quedando un total de 260 pacientes de los cuales un total de 134 fueron tratados con nebivolol y 126, con placebo. Se realizó seguimiento durante unos 12 meses. Se valoró la FEVI en ambos grupos, con controles al mes y a los 7, 9 y 11 meses aunque, de acuerdo con el objetivo primario, se valoraron los cambios a los 8 meses. Los valores iniciales de FEVI fueron de 25,41 +/- 7,09% en grupo de nebivolol frente a 26,41 +/- 5,41% en el grupo

placebo. El aumento observado de la FEVI fue significativamente superior ($p 0,027$) en el grupo de nebivolol ($6,51 \pm 9,15\%$) que en el grupo placebo ($3,97 \pm 9,20\%$) con un aumento relativo, es decir, el porcentaje de aumento sobre las cifras en la visita inicial, del $35,7 \pm 57,62\%$ en el grupo de nebivolol, frente a un $19,49 \pm 40,96\%$ en el grupo control ($p 0,008$). El análisis de diferentes subgrupos no mostró diferencias, aunque el mayor beneficio se observó en varones, sin antecedentes de IAM y con frecuencia cardíaca inferior a 75 latidos (figura 1).

No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos en relación con los objetivos secundarios.

Conclusiones

Los resultados del estudio ENECA confirman que nebivolol aumenta de forma significativa la función sistólica miocárdica en ancianos con IC crónica por disfunción sistólica y, asimismo, ha demostrado ser seguro y bien tolerado en este grupo de pacientes.

COMENTARIO

El estudio SENIORS demostró la eficacia de nebivolol en el tratamiento de la IC de los ancianos, independientemente de la fracción de eyección de los pacientes.

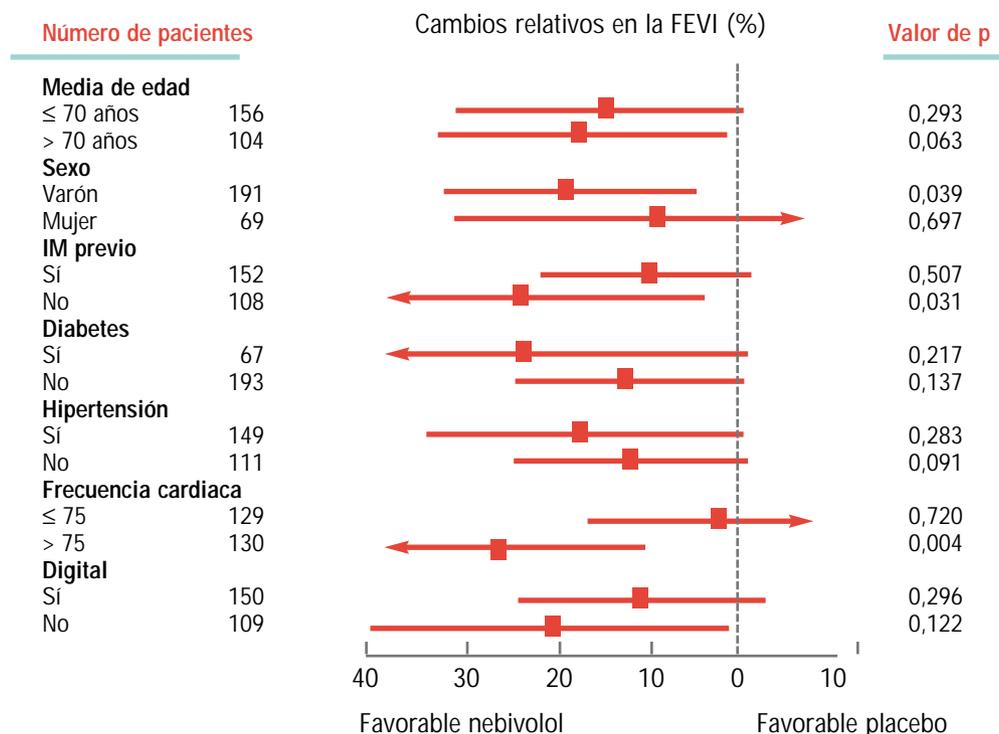
En estudios previos, otros betabloqueantes, como atenolol, metoprolol, bucindolol y carvedilol, han demostrado, que el tratamiento betabloqueante puede producir un aumento en la FEVI cuando ésta se halla deprimida, como consecuencia del bloqueo neurohumoral. Este efecto podría explicar, en parte, los efectos beneficiosos de los betabloqueantes.

Estos estudios con base ecocardiográfica cuentan habitualmente con un número reducido de pacientes. De los estudios realizados hasta el momento, el estudio ENECA es el segundo estudio en número de participantes. Además, de los estudios realizados hasta el momento, ninguno de ellos está dirigido específicamente a pacientes mayores de 65 años, por lo que el estudio ENECA también es innovador en este aspecto.

En la línea de lo demostrado en el estudio SENIORS, nebivolol mejora la fracción de eyección en un 16,21% más que la terapia estándar, ya al cabo de 8 meses. Además, este incremento se produjo sin afectar ni a la calidad de vida ni otros parámetros de seguridad. Nebivolol muestra, además, mejorar la FEVI en aquel subgrupo de pacientes con ICC y con peor pronóstico, es decir, aquellos que presentan una FEVI menor del 35 %.

Miguel Camafort Babkowski — Médico Internista

Figura 1. Efectos del tratamiento sobre los cambios relativos en la FEVI, en diferentes subgrupos.



¿Damos suficiente educación a nuestros pacientes?: adherencia al tratamiento en insuficiencia cardíaca

Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs

Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ.
European Heart Journal, 17 October 2005

Introducción

La baja adherencia terapéutica de los enfermos con insuficiencia cardíaca (IC), ya sea farmacológica o dietética, es la segunda causa de rehospitalización en pacientes con IC, sólo superada por la cardiopatía isquémica. El objetivo de este estudio fue averiguar:

- 1.Cuál es la frecuencia de una buena adherencia terapéutica en pacientes con IC.
- 2.Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad en los pacientes con IC.
3. Qué grado de convencimiento existe en cuanto a una buena adherencia a la dieta y al tratamiento farmacológico.
4. Qué variables están asociadas a una buena adherencia.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal, llevado a cabo en pacientes hospitalizados, consecutivamente, desde los años 2002 a 2005, en el Sistema Sanitario de Holanda, y que formaban parte del registro *Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counselling in HF* (COACH).

Durante el ingreso los pacientes debían presentar IC descompensada confirmada ecocardiográficamente y, asimismo, debían recibir tratamiento diurético al alta.

Debían contestar a cuestionarios como el *Revised Heart Failure Compliance Scale*, *Dutch HF Knowledge Scale* y el *HF Belief Scale* para indagar el grado de cumplimiento terapéutico en cuanto a la dieta, medicación, ejercicio y control de peso. También se consideraron variables como la edad, sexo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, IC previa, nivel educativo, estado civil y síntomas depresivos utilizando la escala de CES-D. Se realizó un análisis bivariable empleando "t" de Student y Chi-cuadrado con análisis de regresión logística.

Resultados

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Se incluyeron 1.500 pacientes, de los cuales 528 se encontraban en tratamiento con diuréticos y 27 pacientes no completaron el cuestionario. De los 501 pacientes la edad media fue de 72 años con un 40% de mujeres, y un 41% presentaban criterios de depresión asociada.

Tasa de adherencia

El 72 % de los pacientes fueron buenos cumplidores, un 98,6% de los pacientes refirieron tomar adecuadamente la medicación, tan sólo un 65% refirieron tener problemas al seguir una dieta baja en sodio. Solamente un 35% de los enfermos se pesaban y un 39% realizaban ejercicio físico regular.

Grado de conocimiento de la IC

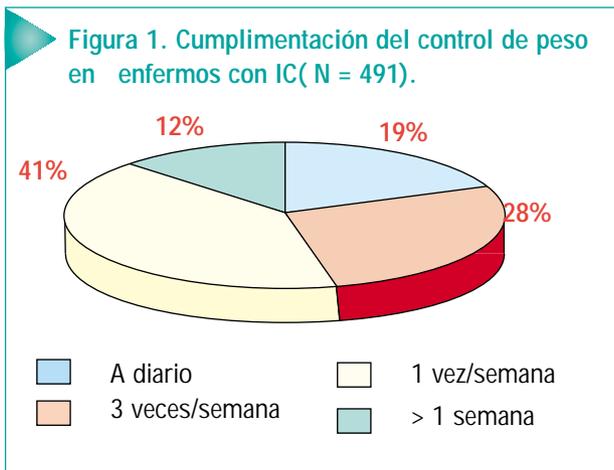
Los pacientes obtenían bajas puntuaciones en cuanto a la frecuencia de control de peso, como puede observarse en la figura 1. También destacó un déficit de conocimiento en las causas de reagudización de la enfermedad. Por ejemplo, sólo un 30% de los enfermos sabían que un catarro puede descompensar la enfermedad.

Barreras para llevar a cabo una buena adherencia a la medicación y la dieta

Las barreras más importantes para seguir tomando la medicación y la dieta fueron: tenerse que levantarse por la noche para orinar (58%), problemas para tomar diuréticos estando fuera de casa (46%), el sabor insípido de las comidas (53%) y la imposibilidad de comer fuera de casa (32%).

Factores asociados a la adherencia

Los pacientes cumplidores presentaron menor tendencia a tener depresión y más nivel educativo. Los pacientes más jóvenes, con mayor conocimiento de la enfermedad, se controlaban el peso con más regularidad. En el análisis



multivariante, la presencia de síntomas de depresión y el beneficio de la medicación fueron los factores independientes más asociados a la adherencia (tabla I).

Conclusiones del estudio

1. La adherencia terapéutica en enfermos con IC fue elevada en cuanto a la medicación; sin embargo, la adherencia en otras medidas, como el control de peso, dieta hiposódica y ejercicio físico, fueron bajas.
2. La mayor parte de los pacientes con IC desconocen cuáles son sus síntomas de descompensación de IC y para que sirva seguir una monitorización del peso, restricción hídrica o una dieta baja en sal.
3. El personal sanitario debe intentar aumentar, no sólo el grado de conocimiento del paciente, sino también acrecentar su convencimiento en el autocuidado como una forma de mejorar de la enfermedad. Por ejemplo, no sólo sirve enseñar al enfermo a realizar un control de peso, sino que el aumento del mismo conlleva un cambio de actitud para evitar una descompensación de su IC como ajustar su dosis de diurético.

COMENTARIO

Existen pocos artículos en la literatura científica que revisen el problema de la adherencia terapéutica en enfermos con IC, siendo este artículo de Marte HL *et al.*, uno de los más

importantes publicados hasta el momento. La problemática de la adherencia terapéutica es todavía más importante desde que Ehradt *et al.*, dieran a conocer que la mala adherencia al tratamiento es la segunda causa de reingreso, en enfermos con IC. Tal vez, esta elevada frecuencia de mala adherencia se ve todavía más acusada en pacientes con edades avanzadas (>75 años), muchos de los cuales presentan poca capacidad de autocuidado (disfunción cognitiva, baja posibilidad para la deambulación o el control de peso por comorbilidad asociada (por ej., artropatía).

En este aspecto, dicho estudio es todo un acierto en intentar identificar cuáles son las barreras y factores asociados a la cumplimentación para modificarlos a través de programas de asistencia multidisciplinar para con IC. Así, programas de gestión de la enfermedad basados en enfermería, en el ámbito intrahospitalario o extrahospitalario, pueden llegar a mejorar el grado de conocimiento y modificar los hábitos del enfermo.

Sin embargo, existen una serie de aspectos que sorprenden en los resultados del estudio. El alto grado de adherencia a la medicación sorprende en cuanto a que se ha medido a través de un cuestionario, cuando la medida más exacta es el recuento de comprimidos. Tal vez exista una sobreestimación de buenos cumplidores, al sesgar a la población con IC, al tener que contestar un cuestionario. Probablemente, pacientes más ancianos que presenten déficit sensoriales importantes y déficit cognitivos severos no hayan sido incluidos en el estudio y requieran para valorar su cumplimentación otras variables de medida, como son el empleo de pastilleros, el grado de soporte social y el escenario de seguimiento de la enfermedad.

El estudio de Martje HL identifica factores relacionados con la mala adherencia del paciente. Tal vez se requieran nuevos estudios de intervención para la mejoría de la cumplimentación en cuanto al sistema sanitario (programas de atención al enfermo con IC basados en enfermería y atención primaria) y, en cuanto al régimen de tratamiento (disminuir el número de pastillas que debe tomar el paciente al día, empleo de pastilleros, etc.), por lo que se desprende que, tras este brillante estudio, nos queda mucho por hacer para mejorar el tratamiento del enfermo con IC.

Manuel Méndez — Médico Internista

Tabla I. Análisis de regresión logística de los factores más asociados a la adherencia terapéutica en enfermos con IC.

	Odds-ratio	I. confianza (95%)	Significación estadística
Bajo nivel educativo	2,23	(1,19-4,17)	P = 0,01
Beneficio de la medicación	1,55	(0,99-2,38)	P < 0,01
Síntomas depresivos	0,53	(0,35-0,78)	P < 0,01

NOTICIAS DEL GRUPO DE IC DE LA SEMI:

Durante el pasado congreso de Lanzarote se presentaron 7 comunicaciones orales y 45 posters en el apartado de IC. Se dieron a conocer asimismo resultados del estudio BNP en fracción de eyección preservada, DINAMI, y ATICA entre otros.

Continúan en marcha, el estudio ATICA, que valora la adherencia terapéutica, estando cerrado el reclutamiento y pendiente de concluir el seguimiento; el estudio GESAIC, que valora el significado de anemia en la IC, también se puso en marcha en octubre de 2005 y concluirá el reclutamiento a principios de 2006; y por último el estudio BETANIC, que valora los betabloqueantes en ancianos, también ha comenzado el reclutamiento.

Del 23 al 25 de febrero de 2006, se celebrará la VIII reunión del grupo en Barcelona, donde se discutirán, también, nuevos proyectos.

Os esperamos

VIII Reunión de Insuficiencia Cardíaca Barcelona, 23-25 de febrero 2006 World Trade Center

Jueves 23 febrero:

16:00-19:00 h	Curso Interactivo Diálogos en insuficiencia cardíaca <i>Dirigido a residentes de la especialidad y médicos de Atención Primaria</i>
17:00-18:00 h	Presentación pósters aceptados
18:00-19:00 h	Reunión grupo de IC
19:00-20:00 h	Estudios en marcha del grupo de insuficiencia cardíaca Conferencia: Diuréticos en IC
20:00-20:45 h	Conferencia de clausura IC: Apuntes históricos e ideas de futuro
20:45 h	Inauguración oficial Copa de bienvenida

Viernes 24 febrero:

09:00-11:00 h	Mesa Redonda El paciente con IC y el Internista: problemas reales <ul style="list-style-type: none">• IC aguda• Bloqueo neurohormonal en IC: pronóstico y calidad de vida
---------------	--

- Anemia en IC
- Manejo de la IR en el paciente con IC

11:00-11:30 h Pausa-Café

11:30-12:30 h Debate

Vía clínica vs Unidades de IC en M.I.

12:30-14:00 h

Casos interactivos
Enviados por participantes del Grupo IC
y con discusión de los panelistas

14:00-16:00 h

Almuerzo de trabajo

16:00-18:00 h

Mesa Redonda
¿Qué ha cambiado el último año en IC?

- Ejercicio físico e IC: de la prevención a la
rehabilitación
- Estatinas e IC
- Últimos estudios farmacológicos
- Alternativas terapéuticas

18:00-18:30 h

Pausa-Café

18:30-19:30 h

Conferencia de clausura