

Avances en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca

Avances en la evaluación diagnóstica y terapéutica de la insuficiencia cardíaca. Del tratamiento tónico-deplectivo al trasplante celular y la regeneración miocárdicaXavier Bosch^a, Fernando Alfonso^b y Javier Bermejo^c

Editores de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

Desde el modelo cardiorrenal de los años cincuenta al hemodinámico de los sesenta, el neurohormonal de los ochenta y al actual modelo genético y molecular, el grado de conocimiento de la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca (IC) ha aumentado notablemente. No obstante, todavía sigue siendo difícil definir este síndrome y establecer su diagnóstico, tanto en estudios poblacionales como en la práctica médica diaria. Por otro lado, aunque su tratamiento ha mejorado de forma considerable en los últimos años, esta enfermedad continúa creciendo y teniendo una elevada mortalidad. Además, la mejoría del tratamiento de los síndromes coronarios agudos con la consiguiente disminución de la mortalidad ha hecho aumentar el número absoluto de pacientes con disfunción ventricular y con IC, con el consiguiente progresivo incremento de los reingresos hospitalarios. Por ello, esta enfermedad se ha convertido en uno de los focos principales de atención entre las enfermedades cardiovasculares.

UNA NUEVA EPIDEMIA CARDIOVASCULAR

La IC es, pues, una enfermedad frecuente y grave que comporta un elevado coste sociosanitario. Sus causas principales son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, y aumenta claramente con la edad; así, es 2 veces más frecuente en los individuos hipertensos y 5 veces mayor en los que han tenido un infarto de miocardio¹.

A pesar de que la mejoría en la prevención primaria y secundaria observada en los últimos años ha logrado estabilizar la incidencia de esta enfermedad, continúa siendo una enfermedad con un pronóstico adverso. Así, tanto el estudio de Framingham como estudios epidemiológicos recientes han descrito mortalidades

de alrededor del 50% una vez se ha diagnosticado. Aun reconociendo que la implantación de nuevos tratamientos, como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) y los bloqueadores beta, ha disminuido la mortalidad de estos pacientes y a pesar de que las mejorías recientes en la detección precoz de esta enfermedad pueden hacer cambiar estas cifras, en la actualidad el pronóstico es parecido al del cáncer y peor que el de la enfermedad coronaria. Por ello, es la tercera causa de muerte cardiovascular, por detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular²⁻⁴, especialmente entre las mujeres.

Su prevalencia es del 1% entre los individuos de más de 40 años, aumenta de forma exponencial con la edad y alcanza al 10% de la población a partir de los 70 años. Por ello, la edad media de estos pacientes es elevada. Además, la prevalencia está aumentando debido a que su incidencia se mantiene constante, ha disminuido ligeramente la mortalidad y, en especial, ha aumentado de forma notable la expectativa de vida de la población al mejorar el tratamiento de enfermedades agudas con una elevada mortalidad, como el infarto de miocardio. Como consecuencia de todo ello, la IC es también la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años, por delante de la enfermedad coronaria y del ictus¹, especialmente entre las mujeres. Así, alrededor de un tercio de todos los nuevos casos son hospitalizados en los 12 meses siguientes. Este aumento de la prevalencia y de las hospitalizaciones por IC hace de esta afección una de las denominadas nuevas epidemias cardiovasculares⁵.

Por otro lado, la IC diastólica es tan frecuente como la sistólica y ocurre con mayor frecuencia en las personas de mayor edad, las mujeres y en pacientes con hipertensión arterial. A pesar de las aparentes diferencias en la fisiopatología de estos dos tipos de IC, tanto el pronóstico de estos pacientes como el número de rehospitalizaciones y el consabido gasto sociosanitario son parecidos^{6,7}.

^aEx Editor Jefe. ^bEditor Jefe. ^cEditor AsociadoCorrespondencia: Revista Española de Cardiología.
Sociedad Española de Cardiología
Ntra. Sra. de Guadalupe, 5-7. 28028 Madrid. España.Full English text available at: www.revespcardiol.org

Por ello, el control de los factores de riesgo coronarios y de la hipertensión es el único medio para controlar el progresivo aumento de la IC.

NECESIDAD DE UNA NUEVA PUESTA AL DÍA

Dadas la gravedad de esta enfermedad y sus enormes repercusiones sociosanitarias, es imprescindible que todos los médicos que atienden a pacientes con IC conozcan los múltiples opciones terapéuticas de las que se dispone actualmente, así como los mejores métodos de detección; esto último es particularmente importante, ya que los beneficios del tratamiento y la prevención de la IC son tanto mayores cuanto más precoz es el diagnóstico.

Por fortuna, en los últimos 20 años hemos acumulado una gran cantidad de datos procedentes de ensayos clínicos que nos permiten tratar mejor a estos pacientes. Sin embargo, el tratamiento de la IC continúa siendo un reto y ya no basta con la simple prescripción de digitálicos y diuréticos. La medicación ha evolucionado mucho e incluye los vasodilatadores, los IECA, los ARA-II, los bloqueadores beta, los antagonistas de la aldosterona y diversas combinaciones de fármacos⁸. Por tanto, los tratamientos son ahora más complejos, abordan tanto el tratamiento de la enfermedad en sí como el de sus frecuentes complicaciones y la prevención de su progresión, y exigen una valoración de los matices, a veces sutiles, que tiene el tratamiento en cada período de la enfermedad.

Resulta evidente que nos hallamos ante un nuevo cambio en el tratamiento de los pacientes con IC, el cual está basado en la prevención primaria y un diagnóstico precoz que nos permita aplicar tratamientos que impidan el remodelado ventricular y frenen la progresión y la mala evolución de esta enfermedad. Además, hoy día empleamos un espectro mucho más amplio de estrategias terapéuticas, farmacológicas y, especialmente, no farmacológicas, como la cirugía, la estimulación cardíaca y el tratamiento de las arritmias, así como estrategias ambulatorias de tratamiento para prevenir los reingresos hospitalarios.

En la presente Puesta al Día que, con este número, inicia REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, se proporciona la información más actualizada disponible hoy día sobre estos temas, con la confianza de que tanto los médicos como los pacientes se benefician de estos conocimientos. No se ha intentado cubrir todos los aspectos, sino únicamente los más novedosos. El primer capítulo, que se publica con este número, aporta datos epidemiológicos básicos que resultan imprescindibles para comprender la importancia actual de esta enfermedad y las tendencias en el futuro próximo. Posteriormente se profundiza en aspectos importantes de su fisiopatología y correcto diagnóstico, imprescindibles para comprender su mejor tratamiento. Por desgracia, a pesar de lo común de esta enfermedad, su

evaluación diagnóstica y terapéutica deja todavía mucho que desear en la práctica clínica diaria, donde en demasiadas ocasiones se resume al mal llamado, por totalmente desfasado, tratamiento «tónico-deplectivo». Varios estudios han puesto de manifiesto esta distancia entre la evidencia científica y la práctica médica⁹. Por ello, el aspecto del tratamiento es el que más se profundiza en esta serie, tanto el farmacológico como, sobre todo, el no farmacológico, con especial hincapié en la necesidad de la intervención multidisciplinaria. Por último, se revisarán los últimos resultados obtenidos con las distintas técnicas de regeneración miocárdica, tanto por medio del trasplante de células pluripotenciales como con la estimulación de su desarrollo en el miocardio, intervenciones que en muy poco tiempo han pasado de ser una entelequia a una cada vez más próxima realidad.

Esperamos que esta visión resulte estimulante y útil, y ayude a abandonar los viejos paradigmas del tratamiento de la IC.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:163-70.
- MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JWT, Boyd J, Finlayson A, et al. Evidence of improving prognosis in heart failure. Trends in case fatality in 66547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation* 2000;102:1126-31.
- Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MK, Ho KKL, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:1397-402.
- Boix Martínez R, Almazán Isla J, Medrano Albero MJ. Mortalidad por insuficiencia cardíaca en España, 1977-1998. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:219-26.
- McCullough PA, Philbin EF, Spertus JA, Kaatz S, Sandberg KR, Weaver WD. Confirmation of a heart failure epidemic: findings from the Resource Utilization Among Congestive Heart Failure (REACH) study. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:60-9.
- Martínez-Sellés M, García Robles JA, Prieto L, Frades E, Muñoz R, Díaz Castro O, et al. Características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca según el estado de su función ventricular. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:579-86.
- Ojeda S, Anguita M, Muñoz JF, Rodríguez MT, Mesa D, Franco M, et al. Características clínicas y pronóstico a medio plazo de la insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada. ¿Es diferente de la insuficiencia cardíaca sistólica? *Rev Esp Cardiol* 2003;56:1050-6.
- Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2001;38:2101-13.
- García Castelo A, Muñiz García J, Sesma Sánchez P, Castro Beiras A. Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL). *Rev Esp Cardiol* 2003;56: 49-56.