

## Grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección deprimida en consultas de cardiología

Subanálisis del estudio ICCAR (Estudio epidemiológico del manejo clínico y terapéutico de la Insuficiencia Cardíaca en consultas de Cardiología de España). Aval de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria de la SEC. Patrocinio no condicionado de Laboratorios Almirall.

### Sr. Editor:

El tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II), bloqueadores beta (BB) y antialdosterónicos (AA) mejora el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca y función sistólica deprimida, por lo que las guías de práctica clínica lo recomiendan en ausencia de contraindicaciones<sup>1,2</sup>. El grado de adherencia a estas recomendaciones en España es desconocido. El estudio ICCAR (Estudio epidemiológico del manejo clínico y terapéutico de la Insuficiencia Cardíaca en consultas de Cardiología), de diseño transversal y multicéntrico, analizó en octubre de 2005 el tratamiento farmacológico de 905 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca<sup>1</sup>. Participaron 227 cardiólogos y estaban representadas todas las comunidades autónomas españolas.

Para cada fármaco se analizó si estaba indicado<sup>1</sup> o contraindicado/no tolerado, según criterio del investigador. En los AA se consideró indicación correcta si la clase funcional era o había sido NYHA III. Asumiendo la combinación de IECA y ARA-II

como una unidad de tratamiento, se definió adherencia «adecuada» si recibían los tres fármacos (IECA o ARA-II, BB y AA), «moderada» cuando recibían dos y «baja» cuando recibían uno o ninguno. No utilizar un fármaco indicado pero contraindicado/no tolerado se consideraba adherencia «adecuada».

Presentamos los resultados del subgrupo de pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección de ventrículo izquierdo deprimida (n = 561; el 73,2% varones; media de edad, 67,1 ± 11,2 años).

Los pacientes que recibían cada fármaco fueron: IECA o ARA-II, el 86,8%; BB, el 71,1%, y AA, el 40,8%. Las adherencias fueron adecuada, moderada y baja en el 38,7, el 38,5 y el 22,8% respectivamente. No hubo diferencias en la adherencia entre sexos o clases funcionales en el momento de la consulta. Sin embargo, el porcentaje de adherencia adecuada aumentaba según empeorase la clase funcional previa (el 55,3% en NYHA IV frente al 45% en NYHA III frente al 17,9% en NYHA II o ninguno en NYHA I; p < 0,0001). Durante la consulta, aumentaron los tratamientos con ARA-II un 16,4%; con BB, un 8,6%, y con AA, un 6,6%. Con IECA disminuyó un 12,1%, aunque el combinado de IECA o ARA-II no tuvo modificaciones, lo que indica que el incremento en ARA-II es por reducción de IECA, probablemente por intolerancia.

En el estudio ICCAR, el porcentaje de pacientes que recibieron IECA o ARA-II, BB y AA fue ligeramente superior que en otros estudios europeos y españoles<sup>3,4</sup>.

El estudio Mahler<sup>5</sup> mostró que la adherencia al tratamiento farmacológico reducía hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Conocer el grado de adherencia es importante para establecer estrategias de mejora.

Nuestro estudio, a diferencia de otros<sup>3</sup> que sólo recogen el porcentaje de pacientes con cada fármaco, analizó si el fármaco no utilizado estaba contraindicado. Este análisis parece más adecuado, ya que los pacientes con insuficiencia cardíaca en la clínica diaria tienen más comorbilidades que los participantes en ensayos clínicos<sup>6</sup>, lo que podría contraindicar algunos fármacos.

La adherencia fue mayor en pacientes con historia previa de peor grado funcional y hubo un 22% de adherencia baja. Ambos aspectos son mejorables. Es necesario iniciar el tratamiento en fases precoces de la enfermedad y evitar que los pacientes, en ausencia de contraindicaciones, no reciban los fármacos indicados.

Una limitación de este estudio es que la elección de los cardiólogos no fue aleatorizada, sino una muestra de conveniencia no planificada, diseño que se emplea con frecuencia en estudios similares. Se realizó a finales del 2005 y, aunque puede no re-

flejar bien la situación actual, puede servir de referencia para comparar con estudios futuros.

En conclusión, el cumplimiento observado de las recomendaciones farmacológicas en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección deprimida en consultas de cardiología en España es de una magnitud similar a la de estudios europeos con similar metodología. Sin embargo, todavía hay un margen sustancial de mejora.

María G. Crespo Leiro<sup>a</sup>, Nekane Murga<sup>b</sup>, Arantxa Matalá<sup>c</sup>  
y José L. López-Sendón<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

<sup>c</sup>Laboratorios Almirall, S.A. Barcelona. España.

<sup>d</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *Eur Heart J*. 2005;26:1115-40.
2. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*. 2005;112:e154-235.
3. Anguita Sánchez M. Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad 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.
4. 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.
5. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, Van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005;26:1653-9.
6. Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, Gross CP, Rathore SS, Steiner JF, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J*. 2003;146:250-7.