

## Abordaje de la insuficiencia cardiaca en ancianos: una visión desde la atención primaria

### Sr. Editor:

Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) requieren frecuentes reingresos hospitalarios y, en ellos, el mal cumplimiento es una de las principales causas de nuevas descompensaciones<sup>1</sup>. Por ello, hemos leído con interés el trabajo de Morcillo et al<sup>2</sup> sobre los beneficios obtenidos con un programa educativo domiciliario en el tratamiento de la IC. En esta línea de trabajo podemos aportar datos de un estudio de seguimiento al año de un grupo de pacientes ancianos que habían recibido educación en el ámbito ambulatorio sobre la IC y su tratamiento, con el objetivo de mejorar la cumplimentación y el tratamiento de la enfermedad.

Se incluyó a 66 pacientes > 69 años con IC atendidos en 6 centros de atención primaria de Terrassa (Barcelona). Los criterios de inclusión fueron: independencia para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel > 90)<sup>3</sup>, au-

**TABLA 1. Características basales**

Hipertensión arterial	72,7%
Dislipemia	50%
Diabetes mellitus	36,4%
Clase funcional (NYHA)	
I	28,7%
II	56%
III	15,3%
Etiología	
Isquémica	25,8%
Hipertensiva	39,3%
Otros	34,9%
Tratamiento (al inicio del estudio)	
IECA	65%
ARA-II	21%
Diuréticos	84%
Bloqueadores beta	15%
Ecocardiograma último año (n = 36)	
Fracción de eyección conservada	70%
Fracción de eyección < 45%	30%

ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

sencia de deterioro cognitivo (índice de Pfeiffer < 3 errores)<sup>4</sup> y estabilidad clínica de la IC en el momento de la inclusión. Ningún paciente estaba en clase funcional IV de la New York Heart Association (NYHA) o con un pronóstico de vida < 3 meses. Se recogieron datos demográficos, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, de un ecocardiograma en el año previo, el tipo de la IC, la clase funcional (NYHA), el número de ingresos hospitalarios en el año previo por IC, la cumplimentación del tratamiento farmacológico y dietético, y si habían recibido algún tipo de educación previa sobre IC. Previamente al inicio del estudio, los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) participantes efectuaron un curso de actualización en IC y, conjuntamente, elaboraron un protocolo de actuación, con el objetivo de que la intervención fuese uniforme. La intervención inicial se basaba en explicar en el propio domicilio del paciente, de modo sencillo y didáctico, en qué consiste la enfermedad, el porqué y el cómo del tratamiento farmacológico, dietético e higiénico, y la detección de los principales signos de alarma previos a una descompensación de su IC, facilitando un teléfono de contacto por si era necesario; además, se revaloraba el tratamiento con el objetivo de optimizarlo. Al año de seguimiento se habían efectuado un mínimo de tres controles presenciales de refuerzo en el propio ambulatorio sobre educación en IC en todos los pacientes y/o cuidadores.

Se trataba de 38 mujeres (57,6%) y 28 varones, con una edad media de 78,5 años (en la tabla 1 se muestran las características basales). Refería haber recibido educación previa sobre la IC el 68,2%. El 36% (24 casos) fue identificado como incumplidor. El número de ingresos hospitalarios en el año previo por IC fue de 0,4 (rango, 0-3), con una estancia hospitalaria media de 6 días. Al año de seguimiento se consiguió reducir el porcentaje de pacientes incumplidores (el 36,4 frente al 1,5%;  $p < 0,0001$ ). Al evaluar el subgrupo de 8 pacientes con más de un ingreso en el año previo, los episodios de reingresos pasaron de 1,4 a 0,4 ( $p < 0,001$ ), ob-

jetivándose además en estos pacientes una reducción de la estancia hospitalaria media (de 11 a 5 días;  $p = 0,009$ ). Respecto al tratamiento, se consiguió aumentar la prescripción de bloqueadores beta a casi el doble (el 15 frente al 29%;  $p = 0,09$ ).

Entre las limitaciones del estudio destaca que la muestra es reducida. Es difícil considerar que la reducción de la estancia media hospitalaria pueda deberse a la inclusión en el estudio, aunque puede ayudar el hecho de que los pacientes consulten antes y, por ello, en estadios clínicos menos graves, aunque esta circunstancia no se evaluó como tal en el estudio.

En definitiva, nuestra experiencia parece confirmar que las intervenciones ambulatorias interdisciplinarias sobre educación sanitaria y la revisión del tratamiento en los pacientes de IC y/o sus cuidadores son beneficiosas para el tratamiento de los pacientes, especialmente en aquellos con varios ingresos por IC en el año previo.

Enric Duaso<sup>a</sup>, María Díez-Caballero<sup>b</sup>  
y Francesc Formiga<sup>c</sup>

<sup>a</sup>UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Grup de Treball de la Gent Gran. Atención Primaria. Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

<sup>c</sup>UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

en una muestra de población anciana similar a la nuestra y con una parecida intervención en el domicilio del paciente, obtiene resultados que corroboran nuestros datos y confieren validez a los escasos estudios realizados en España<sup>2,3</sup>.

Queremos remarcar nuestra coincidencia en que el incumplimiento de la dieta y del tratamiento después del alta son causas fundamentales de reingreso. Por tanto, la educación en el domicilio de los pacientes permite detectar a los que no cumplen con el tratamiento prescrito y optimizar el cumplimiento terapéutico. Todo ello sin menospreciar la importancia de las intervenciones realizadas durante el ingreso hospitalario<sup>4</sup>.

Duaso et al mencionan que los pacientes con insuficiencia cardíaca que han ingresado en los 12 meses precedentes son los que más se benefician de las intervenciones en el domicilio. Nosotros coincidimos con otros autores<sup>5</sup> en que deberían realizarse en los pacientes de mayor riesgo, en clases funcionales avanzadas, con un ingreso reciente y tras el alta hospitalaria. De esta forma, la detección precoz de las descompensaciones permitirá una más rápida valoración médica para evitar el progresivo deterioro clínico y el posterior ingreso hospitalario.

Felicitemos a Duaso et al por su experiencia en la esperanza de que este tipo de intervenciones educativas sirvan para estimular a otros compañeros a desarrollar actividades como éstas y que reciban el suficiente apoyo administrativo para llevarlas a la práctica.

Cèsar Morcillo, Jordi Delás  
y Francesc Rosell

Servicio de Medicina Interna. Hospital Sagrat Cor.  
Barcelona. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Conthe P, Visús E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:302-7.
2. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
3. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
4. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.

## Respuesta

### Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios, así como el interés mostrado por Duaso et al respecto a nuestro original publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA<sup>1</sup>. Su estudio, basado

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en enfermos con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
2. Bechich S, Sort D, Arroyo J, Delás J, Rosell F. Efecto de la Hospitalización a Domicilio en la reducción de la hospitalización convencional y frecuentación a urgencias en la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp*. 2000;200:310-4.
3. Mendoza H, Regalado J, Altuna E, Cía JM, Aros F, Lopetegui P. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:405-7.
4. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111:179-85.
5. DeBusk RF, Houston N, Parker KM, Bandura A, Chmura Kraemer H, Cher DJ, et al. Care management for low-risk patients with heart failure. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:606-13.