

Prevalencia de la insuficiencia cardiaca: un reflejo de lo bueno y lo malo de la asistencia cardiovascular moderna

Ken McDonald

Heart Failure Services. St. Vincent's University Hospital. Dublín. Irlanda.

Recientemente se han producido avances importantes en el tratamiento de muchas enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, sigue siendo un hecho preocupante que la insuficiencia cardiaca continúe en aumento y que, a pesar de la existencia de tratamientos más eficaces, este síndrome vaya a continuar produciendo una morbilidad importante y suponga una tensión creciente para la disponibilidad de recursos de asistencia sanitaria^{1,2}. Los factores que alimentan esta epidemia de insuficiencia cardiaca son el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia tras el infarto de miocardio, un tratamiento de la hipertensión que sigue siendo insuficiente y una mejora en el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardiaca establecida. De hecho, la extraordinaria mejora que se ha producido en el pronóstico de los pacientes con este síndrome ha cambiado la perspectiva que se tenía sobre la insuficiencia cardiaca, que ha pasado de ser similar a una enfermedad maligna a convertirse en una enfermedad crónica. Este cambio de paradigma subraya la necesidad de una revisión actual de la epidemiología de la insuficiencia cardiaca, fundamentalmente para facilitar la elaboración de estrategias eficaces y precisas para poder hacer frente a este problema creciente.

En consecuencia, la información aportada por el estudio PRICE llega en un momento oportuno³. Los datos de ese estudio demográfico, bien estructurado, de 15 centros de asistencia sanitaria en España, subrayan la prevalencia creciente de la insuficiencia cardiaca en las personas de más de 45 años, con unos valores estimados del 6,8% de la población total, y unas cifras tan sólo modestamente superiores en las mujeres que en los varones. Tal como se preveía, la prevalencia aumenta con la edad, de tal manera que, en promedio, el

16,1% de las personas de más de 74 años tienen diagnóstico de insuficiencia cardiaca. En este y otros estudios epidemiológicos similares, existe siempre una preocupación respecto a la exactitud del diagnóstico de insuficiencia cardiaca. A este respecto, el diseño del estudio PRICE proporciona una mayor certeza, al menos en cuanto a los diagnósticos falsamente positivos, al garantizar que todos los casos de sospecha y confirmación de insuficiencia cardiaca fueron revisados por un cardiólogo. De hecho, una de las observaciones tangenciales más interesantes de este trabajo es la elevada coincidencia entre las observaciones y los diagnósticos de los médicos de atención primaria y los de los especialistas.

La prevalencia descrita de la insuficiencia cardiaca respalda la observación internacional general de que hay un número creciente de pacientes que presentan este trastorno, como reflejo de los factores ya señalados. Y aunque este trabajo no hace comentario alguno respecto a las tasas de incidencia de la insuficiencia cardiaca, estudios recientes indican que la frecuencia de nuevos diagnósticos se mantiene estable. Así, por ejemplo, Senni et al, en un estudio de 1999, no observaron cambio alguno de la incidencia de insuficiencia cardiaca de nueva aparición, mientras que, más recientemente, Roger et al han descrito unas tasas de incidencia estables con una disminución de la mortalidad; estas dos observaciones juntas supondrían el aumento global de la prevalencia^{4,5}.

Estas observaciones epidemiológicas subrayan el problema de salud pública que plantea la insuficiencia cardiaca, dado que es probable que en los próximos años haya un número creciente de pacientes ancianos que sufran este trastorno. Así pues, es de crucial importancia que pongamos en marcha estrategias eficaces para hacer frente a este problema. En este sentido, ocupa un lugar principal la necesidad de disponer de servicios de asistencia óptimos para la insuficiencia cardiaca que atiendan a esta población de pacientes con los medios más modernos. Durante demasiado tiempo la insuficiencia cardiaca ha sido la cenicienta de las enfermedades cardiovasculares y, proporcionalmente, se le ha prestado mucha menos atención que, por ejemplo, al tratamiento de los síndromes coronarios agudos o las arritmias. Las razones de esta situa-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1041-9

Correspondencia: Prof. Ken McDonald.
St. Vincent's University Hospital
Elm Park. Dublin 4. Irlanda.
Correo electrónico: Kenneth.mcdonald@ucd.ie

Full English text available from: www.revespcardiolog.org

ción no están del todo claras, aunque pueden explicarse en parte por el hecho de que se haya dado por supuesto que el pronóstico de esta población de pacientes es desesperado. En consecuencia, los cardiólogos a menudo han abdicado de su responsabilidad en el tratamiento de este problema para ponerlo en manos de médicos con menos formación en este campo. Esto no ha hecho más que complicar el problema con la prestación de una asistencia menos eficaz en este grupo de pacientes, tal como ha subrayado una reciente publicación en la que se revisa el conocimiento y la percepción de la insuficiencia cardíaca entre cardiólogos, internistas, geriatras y médicos de familia de varios países europeos⁶. Esta auditoría puso de manifiesto una preocupante falta de apreciación de la necesidad de un estudio diagnóstico completo, la remisión al especialista y el aprovechamiento de los efectos beneficiosos que aportan diversos tratamientos de eficacia probada. La solución para este «déficit en la práctica clínica» incluye una mayor disponibilidad de programas de manejo de la enfermedad dirigidos médicamente. La elaboración de estos programas ha revolucionado el tratamiento y la evolución clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca^{7,8}. Al centrarse predominantemente en los pacientes en estado más grave dentro del grupo que presenta insuficiencia cardíaca, estos programas de manejo de la enfermedad han reducido de manera significativa las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, han mejorado la calidad de vida y el autocuidado de los pacientes y han reducido la mortalidad⁷. Un elemento clave en la mejora del pronóstico ha sido la aplicación más efectiva de tratamientos de eficacia probada. Todavía no se han apreciado los efectos beneficiosos completos que aportan los programas de manejo de la enfermedad en la insuficiencia cardíaca, puesto que hasta la fecha se han limitado predominantemente al grupo de pacientes más graves dentro de la población afectada. Ahora este enfoque debe extenderse a todas las personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, con objeto de asegurar que los efectos beneficiosos de la asistencia estructurada, la educación sanitaria, el autocuidado, la mejor aplicación del tratamiento y el estudio diagnóstico más completo se apliquen a todos los pacientes con este síndrome⁸. De esta manera tendremos mejores posibilidades de conseguir que los pacientes con insuficiencia cardíaca se mantengan estables fuera del hospital y, al reducir al mínimo la necesidad de hospitalización, se controle el principal coste económico motivado por este síndrome.

Sin embargo, la aplicación generalizada de los programas de manejo de la enfermedad no permitirá por sí sola poner freno a la epidemia de insuficiencia cardíaca. Para poder hacerlo de manera efectiva, será necesario centrar de manera creciente el interés en la prevención de este trastorno. La importancia de los avances en este campo se ha subrayado en la reciente

publicación de una declaración de posicionamiento conjunto de varios consejos de la American Heart Association, en la que se analizaron y se describieron posibles estrategias para un abordaje bien organizado de la prevención de la insuficiencia cardíaca⁹. A este respecto, es preciso prestar especial atención a las poblaciones con riesgo de disfunción sistólica ventricular izquierda asintomática (DSVIA), como son los pacientes que han sobrevivido a un infarto de miocardio, los que presentan múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión y diabetes mellitus) y posiblemente los familiares de pacientes con una miocardiopatía dilatada idiopática establecida. Varios estudios epidemiológicos han demostrado una prevalencia relativamente elevada de la DSVIA en la población, con tasas de hasta un 2%, que aumentan con la edad¹⁰. Es conocido también que este grupo de pacientes presenta un aumento significativo del riesgo de episodios cardiovasculares en general, así como de insuficiencia cardíaca de nueva aparición en particular. El trabajo de la cohorte de Framingham puso de relieve el riesgo cardiovascular total que comportaba el deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo¹¹. Las observaciones del estudio SOLVD-Prevención evidenciaron el aumento de riesgo de aparición de insuficiencia cardíaca en los individuos asintomáticos que tenían una fracción de eyección inferior al 35%, mientras que los datos de Vassan et al subrayaron la importancia de las dimensiones ventriculares respecto a la posterior aparición de insuficiencia cardíaca^{12,13}. La identificación de estos individuos permitiría prescribir tratamientos más eficaces, de los que se ha demostrado que mejoran el pronóstico cardiovascular en general y las tasas de incidencia de insuficiencia cardíaca en particular, con lo que podría tener una repercusión positiva en la preocupante epidemiología de este síndrome. El uso juicioso de las técnicas de detección sistemática, por ejemplo el análisis de péptido natriurético, puede ser la forma más eficaz de definir este grupo de riesgo. En la actualidad hay un amplio conjunto de datos que subrayan la utilidad tanto del péptido natriurético de tipo B como de la prohormona aminoterminal del péptido natriurético de tipo B como instrumentos para la detección sistemática. El estudio MONICA lo demostró por primera vez, y después lo han confirmado otros protocolos en poblaciones diferentes¹⁴. Se ha demostrado también la favorable relación coste/efectividad de este enfoque. Su efectividad probablemente sería máxima al aplicarlo a poblaciones que realmente estuvieran en riesgo. Por ejemplo, en el estudio Atherosclerotic Risk in Community Study, Loefer et al¹⁵ han demostrado que la incidencia de la insuficiencia cardíaca es significativamente mayor en los afroamericanos, y ello refleja la mayor prevalencia de factores de riesgo en este grupo.

Por consiguiente, en nuestra lucha por superar la epidemia creciente de insuficiencia cardíaca, parece

claro que un programa eficaz y bien estructurado de prevención de la insuficiencia cardiaca debe ser un elemento importante de la estrategia utilizada. Sin embargo, no debemos conformarnos con limitar nuestra intervención a los pacientes con DSVIA. Estudios recientes han identificado una prevalencia aún mayor de disfunción diastólica ventricular izquierda asintomática (DDVIA)¹⁶. Serán precisos nuevos estudios para aclarar la importancia pronóstica de esta observación. Además, serán necesarias investigaciones para definir los efectos beneficiosos de la intervención en esta población, y si se demuestran, habrá que determinar la mejor forma de aplicar métodos de detección sistemática en este grupo. A este respecto, es interesante que se haya observado también que el péptido natriurético tipo B tiene valor predictivo respecto a los grados de DDVIA¹⁷. En pocas palabras, la investigación futura debe identificar la lesión ventricular en su fase más temprana, lo cual permitiría aplicar la estrategia de prevención más efectiva.

En resumen, el estudio PRICE constituye una aportación valiosa a la base de datos epidemiológica sobre la insuficiencia cardiaca y proporciona nuevas evidencias indicativas de esta epidemia creciente. Sus resultados subrayan la necesidad de que los profesionales de la salud garanticen que se apliquen los medios necesarios para abordar este problema a medida que vayan desarrollándose.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics-2007 update: a report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*. 2007;115:e69-171.
2. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Copewell S, McMurray JJ. The current costs of heart failure to the National health services in the UK. *Eur J Heart Fail*. 2002;4:361-71.
3. Anguita Sánchez MP, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1041-9.
4. Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, et al. Congestive heart failure in the community: trends in incidence and survival in an a 10 year period. *Arch Intern Med*. 1999;159:15-7.
5. Roger VL, Weston SA, Redfield MM. Trends in heart failure incidence and survival in a community population. *JAMA*. 2004;292:344-50.
6. Remme WJ, McMurray JJ, Hobbs FD, Cohen-Solal A, Lopez-Sendon J, Boccanelli A, et al; for SHAPE Study Group. Awareness and perception of heart failure among European, Internists, Geriatricians and primary care physicians. *Eur Heart J*. 2008;29:1739-52.
7. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for readmission. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-9.
8. McDonald K, Conlon C, Ledwidge M. Disease management programs for heart Failure: Not just for the 'sick' heart failure population. *Eur J Heart Fail*. 2007;9:113-7.
9. Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al. Prevention of Heart Failure: a scientific statement from the American Heart Association councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing and High Blood Pressure; Quality of care and outcomes research interdisciplinary working groups and functional genomics and Translational Biological Interdisciplinary Working Groups. *Circulation*. 2008;117:2544-65.
10. McDonagh TA, Morrison CE, Lawrence A, Ford I, Tunstall-Pedoe H, McMurray JJ, et al. Symptomatic and asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in an urban population. *Lancet*. 1997;350:829-33.
11. Lauer MS, Evans JC, Levy D. Prognostic implications of subclinical left ventricular dilatation and systolic dysfunction in men free of overt cardiovascular disease (The Framingham Study). *Am J Cardiol*. 1992;70:1180-4.
12. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med*. 1992;327:685-91.
13. Vasan RS, Larson MG, Benjamin EJ, Evans JC, Levy D. Left ventricular dilation and the risk of congestive heart failure in people without myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1997;336:1350-5.
14. Nielsen OW, McDonagh TA, Robb SD, Dargie HJ. Retrospective analysis of the cost effectiveness of using plasma brain natriuretic peptide in screening for left ventricular systolic dysfunction in the general population. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:113-20.
15. Loefer LR, Rosamond WD, Chang PP, Folsom AR, Chambless LE. Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerotic Risk in Community Study). *Am J Cardiol*. 2008;101:1016-22.
16. Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC Jr, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheffer RJ. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *JAMA*. 2003;289:194-202.
17. Martos R, Baugh J, Ledwidge M, O'Loughlin C, Conlon C, Patle A, et al. Diastolic heart failure: Evidence of increased myocardial collagen turnover linked to diastolic dysfunction. *Circulation*. 2007;115:888-95.