

## Editorial

## Programas de manejo en la insuficiencia cardiaca: un paso más allá de la farmacología

## Disease Management Programs in Heart Failure: One Step Beyond Pharmacology

Daniel Ferrante

Fundación GESICA, Buenos Aires, Argentina

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 15 de marzo de 2011

A pesar de los avances farmacológicos, la mortalidad y la incidencia de ingresos continúan siendo elevadas en la insuficiencia cardiaca<sup>1</sup>. Como en muchas otras enfermedades crónicas, los hallazgos de los ensayos clínicos son difíciles de llevar a la práctica, debido a problemas de adherencia al tratamiento<sup>2</sup>, comorbilidades frecuentes no representadas en los ensayos clínicos y el habitual foco que los sistemas de salud ponen en las enfermedades agudas, brindando menor atención al continuo de seguimiento y medidas terapéuticas necesario en las enfermedades crónicas. A diferencia de las enfermedades agudas, las condiciones crónicas requieren mantener la adherencia a la medicación, medidas no farmacológicas como la dieta y un seguimiento prolongado a través de diferentes niveles de atención en los servicios de salud<sup>3</sup>.

Desde mediados de los años noventa, diversas experiencias como la de Rich et al<sup>4</sup> comenzaron a mostrar resultados prometedores en la reducción de ingresos por insuficiencia cardiaca descompensada a través de programas de manejo de la insuficiencia cardiaca. Otras publicaciones han indicado también reducción en los costes y mejora en la calidad de vida. Se utilizaron diversas estrategias enmarcadas en lo que podría llamarse gestión de enfermedades crónicas (o *disease management*) como, por ejemplo, consultorios de insuficiencia cardiaca, visitas domiciliarias, programas de alta programada, seguimiento telefónico y sistemas de monitorización<sup>5</sup>.

Recientemente se ha publicado un ensayo clínico que utilizó la telemonitorización de forma aislada, que no mostró resultados favorables; no obstante, en este estudio se monitorizaron variables fisiológicas y hubo muy baja adherencia a la monitorización en el seguimiento<sup>6</sup>. En otros estudios ha habido mayor adherencia a la estrategia originalmente asignada, como el estudio DIAL que, utilizando una estrategia más integral por vía telefónica, logró reducir un 30% los ingresos por insuficiencia cardiaca<sup>7</sup>, con un efecto persistente después de finalizada la intervención<sup>8</sup>.

En el artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Domingo et al<sup>9</sup> describen los resultados de un sistema de telemonitorización. Una evaluación antes y después en los mismos pacientes resultó efectiva para reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca y por causas cardiovasculares. Los ingresos por insuficiencia cardiaca se redujeron un 67% y la calidad de vida evaluada por el cuestionario de Minnesota presentó una mejora significativa tras 1 año de seguimiento. La mayoría de los pacientes aceptaron la telemonitorización, aunque el 22% no estaba recibiendo la intervención (monitorización) al finalizar el seguimiento. La adherencia a la automonitorización diaria fue baja (< 50%). No se evidenció un incremento del beneficio con la suma de la automonitorización de la presión arterial, la frecuencia cardiaca y el peso a la telemonitorización (basado en mensajes motivacionales, educativos y envío de cuestionarios). El beneficio total observado se produjo a pesar de que los participantes en el estudio ya estaban recibiendo un tratamiento optimizado y se los seguía en una unidad de insuficiencia cardiaca.

A pesar de las debilidades de este estudio —bajo número de pacientes, el diseño «antes y después», la falta de ajuste de la intensidad de intervención según la gravedad y la adherencia—, los hallazgos concuerdan con la mayoría de la evidencia disponible. Sin embargo, es difícil generalizar en el área de intervenciones complejas como la gestión de enfermedades crónicas, ya que es muy difícil establecer cuál de todos los componentes termina siendo más efectivo o cuál es el que explica la mayor parte del beneficio.

Este trabajo muestra que la telemonitorización fue factible y añadió beneficio a los pacientes en tratamiento óptimo, que eran la mayoría. Sin embargo, diversas intervenciones menos complejas que actúan en los determinantes de la evolución de las enfermedades crónicas, como soporte a la práctica clínica, sistemas de información para la evaluación, soporte a la decisión y soporte al autocuidado, se han mostrado efectivas, prácticamente en forma independiente del formato de implementación, ya sea por vía telefónica, consultas ambulatorias u otras estrategias. Los programas de manejo de la insuficiencia cardiaca pueden ser efectivos en diversos formatos, con mayor o menor complejidad. Intervenciones costosas y complejas se han mostrado de igual o menor eficacia que intervenciones más simples. La clave de la eficacia de cualquier intervención quizá radique en la acción en los principales ejes de la enfermedad crónica, más allá de su complejidad.

## VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2010.10.032, Rev Esp Cardiol. 2011;64:277–85

Autor para correspondencia: Fundación GESICA, Avda. Rivadavia 2358, 1.º piso 4, 1034 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correo electrónico: [dferrante@fundaciongesica.org](mailto:dferrante@fundaciongesica.org)Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

En la experiencia de Domingo et al publicada en este número, no es posible estimar el efecto de la telemonitorización propuesto con la fuerza de la evidencia que aportaría un estudio aleatorizado (ya que la principal evaluación fue el análisis antes-después, y todos los pacientes recibieron la intervención principal), pero los resultados concuerdan con el cuerpo de evidencia disponible hasta el momento. A pesar de las varias revisiones sistemáticas disponibles, estas deben ser interpretadas con cautela, dada la heterogeneidad clínica inherente a intervenciones tan diferentes. Una revisión sistemática reciente que incluyó 20 ensayos clínicos aleatorizados de sistemas remotos de monitorización mostró una reducción del 30% en ingresos por insuficiencia cardíaca<sup>10</sup>. Los estudios que utilizaron estrategias similares de telemonitorización, como el estudio de Cleland et al<sup>11</sup>, mostraron un beneficio similar de la telemonitorización en comparación con el seguimiento telefónico. Aunque el estudio de Domingo et al y el reciente estudio de Chaudhury et al<sup>6</sup> indican que la automonitorización no aporta valor añadido, el seguimiento prolongado del estudio DIAL, aunque utilizó un seguimiento telefónico, mostró que la adherencia a los autocontroles de peso fue predictiva de mejor evolución<sup>8</sup>. Sin embargo, en el presente estudio de Domingo et al, la automonitorización no agregó beneficio, probablemente por su bajo cumplimiento o por ausencia de una intervención específica sobre su cumplimiento.

En conclusión, a pesar de tratarse de un estudio pequeño, esta experiencia muestra que es factible implementar programas de insuficiencia cardíaca utilizando la telemonitorización; indica un efecto aditivo al cuidado optimizado de la insuficiencia cardíaca, a pesar de no haber logrado esclarecer el valor relativo de cada tipo de intervención ni el valor incremental de la automonitorización a la telemonitorización. A la luz de la evidencia disponible, diversas intervenciones que actúan sobre los dominios más importantes de las enfermedades crónicas pueden tener efectos beneficiosos en la insuficiencia cardíaca, aunque sean administradas en formas diversas. Persisten varios interrogantes, por ejemplo, cómo afecta el ajuste del tipo y la intensidad de estas intervenciones a cada grupo de pacientes o qué componente podría ser más coste-efectivo. Sin embargo, el hecho de que tan diversas intervenciones produzcan beneficio, aun sobre el mejor tratamiento médico posible, nos debería hacer pensar que los programas de

insuficiencia cardíaca crónica para pacientes ambulatorios deberían implementarse más generalizadamente.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heidenreich PA, Sahay A, Kapoor JR, Pham MX, Massie B. Divergent trends in survival and readmission following a hospitalization for heart failure in the Veterans Affairs health care system 2002 to 2006. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:362–8.
2. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:1290–5.
3. Wagner E. Care of older people with chronic illness. En: Boulton C, Wagner EH, Pacala JT, editores. *New ways to care for older people: building systems based on evidence*. New York: Springer; 1999. p. 39–64.
4. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995;333:1190–5.
5. Clark R, Inglis S, McAlister F, Cleland J, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334:942–51.
6. Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med*. 2010;363:2301–9.
7. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ*. 2005;331:425.
8. Ferrante D, Varini S, Macchia A, Soifer S, Badra R, Nul D, et al., GESICA Investigators. Long-term results after a telephone intervention in chronic heart failure: DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) follow-up. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:372–8.
9. Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E, López R, Ramos A, et al. Telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca: efecto en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y calidad de vida. Estudio CARME (Catalan Remote Management Evaluation). *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:277–85.
10. Klersy C, De Silvestri A, Gabutti G, Regoli F, Auricchio A. A meta-analysis of remote monitoring of heart failure patients. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54:1683–94.
11. Cleland J, Louis A, Rugby A, Janssens U, Balk A, on behalf of the TEN-HMS Investigators. Noninvasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death. The Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) Study. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45:654–64.