

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

Pronóstico actual de la insuficiencia cardiaca en España y Europa. Una llamada de atención



Current prognosis of heart failure in Spain and Europe. A call of attention

David Dobarro

Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 24 de junio de 2020

En la actualidad parece que describir la elevada prevalencia y gravedad de la insuficiencia cardiaca se ha convertido en un mero trámite cuando se escribe acerca de cualquier aspecto de la misma. Sin embargo, no por estar tan ampliamente descrito este hecho deja de ser menos relevante, en especial si tenemos en cuenta la repercusión que tienen estos datos, incluso entre los profesionales sanitarios. La insuficiencia cardiaca es un problema de salud muy serio con un pronóstico tan sombrío como su pobre conocimiento por parte tanto del público general, como de muchos profesionales de la salud y quizás también de las propias autoridades sanitarias. Se estima que entre un 1 a 2% de la población europea y española sufren hoy en día insuficiencia cardiaca¹, con una prevalencia en aumento en occidente provocada en gran medida por el envejecimiento poblacional¹ y con una mortalidad anual en los pacientes que ingresan en el hospital entre el 15 y el 45%^{2,3}. Todos estos hechos llevaron a que, hace ya seis años, la Sociedad Europea de Cardiología promoviese de forma activa el *Global Heart Failure Awareness Programme* con la idea de aunar esfuerzos para que la insuficiencia cardiaca sea una prioridad sanitaria en todos los países del mundo.

Es frecuente que la mayoría de los pacientes no perciban urgencia o gravedad cuando les comunicamos el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, a pesar de que sea un facultativo bien entrenado el que de una forma no cruenta explique los pormenores del mismo. Otros diagnósticos como las neoplasias tienen un peso social específico y unas connotaciones de sobra conocidas por la población y los profesionales sanitarios, mientras que el término «insuficiencia cardiaca» puede no resultar demasiado significativo para el receptor del mensaje. La realidad, y trabajos como el de Crespo-Leiro et al.⁴ publicado recientemente en REC: CardioClinics no hacen más que refrendar esta idea, la insuficiencia cardiaca tiene un pronóstico peor que el de muchas neoplasias sólidas⁵, especialmente cuando el paciente requiere de una hospitalización, y asocia una serie de complicaciones y necesidades de ingreso hospitalario muy elevadas. Sin embargo, los recursos organizativos de los sistemas sanitarios no son proporcionales en términos generales a esta realidad, aunque la insuficiencia cardiaca sea la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años y suponga el 7,1% del gasto público sanitario en nuestro medio⁶, la mayoría relacionado con los ingresos hospitalarios⁷. Los

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.02.001>.

Correo electrónico: david.dobarro.perez@sergas.es

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.05.005>

2605-1532/© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

sistemas sanitarios tienen dificultades para adaptarse a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas y en esto la insuficiencia cardiaca no es una excepción⁸.

Los datos acerca del pronóstico a medio y largo plazo de la insuficiencia cardiaca basados en el registro de la Sociedad Europea de Cardiología ESC-EORP-HFA *Heart Failure Long-Term* presentados en el artículo de Crespo-Leiro et al.⁴ suponen una actualización de la realidad de la insuficiencia cardiaca en España y Europa, y vuelven a alertar acerca de su morbimortalidad. En este trabajo se analizan pormenorizadamente los datos de los pacientes incluidos en hospitales españoles en el registro ESC-EORP-HFA *Heart Failure Long-Term* y se comparan con el resto de los pacientes de otros países europeos. Durante 12 meses, los hospitales españoles participantes incluyeron, siguiendo el protocolo del registro, a 589 pacientes con insuficiencia cardiaca aguda y 2.240 pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (procedentes de la consulta ambulatoria). Un 5,9% de los pacientes falleció durante el ingreso hospitalario, el 29,3% falleció en el primer año desde el ingreso (incluidos los anteriores), un 46% falleció o reingresó en el mismo plazo de tiempo y entre el 6,4 y el 14% de los pacientes ambulatorios que no habían ingresado previamente, lo hicieron al año. Las cifras de mortalidad entre España y el resto de Europa son difícilmente comparables, ya que el perfil del paciente, especialmente el agudo, fue francamente diferente. En Europa el paciente agudo fue mucho más joven y con un perfil preferente de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, que se presenta como un evento coronario con fallo cardiaco, mientras que en España estuvo más representado el paciente más anciano, con fracción de eyección preservada o intermedia que se descompensa en el contexto de una insuficiencia cardiaca crónica. El paciente crónico español y el europeo presentaron un perfil más similar con una mortalidad anual significativamente menor en los incluidos en España (6,4 frente a 9,5%). Sin embargo, y a pesar de ser más similares que los pacientes agudos, los pacientes crónicos españoles eran levemente más jóvenes y con menos comorbilidades (insuficiencia renal, fibrilación auricular o anemia). Por este motivo, las comparaciones en ausencia de un análisis de propensión no permiten extraer conclusiones más allá de su descripción. En todo caso sí es muy destacable que estas estimaciones de riesgo correspondan a pacientes de práctica clínica real; esto es, sujetos con insuficiencia cardiaca atendidos por servicios de cardiología y en muchas ocasiones por unidades de insuficiencia cardiaca altamente organizadas y cualificadas, lo que, como refieren los autores, hace que probablemente este trabajo infraestime la mortalidad y morbilidad real de los pacientes fuera de este contexto. Ciertamente, esto aumenta la preocupación y gravedad de la situación de la insuficiencia cardiaca en nuestro entorno.

Un aspecto clave para mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca es la adherencia a las recomendaciones terapéuticas de las guías de práctica clínica. A este respecto, el registro QUALIFY⁹ demostró hace unos años que también en la vida real existe una mayor adherencia a los tratamientos del bloqueo neurohormonal y su demostrada eficacia se relaciona con un mejor pronóstico. En el trabajo de Crespo-Leiro et al.⁴ los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica presentaron altos porcentajes de tratamiento, tanto con los inhibidores de la enzima de conversión de la

angiotensina y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (IECA/ARA-II), como con los bloqueadores beta y los antagonistas del receptor mineralocorticoide. Por tratarse de un registro con datos previo a la «era» del sacubitrililvalsartán, no hay datos del uso tanto de este fármaco como de los más novedosos, al menos en el campo de la insuficiencia cardiaca, como los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2. A pesar de ser elevado, el porcentaje de uso de los fármacos de bloqueo neurohormonal fue sensiblemente inferior al de los últimos grandes estudios en insuficiencia cardiaca^{10,11}. Pese a ello, es difícil la comparación, ya que en este trabajo cerca de un 25% de los pacientes incluidos tenía una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) > 45%. De hecho, aproximadamente el 60% de los pacientes incluidos con insuficiencia cardiaca aguda tenían una FEVI > 45%, y por tanto, menor porcentaje de uso de IECA/ARA-II y bloqueadores beta. Llama la atención que el número de pacientes con FEVI > 45% incluidos de forma ambulatoria fue significativamente inferior. Esto probablemente muestra que, en estos pacientes, teniendo en cuenta además que la edad media del incluido en fase aguda fue mayor, el seguimiento al alta es derivado a especialidades afines como medicina interna o geriatría, según las redes asistenciales de insuficiencia cardiaca de cada centro. La prevalencia de la enfermedad y la coexistencia de comorbilidades en pacientes de edad avanzada, hacen no sólo necesaria sino deseable la existencia de unidades o redes multidisciplinarias en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca, como refleja este trabajo.

Estudios como el que nos ocupa son importantes porque alertan una vez más a la comunidad científica acerca del impacto de la insuficiencia cardiaca. Se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar políticas a nivel comunitario que promuevan la prevención de la insuficiencia cardiaca a través del control de factores de riesgo y desarrollo de hábitos saludables, así como asegurar la equidad en el cuidado de los pacientes, prestar mecanismos de apoyo a pacientes y familiares y promover la investigación de la enfermedad. Además, es evidente y está ampliamente demostrado¹² que el desarrollo de programas de atención multidisciplinar que incluyen a otros profesionales sanitarios, especialmente atención primaria y enfermería especializada con formación específica en insuficiencia cardiaca reducen hospitalizaciones, aumentan la supervivencia y la calidad de vida y suponen un ahorro económico¹³. Los cuidados y el apoyo deben adaptarse a las realidades individuales y locales con el objetivo no sólo de mejorar el pronóstico, sino de promover el autocuidado, la prevención y la flexibilidad de los programas de insuficiencia cardiaca con el objetivo de permitir una rápida atención ambulatoria en caso de eventos clínicos. Proyectos como la acreditación de unidades de excelencia en el cuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología son claves y sin duda van en la dirección correcta, pero son precisos planes incluso más ambiciosos que involucren a diferentes estratos sanitarios, sociales y políticos.

Este registro aporta datos inequívocos que, sumados a los estudios de prevalencia, apremian la necesidad de desarrollar los programas de insuficiencia cardiaca comunitaria a gran escala. Es muy fácil dejarse cegar por la tecnología detrás de los dispositivos de asistencia ventricular izquierda, la elegancia y belleza del trasplante cardiaco o lo atractivo de los cada vez

más frecuentes dispositivos implantables percutáneamente. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no se beneficiarán de este tipo de tratamientos y sí que lo harían de programas de insuficiencia cardiaca ambulatoria bien estructurados, multidisciplinarios y que permitan atender a los pacientes de forma justa, rápida, adecuada a sus necesidades y que involucren, en muchos casos, también a los servicios sociales, ya que el anciano frágil con insuficiencia cardiaca y déficit de autonomía y apoyo es una realidad hoy, pero será un problema mucho mayor en las próximas décadas¹⁴.

Conflicto de intereses

No se declaran conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart Failure. Preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail.* 2014;1:4-25.
2. Blair JE, Huffman M, Shah SJ. Heart Failure in North America. *Curr Cardiol Rev.* 2013;9:128-146.
3. Al-Shamiri MQ. Heart failure in the Middle East. *Curr Cardiol Rev.* 2013;9:174-178.
4. Crespo-Leiro MG, Barge-Caballero E, Segovia-Cubero J, et al. Pronóstico al año en pacientes con insuficiencia cardiaca en España. Registro ESC-EORP-HFA Heart Failure Long-Term. *REC CardioClinics.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2020.02.001>.
5. Coleman MP, Forman D, Bryant H, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet.* 2011;377:127-138.
6. Farre N, Vela E, Clèries M, et al. Medical resource use and expenditure in patients with chronic heart failure: a population-based analysis of 88,195 patients. *Eur J Heart Fail.* 2016;18:1132-1140.
7. Cook C, Cole G, Asaria P, et al. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol.* 2014;171:368-376.
8. Antonini P, Comin-Colet J, Di Somma MR, et al. *The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care.* London: Heart Failure Policy Network; 2018:9.
9. Komajda M, Schöpe J, Wagenpfeil S, et al. Physicians' guideline adherence is associated with long-term heart failure mortality in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. *Eur J Heart Fail.* 2019;21:921-929.
10. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med.* 2014;371:993-1004.
11. McMurray JJ, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2019;381:1995-2008.
12. Pacho C, Domingo M, Núñez R, et al. Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:631-638.
13. Comin-Colet J, Verdu-Rotellar J, Vela E, et al. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:283-293.
14. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland J. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:885-891.