

Intervención en insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome caracterizado por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que se acompaña de intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y reducción de la longevidad¹. Es uno de los motivos principales de morbilidad en nuestro país, afecta notablemente la actividad física del individuo (tabla 1) y es la primera causa de hospitalización, especialmente en personas mayores. El individuo que ingresa en un hospital por esta enfermedad presenta un riesgo muy elevado de nueva hospitalización al año siguiente de su alta, motivado principalmente por una falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El farmacéutico puede colaborar estrechamente con el médico en el manejo de este tipo de paciente, y contribuir a mejorar la adherencia de éste al tratamiento prescrito, lo que ha de repercutir en una reducción del riesgo, al facilitar así la consecución de objetivos terapéuticos.

El objetivo inmediato del tratamiento de la IC consiste en el control de la sintomatología junto con la estabilización de la condición hemodinámica, según las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología². Además, se perseguirá, entre otros, la reducción de los signos clínicos (tabla 2).

Introducción

La educación del paciente, así como de las personas de su entorno próximo, es un factor clave para el diseño del tipo de intervenciones como el analizado. Por ello, López et al³ llevan a cabo un ensayo clínico aleatorizado de una intervención farmacéutica basada en un programa de información activa para valorar su eficacia, respecto del procedimiento habitual.

Tabla 1. Clasificación de la situación funcional del paciente con IC

CLASE FUNCIONAL	ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE
I	Actividad ordinaria sin sintomatología. No hay limitación de la actividad física
II	Se tolera actividad ordinaria, pero hay una ligera limitación de la actividad física, con disnea en esfuerzo intenso
III	La actividad física ejercida es inferior a la ordinaria, y está notablemente limitada por la disnea
IV	Hay disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física

Fuente: New York Heart Association (NYHA).

En el estudio, 134 pacientes que habían ingresado en el hospital con motivo de un diagnóstico de IC se dividieron al azar en dos grupos, implementándose en uno de ellos el programa a evaluar, y dejando el otro como grupo control (GC), mediante el seguimiento habitual en este tipo de pacientes

En la tabla 3 se muestra la ficha del estudio.

Análisis del estudio

El estudio evaluado analiza un programa de intervención farmacéutica mediante un ensayo clínico aleatorizado y controlado, de forma que su validez interna está fuertemente sustentada. Para incrementar su validez externa, se habría precisado de un tamaño de muestra mayor. De esa forma, y dado el correcto seguimiento realizado, las conclusiones del estudio se podrían generalizar suficientemente.

Tabla 2. Objetivos clínicos, hemodinámicos, de laboratorio, de resultados y de tolerabilidad del tratamiento de la IC

Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de síntomas, signos clínicos, peso corporal • Aumento de diuresis, oxigenación
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar electrolitos, glucemia • Reducir BUN y/o creatinina, bilirrubina
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la tasa y tiempo de rehospitalización, mortalidad
Tolerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la falta de adherencia a medidas terapéuticas

Fuente: Sociedad Europea de Cardiología.
BUN: análisis de nitrógeno en urea en sangre.

Tabla 3. Ficha del estudio

Pregunta de investigación	¿Puede una intervención farmacéutica reducir el riesgo de rehospitalización en los pacientes con insuficiencia cardíaca?
Hipótesis	La información activa y personalizada del paciente mejora el cumplimiento terapéutico y disminuye los reingresos hospitalarios y los días de hospitalización de estos pacientes
Objetivo general	Valorar la eficacia de un programa de información activa, liderado por farmacéuticos, en este tipo de pacientes
Objetivos específicos	Reducir 0,5 unidades o más la media de reingresos en pacientes con IC
Tipo de estudio	Aleatorizado, prospectivo, abierto, con grupo de intervención (GI) y control (GC)
Muestra	64 pacientes en GC y 70 en GI
Criterios de inclusión	Haber tenido hospitalización por diagnóstico de IC
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Domicilio fuera del área • Domicilio en residencia geriátrica • Presentar algún tipo de enfermedad psiquiátrica incapacitante
Tiempo de seguimiento	12 meses
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Información al alta, con entrevista personal con el paciente y sus cuidadores (información de la enfermedad: dietética, farmacológica, etc.) • Refuerzo telefónico, cada mes en los 6 primeros y cada 2 en los 6 restantes
Variables dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo transcurrido hasta reingreso • Porcentaje de pacientes que reingresan • Días de hospitalización
Variables universales	Sexo, edad, estudios, cuidadores
Variables complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento, CVRS, satisfacción del paciente con el programa, alta hospitalaria • Clase funcional de la NYHA, fracción de eyección, comorbilidad (hipertensión arterial, arritmia, diabetes mellitus, insuficiencia renal, IAM), números de ingresos en el año anterior, tratamiento farmacológico (tipo y número)
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de riesgo de reingreso: GI: 0,56 (IC95, 0,32-0,97); GC: 1 • Reducción de la tasa de reingreso: 15,5%* • Reducción de los reingresos/paciente: 0,57* • Reducción de los días de hospitalización: 3,7* • Reducción de la mortalidad: 16,8% (p: 0,017) • Aumento de la adherencia: 11,1 %* • Aumento de CVRS: 3,4*
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención reduce la tasa de reingreso hospitalario y el número de días de hospitalización (no estadísticamente significativo) • Aumenta la adherencia al tratamiento • Reduce la mortalidad

GI: grupo de intervención. GC: grupo de control. IAM: infarto agudo de miocardio. CVRS: calidad de vida relacionada con la salud. IAM: infarto agudo de miocardio. IC: insuficiencia cardíaca.

IC95: intervalo de confianza del 95%. NYHA: New York Heart Association. *p: NS.

NS: no significativo estadísticamente.

Un objetivo prioritario del manejo de la IC consiste en la reducción de la tasa de reingresos hospitalarios. El estudio analiza, mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, la probabilidad de no readmisión en el hospital en 12 meses, mostrando que ésta es menor en el grupo de intervención (GI) que en el GC, no sólo globalmente, sino ajustando por fracción de eyección, edad y sexo, lo que constituye un magnífico ejercicio de evaluación de un programa de atención farmacéutica.

La intervención de tipo educativa como la referenciada es útil en el manejo de la IC: se ha mejorado de forma relevante la calidad de vida del paciente con IC. Éste, así como sus cuidadores, se han involucrado más en su enfermedad, debido a la implementación de una adecuada actuación.

Conclusiones

El estudio analizado muestra que esta intervención de tipo educativa reduce los reingresos hospitalarios por paciente, así como el tiempo que permanece éste hospitalizado. Asimismo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), estimada mediante EQ-5D (EuroQol-5D), mejora sustancialmente. ■

Bibliografía

1. Rodríguez J, Aldámiz-Echevarría B, Pereira S, Caeiro J. Insuficiencia cardíaca. Guías Clínicas. 2005;5(36) [consultado en abril de 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/icc.asp>
2. Nieminen M, Böhm M, Cowie M, Drexler H, Filippatos G, Jondeau G, et al. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of the acute heart failure. The Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005;26:384-416.
3. López C, Falces C, Cubí D, Armau A, Ylla M, Muro N, et al. Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardíaca. Farm Hosp. 2006;30:328-42.

ÁNGEL SANZ GRANDA

CONSULTOR CIENTÍFICO (asanzgranda@jazzfree.com)