

## De encuestas y verdades...

DANIEL R. NUL<sup>MTSAC</sup>

El estudio OFFICE IC (1) nos introduce en el manejo ambulatorio de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en la Argentina a través de una encuesta entre médicos cardiólogos y clínicos de todo el país.

Esta publicación es el resultado de la integración de esfuerzos del Área de Investigación de la SAC y de todos los Distritos durante 2003 y parte de 2004.

Como bien resaltan los autores, la mayor parte de nuestra información local acerca de la ICC proviene de registros de pacientes internados, no hay datos propios de la incidencia/prevalencia de la ICC y los datos acerca de cómo transcurre la ICC en su estado "ambulatorio puro" son de difícil acceso.

No existe conocimiento de lo que ocurre con el tratamiento médico luego del alta hospitalaria y el grado de incertidumbre que esto genera ha llevado a concentrar diferentes estrategias antes del egreso del paciente con el objeto de aumentar la adherencia al tratamiento y, por ende, mejorar el pronóstico. (2) La entrega de material didáctico acerca de la enfermedad, la entrevista de personal especializado con el paciente y la familia, la indicación precoz de inhibidores del sistema renina-angiotensina y/o betabloqueantes, la enseñanza de recursos dietéticos para mantener una dieta hiposódica, el control diario del peso y muchas otras medidas se evaluaron en conjunto, considerando como evento predeterminado la reinternación.

En esta interesante encuesta sólo podremos evaluar en qué medida los médicos indican el tratamiento aconsejado por las guías de ICC, por lo que el panorama visto desde el estudio OFFICE sólo puede considerarse a través de los múltiples sesgos que trae aparejada la metodología empleada.

Los índices de utilización de los fármacos con probada eficacia en el incremento de la sobrevida (en especial betabloqueantes e inhibidores del sistema renina-angiotensina) son llamativamente elevados y se asemejan a los observados en los estudios multicéntricos, en los que habitualmente son parte de los criterios de inclusión.

Se podría argumentar que este hallazgo se corresponde con que casi la totalidad de los médicos participantes son cardiólogos y muchos de ellos con residencia en la especialidad, lo cual precisamente también explica en parte la participación en estas encuestas.

Por otra parte, es conocido que en la Argentina, a diferencia de países más desarrollados, los pacientes con ICC tienen mayor acceso al especialista.

Otro factor para considerar es que más de la mitad de los médicos encuestados pertenecen a la Capital Federal y el Gran Buenos Aires y si bien existe representación de casi todas las provincias, cada una de ellas aporta cifras exiguas de pacientes.

Esto inhabilita la comparación entre provincias y no agregaría mayor información dividir el país en sólo dos áreas en función de la comparación de los resultados.

En definitiva, aun considerando estos últimos argumentos atenuantes, y teniendo en cuenta una importante adherencia de los médicos participantes a la guías de tratamiento de la ICC, no creo que podamos tomar esta información como cierta en un contexto general y menos aún como representativa del país.

La gravedad de la insuficiencia cardíaca de los pacientes incluidos también podría justificar la intensidad del tratamiento médico, aunque esa gravedad no queda fielmente reflejada si consideramos tan sólo la clase funcional, en su mayoría I-II.

El antecedente de internación previa en el 58% de los pacientes, la disfunción sistólica ventricular izquierda moderada a severa en más del 70%, el uso de diuréticos del asa en casi el 68%, la utilización de espironolactona en el 61,5% y, por último, el promedio de edad ampliamente por sobre los 65 años nos proporciona una imagen más ajustada de la población comunicada.

Precisamente, la indicación de 25 mg de espironolactona en tan alto porcentaje de pacientes no guarda relación con la clase funcional informada. Una explicación válida debería corresponderse con el importante porcentaje de internación previa en esta población e implicaría que muchos de estos pacientes tuvieron descompensaciones y clases funcionales más avanzadas por lo que recibieron esta indicación. No es menos cierto que existe una tendencia a la indicación más precoz de la espironolactona, probablemente relacionada con la evidencia a favor del uso de eplerenona (bloqueante selectivo de la aldosterona) en pacientes con infarto de miocardio previo y disfunción ventricular sistólica. (3) Esta indicación se podrá evaluar en un futuro a través de un ensayo con eplerenona en pacientes con ICC en clase funcional I-II y deterioro severo de la función ventricular que se iniciará en los próximos meses.

En contra de lo expresado previamente, llama la atención la baja utilización de digital, que parece estar más cerca del porcentaje de fibrilación auricular que de la estimación de la gravedad de la insuficiencia cardíaca expresada previamente.

Un párrafo aparte merece la utilización de amiodarona en una dosis de 200 mg o menor en 1 de cada 4 pacientes. Porcentajes similares se informaron al comenzar el registro GESICA en 1998, donde en un principio se indicaban betabloqueantes en menos del 50% de los pacientes. (4)

En un estudio de titulación con carvedilol, el grupo GESICA comunicó que la utilización de amiodarona no contraindicaba el uso de betabloqueantes, aunque limitó la dosis máxima alcanzada de carvedilol. (5)

Ningún ensayo aleatorizado o registro en ICC muestra en la actualidad una indicación de amiodarona mayor del 10-15% y la indicación en el 25% de los pacientes con ICC parece ser una particularidad exclusiva de la Argentina. Conociendo los efectos colaterales del uso prolongado de amiodarona, aun con dosis relativamente bajas, la tasa de indicación de amiodarona es exagerada. La probabilidad de que la indicación sistemática de amiodarona ayude a la reducción de la mortalidad total en pacientes con insuficiencia cardíaca parece ser insignificante en presencia del uso generalizado de betabloqueantes, tal cual lo demostró recientemente el estudio SCUD-Heft. (6) Su indicación actual se encuentra acotada a arritmias supraventriculares, control de la frecuencia y arritmias ventriculares sintomáticas.

Es motivo de mucho interés para los autores la relación entre el estatus económico y laboral en relación con la cobertura médica y el acceso a estudios o a tratamiento médico. Este tema fue evaluado en encuestas previas y por lo general arroja resultados similares en cuanto a la relación directa entre estas variables. Aunque en este caso las variaciones entre los grupos con mayor y menor cobertura son estadísticamente significativas, las diferencias no parecen ser tan amplias.

Al final de la discusión del estudio OFFICE IC, me pregunto si los autores encontraron respuesta a los interrogantes que se plantearon al diseñar este relevamiento.

Este interrogante es propiamente una respuesta, por lo que creo que los estudios de las modalidades diagnósticas y terapéuticas de la ICC deberían basarse sobre registros con seguimientos a largo plazo, que se puedan auditar y en los cuales se disponga de la correspondiente morbimortalidad de la población seleccionada.

Obviamente, para esto se requieren proyectos a mayor plazo, con estructuras definidas y disponibilidad de recursos. No es en vano el trabajo realizado y tampoco es improbable que surjan nuevas ideas y oportunidades que nos permitan desplegar estas cualidades en un futuro cercano.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Thierer J, Belziti C, Francesia A, Vulcano N, Bettati MI, Rizzo M y col. Manejo ambulatorio de la insuficiencia cardíaca crónica en la Argentina: Estudio OFFICE IC. *Rev Argent Cardiol* 2006; 74: 109-116.
2. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38516.398067.E0 (published 1 August 2005).
3. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003;348: 1309-21.
4. Nul D, Zambrano C, Diaz A, Ferrante D, Varini S, Soifer S, Grancelli H, and Doval H, for Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina (GESICA) Investigators. Impact of a Standardized Titration Protocol with Carvedilol in Heart Failure: Safety, Tolerability, and Efficacy— A Report from the GESICA Registry. *Cardiovasc Drug Ther* 2005;19:125-34.
5. Nul DR, Poy C, Gabrielli O, Dran D, Ballestrini A, Albarracin N, Dumont C, Soifer S, Varini S, Ferrante D, Grancelli H, Doval H. Amiodarone and carvedilol in congestive heart failure: a possible association? GESICA. Buenos Aires, Argentina. American Heart Association, Scientific Sessions 2000. New Orleans, Louisiana, USA 12-11-2000. *Circulation* 2000;102(18).
6. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, Poole JE, Packer DL, et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *SCD-HeFT. N Engl J Med* 2005;352:225-37.