



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Estudio INCA: ¿insuficiencia cardíaca o riesgo vascular?

INCA study: cardiac failure or vascular risk?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo titulado “Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA”, publicado por B. de Rivas Otero et al recientemente en su revista¹. Los autores concluyen que la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada (FP) es la forma frecuente de presentación de la enfermedad en el medio extrahospitalario y que el grado de control de factores de riesgo, como la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus, es aún insuficiente en las consultas de cardiología y atención primaria¹. Estamos totalmente de acuerdo con ambas conclusiones pero nos gustaría señalar algunas apreciaciones al respecto:

1. Los individuos diagnosticados como con IC con FP se clasificaron según datos ecocardiográficos retrospectivos en cuanto a la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (FE mayor o menor del 40%). Sin embargo, no se hace referencia en el estudio a parámetros de disfunción diastólica, como son la hipertrofia ventricular izquierda, la relación de las ondas auriculares E y A' o la masa ventricular izquierda, que tienen implicaciones diagnósticas y pronósticas, especialmente en aquellos sujetos con IC y FP, que fueron los más numerosos².
2. Una proporción elevada de sujetos incluidos en el estudio (69%) se encontraba en clase funcional de la New York Heart Association I o II, es decir, tenían disnea de esfuerzo. Además, el sobrepeso-obesidad (el índice de masa corporal medio era de 28), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (22%) y la anemia (15%) aparecieron con frecuencia asociados al diagnóstico de IC. Esto hace reflexionar si estos individuos que tenían disnea presentaban o no IC. Ante esta situación, corremos el riesgo de clasificar erróneamente pacientes con disnea que en realidad no presentan IC sino otras enfermedades como HTA refractaria, obesidad, anemia, síndrome de hipoventilación-obesidad o EPOC. Este aspecto ya se ha evaluado en ensayos clínicos con IC y FP². Por tanto, es fundamental realizar un diagnóstico más preciso de los pacientes con IC y disfunción diastólica

y FP. Una anamnesis y exploración física exhaustivas con la ayuda de parámetros ecocardiográficos (Doppler tisular) y biomarcadores como el péptido natriurético tipo B podrían servir de ayuda al respecto³.

3. En relación con las cifras de presión arterial (PA) de los sujetos con IC incluidos en el estudio, debemos afirmar que su media global fue de 136,4 mmHg, con una desviación de 18,1 mmHg. Estas cifras de PA se determinaron en el ámbito de consulta (PA clínica). La determinación de la presión ambulatoria en domicilio o con una monitorización de la presión durante 24 h hubiera ofrecido una valoración más objetiva del grado de control de la PA en la IC⁴. A la luz de los nuevos ensayos clínicos publicados en HTA recientemente, las disminuciones de PA se acompañan de aumento de la supervivencia, pero por debajo de un dintel de bajada de PA podemos no obtener el beneficio esperado (curva-J). Este factor es especialmente importante para valorar en el paciente con HTA y alto riesgo vascular global: un buen ejemplo de esto puede ser el paciente con IC⁵.

Bibliografía

1. De Rivas Otero B, Permanyer-Miralda G, Brotons Cuixart C, Aznar Costa J, Sobreviela Blázquez E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA (Estudio Insuficiencia Cardíaca). *Aten Primaria*. 2009;41:394-401.
2. Persson H, Lonn E, Edner M, Baruch L, Lang CC, Morton JJ, et al; Investigators of the CHARM Echocardiographic Substudy-CHARMES. Diastolic dysfunction in heart failure with preserved systolic function: need for objective evidence: results from the CHARM Echocardiographic Substudy-CHARMES. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49:687-94.
3. González-González AI, Lobos-Bejarano JM, Horrillo-García C, Castellanos-Maroto J, Díaz-Sánchez S, Castellanos-Rodríguez A, et al; Péptido cerebral natriurético en atención primaria: valor diagnóstico en la insuficiencia cardíaca. *Aten Primaria*. 2005;36:510-4.
4. De la Sierra A, Redon J, Banegas JR, Segura J, Parati G, Gorostidi M, et al; Spanish Society of Hypertension Ambulatory Blood Pressure Monitoring Registry Investigators. Prevalence and factors associated with circadian blood pressure patterns in hypertensive patients. *Hypertension*. 2009;53:466-72.
5. Sleight P, Redon J, Verdecchia P, Mancia G, Gao P, Fagard R, et al; ONTARGET investigators. Prognostic value of blood pressure in patients with high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial study. *J Hypertens*. 2009; 27:1360-9.

Manuel Méndez Bailón* y Nuria Muñoz Rivas

Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuel.mendez@salud.madrid.org, manuelmenba@hotmail.com (M. Méndez Bailón).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2008.10.022

doi:10.1016/j.aprim.2009.07.009

Respuesta de los autores a: “Estudio INCA: ¿insuficiencia cardíaca o riesgo vascular?”

Author's reply to: “INCA study: cardiac failure or vascular risk?”

Sr. Director:

Agradecemos el interés y los comentarios sobre la publicación de los datos del estudio INCA referentes al perfil clínico y los patrones de tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España.

El estudio INCA se diseñó con el objetivo de valorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España¹, y los resultados publicados en *ATENCIÓN PRIMARIA*² hacen referencia exclusivamente al objetivo secundario del estudio.

Estamos completamente de acuerdo con el comentario de que la sospecha clínica de la insuficiencia cardíaca debe confirmarse mediante estudios diagnósticos objetivos, y generalmente el proceso diagnóstico debe incluir la realización de un ecocardiograma³. Por este motivo, para evitar al máximo posible la inclusión en el estudio de pacientes clasificados erróneamente de insuficiencia cardíaca, se pidió que todos los pacientes, además de presentar síntomas y signos clínicos que cumplieran los criterios de Framingham o de haber ingresado en un hospital con el diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca, tuviesen realizado un ecocardiograma que demostrase una anomalía sugerente de este diagnóstico. Sin embargo, tampoco debe olvidarse que la exigencia de ecocardiograma para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca por parte de las guías de práctica clínica permite probablemente aumentar la sensibilidad del diagnóstico pero en modo alguno representa que los criterios actuales sean perfectos, sobre todo en el caso de la insuficiencia cardíaca diastólica. Es muy probable que, incluso con un buen seguimiento de estos criterios, sea inevitable en todo estudio un número de falsos diagnósticos positivos y negativos, sobre todo en pacientes que presentan otras enfermedades como obesidad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El propio diseño transversal del estudio y la recogida de datos a partir de la información disponible en la historia clínica dificultaron la posibilidad de incluir otros datos ecocardiográficos disponibles distintos de la fracción de eyección u otros biomarcadores como el péptido natriurético cerebral. Es poco realista suponer que la

recogida retrospectiva de información clínica en gran número de centros de datos complejos, como los relativos a disfunción diastólica (cuya sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca puede ser cuestionable incluso en estudios diseñados específicamente para eso), hubiera representado una ventaja sustancial más que una posible fuente de error, sin contar además que en un gran número de informes no consta esta información. En el estudio GALICAP, que recoge datos de pacientes ambulatorios en atención primaria con insuficiencia cardíaca diagnosticados tras haber estado hospitalizados (ingresados o en el servicio de urgencias durante un período mínimo de 24 h) y con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el informe de alta, así como pacientes ambulatorios con diagnóstico hospitalario de insuficiencia cardíaca, sólo el 67,2% contaba con un ecocardiograma realizado⁴.

Como se menciona en la discusión del artículo², el hecho de que los datos de la fracción de eyección sean retrospectivos y basados en un ecocardiograma sistemático exige cierta cautela al sacar conclusiones. A pesar de ello, el mismo estudio GALICAP⁴ coincide en señalar que la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada es la forma más frecuente de insuficiencia cardíaca en los pacientes ambulatorios en nuestro país (el 61,4 comparado con el 61,7% observado en INCA²).

En lo referente a la medida de la presión arterial, los datos presentados se refieren a la media de 2 determinaciones tomadas el día de la consulta. Estamos completamente de acuerdo en que un estudio realizado con monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) o automedida de la presión arterial habría aportado datos más precisos sobre el control de la presión arterial de estos pacientes. Lamentablemente, la disponibilidad de estos datos no fue un criterio de inclusión del estudio al no ser el control de la presión arterial el objetivo principal de éste. Por otro lado, un estudio del tipo y la amplitud del INCA probablemente se ha podido realizar en nuestro medio y con un cumplimiento adecuado al tratarse de un diseño simple que requería datos fácilmente asequibles. Nos preguntamos si la mayor información derivada de la inclusión de MAPA en el plan de estudio hubiera compensado la muy previsible peor participación.

Conflicto de intereses

Beatriz de Rivas trabaja como asesora médica en AstraZeneca Farmacéutica Spain. Eduardo Sobreviela trabaja