

# Mortalidad intrahospitalaria en la insuficiencia cardíaca

JORGE THIERER

La encuesta de internación por insuficiencia cardíaca llevada a cabo por el CONAREC que se presenta en este número de la Revista Argentina de Cardiología representa un avance en lo que hace al conocimiento de las características que reviste hoy esta patología en la República Argentina. Desde la encuesta llevada a cabo por la SAC no contábamos con información concreta sobre formas de presentación del cuadro y modalidades de atención. Parte de este vacío ha venido a ser colmado por la encuesta que ahora comentamos.

Partamos de la base de que esta es una encuesta realizada en centros dotados de Residencias reconocidas por el CONAREC. No podremos por lo tanto inferir conclusiones o premisas respecto de lo que sucede en centros sin residencias de cardiología (léase instituciones donde se trabaja con médicos internos, en general ex residentes o aquellas en las que no hay un servicio de cardiología y la insuficiencia cardíaca es tratada por terapeuta o clínicos). Es posible que en esos centros haya variaciones respecto de lo que aquí se presenta, si no en lo que hace a las variables de la enfermedad, sí en lo que tiene que ver con la aproximación diagnóstica y terapéutica. Debe, por otra parte, tenerse en cuenta que esta encuesta reclutó a pacientes internados tanto en sala como en Unidad Coronaria (no contamos con el dato de en qué proporción en una y otra, ni las características de ambos tipos de pacientes). Volveremos más tarde sobre este punto.

Dos aciertos de la encuesta: la inclusión de pacientes con historia de por lo menos 30 días de insuficiencia cardíaca y sólo de aquellos con historia, ECG y radiografía disponibles. Los registros de internación por insuficiencia cardíaca suelen crear confusión al incorporar a pacientes con cuadros agudos, sanos hasta entonces, que se traducen en fallo de bomba (IAM, miocarditis, endocarditis agudas, disecciones de aorta, etc.). Si bien estos pacientes tienen insuficiencia cardíaca al internarse, no es a ellos a quienes nos referimos cuando nos preguntamos cómo se trata esa insuficiencia hoy en nuestro país, sino a los que tienen un cuadro establecido previo, clínico o al menos de disfunción ventricular.

La población considerada abarca todo el espectro de la insuficiencia cardíaca. Es, en líneas generales, una población de bajo riesgo: el 70% de los pacientes se encuentra, antes de la internación, en CF I-II; sólo el 60% estaba medicado con diuréticos previamente al ingreso (y si bien podemos considerar que cierto porcentaje de pacientes no recibe ambulatoriamente el tratamiento adecuado no es menos cierto que las drogas más comúnmente prescriptas, y en muchos casos sin necesidad, son justamente las citadas); la TA promedio al ingreso es 133-78 mm Hg, y la natremia media es normal. Por otra parte, como ya se citó, hubo internación en sala en una proporción desconocida. Es de lamentar que en poco más del 40% de los casos no se conozca el dato acerca de si hubo factores vinculados con la descompensación de un cuadro previamente estable, pero entre aquellos en los que la información se recabó vemos sin sorpresa que más de la mitad se vinculan con causas potencialmente prevenibles: infecciones, transgresión alimentaria, abandono de la medicación.

¿Cómo estaban medicados los pacientes antes del ingreso? Casi un 60% con diuréticos, un porcentaje similar con inhibidores de la enzima convertidora y un 50% con digital. Sólo el 11% llegó tratado con betabloqueantes, proporción que seguramente aumentará con el tiempo; se constató como de costumbre que pese a que un 28% de los pacientes tenía al ingreso fibrilación auricular, recibía anticoagulantes el 17%. No tiene por qué haber desde ya una correspondencia absoluta entre ambas cifras (pacientes con ritmo sinusal anticoagulados por otras causas, pacientes fibrilados con contraindicación para anticoagulación), pero los números hablan sin duda de subtratamiento.

Los criterios diagnósticos empleados para definir etiología o cardiopatía subyacente se prestan a alguna discusión, frecuente cada vez que se toca el tema. ¿Basta una lesión mayor del 50% en un vaso para definir a un cuadro de insuficiencia cardíaca como de etiología isquémica? Creemos que no. De cualquier modo suponemos, por la lectura de otros registros y nuestra propia experiencia, que pudo haber en la encuesta un subregistro de pacientes con

esa etiología (falta de estudios previos que demostraran en pacientes hipertensos la presencia asociada de isquemia, secuelas de IAM menos claras en el ECG por la existencia de BRI, etc.). La baja proporción de pacientes chagásicos puede vincularse al hecho de que el grueso de los pacientes fue reclutado en zonas de baja prevalencia de la enfermedad. Queda por definir cuál es el espacio real que ocupa el Chagas en el concierto de la patología.

Los hallazgos clínicos, ECG y de laboratorio son los esperables. Se confirma la mayor prevalencia de estertores y cardiomegalia como criterios diagnósticos (rondando el 80%) frente a otros hallazgos menos frecuentes, como tercer ruido. Sólo el 11% de los pacientes tienen un ECG absolutamente normal, y en ellos es de suponer disfunción diastólica o incluso casos de dudosa insuficiencia cardíaca. La definición ecocardiográfica de los grados de disfunción ventricular impresiona poco específica para caratular a un paciente con deterioro marcado de la contractilidad: sólo 10 puntos de fracción de eyección separan al paciente con función normal de aquel con disfunción severa. Un 36% de los pacientes con ecocardiograma (realizado al 85% del total) es caratulado con función conservada o deterioro leve, correspondiendo a lo que definiríamos como insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada. Las cifras coinciden con las de otros registros.

Como corresponde a las características señaladas, la evolución en la internación ha sido buena, con pocas complicaciones y baja tasa de mortalidad. Los predictores de mortalidad en análisis bivariado y multivariado son en general los esperados. La falta de trabajo estable como predictor en una primera línea de análisis resalta la influencia recíproca que tienen el cuadro clínico y la condición socioeconómica: el paciente con insuficiencia cardíaca en etapa avanzada no puede muchas veces por su estado clínico sostener un trabajo estable, y su falta es a su vez causa fundamental de progresión y descompensación por la dificultad para acceder a una cobertura médica adecuada, e incluso para adquirir la medicación más necesaria. Los otros predictores no sorprenden; es lo que todos hemos visto: los pacientes con antecedentes más floridos de fallo de bomba y con un cuadro de fallo global son sin duda los de peor evolución. La hiponatremia se confirma como un marcador de primer nivel. Un comentario sobre la FC a la que numerosos estudios han señalado como uno de los factores pronósticos más importantes en el contexto del IAM y la insuficiencia cardíaca crónica. ¿A qué atribuir que en un registro de internación por

insuficiencia cardíaca no tenga ese valor? En el curso de un IAM, la FC elevada se correlaciona con mayor extensión de necrosis y mayor compromiso hemodinámico inicial que genera una actividad simpática más marcada. De igual forma, en el paciente ambulatorio con insuficiencia cardíaca y disfunción sistólica, la taquicardia expresa hiperactividad simpática con sus consecuencias deletéreas. En el primer caso se trata de un fenómeno referido a una condición que revertirá en pocas horas; en el segundo, a una condición relativamente estable. Respecto de los pacientes con insuficiencia cardíaca que se internan por descompensación cabe recordar que aquellos con mejor función y con menos tratamiento previo pueden presentar inicialmente una FC mayor que los que tienen deterioro severo e historia más florida, por lo general ya medicados con drogas cronotrópicas negativas (digital, amiodarona) y en quienes por otra parte la capacidad de incrementar la FC en agudo está disminuida por "down regulation" de receptores beta-1.

El tratamiento de alta muestra algunos datos interesantes: respecto del previo a la internación, hay como era de esperar un incremento en la cantidad de pacientes tratados con diuréticos e inhibidores de la enzima convertidora; prácticamente no cambia la tasa de utilización de digital, lo cual revela una tendencia que puede hacerse más notoria en el futuro, a partir de los resultados del estudio DIG; sucede otro tanto con el uso de betabloqueantes, lógico a partir del cuidado en cuanto a su utilización muy cercana a un episodio de descompensación y vemos sí un aumento en la indicación de aspirina (¿pacientes con fibrilación auricular a los que no se anticoagula?, ¿prevención en el caso de pacientes hipertensos o coronarios conocidos?), droga con la que hay que ser cuidadosos en los casos avanzados, y nitratos, de utilización dispar según diferentes grupos tratantes.

En conclusión, la encuesta CONAREC VI nos acerca datos sumamente útiles para saber qué sucede hoy en los centros cardiológicos con residencia incorporada en lo que hace al manejo de la insuficiencia cardíaca que requiere internación. Puntos no menos sustanciales deberán ser respondidos en registros próximos: dificultades en el manejo ambulatorio que se traducen en internación y sus costos vinculados (días de internación, recursos utilizados). De igual forma el establecimiento de pautas claras de diagnóstico y tratamiento adaptados a nuestra realidad podrá contribuir a que se encaré en forma adecuada esta patología cuya prevalencia aumenta a costa, paradójicamente, del progreso de la medicina.