

## Internación por insuficiencia cardíaca descompensada: la oportunidad de la crisis

HUGO GRANCELLI

La insuficiencia cardíaca constituye uno de los mayores y crecientes problemas sanitarios de la actualidad. El aumento en su incidencia y prevalencia, su elevada morbilidad y mortalidad y el alto costo y uso de recursos que demanda su atención constituyen desafíos relevantes para la medicina de este tiempo.

La insuficiencia cardíaca descompensada, ya sea por agravamiento súbito o progresivo del cuadro clínico preexistente o por aparición aguda en pacientes sin antecedentes de la enfermedad, representa uno de los principales motivos de internación general y en unidades críticas y la primera causa cuando se considera la población mayor de 65 años. (1, 2) Los episodios de descompensación afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, se asocian con un riesgo elevado de complicaciones y mortalidad intrahospitalaria, identifican un subgrupo con mayor inestabilidad clínica y peor pronóstico alejado y son responsables del mayor gasto en la atención de esta entidad. (3, 4)

Disponer de información actualizada sobre diferentes aspectos epidemiológicos, de conducta médica y del uso de recursos en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada en el país contribuye a conocer nuestra realidad asistencial y a implementar medidas que favorezcan un mejor manejo médico en esta situación clínica. El último Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca llevado adelante por el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología y publicado en este número de la revista, nos aporta datos valiosos en ese sentido. (5)

La información obtenida nos muestra deficiencias notables en el manejo diagnóstico y terapéutico ambulatorio de la insuficiencia cardíaca y en la prevención de los episodios de descompensación.

Pese a que se trata de una población de edad avanzada, con alta prevalencia de patologías de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca (enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes) y que cerca de tres cuartas partes de los pacientes ya tenían antecedentes de la enfermedad, hasta en el 40,2% de los casos no se había evaluado la función ventricular previo a la internación registrada. Un simple estudio por ecocardiografía bidimensional, de bajo costo y amplia disponibilidad en nuestro medio, permite determinar la presencia, la magnitud y el mecanismo de la disfunción ventricular y debería utilizarse ampliamente en estos enfermos. (6)

El porcentaje de pacientes que reciben los medicamentos y las dosis adecuadas que han demostrado un claro beneficio pronóstico y sobre la estabilidad clínica de la insuficiencia cardíaca sigue siendo bajo, en particular para el uso de betabloqueantes. Los datos presentados no permiten extraer conclusiones claras sobre la posible influencia en este punto de las características clínicas de esta población (más añosa y con mayor morbilidad que la evaluada en los ensayos clínicos), el tipo de cobertura médica, los factores socioeconómicos involucrados y la responsabilidad del médico tratante.

Por otra parte, si se considera que en estos pacientes el 42,6% fueron hospitalizados por descompensación en el último año, un alto porcentaje presentaron empeoramiento de la clase funcional previo a la internación y en más del 70% fue posible reconocer una causa descompensante en su mayor parte prevenible, es evidente que existe un amplio campo de acción y posibilidades para mejorar su manejo médico y así disminuir las hospitalizaciones por esta causa.

En este marco, la implementación de programas de manejo de la insuficiencia cardíaca, con fuerte contenido educativo y de vigilancia continua, dirigidos a alcanzar un mejor cumplimiento de la dieta y la adherencia al tratamiento farmacológico y estimular en el paciente las medidas de autocontrol que permitan la detección y consulta precoz frente a las primeras manifestaciones de la descompensación, puede contribuir a reducir las hospitalizaciones y los costos de atención. (7-9)

Como surge de los datos de este registro, la decisión de internar a los pacientes con insuficiencia cardíaca en las áreas de cuidados críticos refleja la ausencia de criterios homogéneos y un uso inadecuado de los recursos disponibles. Más allá de la comprensible influencia de los marcadores de riesgo clínico al ingreso, el tipo de cobertura médica resultó un fuerte condicionante para el uso de la complejidad asistencial. Aunque no se dispone de información sobre las consecuencias directas de la desigualdad en la atención, estas observaciones sugieren que los pacientes con cuadros graves sin cobertura podrían tener limitado su acceso a las unidades intensivas mientras existe una innecesaria derivación a estas áreas en pacientes con bajo riesgo y alta cobertura.

La duración de las internaciones por insuficiencia cardíaca tiende a disminuir en los últimos años, pero es influida por el perfil de la patología responsable, el

umbral utilizado para definir la hospitalización y, como se observa en este registro, la gravedad del cuadro clínico al ingreso, la presencia de complicaciones y morbilidad y por diversos factores sociales que se relacionan con la falta de cobertura médica. (10)

La población hospitalizada por insuficiencia cardíaca comprende un amplio espectro de pacientes con diversos grados de severidad clínica y diferente pronóstico. La posibilidad de establecer el riesgo de complicaciones y de mortalidad intrahospitalaria en el momento del ingreso permite una mejor selección de la conducta médica inicial que incluye la necesidad de derivación a una unidad de cuidados críticos. En este estudio, un grupo de variables clínicas y de laboratorio de fácil obtención al ingreso resultaron predictoras de mortalidad hospitalaria. Si bien resulta atractiva su posible utilidad para definir estrategias de manejo clínico y optimizar el uso de recursos, su confiabilidad deberá evaluarse en estudios prospectivos.

En una última observación deberían considerarse ciertas limitaciones de este registro para obtener datos representativos de la realidad nacional sobre las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Más allá del sesgo en la selección de centros determinada por el interés en participar de los investigadores y su distribución geográfica inadecuada, es de destacar que los pacientes sin cobertura médica representaron sólo el 28,5% de la muestra de este estudio, pero constituyen más del 50% de la población total del país en la actualidad. Así, la magnitud de los defectos en la prevención y la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada reconocidos en esta experiencia puede ser considerablemente mayor en la realidad asistencial de la población general.

Sólo a través de estudios con diseños de vigilancia epidemiológica y evaluación de conducta médica, con muestras representativas de la comunidad y seguimientos continuos, es posible conocer con mayor confiabilidad los cambios que se producen en la prevalencia y la modalidad de presentación de una patología y evaluar cómo se aplican en la práctica cotidiana los avances en los recursos diagnósticos y terapéuticos comprobados en la investigación clínica.

Como destacan los autores de este trabajo, la hospitalización por descompensación de la insuficiencia cardíaca es un evento crítico en la evolución de la en-

fermedad, pero como toda crisis también representa una oportunidad para profundizar el estudio de las posibles causas corregibles, detectar los factores precipitantes, optimizar el tratamiento farmacológico y definir la modalidad de seguimiento más adecuada a las necesidades de cada paciente.

La información de este registro revela falencias importantes en la atención médica de la insuficiencia cardíaca en nuestro país, que reflejan en parte las limitaciones para aplicar los avances del conocimiento en la práctica clínica, pero además, las dificultades asistenciales que acarrea la crisis de un sistema de salud deficiente, fragmentado y sin equidad. Conocer esta realidad también representa una oportunidad y un desafío que deben afrontar en conjunto la comunidad médica y las autoridades sanitarias para brindar una mejor calidad de atención a nuestra población.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC, et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997;18:208-25.
2. Lenfant C. Report of the Task Force on Research in Heart Failure. *Circulation* 1994;90:1118-23.
3. Haldeman GA, Croft JB, Giles WH, Rashidee A. Hospitalization of patients with heart failure: National Hospital Discharge Survey, 1985 to 1995. *Am Heart J* 1999;137:352-60.
4. Berry C, Murdoch DR, McMurray JJ. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001;3:283-91.
5. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca 2002-2003. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:333-340.
6. Consenso de Insuficiencia Cardíaca. Comisión de Evaluación Diagnóstica. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2000;68:(Supl III):10-28.
7. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001;110:378-84.
8. Grancelli H, Varini S, Ferrante D, Schwartzman R, Zambrano C, Soifer S, et al; GESICA Investigators. Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure (DIAL): study design and preliminary observations. *J Card Fail* 2003;9:172-9.
9. Grancelli H, Zambrano C, Dran R, Ramos S, Soifer S, Ferrante D, et al. Cost-Effectiveness Analysis of a Disease Management Program in Chronic Heart Failure: DIAL Trial. *J Am Coll Cardiol* 2003;41(Suppl A):517 A.
10. Wright SP, Verouhis D, Gamble G, Swedberg K, Sharpe N, Doughty RN. Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2003;5:201-9.