

Registro Nacional de Internacion por Insuficiencia Cardiaca

CARLOS D. TAJER

La insuficiencia cardiaca es una causa muy frecuente de internacion y de consulta para el medico generalista y cardiologo. Con el incremento de la edad poblacional se espera un aumento de la prevalencia de este sindrome asociado con enfermedades como la hipertension sistolica y la coronariopatia.

En este numero de la Revista Argentina de Cardiologia se publican los resultados del segundo Registro de Insuficiencia Cardiaca efectuado en 1999, (2) con un diseno similar al de 1993, (2) ambos organizados por el Area de Investigation de la Sociedad Argentina de Cardiologia.

Una primera mirada epidemiologica nos muestra que los pacientes internados por insuficiencia cardiaca tienen edad avanzada, 68 anos promedio, con una tasa de mortalidad elevada durante la internacion (10,5%) y, paradójicamente, una escasa utilizacion de recursos complejos (cateter de Swan-Ganz [6,5%]), en contraste con el empleo de dopamina en el 30,8% de los casos, de via central en el 16%, de asistencia respiratoria mecanica en el 8,8% y de dialisis, ultrafiltracion y asistencia circulatoria en menos del 2%, hecho aun mas llamativo si tenemos en cuenta que la progresion de la insuficiencia cardiaca se considero la causa de muerte en mas del 70% de los pacientes que fallecieron.

¿Este registro es representativo de la situation nacional de la internacion sobre la insuficiencia cardiaca?

En general, los pacientes analizados en los registros de la Sociedad Argentina de Cardiologia y el CONAREC representan centros seleccionados por lo menos por la motivacion de sus cardiologos a la participation en redes de investigation clinica y docencia. De ninguna manera esto debe entenderse como una muestra representativa de toda la comunidad, menos aun en este momento de disgregacion sanitaria. El reducido numero de pacien-

tes incluidos (400) en un periodo señalado en Metodos de dos meses pero en Resultados de 11 meses hace incluso dudar de la consecutividad de los casos, lo cual implicaria un eventual sesgo. Es fundamental que los registros incluyan "todos" los pacientes que reunan criterios adecuados y que se cuente con un registro paralelo de todas las internaciones y de los diagnosticos de los no incluidos. Algunos aspectos de los pacientes reinternados (el 50% teniin dieta escrita, el 62% resumen de alta previa con epicrisis, alto numero de instructivos) hablan de su vinculacion con centros de una cuidada practica en insuficiencia cardiaca. No es probablemente esta la realidad general de atencion.

¿Se tratan bien los pacientes con insuficiencia cardiaca en la Argentina?

No cabe duda de que en el registro la medicacion al alta analizada es compatible con el conocimiento actual de las terapeuticas utiles en la insuficiencia cardiaca desde la lectura de los grandes ensayos clinicos y la medicina basada en la evidencia, y que los recaudos mencionados en el apartado anterior, con epicrisis, cuadernillos instructivos, etc., indican un elevado estandar "clasico" de atencion.

Sin embargo, un porcentaje importante de los pacientes internados tuvieron como causa desencadenante la suspension de la medicacion, transgresiones alimentarias y crisis hipertensivas, factores potencialmente evitables. Es imposible, con los datos presentados, obtener alguna conclusion sobre cual podria haber sido la medida preventiva adecuada. Un factor subyacente a la encuesta es el socioeconomico y puede ser la causa de suspension del tratamiento, como recientemente se ha comunicado en el Congreso Argentino de Cardiologia el relevamiento efectuado en la ciudad de Lobos, que compara 2001 con 2002. (3) En la encuesta de este ano se reflejaron incrementos de los indices de desocupacion y el aumento notable

de la tasa de incumplimiento del tratamiento, acompañando la extraordinaria crisis socioeconómica argentina. Sin embargo, en este caso los autores indican que la medicación habitualmente suspendida es la digital y los diuréticos, fármacos de muy bajo costo, por lo que probablemente esta suspensión de la medicación trascienda el tema de disponibilidad de recursos.

Quizá convenga replantearse la forma en que se establece el vínculo médico. Los autores del GESICA III (4) han evaluado un sistema diferente de atención de la insuficiencia cardíaca. Compararon el esquema "liberal", en el cual se mantiene un vínculo médico-paciente clasi.co (el paciente acude cuando ha pactado con el médico al consultorio y está a cargo de su autocontrol y cumplimiento de la medicación), con el "cuidado social", en el cual un grupo externo colabora con el médico y se hace cargo del "cuidado": múltiples llamados telefónicos, asesoramiento, refuerzo de las prácticas de autocontrol (pesarse, cumplir la dieta, controlarse la presión). Es muy posible que en una patología con evolución crónica y alta tendencia a la recurrencia de formas graves como la insuficiencia cardíaca este sistema de atención que asume la responsabilidad del cuidado del paciente permita mejores resultados y esperamos su presentación en el AHA 2002.

Reconocimiento de la gravedad. Variables predictivas de mala evolución

Una extraordinaria utilidad de los registros observacionales ha sido el reconocimiento de variables asociadas con mayores complicaciones o problemas específicos. En el diseño de ensayos de cohorte prospectivo, es decir, un número de pacientes seguidos por períodos prolongados, el estudio de Framingham ha contribuido a poner en claro el papel de una serie de factores que pasaron a llamarse de riesgo. En los registros de patologías agudas es quizá más importante analizar variables que orienten a mejores conductas clínicas iniciales. En este estudio los autores identifican algunos parámetros clásicos asociados con mortalidad: la presentación con formas severas de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón, shock), niveles elevados de urea, hiponatremia e hipotensión arterial. En el análisis, sin embargo, surgen dos aspectos quizá no del todo esperados: que la leucocitosis y el uso de previo de aspirina se asocian con una mortalidad mayor. Ambos aspectos se han descrito en el síndrome coronario agudo y se han interpretado con propuestas hipotéticas:

1. La leucocitosis indicaría un tamaño mayor de la necrosis miocárdica (en el caso del infarto) o

una respuesta inflamatoria mayor (angina inestable) que complica la evolución.

2. Llegar a un cuadro coronario agudo tomando aspirina indicaría un fracaso relativo de esta en términos de antitrombosis o alguno de sus múltiples mecanismos de beneficio. En ese sentido, el uso previo de aspirina seleccionó un grupo con mayor beneficio con la heparina de bajo peso molecular en el estudio TIMI IIb. (5)

~Como interpretar estos hallazgos aquí?

1. La leucocitosis podría indicar la presencia de una infección como desencadenante de la insuficiencia cardíaca y, por lo tanto, asociar una patología potencialmente grave como contribución al mal pronóstico, lo cual se confirma en el análisis univariado, por lo que no es necesario recurrir a un planteo más complejo vinculado con la inflamación.
2. La aspirina previa ...

El misterio de la aspirina previa y la mayor mortalidad

Es más difícil hipotetizar sobre cuál podría ser el mecanismo por el que la ingesta crónica de aspirina se asociara con peor pronóstico cuando el paciente se interna por insuficiencia cardíaca. Aventuraremos tres alternativas:

- a) *Casualidad*: en la discusión los autores señalan que el doble del riesgo observado con la aspirina estuvo en el límite de la significación estadística (OR 2,07, intervalo de confianza 1,03-4,15; el brazo inferior del intervalo de confianza casi toca la unidad) y puede ser atribuible al azar. En estudios epidemiológicos, cuando se exploran múltiples parámetros existe una chance elevada de que alguno de ellos se asocie con el evento en forma casual, sin que el hecho se repita en otros ensayos.
- b) *Variables confundidoras*: en estudios de angina inestable hemos observado que el uso crónico de aspirina se asocia con mayor edad y antecedentes de enfermedad coronaria, que en parte explican la peor evolución. Cuando en un estudio estadístico se dice que la aspirina es una variable independiente, la afirmación solo implica que no depende del resto de las variables incluidas en el modelo. Otras variables no contempladas podrían explicar esta asociación sin que exista un mecanismo patogénico.
- c) *Mecanismo patogénico*: 1) Interferencia de la aspirina: la aspirina podría interferir el mecanismo de acción de los inhibidores de la enzima convertidora, pero en la mayor parte de las series este efecto es mínimo y no se ha confirmado en estudios agudos. 2) Refractariedad a la

aspirina: en los pacientes con síndrome coronario agudo la refractariedad a la aspirina se mide en términos de actividad antitrombótica (6) y una posible explicación de la peor evolución es la presencia de mecanismos trombotogénicos que la superan, es decir, más graves. No se ha postulado que la trombotogenicidad desempeñe un papel importante en la insuficiencia cardíaca aguda. Sin embargo, un hallazgo reciente en pacientes con shock séptico sobre el papel de una intervención de acción antitrombótica ha mostrado resultados sorprendentes en términos de morbilidad. (7) Quizás en pacientes con shock inicial no necesariamente cardiogénico (muchos pacientes con infecciones como causa desencadenante, o quizá con infecciones no reconocidas dada la avanzada edad) la protrombosis pueda jugar un papel mayor que el reconocido, lo cual podría explorarse en forma sencilla en estudios prospectivos. De cualquier manera, esto no pasa de ser una especulación forzada.

Relevamientos o registros continuos

Un último comentario dirigido a la validez de los registros como herramienta de la epidemiología clínica. En los últimos 15 años la Sociedad Argentina de Cardiología ha encarado diferentes relevamientos, así como el CONAREC y grupos de investigadores independientes (ECLA, PACS, DIC), y nos han brindado un retrato de la forma en que son enfocados por los médicos los pacientes internados y ambulatorios en algunos patologías. En algunos casos, este autoanálisis comunitario nos ha permitido reconocer con humildad nuestros propios errores y limitaciones y adoptar

conductas para mejorar la atención de los pacientes. La continuidad de estos registros es muy importante y jerarquiza la tarea que el Área de Investigación de la SAC ha desarrollado desde su creación. Pero quizás ha llegado el momento de que tendamos a una integración de la información y a encarar registros permanentes con medios electrónicos de fácil acceso y constantes. La atomización y la anarquía del sistema de salud son datos insoslayables que debilitan la posibilidad de concretar esta intención, pero la obcecada tarea de los cardiólogos ha podido vencer hasta ahora muchos obstáculos y eventualmente pueda emprender con éxito este nuevo desafío.

BIBLIOGRAFIA

1. Thierer J, Iglesias D, Ferrante D y col. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca. Factores responsables, evolución hospitalaria y predictores de mortalidad. *Rev Argent Cardiol* 2002; 70: 261-273.
2. Bazzino O, Tajer C. Encuesta Nacional de Unidades Coronarias. *Rev Argent Cardiol* 1993; 61(Supl I): 9-15.
3. Ciruzzi, M. Estudio REDIFA. Intervención en la ciudad de Lobos. Presentado en la mesa sobre Estudios Multicéntricos Nacionales en el XXIX Congreso de la Sociedad Argentina de Cardiología 2002.
4. GESICA 3. A presentarse en el Congreso de la American Heart Association 2002 como Late breaking trial.
5. Santopinto J, Tajer C, Bozovich GE y col. Prior aspirin users are at increased risk of cardiac events and should be treated with enoxaparin. *Circulation* 1999; 100: 1-620 (abstract).
6. Tajer C, Hirschson Prado A, Altman R y col. „Fracaso antiinflamatorio, antitrombótico o sesgo clínico? Aspirina previa y evolución en la angina inestable. *Rev Argent Cardiol* 1999; 67: 137-147.
7. Bernard G, Vincent J, Laterre P y col. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. *N Engl J Med* 2001; 344: 699-709.