

# Registro de internación por insuficiencia cardíaca descompensada SAC 2007

## Una realidad preocupante

ALBERTO A. FERNÁNDEZ<sup>MTSAC, 1</sup>

Durante los últimos diez años se han realizado numerosos registros sobre internación por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada; las causas de esta inquietud se basaban fundamentalmente en el poco conocimiento que había sobre esa entidad, lo proteiforme de sus formas de presentación, lo heterogéneo de su tratamiento y por sobre todo “la realidad”. Y la realidad era y es que la IC se ha ido transformando en un problema de salud importante, en términos epidemiológicos (incidencia y prevalencia crecientes) y de costos en salud (alrededor del 70% de los costos en IC se generan durante la internación, con un incremento de alrededor del 170% de las internaciones por IC descompensada en los últimos diez años). (1)

La forma más dramática de presentación, la descompensación, era sin ninguna duda la menos estudiada y por consiguiente la que generaba más problemas en lo relativo a su diagnóstico, estratificación de riesgo y, por sobre todo, tratamiento y en muchas ocasiones es el “último gueto del empirismo” en la era de la medicina basada en la evidencia.

Sin embargo, al recorrer los distintos registros realizados en nuestro país, en Europa y en los Estados Unidos nos encontramos con que durante estos últimos diez años la “realidad” de la internación por IC descompensada no presenta grandes variantes. (1-4)

Avancemos un poco en la construcción de estos registros, que en general describen tres momentos o etapas de este cuadro:

1. **Etapa prehospitolaria.** En este segmento, los datos relevados habitualmente son el tratamiento previo, la condición socioeconómica de los pacientes y las causas desencadenantes de la descompensación. Y acá nos encontramos con la primera decepción: en líneas generales, los pacientes han estado y persisten insuficientemente tratados. Un ejemplo de esto son los porcentajes que muestra el registro de internación SAC 2007, donde en una población con antecedentes de IC (alrededor del 66%) y de internación por un episodio de descompensación en el último año (47%) las tasas de utilización de IECA eran del 47%, de betabloqueantes del 49% y de espirolactona del 23%. (5) Estos datos contrastan con los observados en otras encuestas, como el Office IC, donde las tasas de prescripción de IECA/AT II eran del 92%, de betabloqueantes del 70% y de espirolactona del

61,7%. Esto quizás explicaría una de las causas de la descompensación: el abandono de la medicación en algún momento entre la visita médica y la internación. (6)

Si a estos hechos les agregamos que alrededor del 80% de los pacientes tenían algún tipo de cobertura social, con lo cual tendrían mínimamente asegurada la provisión de su medicación, nos encontramos con una realidad realmente preocupante: el poco conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su entorno o la poca información que el médico ha podido brindarle previamente. Sumado a estos datos, este registro, al igual que anteriores, nos muestra que alrededor del 40% de las causas definidas como desencadenantes están relacionadas con el abandono de la medicación o del régimen higiénico-dietético, lo que refuerza la teoría previa.

En pocas palabras, “**tiempo, dedicación y educación**” del médico hacia el paciente parecerían ser claves de esta etapa.

Se han evaluado medidas de implementación sencilla basadas en la educación y el apoyo al paciente en distintos estudios de intervención, como el DIAL, donde la sola intervención de una enfermera marcando pautas de alarma, educando y aconsejando al paciente tuvo un impacto importante en la tasa de reinternación (7) con todo lo que ello implica.

Éste parecería que es el camino; tenemos en claro cuáles son las herramientas para mejorar en esta etapa, el problema real es que no sabemos cómo o no podemos implementarlas.

2. **Etapa hospitalaria.** Creo que esta etapa es más sencilla de entender y menos conflictiva desde el punto de vista ético.

La morbimortalidad en estos últimos años no se ha modificado; los últimos registros de la SAC, como se menciona, no ofrecen diferencias significativas, a pesar del avance tecnológico, las medidas de monitorización, el mayor conocimiento fisiopatológico, etc. (1-4) La realidad es que no hemos podido avanzar en el aspecto terapéutico. Todas las últimas drogas estudiadas y desarrolladas, si no han aumentado la mortalidad, por lo menos no han superado a ninguna de las ya existentes; inotrópicos, vasodilatadores e inhibidores de la

MTSAC Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Jefe de Cardiología. Sanatorio Modelo Quilmes

e-mail: afernand@speedy.com.ar

vasopresina son algunos de los ejemplos del fracaso continuo.

A esto debemos sumarle una población cada vez más añosa, con la consiguiente creciente presencia de comorbilidades asociadas.

¿Cuál es la meta ideal del tratamiento en esta etapa? Sencillo de definir pero terriblemente difícil de poner en práctica: aliviar los síntomas, reducir el riesgo que la descompensación genera, pero fundamentalmente “no dañar”. Parecería que además de proteger al paciente de su enfermedad, deberíamos protegerlo de nosotros mismos. Sabemos que los diuréticos son indispensables en el tratamiento de la congestión, pero también distintos estudios nos han demostrado que su uso inadecuado puede generar mayor deterioro de la función renal, (8, 9) que un inotrópico quizás alivie más rápidamente al paciente (o al médico tratante), pero a costa de generar mayor necrosis/apoptosis miocítica, o de inducir arritmias potencialmente mortales (10, 11) y así se suceden los ejemplos.

La internación marca hitos en la evolución de la enfermedad en nuestros pacientes; la meta fundamental es aliviarlos, sacarlos del peligro inminente y aprovechar la hospitalización para educarlo a él y a su entorno familiar acerca de su enfermedad.

3. **Etapa poshospitalaria.** Una novedad importante de este relevamiento de la SAC es el seguimiento que se hizo a tres meses, un dato no evaluado hasta ahora en nuestro país. Y otra vez la realidad choca contra nosotros y nuestros pacientes: en el año 2007, la reinternación y la mortalidad poshospitalaria fue similar a la de hace 5 o 10 años, de acuerdo con cifras internacionales. (12)

Si retrocedemos a la internación precedente, podremos reconocer algunas de las causas de esto. Un subestudio del registro ADHERE (13) nos muestra que alrededor del 30% de los pacientes salen del hospital casi sin alivio de la congestión por la que ingresaron y que esto está en relación directa con la morbimortalidad posterior.

¿Causas? Varias, pero quizás como nunca la pericia, el conocimiento y la capacidad médica están más en la palestra, si bien en líneas generales el tiempo de internación no parece ser la limitante (con una mediana de siete días en el registro actual); es probable que, en términos de calidad, no parecería que la decisión del momento del alta sea la óptima.

Otros hitos fundamentales, como el deterioro de la función renal y su no reconocimiento y la utilización de drogas que interactúan negativamente con la medicación habitual de los pacientes, incrementarían el riesgo de reinternación y muerte temprana. Una vez más, la educación y el seguimiento adecuado redundarían en una mejoría del pronóstico de los pacientes.

Creo que en esta etapa, con una mortalidad asociada similar o mayor que la intrahospitalaria, el paciente tiene una responsabilidad menor; no po-

demus negar que en general es en este período cuando mayor adherencia hay en cuanto a tratamiento y medidas higiénico-dietéticas.

Podemos excusarnos pensando que los pacientes que se reinternan o mueren son los más graves; la realidad es que debemos cargar con una mochila pesada en lo que hace a nuestra propia responsabilidad.

Este registro nos plantea una situación difícil de aceptar, aun con las limitaciones explicitadas por los autores. Los datos obtenidos nos sitúan en nuestra realidad y nos plantean el interrogante, en cuanto a que probablemente en el “otro país” (aquel no relevado) fuera de coberturas sociales, mayor acceso a medicamentos o una “probable mejor atención”, de que esta situación sea todavía más problemática.

Es nuestra responsabilidad, a partir del conocimiento de estos datos, modificar aquellas conductas que estén a nuestro alcance, por lo menos para que dentro de otros cinco años no veamos reflejados los mismos problemas en un nuevo registro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rizzo M, Thierer J, Francesia A. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia cardíaca 2002-2003. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:333-40.
2. Nieminen M, Brutsaert D, Dickstein K, et al. EuroHeart Failure survey II: A survey on hospitalized acute heart failure patients: Description of population. *Eur Heart J* 2006;27:2725-36.
3. Zannad F, Mebazaa A, Julliere Y, et al. Clinical profile, contemporary management and one year mortality in patients with severe acute heart failure syndromes: the Efica study. *Eur J Heart Fail* 2006; 27:1207-15.
4. Adams KF, Fonarow GC, Emerman CL, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design and preliminary observations from the first 100.000 cases in the Acute Decompensate Heart Failure Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2005;149:209-16.
5. Fairman E, Thierer J, Rodríguez L y col. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca 2007. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:33-9.
6. Thierer J, Belzitti C, Francesia A. Manejo ambulatorio de la insuficiencia cardíaca crónica en la Argentina: Estudio Office IC. *Rev Argent Cardiol* 2006;74:109-16.
7. GESICA Investigators. Randomized trial of telephone intervention in chronic heart failure. *BMJ* 2005;331:425-30.
8. Hasselblad V, Gattis Stough W, Shah M, et al. Relation between dose of loop diuretics and outcomes in a heart failure population: results of the Escape Trial. *Eur J Heart Fail* 2007;9:1064-9.
9. Schiere R. Role of diminished renal function in cardiovascular mortality. Marker or Pathogenic factor? *JACC* 2006;47:1-8.
10. Mebazaa A, Nieminen M, Packer M, et al. Survive investigators. Levosimendan vs Dobutamine for patients with acute decompensated heart failure: the Survive randomized trial. *JAMA* 2007;297:1883-91.
11. Elkayan V, Gadaye T, Binannay C. Use and impact of inotropes and vasodilator therapy in hospitalized patients with severe heart failure. *Am Heart J* 2007;153:98-104.
12. Fonarow G. Epidemiology and risk stratification in acute heart failure. *Am Heart J* 2008;155:200-207.
13. Ememanc C, Marco R, Costanzo M. Impact of intravenous diuretics on the outcomes of patients hospitalized with acute decompensated heart failure: insights from the ADHERE registry. *J Card Fail* 2004;10:S116.