

¿POR QUÉ SE REINTERNA LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

SUÁREZ, Graciela M. - TOMASSI, Lucía - LORENZO, María C. - VALICENTI, Pedro
SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DIVISIÓN B

Resumen

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca es una de las causas más frecuentes de internación, sobre todo en los mayores de 65 años. En muchos casos se debe a la progresión de la enfermedad de base, pero en otros tantos es consecuencia de fallas en el tratamiento ambulatorio, lo que genera internaciones recurrentes que en considerables casos podrían evitarse.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio clínico y epidemiológico retrospectivo de la Insuficiencia cardíaca en la Sala de internación de Clínica Médica durante un año para tratar de identificar la causa más frecuente de reinternación de los enfermos que padecen esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hizo un estudio retrospectivo obteniéndose los datos a partir de la revisión de 59 historias clínicas de pacientes que permanecieron internados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en la División B de Clínica Médica de enero a diciembre de 2004, estudiándose los siguientes parámetros: sexo, edad, procedencia, cobertura social, etiología de la insuficiencia cardíaca, tiempo de evolución, clase funcional previa según criterios de la New York Heart Association, factores de riesgo asociados, factores descompensantes, síntomas y signos, tratamiento al ingreso, condiciones al egreso y cantidad de internaciones por insuficiencia cardíaca.

RESULTADOS

Pacientes internados por Insuficiencia Cardíaca: 59; 64% entre los 60 y 79 años; 69% sin cobertura social; en el 40% de los casos la etiología fue la hipertensión arterial; en el 52% el tiempo de evolución de la enfermedad fue menor de 5 años; clase funcional II previa al ingreso el 60% de los pacientes; alto porcentaje de internados con factores de riesgo asociados; el factor descompensante prevalente fue el abandono del tratamiento y/o trasgresión alimentaria en el 42% de los casos; los síntomas y signos predominantes al ingreso fueron disnea e ingurgitación yugular; con respecto al tratamiento al ingreso más del 80% de los internados recibieron diuréticos solos o asociados a otros fármacos; el 64% de los pacientes egresaron compensados y el 78% de los casos analizados tuvieron internaciones previas por descompensación de su insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca es una patología de gravedad progresiva que genera costos elevados y que, a pesar del beneficio significativo que en los últimos años ha aportado la terapéutica farmacológica, continúa siendo una causa muy frecuente de internaciones recurrentes. En la mayoría de los casos se debe a factores modificables como lo son el abandono de la medicación y la trasgresión alimentaria. Se podría considerar como causa significativa de este mal cumplimiento terapéutico la falta de una cobertura social adecuada que permita el acceso al tratamiento y la posibilidad de sostenerlo en el tiempo. La implementación de programas de educación del paciente y su familia junto con el seguimiento médico ayudarían a minimizar los episodios de inestabilidad hemodinámica que requieren internaciones frecuentes, prolongadas y costosas.

SUMMARY

INTRODUCTION

The Insufficiency Cardiac is one of the most frequent causes of internment, mainly in the greater ones of 65 years. In many cases it must to the progression of the base disease, but in other so many it is consequence of faults in the ambulatory treatment, which generates internments recurrent that in considerable cases could be avoided. **OBJECTIVE** the objective of this work is to make a clinical study and retrospective epidemiologist of the Insufficiency cardiac in the Room of internment of Medical Clinic during a year to try to identify the most frequent cause of reinternación of the patients who suffer this pathology.

MATERIAL AND METHOD

A retrospective study was done collecting the data from the revision of 59 clinical histories of patients who remained boarding schools with diagnosis of insufficiency cardiac in Division B of Medical Clinic of January to December of 2004, studying the following parameters: sex, age, origin, social cover, etiología of the insufficiency cardiac, time of evolution, previous functional class according to criteria of the New York Heart Association, associated factors of risk, descompensantes factors, symptoms and signs, treatment to the entrance, conditions to the debit and amount of internments by insufficiency cardiac.

RESULTS

Patients committed by Insufficiency Cardiac: 59; 64% between the 60 and 79 years; 69% without social cover; in 40% of the cases the etiología was the arterial hypertension; in 52% the time of evolution of the disease was smaller of 5 years; previous functional class II to the entrance 60% of the patients; high percentage of boarding schools with risk factors associate; the prevalent descompensante factor was the abandonment of the treatment and/or nourishing trasgresión in 42% of the cases; the predominant symptoms and signs to the entrance were disnea and jugular ingurgitación; with respect to the treatment to the entrance more of 80% of the boarding schools they received single diuréticos or associate to other drugs; 64% of the patients withdrew compensated and 78% of the analyzed cases had previous internments by descompensación of their insufficiency cardiac.

CONCLUSIONS

The insufficiency cardiac is a pathology of progressive gravity that generates costs high and that, in spite of the significant benefit that in the last years it has contributed the therapeutic farmacológica, continue being a very frequent cause of recurrent internments. In most of the cases it must to modifiable factors as they are it the abandonment of the medication and the nourishing trasgresión. The lack of an suitable social cover could be considered badly like significant cause of this therapeutic fulfillment that allows to the access to the treatment and the possibility of maintaining it in the time. The implementation of programs of education of the patient and its family along with the medical pursuit would help to diminish the episodes of instability hemodinámica that require frequent internments, prolonged and expensive.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca no es específicamente una enfermedad sino un complejo síndrome con manifestaciones vinculadas con las diversas patologías causantes, con las perturbaciones funcionales contráctiles y de llenado, y con la forma y magnitud de los cambios hemodinámicos existentes. La alteración funcional cardíaca genera una serie de mecanismos compensadores, quienes a su vez implican cambios o exigencias que a la larga vienen a representar cargas nuevas o añadidas que contribuyen a su progresión.

Es una enfermedad con formas agudas y crónicas que puede evolucionar lentamente desde una disfunción ventricular izquierda asintomática a un estado de marcada discapacidad ¹.

Las limitaciones funcionales que va imponiendo repercuten desfavorablemente sobre la capacidad productiva de los afectados, añadiéndose ese efecto a los costos del manejo de los pacientes, con marcada perturbación de la calidad de vida. Es decir que desde el punto de vista de la salud pública la enfermedad provoca cargas económicas por hospitalizaciones reiteradas.

La etiología de la insuficiencia cardíaca puede ser claramente definida en algunos casos por la presencia de isquemia miocárdica, valvulopatías, miocardiopatías, enfermedades congénitas, etc., mientras que otras veces la relación causa-efecto es sólo probable como sucede en los pacientes con historia de hipertensión arterial, diabetes o fiebre reumática.

Es importante recordar que la insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico con manifestaciones proteiformes resultantes de la interacción entre los factores etiológicos primarios y los secundarios representados por complejos mecanismos hemodinámicos y neurohumorales

La Insuficiencia Cardíaca es una de las causas más frecuentes de internación, sobre todo en los mayores de 65 años ^{2,3,4}. En muchos casos se debe a la progresión de la enfermedad de base, pero en otros tantos es consecuencia de fallas en el tratamiento ambulatorio, lo que genera internaciones recurrentes que en considerables casos podrían evitarse.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio clínico y epidemiológico retrospectivo de la Insuficiencia Cardíaca en la Sala de internación de Clínica Médica durante un año para tratar de identificar la causa más frecuente de reinternación de los enfermos que padecen esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos se obtuvieron de la revisión de 59 historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en a División B de Clínica Médica de enero a diciembre de 2004, sobre un total de 819 internados. Se estudiaron los siguientes parámetros : sexo, edad, procedencia, cobertura social, etiología de la insuficiencia cardíaca, tiempo de evolución, clase funcional previa según criterios de la New York Heart Association ⁵, factores de riesgo asociados, factores descompensantes, síntomas y signos, tratamiento al ingreso, condiciones al egreso y cantidad de internaciones por insuficiencia cardíaca.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS: 819
- PACIENTES INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA: 59 (7.20%)
- SEXO: Femenino 29 (49,15%)
Masculino 30 (50.85%)
- EDADES:

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
30 – 59 AÑOS	8 (27.59%)	4 (13.33%)	12 (20.34%)
60 – 79 AÑOS	13 (44.82%)	25 (83.34%)	38 (64.41%)
80 – 90 AÑOS	8 (27.59%)	1 (3.33%)	9 (15.25%)

- PROCEDENCIA:

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CAPITAL	14 (48.27%)	11 (36.67%)	25 (42.37%)
PCIA. BS. AS.	12 (41.38%)	16 (53.33%)	28 (47.46%)
OTRAS PCIAS.	2 (6.90%)	3 (10.00%)	5 (8.48%)
OTRO PAÍS	1 (3.45%)	0	1 (1.69%)

- COBERTURA SOCIAL:

SIN OBRA SOCIAL	41 (69.49%)	
CON OBRA SOCIAL	18 (30.51%)	PAMI 12 (20.33%) PROFE 6 (10.17%)

- ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA:

HTA	24 (40.69%)
FA CRÓNICA	8 (13.56%)
CHAGAS	7 (11.86%)
IAM	6 (10.17%)
CORONARIOPATIAS	6 (10.17%)
VALVULOPATÍAS	4 (6.78%)
INS. RENAL	1 (1.69%)
BAV 3ER. GRADO	1 (1.69%)
DESCONOCIDA	2 (3.39%)

- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA:

MENOR A 5 AÑOS	31 (52.54%)
ENTRE 5 Y 10 AÑOS	15 (25.86%)
MAYOR A 10 AÑOS	2 (3.39%)
SE DESCONOCE	11 (18.64%)

- CLASE FUNCIONAL PREVIA (CRITERIOS DE N.Y.H.A.):

CF I	9 (15.25%)
CF II	35 (59.32%)
CF III	12 (20.34%)
CF IV	3 (5.08%)

- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

HTA	28 (47.45%)
DISLIPEMIA	14 (23.73%)
OBESIDAD	9 (15.25%)
TABAQUISMO	34 (57.62%)
DIABETES	9 (15.25%)
NIEGA/SE DESCONOCE	21 (35.59%)

- OTROS ANTECEDENTES:

EPOC	9 (15.25%)
INSUF. RENAL	5 (8.47%)
ENF. VASC. PERIFERICA	3 (5.08%)

- FACTORES DESCOMPENSANTES:

ABANDONO TRATAMIENTO / TRASGRESIÓN ALIMENTARIA	25 (42.38%)
HTA	5 (8.47%)
ARRITMIAS	6 (10.17%)
INFECCIONES	12 (20.34%)
ANEMIA	9 (15.25%)
INSUF. RENAL	2 (3.39%)

- SÍNTOMAS Y SIGNOS:

TA	NORMOTENSOS	47 (79.66%)
	HIPERTENSOS	12 (20.33%)
R 3		3 (5.08%)
DISNEA		52 (88.13%)
EDEMAS		9 (15.25%)
INGURGITACION YUGULAR		54 (91.52%)
HEPATOMEGALIA		27 (45.76%)
OLIGURIA		12 (20.33%)
ASCITIS		5 (8.47%)
FC	REGULAR	53 (89.83%)
	IRREGULAR	6 (10.16%)
HIPOTENSIÓN ARTERIAL		2 (3.38%)
CREPITANTES		15 (25.42%)
HIPOVENTILACION		6 (10.16%)
DPN		5 (8.47%)
REFLUJO HEPATUYUGULAR		12 (20.33%)
ORTOPNEA		2 (3.38%)

- TRATAMIENTO AL INGRESO A SALA:

DIURETICOS SOLOS O ASOCIADOS	48 (81.35%)
DIGITAL	6 (10.17%)
IECA	27 (45.76%)
NITRITOS	3 (5.08%)
ANTAGONISTAS CÁLCICOS	6 (10.17%)
AMIODARONA	9 (15.25%)
AAS	17 (28.81%)
BETA BLOQUEANTES	6 (10.17%)
ANTICOAGULANTES	11 (18.64%)

- CONDICIONES AL EGRESO:

COMPENSADO CON EL TRATAMIENTO	38 (64.40%)
DESCOMPENSADO CON DERIVACION A UCO/UTI	6 (10.17%)
FALLECIDOS EN SALA	9 (15.25%)
ALTA VOLUNTARIA	6 (10.17%)

- REINTERNACIONES DESDE QUE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO:

SE DESCONOCE	8 (13.56%)
SIN INTERNACIONES PREVIAS	5 (8.47%)
CON INTERNACIONES PREVIAS	46 (77.97%)



CANTIDAD DE INTERNACIONES:	Nº DE PACIENTES:
1	7 (15.22%)
2	13 (28.27%)
3	4 (8.69%)
4	9 (19.57%)
5	4 (8.69%)
6	3 (6.52%)
MÁS DE 6	6 (13.04%)

CONCLUSIONES

Los pacientes internados por insuficiencia cardíaca durante el año relevado constituyeron el 7,20% de las internaciones; el 64% de ellos estuvo comprendido en el rango etario de los 60 a los 79 años, lo cual coincide con los datos recabados tanto en ensayos clínicos como en registros poblacionales argentinos, americanos y europeos^{3,6,7}. El 69% de los internados carecieron de cobertura social; en el 40% de los casos la etiología fue la hipertensión arterial, la cual junto con la cardiopatía isquémica constituyen las principales causas de insuficiencia cardíaca en los países occidentales^{4,8,9,10}. En el 52% de los internados el tiempo de evolución de la enfermedad fue menor de 5 años; el 60% de ellos presentó previo al ingreso una clase funcional II según criterios de la New York Heart Association⁵; un alto porcentaje de internados tuvo factores de riesgo asociados, siendo tabaquistas el 58% de ellos. El factor descompensante prevalente fue el abandono del tratamiento y/o trasgresión alimentaria en el 42% de los casos, ambas constituyen las principales causas de descompensación de la insuficiencia cardíaca en los registros argentinos¹¹; los síntomas y signos predominantes al ingreso fueron disnea e ingurgitación yugular; con respecto al tratamiento al ingreso más del 80% de los internados recibieron diuréticos solos o asociados a otros fármacos; el 64% de los pacientes egresaron compensados y el 78% de los casos analizados tuvieron internaciones previas por descompensación de su insuficiencia cardíaca, requiriendo múltiples ingresos la mayoría de ellos.

La insuficiencia cardíaca es una patología de gravedad progresiva que genera costos elevados y que, a pesar del beneficio significativo que en los últimos años ha aportado la terapéutica farmacológica¹², continúa siendo una causa muy frecuente de internaciones recurrentes. En la mayoría de los casos se debe a factores modificables como lo son el abandono de la medicación y la trasgresión alimentaria. Se podría considerar como causa significativa de este mal cumplimiento terapéutico la falta de una cobertura social adecuada que permita el acceso al tratamiento y la posibilidad de sostenerlo en el tiempo. La implementación de programas de educación del paciente y su familia junto con el seguimiento médico ayudarían a minimizar los episodios de inestabilidad hemodinámica que requieren internaciones frecuentes, prolongadas y costosas.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) FAIRMAN, Enrique **“Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. ¿Cuáles son los aspectos que debemos conocer?”** - Revista del CONAREC, Año 17, Nº 62, Mayo 2001, en www.conarec.org.ar/revista/62/epidemio.pdf

- (2) SOSA LIPRANDI, María Inés; GONZÁLEZ, Miguel Ángel; SOSA LIPRANDI, Álvaro **“Perspectiva de la Insuficiencia Cardiaca en la Argentina”** - Revista MEDICINA Vol. 59, Nº 6, 1999, en <http://www.medicinabuenaosaires.com/vol59-99/6/insuficienciacardiaca.htm>

- (3) RODRÍGUEZ ARTALEJO, F.; BANEGAS, J. y col. **“Epidemiología de la insuficiencia cardiaca”** – Revista Española de Cardiología on line Vol. 57, Nº 2, Febrero 2004, en www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.resumen?pidet=13057268

- (4) PERNA, Eduardo - **“Insuficiencia Cardiaca – Entrevistas de la Sociedad Argentina de Cardiología”** - Octubre de 2004, en www.sac.org/or/entrevistas/4htm

- (5) HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA **“The Stages of Heart Failure – NYHA Classification”**, en http://www.abouthf.org/questions_stages.htm

- (6) NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE **“Framingham Heart Study”**, en www.nhlb.gov/about/framingham/

- (7) THIERER, Jorge; IGLESIAS, Diego; FERRANTE, Daniel y col. **“Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardiaca. Factores responsables, evolución hospitalaria y predictores de mortalidad”** – Revista Argentina de Cardiología Vol. 70, Nº 4, Julio -Agosto 2002

- (8) KANNEL, W., BELANGER, A. **“Epidemiology of Herat Failure”** – American Heart Journal Marzo1991 Nº 121, en www.ncbi.nlm.nih.gov

- (9) DE LA SERNA, Fernando **“Insuficiencia Cardiaca crónica”** – Edit. Federación Argentina de Cardiología, segunda edición, año 2003 (actualiz. Marzo 2007)

- (10) CABRERA FISHER, E. ; PERRONE, S. y col. **“Estudio no invasivo de la insuficiencia cardiaca mediante el Hospital de Día”** - Revista de la Federación Argentina de Cardiología, Vol. 31 Nº 4, año 2002 en www.fac.org.ar/revista/02v31n4/actual/act02/cabrera2.htm

(11) PERNA, E.; BARBAGELATA, A.; GRINFELD, L. y col. – **“Lecciones aprendidas acerca de la insuficiencia cardíaca aguda descompensada en Argentina a partir de cinco registros durante la última década”** - American Heart Journal vol. 151, año 2006, en www.sac.org.ar/comentario_bibliografico/29.htm

(12) PACKER, M.; COATS, A.; FOWLER, M. et al **“Efectos del Carvedilol sobre la reducción de la mortalidad y la hospitalización en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica”** – En www.medynet.com/elmedico/publicaciones/evidencia2002/1/65.pdf