

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
Policlínico Docente "Marcio Manduley"
Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana

Factores de riesgo, manifestaciones clínicas y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en mayores de 65 años

Dr. José Eugenio Negrín Expósito, Dr. José Emilio Fernández-Britto Rodríguez, Dr. José A. Castillo Herrera, Dr. Gerardo Senra Armas, Dra. Ángela Gutiérrez Rojas, Dra. Mercedes Pérez Yn, Dra. Lissette Rodríguez de Armas y Dr. Luis Reinaldo Rodríguez

RESUMEN

Se realizó un estudio poblacional en 10 consultorios de médicos de familia seleccionados al azar para conocer la etiología, los síntomas, signos y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca en pacientes mayores de 65 años. Se entrevistaron y examinaron 805 casos, se recogieron enfermedades previas, síntomas y signos, y tratamientos utilizados en ese momento. A los que tenían 2 síntomas y signos o más, se les realizó ecocardiograma y si existía disfunción sistólica y/o diastólica se consideraron casos positivos de insuficiencia cardiaca. Los principales factores etiológicos (solos o asociados) fueron hipertensión arterial 75,7 % y cardiopatía isquémica 61,3 %; la combinación de disnea de esfuerzo y edemas de miembros inferiores fue la más frecuente (54 %). Usaban diuréticos 55,1 %, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina 42,5 %, betabloqueadores 18,3 % y digoxina 43,6 %. La hipertensión arterial fue el principal factor etiológico. Hubo casos con insuficiencia cardiaca que estando ambulatorios, presentaron pocos síntomas. La mayoría no estaba recibiendo tratamiento adecuado.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, disnea, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico complejo que denota la incapacidad del corazón de bombear una cantidad suficiente de sangre para suplir las necesidades metabólicas de los tejidos, y puede ser por causa de una contracción inadecuada o un llenado cardiaco defectuoso.

Ningún síntoma o signo es patognomónico de la enfermedad, aunque la presencia de un mayor número de ellos aumenta la precisión diagnóstica. El ritmo de galope (S₃) y el pulso alternante son más específicos de disfunción ventricular aguda o avanzada pero no se han tenido en cuenta en muchas de las encuestas poblacionales por su baja sensibilidad.¹

Sin embargo, se debe recordar que la IC se trata de un síndrome clínico, caracterizado por síntomas cardinales, que son la disnea, la fatiga y el edema. Estos datos son

sensibles, pero muy poco específicos, por lo que su evaluación se ve comprometida por una gran variabilidad interobservador. Además, el diagnóstico de IC lo realizan profesionales con diversa capacitación (médicos de familia, clínicos, geriatras, cardiólogos), por lo que puede variar la precisión diagnóstica de los datos clínicos recogidos. La IC es básicamente una enfermedad de ancianos, población que padece frecuentes patologías asociadas (insuficiencia respiratoria, renal, etc.) lo cual obliga a la realización precisa de un diagnóstico diferencial de sus síntomas y signos.

La aterosclerosis constituye la causa fundamental de la IC en población mayor de 65 años. La hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (CI), están presentes en casi dos tercios de los casos y en muchos pacientes coinciden ambas.² Otros factores como obesidad, valvulopatías y arritmias se han asociados a su aparición.

El tratamiento se ha modificado en los últimos 20 años de manera significativa, con la aparición de estrategias definidas capaces de disminuir la mortalidad, los ingresos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, el empleo de agentes con reconocida capacidad de disminuir la mortalidad y con una indicación Clase I, con nivel de evidencia A, según las guías actuales de diagnóstico y tratamiento de la IC,^{3,4} como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los betabloqueadores, se indican en un número insuficiente de casos.⁵

El propósito de este trabajo es determinar las causas más frecuentes, manifestaciones clínicas y formas de tratamiento de la insuficiencia cardiaca en la población mayor de 65 años de un municipio urbano de Ciudad de La Habana.

MÉTODOS

Estudio transversal realizado con pacientes del policlínico “Marcio Manduley”, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. Este policlínico atiende una población de 31 339 habitantes, de ellos 5 474 son pacientes mayores de 65 años (17,46 %). Existen 2 grupos básicos de trabajo (GBT), cada uno con 14 consultorios de médico de familia (CMF); se estudiaron 5 CMF de cada GBT, seleccionados al azar por una tabla de números aleatorios, lo que conformó una población de 849 pacientes, hombres y mujeres de 65 años o más, de cualquier raza. Se excluyeron pacientes con imposibilidad de acudir al hospital para hacerse un ecocardiograma (n= 28) o con incapacidad para ser entrevistado y obtener respuestas confiables (n= 16). Se entrevistaron a todos los pacientes en el CMF o en sus hogares, sobre síntomas y signos (disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema agudo del pulmón, edemas en las piernas, estertores crepitantes, ingurgitación yugular, tercer ruido cardiaco, cardiomegalia). Se hizo ecocardiograma transtorácico por un especialista de cardiología con equipo ALOKA 4400, con transductor de 3,5 mHz, en decúbito supino y lateral izquierdo, en vistas apical y de cuatro cámaras. Se empleó la técnica bidimensional, modo M, *doppler* pulsado, color y si era necesario *doppler* tisular, con mediciones de función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo. Se procuró utilizar métodos descriptivos que permitieran la mejor presentación e interpretación de los resultados. El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 10.0.

RESULTADOS

De los 87 pacientes con cuadro clínico y ecocardiograma positivos, la hipertensión arterial constituyó la causa fundamental de la insuficiencia cardiaca en 65 (75,7 %), seguida por la cardiopatía isquémica en 53 (61,3 %) casos. Además 28 eran diabéticos (32,1 %) y 26 fumadores (29,8 %). Con un IMA previo había 15 casos (17,2 %), con arritmias 13 (14,9 %) y tenían valvulopatías 4 (4,5 %). Tenían antecedentes patológicos familiares 6 casos (6,8 %) y 10 con antecedentes personales (11,4 %) de insuficiencia cardiaca; 8,0 % padecía algún tipo de dislipidemia (tabla 1).

Tabla 1. Factores etiológicos de insuficiencia cardiaca (n= 87)

Antecedentes personales y familiares	Número (%)
Hipertensión arterial	65 (75,7)
Cardiopatía isquémica	53 (61,3)
Diabetes mellitus tipo 2	28 (32,1)
Fumadores	26 (29,8)
Infarto miocárdico previo	15 (17,2)
Arritmias	13 (14,9)
Valvulopatías	4 (4,5)
Hipotiroidismo	1 (0,8)
Hipertiroidismo	1 (0,8)
APF de insuficiencia cardiaca	6 (6,8)
APP de insuficiencia cardiaca	10 (11,4)
Dislipidemia	7 (8,0)

De los 111 pacientes que tenían al menos 2 síntomas o signos, considerados como candidatos para la realización del ecocardiograma, 94 (84,7 %) tenían disnea de esfuerzo y 67 (60,4 %) edemas en las piernas. La asociación disnea y edemas la tenían 60 (54 %) de los 111 casos. Otros datos al examen físico se detectaron de forma similar; cardiomegalia en 21,6 %, ingurgitación yugular 18,9 %, estertores crepitantes 18,0 % y habían presentado cuadros de disnea paroxística nocturna 20 casos (18,0 %). Refirieron tener ortopnea 7 pacientes (6,3 %). Solo 3 enfermos habían sufrido un edema agudo del pulmón. En ningún caso se detectó un tercer ruido cardiaco (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas: población total (n= 805)

Síntomas y signos	Número (%)
Disnea de esfuerzo	224 (27,8)
Disnea paroxística nocturna	23 (2,9)
Edema agudo del pulmón	3 (0,4)
Ortopnea	17 (2,1)
Edemas	109 (13,5)

Crepitantes	27 (3,4)
Ingurgitación yugular	35 (4,3)
Cardiomegalia	25 (3,1)

El tratamiento que llevaban los 87 pacientes con IC (fig.) estaba dominado por los diuréticos con 48 que usaban algún tipo de ellos (55,1 %), seguido por la digoxina en 38 (43,6 %) y los IECA en 37 (42,5 %). Los nitritos los empleaban 30 enfermos (34,4 %), mientras que los betabloqueadores solo lo tomaban 16 casos (18,3 %). El uso de anticálcicos se recogió en 11 pacientes para 12,6 % y 35,6 % (31 casos) recibía aspirina. Ningún paciente refirió usar antagonistas de los receptores de angiotensina II.

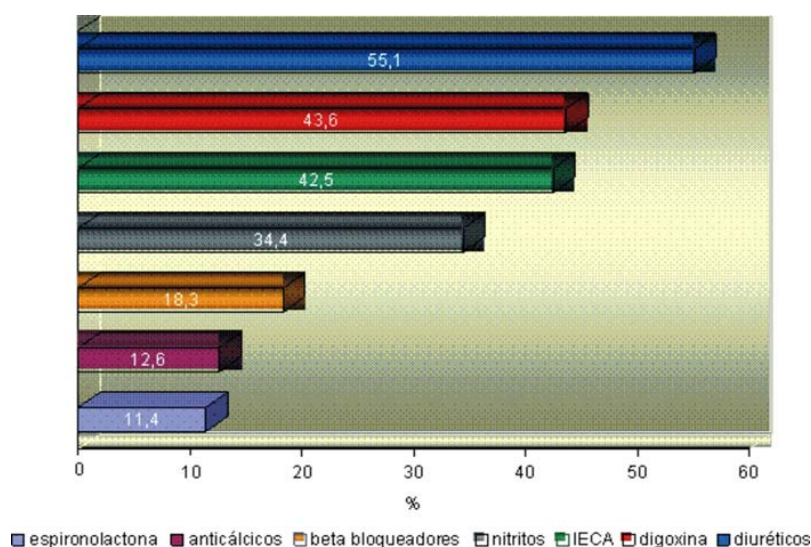


Fig. Tratamiento de 87 pacientes con IC.

Existió un importante empleo de otros fármacos, como la espironolactona en 10 casos (11,4 %), glibenclamida o insulina en 7 (8,0 %) y aminofilina, prednisona o salbutamol en 6 (6,8 %) casos.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica se reflejan claramente como la causa principal del síndrome en el medio cubano, lo cual coincide con otros estudios⁶ donde la HTA está presente en dos tercios de todos los pacientes con IC. Esto demuestra la necesidad de atender de manera adecuada y tempranamente estos pacientes para evitar o retrasar el deterioro ventricular progresivo.

En un estudio transversal *sui generis*, de un día, el 26 de abril de 2001, 456 médicos de España, Francia y Alemania consultaron a 1 252 pacientes con IC, 61 % varones con una edad media de 68,3 años, encontraron una etiología isquémica en (sola o acompañada) 26, 40,7 y 41,3 %, respectivamente e IC por hipertensión en 43,6, 10,7 y 16,7 %; esto demuestra que existen variaciones entre países con respecto a las causas, pero siempre predominan la isquémica y la hipertensiva.⁷

En el estudio EPICA, realizado en Portugal por 365 médicos de atención primaria en 6 300 sujetos mayores de 25 años, se identificaron 551 casos con IC; 80 % padecía hipertensión arterial y 39 % tenía una historia de cardiopatía isquémica.⁸

Los diuréticos fueron los fármacos más utilizados en el presente estudio, lo que coincide con trabajos previos.⁹ En la mayoría de los registros el porcentaje de pacientes tratados con IECA y sobre todo con betabloqueadores es muy bajo y este último, en estudios recientes, no supera 5 %, aunque las cifras han comenzado a mejorar.^{10,11}

En el presente trabajo se prescribieron IECA en 42,5 % y bloqueadores beta en 18,3 % de los pacientes. Esta cifra es inferior a otros amplios reportes recientes. El *Euro Heart Failure Survey*¹² recogió los datos del tratamiento de 11 304 pacientes (115 hospitales en 24 países) durante 6 semanas y reportó una prescripción de diuréticos de 86,9%, IECA en 61,8 % y betabloqueadores en 36,9 %, pero además solo 17,2 % de los pacientes con IC utilizaban la combinación de diuréticos, IECA y betabloqueadores, indicando el subuso de medicamentos con potencial de prolongar la vida y relación costo-beneficio favorable. En el programa IMPROVEMENT,¹³ 30 % usaban betabloqueadores. En los recientes registros francés¹⁴ y australiano¹⁵ la tasa de su uso fue de 11 y 12 %, respectivamente.

Un estudio cubano mostró en 11 hospitales centinelas de 7 provincias donde se evaluaron 235 historias clínicas de pacientes egresados con diagnóstico de IC para constatar la terapéutica utilizada, que se empleó solo IECA en 47 % de los casos, solo digoxina en 43 % y ambas en 5 %.¹⁶

Se concluyó que la IC en esta población mayor de 65 años está provocada fundamentalmente por HTA y CI, con predominio de los síntomas clásicos de disnea de esfuerzo y edemas, con un tratamiento no adecuado en cuanto a IECA y betabloqueadores. Se deben realizar acciones de salud para mejorar el diagnóstico y el tratamiento, así como la prevención para retrasar el paso de los estadios A y B a los estadios C de la insuficiencia cardíaca.

Risk factors, clinical manifestations and treatment of heart failure in over 65 years-old patients

SUMMARY

A population-based study was carried out in ten randomly selected family physician` offices in order to find out the etiology, symptoms, signs and treatment of heart failure in over 65 years-old patients. Eight hundred and five cases were surveyed and examined, data on previous diseases, symptoms, signs and therapies at that moment

were collected. Those patients with two or more symptoms and signs underwent echocardiogram and in case of systolic and/or diastolic dysfunction, they were classified as heart failure cases. The main etiological factors (single or associated) were blood hypertension in 75,7 % of cases and ischemic cardiopathy in 61,3 %; the combination of effort dyspnea and swollen low limbs was the most common (54 %). Of the total number of patients, 55,1 % used diuretics; 42,5 % took angiotensin- converting enzyme inhibitors; 18,3 % used beta blockers whereas 43,6 % was prescribed Digoxin. Hypertension was the main etiological factor. There were cases of heart failure seen at outpatient service, but with few symptoms. Most of patients were not being properly treated.

Key words: Heart failure, blood hypertension, dyspnea, angiotensin-converting enzyme inhibitors.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drazner MH, Rame E, Stevenson LW, Dries DL. Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:574-81.
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic: 2005 update. Dallas: American Heart Association; 2005.
3. Swedberg K, Cleland JGF, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: full text (update 2005). *Eur Heart J* 2005;26:1115-40.
4. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1-82.
5. Jong P, Gong Y, Liu PP, Austin PC, Lee DS, Tu JV. Care and outcomes of patients newly hospitalized for heart failure in the community treated by cardiologists compared with other specialists. *Circulation* 2003;108:184-91.
6. Aronow WS. Epidemiology, pathophysiology, prognosis, and treatment of systolic and diastolic heart failure in elderly patients. *Heart Dis* 2003;5:279-94.
7. Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, et al. Estudio europeo del tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardiaca realizado por cardiólogos. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:1170-8.
8. Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, Costa C, et al. Aetiology, comorbidity, and drug therapy of chronic heart failure in the real world: the EPICA substudy. *Eur J Heart Fail* 2004;6:801-6.
9. Gheorghide M, Filippatos G. Reassessing treatment of acute heart failure syndromes: the ADHERE Registry. *Eur Heart J* 2005;7:13-9.
10. Taubert G, Bergmeier C, Andresen H, Senges J, Potratz J. Clinical profile and management of heart failure: rural community hospital vs metropolitan heart center. *Eur Heart J Fail* 2001;3:611-7.
11. Negrín Expósito JE. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de receptores de angiotensina II en insuficiencia cardiaca. *Rev Cubana Med* 2004;43(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/>
12. Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A, et al. The EuroHeart Failure survey programme: a survey on the quality of care

- among patients with heart failure in Europe. Part 2. Treatment. *Eur Heart J* 2003;24:464-74.
13. Cleland JG, Cohen-Solal A, Cosin-Aguilar J, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. An international survey of the management of heart failure in primary care. The IMPROVEMENT of Heart Failure Programme. *Lancet* 2002;360:1631-9.
 14. Komajda M, Bouhour JB, Amouyel P, Delahaye F, Vicaut E, Croce I, et al. Ambulatory heart failure management in private practice in France. *Eur Heart J Fail* 2001;3:503-7.
 15. Krum H, Tonkin AM, Currie J, Djundjek R, Johnston CI. Chronic heart failure in Australian general practice. The cardiac Awareness Survey and Evaluation (CASE) Study. *Med J Aust* 2001;174:439-44.
 16. Hernández Cueto M, Izquierdo delgado H, Delgado García E. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en pacientes egresados de los hospitales centinelas. *Bol Vigil Prescrip Med* 2005;6:1-5.

Recibido: 22 de febrero de 2007. Aprobado: 12 de junio de 2007.

Dr. *José Eugenio Negrín Expósito*. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana. Tulipán y Panorama, Policlínico 19 de Abril, Nuevo Vedado, La Habana 10600, Cuba. Teléfs.: 881 4911, 881 6365. Fax: 881 4888. Correo electrónico: jjnegrin@infomed.sld.cu, negrin@cirah.sld.cu