

ARTÍCULO ORIGINAL

Determinantes clínicos de mal pronóstico en ancianos con insuficiencia cardíaca

Clinical determinants of poor prognosis in the aged people with heart failure

MsC. Rita María Mesa Valiente,¹ MsC. Eloy Turro Caro,¹ Dr. C. Germán Del Río Caballero,² MsC. Lucía Dolores Mesa Valiente³ y Dr. Luis Mesa Cedeño⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructor.

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

² Especialista de II Grado en Cardiología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 84 ancianos con insuficiencia cardíaca atendidos en el Servicio de Geriatria del Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba desde el 1 de julio del 2001 hasta igual fecha del 2002, para establecer el valor de los determinantes clínicos de mal pronóstico en estos pacientes. Entre los principales hallazgos se encontró que la aplicación de los criterios de Framingham mejoró cualitativamente el diagnóstico. Hubo una vinculación estadísticamente significativa entre estos determinantes y la evaluación desfavorable de los pacientes.

Palabras clave: determinantes clínicos, mal pronóstico, ancianos, insuficiencia cardíaca, atención secundaria de salud

Abstract

A descriptive and prospective study was carried out in 84 aged people with heart failure attended at the Geriatrics Service of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Provincial Teaching Hospital of Santiago de Cuba from July, 2001 to July, 2002, to establish the value of clinical determinants of poor prognosis in these patients. Among the main findings it was found that the application of the Framingham criteria improved the diagnosis qualitatively. There was a statistically significant relation between these determinants and the unfavorable evaluation of patients.

Key words: clinical determinants, poor prognosis, aged people, heart failure, secondary health care

INTRODUCCIÓN

En el anciano, la insuficiencia cardíaca se presenta con algunas diferencias en comparación con otros grupos de edades. Se evidencia con más frecuencia el origen multifactorial, sin que se pueda encontrar un único factor subyacente que cause este trastorno.¹

Como elementos precipitantes aparecen el incumplimiento terapéutico, la polifarmacia, el deterioro cognitivo y el tratamiento con determinados fármacos. Se constatan, además, manifestaciones clínicas atípicas que dificultan el diagnóstico y generan incapacidad física por la limitación provocada. Esta última puede condicionar, a su vez, una elevada vulnerabilidad y un importante deterioro de la calidad de vida.

Actualmente, el hecho de que la insuficiencia cardíaca se determina en estadios más precoces y los procedimientos terapéuticos se han ampliado en número y complejidad, de tal modo, que se teme tanto al tratamiento excesivo en los pacientes como al no tratarlos lo suficiente, ha producido que tales estimaciones pronósticas sean consideradas simples reminiscencias del pasado.

La introducción de la terapia intervencionista, que por otra parte es "agresiva", ha conducido a cuantificar el riesgo de muerte, a fin de seleccionar con certeza a los pacientes que recibirán dicho tratamiento. De esta manera se han realizado, y continúan llevándose a cabo, múltiples ensayos de duración variable que han permitido identificar marcadores y utilizarlos como predictores significativos de mortalidad. Estos predictores, también llamados determinantes de mal pronóstico, en los pacientes que padecen de insuficiencia cardíaca, se clasifican en: clínicos, bioquímicos o neurohormonales, hemodinámicos y ecocardiográficos.^{1,2}

Entre los determinantes clínicos de fácil de obtención y que no necesitan de modernas tecnologías, se destacan la edad avanzada y el factor causal o las enfermedades asociadas, entre ellas: hipertensión arterial, cardiopatía isquemia, valvulopatías aórtica o mitral, cardiomegalia e insuficiencia renal; así como la clase funcional (según la New York Heart Association (NYHA)), las alteraciones electrocardiográficas y el uso de vasodilatadores para mantener el volumen/minuto.²⁻⁴

La insuficiencia cardíaca (IC) se puede definir, desde una perspectiva clínica como un síndrome complejo, caracterizado por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que se acompaña de intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y reducción de la longevidad.⁵

Todo parece indicar que en la práctica el diagnóstico de insuficiencia cardíaca resulta fácil y, de hecho, así es en la mayor parte de los casos. Las dificultades surgen cuando se quiere recurrir a criterios estrictos y objetivos, pues la orientación diagnóstica inicial y clasificación adecuada de la insuficiencia cardíaca son los pasos previos ineludibles para diseñar el tratamiento y la utilización de los recursos de la red sanitaria de manera más eficaz, segura y económica.

Particularmente en el anciano, las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca muestran diferencias considerables y se presentan, en ocasiones, de forma atípica, por ejemplo: confusión mental, abstención, deterioro funcional, caídas (las cuales pueden dificultar su reconocimiento), por lo que debe ejecutarse el plan de acción más adecuado para cada paciente.^{1,5}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 84 ancianos con insuficiencia cardíaca atendidos en el Servicio de Geriátrica del Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba desde el 1 de julio del 2001 hasta igual fecha del 2002, para establecer el valor de los determinantes clínicos de mal pronóstico en estos pacientes.

A dichos gerontes se les había reevaluado durante las primeras 24 horas de su hospitalización con examen clínico detallado e interrogatorio sobre el cuadro sintomático, radiografía de tórax en vista anteroposterior, electrocardiograma estándar, ionograma, creatinina y la aplicación de los criterios diagnósticos de Framingham para la insuficiencia cardíaca, dados en criterios mayores (disnea paroxística nocturna, estertores crepitantes, edema agudo del pulmón, cardiomegalia radiológica, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular, pérdida de peso mayor de 4,5 K, aumento de la presión venosa y auscultación de tercer ruido) y criterios menores (edema maleolar, disnea de esfuerzo, derrame pleural, tos nocturna, hepatomegalia y frecuencia cardíaca +120 latidos/minuto).

Entre las variables de interés se tuvieron en cuenta la edad (si era superior a los 60 años), las enfermedades asociadas (se valoraron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica y otras afecciones relacionadas con el aparato cardiovascular o no) y la clases funcionales, según criterios de la NYHA.

RESULTADOS

De los 109 pacientes atendidos, solo 84, para 77,06 %, reunían los criterios de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (**tabla 1**) y fueron incluidos en el estudio. De estos, 32 se encontraban en el grupo etáreo de 71-80, y 26, en el de 81-90 años.

Tabla 1. *Pacientes según grupos de edades y criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca*

Grupos etáreos	Diagnóstico positivo		Diagnóstico negativo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-70	19	17,45	7	6,42	26	23,85
71-80	32	29,35	10	9,17	42	38,53
81-90	26	23,85	6	5,5	32	29,35
Más de 90	7	6,42	2	1,83	9	8,25
Total	84	77,06	25	22,93	109	100,0

P- 0,05

Todos los pacientes incluidos en la clase funcional III-IV, según criterio de la NYHA, tuvieron una evolución desfavorable (**tabla 2**), para 100,0 %. En la clase II, 19,2 % evolucionó negativamente y 80,8 % lo hizo de manera favorable.

Tabla 2. *Evolución de los pacientes según clase funcional*

Clase funcional (Según NYHA)	Evolución desfavorable		Evolución favorable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
II	14	19,2	59	80,8	73	100,0
III y IV	11	100,0	-	-	11	100,0

P- 0,001

Se observó que de los 25 pacientes con evolución desfavorable (**tabla 3**), 18 presentaban signos físicos de mal pronóstico, para 72 %.

Tabla 3. *Signos físicos de mal pronóstico y evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca*

Signos físicos de mal pronóstico	Evolución desfavorable		Evolución favorable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	18	72,0	11	18,6	29	34,5
No	7	28,0	48	81,4	55	65,5
Total	25	100,0	59	100,0	84	100,0

P- 0,01

En relación con la combinación de los determinantes clínicos de mal pronóstico y la evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca (**tabla 4**), se advirtió que 15 gerontes tenían más de 4 determinantes de mal pronóstico y evolucionaron desfavorablemente, para 65,2 % del total.

Tabla 4. *Combinación de determinantes clínicos de mal pronóstico y evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca*

Combinación de determinantes clínicos	Evolución desfavorable		Evolución favorable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 3	10	16,4	51	83,6	61	100,0
Y más	15	65,2	8	34,8	23	100,0
Total	25	29,8	59	70,2	84	100,0

P- 0,001 N= 84

La infección respiratoria fue la complicación intercurrente más usual, con 6 casos, para 40,0 %. Otras complicaciones aparecieron en menor cuantía.

DISCUSIÓN

En este estudio, al relacionar los grupos de edades de los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según criterios de Framingban, se demostró que en 77,06 % de los hospitalizados con esta afección, se cumplieron dichos criterios. La mayoría de los afectados tenían más de 70 años, lo cual indicó la gran existencia de este trastorno en los ancianos y que el riesgo de su desarrollo se hace más frecuente a medida que avanza la edad. Todo lo anterior concuerda con otras investigaciones publicadas.^{6,7}

Tomando como base los criterios de la NYHA, se agrupó a los pacientes con insuficiencia cardíaca en clases funcionales, a fin de establecer una relación de la funcionalidad de estos gerontes con la evolución de la enfermedad en cada uno de ellos, lo que mostró un elevadísimo grado de significación y la estrecha asociación entre la capacidad funcional y el pronóstico, de acuerdo con la evolución de los ancianos. Hubo mayor número de pacientes de la clase funcional II con evolución favorable, mientras que todos los de la clase funcional III y IV evolucionaron desfavorablemente. Estos resultados coinciden con los de la bibliografía médica consultada.^{7,8}

Se relacionaron los signos físicos de mal pronóstico con la evolución de los integrantes de la casuística y se obtuvo que, del total, el mayor número empeoró, con un elevado valor significativo. En un estudio similar⁹ se comprobó la gran importancia de una exploración física exhaustiva y con calidad, tanto para establecer el diagnóstico como el pronóstico de este tipo de pacientes.

En cuanto a las combinaciones de determinantes clínicos de mal pronóstico y la evolución de los gerontes con insuficiencia cardíaca, quedó demostrado que a mayor número de dichos determinantes, fue más elevada la frecuencia de progreso desfavorable y peor el pronóstico, lo que se corresponde con los hallazgos obtenidos por otros autores.¹⁰⁻¹² En esta serie, más de la mitad de los afectados con 4 ó más determinantes clínicos, evolucionaron negativamente, lo cual contrastó con el pequeño número de los que tenían combinados hasta 3 determinantes.

Entre las principales complicaciones en los pacientes de este estudio, apareció con mayor frecuencia la infección respiratoria como la enfermedad intercurrente que afectó a 40,0 % de ellos, lo que coincide con otras investigaciones^{13, 14} en las cuales se plantea que en los ancianos, la neumonía suele ser el evento terminal en el curso de las enfermedades coexistentes y citan la insuficiencia cardíaca entre estas. Es ampliamente aceptado que entre los factores precipitantes de insuficiencia cardíaca, las más frecuentes son las infecciones intercurrentes (36 %), principalmente las de origen respiratorio; el cumplimiento terapéutico (25 %) y la aparición de arritmia nueva, sobre todo fibrilación auricular (21 %).^{10, 15}

A juicio de los autores de este, la justa valoración de determinantes clínicos, de fácil obtención en el paciente, puede contribuir a la atención integral y diferenciada de la población anciana, la que será cada vez más numerosa en los hospitales, por lo que dichos determinantes deberían incluirse en los protocolos clínico-terapéuticos de los servicios de geriatría. Deben tenerse en cuenta la existencia de determinantes clínicos de mal pronóstico, que tienen mayor relación con la evolución desfavorable del afectado, así como que la asociación de 4 ó más de ellos en una misma persona implica un elevado riesgo de mala evolución.

Se confirmó, además, que la aplicación de los criterios de Framingham mejora cualitativamente el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en los gerontes, por lo que se recomienda ampliar la utilización de dichos criterios para determinar esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdejo Bravo C. Manejo de la insuficiencia cardiaca en el viejo. ¿Quién y dónde? Visión del geriatra. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(1):5-12.

2. Agustí Escasany A, Durán Dalmau M, Arnau de Bolós JM, Rodríguez Cumplido D, Diogene Fadini E, Casas Rodríguez J, et al. Tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca basado en la evidencia. *Rev Esp Cardiol* 2001, 54(6):715-34.
<http://www.doyma.es/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13013865> [consulta: 2 marzo 2005].
3. Mejhert M, Linder-Klingsell E, Edner M, Kahan T, Persson H. Ventilatory variables are strong prognostic markers in elderly patients with heart failure. *Heart* 2002; 88(3):239-43.
4. Ho KK, Anderson KM, Kannel WB, Grossman W, Levi D. Survival after onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation* 1993; 88:107-15.
5. Rodríguez Fernández JA, Aldámiz-Echevarría Iraurgui B, Pereira Santelesforo, Salvador, Caeiro Castelao J. Insuficiencia cardíaca.
<<http://www.fisterra.com/guias2/icc.asp> > [consulta: 25 de enero 2009].
6. Griffith D, Hamilton K, Norrie J, Isler C. Early and late mortality alter myocardial infarction in men and women. Prospective observational study. *Heart* 2005, 91: 305-7.
7. Ríos Sánchez LM. Rehabilitación cardíaca.
<http://www.portalesmedicos.com/portalcario/cardio/foroabierto/rehabilitacion_cardiaca/index.htm > [consulta: 5 marzo 2005].
8. Romero Cabrera AJ. Insuficiencia cardíaca en el anciano. Un problema no resuelto. <<http://www.fac.org.ar/1/docencia/foros/cardiol/docs/romeroj1.PDF>> [consulta: 5 marzo 2005].
9. Leon SA, Franklin BA, Costa F, Balady IG, Berra KA, Stewart IN, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *Circulation* 2005; 111:369-76.
10. Zhang H, Alexander JA, Luttrell J, O'Connor GT, Daley J, Paris M. Data feedback and clinical process improvement in acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2005; 149(5):751-2.
11. Thuillez C, Flammang D, Lechat P, Desche P, Garnham SP. Preguntas y respuestas sobre el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca. Paris: Elsevier Giddy, 1997:3-4.
12. Masoudi FA, Havranek EP, Krumboltz HM. The burden of chronic congestive heart failure in older persons: Magnitude and implications for policy and research. *Heart Fail Rev* 2002; 7(1):9-16.
13. Del Sindaco D, Pulignano G, Porcu M, Scherillo M, Leggio F, Maggioni AP. The elderly patient with heart failure at hospital cardiology units. *Ital Heart J* 2002; 3(2 Suppl):145-53.

14. Mahon NG, Blackstone EH, Francis GS, Starling RC, Young JB, Lauer MS. The prognostic value of estimated creatinina clearance along side functional capacity in ambulatory patients with chronic congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002;40(6):1106-13.
15. Vidal B, Roig E, Pérez-Villa F, Orús J, Pérez J, Jiménez V, et al. Prognostic value of cytokines and neurohormones in severe heart failure. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55(5):481-6.

Recibido: 24 de marzo del 2009

Aprobado: 12 de mayo del 2009

Dra. Rita M. Mesa Valiente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Avenida Cebreco s/n, reparto Pastorita, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: eloyt@medired.scu.sld.cu