

Insuficiencia cardíaca: mayor morbilidad, menor mortalidad. ¿Vamos por el buen camino?

Ignacio J. Ferreira Montero

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

La insuficiencia cardíaca crónica constituye uno de los grandes problemas médicos a los que se enfrenta la humanidad, dada su gran y creciente prevalencia, su grave pronóstico, así como por la enorme carga que supone en sufrimiento humano y en consumo de recursos sanitarios¹. Por ello, es un reto de particular trascendencia conocer su epidemiología real y los factores de riesgo etiológicos que la determinan para, a partir de esos datos, poder aplicar las medidas preventivas capaces de controlar su progresión epidemiológica, persistiendo a la vez en la búsqueda de tratamientos más eficaces en reducir la evolutividad y la mortalidad de esta afección. La adquisición de la epidemiología de la insuficiencia cardíaca crónica entraña no pocas dificultades, que parten de la difícil definición de la enfermedad, de la falta de criterios diagnósticos unívocos, así como de la diversidad, aleatoriedad e inexactitud de las fuentes de información habituales: estadísticas vitales, certificados de defunción, hojas de ingreso y de alta hospitalaria, encuestas, etc., carentes muchas veces de la deseable precisión². Por otro lado, hay una dificultad añadida en el conocimiento de las bases epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca crónica que consiste en la considerable variabilidad interregional de los datos de morbilidad y mortalidad, aun dentro de un mismo país. Así, en los EE.UU., la variación entre unos estados y otros puede multiplicar hasta por 10 las tasas de prevalencia y de mortalidad³. En España, aunque no conozcamos con la suficiente precisión las tasas de incidencia y de prevalencia de la insuficiencia cardíaca, sabemos que, al igual que en los demás países de nuestro entorno cultural y socioeconómico, es la primera causa de hospitalización en personas de más de 65 años, suponiendo el 5% del total de hospitalizaciones, y es la tercera causa de mortalidad cardiovascular; ade-

más, existe una clara tendencia al aumento en la morbilidad, que se atribuye sobre todo al envejecimiento de la población⁴. Resulta paradójico constatar que este panorama, epidemiológicamente insatisfactorio, se plantee en un momento en el que, como nunca con anterioridad, disponemos de tratamientos de eficacia demostrada en el control de los principales factores de riesgo etiológicos de la insuficiencia cardíaca crónica: cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, así como de agentes terapéuticos que han probado su utilidad en la reducción de la mortalidad por esta afección, como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), que ya se introducían en la época referida. Esta paradoja puede ser interpretada en el sentido de que es precisamente la eficacia en la reducción de la mortalidad en la cardiopatía isquémica y en la hipertensión arterial lo que ha hecho prolongar la supervivencia y, con ello, aumentar las afecciones que como la insuficiencia cardíaca se incrementan de forma exponencial en las edades más avanzadas, lo que significa que, de alguna forma, lo que estamos consiguiendo es solamente posponer la presentación de la insuficiencia cardíaca. Más aún, los tratamientos que reducen la mortalidad por esa causa, al prolongar la supervivencia favorecen la necesidad de nuevas hospitalizaciones en las fases de descompensación de la enfermedad, lo que estadísticamente se reflejaría en incrementos de la morbilidad².

En este mismo número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA Rodríguez-Artalejo et al⁵ presentan un estudio en el que analizan las diferencias geográficas interprovinciales de la mortalidad y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en España durante el período 1980-1993. Utilizan para ello los datos de la Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria y de la Base de Datos, ambos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Este trabajo es una continuación lógica de otra importante aportación de los autores en la que, por primera vez en España, se describía la diferencia de hospitalizaciones y mortalidad por insuficiencia cardíaca entre 2 períodos de tiempo⁴. De este estudio se desprenden datos que consideramos sumamente importantes para conocer la realidad de la insuficiencia

Correspondencia: Dr. I.J. Ferreira Montero.
Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario.
S. Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza.
Correo electrónico: iferreir@posta.unizar.es

(*Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 767-769)

cardíaca en nuestro entorno. La variación geográfica tanto en el número de hospitalizaciones como en la mortalidad se ha reducido en el período de 1989-1993 en comparación con la de 1980-1984, en el que la variación interprovincial era realmente considerable y llegaba a multiplicar hasta por 13 el número de ingresos hospitalarios en el caso de mujeres de 85 años o más. Las diferencias interprovinciales en el número de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca se han reducido en un 50%. Llama poderosamente la atención que el aumento porcentual moderado en el número de hospitalizaciones entre los dos períodos de tiempo analizados, que oscila entre el 8,3 y el 17,4%, haya sido a costa del aumento en los grupos de más edad, en especial entre los de edad más avanzada, en tanto que el correspondiente a los grupos de edad inferior a los 65 años ha permanecido prácticamente invariable. Esto último había sido también publicado con respecto a Cataluña⁶. El análisis conjunto de los datos anteriores significaría, no tanto un incremento en las hospitalizaciones cuando éstas se ajustan a la edad, sino el reflejo de una mayor supervivencia. En el primero de los trabajos citados⁴ se encontró, por primera vez en nuestro país, según creemos, una tendencia a la reducción de la mortalidad por insuficiencia cardíaca que en términos porcentuales fue del 21-28%. Esto podría reflejar, en parte, la mayor eficacia de los tratamientos con IECA. Asimismo, es muy importante el conocimiento de que, también entre nosotros, la mortalidad por insuficiencia cardíaca se correlaciona de forma significativa con la mortalidad por cardiopatía isquémica y con situaciones socioeconómicas desfavorables, de lo que se puede inferir que una lucha contra la insuficiencia cardíaca debe abarcar frentes muy diversos, entre los que no se puede omitir el procurar una elevación del nivel económico y sociocultural, en especial en las áreas menos favorecidas, con la deseable consecuencia de disminuir los desequilibrios interterritoriales y su negativa influencia sobre las tasas de morbimortalidad. Sorprendentemente, la hipertensión arterial que, junto a la cardiopatía isquémica, es considerada como factor etiológico principal para la insuficiencia cardíaca⁷, no se correlacionó en este caso con la mortalidad por insuficiencia cardíaca, e incluso presentaba una correlación negativa con la tasa de hospitalización por esta afección. Salvando otras razones metodológicas que pudieran estar implicadas en este hecho, que por otro lado ha sido ya sugerido en otros estudios⁸, cabe también proponer en su explicación varias posibilidades: tanto en certificados de defunción como en documentos de ingreso e informes de alta hospitalaria por insuficiencia cardíaca es posible la omisión de otros diagnósticos, como el de hipertensión arterial, que pueden ser desconocidos u omitidos por el propio paciente, o bien no estar presentes durante el ingreso hospitalario o con anterioridad al fallecimiento. Además, la hipertensión arterial *per se* es el motivo principal de ingreso

en un porcentaje reducido de casos ya que, casi siempre, la causa inmediata que motiva el ingreso acostumbra a ser una complicación cardiovascular que relega a un segundo plano, como diagnóstico secundario, la propia hipertensión. Por otro lado, es bien sabido que, aun en casos en los que la hipertensión arterial es el principal factor etiológico para la insuficiencia cardíaca, es frecuente que se trate de formas de insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada, en las que cabe esperar una menor mortalidad⁹. Además, el tratamiento de la hipertensión arterial ha demostrado ampliamente su capacidad para reducir la mortalidad cardiovascular, sobre todo por accidentes cerebrovasculares, pero también por insuficiencia cardíaca y por cardiopatía isquémica¹⁰, lo que en las estadísticas vitales puede traducirse en forma de una menor correlación entre ambas. También en este estudio aparece la aparente contraposición entre un aumento de las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca frente a una disminución de la mortalidad por esa causa. Esto puede significar, de acuerdo con lo consignado con anterioridad, el relativo fracaso de la prevención primaria de la insuficiencia cardíaca mediante el control de las afecciones que la originan, junto con la consabida eficacia de los IECA en la reducción de la mortalidad. Quedaría por ver el impacto que otras terapéuticas farmacológicas de adquisición más reciente, como los betabloqueantes, los antagonistas de los receptores de la angiotensina y la espirolactona puedan tener sobre las variables epidemiológicas. Sin menoscabo de lo dicho con anterioridad, debemos comprender, no obstante, que la reducción de la mortalidad por insuficiencia cardíaca sigue siendo modesta en términos absolutos y que la mayoría de los pacientes que la sufren acabarán falleciendo por esa causa, aunque lo hagan unos meses más tarde. Estamos aún lejos de llegar a poder «curar» a la mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad que, pese a todos los logros terapéuticos, sigue siendo casi inexorablemente evolutiva y fatal².

Sin dejar de lado la investigación de nuevas terapéuticas que sean capaces de evitar la progresión y reducir la mortalidad por insuficiencia cardíaca, el buen camino está en profundizar con mucha mayor intensidad en su prevención. La prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica, el adecuado tratamiento de los síndromes coronarios agudos, la mejora de la prevención y la consecución de un control más ajustado de la hipertensión arterial, así como la elevación del nivel socioeconómico y cultural de la población, han de ser los pilares en los que debe basarse la prevención de la insuficiencia cardíaca. El objetivo es disminuir su prevalencia y morbilidad, con la consiguiente reducción de la mortalidad y, junto a lo anterior, disminuir también el inaceptable coste en sufrimiento humano y en consumo de recursos sanitarios y económicos que esta epidemia de nuestra época arrastra consigo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kannel WB, Ho K, Thom T. Changing epidemiological features of cardiac failure. *Br Heart J* 1994; 72 (Supl): S3-9.
2. Cowie MR, Mosterd A, Wood A, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18: 208-225.
3. Gillum RF. Epidemiology of heart failure in the United States. *Am Heart J* 1993; 126: 1042-1047.
4. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Del Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain. *Eur Heart J* 1997; 18: 1771-1779.
5. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, del Rey Calero J. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España, 1980-1993. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 776-782.
6. Brotons C, Moral I, Ribera A, Pérez G, Cascant P, Bustins M et al. Tendencias de la morbimortalidad por insuficiencia cardíaca en Cataluña. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 972-976.
7. MacMahon S. Blood Pressure and the Risk of Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2000; 342: 50-51.
8. Yamori Y, Nara Y, Mizushima S, Sawamura M, Horie R. Nutritional factors for stroke and major cardiovascular diseases: international epidemiological comparison of dietary prevention. *Health Rep* 1994; 6: 22-27.
9. Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 1565-1574.
10. Psaty BM, Furberg CD. Estudios de tratamientos antihipertensivos. Morbilidad y Mortalidad. En: Izzo JL, Black HR, editores. *Primer de hipertensión*. American Heart Association (ed. esp.). Barcelona: Medical Trends, 1996; 239-243.