

Epidemiología de la insuficiencia cardíaca

Juan-Carlos Maldonado R. ¹



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

¹ Médico, Farmacoepidemiólogo. Profesor titular de Farmacología, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Investigador asociado, Grupo para la Investigación de la Utilización de los Medicamentos en América Latina (DURG-LA).

Correspondencia: Dr. Juan-Carlos Maldonado;
E-mail: jcmaldonado@uce.edu.ec

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, Epidemiología, Prevalencia, Factores de riesgo, América Latina, Ecuador.

Forma de citar este artículo:

Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Med Vozandes 2018; 29: 51 - 53.

La insuficiencia cardíaca es una de las patologías que representa mayor impacto sanitario, debido a la variable complejidad clínica de los pacientes, los distintos recursos necesarios para su manejo, el gasto en salud asociado y el costo social que conlleva ^[1, 2]. La prevalencia de esta enfermedad suele mostrar ciertas diferencias según la región o país analizado y se encuentra condicionada en gran medida por las características metodológicas de los estudios, particularmente el número de personas seleccionadas entre la población general para estimar su frecuencia y el método diagnóstico utilizado: cuestionarios validados, examinación clínica adecuada a los pacientes y pruebas objetivas de disfunción cardíaca (por ejemplo, ecocardiogramas). En términos generales se ha estimado que la insuficiencia cardíaca afecta aproximadamente a entre veinte y treinta millones de personas en todo el mundo, con una franca tendencia a que el número de casos incidentes anuales siga incrementándose a lo largo del tiempo ^[1, 3].

En Norteamérica y en los países de Europa occidental, la prevalencia poblacional de insuficiencia cardíaca se encuentra aproximadamente en el 2% y el total de casos con insuficiencia cardíaca crónica duplica al de los cuadros de insuficiencia cardíaca aguda ^[3, 4]; además, en los pacientes portadores de la condición crónica, la tasa anual de reingresos hospitalarios alcanza el 31.9% y la mortalidad llega al 7.2% durante el año de seguimiento ^[5]. En Asia la prevalencia se ubica entre 1% y 3%, pero con grandes variaciones entre los países respecto a las condiciones de manejo hospitalario y gasto sanitario ^[6]. En África la frecuencia de la enfermedad es similar, pero se ha identificado que los pacientes

suelen tener menor edad, poseen menos coberturas de salud y muestran una mayor gravedad de la enfermedad al momento de la atención médica ^[7]. Mientras tanto, en América Latina una revisión sistemática de las investigaciones conducidas sobre el tema ^[8], reportó que la prevalencia poblacional de insuficiencia cardíaca se ubica en el 1% (IC95%: 0.1% - 2.7%), afectando principalmente a personas de entre 51 y 69 años de edad, con una tasa de readmisión hospitalaria del 31% y una mortalidad anual de 24.5%.

La etiología predominante de la insuficiencia cardíaca también posee un perfil aparentemente distinto entre las regiones del mundo. Un análisis de estudios procedentes de 40 países ^[9], reportó que la cardiopatía isquémica es la causa principal en Norteamérica y Europa occidental (50%), siendo menos frecuente en América Latina y Asia (30%) y poco común en África (10%). Por su parte, la hipertensión arterial sistémica es mucho más frecuente en Europa oriental (35%) y África (32%); la etiología reumática es más prevalente en Asia (34%) y África (14%); la cardiomiopatía de origen chagásico se ha encontrado principalmente en África (25%), América Latina (19%) y Asia (16%); y, el origen relacionado con una enfermedad cardiopulmonar subyacente es algo frecuente principalmente en Asia (11%).

A su vez, en los países de América Latina los factores de riesgo para insuficiencia cardíaca muestran ser una combinación heterogénea entre condiciones usualmente propias de países desarrollados y otras existentes sobre todo en países no desarrollados ^[10]. Así, para las etiologías principales existe un amplio rango en su frecuencia de presentación: enfermedad isquémica coronaria (68% - 71%),

hipertensión arterial (14% - 76%), enfermedad de Chagas (1.3%-21%), enfermedad valvular reumática (3% - 22%), cardiomiopatía dilatada idiopática (1.3% - 37%) y alcoholismo crónico (1.1% - 8%). Esta situación epidemiológica se ve agravada porque en la región las políticas sanitarias para prevención y manejo de los distintos factores de riesgo no suelen ser suficientes^[10].

Se conoce muy poco sobre la epidemiología de la insuficiencia cardíaca en Ecuador, debido a la falta de estudios publicados sobre el tema. Esto se vuelve una desventaja al momento de requerir información local que permita tomar decisiones en política de salud, recomendar acciones o programas, planificar intervenciones, gestionar o direccionar el uso de los recursos, sean estos profesionales, terapéuticos o económicos. A partir de unas pocas investigaciones multicéntricas, conducidas en los hospitales principales de la ciudad de Quito, se conoce que el 6.1% (IC95%: 4.1% - 8.7%) de los pacientes hospitalizados en servicios clínicos y quirúrgicos, tienen un cuadro de insuficiencia cardíaca^[11]; y, que el 12.6% (IC95%: 6.2% - 22.0%) de los pacientes ingresados con un primer infarto agudo de miocardio sufren de insuficiencia cardíaca^[12].

Para mejorar el conocimiento sobre la situación local de un problema de salud, es fundamental conducir investigaciones que en un primer momento estén destinadas a describir su frecuencia de presentación, cuantificar los determinantes o factores relacionados, y evaluar otros posibles elementos de interés clínico^[13]. En este sentido, dos recientes estudios aportan información al respecto de la insuficiencia cardíaca en el país^[14, 15].

El primero es un estudio conducido sobre pacientes hospitalizados a causa de una insuficiencia cardíaca^[14] y sus hallazgos permiten conocer que los factores de riesgo para la enfermedad más comunes serían la hipertensión pulmonar (89%), valvulopatía esclerótica (83%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (71%) e hipertensión arterial (64%); un perfil que posee una interesante relación fisiopatológica entre estas condiciones y otras exposiciones de riesgo (tales como el uso de carburantes de biomasa) coexistentes simultáneamente en los pacientes, algunas de las cuales también se han descrito de forma puntual en países latinoamericanos. Sin embargo, todavía es necesario mejorar la precisión sobre la frecuencia poblacional de la enfermedad y los factores que podrían ser susceptibles de disminuirse a través de medidas de prevención primaria, así como aquellos que estarían implicados con un agravamiento clínico e ingreso hospitalario.

El segundo estudio analizó los comportamientos de los pacientes ambulatorios que sufren de insuficiencia cardíaca crónica, específicamente en lo referente a sus prácticas de autocuidado^[15]. Sorprendentemente, los resultados de este trabajo revelan que tres de cada cuatro pacientes no suelen buscar atención médica ante la presencia de signos de alarma sugestivos de una descompensación de su condición clínica. Por otra parte, se encontró cifras muy altas de adherencia a los tratamientos, algo que resulta positivo si se tiene en cuenta que se ha demostrado una asociación entre una mayor mortalidad y la falta de adherencia al tratamiento, la cual muchas veces se encuentra

en dependencia de la coexistencia de un cuadro depresivo en los pacientes que sufren de insuficiencia cardíaca^[16]. Sería de mucho interés el profundizar en los aspectos socio-culturales que son condicionantes de esos comportamientos.

En varios trabajos internacionales se ha determinado que la insuficiencia cardíaca afecta mayoritariamente a las poblaciones de bajos recursos económicos, usualmente con bajo nivel de educación, con menos acceso a los servicios de salud, un pobre conocimiento sobre su patología y peores comportamientos de autocuidado^[17]. Estas características suelen ser propias de países en vías de desarrollo, incluyendo el nuestro; pero principalmente todo esto implica la relevancia de mejorar la información y educación a los pacientes durante la atención médica, al tiempo de que políticamente se busque precautelar la cobertura sanitaria.

En comparación con los países europeos y norteamericanos, los pacientes con insuficiencia cardíaca de América Latina tienen un mayor riesgo de mortalidad y que suelen recibir con menor frecuencia un manejo terapéutico basado en evidencias científicas^[18]. Por lo tanto, entre las investigaciones epidemiológicas que se requieren conducir en nuestro medio, aparte de aquellas destinadas a cuantificar la supervivencia, los reingresos hospitalarios o sus causales, también deberán estar otras para evaluar las características cualitativas de los tratamientos utilizados en el medio hospitalario y en los pacientes ambulatorios.

Referencias

- Orso F, Fabbri G, Maggioni AP. Epidemiology of heart failure. *Handb Exp Pharmacol* 2017; 243: 15 – 33.
- Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2016; 13: 368 – 78.
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93: 1137 – 46.
- Maggioni AP. Epidemiology of heart failure in Europe. *Heart Fail Clin* 2015; 11: 625 – 35.
- Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, Chioncel O, Crespo Leiro M, Drozd J, et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 2013; 15: 808 – 17.
- Reyes EB, Ha JW, Firdaus I, Ghazi AM, Phrommintikul A, Sim D, et al. Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. *Int J Cardiol* 2016; 223: 163 – 67.
- Dokainish H, Teo K, Zhu J, Roy A, AlHabib KF, El-Sayed A, et al. Heart failure in Africa, Asia, the Middle East and South America: The INTER-CHF study. *Int J Cardiol* 2016; 204: 133 – 41.

8. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta MG, Chaparro M, Soto N, Bardach A. Burden of heart failure in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2016; 69: 1051 – 60.
9. Khatibzadeh S, Farzadfar F, Oliver J, Ez-zati M, Moran A. Worldwide risk factors for heart failure: a systematic review and pooled analysis. *Int J Cardiol* 2013; 168: 1186 – 94.
10. Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Díez M, Gómez E, Castro P; Interamerican Society of Cardiology. The reality of heart failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62: 949 – 58.
11. Merchán P, Cevallos N, Tarapués M. Prevalencia de factores de riesgo para tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados: estudio multicéntrico en cinco hospitales de la ciudad de Quito-Ecuador. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 23 – 29.
12. Maldonado JC, Gaibor M, Ávila A, Calero E, Valarezo D, Araque V, et al; por el grupo de investigadores del Estudio PSIAL-Ecuador. Prevención secundaria del infarto agudo de miocardio en hospitales de Quito-Ecuador: Características de los pacientes estudiados. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2007; 32: 22 – 32.
13. Echanique P, Guarderas J. Estudios transversales de prevalencia. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2012; 37: 3 – 4.
14. Mascote JE, Salcedo DM, Mascote MR. Prevalencia de factores de riesgo para insuficiencia cardíaca y discusión de sus posibles interacciones fisiopatológicas. *Rev Med Vozandes* 2018; 29: 55 – 65.
15. Tarapués M, Albán M, Arévalo M, Paredes JP. Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Med Vozandes* 2018; 29: 67 – 72.
16. Gathright EC, Dolansky MA, Gustad J, Redle JD, Josephson RA, Moore SM, Hughes JW. The impact of medication nonadherence on the relationship between mortality risk and depression in heart failure. *Health Psychol* 2017; 36: 839 – 47.
17. Díaz-Toro F, Verdejo HE, Castro PF. Socioeconomic inequalities in heart failure. *Heart Fail Clin* 2015; 11: 507 – 13.
18. Kristensen SL, Martinez F, Jhund PS, Arango JL, Belohlávek J, Boytsov S, et al. Geographic variations in the PARADIGM-HF heart failure trial. *Eur Heart J* 2016; 37: 3167 – 74.