

La práctica médica general en un medio rural III Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Grupo Médico Migue. Dres.: María del Carmen Pichuaga, Ricardo Vivas, Daniel Díaz, Miguel D'Agosto, Juan Carlos Macedo.

Palabras clave:
Insuficiencia cardíaca congestiva. Incidencia. Prevalencia. Epidemiología. Medio rural. Uruguay.

Se presentan los resultados de un estudio prospectivo de epidemiología desde el consultorio del primer nivel asistencial sobre la insuficiencia cardíaca congestiva. El estudio abarcó un año y fue realizado en la práctica médica general de un medio rural, Migue, Uruguay.

En 1303 pacientes que consultaron, la insuficiencia cardíaca congestiva definida según los criterios establecidos en el estudio Framingham presentó una prevalencia de 17.6 por mil y una incidencia de 4.6 por mil. La prevalencia en el sexo masculino fue de 25.1 por mil y la incidencia 8.3 por mil. En el sexo femenino la prevalencia fue de 11.4 por mil y la incidencia 1.4 por mil. Fue notorio el aumento de la prevalencia con la edad, alcanzando una tasa de 121.7 por mil en los pacientes con 75 años y mayores.

86.9% de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva presentaron hipertensión arterial, 17.3% cardiopatía isquémica, 13% diabetes mellitus, 8.6% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y un paciente presentó BAVC con desarrollo posterior del síndrome.

La muy alta frecuencia de la hipertensión arterial entre los predictores etiológicos de la insuficiencia cardíaca congestiva abre a quienes actúan en el nivel asistencial primario, la posibilidad de un verdadero impacto preventivo de esta afección.

Dra. María del Carmen Pichuaga
Practicante Interna del MSP
Dr. Ricardo Vivas
Médico
Dr. Daniel Díaz
Médico
Dr. Miguel D'Agosto
Docente Clínico de la Facultad de Medicina
Dr. Juan Carlos Macedo
Docente Clínico de la Facultad de Medicina

INTRODUCCION

En la práctica médica del primer nivel asistencial, la insuficiencia cardíaca congestiva es una afección relativamente común en los gerontes, acerca de cuya prevalencia e incidencia en nuestro país poco conocemos. El envejecimiento progresivo de nuestra población (11.1% de la misma está integrada por personas con 65 años o más) (1), la regularización de los criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca desde el estudio Framingham (2), y las perspectivas que abren los adelantos terapéuticos (3), alientan, y permiten atender con nuevo interés este problema.

Este informe, que se inscribe en el espacio mayor de una investigación sobre la estructura y contenido de una práctica médica general en un medio rural, aporta algunos datos recogidos prospectivamente sobre la cuestión, en el ámbito de la epidemiología clínica descriptiva que a la práctica médica posibilita y acota el consultorio del primer nivel.

MATERIAL Y METODO

El Grupo Médico Migue constituye un grupo de trabajo de medicina general con una práctica regularmente establecida desde 1976 en la localidad que le da nombre. Esta asienta en la 9ª sección de Canelones (375 Km²), sección con una alta concentración de pequeños productores rurales y el mayor índice emigratorio del departamento: 8353 habitantes en 1975 y 7512 en 1985. La sección cuenta con tres núcleos poblados, Montes (2156 habitantes), Estación Migue (256 habitantes), y Migue (2052 habitantes) (1). Las personas que habitualmente concurren a nuestro consultorio provienen de Migue, Estación Migue, y la zona rural. La población de Montes se asiste, por lo regular, localmente en dos consultorios allí instalados.

El volumen de nuestra actividad puede valorarse tomando en cuenta que en los 7 años transcurridos entre 1-V-1981 : 30-IV-1988 hemos asistido 3737 pacientes en 36.709 consultas, habiendo realizado 535 internaciones y registrado 296 muertes.

Este trabajo se llevó a cabo en el año comprendido entre 1-V-1987 : 30-IV-1988. En ese período asistimos un total de 1303 pacientes (fig. 1). El diagnóstico de insufi-

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Macedo, Migue, Canelones. URUGUAY.

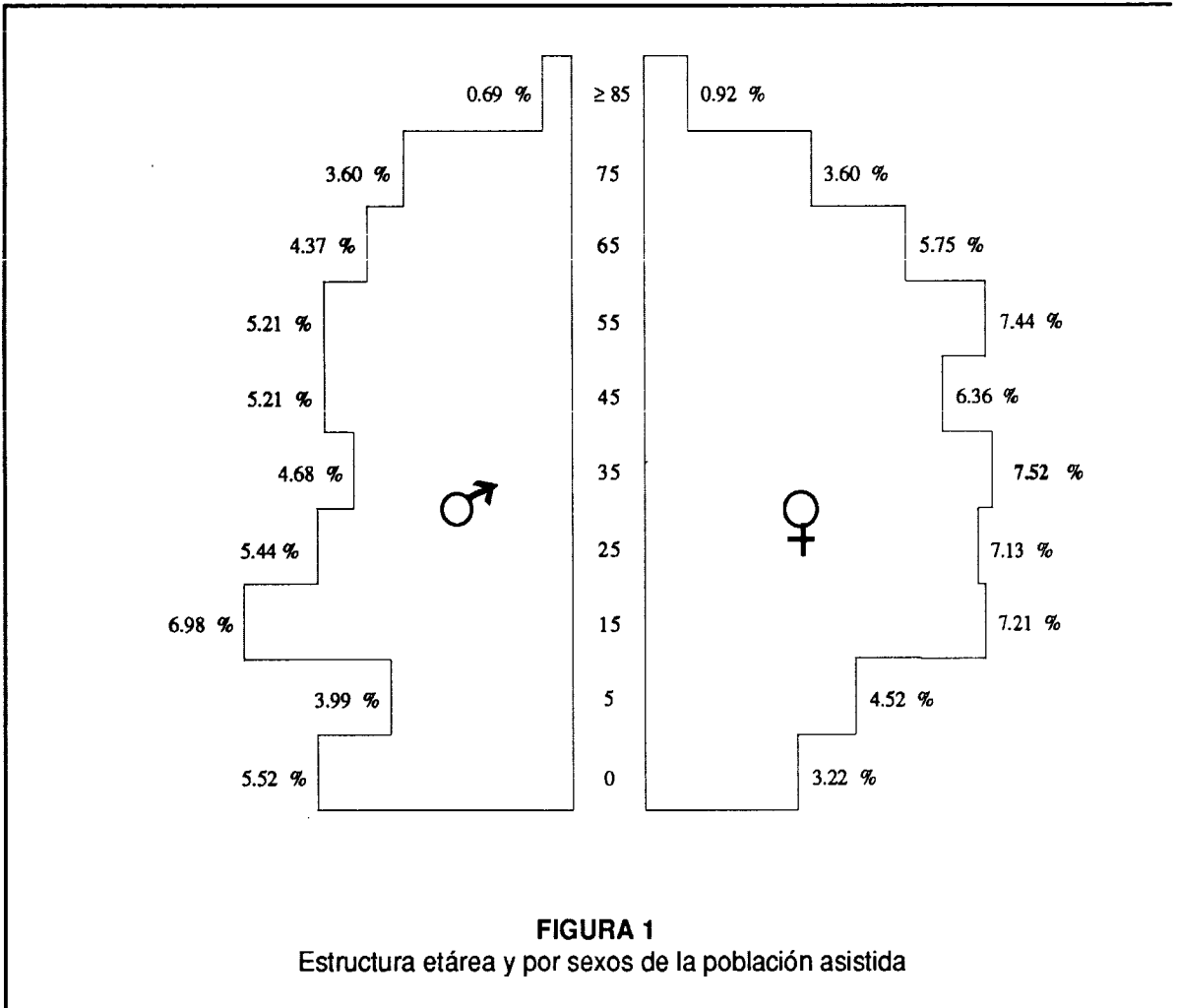


FIGURA 1
Estructura etárea y por sexos de la población asistida

ciencia cardíaca congestiva se realizó en base a los criterios establecidos por McKee et al. (cuadro I), comprobados por nosotros en algún momento del período analizado. Un diagnóstico definitivo exige la presencia concurrente de un criterio mayor y dos menores, o dos o más criterios mayores. En nuestra serie, 5 pacientes presentaron un criterio mayor y dos o más menores, y 18 presentaron dos o más criterios mayores, hasta seis. Los más frecuentes entre los mayores fueron la cardiomegalia, en 18 casos, estertores húmedos en 17, y disnea paroxística nocturna en 15.

Entre los menores, los edemas de miembros inferiores en 21 casos, la disnea de esfuerzo en 20, y la tos nocturna en 13.

RESULTADOS

De los 1303 pacientes vistos, 23 satisficieron los criterios diagnósticos exigidos, lo que indica una prevalencia de 17.6 por mil. Considerada por sexos la prevalencia fue de 25.1 por mil para el sexo masculino y de 11.4 por mil para el sexo femenino. La distribución según grupos etárea muestra un marcado aumento con la edad (cuadro II), llegándose a una prevalencia de 121.7 por mil en

los pacientes con 75 y más años.

De los 23 pacientes, 6 inauguraron el síndrome en el año examinado, lo que hace una incidencia anual de 4.6 por mil; 8.3 por mil entre los varones y 1.4 por mil entre las mujeres.

En esta serie, 20 de 23, 86.9% de los pacientes, fueron hipertensos (hipertensión definida como el hallazgo en dos oportunidades en el plazo de un mes, o en tres oportunidades en cualquier plazo, de valores superiores a 140/95mm Hg en el sexo masculino y de 160/90 en el sexo femenino).

Visto el problema desde el otro lado, de los 213 hipertensos que consultaron en el período considerado, 9.38% presentó insuficiencia cardíaca congestiva. Respecto a otras etiologías 4 de 23, 17.3% de la serie, presentó cardiopatía isquémica (antecedentes de infarto de miocardio y/o angina de pecho), aunque los 4 casos presentaron hipertensión arterial asociada. En el año estudiado vimos 27 pacientes con cardiopatía isquémica, de los que entonces, 14.8% presentó insuficiencia cardíaca congestiva. Tres de los 23 casos fueron diabéticos (4), 13%, aunque como en la situación anterior presentaban hipertensión concurrente. Del total de diabéticos vistos en el año, 23, 13%, por lo tanto, presentó insuficiencia cardíaca congestiva. De los 3 pacientes no hipertensos,

CUADRO I
Criterios diagnósticos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (2)

Criterios Mayores	Criterios Menores
Disnea paroxística nocturna u ortopnea Distensión de las venas del cuello Estertores húmedos Cardiomegalia Edema agudo de pulmón Galope S ₃ Presión venosa aumentada 16 cm H ₂ O Tiempo circulatorio 25 S Reflujo hepato yugular Pérdida de peso 4.5 Kg en cinco días en respuesta al tratamiento*	Edema de tobillos Tos nocturna Disnea de esfuerzo Hepatomegalia Derrame pleural Disminución de la capacidad vital 1/3 del máximo Taquicardia 120/min.

* Es Criterio Mayor, pero si es consecuencia a otros factores es Criterio Menor.

2 presentaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y en 1 existió bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) con desarrollo del síndrome luego de 31 meses de implantado el marcapaso.

En el año de desarrollo del trabajo murieron 3 de los 23 pacientes de la serie, uno de los cuales tuvo como principal causa de muerte la insuficiencia cardíaca.

DISCUSION

Un importante obstáculo para el conocimiento de la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva fue la ausencia de criterios diagnósticos uniformes, recién introducidos en 1971 (2). Debe señalarse, sin embargo, la muy lenta y escasa difusión de los mismos, aun en el ámbito académico. Tampoco ayuda a ese conocimiento la estructura de nuestra práctica asistencial. Una visión desde el consultorio del primer nivel es sin duda una visión sesgada desde el punto de vista epidemiológico, aunque se corresponde con el área de más amplia visibilidad clínica posible desde el trabajo diario.

Los datos, de fuente diversa (5), no abundan respecto a este asunto en la literatura médica (6). Además, ignoramos los que puedan haberse producido en el área latinoamericana, y por lo que sabemos, es éste el primer informe de este tipo en nuestro país.

En Inglaterra y Gales, un estudio basado en las historias clínicas de las personas vistas por 171 médicos generales durante un año, V-1955 : IV-1956, mostró una prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva de 3 por mil (7). En dos condados rurales de EEUU y en base a cuestionarios llenados por médicos frente a todos los cardiopatas vistos en un período de 6 meses de los años 1962 y 1963, se encontraron cifras de prevalencia de 8.8 por mil y 10.2 por mil (8). En un condado de Georgia, EEUU, el examen médico de 90-94% de los habitantes con edades comprendidas entre 15-74 años mostró una prevalencia de 13 por mil (McDonough citado por Gibson). El estudio Framingham iniciado en 1949 con una población de riesgo de 5192 personas entre 30-62 años, controlada bianualmente, reveló una incidencia anual de insuficiencia cardíaca congestiva de 3.7 por mil para el sexo masculino y de 2.5 por mil para el femenino (9).

Nuestros datos, prevalencia 17.6 por mil, incidencia 4.6

Cuadro II
Prevalencia según grupos étnicos y sexos

Grupos Étnicos	♀		♂			♀ + ♂	
	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %	
<55	472	0 0	419	0 0	883	0 0	
55 - 64	97	1 10.3	68	1 14.7	165	2 12.1	
65 - 74	75	2 26.6	57	5 87.7	132	7 55.1	
≥75	59	5 84.7	56	9 142.8	115	14 121.7	
Todas las edades	703	8 11.3	600	15 25.0	1303	23 17.6	

por mil, basados en el examen y seguimiento (4 consultas por paciente de promedio anual) de la población que demandó asistencia durante un año, no son fácilmente trasladables a otras prácticas, aunque coinciden en señalar el notorio aumento de la prevalencia con la edad y la mayor prevalencia e incidencia en los varones.

También es dable observar en nuestra serie, el afromador predominio de la hipertensión arterial entre los factores etiológicos de la insuficiencia cardíaca congestiva, 86,9% de nuestros pacientes la presentaron. Este hecho, ya señalado en 1939 (10), fue claramente establecido en el estudio Framingham (2,11). En éste, 75% de quienes desarrollaron insuficiencia cardíaca congestiva fueron hipertensos, 10% presentaron cardiopatía isquémica sin hipertensión, y 16% fueron diabéticos. Los hipertensos mostraron una probabilidad 6 veces mayor que los normotensos para desarrollar el síndrome, los diabéticos un riesgo 4 o 5 veces mayor que los no diabéticos, y aquéllos con cardiopatía isquémica presentaron una frecuencia de insuficiencia cardíaca congestiva 10 veces superior a la de la población general.

En nuestro trabajo, 17,3% de los casos presentaron cardiopatía isquémica, y 13% diabetes.

Dos comentarios finales. Primero, el conocimiento que la hipertensión arterial es el principio predictor etiológico de la insuficiencia cardíaca congestiva, y que el tratamiento antihipertensivo previene el desarrollo de la misma (12-14), abre a la responsabilidad de los médicos generales del primer nivel de asistencia un fundado espacio de cambios favorables. Segundo, el conocimiento epidemiológico constituye uno de los habilitantes básicos del pensamiento clínico, y no siempre ni muchas veces es trasladable. Debe ser producido localmente. El punto del primer encuentro del demandante con el sistema asistencial parece ser adecuado y necesario para ello, más aún cuando pensamos que es desde ahí que puede ampliarse el campo de visión clínica en el trabajo activo con la comunidad.

Résumé

Voici les résultats d'une étude épidémiologique réalisée au cabinet de consultation d'un milieu rural sur l'insuffisance cardiaque. Chez 1303 patients, l'insuffisance cardiaque congestive définie selon les critères Framingham, eut une prévalence de 17,6% et une incidence de 4,6%. Chez les femmes, 11,4% et 1,4% respectivement. Les chiffres de prévalence augmentaient avec l'âge, atteignant 121,7% chez les patients de plus de 75 ans. 86,9% des patients à insuffisance cardiaque congestive présentèrent hypertension artérielle, 17,3% cardiopathie ischémique, 13% diabète mellitus, 8,6% obstruction pulmonaire chronique et un patient présent BAVC. Pour ceux que agissent à niveau d'assistance primaire, la haute fréquence de l'hypertension artérielle parmi les éléments prédictifs étiologiques de l'insuffisance cardiaque congestive, ouvre la possibilité d'un énorme champ de prévention de cette maladie.

Summary

A survey is carried out of the results of a prospective study of epidemiology starting from the consulting room

of early level care, regarding congestive cardiac failure. The study comprised one year and was performed in conjunction with general medical practice in a rural area, Migués, Uruguay.

Of 1.303 consulting patients, congestive cardiac failure defined in accordance with criteria set out in the Framingham study there was 17,6% prevalence and 4,6% incidence. Male prevalence was 25,1% and incidence 8,3%. Female prevalence was 11,4% an incidence 1,4%.

Higher incidence with age was noticeable, with a 121,7% rate in patients aged 75 or older.

86,9% of patients with congestive cardiac failure exhibited arterial hypertension, 17,3% ischemic cardiopathy, 13% diabetes mellitus, 8,6% chronic obstructive pulmonary disease while one patient presented complete ventricular atrial block with subsequent development of the syndrome.

The very high rate of arterial hypertension among the etiologic predictors of congestive cardiac failure provides early care staff with the possibility of a distinct preventive management of the condition.

Bibliografía

1. OROÑO A, PELUFO O. Los números de Canelones-Uruguay. Las Piedras: Todo interior, 1988.
2. MCKEE PA, CASTELLI WP, MCNAMARA PM, KANNEL WB. The natural history of congestive heart failure: The Framingham study, N Engl J Med 1971; 285: 1441.
3. RUGGIE N. Congestive heart failure. Med Clin North Am 1986; 70: 829-51.
4. NATIONAL DIABETES DATA GROUP. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes 1979; 28: 1039-57.
5. KLAINER LM, GIBSON TC, WHITE KL. The epidemiology of cardiac failure. J Chronic Dis 1965; 18: 797-814.
6. SMITH WM. Epidemiology of congestive heart failure. Am J Cardiol 1985; 55: 3A-8A.
7. LOGAN WPD, CUSHION AA. Morbidity Statistics from general practice, Vol I Studies on Medical and Population Subjects, N° 14 HM Stationary Office, London, 1958.
8. GIBSON TC, WHITE KL, KLAINER LM. The prevalence of congestive heart failure in two rural communities. J Chronic Dis 1966; 19: 141-52
9. KANNEL WB, SAVAGE D, CASTELLI WP. Cardiac failure in the Framingham study: Twenty year follow-up. In: Braunwald E ed Congestive heart failure: current research and clinical applications. New York: Grune and Stratton, 1982.
10. BEDFORD DE. Left Ventricular failure. Lancet 1939; 1: 1303-9.
11. KANNEL WB, CASTELLI WP, MC NAMARA PM, MC KEE PA, FEINLEIB M. Role of Blood pressure in the development of congestive heart failure. N Engl J Med 1972; 287: 781-7.
12. WOLFF FW, LINDERMAN RD. Effects of treatment in Hypertension: results of a controlled study. J Chronic Dis 1966; 19: 227-40.
13. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in Hypertension: results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. JAMA 1967; 202: 1028-34.
14. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in hypertension: II Results in patients with diastolic blood pressures averaging 90 through 114 mm Hg. JAMA 1970; 213: 1143-52.