

Tratamiento de pacientes en Insuficiencia cardíaca congestiva

Dr. Andrés R. Pérez Riera

En relación a una pregunta realizada por una estudiante acerca de la continuidad del tratamiento a proporcionar a un paciente determinado con Insuficiencia cardíaca congestiva, el Dr. Pérez Riera respondió:

Estimada futura colega Señorita Nancy: un paciente grave como el presente debería consultar un médico con elevada periodicidad.

En referencia a su pregunta si estos fármacos pueden ser tomados en forma continua la respuesta es sí. Mas siempre teniendo cuidado con la eventual aparición de efectos colaterales. Además, las recomendaciones generales constituyen una parte importante del tratamiento al contribuir de forma eficaz en la estabilidad clínica del paciente y en la mejora de su calidad de vida. Por eso es un error dejar correr sin recomendaciones. "sin consultar más con médico". Entre los aspectos de carácter general destacan los siguientes:

Educación del paciente y su familia: los profesionales sanitarios debemos proporcionar información clara, práctica y sencilla al paciente y su familia sobre la IC. El conocimiento de la enfermedad y su tratamiento es fundamental para favorecer el autocontrol. Es recomendable el control diario de peso, ingesta y diuresis. Cambios bruscos en estos parámetros pueden indicar descompensación de la enfermedad y el paciente debe saber reconocerlos para informar a su médico o adoptar las medidas oportunas, como aumentar la dosis de diuréticos ante una ganancia de peso >2 kg en 3 días. Es muy importante insistir en el cumplimiento terapéutico, es sabido que la falta de adherencia es la principal causa de descompensación de la IC. Diferentes estudios han demostrado que mediante medidas educativas puede lograrse una reducción de un 30% los reingresos hospitalarios (Rich MW, 1995; Gonseth J, 2004).

Ejercicio físico: la actividad física diaria, regular y moderada en los pacientes con IC estable mejora su capacidad funcional (caminar 30 minutos, 4 ó 5 veces por semana, o pasear en bicicleta durante 20 minutos, 5 veces por semana). Sólo en los episodios de descompensación se aconseja el reposo durante los primeros días e iniciar la deambulación tan pronto como sea posible. No hay evidencias de que programas de formación debidamente supervisados puedan ser peligrosos, de hecho, hay pruebas claras de una reducción general de la mortalidad (Piepoli MF, 2004).

Dieta e ingesta de líquidos: se recomienda la restricción de la ingesta de sal en la IC sintomática para prevenir la retención de líquidos. La restricción hídrica no está indicada en pacientes con síntomas leves. Si la sintomatología es moderada se debe restringir a 1.5 l/día. En pacientes con IC avanzada e hiponatremia, se debe limitar más. Reducir la obesidad es otro objetivo fundamental.

Tabaco y alcohol: el consumo de tabaco y alcohol aumenta el riesgo de múltiples reingresos hospitalarios (Evangelista LS, 2000). La recomendación de no fumar es apropiada para todos los pacientes con IC. El consumo de alcohol está contraindicado ante la sospecha de miocardiopatía alcohólica, y en el resto de los casos debe limitarse a 10-20 gramos/día (1-2 copas vino/día).

Actividad sexual: hay poca evidencia sobre la influencia de la actividad sexual en los pacientes con síntomas leves o moderados. Se ha observado un ligero aumento de riesgo de descompensación causado por la actividad sexual en pacientes en clase funcional III-IV de la NYHA. Pueden aparecer los mismos síntomas que al realizar un ejercicio físico moderado (palpitaciones, disnea, etc.). El uso profiláctico de nitroglicerina sublingual

contra la disnea y el dolor torácico durante la actividad sexual puede ser útil.

Vacunaciones: se considerará la vacuna contra el neumococo y la vacuna anual contra la gripe. La inmunización contra la hepatitis B sólo está indicada en los candidatos a trasplante cardíaco (TC).

Actividad social y empleo: las actividades que realice el paciente deben estar adaptadas a su capacidad física. La inactividad y el aislamiento social son perjudiciales y deben evitarse.

Viajes: todos los pacientes con IC deben conocer el efecto de los cambios de la dieta, temperatura y humedad sobre el balance hidrosalino y sus implicaciones en el tratamiento diurético. Los viajes largos en avión están desaconsejados en clase funcional III- IV de la NYHA debido al riesgo de desarrollar edema maleolar e incluso trombosis en las extremidades inferiores.

Anemia: anemia está asociada a un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con IC, por lo que, si es posible, debería ser corregida (Groenveld HF, 2008).

HbA1C: en pacientes diabéticos y no diabéticos con IC crónica sintomática, un nivel de HbA1C superior a 6,7% es un factor de riesgo progresivo independiente para la muerte por eventos cardiovasculares, hospitalización y mortalidad total (Groen veld HF, 2008; Goode KM, 2009).

Control de: HTA y dislipemia mejoran la supervivencia de los pacientes con IC.

Los pacientes con severa falla de bomba (disfunción sistólica) en general deben asociar IECA (Inibidores de enzima de conversión) a dosis plenas, carvedilol en media 50mg/día, diurético de alça (furosemida) y antagonista de aldosterona. En pacientes en quienes surge tós con los IECAS estos pueden ser substituidos por los BRAS. Si su paciente (52 años) tiene una fracción de eyección baja le sugiero que cambie el atenolol por el carvedilol y adicione espirolactona 25 a 50mg/día.

Por ejemplo digoxina: yo no hubiera iniciado con esta droga mas tampoco me parece prudente interrumpirla ahora. En referencia a amiodarona es una droga complicada principalmente a largo prazo por sus efectos colaterales multiples y frecuentes, además puede tener efecto pró-arritmico porque prolonga el QT. Y este paciente ya tiene el intervalo QT prolongado. Por otra parte, varios estudios ramdomizados han mostrado la falta de protección de las drogas em pacientes coronarios com severo compormiso del desempeño ventricular como es este (FE 23%)

Piense siempre que usted está tratando un ser vivo no un objeto.

Abrazo y dedicacion querida futura colega