

Insuficiencia cardíaca descompensada o aguda

Decompensated or Acute Heart Failure

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca aguda se genera como consecuencia del mal funcionamiento del corazón. Es la primera causa de internación en adultos mayores de 65 años. La inmensa mayoría de quienes la padecen requerirán internación al menos una vez. Esto representa un desafío para la comunidad médica y para la calidad de vida de los pacientes. Si bien ha habido progreso en los tratamientos de pacientes ambulatorios, las reinternaciones siguen siendo un problema por resolver.

SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN

La insuficiencia cardíaca se manifiesta por la exacerbación de la dificultad para respirar (disnea) durante el esfuerzo, que puede suceder aun en reposo, con necesidad de sentarse en la cama a la noche (ortopnea), tos seca iterativa, disminución de la cantidad de orina (diuresis), acumulación de líquidos en las piernas (edema) (Figuras 1 y 2). Ante este cuadro de dificultad respiratoria con "sed" de aire, se debe consultar porque necesita internarse para su tratamiento inmediato. De acuerdo con la gravedad del cuadro, el tratamiento se comenzará en la guardia y prosigue en Sala General o Unidad Coronaria.

TRATAMIENTO

Estos síntomas se deben a la retención de líquido, producida por la insuficiencia cardíaca descompensada y la base del tratamiento consiste en quitar el exceso de líquido, utilizando diuréticos intravenosos; la furosemida es la droga más utilizada.

En pacientes que tienen cifras de presión arterial elevadas, los diuréticos se combinan con vasodilatadores intravenosos (nitroglicerina y a veces nitroprusiato de sodio) para normalizarla. En aquellos con presión arterial baja (la minoría de los pacientes) se agregan drogas que estimulan la contracción del corazón y se denominan inotrópicos (como dopamina, dobutamina). En unos pocos casos es necesario utilizar medidas denominadas invasivas, como efectuar una coronariografía para resolver una obstrucción coronaria, o realizar una diálisis (cuando la respuesta a los diuréticos no es óptima).

Y en algunos, como consecuencia de la dificultad respiratoria extrema, se utilizan medidas de asistencia ventilatoria no invasivas (máscaras conocidas como C-PAP o Bi-PAP) o invasivas, con la colocación de un tubo en la vía aérea (tráquea) conectado a un respirador, para aliviar el trabajo respiratorio y mejorar la ventilación del paciente.

EL ALTA

Constituye el mayor desafío. Superada la situación que motivó la internación, los pacientes son dados de alta; sin embargo, a partir de ese momento ingresan en un período de vulnerabilidad, ya que dejan de tener asistencia médica permanente y es necesario el cumplimiento preciso de las pautas terapéuticas dadas al alta.

Para que la transición que se produce no sea un salto al vacío, las indicaciones y las pautas detalladas del médico son claves, de manera que puedan responder todas las dudas y permitan conocer las pautas de alarma, y se determina la siguiente consulta, que debe ser dentro de la primera semana.

Uno de cada cuatro pacientes dados de alta van a reinternarse dentro de las siguientes 12 semanas y la principal causa es la falta de pautas y de cumplimiento adecuado una vez que se ha retornado al hogar.

Con el cumplimiento de medidas terapéuticas no farmacológicas (dieta sin sal y evitando los alimentos que la tienen, vacunación, control médico estrecho) y farmacológicas recetadas, la mayoría de los pacientes tienen una calidad de vida aceptable, salvo en estados avanzados de la enfermedad o cuando sufren episodios de descompensación o reagudización.

EL PACIENTE ESTABLE

El desafío consiste en evitar la descompensación. En esta etapa es esencial la coordinación entre el grupo médico, el paciente y su núcleo familiar.

El incumplimiento de pautas terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas es la causa frecuente de descompensación.

La educación sobre el conocimiento de la insuficiencia cardíaca, brindar pautas de alarma, enseñanza de autocuidados, adaptados a cada paciente y su núcleo familiar, y la disponibilidad de una referencia donde consultar en caso de síntomas o dudas resultan esenciales para prevenir la descompensación.



Fig. 1. Edemas.

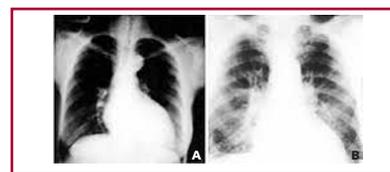


Fig. 2. Radiografías de tórax. A. Sin insuficiencia cardíaca. B. Con insuficiencia cardíaca.



Autor:
Dr. Enrique Fairman^{MTSAC}
 Clínicas Bazterrica y Santa Isabel

Editor:
Dr. Julio Manuel Lewkowicz^{MTSAC}
 Sanatorio Güemes, Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas. Consenso de Insuficiencia Cardíaca Crónica. Rev Argent Cardiol 2016;84:Supl 3.
- Sionis A; SEC Working Group for the 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: Sionis Green A, Manito Lorite N, Bueno H, Coca Payeras A, Díaz Molina B, et al. Comments on the 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016;69:1119-25. <http://doi.org/bwjf>
- Corradi L, Pérez G, Costabel JP, González N, Da Rosa W, Altamirano M y cols. Insuficiencia cardíaca descompensada en la Argentina. Registro CONAREC XVIII. Rev Argent Cardiol 2014;82:519-28.
- Fairman E, Thierer J, Rodríguez L, Blanco P, Guetta J, Fernández S. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca 2007. Rev Argent Cardiol 2009;77:33-9.

CONSULTAS QUE PUEDE REALIZAR EN LA WEB

- American Heart Association. www.heart.org
- www.cardiosmart.org/MI-CORAZON

La información es para fines educativos y no pretende reemplazar la evaluación, el consejo, el diagnóstico o el tratamiento indicado por su médico.

La página no puede ser fotocopiada con fines comerciales, salvo que sea autorizado por la Revista Argentina de Cardiología.