

NORMAS DE TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Dres. JOSEPH I. GOODMAN y SIGMUND WASSERMANN

Cleveland, Ohio

DURANTE el último decenio hemos seguido un tratamiento sistemático en los enfermos asistólicos que difiere en algunos puntos de los procedimientos habituales. Desde el momento de la admisión se prescribe: 1) un diurético mercurial hasta que se consigue el tipo básico del peso; 2) digital; 3) ambulación siempre que sea posible; 4) régimen liberal; 5) cloruro amónico. Como algunos de estos puntos son susceptibles de controversia, exponemos a continuación el motivo de nuestros puntos de vista.

Diuréticos mercuriales

Tenemos la costumbre de iniciar el tratamiento con los diuréticos mercuriales (salirgán o calirgán y teofilina a dosis de 2 c. c.), cualquiera sea el resto del tratamiento indicado. Con la observación de una curva diaria del peso estrictamente tomado, se demuestra que más allá de un cierto punto, no quedan líquidos edematosos en los tejidos, estado que hemos llamado «peso basal», alcanzado habitualmente a las dos o tres semanas. Los mercuriales podrán suprimirse entonces, pero el peso del paciente deberá observarse siempre con toda atención, puesto que es la única indicación que tenemos de su equilibrio hídrico. Según esta práctica, no deberán esperarse las manifestaciones visibles del edema, sino que al determinar la nueva elevación de la curva del peso sobre el «peso basal», se reanudará la inyección del diurético a días alternos, hasta que se haya logrado el descenso a un punto fijo. Algunas veces el peso del paciente no baja hasta el punto inferior de después del primer tratamiento, sino que la curva se estaciona 2 ó 3 kg. por encima; esto demuestra que este peso es «auténtico», a consecuencia de la ingestión del régimen calórico adecuado.

Insistimos en la necesidad de las inyecciones diuréticas a días alternos, ya que hemos comprobado bastantes casos en los cuales la tendencia al acúmulo de líquidos es tan acentuada, que la omisión de una sola inyección sume de nuevo al paciente en desequilibrio durante algunas semanas. Las inyecciones diarias no suelen indicarse en los casos corrientes, como no sea en las circunstancias de edema intratable, sea cardíaco, cirrótico o nefrótico, donde se hace patente la necesidad del diurético diario. El miedo a la lesión renal como consecuencia del empleo continuado de los mercuriales en la asistolia parece ser tan poco frecuente o tan leve, que puede descartarse en la práctica.

En algunos casos se encuentra la elevación del nitrógeno no proteínico de la sangre después de la administración de los diuréticos mercuriales; pero este fenómeno no debe impedir la continuación del tratamiento, puesto que la hemiquímica anormal y las anomalías urinarias suelen regularizarse en el mismo curso del tratamiento. Quizá las únicas contraindicaciones legítimas al empleo de los mercuriales son: la glomérulonefritis aguda o crónica y la hipertensión maligna.

Preferimos la administración intraglútea de los mercuriales, a la acostumbrada inyección intravenosa. Uno de los principales motivos de esta preferencia es que no sabemos de ningún caso de muerte consecutiva a la introducción intramuscular, en tanto que han sido relativamente frecuentes las reacciones fatales con el segundo procedimiento. Las reacciones tóxicas son de dos tipos:

1) la fulminante aguda, y 2) el hidrargirismo lento, que afecta al tubo gastrointestinal y al riñón. Se ha demostrado que la primera reacción se debe al efecto tóxico de los compuestos mercuriales solubles directamente sobre el corazón, lo que no es fácil ocurra con la lenta absorción a partir de la masa muscular. Aunque las reacciones lentas del hidrargirismo no varían con el modo de administración, la ocurrencia es muy rara con las preparaciones solubles empleadas en la actualidad. Como la eficacia es por lo menos igual en ambos procedimientos, es sorprendente que todavía se prefiera en muchos lugares la vía intravenosa, con peligros más probados.

Digital

Junto al tratamiento acabado de resumir, ha demostrado su eficacia compensadora la administración inicial de 0,2 gr. de polvo de hojas de digital, continuada indefinidamente. La utilización de dosis tan reducidas puede aparecer contradictoria a ciertas tendencias actuales de digitalización rápida, con grandes dosis. Es notorio que la intensa diuresis obtenida en nuestros pacientes no puede achacarse a las pequeñas dosis de digital; por lo tanto, el medicamento en este período es sólo un vicariante, en tanto que la acción fundamental no empieza hasta la segunda o la tercera semana, en el momento en que el paciente suele alcanzar su «peso basal» como consecuencia del empleo sistemático de los mercuriales.

Una de las ventajas evidentes de la digitalización lenta, es la rareza de las manifestaciones tóxicas. En nuestra época los preparados totales de hoja han sido reemplazados en gran parte por los glucósidos purificados, según el concepto teórico de que su toxicidad es insignificante, lo cual puede ser verdad si únicamente nos referimos al aparato gastrointestinal. Después de la digitalización rápida con los potentes glucósidos que se han prescrito, hemos observado dos casos de muerte súbita en pacientes asistólicos; en un tercer caso evolucionaron la taquicardia y el shock, que sólo se dominaron con la inmediata supresión de la digitoxina. Otros autores han lamentado similares consecuencias, incluso con dosis tan reducidas como 0,1 mg. del glucósido.

Lo anterior no significa que la digitalización rápida no tenga su lugar en la terapia de los cardíacos, pero no es imperativa esta medida en todos los casos. Tal vez la única indicación categórica es la asistolia aguda, la cual aparece clínicamente con taquicardia paroxística, fibrilación auricular y flutter, consecutiva a una intervención quirúrgica, a ciertas infecciones y, con menos frecuencia, después de intensa fatiga. Las formas paroxísticas de disnea en los cardíacos, o sea el edema pulmonar agudo y el asma cardíaco, han sido considerados como signo de insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, aunque se discute todavía el mecanismo verdadero de estos síndromes pulmonares. En el curso de estos episodios agudos, sin embargo, la morfina u otro alcaloide del opio siguen considerados como la medicación más eficaz. Por lo tanto, hay escasas indicaciones para la digitalización rápida, especialmente con los glucósidos, cuyo peligro ha sido ya probado.

Deambulaci3n precoz

Nuestro método permite al paciente de insuficiencia cardíaca que se levante y se mueva a su gusto desde el principio del tratamiento, a no ser que nos enfrentemos a determinada contraindicaci3n formal, como la neumonía, la embolia pulmonar o el infarto de miocardio. La actividad de que estos pacientes son capaces, sin el menor contratiempo, es verdaderamente sorprendente.

Debemos recordar que al decidir el método de la ambulaci3n precoz en

nuestra clínica hace 10 años, se imponía la regla del reposo absoluto en cama. Pronto comprobamos que, en oposición a todo dogma clásico, los enfermos en actividad se encuentran mucho mejor que los inmovilizados.

Después del empleo de este procedimiento, de modo que podríamos decir empírico, tuvimos conocimiento de las investigaciones experimentales de SMIRK; este autor determinó que el promedio de la presión venosa en los enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva confinados en la cama, era mucho más alto que en los pacientes de condición similar, pero en actitud ambulatoria, lo cual, entre otros inconvenientes, favorece en los primeros la formación del edema e impide la eliminación del mismo. Nuestra experiencia en el curso de los años sostiene estos puntos de vista y nos inclina a recomendar la ambulancia precoz como parte del tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

Régimen liberal

La única selección dietética en nuestros enfermos, es por el lado del valor calórico. Hemos notado que la mayoría de los cardíacos ingresan en un deficiente estado de nutrición, cuyo equilibrio se hace necesario y gracias al único medio de proporcionar el régimen conveniente. Con este tipo de comida aparece un sentido real de bienestar, además de que el enfermo gana peso y energías. Esta desnutrición en los cardíacos crónicos es perfectamente comprensible, puesto que, a la larga, las comidas sin sal aburren al paciente, le quitan el apetito y le llevan a la nutrición defectuosa.

Como uno de los objetivos fundamentales del tratamiento de la hiposistolia es alcanzar la eliminación de los edemas, debemos insistir en que el sistema de peso basal conseguido con los diuréticos, hace innecesario el régimen desclorado. Suponemos que los buenos resultados obtenidos por nosotros con el régimen sin restricciones se deben, ante todo, a la eliminación del sodio contenido en los depósitos extracelulares, gracias a la acción de los diuréticos; esta acción queda facilitada con toda seguridad por la recomendación de tomar la mayor cantidad posible de líquidos y por las propiedades acidificantes del cloruro amónico.

La literatura ha revelado ciertas consecuencias serias y aun fatales de la diuresis profusa conseguida con los diuréticos mercuriales. HINES y otros clínicos han puesto de manifiesto que los cardíacos en tratamiento con dichas sustancias pueden presentar un cuadro de déficit clorurado con debilidad y calambres de los miembros, postración acentuada, vómitos, manifestaciones cerebrales e incluso la muerte; estas reacciones han sido consideradas por lo regular como signos de la toxicidad del mercurio, pero, de acuerdo con nuestra opinión, son el resultado directo de la depleción masiva del cloruro de sodio. El régimen liberal, con absorción abundante de este elemento, decide la ausencia de deshidratación en nuestros pacientes.

Sales acidificantes

Desde hace poco se ha convenido que las sales acidificantes, en especial el cloruro amónico, provocan la diuresis, siempre superior a la conseguida con los mercuriales solos. Se han prescrito dos sistemas: el primero consiste en la administración intermitente durante los dos o tres días que preceden a la inyección de los mercuriales; el otro método, adoptado por nosotros, es el de dar el medicamento acidificante desde el primer momento y sin interrupción.

Una vez se ha llegado al «peso basal» y, por lo que hemos apuntado, no hay necesidad de proseguir con el uso del saligán; se continúa con la dosis diaria de 6 gr. de cloruro amónico. De esta manera se mantiene la diuresis, lo que permitirá en muchos casos la prolongación de los intervalos sin medicación mercurial.