

FALLA CARDIACA : LO NUEVO Y UTIL PARA EL CLINICO

Carlos José Jaramillo Gómez
Profesor Titular
Departamento de Medicina Interna
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

Los conocimientos nuevos provenientes de la experimentación en los últimos años han hecho variar no solamente el manejo que le damos a los pacientes con falla cardíaca sino la concepción que tenemos del problema. Desde el punto de vista práctico hay acciones, que se han introducido en las guías de manejo por parte de los expertos internacionales gracias a la contundencia de la evidencia que se ha acumulado sobre su beneficio; son ellas:

Uso de betabloqueadores, uso de carvedilol, uso de espirolactona, uso de bloqueadores del receptor de la angiotensina II cuando los I-ECAS han sido intolerados, utilización en falla refractaria y en urgencias de inotrópicos positivos por vía parenteral, aparatos mecánicos de asistencia ventricular, cirugías de reconstrucción de la arquitectura ventricular, sincronización de la contracción ventricular mediante el uso de marcapasos tricameral, la actividad física regular, las clínicas de falla cardíaca y el corazón artificial. En este artículo se ampliará cada una de ellas y cómo la reflexión y la experimentación en búsqueda de una explicación de por qué son útiles ha llevado a cambiar la concepción actual sobre la falla cardíaca.

Los I-ECA siguen siendo la herramienta farmacológica fundamental en el manejo de la falla cardíaca crónica, pues han demostrado en múltiples estudios que mejoran los síntomas, mejoran la calidad de vida de los pacientes y disminuyen la mortalidad; su uso requiere de una buena titulación, iniciando con dosis bajas a tolerancia del paciente hasta llegar a las dosis que han demostrado los efectos benéficos anotados y además la prevención del empeoramiento de la disfunción ventricular. Como ejemplo, la dosis inicial de captopril es de 6.25 mg cada 8 horas y la dosis de mantenimiento es de 25 a 50 mg c/8h.; la dosis de enalapril inicial es de 2.5mg diaria y la de mantenimiento 10 mg c/12h.

Los diuréticos: se usan siempre que hay evidencia de sobrecarga hídrica, deben acompañar al I-ECA y es preferible utilizar los de asa. Cuando la respuesta clínica no ha sido satisfactoria, pueden usarse los diuréticos de asa 2 veces al día, o pueden combinarse con diuréticos tiazídicos.

La espirolactona: su uso en dosis bajas (25 mg) ha sido demostrado recientemente que logra disminuir la morbimortalidad en falla cardíaca, posiblemente como modulador de la respuesta neuroendocrina.

Los digitálicos: Quedó claramente demostrado que su uso en la falla cardíaca crónica por disfunción sistólica no disminuye la mortalidad, pero sí disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida.

Los B-bloqueadores: Hace menos de una década estaban contraindicados en falla cardíaca sistólica, pero gracias a estudios bien diseñados con carvedilol, metoprolol y bisoprolol, se han convertido en un puntal esencial en el manejo de los pacientes con falla cardíaca. Es fundamental también su titulación progresiva, iniciando con dosis de 6.25 mg, 12.5mg y 2.5mg una vez al día respectivamente, tratando de llegar a las dosis de mantenimiento de 25mg cada 12 horas, 100-150mg y 10 mg respectivamente. En el momento de descompensación aguda es mejor no utilizarlos y hasta ahora solo está demostrada su utilidad y seguridad en falla cardíaca estadios III y IV de la NYHA con el carvedilol, que además de ser bloqueador B1,B2, lo es alfa y tiene efecto antioxidante que puede ser más efectivo en prevenir el proceso de apoptosis que participa en el progreso de la falla cardíaca.

Ejercicio y programas de rehabilitación cardíaca: así como los b-bloqueadores eran contraindicados en falla cardíaca, así mismo se le prohibía al paciente realizar actividad física moderada. El ejercicio prescrito adecuadamente a las posibilidades del paciente y realizado en forma regular ha demostrado disminuir la morbilidad, mejora la calidad de vida y ya están apareciendo los estudios que demuestran disminuir la mortalidad especialmente cuando se asocian a las actividades educativas y de manejo integral que se ofrecen en las clínicas de falla cardíaca que permiten además disminuir notoriamente los costos de esta enfermedad catastrófica.

Otras estrategias: Estudios presentados este año, han demostrado la utilidad de **resincronizar** la contracción de ambos ventrículos en pacientes con bloqueos avanzados de la rama izquierda del haz de His, mediante la implantación de **marcapasos tricamerales**.

En casos bien seleccionados procedimientos quirúrgicos que mediante ventriculoplastia tratan de recuperar la forma ovoide del ventrículo izquierdo han mostrado su utilidad. El uso de equipos de asistencia mecánica al ventrículo izquierdo en aquellos pacientes en falla refractaria, como un puente hacia el trasplante cardiaco es aceptado ampliamente, pero últimamente los nuevos diseños han permitido su uso por tiempos mayores y hay evidencia reciente que después de un periodo de poner a descansar el ventrículo izquierdo con estos aparatos, al retirarlos, se han llevado la sorpresa de apreciar notorias mejorías de su función, lo que ha permitido sacar a estos pacientes de la lista de espera de trasplantes.

Vale la pena tener en cuenta que los siguientes medicamentos deben evitarse o usarse con precaución es estos pacientes : AINES, antiarrítmicos clase I, Calcio antagonista con excepción del amlodipino, antidepresivos tricíclicos, corticoesteroides y litio.

Recomendaciones finales: El manejo exitoso del paciente con falla cardiaca depende de un excelente acercamiento al diagnóstico de la causa subyacente, de la comprensión de los mecanismos que están involucrados en su génesis, del uso racional de la amplia gama de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, con un enfoque integral de apoyo transdisciplinario, involucrando en el proceso al paciente, a su familia y a su entorno.

En cuanto al modelo que ahora permite entender con mayor claridad lo que pasa con el paciente en falla cardiaca y buscar nuevas estrategias, ha roto con la concepción original en la que se le veía simplemente como un trastorno de tipo edematoso, en el que el fallo del corazón provocaba una disminución del flujo de salida y un incremento en las presiones de llenado, lo mismo con el siguiente modelo que centró la atención en los aspectos hemodinámicos que explicaba los síntomas de la falla por una vasoconstricción periférica originada por la disminución de la función cardiaca y con el más reciente modelo, el neurohumoral, donde las modificaciones en el sistema renina-angiotensina, la vasopresina, la endotelina, la noradrenalina y toda la activación del sistema simpático, para llegar a un modelo donde se analizan los procesos a nivel de biología molecular responsables del proceso de remodelación que lleva al ventrículo izquierdo a dilataciones y a un deterioro progresivo, donde toma participación un proceso de muerte celular programada que se denomina apoptosis.

Las investigaciones permitirán intervenir a un nivel molecular, modulando estos procesos y permitiéndole al clínico lograr con mayor eficiencia y eficacia las metas que se propone con su paciente de aliviar sus síntomas, ojalá curarlo, mejorar su calidad de vida y evitar una muerte prematura.

Lecturas Recomendadas;

Grandes temas de Cardiología, 31 ACC New York Cardiovascular symposium. Ed.
Educación médica Continua 2000. Los artículos : Insuficiencia cardiaca:
Panorama Actual.

Clinicas Colombianas de Cardiología . Topicos selectos en falla cardiaca. Avances
En fisiopatología y manejo. Volumen 3, #1 Nov 2000.