

02 artículo

Santiago Díaz Sánchez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Sílvia Zamora Mestre [[Buscar autor en Medline](#)]
 José Carlos del Castillo Rodríguez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Amparo Mena González [[Buscar autor en Medline](#)]



Medidas no farmacológicas en la IC. Educación sanitaria y seguimiento del paciente desde atención primaria. Criterios de derivación

En este apartado revisaremos la importancia de las medidas generales en el manejo terapéutico de la IC crónica, así como de los aspectos de educación sanitaria al paciente y familia que son necesarios desde el momento del diagnóstico. Los objetivos educativos en la IC no sólo consisten en informar sobre las medidas no farmacológicas (dieta, ejercicio, etc.) sino que deben permitir optimizar la adherencia al tratamiento (una de las primeras causas de desestabilización y de reingreso en la IC crónica), prevenir o evitar los factores precipitantes, reconocer los síntomas o signos de descompensación precozmente y disponer de la información necesaria sobre este complejo síndrome, de modo que el paciente y su entorno familiar se impliquen desde el principio en el plan de cuidados.

La intervención educativa multidisciplinar ha demostrado en ensayos clínicos diseñados para ese fin, que es capaz de reducir las hospitalizaciones por IC, contribuyendo una mayor estabilidad del paciente. Incluso intervenciones sencillas, basadas en los cuidados de enfermería, han demostrado beneficio clínico.

Las medidas no farmacológicas tienen un papel crucial en el tratamiento de la IC crónica y en su implementación el médico de familia tiene una responsabilidad inequívoca. La posición de la atención primaria (incluyendo a los profesionales de enfermería) es óptima para aplicar las estrategias educativas, tan necesarias en esta condición patológica. No es una tarea fácil conseguir que el paciente y la familia se implique en el seguimiento crónico de la IC, aún en tareas tan sencillas como puede parecer el control del peso, la adecuada cumplimentación terapéutica, la realización del ejercicio físico apropiado o la consulta precoz tras detectar signos de alarma. Todo esto requiere una accesibilidad y una continuidad de cuidados que son propios de la atención primaria (1). También se abordarán aquí los criterios de derivación al nivel especializado (urgente o no urgente).

Prevención de los reingresos hospitalarios

Se considera hoy día como un objetivo principal e independiente en el tratamiento de la IC a medio y largo plazo, ya que traduce la estabilidad del paciente. Por tanto, una adecuada información y educación sanitaria al paciente y familia debe ser una medida primordial en el tratamiento.

Los principales factores precipitantes de desestabilización en el paciente con IC se han señalado previamente. La mayoría de ellos se puede prevenir o detectar de forma temprana. Los pacientes que ingresan en el hospital sin que se reconozca ningún factor precipitante tienen un peor pronóstico que el resto (mayor mortalidad intrahospitalaria) (2).

Tratamiento no farmacológico: Medidas generales, educación sanitaria

bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la semFYC. Insuficiencia cardíaca. Recomendaciones semFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: EDIDE, 1997.
2. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. **Guidelines for the diagnosis of heart failure.** Eur Heart J.2001; 22: 1527-60.
3. Gombert-Maitland M, Baran D, Fuster V. **Treatment of congestive heart failure: guidelines for the primary care physician and the heart failure specialist.** Arch Intern Med 2001;161:342-352.
4. American College of Cardiology/American Heart Association. **Guidelines of Diagnosis and Treatment of Heart Failure 2001**
5. Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la SEMI. Insuficiencia Cardíaca: recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Medicina Interna. Jarpyo: Madrid, 2000. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



Las medidas generales en el tratamiento de la IC se señalan en la **Tabla 1**. Conviene subrayar que, ya que la IC suele ser la expresión final de ciertas cardiopatías o enfermedades sistémicas, el control estricto y tratamiento de la enfermedad de base (HTA, enfermedad coronaria, valvulopatía) es un aspecto crucial del tratamiento global de la IC crónica.

Educación sanitaria al paciente y familia

Resulta imprescindible la labor del médico de familia como más próximo al paciente y su familia con capacidad de transmitir, sin generar angustia o ansiedad innecesarias, la necesidad de realizar una serie de medidas generales que suponen a menudo un cambio en su estilo de vida (3). El contenido de los distintos aspectos educativos se señala en la **Tabla 2** y puede introducirse de forma longitudinal, aprovechando los múltiples contactos con el paciente y cuidadores. El paciente ha de conocer la enfermedad y su posibilidad de progresión, para comprender la importancia de ciertas medidas. Con frecuencia, a pesar de un tratamiento óptimo, ha de habituarse a un cierto grado de limitación funcional, siendo necesario adecuar la actividad física en función de los síntomas. Además, ha de conocer que la aparición de ciertos síntomas como la progresión de la disnea o un aumento de peso suelen reflejar una inmediata desestabilización (2).

Control del peso corporal

El paciente ha de pesarse diariamente (en situación inestable o en clase funcional III-IV) o al menos dos veces por semana (en situación estable y clase funcional II) y consultar si existen incrementos significativos (> 2 kg en 3 días o menos), si aparecen o edemas periféricos o si aumenta el número de almohadas que necesita para dormir (**Tabla 3**). Con pacientes o cuidadores especialmente capacitados y motivados se puede llegar a la autorregulación del empleo de los diuréticos en función de dichos parámetros (3,4). El peso que debe tomarse como referencia es aquel que el paciente tienen en situación de "euvolemia" (ausencia o mínimos signos o síntomas congestivos).

Restricción del sodio de la dieta

Es uno de los puntos principales del tratamiento. Dietas muy restrictivas (menos de 2 gr de sodio al día) son mal toleradas y sólo se recomiendan en estados de descompensación o cuando se requieren dosis muy elevadas de diuréticos, ya que en pacientes estables, las restricciones severas de sodio pueden activar la producción renal de renina. Dietas con restricciones menos severas, de menos de 3 gr/día, se consiguen prescindiendo de alimentos salados (precocinados, conservas, salazones, embutidos, aceitunas, patatas fritas, aperitivos, quesos curados o semicurados, etc.), cocinando con poca sal (media cucharada sopera/día como máximo) y no añadiendo sal a los alimentos una vez cocinados. Son dietas mejor toleradas y suelen ser suficientes en pacientes estables. Debe evitarse el consumo de bicarbonato sódico y de comprimidos efervescentes (pueden llegar a tener más de 500 mg de Na⁺). Algunas aguas minerales (sobre todo con gas) también presentan un contenido excesivo de sodio (**Tabla 4**).

En la mayoría de los pacientes estables no es necesario restringir la ingesta de líquidos. Únicamente en caso de IC desestabilizada, mala respuesta a los diuréticos y/o hiponatremia dilucional (Na⁺ < 125 meq/L y presencia de edemas) se recomienda reducir la ingesta de agua a 1-1,5 litros/día (5).

Tabaco/ Alcohol

El hábito de fumar debe ser firmemente desaconsejado, independientemente de la etiología de la IC (isquémica o no isquémica). El tratamiento sustitutivo con nicotina o con apoyo farmacológico puede ser valorado si no se consigue el resultado con el consejo médico (5) (**Tabla 5**).

Obesidad

Debe intentarse la corrección de la obesidad o el sobrepeso en pacientes

susceptibles. A menudo no es fácil modificar hábitos ya fuertemente arraigados en pacientes sobre todo mayores, pero es preciso evitar los excesos de cualquier tipo. Una pérdida ponderal discreta pero mantenida es un objetivo más factible y a menudo se acompaña de una mejoría sintomática perceptible por el paciente, lo que tiene un refuerzo positivo importante (4,5)

Malnutrición

La malnutrición clínica o subclínica está presente en el 50% de los pacientes con IC grave. Es importante administrar suplementos polivitamínicos (retinol, ácido ascórbico, vitaminas D, E y complejo B) para paliar déficits de absorción, así como varias comidas al día no copiosas, con un adecuado balance calórico (4,5).

Los suplementos de potasio y/o magnesio pueden estar indicados en pacientes que reciben dosis moderadas o altas de diuréticos, siempre individualizando en función de los niveles séricos (K⁺) y considerando la toma de otros fármacos (IECA; ARA-II, espironolactona) que retienen potasio.

Reposo

La reducción de la actividad física y el reposo en cama que formaban parte del tratamiento clásico de la IC, sólo son necesarios en los pacientes desestabilizados o en clase funcional IV, en los que mejoran la respuesta diurética a corto plazo (4) En pacientes estables, los efectos de la inactividad física son negativos a medio y largo plazo, ya que se reduce la tolerancia al ejercicio y la capacidad aeróbica, se favorece la atrofia muscular y se incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso (5) (**Tabla 6**)

Ejercicio físico

Estudios recientes han demostrado que los programas de entrenamiento físico con ejercicios aeróbicos mejoran, incluso en pacientes con función sistólica muy deprimida, la situación clínica y la tolerancia al esfuerzo, a través de la modificación de factores metabólicos musculares y vasculares periféricos, sin modificar el gasto cardiaco, siendo capaces de enlentecer la progresión del síndrome, mejorar los síntomas clínicos, la calidad de vida y la supervivencia en pacientes con clase funcional II y III (6) (**Tabla 7**). Aunque no es posible extender la rehabilitación física supervisada a todos los pacientes con IC, en los casos de IC estable se ha de recomendar firmemente la realización de actividad física regular (3 a 5 veces en semana, sesiones de 15-20 minutos, hasta 30 minutos si existe buena tolerancia) de predominio aeróbico, que no lleguen a desencadenar síntomas clínicos y en función de la clase funcional del paciente (**Tabla 8**). Incluso en pacientes más comprometidos deben ser recomendadas sesiones cortas (5 a 10 minutos) varias veces al día.

En la consulta de atención primaria, una opción adecuada puede ser pautar un programa de paseos con incrementos progresivos de la distancia y la velocidad, vigilando estrechamente la aparición o el aumento de los síntomas. Adicionalmente debe recomendarse al paciente mantenerse lo más activo posible en las actividades de la vida diaria, evitando situaciones de estrés físico o mental. La tolerancia al ejercicio es un buen índice para limitar la intensificación del programa (1,3).

Estrés psíquico

El reposo mental y emocional tiene una significación similar al del reposo físico en las situaciones de descompensación grave. El paciente ha de evitar las situaciones angustiosas o estresantes en la medida de lo posible, ya que activan el sistema adrenérgico. En situación estable, debe comentarse con el paciente qué grado de estrés emocional o físico puede desarrollar, para evitar los efectos desfavorables de la inactividad física, sexual, mental o afectiva. Los pacientes en clase funcional II presentan un riesgo intermedio de desarrollar una desestabilización por la actividad sexual. Puede ser contemplado el uso de nitratos sublinguales antes de la relación. Los pacientes con CF III-IV pueden presentar un riesgo mayor de descompensarse, por lo que deben ser evaluados individualmente, incluyendo la valoración por un especialista. Aunque hay

alguna experiencia con el uso de sildenafil en pacientes con IC que presenten disfunción eréctil, este punto debe ser objeto de una evaluación individual y especializada (2,3).

Seguimiento de la IC desde la consulta de AP.

Una vez realizado el diagnóstico e iniciado el tratamiento, se debe establecer una frecuencia de visitas. Estas se harán de forma habitual al médico de familia, el cual debe establecer de forma individualizada la periodicidad, modificándola en caso de que aparezca algún proceso intercurrente. Normalmente, el intervalo no debe ser mayor de 2 meses, y el distanciamiento de las revisiones dependerá de la situación clínica (7). Si acaba de ser dado de alta del hospital, el paciente se encontrará con dosis moderadas o altas de diuréticos del asa y no habrá llegado aún a la dosis objetivo de IECA, sobre todo si el ingreso ha sido corto. El médico de familia debe ir bajando la dosis de diuréticos y posteriormente pasar a diuréticos tiazídicos, cuando se hayan reducido o eliminado los síntomas congestivos, y de forma concomitante aumentar la dosis de IECA. Una vez que el paciente se encuentre estable, debe valorarse el tratamiento con BB y remitir al cardiólogo para este fin.

En la primera visita es necesario explicar de forma clara cuáles son los signos o síntomas de descompensación que deben ser inmediatamente reconocidos por el paciente o cuidadores. Conviene apoyar esta intervención con algún material educativo, como el realizado recientemente por algunas sociedades científicas (www.semfyec.es) **Figura 1.**

En cada visita de seguimiento, se debe preguntar a los pacientes por la presencia de síntomas y evaluar su capacidad funcional, respecto a las actividades que puede realizar libre de disnea o fatiga (5,7). Es básica una buena exploración física, así como una entrevista detallada sobre el cumplimiento de la dieta/ejercicio y el tratamiento farmacológico, así como sobre efectos secundarios de los fármacos. Con todo ello, se realizará una valoración de la evolución del paciente de una visita a otra y su situación en ese momento: su estabilidad, necesidad de reajuste de tratamiento, aparición de nuevos problemas. Se deben valorar en cada visita los puntos señalados en la **Tabla 10.**

En los últimos años, se ha puesto de manifiesto que un control ambulatorio óptimo en pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC, es capaz de mejorar significativamente las complicaciones de la IC y reducir la tasa de reingresos (8,9). Sin embargo, muchos de estos estudios están basados en un seguimiento vinculado al hospital, aunque ambulatorio, lejos de implicar al médico de familia y a la Atención Primaria.

Dado que es habitual que el paciente reciba diuréticos, IECA ó ARA-II, digoxina y, eventualmente, suplementos de potasio o espirolactona y que, adicionalmente, suelen ser personas mayores con la función renal frecuentemente deteriorada, es imprescindible:

1. tener un conocimiento exacto de la situación de partida (creatinina, iones) y
2. monitorizar estos parámetros con la frecuencia necesaria (aspecto totalmente accesible bien en el centro de salud o en el domicilio del paciente), sobre todo cuando se hacen modificaciones en el tratamiento (7).

No está justificado el uso sistemático de pruebas especiales como el ecocardiograma para controlar la respuesta al tratamiento de los pacientes con IC. Aunque la FE basal se correlaciona inicialmente con el pronóstico, la mejoría en estos parámetros tras el tratamiento no indica que el pronóstico se haya modificado necesariamente. La identificación de pacientes con un descenso progresivo de la FE tiene un valor escaso pues no existen pruebas de que la intensificación del tratamiento en estos pacientes modifique su pronóstico. Es posible que en el futuro la determinación del **péptido natriurético BNP** tenga utilidad para el seguimiento ("terapia guiada"). Dado que existe hoy día un amplio arsenal terapéutico para la IC y muchos pacientes no van a tolerar la totalidad de fármacos que han demostrado beneficio pronóstico, el mejor

tratamiento para cada paciente sería aquel que más redujese los niveles de BNP (reflejo de una mayor inhibición neurohormonal). Esta hipótesis, aunque muy atractiva, aún no ha sido suficientemente testada para su aplicación en la práctica clínica general (10).

Criterios de derivación al cardiólogo (no urgente) (11,12)

- Estudio inicial de la IC (ecocardiografía u otras pruebas): valoración de la etiología, disfunción sistólica o diastólica, pronóstico.
- Descartar causas corregibles quirúrgicamente (p ej estenosis aórtica).
- Considerar revascularización (angioplastia o cirugía) en IC de etiología isquémica.
- Valoración en caso de progresión inexplicada de la IC
- Valoración-tratamiento en caso de paciente joven con miocardiopatías primarias
- Valoración-tratamiento de arritmias significativas
- Posibles candidatos a trasplante cardíaco
- Revisiones periódicas: por la peculiaridad de la propia historia natural de la IC, la mayor parte de las veces van a venir definidas por situaciones intercurrentes o desestabilización que no requiere ingreso, o como apoyo para el diagnóstico o el tratamiento, siempre de forma individualizada. Como orientación puede sugerirse: pacientes con clase funcional I-II, revisiones anuales; pacientes con CF III-IV, cada 6 meses.

Criterios para remitir a la Urgencia Hospitalaria (Figura 2) (2,5,11)

- Presencia de manifestaciones clínicas severas (disnea severa, anasarca)
- Enfermedad grave concomitante (neumonía, TEP, hemorragia digestiva, etc.)
- Sospecha de intoxicación digitalica
- IC refractaria al tratamiento oral

Seguimiento domiciliario en la IC terminal

La instauración de un tratamiento médico adecuado puede frenar la progresión de la IC y conseguir una mayor estabilidad del paciente, pero este es un proceso progresivo y la muerte suele llegar por fallo contráctil avanzado (40 %), por arritmias ventriculares (40 %) u otras causas (20 %). En los pacientes con IC avanzada con un deterioro importante de la función sistólica, es complejo definir la situación de terminalidad, al contrario de lo que sucede en el cáncer (13). Algunas asociaciones, como la National Hospice Organization, han definido criterios de terminalidad para la IC (**Tabla 11**). Obviamente, deben haberse desestimado otras opciones terapéuticas (por ej trasplante en sujetos jóvenes) así como ciertas causas "corregibles". Generalmente, son pacientes en clase funcional IV persistente y que han requerido varios ingresos hospitalarios recientes. En estos pacientes se han de establecer unos cuidados de soporte donde el papel de enfermería es fundamental, encaminados al alivio sintomático y a la detección precoz de los factores de descompensación y evitando, en lo posible, los ingresos hospitalarios no justificados y la realización de pruebas molestas o costosas que no van a cambiar el pronóstico del paciente ni a mejorar la calidad de vida. En estos pacientes el objetivo prioritario entra dentro de la filosofía de los cuidados paliativos, donde el fin no es prolongar la supervivencia, sino obtener la más aceptable calidad de vida posible para el paciente, que se encuentra ante un síndrome complejo y avanzado que produce importantes síntomas y que genera además una significativa carga de ansiedad para él y para su familia. En este contexto, el médico de familia debe estar adiestrado en el manejo de la morfina y las benzodiacepinas, tremendamente útiles para el alivio sintomático de la disnea, la ansiedad y el dolor severo (presente hasta en el 42 % de los pacientes en fases muy avanzadas) (14)

