

Tratamiento no farmacológico en la insuficiencia cardíaca

Valeria Pacheco-Huergo

Centro de Salud Turó. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Correo electrónico: vpachecohuergo@gmail.com

Puntos clave

- La insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en España en personas > 65 años.
- Se considera que 2/3 tercios de los ingresos hospitalarios serían evitables si se identificaran y trataran precozmente los factores precipitantes.
- El seguimiento estructurado tras un alta hospitalaria, mediante visita domiciliaria, ambulatoria o telefónica, se ha mostrado especialmente eficaz para disminuir los reingresos.
- Muchas de las recomendaciones habituales no disponen de evidencia de mejora de la mortalidad o la morbilidad. Como excepciones, se remarcan la práctica de ejercicio físico regular y la implementación de cuidados en un marco multidisciplinar (Clase 1 Nivel A).
- Es importante que los profesionales de la salud promovamos el buen manejo no farmacológico de los pacientes con insuficiencia cardíaca de una manera individualizada, prestando atención a las potenciales limitaciones de estas personas e implicando también a sus cuidadores.
- Para optimizar el autocuidado, es importante que el paciente y sus cuidadores dispongan de material educativo estructurado y adaptado en diferentes formatos (papel, web, etc.).

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca • Tratamiento no farmacológico • Estilos de vida • Ejercicio • Adherencia • Autocuidado.

Aspectos clínicos

La insuficiencia cardíaca (IC) se puede definir como una anomalía de la estructura o la función cardíacas que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades de los tejidos pese a presiones normales de llenado (o solo a costa de presiones de llenado aumentadas). Clínicamente, se define como un síndrome en el que los pacientes tienen síntomas (por ejemplo, disnea, edema de tobillos y fatiga) y signos típicos (por ejemplo, ingurgitación yugular, crepitanes pulmonares) como consecuencia de una anomalía de la estructura o la función cardíacas¹.

La prevalencia de la IC ha ido en aumento en los últimos años, en parte debido al progresivo envejecimiento de la población, pero también a que cada vez se conoce mejor y se diagnostica más esta entidad. Aproximadamente un 1-2% de la población adulta de los países desarrollados tiene IC, pero

la prevalencia aumenta hasta más del 10% entre las personas de 70 o más años¹.

Se trata de una enfermedad crónica cuya tasa de mortalidad a los 5 años es superior a la de algunos tipos de cáncer, siendo la tercera causa de muerte cardiovascular en España.

Para contextualizar la importancia de los aspectos no farmacológicos del tratamiento, resulta interesante señalar que diversos estudios realizados a lo largo de distintos países demuestran una tendencia a la reducción de mortalidad por causa cardiovascular, y que más de la mitad de esta disminución se atribuye al control de los factores de riesgo. Un estudio realizado en población mediterránea mostró una reducción de la tasa de mortalidad ajustada por edad del 40%, desde 1988 a 2005. Aproximadamente el 47% de esta caída se atribuyó a los tratamientos. De estos, los que contribuyeron en mayor medida fueron el tratamiento en fase aguda de los síndromes coronarios (11%), la prevención secundaria (10%) y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (9%). Por otra parte, el

50% de la reducción de la mortalidad se atribuyó a cambios en los factores de riesgo. El mayor beneficio se debió a la reducción en el colesterol total (31%), la presión arterial sistólica (15%) y el tabaquismo (fig. 1). Sin embargo, los autores también señalan una tendencia al incremento en el consumo de tabaco en mujeres jóvenes, y de obesidad y diabetes en hombres, que ha sido responsable de muertes adicionales en dicho período, lo cual apunta a la necesidad de implementar políticas sanitarias para reducir estos factores de riesgo².

En cuanto a su morbilidad, la IC representa la primera causa de hospitalización en personas > 65 años. El progresivo envejecimiento de la población ocasiona que la magnitud del problema vaya en aumento³. Sin embargo, se considera que 2/3 tercios de los ingresos hospitalarios serían evitables si hubiera una identificación y un tratamiento precoz de los factores precipitantes⁴. Las causas de hospitalización varían dependiendo de la fuente consultada. En general, se considera que un motivo muy importante de descompensación es la falta de adherencia las medidas generales y al tratamiento farmacológico, que ocurren en el 15-65% de los casos. Como causas de esta baja adherencia, se han descrito la falta de

conocimiento o de motivación, la escasa percepción de la eficacia del tratamiento, un elevado número de fármacos o dosis, la ausencia de apoyo de los familiares y cuidadores y el deterioro cognitivo o la depresión³.

En este artículo, nos centraremos en los aspectos no farmacológicos del manejo terapéutico de la IC. Por lo comentado anteriormente, entre dichos aspectos se incluyen el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como también la prevención de los factores precipitantes, el reconocimiento precoz de los síntomas o signos de descompensación y la accesibilidad adecuada a los servicios sanitarios. Por otra parte, se hará especial énfasis en las recomendaciones no farmacológicas que han probado un mayor beneficio: el ejercicio físico y la implementación de programas multidisciplinarios.

Actuación inmediata

Ante un debut o descompensación de IC, el profesional sanitario debe realizar 3 evaluaciones paralelas del paciente¹:

1. ¿El paciente tiene IC o hay una causa alternativa para sus síntomas y signos (por ejemplo, enfermedad pulmonar crónica, hipotiroidismo, insuficiencia renal o embolia pulmonar)?

2. Si el paciente tiene diagnóstico de IC, ¿hay un factor precipitante que requiere corrección? (por ejemplo, una sobrecarga de líquidos, infección, anemia, etc.). La tabla 1 recoge los principales factores precipitantes de descompensación de IC, así como medidas para su prevención.

3. ¿La enfermedad del paciente conlleva riesgo vital (arritmia de respuesta ventricular rápida, embolia pulmonar, síndrome coronario agudo, etc.) y requiere una actuación urgente? La tabla 2 muestra los criterios de derivación urgente hospitalaria.

Por otra parte, si el paciente tiene diagnóstico de IC y no se encuentra en un entorno sanitario, debe estar preparado para detectar precozmente los signos y síntomas de descompensación y, si fuera el caso, tener claro cuándo y cómo acceder a los servicios sanitarios¹.

En relación con el tratamiento no farmacológico, durante los episodios agudos de descompensación de IC asociados a sobrecarga de volumen, es normal restringir la ingesta de sodio a < 2 g/día y la de líquidos a < 1,5-2,0 l/día, especialmente en personas con hiponatremia, aunque no hay pruebas fehacientes que respalden esta práctica¹.

Seguimiento

El objetivo del manejo de la IC es ofrecer un sistema de cuidado integrado que abarque a la comunidad y los hospitales, para garantizar el tratamiento adecuado de estos pacientes¹.

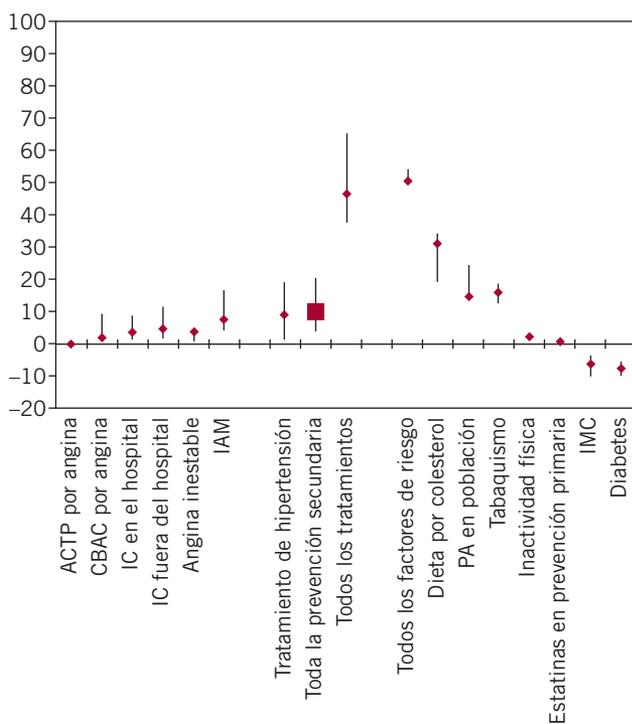


Figura 1. Análisis de sensibilidad. Contribuciones proporcionales de los tratamientos específicos y los cambios de factores de riesgo a la reducción total de la mortalidad por enfermedad coronaria en España entre 1988 y 2005.

Los cuadrados y los rombos indican las estimaciones del mejor modelo específicas y totales, respectivamente. Las líneas verticales muestran las estimaciones extremas mínima y máxima. ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea; CBAC: cirugía de *bypass* arterial coronario; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial. Reproducido de Flores-Mateo G, et al.².

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470435>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)