

TEMAS DE ACTUALIDAD

EL REPOSO EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES CARDIACAS

I. — Insuficiencia cardíaca

por los doctores

BLAS MOIA y EMILIO O. VIDAL

El reposo en cama ha sido considerado en todos los tiempos como uno de los recursos fundamentales en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, no sólo para dominar la descompensación sino para prevenir sus recurrencias. Por no citar sino la opinión de autores modernos, recordemos textualmente las palabras de Lewis¹: “La insuficiencia con congestión es una de las pocas manifestaciones de las cardiopatías que requiere tratamiento en cama; y lo requiere imperativamente. El lema del tratamiento de la congestión es realmente el reposo: reposo para el cuerpo; reposo para la mente; reposo para el corazón.” Y agrega a continuación, al referirse a los cuidados posteriores, “pero tanto en los casos severos como en los medianos, no debe pensarse en terminar el reposo cuando desaparezcan los signos de hipertensión venosa.” . . . “Ningún paciente que haya mostrado signos definidos de congestión venosa debería abandonar la cama sino varias semanas después de la desaparición de todos estos signos. Un período total de seis a ocho semanas en cama es raramente demasiado largo y, a menudo, demasiado corto para asegurar los beneficios máximos. Los pacientes que mejoran lenta o imperfectamente, deben, a menudo, yacer quietos durante tres a seis meses y aún más. Los casos en los cuales se cede demasiado pronto vuelven a su estado anterior; el apuro en el tratamiento no ahorra tiempo.”

Es por ello que Lewis, para facilitar y hacer más cómoda la permanencia en el lecho, ideó la cama articulada en la cual el paciente sin moverse de ella puede permanecer en situación similar a la que adopta cuando se sienta en un sillón.

Más categórico aún es Davis,² quien en 1938 se expide en estos términos: “Aunque el valor del reposo absoluto en cama en el curso de la insuficiencia cardíaca no se discute, hay una diferencia de

opiniones en lo que se refiere a cuanto se debe prolongar el reposo después de la desaparición de los signos de insuficiencia cardíaca. En la práctica se permite frecuentemente a los pacientes abandonar la cama pocos días después de la desaparición de los signos de insuficiencia y sólo raramente se continúa el reposo absoluto en cama más allá de seis semanas'. Para demostrar los beneficios de un prolongado reposo en cama hace estudios comparativos entre dos grupos de insuficientes cardíacos, al primero de los cuales se permitió abandonar el lecho dos a tres semanas después de obtenida la compensación, mientras que los del segundo permanecieron en reposo absoluto en cama durante tres a doce meses, según el grado de la insuficiencia cardíaca. De los once así tratados murieron 4 y el resto mantuvo la mejoría por tres o más años, lapso durante el cual hicieron todavía períodos profilácticos de reposo. En cambio, de los 50 del primer grupo, la mayoría recidivó y sólo dos permanecieron libres de signos de insuficiencia cardíaca por más de tres años. "Estos resultados indican que el programa actual de reposo para los pacientes con insuficiencia congestiva es inadecuado".

Fishberg³, que considera al reposo "como una medida terapéutica cardinal en la insuficiencia cardíaca, capaz a menudo de restaurar la compensación sin otra ayuda", funda los beneficios obtenidos en las siguientes razones: el ejercicio provoca aumento del volumen minuto y de la presión arterial media, con aceleración cardíaca —que disminuye el período diastólico— y dilatación miocárdica —que disminuye la eficiencia cardíaca por mayor consumo de oxígeno. Además, aumenta las exigencias alimenticias y la ingestión de flúidos y, por ende, el trabajo cardíaco. Por otra parte, en la insuficiencia de cavidades izquierdas, el ejercicio, al aumentar la circulación de retorno, intensifica el éxtasis pulmonar; finalmente, en los hipertensos, el reposo origina, a menudo, descensos llamativos de la presión arterial. "A la luz de estos hechos no sorprende entonces que la insuficiencia cardíaca mejore a menudo notablemente con sólo el reposo en cama". En cuanto a la prolongación del mismo es felizmente más moderado que los autores anteriores ya que, aun cuando comparte la opinión de Davis para los casos severos, conceptúa que en los medianos "si las condiciones económicas lo permiten, en su criterio, es juicioso iniciar el tratamiento poniendo al paciente en cama, aunque sea por unos pocos días. La duración de la permanencia en cama se decidirá de acuerdo con la evolución del caso".

Pero si bien es cierto que nadie discute que la supresión o disminución del ejercicio anula o disminuye todos los inconvenientes que él origina sobre la actividad del corazón desfalleciente, no hay que olvidar que, si para conseguir tal desideratum, se recurre al reposo en cama, el decúbito es capaz de repercutir en forma tan desfavorable sobre la dinámica circulatoria, que el corazón puede salir perdiendo más que ganando. En efecto, no debemos olvidar que el decúbito dorsal origina disminución de la capacidad vital,⁴ con aumento del volumen minuto⁵ y de la presión venosa y disminución de la velocidad circulatoria,⁶ así como hemodilución.⁷ En síntesis, hay aumento manifiesto del volumen de sangre circulante.

Claro está que la situación cambia si el enfermo permanece en la cama semisentado con las piernas en declive, como sucede en la cama articulada especial diseñada por Lewis; pero fácil es darse cuenta que entre esta posición en la cama y el estar sentado en un cómodo sillón no hay gran diferencia, aunque de las dos maneras se limita adecuadamente la actividad muscular del enfermo y, en cambio, se traumatiza menos su psiquismo, porque lógicamente el enfermo que abandona el lecho se considera siempre menos inválido e inútil.

Pero a nuestro modo de ver, fuera de los factores mencionados, el peligro mayor de una larga permanencia en cama es el de la formación y desprendimiento de los denominados trombos marasmáticos o de éxtasis. La inmovilidad en la cama, adoptando la posición semisentada con las piernas flexionadas, como se las dispone habitualmente por la colocación de almohadas debajo de las rodillas o mediante el elástico articulado de nuestras comunes camas ortopédicas, constituye, sin duda alguna, el mejor método de acentuar el éxtasis en las venas profundas de la pelvis y favorecer, por ende, la formación de trombos y el desprendimiento de émbolos.

A pesar de estos inconvenientes, tanto en el extranjero como en nuestro país, son muchos los médicos prácticos y aún los especializados que siguen rígidamente el criterio de mantener en cama al insuficiente cardíaco, meses y meses hasta conseguir su total compensación.

Como uno de nosotros (B. M.) lo pusiera bien de manifiesto en las Jornadas organizadas por la Sociedad Argentina de Cardiología, en octubre de 1942, hace ya mucho tiempo que venimos predicando que el reposo absoluto en cama es innecesario para el tratamiento de

la mayor parte de los casos de insuficiencia cardíaca, aún de los de grado avanzado.

En los últimos años dos autores de reconocida experiencia han levantado, en el mismo sentido, una voz de alarma contra del excesivo reposo en cama de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Levine⁸ lo ha hecho teniendo en cuenta no sólo las desventajosas condiciones hemodinámicas creadas por el decúbito dorsal sino, sobre todo, por el peligro de la aparición de embolias. Para remediar una y otra situación propone, si se quiere mantener al enfermo en cama, elevar la cabecera de la misma 25 cms. para facilitar el declive de los fluidos hacia las partes inferiores y mover a menudo las piernas o someterlas a masaje adecuado tanto como sea posible.

Harrison⁹, sorprendido ya por el hecho de que en las clínicas europeas se permitía a los insuficientes cardíacos permanecer sentados y aún caminar por las salas durante el período de tratamiento, relata su experiencia de muchos años en la Clínica Cardiológica del Vanderbilt University Hospital, donde la escasez de camas en el sector correspondiente a los cardíacos de raza negra, obliga a tratarlos, en su mayoría, ambulatoriamente en el consultorio externo, mientras que la mayor proporción de blancos se interna habitualmente tan pronto como se evidencian los primeros signos de insuficiencia cardíaca. "Después de varios años, dice el autor, empecé a tener la impresión de que el número de viejos amigos y caras familiares era mayor en el grupo de los negros que en el de los blancos". Posteriormente, se trataron de hacer estudios estadísticos entre los "cardíacos de tres semanas" y los de "tres días", significando esas cifras la cantidad de días que habían permanecido bajo rígido reposo durante su internación y aunque no se pudieron sacar conclusiones concretas se pudo, sin embargo, deducir que los cardíacos de "tres días" eran pacientes más felices y que este grupo no presentó cifras más elevadas de mortalidad.

Todo ello permite al autor llegar a la conclusión de que no hay pruebas que demuestren que el reposo en cama prolongado durante varias semanas después de la desaparición de los signos o síntomas de insuficiencia, tiene valor en la recuperación de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Para sostener lo contrario, Lewis⁸ afirmaba que una vez obtenida la compensación, apenas si el corazón ha recobrado su capacidad para mantener las necesidades del cuerpo en reposo, faltándole reservas que sólo puede recuperar, en mayor o menor grado,

sometiendo al paciente a un nuevo período de reposo corporal casi completo, tanto más prolongado cuanto más severa ha sido la insuficiencia.

Por nuestra parte, creemos que el viejo criterio de la larga permanencia en cama o en reposo de los insuficientes cardíacos sólo se justifica por lo mucho que ha demorado en generalizarse el adecuado tratamiento de la insuficiencia cardíaca mediante la combinación del tratamiento digitálico, con el no digitálico, en especial la dieta hipolíquida e hiposódica y los diuréticos mercuriales, sin establecer para ello diferencias entre la insuficiencia predominantemente de cavidades derechas o izquierdas.

La disminución del volumen de sangre circulante, el aumento de la capacidad vital ¹⁰ con el descenso de la hipertensión venosa ¹¹ y la aceleración de la velocidad circulatoria ¹², se consiguen con una buena diuresis mercurial mejor y mucho más rápidamente que con el prolongado reposo en cama o en el sillón.

Por ello, como uno de nosotros (B. M.) ¹³ ya lo consignara en otra publicación, aun en los cardíacos más avanzados, sólo aconsejamos un corto período de reposo en cama, por un lapso no mayor de 5 a 7 días, hasta tanto el tratamiento digitálico y el no digitálico hayan tenido tiempo de poner de manifiesto sus benéficos efectos.

Los casos de insuficiencia cardíaca moderada sin edemas periféricos ni accidentes de disnea paroxismal, pueden ser tratados desde el principio sin reposo en cama.

La trascendencia de estos hechos desde el punto de vista económico y social surge sin comentarios. ¡Cuántas camas vacías quedarían en nuestros hospitales si se tratara a los blancos como a los negros de Harrison!

Desde luego que nos hemos referido aquí, exclusivamente, al tratamiento de la insuficiencia cardíaca en general, sin tener en cuenta ciertos factores etiológicos que como el infarto de miocardio y la fiebre reumática imponen condiciones particulares de reposo que serán estudiadas detalladamente en publicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Lewis Th. — *Diseases of the Heart*, McMillan & Co., Londres, 1943, 3ª ed., 25.
2. Davis D. — "J. Cl. Invest.", 1938, 17, 511.

REPOSO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

3. *Fishberg A. M.* — *Heart Failure*, Lea y Febiger, Filadelfia, 1940, 2ª ed., 674.
4. *McMichael J. y McGibbon J. P.* — "Clín. Sc.", 1939, 4, 175.
5. *Field H. y Bock A. V.* — "J. Clin. Invest.", 1925, 11, 67.
6. *Bullrich R. A., Repetto R. y Monti R. A.* — "Bol. Acad. Nac. Med.", 1941, 24, 215.
7. *Levine S. A.* — "J.A.M.A.", 1944, 126, 80.
9. *Harrison T. R.* — "J.A.M.A.", 1944, 125, 1075.
10. *Alsever J. B. y Levine A. A.* — "Am. Heart J.", 1938, 15, 201.
11. *Volini I. F. y Levitt R. OL.* — "Am. Heart J.", 1939, 17, 187.
12. *Bonarriga N.* — "Clin. Med. Italiana", 1938, 69, 537.
13. *Moia B.* — *Estudio crítico del tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca*, "El Ateneo", Bs. Aires, 1945, 84.