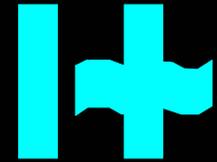




CIC Son Dureta



Hospital Son Dureta

# **XII Reunión de Insuficiencia Cardíaca**

## ***¿Debemos insistir en un control estricto del peso en el paciente con insuficiencia cardíaca?***

***“Argumentos a favor”***

Andrés Grau Sepúlveda  
Servicio de Cardiología  
Hospital Son Dureta

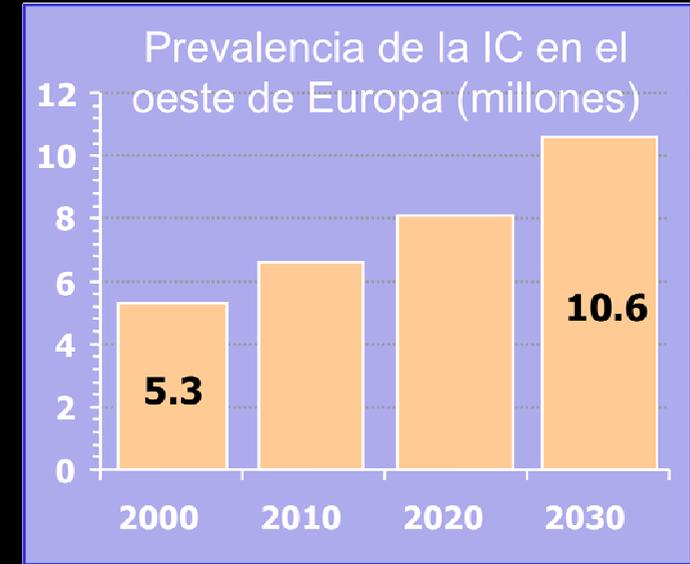
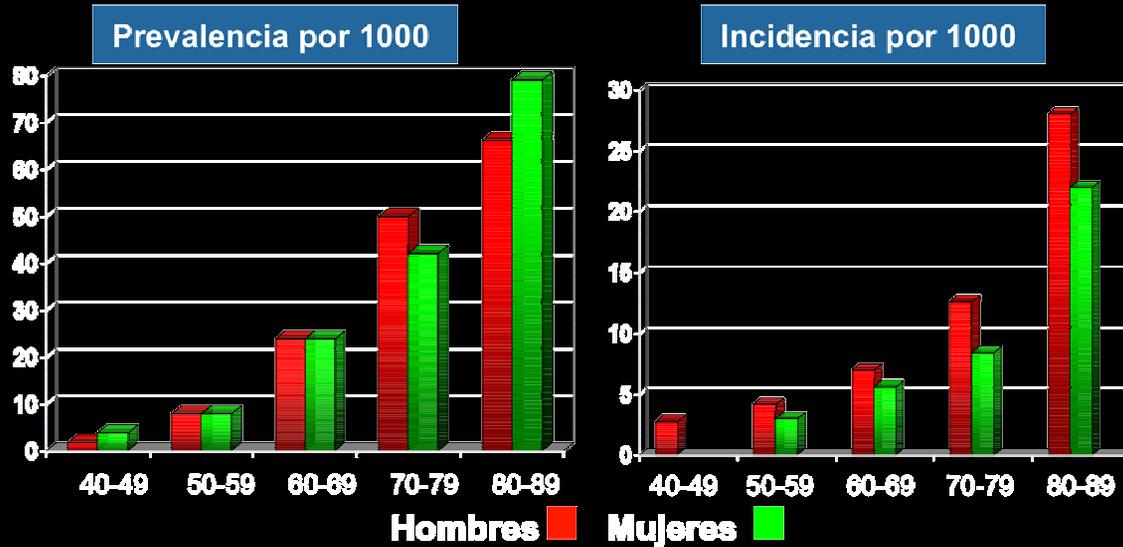
Ibiza, mayo de 2010

***¿Debemos insistir en un control estricto del peso en el paciente con insuficiencia cardiaca?***

***“DEPENDE, hay que individualizar”***

# INSUFICIENCIA CARDIACA

## Epidemiología e impacto



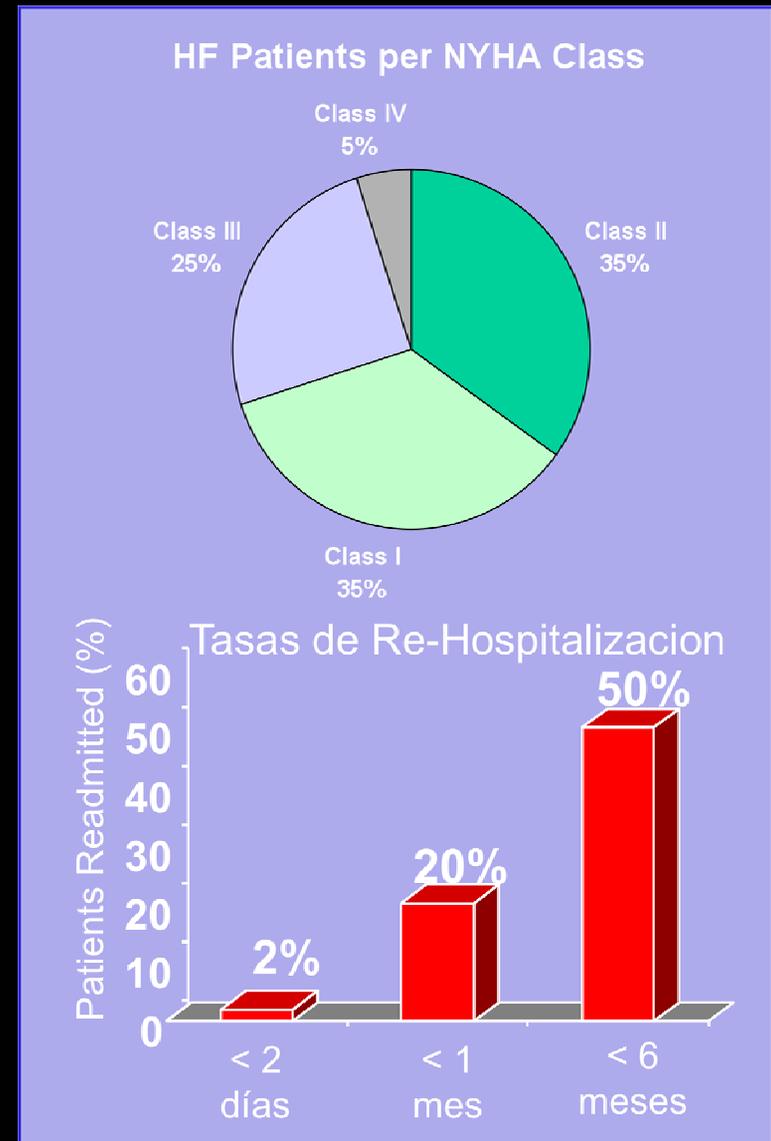
- La IC es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo industrializado
- La prevalencia de la IC sintomática se estima en un rango de 0.4 a 2.0% en la población Europea
  - 7 millones de Europeos afectados
  - 22 millones de personas en el mundo
- La Incidencia y prevalencia aumenta rápidamente con la edad
  - 6-10% de las personas mayores de 65 años presentan la enfermedad

*Framingham Heart Study. JACC 1993; 22  
ACCSAP 2000; 4: 47*

*I. Nieminen MS et al.; Euro Heart Failure Survey II; Eur Heart J. 2006 Sep 25*

# A PESAR DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA, LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD DE LA IC PERMANECE ALTA

- 30% al 40% de los pacientes están en NYHA III - IV
- La tasa de Re-hospitalización
  - 2% a 2 días
  - 20% a 30 días
  - 50% a 6 meses
- Rangos de mortalidad a 5-años desde el 15% a más del 50%
  - DVI Asintomática  $\approx$  15%
  - IC leve a moderada  $\approx$  35%
  - IC Avanzada  $>$ 50%



# Caso clínico

## Antecedentes

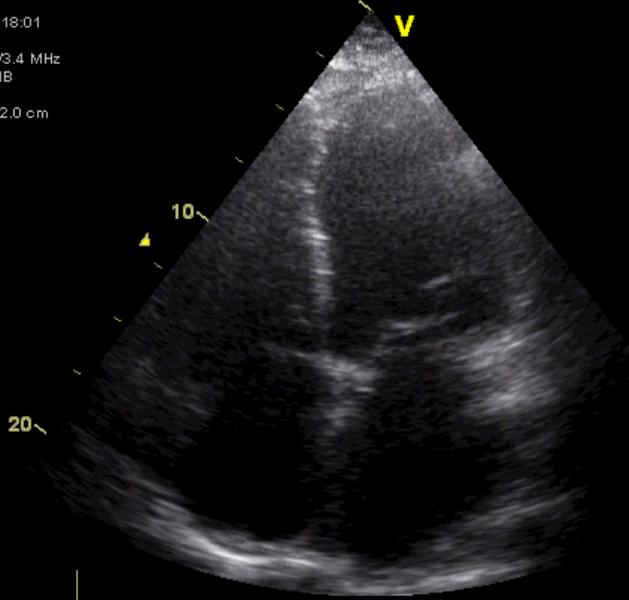
- Paciente de 50 años de edad. No AMC. Exfumador de 1 paq/día hasta 2008. Ex-enolismo moderado-severo. Actualmente consumo esporádico (1 cerveza/mes). No HTA, DM ni dislipemia. No AF de interés.
- Criterios clínicos de BC. Hepatitis isquémica en 1998 precisando ingreso hospitalario. Ecografía abdominal sin alteraciones y gastroscopia que resultó normal.
- IQ: absceso perianal enero/09. No neumopatía conocida. No criterios de bronquitis crónica. Estudio de SAHOS negativo.

# Caso clínico

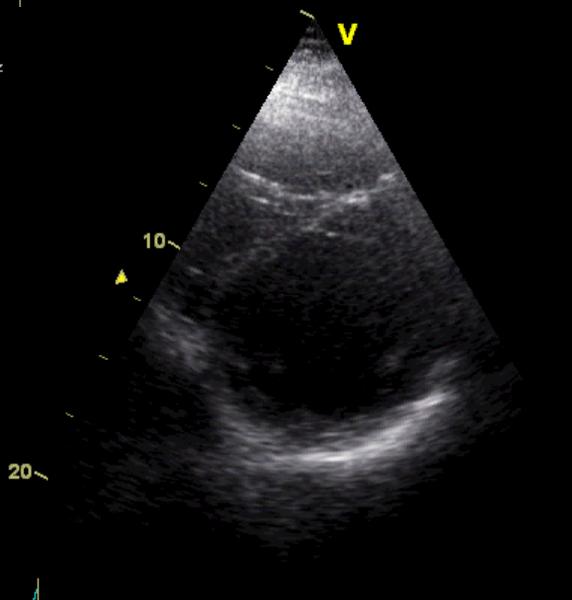
## Antecedentes

- Miocardiopatía dilatada de origen enólico en 1998. ETT: disfunción VI severa + insuficiencia mitral II/IV. ETT en 2004: recuperación de la FVI. No control evolutivo hasta marzo/09.
- Ingreso por ICC de predominio derecho en marzo/09. Fibrilación auricular permanente (QRS estrecho). ETT: disfunción VI severa por hipocinesia global, dilatación de cavidades derechas + VD disfuncionante, IM III/IV e HTP moderada-severa. Criterios débiles de asincronía intra e interventricular. Coronarias sin lesiones significativas. Evolución favorable bajo tto. tónico-deplectivo.
- Desde entonces en seguimiento en UIC con buena evolución, alcanzando dosis máximas de betabloquetantes, permaneciendo en un GF II/IV.

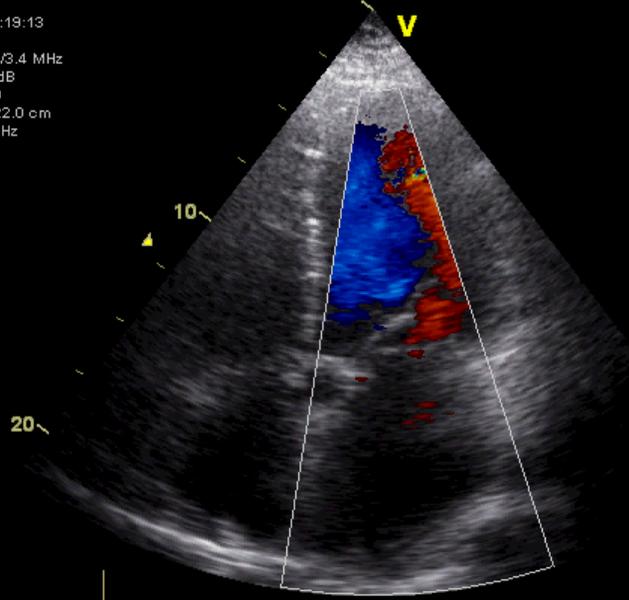
11/03/2009 10:18:01  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 48.5  
Profundidad: 22.0 cm



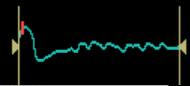
11/03/2009 10:15:16  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 60.6  
Profundidad: 22.0 cm



11/03/2009 10:19:13  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 21.9/21.9  
Profundidad: 22.0 cm  
Escala: 3.14 kHz  
Frec.: 2.4 MHz

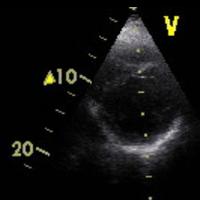


2:35  
87 HR

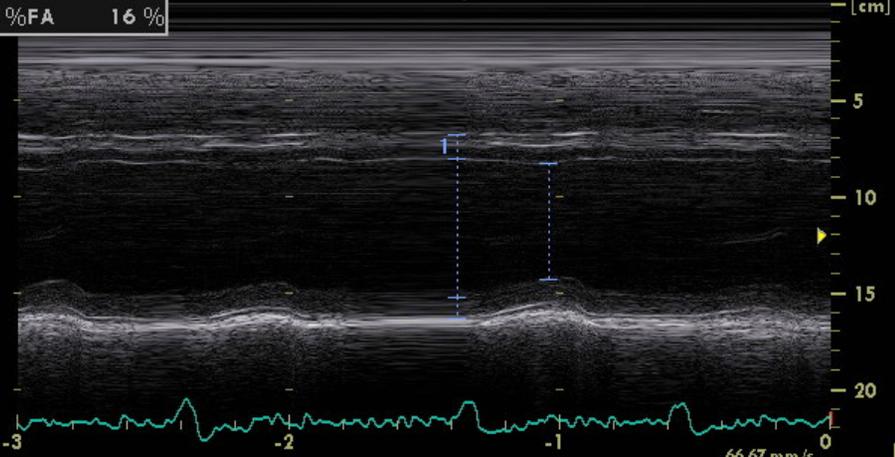


1	SIVd	1.2 cm
	DVID	7.2 cm
	DVIs	6.0 cm <sup>1</sup>
	PPVId	1.1 cm
	FE(Teich)	33 %
	%FA	16 %

2:20  
98 HR



2:48  
105 HR

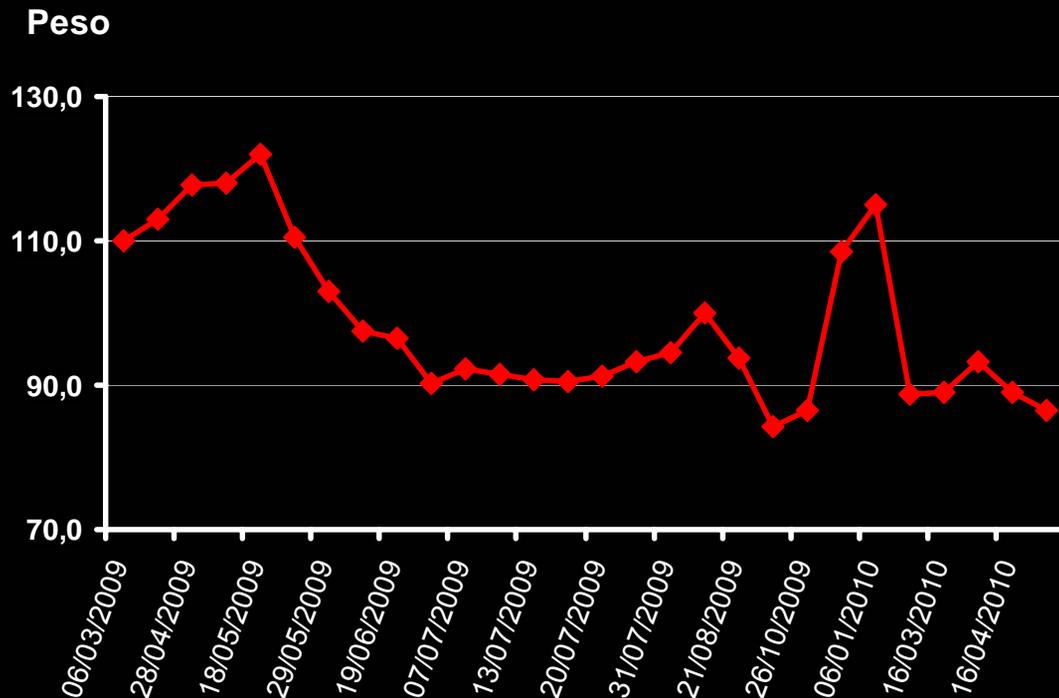


89 HR

# Caso clínico 1

## Empeoramiento clínico

29/12/10: empeoramiento clínico (trasgresión dietética coincidiendo con un viaje de placer por el sur de Asia). Se incrementó el tratamiento diurético (40 mg 1-1-1). Grado funcional III-IV de la NYHA (no camina más de 3-5 minutos sin detenerse). Aumento del perímetro abdominal. No dolor torácico ni palpitations asociadas. Ortopnea de 3 almohadas. Náuseas y molestia abdominal inespecífica. Ligeros edemas en MMII.



### Tratamiento :

Enalapril 5 mg 1/2-0-1/2

Bisoprolol 5 mg 2-0-1

Minitran 10 mg (16h-9h)

Spiriva 18 mcg/24 h

Seretide 50/250 mcg/12 h

Sintrom según pauta

Omeprazol 20 mg 1-0-0

Boi-K 10 mEq 0-1-0

Digoxina 0.25 mg a días alternos

Seguril 40 mg 1-1-1

# Caso clínico

## Ingreso hospitalario

- Tto tónico diurético y vasodilatador con escasa mejoría. 4 episodios de M. Súbita por FV a lo largo de 2 semanas. (Mg 1,6 y K 3,0 mM/l como posible causa proarrítmica en el 1er episodio). Precisó VMNI, inotropos (DBT, Levosimendan) y diuréticos en perfusión continua. ETT con disfunción VI severa biventricular e IM III/IV. Deterioro renal urea/creatinina 66/1,96 mg/dL. Alteración importante de la hemostasia en relación con hepatopatía congestiva (4 bolsas de plasma fresco y vitamina K para conseguir hemostasia adecuada).
- El 1/2/2010 se implanta DAI monocameral VR. Nuevos episodios de FV (6) que fueron adecuadamente tratados por el DAI. Mejoría lenta. No volvió a presentar descargas del DAI.
- Inició la deambulación de forma progresiva, pudiendo ser dado de alta en aceptable estado (en clase funcional III/IV). 3er ruido persistente en la auscultación.

# Caso clínico

## Situación actual

**3/05/2010:** Grado funcional III. Ortopnea 2 almohadas. No mareos. No palpitaciones. No angor. No descargas del DAI. No edemas. Disneico a pequeño-moderado esfuerzo (sube 1 piso parándose 2 veces). Ya no precisa ayuda para el aseo personal. Bien por llano.

ECG en RS a 70 lpm. TA 81 / 49 mmHg. Peso 86,500 kgr. Camina 15-20 minutos cada 1-2 horas. Lab: glucosa 97, urea 67, creatinina 1.19, Na 137, K 5, NT pro BNP 2944.

## TRATAMIENTO

Adiro 100 mgr: 0-1-0  
Sintrom: según pauta  
Enalapril 5 mg: 1/2-0-1/2.  
Minitran 10 mg: 1 parche  
Omeprazol 20 mg: 1-0-0.  
Magnesio Boi 400 mEq: 1-0-1  
Boi-K aspártico: 1-1-1  
Digoxina 0.25 mg: 1-0-0  
Seguril 40 mgr: 1-1-1  
Aldactone A: 1/2-0-0  
Bisoprolol 2,5 mgr: 1-0-0

**Pronósticos:**      ↓ mortalidad

**Clínicos:**    Alivio de la sintomatología

Mejorar la calidad de vida

Eliminar la retención hídrica

Incrementar la capacidad de esfuerzo

↓ el cansancio

↓ la necesidad de hospitalización

Proporcionar cuidados paliativos terminales

**Preventivos:**    Evitar el daño miocárdico

Progresión del daño miocárdico

Remodelado miocárdico

Recurrencia de los síntomas y retención hídrica

Hospitalización

## ESTADIO C

Presencia de cardiopatía estructural  
Síntomas

## ESTADIO B

Presencia de cardiopatía estructural  
No síntomas

## ESTADIO A

Ausencia de cardiopatía estructural  
No síntomas  
Factores de riesgo

## ESTADIO D

Síntomas refractarios que requieren medidas especiales

Tratamiento de la HTA, DM, Dislipemia: IECAS o ARAII en algunos p  
Reducción de FR, educación del paciente y de la familia

IECAS y BB en todos

IECAS o ARAII en todos; BB en algunos

Dieta hiposódica, diuréticos, digoxina

TRC si BRIHH

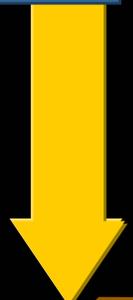
Revascularización, cirugía valvular mitral

Antagon. Aldosterona, Nesiretide  
Considerar tto. Multidisciplinario

Inotrópicos

TX o Asistencia Circ.

UVASS



## ESTADIO C

Presencia de  
cardiopatía  
estructural  
Síntomas

## ESTADIO B

Presencia de  
cardiopatía  
estructural  
No síntomas

## ESTADIO A

Ausencia de  
cardiopatía  
estructural  
No síntomas  
Factores de  
riesgo

## ESTADIO D

Síntomas  
refractarios que  
requieren medidas  
especiales

IECAS y BB en todos

IECAS o ARAll en todos; BB en algunos

Tratamiento de la HTA, DM, Dislipemia: IECAS o ARAll en algunos p

Reducción de FR, educación del paciente y de la familia

Dieta hiposódica, diuréticos, digoxina

Considerar tto. Multidisciplinario

Revascularización, cirugía valvular mitral

Antagon. Aldosterona, Nesiretide

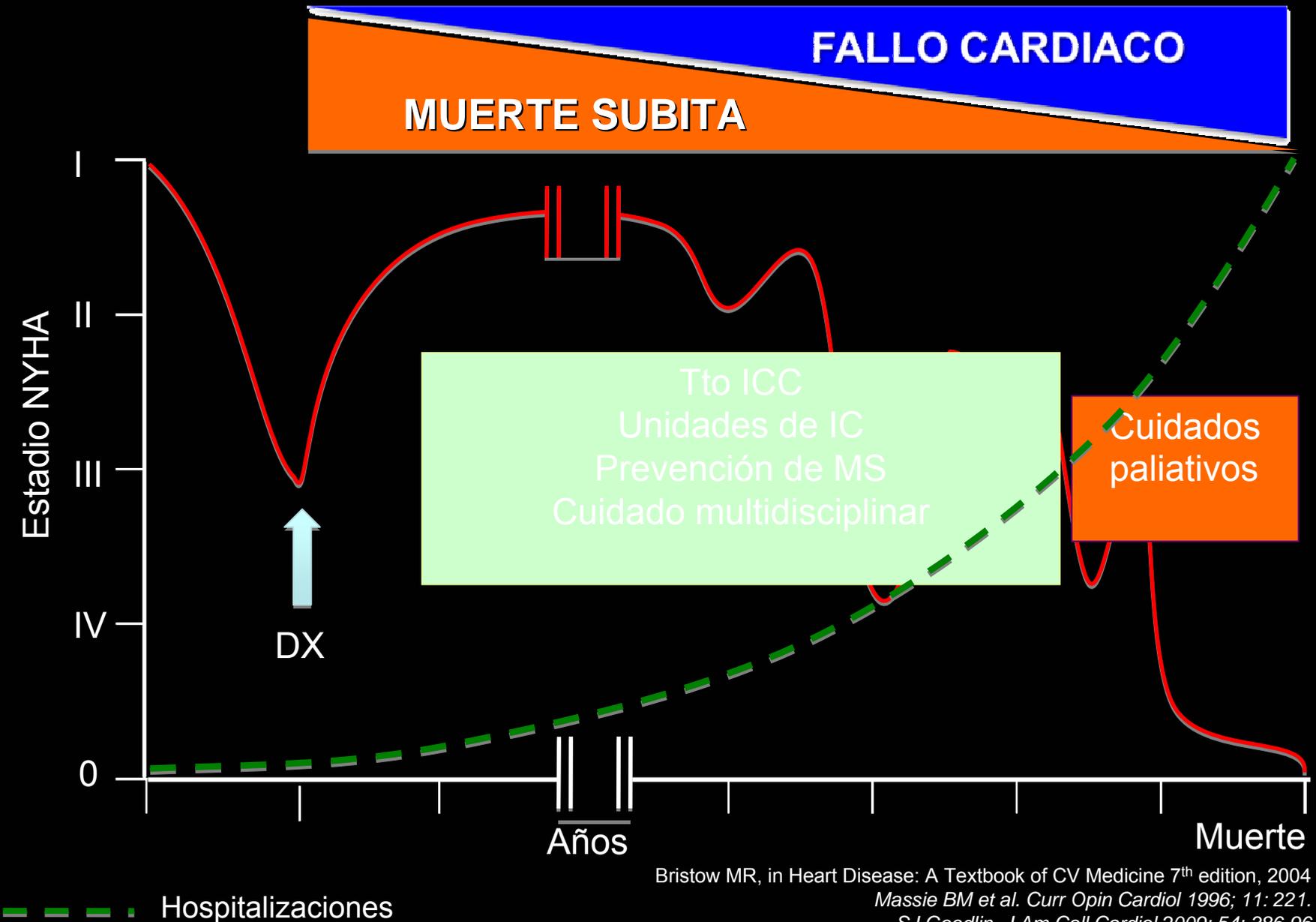
TRC si BRIHH

Inotrópicos

TX o Asistencia Circ.

UVASS

# Historia natural de la Insuficiencia Cardíaca



Bristow MR, in Heart Disease: A Textbook of CV Medicine 7<sup>th</sup> edition, 2004  
Massie BM et al. Curr Opin Cardiol 1996; 11: 221.  
SJ Goodlin. J Am Coll Cardiol 2009; 54: 386-96

# TRATAMIENTO DE LA ICC

## *Esquema general de tratamiento*

1. Identificación del síndrome de IC
2. Identificación de la etiología
3. Establecer el estadio funcional ACC/AHA y NYHA
4. Identificación del tipo etiológico: FE deprimida o preservada
5. Identificar los factores concurrentes que desencadenan o agravan el síndrome clínico de ICC
6. Establecimiento del tratamiento etiológico, sintomático y con efecto pronóstico favorable más adecuado en cada paciente, de acuerdo con los datos anteriores

# TRATAMIENTO DE LA ICC

## *Recomendaciones generales del tratamiento* **AUTOCONTROL**

- Este es una parte importante del tratamiento efectivo de la IC y puede tener un impacto significativo en los síntomas, la capacidad funcional, el bienestar, la morbilidad y el pronóstico.
- El autocontrol se define como las acciones destinadas a mantener la estabilidad física, evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad y detectar de forma precoz cualquier síntoma de deterioro.

# TRATAMIENTO DE LA ICC

*Cuestiones fundamentales en la educación del paciente con las habilidades necesarias y comportamientos adecuados de autocontrol*

## Definición y etiología de la insuficiencia cardiaca

Comprender la causa de la IC y por qué ocurren los síntomas

## Síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca

Monitorizar y reconocer los signos y síntomas

Controlar el peso diariamente y reconocer rápidamente cualquier aumento de peso

Saber cómo y cuándo contactar con los profesionales médicos

Uso flexible del tratamiento diurético, cuando esté indicado y recomendado

## Tratamiento farmacológico

Comprender las indicaciones, las dosis y los efectos de los fármacos

Reconocer los efectos secundarios más comunes de cada fármaco que se prescriba

## Modificación de los factores de riesgo

Comprender la importancia de dejar de fumar

Monitorizar la presión arterial, si el paciente es hipertenso

Mantener un control de la glucosa, si el paciente es diabético

Evitar la obesidad

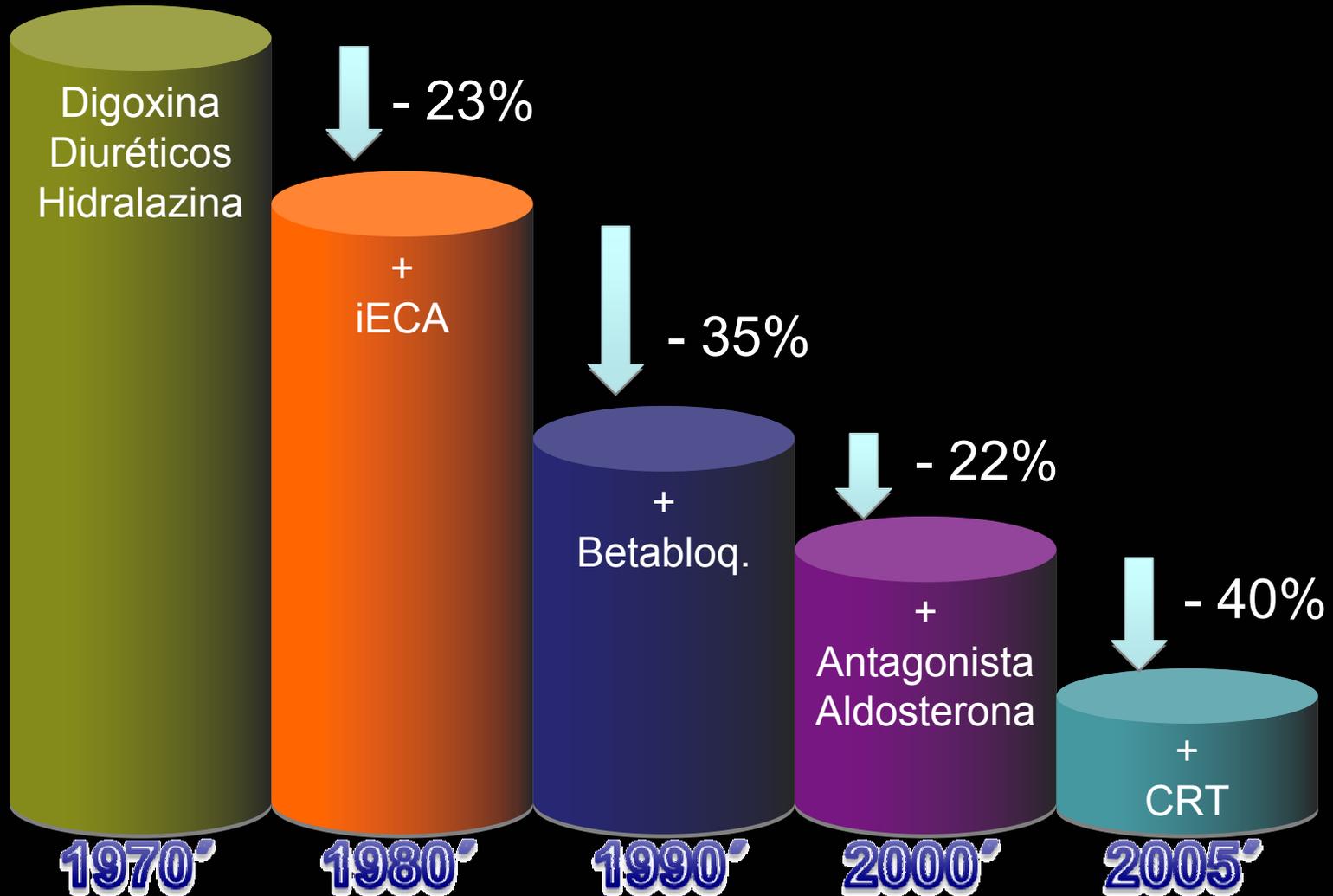
ESTADIO	NYHA	MEJORA SUPERVIVENCIA /MORBILIDAD	MEJORA SÍNTOMAS
<b>A</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar HTA, dislipemia, sdr. metabólico, patología tiroidea.</li> <li>• Estilo de vida (tabaco, ingesta excesiva de alcohol, drogas, sedentarismo).</li> <li>• Si vasculopatía o diabetes: IECA* si indicados (según protocolos de esas patologías).</li> <li>• Si taquicardia suraventricular, revertir a sinusal o controlar ritmo ventricular.</li> <li>• Evaluar periódicamente la presencia de signos o síntomas de IC.</li> </ul>	
<b>C</b>	<b>B</b>	<b>I</b> <b>IECA *</b> (si cardiopatía isquémica, + BBQ, si IAM + antagonista aldosterona) **	Reducir/ detener diuréticos
		<b>II</b> <b>IECA * + BB</b> (si IAM + antagonista aldosterona) **	+/- <b>diuréticos</b> (según retención de líquidos)
		<b>III</b> <b>IECA* + BB</b> + <b>Espironolactona</b>	+ <b>diuréticos</b> + <b>digoxina</b> (si sigue sintomático)
<b>D</b>		<b>IV</b> <b>IECA* + BB</b> + <b>Espironolactona</b>	+ <b>diuréticos</b> + <b>digoxina</b> (si sigue sintomático) + <b>soporte inotrópico</b> (temporalmente)

\* Si intolerancia a IECAs, administrar ARA II

\*\* Si FA digoxina (si no toma o control insuf. con BBO)

# TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA ICC

## Efecto sobre la mortalidad



Garg JAMA. 1995;273:1450-1456.

Zannad. Circulation 2001;102:2700-6.

Packer. NEJM 2001;344:1651-8.

Cleland. N Engl J Med. 2005;352:1539-1549

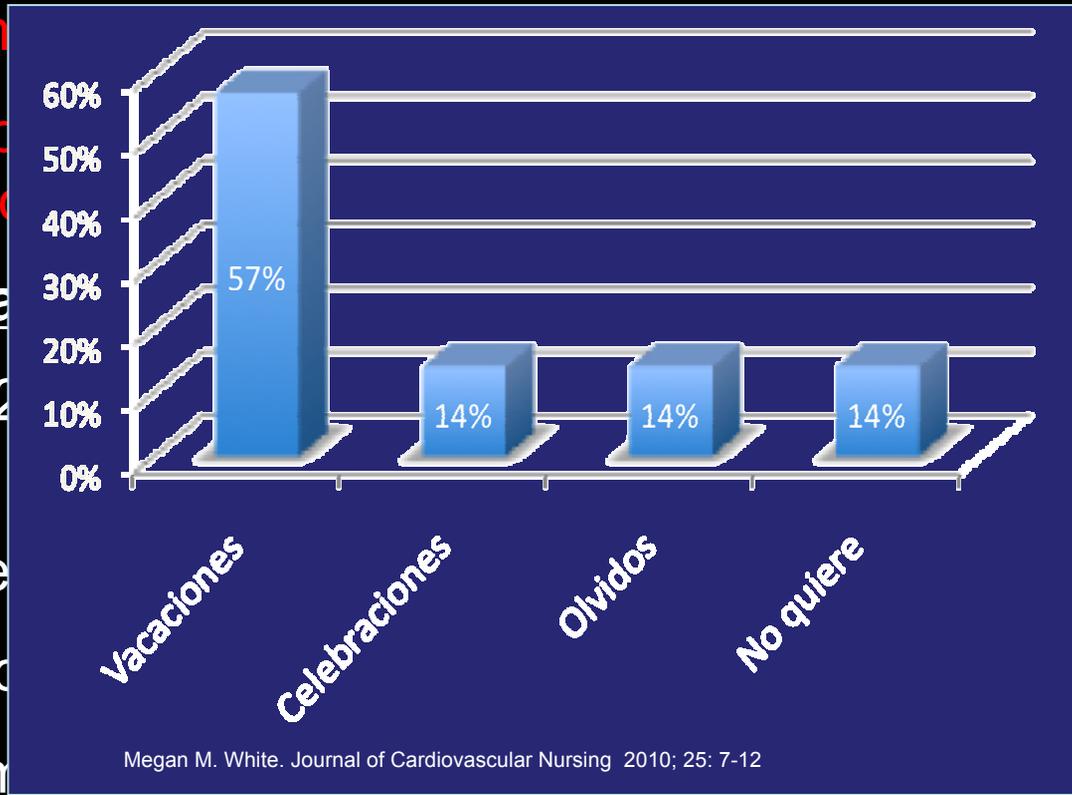
Y que dicen las  
guias del  
tratamiento no  
farmacológico

### Autocuidados:

- Fundam
- Todos lo educaci

### Adherencia

- Solo el 2
- Muchos enferme
- Establec
- Conocim



ecuada  
dos

a  
ocuidado/tto)

rios

- Efecto farmacológico a largo plazo

(Grado de recomendación científica I-C

### Reconocimiento de los síntomas:

- Pacientes y cuidadores deben reconocer los síntomas (amplia variación).
- **Control peso periódicamente (preferiblemente como parte de la rutina diaria)**
- Incrementos de peso > 2 kg en 3 días: signo de alarma!!!
- Regimen flexible de diuréticos dentro de unos límites.

### **(Grado de recomendación I-C)**

### Dieta:

- Restricción de sodio (**Grado de recomendación IIb-C**)
- Alcohol < 20 gr/día (1-2 vasos de vino) (**Grado de recomendación IIa-C**) y abstinencia en M. Enólica (**Grado de recomendación I-C**)



**DIARIO DE SÍNTOMAS Y ACONTECIMIENTOS**

**VIGILANCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA - FICHA DE SIGNOS**

Utilice la tabla siguiente para medir y anotar su peso, tensión arterial y frecuencia cardíaca. Lleve la ficha a la próxima cita con el médico o la enfermera para examinar las posibles variaciones. Si advierte cambios importantes, informe cuanto antes a su médico o enfermera.

Utilice esta ficha si su peso empeora o si aparecen otros síntomas. Luego registre las variaciones.

Fecha: 26/09/07

MES :

	MEDIDA	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
Semana del __ al __	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							
Semana del __ al __	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							

Elaborado por European Society of Cardiology

Es importante documentar que...

Importante

En caso de (indicar) enferme...  
Número...

Elaborado por Europa...

# CONTROL DE PESO EN ICC

*Lo que dicen las guías de práctica clínica*

## GUIAS ACC/AHA 2005 (revisadas 2009): diuréticos

### Diuréticos

- Mejoran los síntomas con + rapidez que cualquier otro fármaco en la IC
- Son los únicos fármacos que pueden controlar adecuadamente la retención de líquidos
- Nunca se deben de utilizar solos en estadio C: se asocian a iECA y BB (como mínimo).
- Uso apropiado:
  - Infrautilización: retención de líquidos
  - Sobredosificación: hipovolemia e hipoTA.

### Grado de recomendación I-C

If you weigh		How many fluid pills?			1	2	3
162		UNC Clinic 919-843-6480			Swelling	Weight	Number of Fluid Pills
161				Sunday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input type="radio"/> ankle <input checked="" type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
160				8/3 Date		156	1 1
159	<u>2</u>	<u>2</u>		Monday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input checked="" type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
158				8/4 Date		159	2 2
157				Tuesday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input checked="" type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
156				8/5 Date		158	2 2
155	<u>1</u>	<u>1</u>		Wednesday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input checked="" type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
154				8/6 Date		160	2 2
153				Thursday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
152				Date			
151				Friday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
150				Date			
149				Saturday	<input type="radio"/> knee <input type="radio"/> shin <input type="radio"/> ankle <input type="radio"/> none	Morning	Morning <input type="radio"/> Evening
148	<u>1</u>	<u>0</u>		Date			
147				Date			
146	919-843-6480			Date			

Good Weight

DarrenADeWalt.  
 Health Services Research  
 2006, 6:30  
 doi:10.1186/1472-6963-6-30  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/30>

### Peso:

- Reducción de peso (si  $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) (Grado de recomendación IIa-C)

En conclusión: las medidas no farmacológicas del tto de la ICC son igual de importantes que el tratamiento médico. Exigen tiempo y esfuerzo. El paciente debe entender la enfermedad y sus implicaciones pronósticas, y debemos hacerlo cómplice de su propio manejo. Todo ello es difícil de hacer sin un equipo multidisciplinar.

- Regular, diaria, de intensidad proporcional a la CF (Grado de recomendación I-B)
- Entrenamiento (Grado de recomendación I-A)

# CONTROL DE PESO EN ICC

*Lo que dicen las guías de práctica clínica*

## GUIAS ACC/AHA 2005 (revisadas en 2009)

### Valoración inicial

- La exploración inicial de los pacientes que presentan IC debe incluir la determinación del estado volumétrico, las variaciones ortostáticas de la TA, la medición de peso y talla y el cálculo de IMC

(Grado de recomendación científica I-C)

### Valoración evolutiva

- Se debe hacer una evaluación en cada visita del estado volumétrico y del peso del paciente con IC

(Grado de recomendación científica I-C)

**Pronósticos:** ↓ mortalidad

**Clínicos:** Alivio de la sintomatología

Mejorar la calidad de vida

Eliminar la retención hídrica

¿ En que objetivos del tratamiento de la IC podría afectar el control estricto del peso?

Proporcional cuidados paliativos terminales

**Preventivos:** Evitar el daño miocárdico

Progresión del daño miocárdico

Remodelado miocárdico

Recurrencia de los síntomas y retención hídrica

Hospitalización

**Pronósticos:**      ↓ mortalidad

**Clínicos:**    Alivio de la sintomatología

Mejorar la calidad de vida

Eliminar la retención hídrica

Incrementar la capacidad de esfuerzo

↓ el cansancio

↓ la necesidad de hospitalización

Proporcionar cuidados paliativos terminales

**Preventivos:**    Evitar el daño miocárdico

Progresión del daño miocárdico

Remodelado miocárdico

Recurrencia de los síntomas y retención hídrica

Hospitalización

# Caso clínico 2

## Antecedentes

- Paciente de 50 años de edad. Ex fumador de 1 paq/día desde 1993. Obesidad mórbida (IMC 45). Limitación marcha. HTA de larga evolución. DM tipo 2 en tto con ADO e insulina de larga evolución. Dislipemia en tto desde 1993.
- No neumopatía conocida. No criterios de bronquitis crónica. Estudio de SAHOS negativo.
- Fractura de acetábulo y necrosis de cabeza cadera derecha tras accidente de tráfico en 1996. Limitación funcional como secuela , deambula con muletas.
- IQ: apendicectomía.

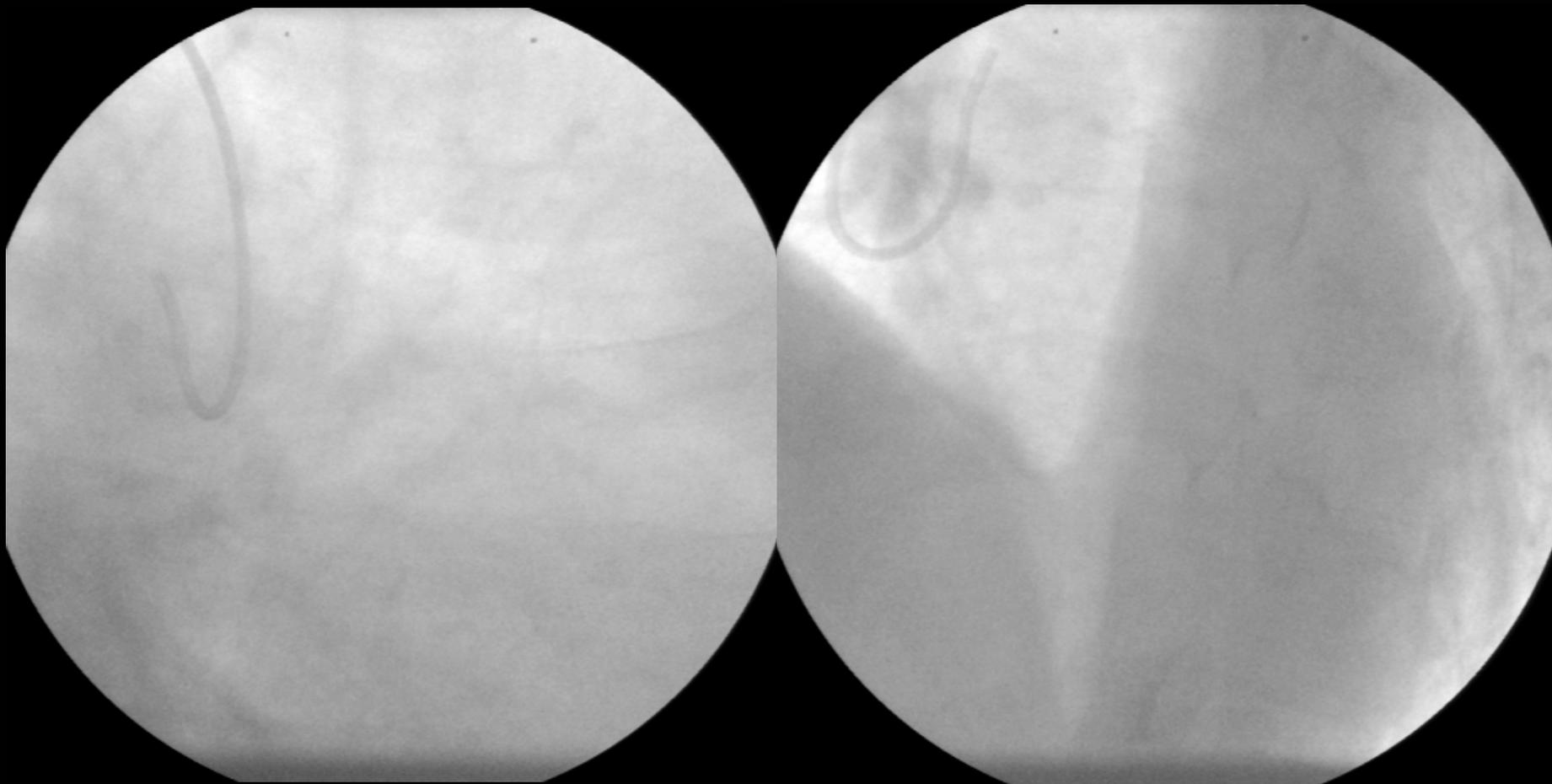
# Caso clínico 2

## H<sup>a</sup> cardiológica

- IAM anterior tratado con fibrinolisis en 1993 (H. La Princesa, Madrid). ETT: VI moderadamente dilatado, FE 15%. Cateterismo: DA ocluida, CX 50% distal, CD 50% proximal y 50% distal. FE 35%. Ergometría: clínica y eléctricamente negativa. Estudio de viabilidad (TI-Dip) con isquemia septal y necrosis extensa de localización anterior y casquete apical, sin signos de viabilidad. Se planteó transplante, no realizándose por buena respuesta al tto médico. Seguimiento 1996 a 2001.
- Fractura de fémur derecho en 1996. No IQ por alto riesgo.
- En abril/07 (Hospital Son Llàtzer) reajuste de tto. CF II-III NYHA. ETT: FE 25% con VI dilatado con acinesia anteroseptoapical e hipocinesia posterior.
- Ingresa en agosto/07 en nuestro Centro por angor inestable.

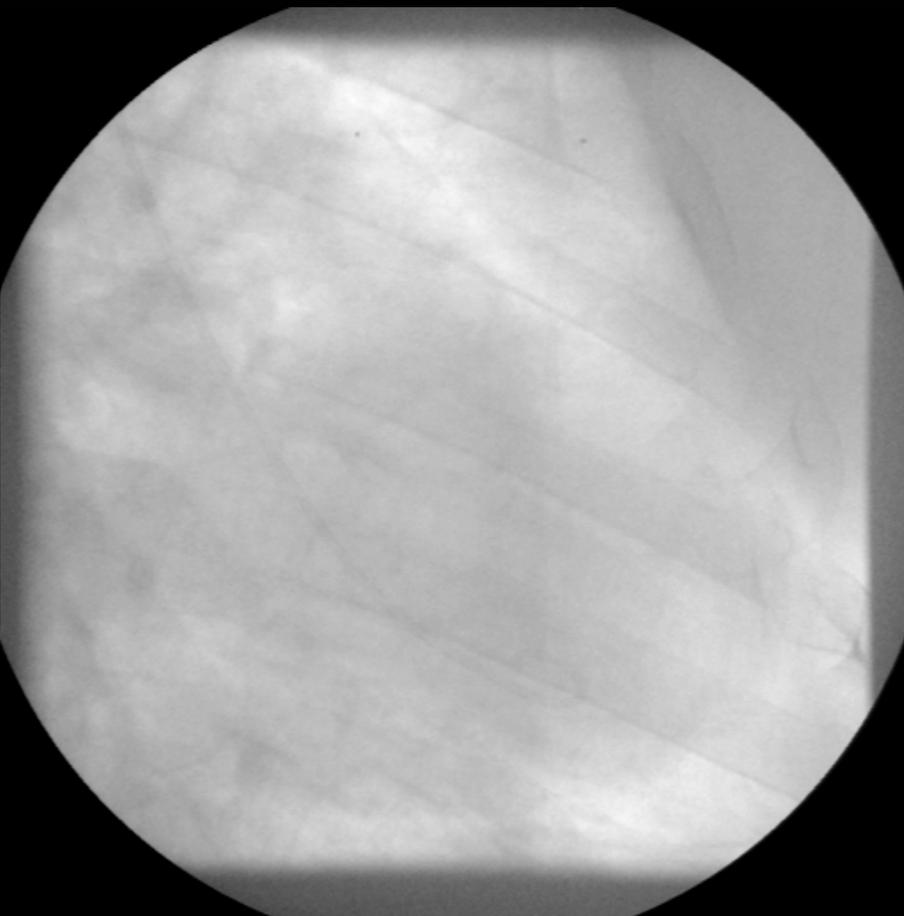
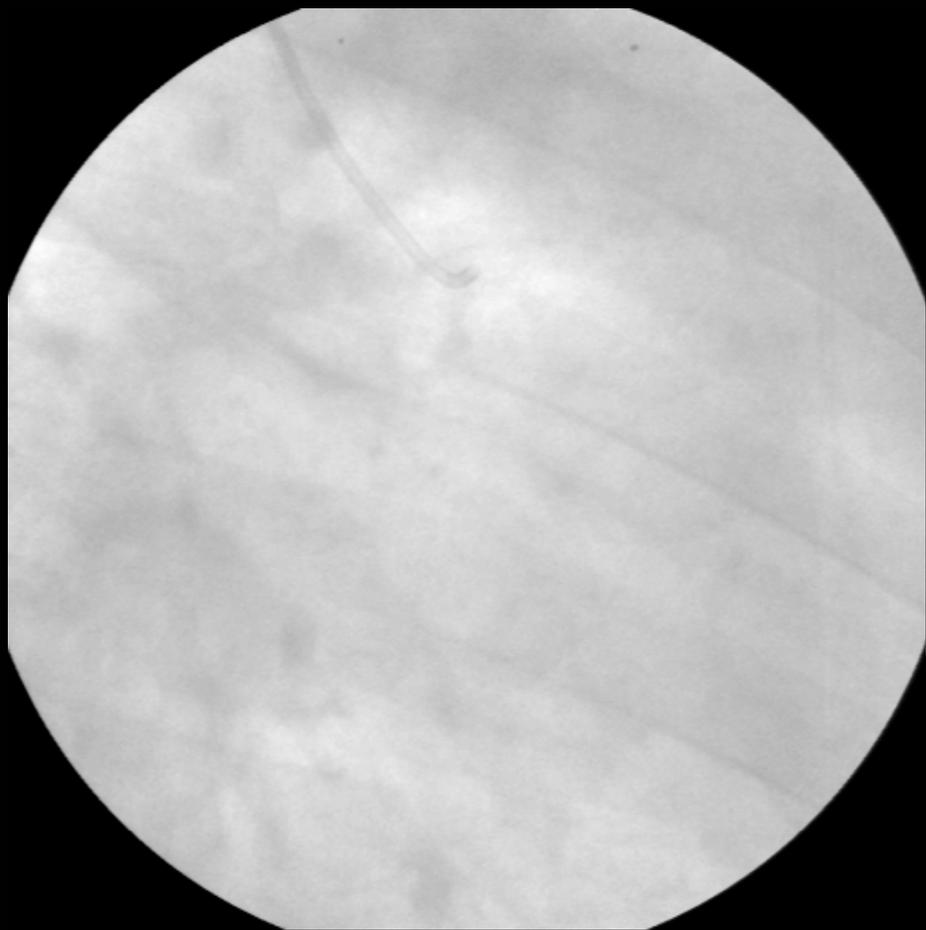
# Caso clínico 2

## Cateterismo



# Caso clínico 2

## Cateterismo



# Caso clínico 2

## Hª Cardiológica

- Cateterismo: enfermedad de tres vasos (TCI sin lesiones, DA con lesión proximal – ostial de 95% en tandem, CX con lesión en segmento medio de 80%, bisectriz desarrollada con lesión proximal 60%, CD subdesarrollada con enfermedad difusa y significativa de todo el vaso).
- ETT: VI dilatado (79 mm) con disfunción severa y discinesia apical, FE calculada 18%, no IM. Hipoquinesia global de predominio septal. Llenado mitral pseudonormal, IM I/IV. No se observan adecuadamente las cavidades derechas. No derrame pericárdico.

¿¿OPCIONES??

# OPCIONES

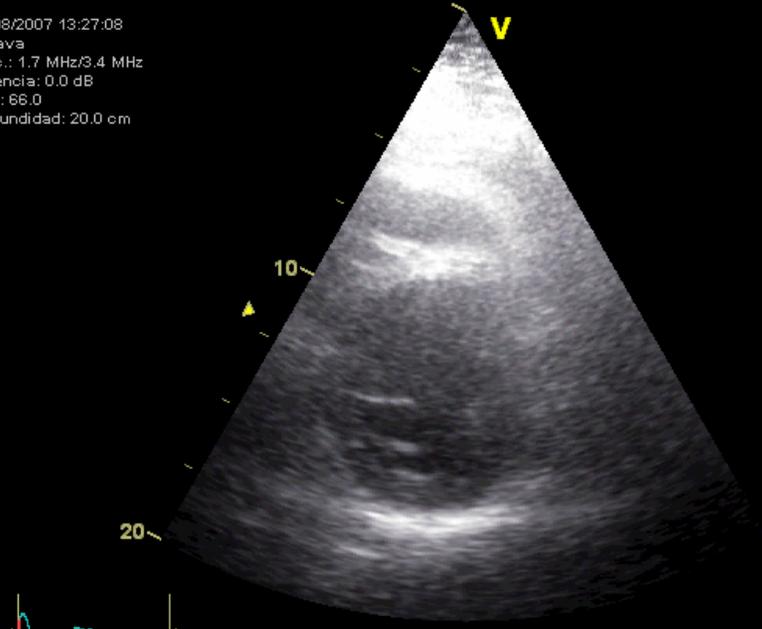
1. Optimización tto médico
2. Cirugía convencional (By pass/Reparación o sustitución valvular) o tratamiento percutáneo
3. Técnicas quirúrgicas alternativas (cirugía de remodelado)
4. Terapia de resincronización cardiaca
5. Prevención de muerte súbita: DAI
6. Marcapasos especiales: Optivol y Chronicle
7. Trasplante cardiaco
8. Asistencia ventricular como terapia de destino
9. Regeneración miocárdica

# Caso clínico 2

## Evolución

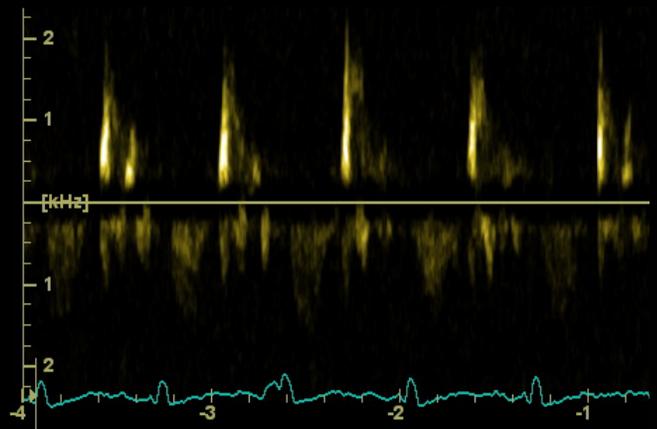
- IQ en septiembre/07 practicándose revascularización miocárdica (triple by-pass con injerto de AMli a DA, SF a RM y SF a OM3) + aneurismectomía y reconstrucción VI según técnica de Dor con resección de subendocardio apical e implante de cable de MCP definitivo en cara lateral de VI (por si hiciera falta terapia de resincronización en un futuro). Precisó perfusión de inotrópicos (adrenalina y milrinona) + balón de contrapulsación y politrasfusión.
- Episodios autolimitados y asintomáticos de TVMS que desaparecen al iniciar amiodarona.
- Buena evolución posterior.

24/08/2007 13:27:08  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 66.0  
Profundidad: 20.0 cm



### Precirugía

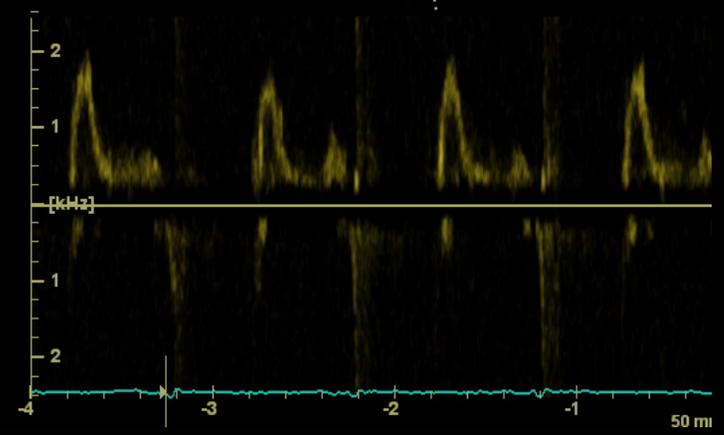
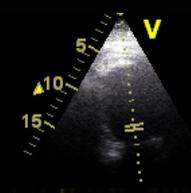
24/08/2007 13:15:53  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 8.0  
Profundidad: 28.0 cm  
Frec.: 2.0 MHz



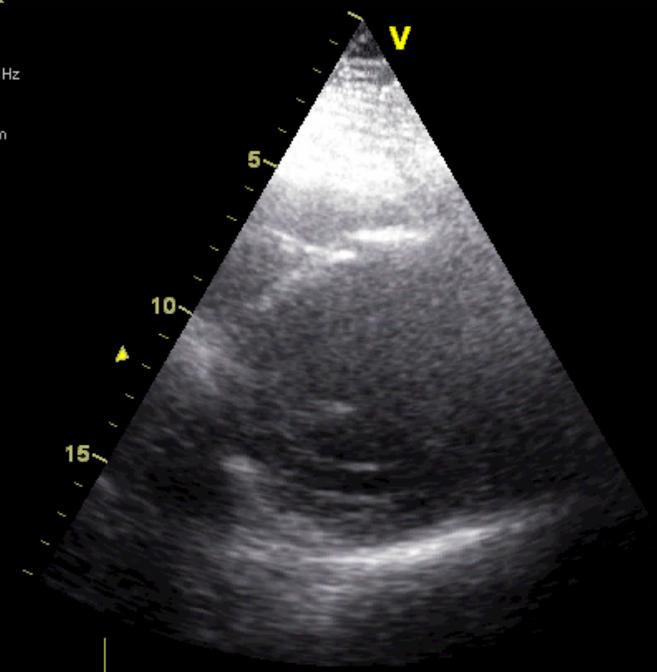
83  
2:51 HR

24/10/2008 12:59:58  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 69.1  
Profundidad: 19.0 cm

24/10/2008 13:01:18  
Octava  
Frec.: 1.7 MHz/3.4 MHz  
Potencia: 0.0 dB  
FPS: 8.6  
Profundidad: 19.0 cm  
Frec.: 2.0 MHz



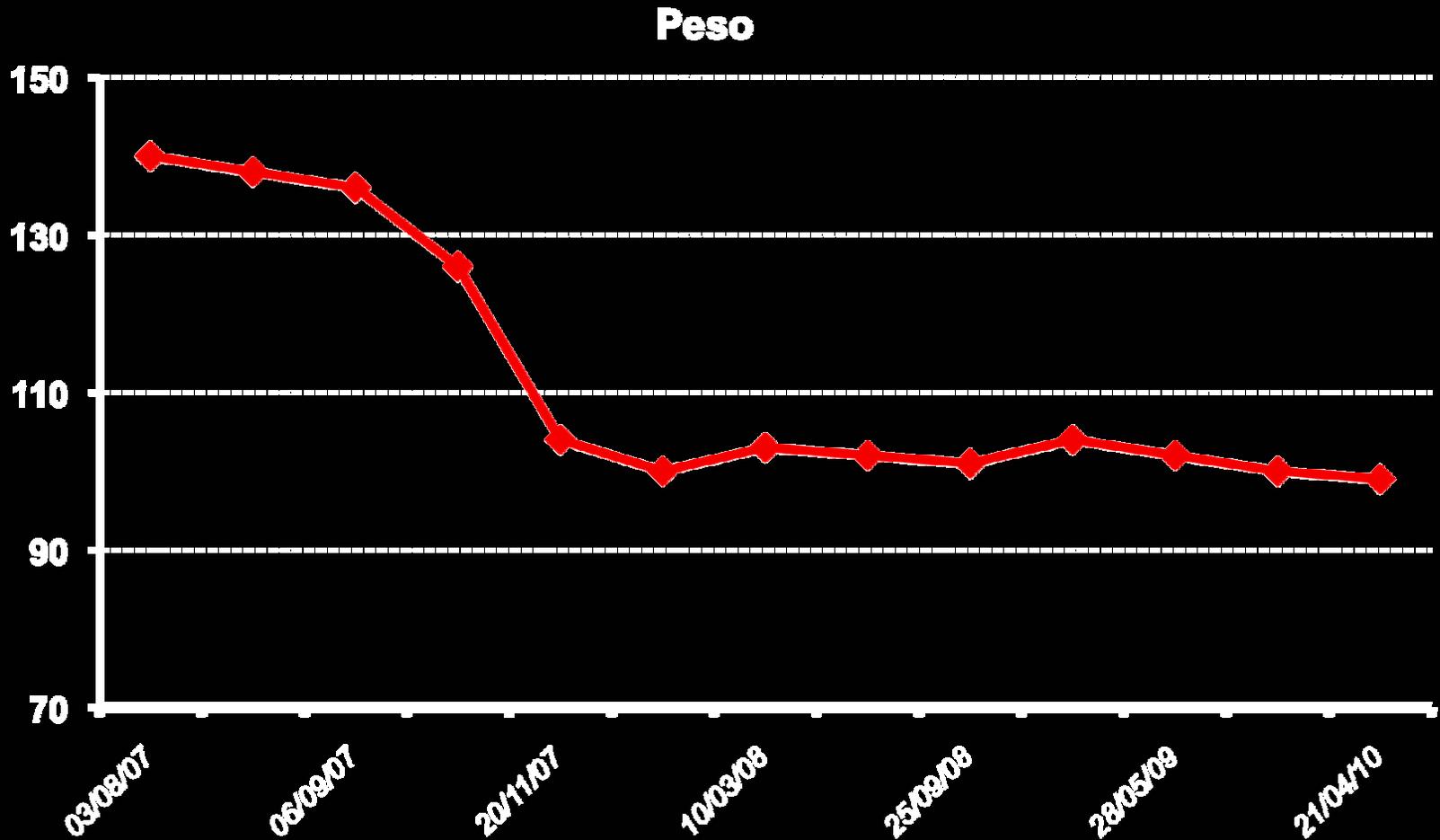
### Postcirugía



63  
3:71 HR

# Caso clínico 2

## Evolución del peso



# Caso clínico 2

## Evolución

**SITUACIÓN ACTUAL**: GF II/IV. No disnea, ortopnea ni edemas. No palpitations mareos ni síncope. No angor. TA 110/60.

**ECO**: VI dilatado con movimiento paradójico del septo y pared adelgazada. Alteraciones de la contracción segmentaria. FE 35%. IM I/IV. Llenado pseudonormal y AI dilatada. No IT.

**Laboratorio (21/04/2010)**: Hb 14.1, Hto 42, VCM 89, HCM 29, L 7860, P 257000, G 79, Cr 0.98, U 51, Ur 4.3, CT 162, TG 181, HDL 42, LDL 84, Na 140, K 4.4, Cociente 3. Fe 115, Ferritina 370. TSH 2.9. A1c 5.7, Microalb-.

## **TRATAMIENTO:**

- Carvedilol 25: 1 comp. en desayuno y cena.
- Espironolactona 25: 1 comp. en desayuno.
- Enalapril 5: 1 comp. en desayuno y cena.
- Furosemida: 1 comp. en desayuno.
- Zolpidem 10: 1 comp. al acostarse.
- AAS 100: 1 comp. en comida.
- Insulina Lantus: 46 UI en cena.
- Atorvastatina 40: 1 comp. en cena.
- Amiodarona: 1 comp. en desayuno descansando sábados y domingos.

# CONCLUSIONES (I)

1. La determinación diaria del peso en pacientes con ICC es relativamente fácil y barata
2. Las guías recomiendan el control diario del peso como parte de las medidas de autocontrol para valorar el balance hídrico
3. El objetivo del control estricto del peso es detectar precozmente las descompensaciones (Grado de recomendación I-C)
4. El conocimiento de la enfermedad implica un mejor autocuidado.
5. El aumento  $> 2-3$  kg de peso en pocos días obliga un ajuste de dosis de diuréticos (automanejo/consulta) y a valorarlo en consulta en caso de persistir (descompensación en ciernes)

# CONCLUSIONES (II)

5. Una disminución llamativa del peso sin causa aparente puede indicar un exceso de tto. diurético o una deshidratación (complicaciones del tto)
6. Probablemente los que más se beneficien son los pacientes en estadio más avanzado (clase III y IV de la NYHA)
7. El control de peso es una medida más del tratamiento. A mayor control, mejor automanejo.
8. Aunque por si misma no ha demostrado mejorar el pronóstico vital (grado de recomendación no es A), probablemente ayude a disminuir el número de reingresos
9. Si las guías lo recomiendan, por algo será....