El tratamiento médico más importante de los padecimientos del corazón.

Dr. DEMETRIO SODI PALLARES*
Dr. FERNANDO CISNEROS*
Dr. BERNARDO FISHLEDER*

La terapéutica que vamos a exponer a continuación es original de quienes esto escriben, en el sentido de haber reunido opiniones diversas de otros autores y de señalar pautas bien definidas en la terapéutica cardiovascular.

Se antoja pedante, abusivo o ilusorio el considerar este tratamiento como el más importante para los padecimientos del corazón; pero desde que su aplicación reiterada por varios años en diversas cardiopatías ha motivado que en nuestra práctica médica abandonemos u olvidemos la prescripción de algunas drogas como los ganglioplejicos, los mercuriales, los derivados xánticos y aún, salvo en contadas excepciones, los digitálicos, nos vemos forzados a mencionar que es un tratamiento superior. Además, su campo de aplicación es muy extenso y lo empleamos en las insuficiencias cardíacas de cualquier tipo, en la angina de pecho, en la hipertensión arterial esencial y en algunas secundarias, en el infarto del miocardio, en el corazón pulmonar crónico y en congestiones pulmonares atribuibles a causas mecánicas, como la que causa la estenosis mitral.

Los resultados obtenidos son sorprendentes y así hemos visto que son raras, extremadamente raras, las insuficiencias cardíacas irreductibles; que en la angina de pecho desaparece a los pocos días de iniciado el tratamiento, que en la mayoría de los hipertensos se consigue bajar la presión arterial diastólica a valores normales o próximos a los normales; que los pulmones se aclaran en el cor pulmonale crónico y en los enfermos mitrales poniéndolos, a estos últimos, en condiciones bien adecuadas para la operación y que la evolución de los infartos del miocardio se aligera con pocas complicaciones y excelente diuresis.

---

* Departamento de Electrocardiografía del Instituto Nacional de Cardiología de México.

Señalábamos que en pocos casos prescribimos los digitálicos aún en presencia de insuficiencia cardíaca. Para nosotros su uso debe quedar confinado a los pacientes con taquiarritmia completa por fibrilación auricular y aquellos otros en que se combaten frecuencias elevadas del pulso aun sin arritmia; también en algunas disneas paroxísticas como la del edema pulmonar agudo. Sin embargo, muchos enfermos con franca insuficiencia cardíaca tienen pulso rítmico con frecuencias inferiores a 90 por minuto y en ellos no aconsejamos la digital ya que su empleo no nos ha mostrado beneficios tangibles.

Veamos ahora en que consiste este tratamiento. En él deben considerarse 8 puntos fundamentales.

1. El enfermo debe ingerir entre 2 y 3 litros de agua diariamente. Este tratamiento fué propuesto hace varios años por Schemm y abandonado más tarde por la mayoría de los autores, probablemente, porque no se tuvieron en consideración los puntos que señalamos a continuación, sobre todo los del inciso 2.

El agua debe ser natural o de frutas, pero nunca embotellada. En determinadas localidades el médico debe asegurarse de que el agua potable sea de bajo contenido en sodio. En México la cerveza, el agua de Tehuacán y en general los refrescos embotellados tienen alto contenido en sodio.

Algunos enfermos nos han asegurado que el éxito del tratamiento se debe fundamentalmente al agua. Una paciente tratada recientemente, pesaba 156 kilos y las dietas prescritas por dietólogos especializados no disminuían la obesidad. La presión diastólica era de 160 mm Hg. y la medicación hipotensora clásica no mejoraba la precaria condición. El tratamiento exclusivamente con los incisos 1, 2 y 3 fué suficiente para abatir la presión distólica a 120 y para que la enferma perdiera 25 kilogramos en 6 sémanas. Si la enferma reducía el agua a menos de 2 litros, rápidamente, en pocos días, subía de peso. Según Wolff la mejor diuresis se obtiene cuando el agua ingerida es alrededor de 3 litros.

2. Se deben prohibir aquellos alimentos cuyo contenido en sodio es superior a 100 mgrs. por 100 gramos de alimento.

Muy pocos médicos tienen la calma suficiente con el enfermo para explicarle todos los alimentos que son ricos en sodio aunque no se les agregue sal. Estos alimentos ricos en sodio son: jamón, la mayor parte de los quesos, los embutidos (tocino, salchicha, chorizo, longaniza, salami, etc.), los mariscos (camarones, langosta, langostinos, sardinas, anchoas, angulas, caviar, etc.), bacalao (sí se permiten pescados blancos como ro-

balo, huachinango, pescado de Pátzcuaro, etc.), alimentos de lata (jugos mermeladas, etc., porque son ricos en benzoato de sodio), alimentos que vienen en frascos de vidrio (cajetas, mermeladas, aceitunas, etc.), alimentos que vienen en paquetes como Corn Flakes, Crispies, (sí se permite la avena), pan francés (bolillo, telera), pan de caja, pan negro, pan de sandwich (se permiten bizcochos y tortillas), galletas saladas (se permite galleta maría), clara de huevo, nata de leche, espinaca, apio, betabel.

3. A los demás alimentos se les puede poner poca sal o no ponerla de acuerdo con la gravedad del caso, con la tolerancia a los derivados de la clorotiazida y con la experiencia médica adquirida.

4. El enfermo debe ingerir suficiente número de calorías, proteínas e hidratos de carbono. Los enfermos que no comen no mejoran.

Se recomienda Lonalac (Mead), arroz, pastas, enchiladas, enjitomatadas, frijoles, filete, pollo, pescado blanco, cualquier fruta y todas las verduras, menos las tres señaladas. Los dulces deben prepararse en el domicilio y ser preferentemente del tipo de hígos o duraznos en miel o en almibar para que no haya aporte de leche.

Al enfermo se le permite chile o salsas picantes, no embotellados, porque contribuye a hacer más paladeable el alimento desprovisto de sal.

5. Dosis pequeñas de Clorotiazida (Clotride) o sus derivados (Dielotride, Damyl). Este diurético no lo consideramos indispensable ya que con los incisos anteriores obteníamos resultados igualmente satisfactorios antes de que estas drogas estuvieran en el mercado. Sin embargo, significan un gran adelanto porque con ellas es permisible dar a los enfermos cierta cantidad de sal (0.5, 1 ó 2 gramos en el día).

Las dosis de hidroclorotiazida que usamos, oscilan entre 25 y 50 mg. una, dos o tres veces en el día. Nos abstenemos de dar dosis mayores porque los resultados no mejoran ostensiblemente, y, en cambio, se eliminan importantes cantidades de potasio.

6. Tanto por la acción de la clorotiazida como por la gran cantidad de agua que el paciente ingiere, es frecuente que baje el potasio en la sangre y aparezcan trastornos como astenia, calambres, extrasístoles y dolor precordial.

Se recomienda dar una o dos tabletas de 0.5 gm. de cloruro de potasio después de cada comida. En este sentido queremos señalar que consideramos grados de hipopotasemia aquellos entre 3.7 y 4.2 mEq., es decir, nuestra observación clínica discrepa ligeramente de los niveles normales señalados por el laboratorio.

7. En varios enfermos agregamos algunos derivados sintéticos de la Cortisona como tratamiento coadyuvante. A veces prednisolona y en otras triamcinolona. Estos medicamentos mejoran la diuresis y no retienen agua, no obstante las cantidades tan importantes que recomendamos (ver anteriormente). Por ejemplo en los infartos recientes del miocardio nos ayudamos de estas drogas para combatir la hipotensión arterial.

8. En algunos enfermos, muy pocos en realidad, en los que hay tendencia a la hiponatremia e hipocloremia substituimos la clorotiazida por la acetazolamida (Diamox) y el cloruro de amonio, pero la base fundamental sigue siendo la dieta hiposódica y la gran ingestión de agua.

Los ajustes para cada uno de estos puntos sólo se consiguen con la práctica y a ellos no es posible referirse ya que cada enfermo es un problema diferente. Bástenos señalar las observaciones siguientes:

a) A medida que los enfermos mejoran, es frecuente que disminuyan inconcientemente la ingestión de líquidos y las recaídas no se hacen esperar.

b) A menudo olvidan detalles del régimen bajo de sodio y al tomar pan francés o beber agua de Tehuacán regresan los edemas o la disnea nocturna.

c) La acción de los saluréticos (Clotride, Diclotride, etc.), es muy pobre en casos avanzados si no hay aporte importante de líquidos.

d) En algunos pacientes es un verdadero sufrimiento la ingestión diaria de 10 vasos de agua (2,000 c. c.); en ellos puede uno reducir el líquido, a 1,500 c. c., pero siempre insistiendo en la conveniencia de mayor aporte acuoso.

A continuación presentamos dos tablas de los resultados obtenidos en 10 enfermos con insuficiencia cardíaca y 12 enfermos con hipertensión arterial esencial, escogidos de los archivos de la consulta particular de uno de nosotros.

Por un tiempo largo hemos estado remisos para publicar este artículo, en gran parte por nuestros poco conocimiento de los mecanismos fisiológicos en él involucrados. La insistencia de médicos tan eminentes como Enrique Cabrera, Rafael Méndez y los colaboradores de nuestro Servicio de Electrocardiografía en el Instituto Nacional de Cardiología de México, motivaron la presente comunicación.

TABLA 1

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DISNEA ANTES	DISNEA DESP.	EDEMA ANT.	EDEMA DESP.	CONG. PULM. ANT.	CONG. PULM. DESP.	HEPATOMEG. ANT.	HEPATOMEG. DESP.	PÉRDIDA DE PESO
C.P.C.	++++	+	++++	0	++++	0	+++	+	20 Kgrs.
C.P.C.	++++	+	+++	0	+++	0	++	+	12 Kgrs.
D.M.-I.T.	++++	0	++++	0	+++	0	+++	++	23 Kgrs.
D.M.-D.A.	++++	+	++	0	+++	0	+++	++	7 Kgrs.
E.M.P.	+++	0	+	0	++	0	0	0	4 Kgrs.
I.M.	+++	+	++	0	+++	+	+	0	6 Kgrs.
C.P.C.	++++	0	++++	0	+++	0	+++	+	15 Kgrs.
C.A.E.	++++	0	+	0	++++	0	0	0	6 Kgrs.
D.M.-IT.	+++	+	+++	0	+++	0	+++	++	8 Kgrs.
G.N.C.	+++	0	++	0	+++	0	++	0	6 Kgrs.

Abreviaturas: Ant.: antes. Desp.: después. Cong. Pulm: Congestión Pulmonar. Hepatomeg.: Hepatomegalia. C.P.C.: Cor pulmonale crónico. D.M.: Doble mitral. I.T.: Insuficiencia tricuspídea. D.A.: Doble aórtica. E.M.P.: Estenosis mitral pura. I.M.: Insuficiencia mitral. C.A.E.: Cardio-angio-esclerosis. G.N.C.: Glomerulonefritis crónica.

TABLA 2

P.S.A.	P.S.D.	D.S.	P.D.A.	P.D.D.	D.D.
		(mm. de Hg)			
180	140	40	100	80	20
240	140	100	140	80	60
250	200	50	160	120	40
225	155	70	140	100	40
225	180	40	130	100	30
180	125	55	120	80	40
220	170	50	160	100	60
140	120	20	100	80	20
180	140	40	110	80	30
210	150	60	110	85	25
165	140	25	110	85	25
190	145	45	120	95	25

Abreviaturas: P.S.A.: Presión sistólica antes del tratamiento. P.S.D.: Presión sistólica después del tratamiento. D.S.: Diferencia de las presiones sistólicas antes y después del tratamiento. P.D.A.: Presión diastólica antes del tratamiento. P.D.D.: Presión diastólica después del tratamiento. D.D.: Diferencia de las presiones diastólicas antes y después del tratamiento.