

Palabras clave

Hipertensión e insuficiencia cardíaca, insuficiencia cardíaca sistólica, medidas higiénico-dietéticas, inhibición simpática, inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Abreviaturas utilizadas

IC: insuficiencia cardíaca
IECA: inhibidores enzima convertidora de angiotensina
SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona

Síntesis Inicial

- La asociación de insuficiencia cardíaca sistólica es frecuente en la población de pacientes hipertensos.
- El tratamiento debe ser global. Debe incluir modificaciones del estilo de vida y manejo farmacológico.
- Los medicamentos más eficaces son los diuréticos, los beta-bloqueantes y especialmente los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

El paciente hipertenso puede desarrollar todo tipo y grado de IC. Si bien en pacientes gerontes es común diagnosticar falla cardíaca con disfunción diastólica predominante, en la gran población de hipertensos es la IC sistólica la que tiene mayor incidencia.

El manejo terapéutico de lo anterior tiene un listado de fármacos que es común al tratamiento de ambas patologías. Los diuréticos, la inhibición simpática y del SRAA están presentes en las principales Guías Terapéuticas de Hipertensión Arterial e IC en todo el mundo, y constituyen la mejor base racional para el manejo de los pacientes que presentan ambas situaciones patológicas. Pero, sin dudas, y al igual que en la gran mayoría de los pacientes hipertensos y en los que tienen IC crónica, las medidas higiénico-dietéticas o modificaciones del estilo de vida deben ser muy tenidas en cuenta.^{1,2}

Basado en los conceptos anteriores, en este capítulo se hará primero una descripción de cada indicación terapéutica y luego un esquema general de tratamiento.

MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

La mayoría de las recomendaciones explicadas en los capítulos de la sección 8 de este libro son aplicables al paciente

hipertenso con IC sistólica. Entre ellas debe ponerse énfasis particular en las siguientes:

- Dieta hiposódica
- Balance hídrico
- Evitar estrés
- Evitar sedentarismo, pero no recomendar ejercicios o esfuerzos importantes
- Evitar tabaquismo
- Mantener peso ideal

Está demostrado que estas medidas tienden a disminuir la carga sistólica (o poscarga) del corazón y, por lo tanto, favorecen una mejor función de bomba en los pacientes hipertensos que ya tienen aquella alterada.^{2,3}

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como se explicó en la introducción de este capítulo, son varios los grupos de fármacos que se usan para la terapéutica de la hipertensión arterial en un paciente con IC sistólica. La elección de estos debe basarse en el cuadro clínico que presente el paciente y en sus antecedentes. En general, hay consenso para usar estos medicamentos como se explica a continuación.

Diuréticos

Los de asa, como la furosemida y torasemida, están indicados cuando el paciente presenta edemas. Los tiazídicos pueden asociarse a los anteriores, si estos se prolongan más de 10 a 15 días. Son medicamentos muy eficaces en el tratamiento del fallo de bomba sistólico, especialmente asociadas a IECA. Esta “dupla” farmacológica puede ser usada como tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes hipertensos que evidencian IC sistólica crónica. La mejor evidencia hasta ahora es con clortalidona e hidroclorotiazida.⁴

Inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona

Esta intervención abarca varios grupos de fármacos, y los más usados son los siguientes:

IECA: uno de los grupos de fármacos más usados en este tipo de patologías. La evidencia ha demostrado que son efectivos no solo para mejorar clínicamente al paciente, sino que disminuyen la morbimortalidad. Pueden ser el comienzo del tratamiento en forma aislada o asociados a diuréticos o betabloqueantes.⁵

Antagonistas de la angiotensina: con resultados relativamente similares a los IECA, este grupo farmacológico es de primera elección en los hipertensos con IC sistólica en pacientes que no toleran los IECA, o estos no son efectivos. Para algunos grupos, esta intervención también puede ser usada desde el comienzo al igual que los IECA, porque además de su efectividad tienen mejor tolerancia. Esto es más indicado cuando hay signos sugestivos de incipiente disfunción renal, tan frecuente en el tipo de población mencionada. Estos antagonistas han probado ser muy efectivos para disminuir las hospitalizaciones por IC en pacientes hipertensos.⁶

Antagonistas de la aldosterona: la antiguamente conocida espironolactona y la más recientemente incorporada eplerenona son compuestos que con muy consistente evidencia se han afianzado en el tratamiento de los hipertensos con IC sistólica. Recientes estudios han confirmado que esta intervención no solo es beneficiosa en las formas avanzadas de esos problemas cardiovasculares, sino incluso en aquellos pacientes hipertensos que recién comienzan con disfunción sistólica e IC clínicamente detectable. Son fármacos que pueden usarse adicionados a los otros grupos. Se recomienda un estricto control de la kalemia, ya que, por su mecanismo de acción, este grupo de fármacos puede inducir un aumento del potasio sérico.^{7,8}

Inhibidores de la renina: si bien este grupo demostró eficacia en el tratamiento de la hipertensión arterial, su indicación en pacientes que tienen, además, IC sistólica, necesita la evidencia de estudios importantes que aún no se han completado.

Inhibición simpática

A pesar de las dudas y hasta polémicas sobre la indicación de beta-bloqueantes en la actualidad, en los pacientes hipertensos que presentan IC sistólica, las guías más aceptadas internacionalmente siguen incluyendo a estos fármacos como primera elección. Ello está más consensuado cuando hay claros signos de hiperactividad simpática y no hay gran evidencia de retención hídrica. La mejor evidencia para este grupo de enfermos es con los bloqueantes alfa-beta, tales como carvedilol y bisoprolol. Pueden usarse asociados a diuréticos, IECA y antagonistas de la angiotensina y de la aldosterona.⁹

Otros fármacos

Hay fármacos antiguos, como la digoxina, cuyo uso actual está limitado casi exclusivamente a pacientes hipertensos con IC sistólica, que presentan marcada dilatación cardíaca y presencia de fibrilación auricular crónica. Algunos otros fármacos, como los alfa- bloqueantes o vasodilatadores periféricos puros, han perdido indicación de manera significativa para este tipo de pacientes. En algunos casos graves o resistentes, suelen indicarse como agregado al tratamiento convencional.

Entre los compuestos nuevos, la ivabradina es la que más evidencia positiva ha acumulado y ya algunas guías la incluyen como una posibilidad terapéutica para el grupo de hipertensos que se está analizando en este capítulo.

También se están ensayando fármacos como las estatinas, que, basadas en sus efectos pleiotrópicos, pueden ser beneficiosos.

Los nitro-derivados siguen siendo usados en pacientes que además de ser hipertensos y padecer IC tienen asociada insuficiencia coronaria.

Aunque no son “fármacos”, ha crecido la evidencia de que los dispositivos electrónicos intracardíacos son eficaces para disminuir la morbimortalidad en la IC, pero su explicación más detallada no es el objeto de este libro.

MANEJO PRÁCTICO DEL PACIENTE HIPERTENSO CON IC SISTÓLICA

Como resumen de lo explicado más arriba, puede decirse que en estos pacientes es muy importante un enfoque terapéutico “global”, que considere no solo su estado cardiovascular sino sus funciones hepática, respiratoria y, fundamentalmente, renal. Es muy importante también el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico. Debe ponerse especial atención al estado psicológico del enfermo y a su entorno socio-familiar. Ambos son cruciales para el cumplimiento del tratamiento, teniendo en cuenta que este es generalmente complejo y muchas veces es inevitable la “polifarmacia”. Lograr una óptima relación médico-paciente contribuye enormemente al éxito terapéutico y al bienestar del enfermo. El uso de medicamentos es muy importante, pero siempre debe tenerse en cuenta que complementa lo “no farmacológico”.¹⁰ (fig. 127-1).

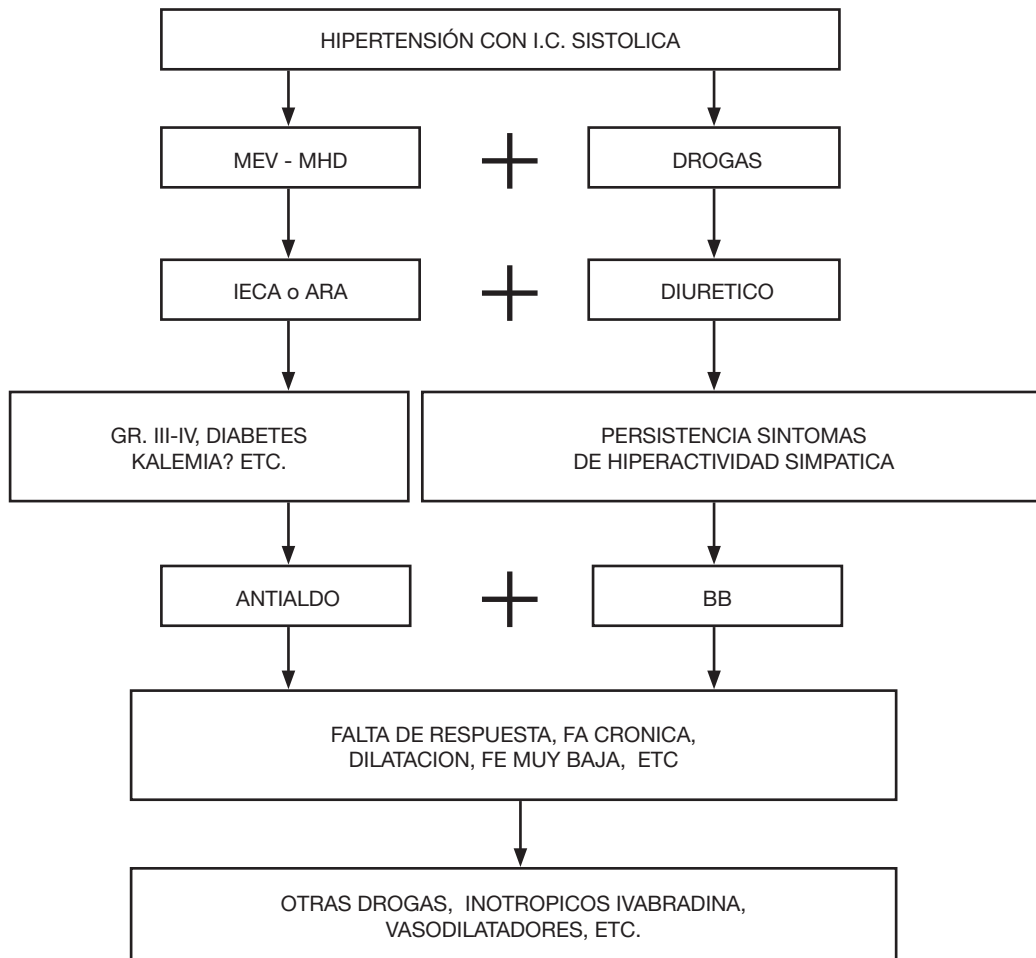


Figura 124-1. Manejo terapéutico del paciente con HTA e I.C. Sistólica. Referencias: I.C.; insuficiencia cardíaca; MEV, medidas en el estilo de vida; MHD, medidas higiénico-dietéticas; IECA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA, antagonistas de los receptores de angiotensina; GR, grado; ANTIALDO, antialdosterónicos; BB, beta-bloqueantes; FE, fracción de eyección; FA, fibrilación auricular.

Bibliografía sugerida

1. Authors/Task Force Members; McMurray, J.J.; Adamopoulos, S. y col. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), Bax JJ, Baumgartner H, Ceconi C y col. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33(14):1787-1847.
2. Ingaramo, R.; Alfie, J. y col. Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial 2011. En: http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf
3. Heart Failure Society of America, Lindenfeld, J.; Albert, N.M. y col. HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *J Card Fail* 2010; 16:e1-194.
4. Sanchez, R.A.; Ayala, M. y col; Latin America Expert Group. Latin American guidelines on hypertension. *Latin American Expert Group. J Hypertens* 2009; 27:905-922.
5. Martínez, F.A. Manejo de la insuficiencia cardíaca crónica. En Martínez FA "Manual de terapéutica cardiovascular" Edición propia. Cap 16. Pag.141-142. 2012.
6. Konstam, M.A.; Neaton, J.D. y col. Effects of high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEAAL study): a randomized, double-blind trial. *Lancet* 2009; 374:1840-1848.
7. Martínez, F.A. Aldosterone inhibition and cardiovascular protection. More important it once appeared. *Cardiovasc Drugs Ther* 2010.24:345-350.
8. Zannad, F.; McMurray, J.J.V. y col. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med* 2011; 364:11-21.
9. Hunt ,S.A.; Abraham, W. y col. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2009; 119: e391-e479.
10. Djousse, L.; Driver, J.A. y Gaziano, J. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. *JAMA* 2009; 302:394-400.