

Manejo de hipertensión como factor de riesgo de falla cardíaca

Management of hypertension as risk factor of heart failure

GREGORIO SÁNCHEZ VALLEJO • ARMENIA

En esta revisión se busca realizar un enfoque preventivo de la falla cardíaca (FC), abordando las principales estrategias farmacológicas actuales que puedan incidir en disminuir la progresión estructural y funcional de la ICC a partir de la Hipertensión Arterial (HTA). Para su desarrollo se tuvo en cuenta la fisiopatología y la evidencia basada en estudios clínicos, donde el uso de beta-bloqueadores, ARA II, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y, en ciertos casos, los diuréticos, deben considerarse indispensables en nuestros pacientes por sus beneficios sobre la morbi-mortalidad.

La HTA es el antecedente más común de FC. La HVI y la cardiopatía isquémica llevan al desarrollo de FC sistólica

y/o diastólica. La prevalencia de disfunción diastólica asintomática en pacientes con hipertensión y sin HVI puede ser hasta de 33%. El pronóstico de pacientes con disfunción sistólica es pobre y se ve afectado también por la presencia de FC subyacente. La hipertensión esta asociada con el 50% de todos los casos de falla cardíaca congestiva y hasta en un 68% en los pacientes de edad avanzada. En pacientes con hipertensión el riesgo de FC está incrementado dos veces para los hombres y tres para las mujeres. La

Dr. Gregorio Sánchez Vallejo: Médico Internista, Jefe Departamento de Medicina Interna E.S.E. Hospital, Universitario San Juan de Dios-Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío. Armenia (Quindío).

mortalidad para pacientes con falla por disfunción sistólica puede ser hasta de 20% a los 5 años y hasta de 50% a los 2 años para clases funcionales IV de NYHA. La mortalidad ha disminuido con el uso de múltiples fármacos.

La falla cardíaca representa el estadio final del continuo de las enfermedades cardiovasculares, comenzando con factores de riesgo como hipertensión y diabetes, pasando por hipertrofia ventricular izquierda o eventos cardíacos isquémicos, y continuando hacia la disfunción ventricular izquierda para terminar en la falla cardíaca (FC).

Según el estudio de Framingham, la FC se desarrolla en aproximadamente 16% de los hombres y 18% de las mujeres que padecen diabetes, 12% de los hombres y 8% de las mujeres con hipertensión y 30% de hombres y las mujeres presentaron infarto de miocardio.

La prevención y control de las condiciones predisponentes tienen un alto potencial para aminorar este gran problema de salud pública (FC). La detección y control de la HTA, principal factor de riesgo para falla cardíaca, ha demostrado ser muy efectivo en prevenirla pero no ha sido bien implementado, pues a pesar de promover activamente su control y tratamiento se estima que el 45% de los pacientes con HTA no la tienen adecuadamente controlada.

La última clasificación de la falla cardíaca descrita por la ACC/AHA, tiene un enfoque revolucionario al no empezar a actuar desde las etapas ya definidas de disfunción ventricular izquierda, sino tratarla para prevenir la progresión de un problema ya establecido. Dicho enfoque comienza haciendo una verdadera profilaxis de la FC desde la regulación de sus factores de riesgo y modificación de sus condiciones etiopatogénicas, hasta la terapéutica en las fases sintomática y asintomática de la enfermedad.

El estudio de Framingham ha proveído datos del rol de la HTA en el desarrollo de la ICC. En un estudio desarrollado en 5.143 pacientes hipertensos seguidos durante 20 años, con edades entre 40 y 89 años, se encontró que 392 desarrollaron falla cardíaca de Novo, se demostró que el riesgo se incrementa en relación directa con el grado de severidad de la HTA, y el impacto mayor de la HTA sistólica que se elevó con relación en la diastólica.

Cada vez más estudios demuestran que el tratamiento de la HTA puede reducir el riesgo de falla cardíaca. Un reciente metaanálisis indica que el tratamiento de la HTA puede reducir la falla cardíaca en el viejo en más del 47% compa-

rado con la población HTA que llega a FC en el estudio de Framingham.

Los diuréticos han demostrado repetidamente su papel en prevenir la FC en un gran rango de población hipertensa. Los IECAS y los B-bloqueantes son también efectivos en prevenir la FC; sin embargo, el manejo de la HTA con calcioantagonistas y alfabloqueantes son menos efectivos en prevenirla.

En los últimos años, los ARA II como Losartan, Irbesartan, Candesartan y Telmisartan han demostrado reducir la incidencia de la FC en pacientes hipertensos con Diabetes Mellitus II y Nefropatía. Últimamente los regímenes terapéuticos combinan varios de estos fármacos antihipertensivos y se ha visto su beneficio en la prevención de la FC.

En individuos con disfunción ventricular asintomática se recomienda IECA y B-bloqueadores. Para aquellos con disfunción ventricular sintomática o falla cardíaca terminal, se recomienda IECA, B-bloqueadores, bloqueadores de angiotensina II y de aldosterona junto con diuréticos de asa. La terapia antihipertensiva reduce el riesgo de falla cardíaca en 50% o más. El objetivo del tratamiento de pacientes hipertensos con FC es alcanzar presiones arteriales menores de 130/80 mmHg.

Bibliografía

1. National Heart, lung and blood Institute 1996 Morbidity and Mortality chartbook on cardiovascular, lung and blood diseases. Bethesda.
2. **Ho kk, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D.** The epidemiology of heart failure: The Framingham study. *J Am Coll Cardiol* 1993; **22**:6A-13A.
3. **Armstrong P.** Left ventricular dysfunction; causes natural history and hope for reversal – *Heart* 2000 **84**: 15-17.
4. **Cunnighan SL.** modern management of heart failure education a well as medication. *European Heart Journal* 2002; **23**: 101-102.
5. **Vason RS, levy D.** the role of hypertension in pathogenesis of heart failure: a clinical mechanistic overview. *Arch Intern Med* 136: 1789-1996.
6. **WB Kannel.** Epidemiologic Insights into progression from hypertension to heart failure Bohm-larogh chapter 1: 3-12. 1988.
7. **García Ramirez Magaly.** Prevención en la Falla Cardíaca, estrategias farmacológicas actuales, *Cardiología Preventiva* tomo II: 85-89 SCC.
8. **Lopez Arteaga Francisco,** Hipertensión Arterial como factor de riesgo cardiovascular, mitos y realidades, Nicolas I. Jaramillo Gomez 2004.
9. **Riaz K, Forker AD, Ahmed A, Deshmukh H.** *Hypertensive Heart Disease Medicine J* 2002; **3**:2-11.
10. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, 1220 JL, et al.** The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; **42**: 1206-1252.
11. ACC/AHA 2005 Guidelines Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. DOI: 10-1161/circulation.AHA.105.167586. Sept 2005.