



7 Webinar SAHA 02 julio 2020

Hipertensión arterial: ¿Cuándo y cómo iniciar un tratamiento farmacológico?

Coordinador: Dr. Pablo Rodriguez

- Asociación de drogas de inicio. Dr. Mario Bendersky
- Tratamiento basado en la fisiopatología. Dra. Carol Kotliar

Preguntas del auditorio:

1. ¿Cuál es la asociación de drogas que recomienda como tratamiento inicial? Existe algún criterio para combinar un IECA + Antagonista cálcico o una IECA con un diurético?

Dr. Bendersky:

Tal como se especificó en la charla, coincido con las nuevas guías 2020 en que la asociación inicial debería ser un bloqueante del SRA (IECA o ARA II) + antagonista del calcio dihidropiridina de acción prolongada. A éste lo reemplazaría por un diurético en los casos siguientes: post ACV, intolerancia a AC, riesgo aumentado de insuficiencia cardíaca o muy añosos.

2. ¿Cuánto tiempo esperaríamos para agregar una segunda droga?

Dr. Bendersky:

En los pocos casos en que se indica monodroga inicial (estadio 1 con bajo riesgo CV global) esperaríamos al menos 1 mes, sobre todo si se comienza con bloqueantes del SRA, que necesitan mayor tiempo para su acción completa.

3. En un paciente hipertenso con SAOS, puede asociar ARA2+HCTZ o directamente espironolactona.

Dra. Kotliar

Ante un paciente hipertenso con SAOS no existe una contraindicación absoluta ni relativa para iniciar tratamiento con ARA2+HCTZ, pero tampoco una recomendación específica para hacerlo. Si se considera el posible incremento de activación de aldosterona descrito en algunos trabajos en esta condición, sería lógico desde la fisiopatología indicar espironolactona 25 mg. Oparil S y col (JHH, 2010) han demostrado efectividad clínica de espironolactona para reducir la HTA en estos casos.

4. ¿En que paciente de atención primaria deberíamos pedir una cardiografía por impedancia?

Dra. Kotliar.

Hasta ahora los estudios clínicos atribuyen beneficio al tratamiento antihipertensivo basado en la hemodinamia en pacientes con HTA nivel 2, nivel 3 y resistentes. Si se dispone del recurso para realizarlo aportaría datos útiles en este grupo de pacientes.

5. ¿Qué valor de concentración de fluidos torácicos toma como punto de corte para evaluar la volemia del paciente? Considera las maniobras dinámicas para valorarlo?

Dra. Kotliar:

Respecto a los valores utilizamos en nuestro grupo el valor de zeta 0: 21+-2 en el hombre y 23+-2 en la mujer; en el equipo zeta logic el rango de normalidad del CFT (rango de impedancia) de 40-60 kohms, pero nos manejamos con el z0. Las maniobras que más frecuentemente empleamos son la del cambio del decúbito acostado versus de pie, obteniendo datos relevantes para nosotros al evaluar la respuesta de las resistencias vasculares e índice cardíaco ante el movimiento de fluidos.

6. En hipertensos grado 1 y bajo riesgo; ¿inicia tratamiento con monodroga o tratamiento NO farmacológico?

Dr. Bendersky:

En todos los pacientes hipertensos (salvo los estadíos 2 o 3 con riesgo cardiovascular elevado en los que se podría comenzar en forma simultánea también con drogas) comenzar con cambios de estilo de vida, por supuesto también en éste grupo de pacientes. Distintos estudios demuestran bastante seguridad con esperar hasta 3 meses antes de agregar fármacos en éste grupo de pacientes.

7. ¿Hay estudios que avalan mejores resultados clínicos, dirigiendo el tratamiento según la fisiopatogenia?

Dra. Kotliar:

Sí. Los estudios que guiaron el tratamiento según el perfil de activación del SRAA no aportaron datos concluyentes, y la accesibilidad a su determinación fidedigna es compleja en la práctica clínica. Por otra parte entre la bibliografía que avala mejores resultados dirigiendo el tratamiento con datos hemodinámicos el énfasis existe en su uso en hipertensos nivel 2, 3 y resistentes. Recomiendo como trabajos abarcativos:

- 1) Ferrario CM, Flack JM, Strobeck JE, SmitsG, Peters C. Individualizing hypertension treatment with impedance cardiography: a metaanalysis of published trials. *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2010;4:5-16
- 2) Krzesiński P, Gielerak G, Stańczyk A, PiotrowiczK, Skrobowski A. Who benefits more from hemodynamically guide hypotensive therapy? *The*

experience from two randomized, prospective and controlled trials. Ther Adv Cardiovasc Dis 2016;10:21–29.

8. ¿Qué parámetros inflamatorios deberíamos pedir a nuestros pacientes y en qué momento?

Dra. Kotliar:

Por el momento no podemos decir que se “debería medir”, sino que sería ideal poder medir como parámetros basales y de seguimiento. Los biomarcadores de inflamación conocidos se refieren más específicamente a inflamación aguda mientras que no existen biomarcadores de eficacia aun para la inflamación sistémica crónica que es el estado que se asocia a la HTA. En este contexto un buen patrón del estado inflamatorio podría obtenerse con combinación de parámetros como PCRus, tasa de neutrófilos/linfocitos (NLR), IL6, TNF como ejemplos. Recomiendo mucho esta reciente y excelente actualización del Prof. David Furman y col: Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. Nat Med. 2019 December ; 25(12): 1822–1832.

9. ¿Qué rol tienen las estatinas para reducir la presión arterial?

Dr. Bendersky:

El descenso tensional por estatinas está discutido. Es poco importante en sí mismo. El valor preventivo de las estatinas no está basado en su poder de reducción de la presión.

10. ¿Qué opinan de dar combinación de drogas a la noche en pacientes NO dipper?

Dr. Bendersky:

El sentido común abonaría esa posibilidad, pues la medicación vespertina favorece el descenso nocturno tensional, y reduce la cantidad de non dippers. Pero no contamos con suficiente evidencia científica que avale que esa conducta terapéutica mejora la mortalidad, el estudio HYGIA, de España, único en ese aspecto, está discutido todavía.