

Destacados del

29^o Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión

Del 21 al 24 junio de 2019, Milán, Italia

- Hipertensión en ancianos
- Valor de la monitorización ambulatoria y automedición en casa de la presión arterial
- Uso de estatinas
- Hiperaldosteronismo
- Alimentación y hábitos saludables
- Guías
- HTA diastólica y sistólica

Hipertensión en ancianos

En primera medida, es importante definir dentro de este grupo de pacientes a los que se denomina mayores, de 65 a 80 años, y a los muy ancianos ≥ 80 años. En estos últimos es primordial el tratamiento higiénico-dietético, mientras que el tratamiento farmacológico estaría indicado cuando su presión arterial (PA) sistólica supera 160 mm Hg. Para el grupo de los mayores, también existe una justificación para recomendar tratamiento antihipertensivo a una PA más baja (es decir, hipertensión de grado 1; PA sistólica [PAS] = 140–159 mm Hg).

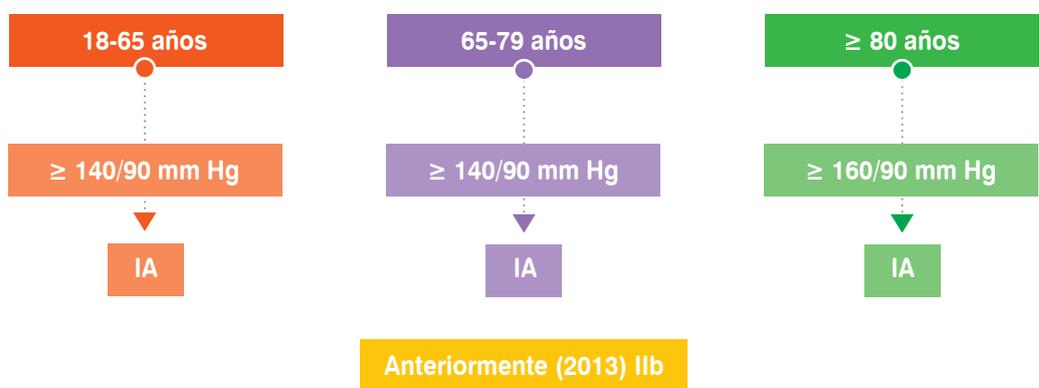


Figura 1. Resumen de los umbrales de presión arterial de consultorio para el tratamiento.

Fuente: Williams y col. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 39(33):3021-3104, 2018.

Entre otros ensayos, se discutió el estudio HYVET (*Hypertension in the Very Elderly Trial*), específicamente dirigido a los pacientes ≥ 80 años, que pretendió identificar los beneficios y riesgos del tratamiento antihipertensivo en esta población. En este estudio se asignaron, de manera aleatorizada, 3845 pacientes ≥ 80 años, con hipertensión sistólica mantenida ≥ 160 mm Hg a tratamiento con el diurético indapamida de liberación sostenida o a placebo. Al tratamiento se añadió perindopril o placebo en caso de no lograrse el objetivo de PA fijado en 150/80 mm Hg. El objetivo de PAS < 150 mm Hg en personas > 80 años demostró reducciones significativas en la mortalidad, accidentes cerebrovasculares fatales e insuficiencia cardíaca, con la advertencia de que los pacientes en este estudio eran activos e independientes.

En resumen, la edad sola no debe ser una barrera en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) siempre que este sea bien tolerado, y se debe considerar el inicio con monoterapia en muy ancianos (≥ 80 años) o pacientes frágiles con bloqueantes de los canales de calcio (BCC) o diuréticos tipo tiazídicos o comenzar con combinación con bloqueante del sistema renina angiotensina + BCC o diurético tipo tiazida a bajas dosis. Es importante monitorizar muy de cerca la hipotensión postural, evitar los diuréticos de asa y los alfa bloqueantes y tratar de llegar al objetivo de 130-139/ > 80 mm Hg, si el tratamiento es bien tolerado. Para los muy ancianos, individualizar el tratamiento es muy

importante y debe estar basado en las comorbilidades y la tolerabilidad. Además, para este grupo de pacientes son necesarios estudios aleatorizados y prospectivos para tener más evidencia que determine la terapéutica adecuada.

Valor de la monitorización ambulatoria de la presión arterial y automedición en casa de la presión arterial

La inclusión de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y de la automedición en casa de la presión arterial (AMPA) en las guías para el diagnóstico de HTA fue un hecho importante, y se hizo hincapié en las ventajas y desventajas de cada uno. La MAPA es útil para identificar la HTA de guardapolvo blanco y la HTA enmascarada; tiene un alto valor pronóstico, son mediciones en la vida real, provee información importante durante las 24 h, pero su costo es elevado y puede ser incómodo para algunos pacientes. Por su parte, la AMPA, además de tener la ventaja de identificar la HTA de guardapolvo blanco y la hipertensión enmascarada, es de bajo costo ampliamente disponible, muy apropiada para el seguimiento a largo plazo, y es muy aceptada por el paciente; pero tiene potenciales errores en la medición, la medición nocturna es muy dificultosa y solo se evalúa la PA estática.

Con respecto a las novedades tecnológicas, fueron presentados nuevos aparatos para MAPA y AMPA: los estudios *Dallas Heart Study* y *FLEMENGHO Study*, validan la monitorización de PA con aparatos tipo reloj y también la evaluación de la medición de PA vía *smartphone* con el método de presión digital, aún en desarrollo.

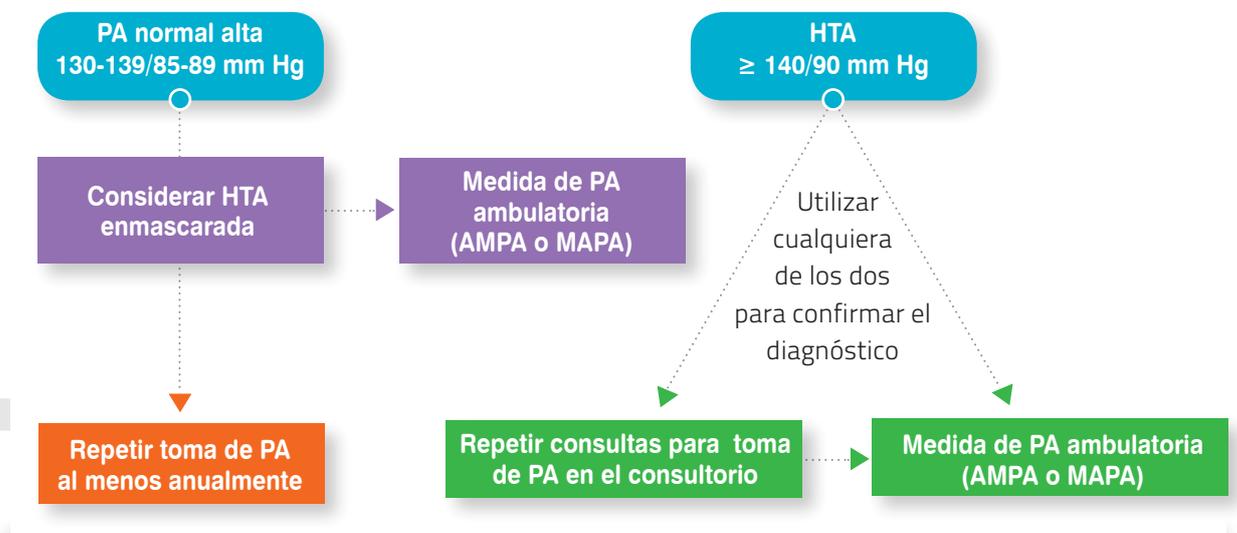


Figura 2. Diagnóstico de HTA. Guías ESC/ESH 2018 para el tratamiento de la hipertensión arterial.

Fuente: Williams y col. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 39(33):3021-3104, 2018.

HTA, hipertensión arterial; PA, presión arterial; MAPA, monitoreo ambulatorio de la presión arterial; AMPA, automedición en casa de la presión arterial.

Tabla 1. Definiciones de hipertensión arterial.

Fuente: Williams y col. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 39(33):3021-3104, 2018.

Categoría	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
PA de consultorio	≥ 140	≥ 90
PA ambulatoria Día (o despierto) PA en casa	≥ 135	≥ 85
Recomendación	Clase	Nivel
La medición de PA por medio de MAPA o AMPA son factibles desde el punto de vista logístico y económico	I	C

PA, presión arterial; MAPA, monitorización ambulatoria de la presión arterial; AMPA, automedición en casa de la presión arterial.

Uso de estatinas

El Dr. B. Williams, en su disertación sobre las guías de abordaje de la HTA, propone la adición de estatinas en pacientes con HTA con riesgo cardiovascular de bajo a moderado, ya que la prevención debe hacerse en forma temprana. En la actualidad, se añade estatinas solo a los pacientes de mayor riesgo.

Riesgo moderado	Personas con: SCORE calculado a 10 años de 1% a 5%. HTA grado 2. Muchos individuos de mediana edad pertenecen a esta categoría.	➔	Recomendación	Clase	Nivel
Bajo riesgo	Personas con: SCORE calculado a 10 años < 1%.		Para pacientes con riesgo CV bajo-moderado, se debe considerar estatinas para lograr valores de LDLc de 115 mg/dl	Ila	C

Figura 3. Tratamiento del riesgo cardiovascular más allá del sistema ESC SCORE de presión arterial para riesgo cardiovascular.

Fuente: Williams B y col. (ESC Scientific Document Group) 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 39(33):3021-3104, Sep 2018.

Hiperaldosteronismo

En el hiperaldosteronismo primario, el uso de nuevas modalidades en imagen tales como la tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) y la tomografía por emisión de positrones-resonancia magnética (PET-MRI) (C-metomidato, o trazadores de PET [F]) han transformado la detección de esta alteración y son útiles también guiando el tratamiento quirúrgico, seguramente curativo. Además, se presentó la tercera generación de antagonistas del receptor de mineralocorticoides no esteroideos en estudio: apararenone, esaxerenone y finerenone, con mejor tolerancia y más efectividad. Aún son necesarios nuevos estudios para determinar su uso en la práctica diaria.

Alimentación y hábitos saludables

La actividad física sigue siendo un pilar importante en el tratamiento de la HTA, recomendándose al menos 30 minutos de actividad moderada-intensa de ejercicio aeróbico 5-7 días por semana, y ejercicios de resistencia adicionales 2-3 días por semana. En su exposición, el Dr. J. Polonia concluye que estimar el consumo de sal con la fórmula de Kawasaki usada en el estudio PURE produce una curva en J errónea en relación con la mortalidad.

Muchos alimentos que contienen flavonoides, polifenoles y otros micronutrientes pueden reducir el estrés oxidativo y los radicales libres, lo que mejora la función endotelial; sin embargo, el efecto sobre la PA es pequeño y algunos pueden ser perjudiciales si su consumo supera ciertos niveles. El efecto del café es muy diferente de acuerdo con el estilo de preparación de esta infusión y el genotipo individual CYP1A2. Un estilo de vida sano que incluya una dieta balanceada seguramente será útil para contrarrestar las elevaciones de PA, pero aún se necesitan más estudios para evaluar el efecto de algunos nutrientes antioxidantes a largo plazo.

Guías

En la Sesión Plenaria Puntos Controvertidos de las Guías, el Dr. J. Redon concluye que la excreción urinaria de albúmina es un buen marcador de riesgo cardiovascular basal y de pronóstico a largo plazo, por lo cual no solo debe ser mantenido sino reforzado en la guías actuales. Ampliando el debate sobre las guías, el Dr. S. Laurent opina que la medición de la velocidad de la onda de pulso (VOP) para valorar la rigidez arterial debe ser considerada en las próximas guías. Finalmente, el Dr. F. Messerli concluye que la adición de vitamina D no confiere protección cardiovascular y no debe ser indicada con ese propósito.

HTA diastólica y sistólica

También fue un aspecto de interés la importancia del tratamiento de la HTA diastólica, ya que confiere un riesgo similar al de la sistólica en términos de daño de órgano blanco y eventos cardiovasculares, tanto para la insuficiencia cardíaca congestiva como para la fibrilación auricular.

Niten®
Losartan
Niten®D
Losartan+Hidroclorotiazida

Niten®MAX
Losartan+Amlodipina
Suficard®
Eplerenone

Syncrocor®
Nebivolol
Syncrocor® D
Nebivolol+Hidroclorotiazida

TERLOC®
Amlodipina
Bisoprolol Teva®
Bisoprolol

teva