

Destacados del

44^o CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA

CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

 **Riesgo y prevención cardiovascular**

 **Dislipidemia**

 **Hipertensión arterial**

Prevalencia y tratamiento

Guías argentinas, europeas y canadienses

teva



Riesgo y prevención cardiovascular

En la Argentina, uno de cada diez niños tiene obesidad y tres de cada diez presenta sobrepeso; esto genera una alta posibilidad de obesidad en los adultos y mayor riesgo de hipertensión y diabetes, entre otras enfermedades. En el estudio CESCAS 1, realizado en 7455 pacientes adultos de la Argentina, Uruguay y Chile, con una edad comprendida entre los 35 y los 74 años, se midió la presión arterial, la glucemia en ayunas, el colesterol total, el colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) y la circunferencia de la cintura. El 68% de los pacientes presentó tres factores o más de riesgo cardiovascular y el 58% tiene trastornos lipídicos.

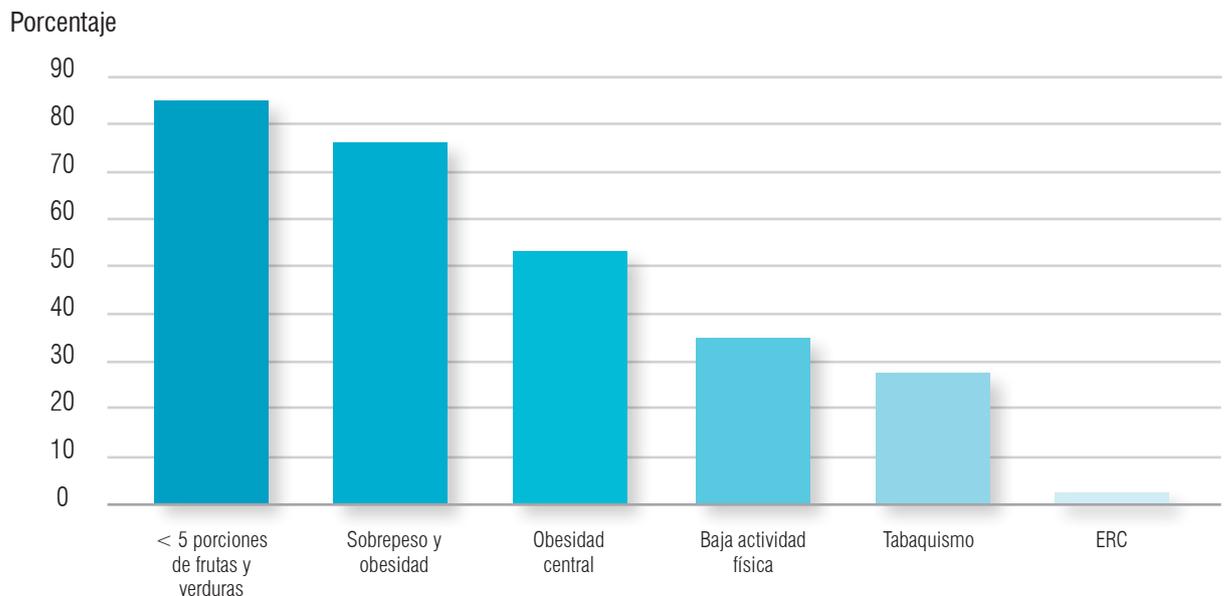


Figura 1. Factores de riesgo cardiovascular. Estudio CESCAS 1 - Población general adulta del Cono Sur de Latinoamérica.

Fuente: Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, 2018

El Dr. David Wood, presidente de la *World Heart Federation* e investigador principal de los estudios ASPIRE y EUROASPIRE, en los que se analizaron los estándares en la práctica de la cardiología preventiva hospitalaria y en la atención primaria, cerró el Congreso de la SAC 2018 con una conferencia sobre la prevención en cardiología en la que destacó que se deben "modernizar los programas de prevención para modificar el estilo de vida tanto de los pacientes que han sufrido un evento agudo como de las personas que están en riesgo" y concluyó que "se debe lograr una calidad tan alta en la prevención cardiológica como la alcanzada por el intervencionismo".

La disminución del tabaquismo, la identificación, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial (HTA) y asegurar las medidas de prevención secundaria en pacientes con antecedentes cardiovasculares son las tres medidas que pueden disminuir en hasta un 80% la carga general de enfermedad cardiovascular.



Dislipidemias, lo importante

En la mesa de discusión en la que participaron los Dres. Rafael Díaz, Gerardo Elikir, Gustavo Giunta, Melina Huerín y Ricardo Rey se debatió el tema del uso apropiado de estatinas en la Argentina y la necesidad o no del empleo de una calculadora de riesgo cardiovascular (Framingham, SCORE o de la Organización Mundial de la Salud). Se concluyó que es necesario el uso de estatinas en casos con elevación del LDLc en todos los pacientes que las toleren. Se debe evaluar la lesión de órgano blanco y buscar aterosclerosis subclínica. Los profesionales declararon que es más importante evaluar las arterias que los factores de riesgo. Por último, señalaron que las calculadoras de riesgo son útiles, mientras midan la población y no al individuo, por esto son necesarios la historia clínica del paciente y un buen examen físico que permita identificar los factores de riesgo.

La disminución de los eventos cardiovasculares se evaluó en los estudios FOURIER y ODYSSEY, que incluyeron diferentes poblaciones, pero con individuos de alto riesgo. Se consideró que la administración de inhibidores de la PCSK9 en pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica clínica (EVA), tratados con las máximas dosis toleradas de terapia hipolipemiante, el LDLc continúa > 140 mg/dl o LDLc > 100 con índices graves de riesgo adicional y en individuos con hipercolesterolemia familiar sin EVA, que reciben las máximas dosis toleradas de terapia hipolipemiante, el LDLc continúa > 180 mg/dl o LDLc > 140 , con índices de gravedad de riesgo adicional.



Hipertensión arterial

Prevalencia y tratamiento

El director del Programa de Actualización Continua de la Sociedad Argentina de Cardiología (PROSAC), Dr. Alejandro M. Delucchi, presentó los resultados del estudio RENATA II y enfatizó en que cuatro de cada diez pacientes hipertensos desconoce su

condición, resultados muy cercanos a los que demostró el estudio *Prospective Urban Rural Epidemiology* (42.9% de grado de desconocimiento).

La prevalencia actual de HTA es del 36.3% en la Argentina, con 43.6% de pacientes hipertensos tratados y controlados; sin embargo, cuando se consideró el total de individuos hipertensos (conocidos y no conocidos), se destacó que solo uno de cada cuatro está controlado y en tratamiento farmacológico. Aproximadamente, el 30% de los pacientes hipertensos, tratados con monoterapia, logra alcanzar las metas de presión arterial, por lo que la mayoría de los pacientes precisa dos o más fármacos.

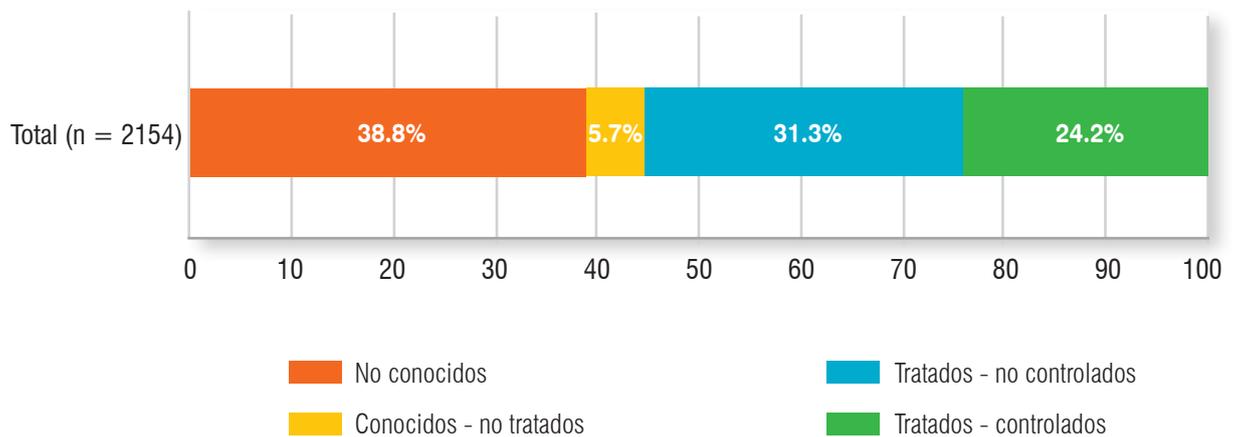


Figura 2. Conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial.

Fuente: Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, 2018

La mayoría de los expositores, como el Dr. Guillermo Fábregues y el Dr. Gabriel Waisman, jefe de Hipertensión Arterial del Hospital Italiano, recomiendan utilizar tratamiento farmacológico combinado desde el principio hasta lograr las metas y disminuir los eventos cardiovasculares. En las Guías de la SAC solo se propone iniciar monoterapia en pacientes con HTA y en riesgo cardiovascular.

Las combinaciones fijas de fármacos mejoran la adhesión al tratamiento y, por tener mejor grado de evidencia, se recomienda utilizar inhibidores del sistema angiotensina (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II) junto con diuréticos.

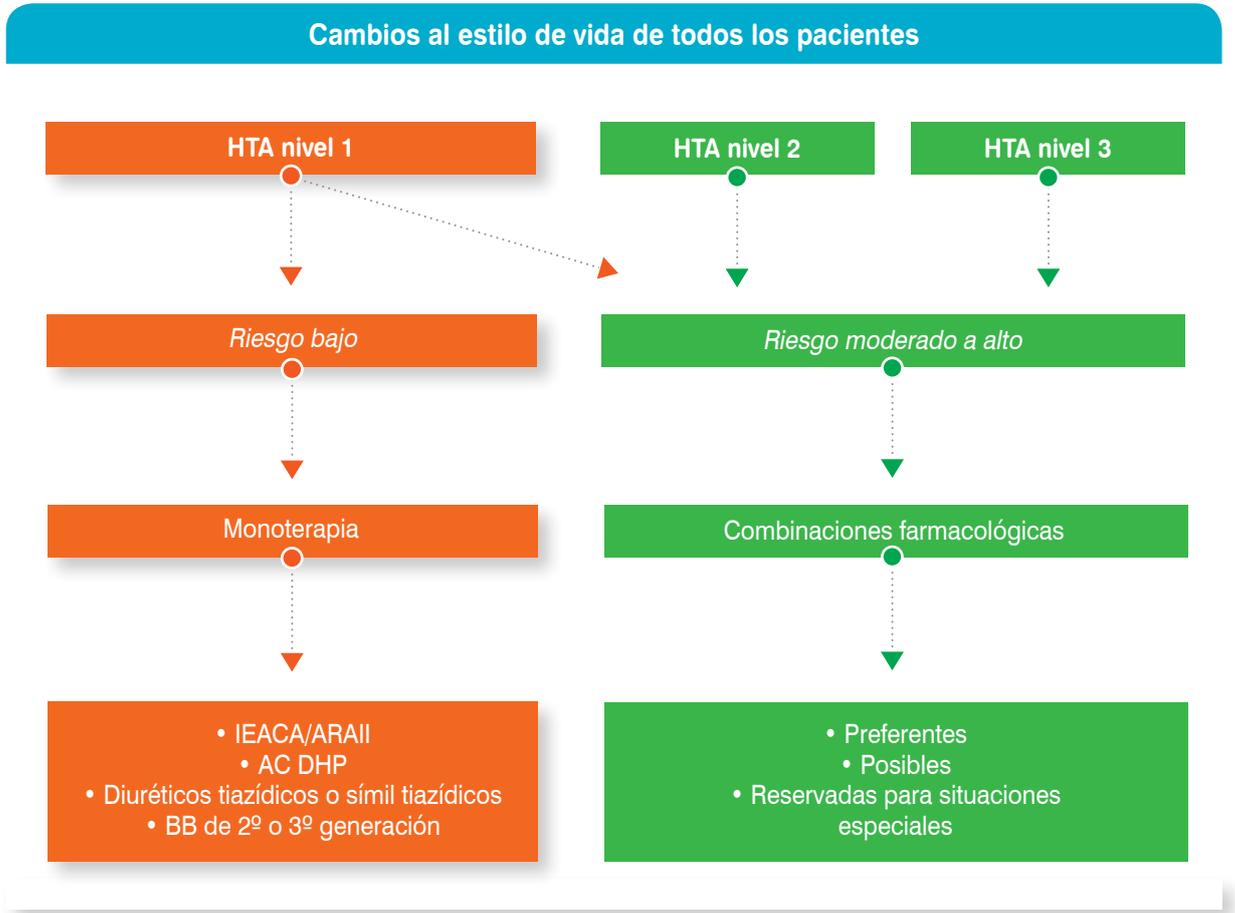


Figura 3. Algoritmo inicial del tratamiento de la hipertensión arterial esencial (clase 1, nivel de evidencia C).
Fuente: Adaptado de las Guías SAC.

La medición de la presión en la farmacia no es útil para el diagnóstico de la HTA. Este se realiza en el consultorio, con al menos tres tomas de la presión arterial o utilizando las mediciones de presión tomadas en el hogar mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial o del home blood pressure monitoring, que parecen disminuir los casos de HTA de “guardapolvo blanco”, que reciben tratamiento de manera innecesaria.

Guías de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)

El Dr. Alejandro Delucchi hizo referencia a las Guías de HTA de la SAC en las que se elimina el concepto de presión arterial óptima. En todos los pacientes se sugiere realizar ecocardiografía 2D y, si es diabético, fondo de ojo; además, se propone el objetivo

terapéutico de lograr valores < 140/90 mm Hg (en pacientes mayores de 16 años y menores de 80 años). En pacientes de bajo riesgo (HTA esencial no complicada), la meta puede ser menor y los valores a lograr, < 130/80 mm Hg. El Dr. Delucchi afirma que los resultados del estudio SPRINT no son reproducibles en la Argentina, pero sí los del estudio RENATA.

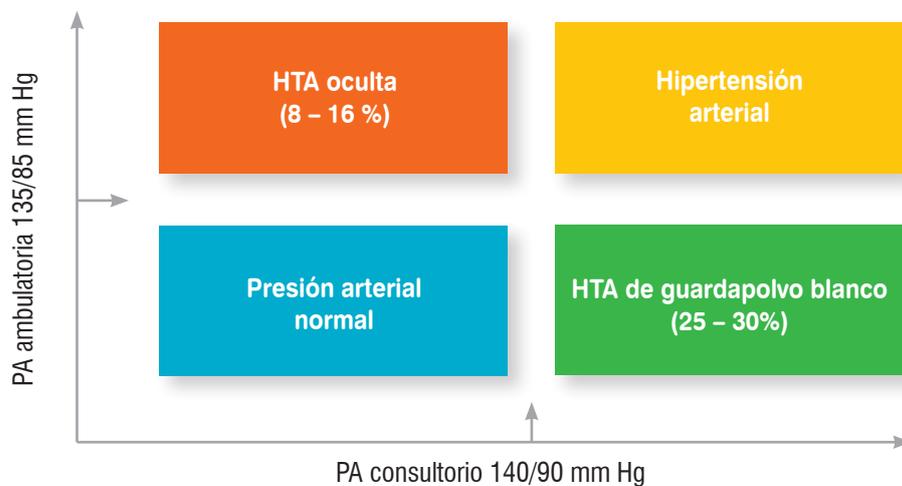


Figura 4. Hipertensión arterial de “guardapolvo blanco” e hipertensión arterial oculta.

Fuente: Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, 2018

Según las Guías de la SAC, el tratamiento antihipertensivo se inicia en todo paciente con valores de HTA nivel 1 o superior, aunque es razonable comenzar el tratamiento de la HTA nivel 1, con bajo riesgo cardiovascular, con cambios en el estilo de vida, antes de iniciar tratamiento farmacológico. Según la opinión de los expertos, el inicio de la terapia en pacientes hipertensos estadio I se realiza con dos fármacos de primera línea, de diferente clase, en combinación fija o separados. La adhesión al tratamiento mejora con una sola toma diaria, en tanto que las combinaciones en un comprimido son mejores que en sus presentaciones individuales.

Guías de la European Society of Cardiology (ESC)

En su ponencia sobre las nuevas Guías de HTA de la ESC, el Dr. Guillermo Fábregues, expresidente de la SAC, expuso que el primer objetivo del tratamiento es reducir la presión

arterial a < 140/90 mm Hg en todos los pacientes y, siempre que el tratamiento sea bien tolerado, los valores de presión arterial deben dirigirse a 130/80 mm Hg o menos en la mayoría de los casos. También, insiste en la utilización de tratamiento combinado desde el inicio de la estrategia terapéutica, para lograr el control de la presión arterial.

Guías de la Canadian Cardiovascular Society (CCS)

Respecto de las Guías de la CCS, el Dr. Sebastián Obregón enfatiza que Canadá es el país con mejores tasas de control de la presión arterial. Las normas se publicaron recientemente e involucran a la población pediátrica y las embarazadas. No especifican el tiempo de reposo antes de la toma de la presión arterial y realizan una valoración de riesgo cardiovascular en todos los pacientes hipertensos. El tratamiento farmacológico se basa en las cifras de presión arterial, el daño macrovascular de órgano blanco y otros factores de riesgo cardiovascular.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2018

